

بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تکانشگری در کودکان کم شنوا

شکوفه رمضانی^۱، سیف اله رحمانی^۲

^۱ کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
^۲ گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان شهید مدرس سنندج، کردستان، ایران.

نام نویسنده مسئول:

سیف اله رحمانی

چکیده

مطالعات نشان می‌دهد افراد کم‌شنوا بیشتر از افراد شنوا به مشکلات روان‌پزشکی از جمله مشکلات رفتاری مبتلا هستند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله‌ی مبتنی بر درمان شناختی - رفتاری بر تکانشگری در کودکان کم شنوا بود. روش: طرح پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر کلیه کودکان کم شنوا ۱۲ تا ۱۶ سال تحت پوشش بهزیستی شهرستان کامیاران می‌باشد، که از بین ۳۸ کودکی که در پرسشنامه تکانشگری بارت نمره بیشتر از برش پرسشنامه (۶۰ و بالاتر) کسب کرده بودند ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین گشتند. کودکان گروه آزمایش به مدت دوازده جلسه (هر جلسه ۳۰ دقیقه) تحت درمان گروهی CBT توسط یک گروه درمانگر قرار گرفتند؛ اما کودکان گروه کنترل در این مدت هیچ برنامه‌ای دریافت نکردند. برای جمع‌آوری داده‌ها گروه آزمایش پرسشنامه تکانشگری بارت را در آغاز و پایان مداخله تکمیل نمودند. داده‌های جمع‌آوری شده با روش تحلیل کواریانس مورد تحلیل آماری قرار گرفتند. یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاکی از کاهش تکانشگری کودکان کم شنوا در اثر درمان شناختی-رفتاری بوده است. نتایج: سطح بالای تکانشگری منجر به شکست‌های ارتباطی و اجتماعی افراد می‌شود بنابراین کاهش و کنترل آن یک امر ضروری می‌باشد که با مداخله‌ی درمان شناختی-رفتاری این هدف محقق می‌گردد.

واژگان کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، تکانشگری، کودکان کم شنوا.

مقدمه

شنوایی^۱ و به تبع آن فراگیری توانایی های کلامی و زبانی پیش شرطی ضروری برای رشد فردی است. فقدان شنوایی و ناتوانی های کلامی در سن پایین، نقش تعیین کننده ای در مدرسه، اجتماع و رشد روانی فرد بازی می کنند (منتیس، کمبس و کوواتزی^۲، ۲۰۱۰). برخی از پژوهشگران معتقدند کم شنوایی اثرات ویرانگر و شدید بر تحول توانایی های زبانی و ارتباطی این کودکان برجا میگذارد (کتز^۳، ۲۰۱۰). افراد کم شنوا برای درک جهان پیرامون خود خیلی بیشتر به دستگاه بینایی خود متکی هستند، این امر به آنها اجازه می دهد تا جهان بیرونی را بازنمای کنند.

از نظر انجمن ملی کم شنوایی انگلستان^۴ (۲۰۱۰)، کم شنوا به آن دسته از افراد اطلاق می شود که شنوایشان در حدی نیست که برای پردازش اطلاعات کافی باشد. بنابر گزارش ها میزان شیوع کم شنوایی مادرزادی حدود یک تا هفت نفر در هر ۱۰۰۰۰ نفر تولد زنده است که حداقل ۹۰ درصد آنان در کشورهای در حال توسعه زندگی میکنند (فلینگر، هولزینگر و پولارد^۵، ۲۰۱۲). شیوع اختلال کم شنوایی در ایران تا حدی بیش از سایر کشورهای جهان است زیرا براساس آمار جهانی شیوع این اختلال ۱ تا ۲ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر است در حالی که این آمار در ایران به ۴ تا ۵ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر می رسد. یکی از علت های شیوع این بیماری ازدواج های فامیلی و سطح بهداشت و آگاهی بوده است. رفتارهایی که در سال های اخیر در جامعه رایج شده مثل استفاده بیش از حد از هدفون نیز موجب پایین آوردن سن پیرگوشی به زیر ۴۰ سال شده است، البته این عارضه به علت استفاده بیش از حد از رسانه ها در تمام جهان وجود دارد که در نتیجه آن آسیب به گوش بیشتر شده است (خبرگذاری مهر، ۱۳۹۶). اثرات سوء کم شنوایی بر رشد طبیعی گفتار و فعالیت های اجتماعی بخصوص فعالیت های مدرسه غیرقابل انکار است، کم شنوایی اثرات روانشناختی زیادی بر شخصیت و فعالیت های افراد مبتلا به کم شنوایی به ویژه کودکان دارد (افروز، ۲۰۰۹). همچنین مطالعات فلینگر، هولزینگر و پولارد^۶ (۲۰۱۲) نشان داده است که ناتوایی این تأثیرات منفی گسترده ای بر رشد و توسعه مهارت های اجتماعی، عاطفی و شناختی دارد.

واکنش اختلالات کم شنوایی به صورت واکنش های مختلف در زمینه های فردی (مانند تاخیر در گفتار بیانی، انزواطلبی، بدبینی و زودرنجی (افروز، ۲۰۰۹)، احساس تنهایی و شرم (خیدر^۷، ۲۰۱۰)، تحصیلی (مانند تنبلی غیرواقعی و عقب افتادگی های کاذب تحصیلی (افروز، ۲۰۰۹) روانی (مانند افسردگی (استفانی^۸، ۲۰۱۱، اضطراب شناختی (کلی-کامبل و پاری^۹، ۲۰۱۴) و علایم روان پریشی (ویرتیو^{۱۰}، ۲۰۱۴) اجتماعی (مانند عکس العمل های غیراجتماعی، انتقام جویی (افروز، ۲۰۰۹)، ظاهر میشود. کم شنوایی منجر به پایین آمدن عزت نفس، احساس طردشدن و اختلالات اضطرابی در افراد مبتلا به آن می شود (تونیس^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۴، کوین^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین امینی، افروز، درآمدی و هومن (۱۳۹۲) نشان دادند که کودکان ناشنوا به نسبت کودکان عادی از سطح اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، سازش نایافتگی و تکانشگری بیشتری برخوردار هستند.

رفتارهای تکانشی گاه به عنوان رفتارهای مخاطره آمیز نیز خوانده می شوند که طیف وسیعی از اعمالی را شامل می شوند که روی آن تفکر کمی صورت گرفته، به صورت نابالغ با وقوع آنی، بدون توانایی در انجام تمرکز بر یک تکلیف خاص، در غیاب یک برنامه ریزی مناسب، رخ می دهند و از ریسک و خطرپذیری بالایی برخوردار هستند (مولر^{۱۳}، ۲۰۰۱؛ به نقل از واکسمن^{۱۴}، ۲۰۱۱). یک تعریف جامع تکانشگری را می توان به صورت ترجیح پاداش های فوری، تمایل به ماجراجویی، جستجوی حس های نو، یافتن راه های ساده دستیابی به پاداش، عدم پشتکار و اصرار در انجام امور و همچنین زمان کوتاه واکنش فردی تبیین نمود (مک کان، جانسون و شور^{۱۵}، ۱۹۹۴). بنابر آنچه گفته شد گاه تکانشگری را معادل کاهش ارزش تعویقی تعریف می کنند، یعنی تمایل به انتخاب پاداش های کم ولی سریع، در برابر پاداش های بزرگتر ولی دیررس (ریچاردز، زانگ، میچل و دویت^{۱۶}، ۱۹۹۹).

¹.Auditory

².Gkouvatz, Mantis, Kambas

³.Katz

⁴.national association For The Deaf: NAD

⁵.Fellinger, Holzinger, Pollard

⁶.Khidr

⁷.Stephanie

⁸.Kelly-Campbell, Parry

⁹.Viertio

¹⁰.Theunissen

¹¹.Kevin

¹².Waxman

¹³.McCown, Johnson & Shure

¹⁴.Richards, Zhang & de Wit

مرور مطالعات انجام شده در مورد تکانشگری نشان می‌دهد که رفتارهای تکانشی هسته اصلی بسیاری از اختلال‌های روانی از قبیل بیش فعالی/نقص توجه، اختلال سلوک، اختلال تکانه، سوءمصرف مواد، بولمپا، رفتار خودکشی‌گرا، اختلالات شخصیت و اختلالات یادگیری تشکیل می‌دهند (دوران، مک چارج و کوهن^۱، ۲۰۰۶؛ فوساتی، بارث، وایلا، گاررولی و مافی^۲، ۲۰۰۷، ری لی، چن، لاین و یانگ^۳، ۲۰۰۹). همچنین امینی، افروز، درآمدی و هومن (۱۳۹۲) در مطالعه‌ی خود نشان دادند که تکانشگری در کودکان ناشنوا بیشتر از کودکان عادی می‌باشد، تکانشگری در کودکان ناشنوا منجر به خودنمایی، آزار و اذیت دیگران، کم‌حوصلگی، داد و بیداد کردن، شکایت از بیماری، کج خلقی، بازیگوشی، بی‌توجهی و لودگی، شکست‌های تحصیلی و گوشه‌گیری، از مشخصه‌های اصلی تفسیر نمرات در این مقیاس است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کودکان ناشنوا، وابستگی واکنش‌پذیری بالایی دارند، بی‌دقتی در کار و در حفظ وسایل و انجام تکالیف در آنان مشاهده می‌شود (استوارت، مالتون^۴، ۲۰۱۰؛ هلر، فورمی و آلبرتو^۵، ۲۰۰۰). پژوهشگران در مطالعه‌ای بر روی کودکان ناشنوا به این نتیجه رسیدند که فرار از مدرسه و شکست‌های تحصیلی در آنان در حد بالایی گزارش می‌شود (گاردنر و کاران^۶، ۲۰۰۵). از آنجا که این کودکان نیازمند تحریک‌پذیری دایم و مصاحبت با دیگران هستند، به همین دلیل برورنیزی هیجان‌های مهار نشده کنشوری‌های خاص تکانشی را در آنها به وجود می‌آورد (دادستان، ۲۰۰۷؛ ولف و هال^۷، ۲۰۰۳). این افراد دیر آشنا، سرد و غیر اجتماعی به نظر اختلال می‌رسند، نیازهای محبت‌آمیز و احساسات هیجانی آنها در کنشوری‌های اجتماعی برای تقویتها و عواطف اجتماعی به صورت لودگی ممکن است تظاهر نماید (کریک، گاکر، کولمن و آناستازی^۸، ۲۰۰۹) در ضمن در برخی از تحقیقات گزارشهایی مبنی بر آزارطلبی و چاپلوسی ناشنویان مشاهده می‌شود (دادستان، ۲۰۰۷). اجازه آنان به دیگران برای سوء استفاده، مبین عدم پختگی اجتماعی و عاطفی در گروه ناشنویان است، آنان از نظر شناختی بی‌ثبات و تمایل به استفاده از مکانیزم ناارزنده سازی^۹ دارند (جانسن، دیکسین، ولراین و وان-دیجک^{۱۰}، ۲۰۰۳). در این راستا برخی از محققین اعتقاد دارند که از دست دادن تمایل به مشارکت در فعالیتها، فقدان ابتکار و حالت ارتجالی، عدم تمایل به معاشرت با دیگران، تمایل به ازدواج با همگنان خود از زمینه‌ها و بسترهای اجتماعی و فرهنگی جامعه و نگرش آن در خصوص افراد ناشنوا است (تامپیون و هندسون^{۱۱}، ۲۰۱۱؛ افروز، ۲۰۱۰). مشکلات هیجانی کودکان ناشنوا می‌تواند به اختلال روان شناختی جدی تبدیل شود و اغلب بدون مداخله‌های درمانی مناسب به خودی خود و به مرور زمان از بین نمی‌رود. اختلالات هیجانی در دوره کودکی عامل خطر مهمی بر سایر اختلالات عاطفی و رفتاری مانند: اضطراب نوجوانی و بزرگسالی، اختلال تغذیه و خوردن، افسردگی و اختلال جسمی افراد ناشنوا می‌باشد (واتر^{۱۲}، ۲۰۰۸).

یکی از مداخلات درمانی برای تکانشگری درمان شناختی رفتاری می‌باشد، درمان شناختی-رفتاری از تلفیق دو رویکرد رفتار درمانی (که عمدتاً در بستر شرطی سازی پاولفی و نوپاولفی می‌باشد) و رویکرد شناختی چه در قالب شناخت درمانی و چه در چارچوب روان شناسی شناختی و دانش شناخت پایه پدید آمده است. درمان شناختی-رفتاری هم بر اصلاح شناخت‌های تحریف شده و هم آموزش رفتارهای جدید تاکید می‌شود. درمان شناختی-رفتاری ماهیتی فعال، رهنمودی، ساخت‌دار، متمرکز بر حال و کوتاه مدت است و هدف عمده‌ی آن تغییر فرایندهای شناختی افراد است و مهم‌ترین ویژگی آن بازسازی شناختی است. این الگو یک مدل روانی-آموزشی با تاکید بر فرایندهای یادگیری است که می‌تواند در دامنه وسیعی از افراد با مشکلات مختلف اجرا گردد (مارکس و سلون^{۱۳}، ۲۰۰۵؛ پیچت، باردن و اورکات^{۱۴}، ۲۰۱۱). در این دیدگاه، اعتقاد بر این است که پریشانی روانشناختی عمدتاً ناشی از آشفته‌گی‌هایی در فرایندهای شناختی افراد است و تمرکز باید به تغییر شناخت‌ها برای ایجاد تغییرات مطلوب در عاطفه و رفتار باشد (بشرپور، شفیعی و دانشور، ۲۰۱۵). مطالعات مختلف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را در کاهش اختلالات هیجانی و تکانشگری در جوامع مختلف نشان داده‌اند؛ از جمله سهرابی و ناطقی (۱۳۹۶)، در تحقیق خو به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افکار خودکشی و تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد به مواد مخدر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری منجر به کاهش افکار خودکشی و رفتارهای تکانشگری در این نوجوانان شده است. همچنین اکبری (۱۳۷۸)، در

¹.Doran, McChargue & Cohen

².Fossati, Barratt, Borroni, Villa, Grazioli & Maffei

³.Ray Li, Chen, Lin & Yan

⁴.Schwartz, Marton

⁵.Heller, Forney, Alberto

⁶.Gardner, Carran

⁷.Wolfe, Hall

⁸.Kirk S, Gallagher J, Coleman MR, Anastasiow

⁹.Devaluation

¹⁰.Janssen MJ, Riksen-Walraven JM, Van-Dijk

¹¹.Thompson, Henderson

¹².Waters

¹³. Marx, Sloan

¹⁴. Pickett, Bardeen, Orcutt

تحقیق خود مبنی بر اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و درمان دارویی بر علایم اضطراب و تکانشگری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نشان داد که این درمان منجر به کاهش قابل ملاحظه‌ای در سطح علایم اضطراب و رفتارهای تکانشگری این افراد شده است. در راستای این پژوهش‌ها مطالعات داخلی و خارجی اثربخشی درمان شناختی رفتاری را در کاهش علایم و مشکلات هیجانی نشان داده اند. برای مثال پراگیا، مانجو و ماجش^۱ (۲۰۱۶)؛ هال، کلیت، بموس، بینس و اسکات^۲، (۲۰۱۶)، در تحقیقات خود نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری منجر به کاهش سطح اضطراب در افراد مضطرب گردیده است. همچنین ابا^۳، (۲۰۱۶)، گریگوری و پترس^۴، (۲۰۱۶) هر کدام در تحقیقات مختلف نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری منجر به کاهش سطح اضطراب اجتماعی افراد می‌شود. مطالعاتی لارس گورنست^۵ (۲۰۱۶)، نیز در پژوهشی نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب کودکان با اختلال وسواس تاثیر معنی‌داری داشته است. ضرورت تحقیق از آنجا ناشی می‌شود که اختلال هیجانی در کودکی عامل خطر مهمی برای سلامت روان آنها در طول زندگی است. در دوران کودکی، تشخیص اختلال در تنظیم هیجان با افزایش مشکلات درونی سازی، برانگیختگی فیزیولوژیکی در موقعیت های جدایی، مشکلات تحصیلی، مدرسه هراسی کودک همراه است (لبوویتز، وولستون، بارهیم و همکاران^۶، ۲۰۱۳) کودکان کم شنوا نیز به دلیل نقص حسی و عدم دسترسی هیجانی با مادران خود بیشتر از کودکان عادی در معرض ابتلا به اختلالات هیجانی هستند، و کاهش اختلالات در این کودکان می‌تواند بسیاری از مشکلات آنان را کاهش دهد. باتوجه با پیشینه و مطالعات ذکر شده درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم روانشناختی به ویژه تکانشگری تاثیر چشم گیری دارد و می‌تواند به کودکان کم شنوای تکانشگر در زمینه‌های مختلف کمک کند. خلاهای پژوهشی عدم بررسی تنظیم هیجان و آثار منفی آن در زمینه‌های مختلف روانی، اجتماعی، تحصیلی کودکان کم شنوا و همچنین مطالعات محدود در زمینه به کارگیری درمان شناختی رفتاری بر تکانشگری این کودکان است. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی مداخله مبتنی بر درمان شناختی رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر کاهش تکانشگری کودکان کم شنوا می‌باشد.

روش

این پژوهش از نوع مطالعه‌ی شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی این پژوهش را کودکان کم شنوا ۸ تا ۱۲ تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان کامیاران تشکیل می‌دهد که ابتدا کلیه کودکان با آسیب شنوایی پرسشنامه تکانشگری بارت (۲۰۰۴) را پر نمودند و از بین ۳۸ نفری که پرسشنامه را پر نموده بودند و ۳۰ نفر از آنها که از نمره برش پرسشنامه (۶۰ و بالاتر) نمره دریافت کرده بودند، به صورت تصادفی انتخاب شد و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین گشتند. ملاک‌های ورودی که برای این پژوهش در نظر گرفته شد شامل این موارد بود-۱- نداشتن پرونده بیماری‌های روانپزشکی و تشخیص سایر اختلالات و سابقه بستری در بیمارستان‌های روانی ۲- تمایل و رغبت برای شرکت در پژوهش (از طریق مصاحبه) و همچنین ملاک‌های خروج شامل: ۱- غیبت بیش از یک جلسه ۲- شرکت همزمان در برنامه‌های روان درمانی دیگر بود. کودکان گروه آزمایش به مدت نه جلسه و هر جلسه به مدت ۳۰ دقیقه، هر هفته تحت درمان گروهی CBT توسط یک گروه درمانگر قرار گرفتند؛ اما کودکان گروه کنترل در این مدت هیچ برنامه‌ای دریافت نکردند. پس از اخذ رضایت کتبی و شفاهی از کودکان کم شنوا مبنی بر عدم دریافت برنامه روان درمانی دیگر و با ذکر محرمانه بودن کلیه اطلاعات و صحبت‌ها، جلسات درمانی با تاکید بر داوطلبانه و رایگان بودن بر روی کودکان کم شنوای گروه آزمایش انجام گرفت.

برای اجرای این تحقیق، قبل از مداخله درمانی گروهی، پیش‌آزمون در هر دو گروه کنترل و آزمایش اجرا شد، سپس گروه آزمایش تحت مشاوره گروهی (متغیر مستقل) قرار گرفت و بعد از پایان جلسات مداخله هر دو گروه در پس آزمون مجدد به پرسشنامه تکانشگری بارت (۲۰۰۴) پاسخ دادند. این گروه به مدت ۱۲ جلسه در گروه درمانش شناختی- رفتاری شرکت کردند. برای مشاهده عدم تفاوت نمرات پیش آزمون گروه آزمایش و کنترل با هم مقایسه شد و سپس میانگین تفاوت نمرات پس آزمون هر دو گروه با پیش آزمون مقایسه گردید تا تاثیر اعمال متغیر مستقل در گروه آزمایش مشخص گردد. در زمان شرکت گروه آزمایش در مداخله درمانی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای درمانی و مشاوره‌ای صورت نگرفت. همه‌ی کودکانی که در آن پژوهش شرکت داشتند نمره‌ی تکانشگری آنها ۶۰ یا بیشتر از ۶۰ بود. جلسات مداخله‌ی درمانی به مدت ۱۲ جلسه‌ی ۳۰ دقیقه‌ای اجرا شد. جلسات علاوه بر رعایت اصول اخلاقی مداخله درمانی که لازم شروع و ادامه جلسات می‌باشد شامل مراحل و محتوای زیر بود. در جلسه آخر آزمون تکانشگری بارت دوباره اجرا شد. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و با استفاده از روش کواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

¹ Pragma , Manju , Rajesh

² Hall, Kellett, Berrios, Bains, Scot

³ Aba

⁴ Gregory, Peters

⁵ Lars-Göran Öst

⁶ Lebowitz, Woolston, Bar-Haim, Calvocoress

(۱) ساختار کلی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر درمان فری (۲۰۰۵): محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری در جدول ۱ ارائه گردیده است. که توسط محمدی و فرنام (۱۳۸۴) ترجمه و اعتباریابی گردیده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسات	محتوا
جلسه مقدماتی	آماده سازی و تعیین اهداف، آشنایی با افراد گروه، اجرای پیش آزمون
جلسه ۱	مروری بر تکلیف قبل از درمان؛ سخنرانی آموزشی: الف: خوشامدگویی، ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی؛ تمرین: اقدام برای شناخت یکدیگر؛ سخنرانی آموزشی: ب: تفکر و احساس؛ قدیس بودن، معیارهایی که ما برای خود و دیگررا تعیین میکنیم، تمرین رمیدگی تخیلی هدایت شده؛ تکلیف برای جلسه آینده
جلسه ۲	مرور تکلیف جلسه اول؛ سخنرانی آموزشی الف: دسته بندی باورها؛ شناخت تعارض های شایع؛ شناخت چرخه های تعامل منفی؛ سخنرانی آموزشی ب: اضطراب، خشم بیمارگونه، شناسایی افکار خودآیند؛ تمرین: افکار خودآیند مرتبط با گروه درمانی؛ سخنرانی آموزشی ج: مقاومت در برابر درمان؛ تمرین: شناسایی مقاومت های احتمالی و روش های پیشگیری از آنها؛ تمرین آرمیدگی؛ تعیین تکلیف برای جلسه آینده.
جلسه ۳	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تزریق فکر؛ تمرین تزریق فکر؛ سخنرانی آموزشی آشنایی با روش پیکان عمودی؛ تمرین: پیکان عمودی؛ آرمیدگی؛ تعیین تکلیف برای جلسه بعد
جلسه ۴	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: مرور پیکان عمودی، پیکان عمودی پیشرفته؛ تمرین ادامه پیکان عمودی؛ سخنرانی آموزشی ب: انواع باورها؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ تعیین تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه ۵	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه فهرست اصلی باورها؛ شناخت نیازها؛ تمرین: شروع فهرست اصلی باورها؛ سخنرانی آموزشی ب: نقشه های شناختی؛ سخنرانی آموزشی؛ تعیین تکلیف برای هفته رینده
جلسه ۶	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: باورها را میتوان تغییر داد؛ تمرین: تهیه فهرست از باورهایی که در تاریخ بشر و در زندگی خود شرکت کنندگان، تغییر کرده اند؛ سخنرانی آموزشی ب: آزمون باورها، تحلیل واقعیت؛ تمرین: تحلیل عینی؛ سخنرانی آموزشی ج: تحلیل معیار؛ تعیین تکلیف برای هفته رینده
جلسه ۷	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تحلیل سودمندی؛ تمرین: تحلیل سودمند بود؛ سخنرانی آموزشی ب: تحلیل همسانی؛ تمرین تحلیل همسانی؛ تعیین تکلیف برای هفته رینده.
جلسه ۸	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ سخنرانی آموزشی ب: ادامه تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه ۹	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه سلسه مراتب؛ تمرین: تهیه حداقل یک سلسه مراتب؛ سخنرانی آموزشی ب: باور مخالف؛ تمرین: شروع به ایجاد باورهای مخالف؛ تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه ۱۰	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تغییر ادراکی؛ تمرین: تکمیل برگه های تغییر ادراکی؛ سخنرانی آموزشی ب: بازداری قشری اختیاری؛ تمرین: بازداری قشری اختیاری در یک گروه بزرگ؛ تکلیف برای هفته آینده
جلسه ۱۱	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تنبیه خود، خود پاداش دهی؛ تمرین: تنبیه خود، خود پاداش دهی؛ سخنرانی آموزشی ب: روش های نگهدارنده رنده؛ تمرین: تدوین یک طرح نگهدارنده؛ تعیین تکلیف برای هفته رینده
جلسه ۱۲	مرور تکلیف؛ مرور برنامه؛ برنامه های برای پیگیری و ارزیابی پس از درمان؛ برنامه اختتامیه، اجرای پس آزمون.

(۲) پرسشنامه تکانشگری بارت (BIS-11)^۱: نسخه ی یازدهم مقیاس تکانشگری بارت توسط پروفیسور ارنست بارت ساخته شده است (بارت، استنفورد، کنت، فلتوس^۲، ۲۰۰۴). و همبستگی خوبی با پرسشنامه ی تکانشگری آیزنک دارد و ساختار پرسشهای گردآوری شده از هر دو پرسشنامه، نشان دهنده ی ابعادی از تصمیم گیری شتاب زده و فقدان دوراندیشی است. این پرسشنامه دارای ۳۰ ماده است و فرد باید به هر یک از ماده های این پرسشنامه که در یک مقیاس چهار درجه ای (۱-هیچگاه/به ندرت، ۲-گاهی اوقات، ۳-اغلب، ۴-اکثر اوقات/همیشه) تنظیم شده است، پاسخ دهد. ۱۱ ماده از ۳۰ ماده ی این مقیاس به طور معکوس نمره گذاری می شوند (۱، ۷، ۸، ۹، ۱۰،

¹ Barratt Impulsiveness Scale² Barratt, Stanford, Kent, Felthous

۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۰، ۲۹، ۳۰). حداقل و حداکثر نمره در مقیاس مذکور به ترتیب ۳۰ و ۱۲۰ می باشد و گروه کنترل غیر روانپزشکی معمولاً نمره‌های بین ۵۰ تا ۶۰ کسب میکنند (اسوان، بیجورک، مولر، دوگرتی^۱، ۲۰۰۲). این مقیاس سه عامل تکانشگری شناختی/توجهی^۲ (گرفتن تصمیمهای شناختی سریع)، تکانشگری حرکتی^۳ (عمل کردن بدون فکر) و بی‌برنامگی^۴ (فقدان آینده‌نگری یا جهت‌یابی آنی) را ارزیابی میکند (بارت و همکاران، ۲۰۰۴). پاتون، استنفورد، و بارت^۵ (۱۹۹۵)، ضرایب ثبات درونی برای نمره کل BIS-۱۱ را در محدوده ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ در جمعیت‌های مجزایی از فارغالتحصیلان، بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد، بیماران روانپزشکی به طور کلی، و زندانیان زندان گزارش کردند. در ایران نیز برای نخستین بار اختیاری و همکاران (۱۳۸۷)، با ترجمه‌ی نسخه‌ی اصلی بارت و به‌کارگیری در افراد سالم و مصرف‌کنندگان مواد افیونی به هنجاریابی این پرسشنامه پرداختند. روایی و اعتبار در پژوهش مذکور به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۳ به دست آمد که نشان می‌دهد ترجمه‌ی فارسی پرسش‌نامه‌ی تکانشگری بارت از نظر روایی و اعتبار، در حد مطلوب است.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش مانند میانگین و انحراف استاندارد گزارش شده است. همچنین برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در کل آزمودنی‌ها از آزمون کالموگروف-اسمرنف استفاده شد. نتایج غیرمعنی داری نشانگر نرمال بودن توزیع متغیرها است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیر پژوهش و آزمون کالموگروف-اسمیرنف

گروه	میانگین	انحراف معیار	آزمون کالموگروف-اسمیرنف
بی‌برنامگی	کنترل	۱۹/۱۱	۰/۷۰۶
	پیش‌آزمون	۲۴/۸	۰/۵۱۶
	کنترل	۱۹/۸۶	۰/۶۱۹
	پس‌آزمون	۱۹/۱۱	۰/۶۸۷
تکانشگری حرکتی	کنترل	۱۸/۱۸	۰/۵۴۴
	پیش‌آزمون	۲۱	۰/۵۸۰
	کنترل	۱۹/۰۰	۰/۶۲۵
	پس‌آزمون	۱۶/۲	۰/۵۰۱
تکانشگری شناختی توجهی	کنترل	۱۸/۹۴	۰/۶۴۸
	پیش‌آزمون	۲۱/۹	۰/۶۸۹
	کنترل	۱۹/۲۱	۰/۵۸۳
	پس‌آزمون	۱۹	۰/۶۷۰
نمره‌ی کل تکانشگری	کنترل	۷۵/۵	۰/۷۲۱
	پیش‌آزمون	۷۱/۳	۰/۷۰۶
	کنترل	۷۲/۳	۰/۶۸۱
	پس‌آزمون	۵۸/۱	۰/۷۹۰

بر اساس اطلاعات جدول ۲، در گروه آزمایش، همه مؤلفه‌ها و نمره کل تکانشگری از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون کاهش محسوسی داشته‌اند، درحالی‌که در گروه کنترل تغییرات چشمگیری مشاهده نمی‌شود. در بررسی معناداری تفاوت گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون نمرات تکانشگری، به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. با توجه به اینکه نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس گروه‌ها از پیشفرض‌های اصلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری هستند، قبل از آرایه نتایج تحلیل کوواریانس

¹ Swann, Bjork, Moeller, Dougherty

² Attentional/Cognitive Impulsivity

³ Motor Impulsivity

⁴ Nonplanning

⁵ Patton, Stanford, Barratt

از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی نرمال بودن توزیع داده ها (نتایج جدول ۲ نشان دهنده نرمال بودن داده ها می باشد) و از آزمون لون (جدول ۳) برای بررسی فرض برابری واریانس خطای متغیرهای وابسته استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس گروهها در متغیرهای وابسته

متغیر	نسبت f	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	معناداری
بی برنامه گی	۰/۱۳۹	۱	۲۹	۰/۶۹۸
تکانشگری حرکتی	۱/۳۸۴	۱	۲۹	۰/۳۵۱
تکانشگری شناختی توجهی	۰/۰۸۷	۱	۲۹	۰/۷۴۱
نمره ی کل تکانشگری	۰/۰۰۱	۱	۲۹	۰/۸۷۹

مطابق اطلاعات جدول ۳ آزمون لون فرض برابری واریانس گروهها را نشان می دهد، زیرا در همه این موارد نسبت های F مشاهده شده معنی دار نشده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت کلی گروهها در پس آزمون متغیرهای وابسته و پیش آزمون

متغیر	نام آزمون	مقدار	F	df	درجه ی آزادی	سطح معناداری
پیش آزمون بی برنامه گی	اثر پیلایی	۰/۱۲۱	۱/۰۱	۳	۲۲	۰/۴۰۱
	لامیدای ویلکز	۰/۸۷۷	۱/۰۱	۳	۲۲	۰/۴۰۱
	اثر هوتلینگ	۰/۱۳۸	۱/۰۱	۳	۲۲	۰/۴۰۱
پیش آزمون تکانشگری حرکتی	اثر پیلایی	۰/۱۹۲	۷۳/۱	۳	۲۲	۰/۱۹۱
	لامیدای ویلکز	۰/۸۰۷	۷۳/۱	۳	۲۲	۰/۱۹۱
	اثر هوتلینگ	۰/۲۴۵	۷۳/۱	۳	۲۲	۰/۱۹۱
پیش آزمون تکانشگری شناختی -توجهی	اثر پیلایی	۰/۱۲۳	۱/۰۲	۳	۲۲	۰/۴۰۵
	لامیدای ویلکز	۰/۸۷۵	۱/۰۲	۳	۲۲	۰/۴۰۵
	اثر هوتلینگ	۰/۱۳۴	۱/۰۲	۳	۲۲	۰/۴۰۵
پیش آزمون نمره کل	اثر پیلایی	۰/۰۸۹	۰/۷۵۲	۳	۲۲	۰/۵۳۲
	لامیدای ویلکز	۰/۹۰۷	۰/۷۵۲	۳	۲۲	۰/۵۳۲
	اثر هوتلینگ	۰/۱۰۰	۰/۷۵۲	۳	۲۲	۰/۵۳۲
گروه	اثر پیلایی	۰/۴۰۴	۵/۰۱	۳	۲۲	۰/۰۰۷
	لامیدای ویلکز	۰/۵۹۴	۵/۰۱	۳	۲۲	۰/۰۰۷
	اثر هوتلینگ	۰/۶۸۷	۵/۰۱	۳	۲۲	۰/۰۰۷

اطلاعات جدول ۴ نشان میدهد که هر سه شاخص آماره ملاک آزمون در مورد تفاوت گروه ها در پس آزمون متغیرهای مورد مطالعه معنی دار شده است. این موضوع نشان می دهد که دو گروه حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معنادار دارند. نتایج تحلیل کواریانس در جدول زیر ارائه گردیده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌های تکانشگری

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجموع مجذورات	f	سطح معناداری
بی‌برنامگی	۱۹۹/۰۲	۱	۱۹۹/۰۲	۱۳/۴۴	۰/۰۰۲
تکانشگری حرکتی	۵۹/۶۶	۱	۵۹/۶۶	۲/۸۸	۰/۰۰۳
تکانشگری شناختی-توجهی	۱۳۴/۴۰	۱	۱۳۴/۴۰	۹/۷۸	۰/۰۰۵
نمره کل تکانشگری	۱۱۲۲/۸۸	۱	۱۱۲۲/۸۸	۱۱/۰۰	۰/۰۰۳

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود ددر مولفه های تکانگری در دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود، درمان شناختی-رفتاری بر مولفه های تکانشگری تاثیرگذار بوده است و منجر به کاهش علائم تکانشگری شده است.

نتیجه‌گیری و بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تکانشگری کودکان کم شنو بود. به همین منظور در این پژوهش، درمان بر اساس درمان شناختی-رفتاری فری (۲۰۰۵) در قالب دوازده جلسه‌ی درمانی به صورت گروهی برای ۱۵ نفر از کودکان کم شنو ارائه گردید. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تکانشگری کودکان کم شنو بود. این درمان موجب کاهش چشم‌گیر نمرات تکانشگری کودکان کم شنو در دوره‌ی درمان گردید.

در تبیین یافته‌های می‌توان گفت، تکانشگری به عنوان زمینه ساز واکنش‌های بدون برنامه و سریع به محرک‌های درونی و یا بیرونی بدون توجه به پیامدهای منفی به خود یا دیگران تعریف شده است (مولر، بارات، داگرتی، اشمیتز و اسوان^۱، ۲۰۰۷). تکانشگری محور عمده‌ای در تشخیص‌های انواعی از اختلالات بالینی مانند وابستگی به مواد است (داو و لوکستون^۲، ۲۰۰۴). این اصطلاح که به طور گسترده‌ای در روانشناسی به کار می‌رود به رفتاری که با احتیاط کم و ناکافی انجام می‌شود، اشاره دارد (اوندن^۳، ۱۹۹۹). اگر چه بعضی از جنبه‌های تکانشگری انطباقی و کارکردی در نظر گرفته شده است (دیکمن^۴، ۱۹۹۹)، اما معمولاً به صفت کژکاری اشاره دارد که با اعمال جنایی و یا خشمگینانه و آسیب جسمانی به فرد (خودکشی) مرتبط است. شواهد نشان می‌دهند که ابعاد شناختی/توجهی و بی‌برنامگی تکانشگری می‌تواند تا حدی اختلال در کارکرد اجرایی را منعکس سازد (حسنی، آریانا کیا، ۱۳۹۵). از آنجا که کارکردهای اجرایی پیچیده مانند استدلال، برنامه ریزی و سازماندهی جزء کنش‌های عالی کورتکس پیشانی است، اعتقاد بر این است که آسیب یا اختلال در مناطق زیر کورتکسی مغز با توانایی افراد برای برنامه‌ریزی و سازماندهی به طور معنی داری مرتبط است (آردیلا^۵، ۲۰۰۸). بنابراین در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کارکرد اجرایی افراد معتاد تحت درمان متادون به نظر می‌رسد که مداخلات شناختی-رفتاری می‌توانند به واسطه تاثیر بر این سیستم منجر به بهبود عملکرد در آنها شوند. برخی پژوهشگران معتقدند که در بین کارکردهای اجرایی، سازماندهی و برنامه‌ریزی در اولویت قرار دارند و بنابراین بهبود در کارکرد اجرایی منجر به بهبود عملکردهای دیگر افراد نیز میشود. برنامه ریزی یا به عبارت دیگر توانایی دستیابی به یک هدف عمده از طریق مراحل واسطه‌ای دیگر، یکی از مولفه‌های ضروری فرآیند شناختی سطح بالا، مثل حل مساله است. برنامه‌ریزی، بخش مهمی از رفتار هدفمند است و دربردارنده تنظیم اعمال برای پیشرفت و مواجهه سازمانیافته، راهبردی و اثربخش با تکالیف است. سطوح سلسله مراتبی با جریان صعودی و نزولی برای انجام برنامه‌ریزی و ارزیابی آن را پیشنهاد کرده‌اند. این مدل، تاکید می‌کند که رفتار برنامه‌ریزی بر مدارهای عصبی متعددی تکیه دارد که هر کدام برای فرآیندهای فرعی ویژه‌ای مثل حافظه کاری، ایجاد نقشه و پاداش‌دهی، رمزگذاری شده‌اند و هر کدام از این فرآیندها ممکن است به‌طور متفاوتی در سطوح مختلف رفتار برنامه‌ریزی نقش داشته باشند. بدین ترتیب، پیچیدگی برنامه‌ریزی مربوط به اهداف بفرعی زیادی است که باید در ذهن نگاه داشته شوند (آردیلا، ۲۰۰۸). رفتارهای برنامه‌ریزی شده توسط افراد تحت درمان متادون در جریان درمان شناختی-رفتاری، به‌نوبه خود منجر به افزایش سطح کارکرد اجرایی آنها میشود.

علاوه بر این، تحول کارکردهای اجرایی تابع تحول منطقه پیش پیشانی مغز است و این ناحیه بخش اعظم شکنجه‌های پیشانی فوقانی، میانی و تحتانی، شکنج اوربیتال، بخش اعظم شکنج پیشانی داخلی و نیمه قدامی شکنج سینگولیت را شامل میشود (کلاسون^۶، ۲۰۰۲). این ناحیه در برنامه‌ریزی طرح‌ها و توالی پیچیده اعمال حرکتی، در ارتباط نزدیک با قشر حرکتی عمل میکند. بیشتر سیگنال‌های خروجی از ناحیه پیش‌پیشانی به سیستم حرکتی، از طریق بخش دمدار فیدبکی عقده‌های قاعده‌ای تالمو برای برنامه‌ریزی حرکتی عبور میکند. این ناحیه برای انجام روندهای طولانی فکری در ذهن ضروری است. همچنین این ناحیه قادر به پردازش اطلاعات غیر حرکتی از نواحی گسترده مغز است و در نتیجه انواع غیر حرکتی تفکر را نیز در کنار انواع حرکتی تفکر، انجام‌پذیر میکند و نوعی از حافظه کوتاه مدت و حافظه کاری نیز در این بخش ذخیره می‌شود. در درمان شناختی-رفتاری بیماران موظف به رعایت الگوهای از پیش تعیین شده در درمان هستند و در صورت تکرار و تمرین، فضا برای بهبود حافظه به خصوص حافظه کوتاه مدت و حافظه کاری بیشتر خواهد شد، که در نهایت منجر به افزایش سطح کارکرد اجرایی در افراد میگردد (هانی و کوزلوسکا^۷، ۲۰۰۲).

از سوی دیگر، تکانشگری توجهی شاخصی از حواسپرتی، بی‌توجهی و فعالیت شناختی غیر مرتبط است (پتورن، استفورد و برد^۸، ۱۹۹۵)، و سطوح بالای تکانشگری توجهی به جای اینکه مبتنی بر اضطراب باشد، میتواند تظاهر بیرونی آن باشد (بویستو، تامسون برانر،

¹ Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, & Swann

² Dawe & Loxton

³ Evenden

⁴ Dickman

⁵ Ardila

⁶ Clawson

⁷ Hanney

⁸ Patton, Stanford, Barratt

کادو هاریس، پرد، فرچيون و بارلو، ۲۰۱۱). اين نتايج با درنظر گرفتن نقش عوامل (افکارناکارآمد، فرض های زیربنایی و فرایندهای شناختی پردازش اطلاعات مختل شده) در آسیب شناسی اضطراب و افسردگی در این افراد قابل تبیین است. برای مثال، در درمان های شناختی سعی میشود افکار غیر منطقی و ناکارآمد برانگیزانندهی علائم بیماری، اضطراب و افسردگی شناسایی شود، بیمار نسبت به نقش این افکار در ناتوانی اش بینش یابد و افکار صحیح تری را جایگزین آنها نماید. از آنجا که کودکان ناشنوا آسیب پذیری زیادی نسبت به نگرانی و اضطراب از خود نشان می دهند و آمادگی زیادی برای سوء تعبیر علائم فیزیولوژیکی اضطراب دارند این بینش به افراد داده شد که آنها نسبت به وضعیت سلامتی و سیر درمان ناتوانی افکار فاجعه آمیز و نادرستی دارند که باعث می شود یک سوگیری منفی و گزینشی نسبت به سلامتی و سیر بهبودی خود نشان دهند. سپس تکنیک بسیار موثر دیگر که به تبیین اثربخشی درمان اضطراب کمک می کند استفاده از تن آرامی روزانه در کودکان بود. کودکان آموزش دیدند که با بروز اولین نشانه های فیزیولوژیکی اضطراب از فنون آرام سازی استفاده نمایند در واقع این تکنیک با کاهش نشانه های اضطراب و تنیدگی باعث بهبود حال این کودکان می شود. اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود افسردگی را می توان از دو جنبه شناختی و رفتاری تبیین نمود. کودکان ناشنوا دلیل مواجهه مکرر با رویدادهای غیرقابل پیش بینی و کنترل ناپذیر حملات، کمکم به سوی درماندگی و نافع‌ال‌کشیده می شوند و اغلب ترس از دچار حمله شدن در محیط های اجتماعی و نگرانی از سوءبرداشت های دیگران، بیمار را از بسیاری از تجربه های مثبت باز می دارد. انزوا و نافع‌ال‌کشی نیز ادراک کودکان را تحت تأثیر قرار داده و مجموعه این عوامل سبب می شود که بیمار احساس ناکارآمدی و درماندگی را به تمام تجربیات خود منتقل نماید و عملاً بسیاری از فرصت های عملکرد مؤثر را از دست بدهد. با استفاده از درمان شناختی که شامل اصلاح افکار اتوماتیک منفی و باورهای زیربنایی افراد بود، نگرش کودکان در مورد بیماری و تأثیرات ناتوان کننده آن به چالش کشیده شد. که می تواند کارکرد اجرایی این کودکان را ارتقاء دهد.

اغلب این کودکان از لحاظ روابط بین فردی مشکلات اغلب پرخاشگر زیادی داشته و سبک های ارتباطی غلط یا منفعل منجر به طرد شدن از سوی دیگران شده و باعث انزوای اجتماعی هر چه بیشتر در این بیماران میشود، لذا یکی از اهداف جلسات درمانی آموزش سبک ارتباطی صحیح، شجاعانه و توأم با ابراز وجود در این بیماران بود تا بیماران به برقراری روابط اجتماعی خوب و تقویت کننده تشویق شوند.

در پژوهش حاضر، درمان شناختی رفتاری (با کاهش سوء تعبیرهای بیمار، آموزش تنفس دیافراگمی و احتمالاً با کاهش سیتوکین در بیماران و فنون تن آرامی و...) به طور مشخص بر مولفه های شناختی و فیزیولوژیکی اضطراب و افسردگی تأکید نمود. بنابراین تبیین احتمالی یافته فوق را می توان بدین صورت مطرح کرد که با کاهش سطوح اضطراب و افسردگی بیماران، احتمالاً تمرکز آنها بر نقض جسمانی و شنوایشان و بیش توجهی نسبت به علائم و نشانه ها کاهش یافته و در اجرایی کارکردهایشان بهبودی را نشان داده است.

در این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش هایی که در حوزه ی علوم رفتاری و روانشناسی صورت میگیرند، محدودیت هایی وجود داشت. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر، عدم امکان انجام مرحله ی پیگیری بود. بنابراین پیشنهاد می گردد با توجه به اثربخش بودن درمان گروهی CBT بر اضطراب، افسردگی و کارکرد اجرایی در کودکان کم شنوا این خدمات در مراکز درمانی موجود در کشور مانند بهزیستی و مراکز توانبخشی کم شنوایان استفاده شود. همچنین، استفاده از این روش درمانی در درمان سایر اختلالات روانشناختی مرتبط با کارکردهای شناختی پیشنهاد میگردد.

سپاسگذاری

از کلیه کودکان کم شنوا و خانواده هایشان که در انجام این تحقیق ما را همراهی نمودند کمال تشکر را داریم.

منابع و مراجع

- [۱] افروز، غ.ع (۲۰۰۹). مقدمه ای بر روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران. چاپ بیست و هفتم
- [۲] اکبری، ج (۱۳۹۶). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و درمان دارویی بر علایم اضطراب و تکانشگری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، مجله اصول بهداشت روانی، ۱۰(۴۰)، ۳۱۷-۳۲۳.
- [۳] امینی، د؛ افروز، غ.ع؛ شریفی درآمدی، پ؛ هومن، ح.ع (۱۳۹۲). شناخت اختلالات و مشکلات هیجانی کودکان ناشنوا با استفاده از تست نقاشی خانه-درخت-آدم و تست آدم در مقایسه با کودکان عادی استان همدان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، شماره ۱(۲۰)، ۵۸-۴۹.
- [۴] حسنی، ج؛ آریانا کیا، ال (۱۳۹۵). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اضطراب و تکانشگری در اختلال دوقطبی با و بدون همبودی با اختلال وسواسی-جبری مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۱(۲۲)، ۳۹-۴۹.
- [۵] خانجانی، ز (۱۳۸۷). نقش نقص های حسی در سبک های دلبستگی و مشکلات رفتاری کودکان. پژوهش های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)، ۳(۹)، ۲۱-۶۴.
- [۶] سهرابی، ف؛ اعظمی، ی؛ برجعلی، ا؛ چوپان، ح (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر کاهش تکانشگری در افراد وابسته به مواد مخدر. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، ۸(۳۰)، ۱۲۷-۱۴۱.
- [۷] فری، مایکل (۱۳۸۴). راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی، ترجمه محمدی، مسعود. فرنام، رابرت. تهران: رشد، چاپ اول.
- [۸] لیهی، رابرت (۱۳۸۸). تکنیک های شناختی درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی)، ترجمه حمیدپور، حسن. اندوز، زهرا، تهران: ارجمند چاپ اول.
- [۹] ناطقی، م؛ سهرابی، ف (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افکار خودکشی و تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد به مواد مخدر. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، ۴۲(۱۱)، ۲۱۳-۲۲۸.
- [۱۰] الهه، م؛ احمد، ع (۱۳۸۳). بررسی اعتبار روایی و نقاط برش اختلالهای پرسشنامه علائم مرضی کودکان ۴-CSI- بر روی دانش آموزان ۱۴-۶ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر تهران. مجله کودکان استثنایی، ۵ (۱۶)، ۲۳۹-۲۵۴.
- [11] Aba, D.; Michael, R.; Juliane, E.; Steffi, Weidt.; Annette, B., B.; Hanspeter, M. (2016). E-mail support as an adjunct to cognitive-behavioral group therapy for social anxiety disorder: Impact on dropout and outcome. *Psychiatry Research*, 244(2), 151–158.
- [12] Abbasi, M.; Dargahi, S.; Bagiyani, K.; Marz, M., J.; Bakhti, M.; Dargahi, A. (2014). Examining the Role of Difficulty in Emotional Self Regulation, Impulsiveness and Defensive Mechanisms in Discriminate Smokers and Non Smokers Students. *Arch Hygiene Sci*, 3(2), 59-69.
- [13] Afrooz, G.h. [Introduction to psychology and education of exceptional children]. Tehran: Tehran University Publications, 2010. (Persian)
- [14] Ahmad Mohamed, Kh. (2010). WCPCG-2010 Effect of using modern soft program for learning some judo skills and lonely feeling to the Hearing Impaired People Fayza. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5 (2010) 2058–2062
- [15] Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 22(2), 211-21. DOI: 10.1016/j.janxdis.2007.02.004 PMID: 17349775
- [16] Boisseau, C., L.; Thompson-Brenner, H. (2012). Caldwell-Harris C, Pratt E, Farchione T, Barlow DH. Behavioral and cognitive impulsivity in obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Psychiatry Res*, 200, 1062- 6.
- [17] children. *Biol Psychol*, 78(1), 10-19
- [18] Dadsetan, P. [Developmental psychopathology from infancy through adulthood]. 3rd ed. Tehran: Samt, 2007. (Persian)
- [19] Dawe, S. & Loxton, N. J. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience Biobehavior Review*, 28, 343- 351.

- [20] Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 95-102.
- [21] Erermiş, S.(2009). Temperamental characteristics of mothers of preschool children with separation anxiety disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 5 (20), 14-21.
- [22] Eric, A.; Storch, E., B.; Arnold, A., B.; Lewin, J., M.; Nadeau, A., M.; Jones, A., S.; De Nadai, P.; Jane Mutch, R., R.; Selles, D.,U.; Tanya, K., M.(2013). The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy Versus Treatment as Usual for Anxiety in Children With Autism Spectrum Disorders: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(2), 132-142
- [23] Evenden, J. L. (1999b). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146, 348- 361.
- [24] Fellingner, J., Holzinger, D., Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people. *Lancet*, 379(9820):1037-44.
- [25] Gardner J, Carran D.(2005), Attainment of personal outcomes by people with developmental disabilities. *Ment Retard*, 43(3):157-174.
- [26] Garnefski, N.; Kraaij, V.; Spinhoven, P. (2013). CERQ: Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, Datec, Leiderdorp. The Netherlands 2002. 15. Falakaflaki S, Kalantarkousheh SM. Depression, Anxiety, and Stress among Mothers of Healthy Children and Mothers of Children with Cochlear Implants. *J Soci Issu Human*, 1(5), 314-325.
- [27] Gerontology: Psychological Sciences. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 71(3), 400-404.
- [28] Gkouvatzi, A.,N.; Mantis, K.; Kambas, A. (2010). Comparative study of motor performance of deaf and hard of hearing students in reaction time, visual-motor control and upper limb speed and dexterity abilities. *International journal of special education*, 25(2), 15-25.
- [29] Gregory, B.; Peters, L. (2016). Changes in the self during cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, Available online 23 November. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.11.008
- [30] Hall, J.; Kellett, J.; Berrios, R.; Bains, M, K.; Scot, Sh. (2016). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Older Adults: Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(11), 1063-1073.
- [31] Hazlett-Stevens, H. Psychological approaches to generalized anxiety disorder: A clinician's guide to assessment and treatment. New York, NY: Springer; 2008.
- [32] Heller, K.W.; Forney, P.E.; Alberto, P.A.(2000). Meeting physical and health needs of children with disabilities. Belmont: Wadsworth.
- [33] Janssen, M.J.; Riksen-Walraven, J.M.; Van-Dijk, J., P., M.(2003). Toward a diagnostic intervention model for fostering harmonious interactions between deaf-blind children and their Educators. *J Vis Impair Blind*, 97(4), 197-214.
- [34] Jennifer, L.; Hudson, R., M.; Rapee, H., J.; Lyneham, L., F.; McLellan, V., M.; Wuthrich, C., A.(2015). Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioural therapy Schniering. *Behaviour Research and Therapy*, 72(21), 30-37
- [35] Jeremy, S.; Peterman, M., M.; Carper, R.; Meredith, E.; Jonathan, S., C.; Donna, B., P.; Philip, C., K. (2016). .The effects of cognitive-behavioral therapy for youth anxiety on sleep problems. *Journal of Anxiety Disorders*, 37(15), 78-88
- [36] Katz, J.; Medwetsky, L.; Burkard, R.F.;& Hood, L.(2010).Handbook of clinical audiology (3rd ed). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- [37] Kelly-Campbell, R., J.; Parry, D., C. (2014). Relationship between cognitive anxiety level and client variables at initial consultation for adults with hearing impairment. *Journal of Communication Disorders*, 47, 47-56.
- Viertmiö, S.; Perälä, J.; Saarni, S.; Koskinen, Seppo.; Suvisaar, J. (2014). Hearing loss in persons with psychotic disorder—Findings from a population-based survey. *Schizophrenia Research*, 159(1-2), 309-311.

- [38] Kendall, P. C., Compton, S. N., Walkup, J. T., Birmaher, B., Albano, A. M., Sherrill, J., Ginsburg, G., Rynn, M., McCracken, J., Gosch, E., Keeton, C., Bergman, L., Sakolsky, D., Suveg, C., Iyengar, S., March, J., & Piacentini, J. (2010). Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 24: 360–365.
- [39] Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli- Mindel, S M., SouthamGerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366–380.
- [40] Kendall, P. C., Gosch, E., Furr, J., & Sood, E. (2008). Flexibility within fidelity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 987–993.
- [41] Kevin, J.; Contrera, J., B.; Jennifer, D.; Janet, S.; Choi, H., N.; Ayonayon, T., H.; Elizabeth H.; Kathryn, R.; Martin, K.. M.; Sheila, P.; Susan, M.; Rubin, S.S.; Kristine, Y.; Eleanor, M.; Simonsick, F.,R.; Lin, M.,D. (2016). Association of Hearing Impairment and Anxiety in Older Adults. *Journals of*
- [42] Kirk, S.; Gallagher, J.; Coleman, M.R. Anastasiow N. *Educating exceptional children*. 12th ed. Belmont: Wadsworth, 2009.
- [43] Lebowitz, E. R.; Woolston, J.; Bar-Haim, Y.; Calvocoressi, L.; & et al. (2013). Family accommodation in pediatric anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 30(1), 47-54.
- [44] Moeller, G. F.; Barratt, E. S.; Dougherty, D. M.; Schmitz, J. M.; & Swann, A. C. (2007). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.
- [45] Mokhtari, M.; Eshaghi Gorji, H.; Shafiei Amiri, M. . (2014). EPA-0810 - Impact of cognitive behavioral therapy in reducing anxiety and depression in children that have cancer in babol. *European Psychiatry*, 29(1), 1-11.
- [46] Mor, N., & Meijers, J. (2009). Cognitive Behavioral Therapy in Childhood Anxiety. *Journal Psychiatry Relate Science*, 46 (4): 282–289
- [47] Moradikia, H.; Arjmandnia, A.,A.; Ghobari, B., B. (2016). The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Psychological Well-Being of Mothers of Students with Intellectual Disability. *Iran J Pediatr Nurs*, 3(1), 36-43. DOI: 10.21859/jpen-0301195
- [48] National Association For The Deaf: NAD, 2010, <https://www.nad.org/>
- [49] Natoshia, R.,C.; Anjana, J.; Susan T. Tran, S.; Kashikar-Zuck, K.,R.; Goldschneider, R., C.; Coghill, A.; Lynch-Jordan, M. (2016). Anxiety Adversely Impacts Response to Cognitive Behavioral Therapy in Children with Chronic Pain. *The Journal of Pediatrics* ,171(12), 227–233.
- [50] Patton, J.,H.; Stanford, M.,S. (1995). Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*, 51(6), 768-74.
- [51] Schwartz, R.G.; Marton, K.(2010). *Articulatory and phonological disorders*. 8th ed. Bostone: Allyn & Bacon.
- [52] Shahrivar, Z.; Kousha, M.; Moallemi, S.; Tehrani-Doost, M.; & AlaghbandRad, J. (2008). The Reliability and Validity of Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present and Life-time Version– Persian Version. *Journal of Child and Adolescent Mental Health* Volume, 15 (2), 97-102.
- [53] Sharma, p.; Mehta, M., Sagar, S.; Rajesh, S. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorders and headache in adolescents. *J Anxiety Disord*, 21(4), 411-429.
- [54] Stephanie, C.,P.,M.; Theunissen, C.,R.; Maartje, K.; Wim, S.; Jeroen, J.; Briaire, Johan, H., M.(2010). Depression in hearing-impaired children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 75(10), 1313–1317.
- [55] Sun, L.,R.; Qing, C.; Zhang, Y.,L.; Jia, S.,Y.; Li, Z.,R.; Pei, S.,J.; et al. (2007). Cimicifoetisides A and B, two cytotoxic cycloartane triterpenoid glycosides from the rhizomes of *Cimicifuga foetida*, inhibit proliferation of cancer cells. *Beilstein J Org Chem*, 3 (1), 3-16. DOI: 10.1186/1860-5397-3-3 PMID: 17266751

- [56] Suveg, C.J. (2009). Cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth: secondary outcomes from a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *J Anxiety Disord*, 23(3), 341-349.
- [57] Talaie-Nejad, N.; Mazaheri, M.. A.; Ghanbari, S. (2014). The effectiveness of group training of attachment-based intervention of mothers in reducing symptoms of separation anxiety of preschoolers. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology* , 9 (35), 37-46.
- [58] Theunissen, S.,C.,P.,M.; Rieffe, C.; Netten, A.,P.; Briaire, J.,J.; Soede, W.; Schoones J.W.; Frijns, J.,H.,M.; Pediatr, J.,A.,M.,A. Self-esteem in hearing-impaired children: the influence of communication, education, and audiological characteristics.*PLoS One*, 168 ,170-177
- [59] Thompson, D.A.; Henderson, C.L. *Counseling children*. 8th ed. Belmont: Brooks/Cole, 2011.
- [60] Waters, A.,M.; Neuman, D.,L.; Henry, J.,C.; Craske, M.,G.; Ornitz, E.,M. (2008). Baseline and affective startle modulation by angry and neutral face in 4-8years old anxious and non anxious
- [61] Wolfe, P.S.; Hall, T.E.(2003). Making inclusion a reality for students with severe disabilities. *Teach Except Child*, 35(4), 56-61.