

اثربخشی مداخله‌ی مبتنی بر داستان زندگی (من کی هستم؟) بر سازگاری عاطفی و ادراک شایستگی نوجوانان کم‌توان ذهنی

احمد یارمحمدیان^۱، امیر قمرانی^{۲*}، عادل محمدزاده^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۹/۱۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله‌ی داستان زندگی بر سازگاری عاطفی و ادراک شایستگی نوجوانان پسر کم‌توان ذهنی خفیف انجام شد. این پژوهش از نوع کاربردی بود و به شیوه‌ی آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه انجام شد. بدین منظور، از میان جامعه‌ی نوجوانان کم‌توان ذهنی ۱۶ تا ۲۴ ساله که در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ در مدارس استثنایی شهر در چه استان اصفهان مشغول به تحصیل بودند، با رعایت ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره‌ی آزمایش و گواه قرار گرفتند. بعد از آن، گروه آزمایش به مدت ۱۷ جلسه و هر هفته ۳ جلسه تحت مداخله‌ی داستان زندگی (من کی هستم؟) قرار گرفت. ابزار پژوهش، پرسشنامه سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی AISS (سین‌ها و سینگ، ۱۹۹۳) - خرده‌مقیاس سازگاری عاطفی - و مقیاس ادراک شایستگی هارتر (۱۹۸۲) بود. داده‌های به‌دست‌آمده از پژوهش نیز با آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاکی از آن بود که در گروه آزمایش، تأثیر مداخله‌ی داستان زندگی بر سازگاری عاطفی و ادراک شایستگی در سطح $\alpha=0/05$ معنی‌دار است. با توجه به نتایج پژوهش، می‌توان از مداخله‌ی داستان زندگی به‌منظور افزایش سازگاری عاطفی و ادراک شایستگی نوجوانان کم‌توان ذهنی استفاده نمود.

۱. دانشیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان،

a.yarmohammadian@edu.ui.ac.ir

۲. *استادیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان،

a.ghamarani@edu.ui.ac.ir

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان،

amomid200@gmail.com

واژگان کلیدی: داستان زندگی (من کی هستم؟)، سازگاری عاطفی، ادراک شایستگی، کم‌توانی ذهنی

مقدمه

بر اساس تعریف انجمن کم‌توانی‌های ذهنی و تحولی آمریکا^۱ و همچنین انجمن روان‌شناسی آمریکا^۲، اصطلاح کم‌توانی ذهنی^۳ در سه حیطه‌ی محدودیت در عملکرد ذهنی، محدودیت در رفتارهای انطباقی و سازشی با محیط و تشخیص در سال‌های اولیه‌ی رشد یعنی قبل از ۱۸ سالگی توصیف می‌شود (اسچالوک و لوکازن^۴، ۲۰۱۳). این ناتوانی که قبلاً تحت عنوان عقب‌ماندگی ذهنی^۵ شناخته می‌شد، یک نقص عمومی هوشی یا شناختی است که خود به چهار گروه اصلی خفیف^۶، متوسط^۷، شدید^۸ و عمیق^۹ تقسیم می‌گردد (ملک‌پور، ۱۳۹۳). تقریباً ۸۵ درصد افراد کم‌توان ذهنی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^{۱۰}، جزو طبقه‌ی کم‌توانان ذهنی خفیف قرار می‌گیرند که این حالت معمولاً به صورت بهره‌ی هوشی کلی بین ۵۰ تا ۷۰ و شدت کارکرد انطباقی در محدوده‌ی خفیف مشخص می‌شود. اغلب نوجوانان کم‌توان ذهنی خفیف می‌توانند تا کلاس ششم پیش بروند و تا حدودی مهارت‌های اجتماعی و حرفه‌ای را که برای حداقل خود کفایی لازم است را یاد بگیرند. بسیاری از آنان قادرند با حمایت دیگران زندگی مستقلانه‌ای داشته و خانواده‌ی خود را اداره کنند (سادوک، سادوک و رونیز، ۲۰۱۵؛ ترجمه‌ی رضاعی، ۱۳۹۵).

از مشکلاتی که بسیاری از افراد کم‌توان ذهنی با آن مواجه هستند، مشکل در سازگاری عاطفی است. سازگاری عاطفی به‌عنوان سلامت روانی خوب و مقاوم در برابر عوارض ناشی

1. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)
2. American Psychological Association (APA)
3. intellectual disability
4. Schalock & Luckasson
5. mental retardation
6. mild Intellectual Disability
7. moderate Intellectual Disability
8. severe Intellectual Disability
9. profound Intellectual Disability
10. the diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)

از فشار روانی، خلق مثبت و رضایت از زندگی شخصی و هماهنگی میان احساسات، فعالیت‌ها و افکار تعریف می‌شود (سایپینگتون، ۱۹۸۹؛ ترجمه‌ی حسین‌شاهی‌پرواتی، ۱۳۹۱). سازگاری عاطفی زمانی شکل می‌گیرد که نوجوان عواطف و احساسات خویش را بشناسد و بالطبع، نحوه‌ی کنترل و ابراز آن را بداند (یاوری، ۱۳۹۲). افرادی از لحاظ عاطفی سازگار هستند که احساسات و رفتار دیگران را درک کنند، دیدگاه‌ها و نگرش دیگران را بپذیرند و در برابر مشکلات و مسائل روزمره، هیجان‌ها و احساساتشان را کنترل نمایند. به بیانی دیگر، باعث می‌شود هر هیجان را در موقعیت مناسب و با شدت مناسب بروز دهند (حافظ‌آبادی و بافتی، ۱۳۸۶؛ به نقل از ایمانی و محب، ۱۳۸۸؛ جوکار و کمالی، ۱۳۹۵). افرادی که از لحاظ عاطفی سازگاری لازم را ندارند، در مواجهه با مشکلات و ناکامی‌های روزمره، قادر به کنترل هیجان‌های خود نبوده و ممکن است رفتاری نامناسب و غیرعادی را از خود بروز دهند. این افراد ممکن است بسیار تحریک‌پذیر و یا بسیار منفعل و درمانده رفتار نمایند که همین موضوع می‌تواند منجر به ایجاد اضطراب، استرس، انواع هراس (از قبیل پانیک، هراس اجتماعی یا ترس از مکان‌های شلوغ)، احساس تنهایی و افسردگی در آنان شود (وارد، آرولا، بهنرت و لیب^۱، ۲۰۱۷؛ ونگ، هاتزیجیانی، شاه‌این، ماری و هاریسون^۲، ۲۰۱۶؛ بلازکیوز و کرازادو^۳، ۲۰۱۶). برخی شواهد حاکی از آن است که مشکلات سازگاری عاطفی در کم‌توانان ذهنی نسبت به افراد عادی جامعه، ۳ تا ۴ برابر بیشتر است (مک‌کلار، هالپرن، ولپر و دوناهیو^۴، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد کم‌توان ذهنی به‌طور قابل توجهی در شناخت احساسات دیگران مشکل دارند. پژوهشی که هیپولایت و دیگران^۵ در سال ۲۰۰۹ انجام دادند، حاکی از آن بود که افراد کم‌توان ذهنی، نسبت به گروه همتای عادی خود که از لحاظ بهره‌ی هوشی همگن شده بودند، ضعف بیشتری در مهارت‌های عاطفی داشتند. علاوه بر آن، در برخی پژوهش‌ها رابطه‌ی مسائل عاطفی و رفتارهای چالش‌برانگیز همچون

-
1. Ward, Arola, Bohnert & Lieb
 2. Wang, Hatzigianni, Shahaein, Murry & Harrison
 3. Blázquez & Cruzado
 4. McClure, Halpern, Wolper & Donahue
 5. Hippolyte, Barisnikov, Van Der Linden & Detraux,

پرخاشگری، خشونت، خودآزاری، تخریب و بزهکاری مشخص شده است (دیویس، فرود و جنکیز^۱، ۲۰۱۵؛ ویلر، هولند، بامبریک و اوبرین^۲، ۲۰۰۹؛ زاجا و روژان^۳، ۲۰۰۸). بر این اساس، توجه به بهبود سازگاری عاطفی افراد کم‌توان ذهنی ضروری به نظر می‌رسد. یکی از متغیرهایی که با سازگاری عاطفی ارتباط دارد، ادراک شایستگی^۴ است (ویکراستاف، هریوت، وانگ، لوپس و دوستور^۵، ۲۰۰۷). ادراک شایستگی عبارت است از خود-ادراکی^۶ که فرد نسبت به قابلیت‌ها و توانایی‌هایش در رابطه با کنترل محیط و موقعیت خود دارد (یعقوبی، محقق، جعفری و یاری مقدم، ۱۳۹۲). به عبارتی دیگر، ادراک شایستگی به فرایند آگاه شدن فرد از ویژگی‌های خویش، نوع روابط با دیگران، بازخورد نسبت به رویدادها، ظرفیت‌ها و توانایی‌های خود اشاره دارد و بر حوزه‌های مختلف شناختی، جسمانی و اجتماعی متمرکز است (هارتر، ۱۹۸۲؛ به نقل از بهادر مطلق، عطاری و بهادر مطلق، ۱۳۹۱). در همین راستا ساراسون و ساراسون^۷ نشان دادند که عواملی از قبیل عوامل جسمانی، روان‌شناختی، اقتصادی و اجتماعی تابع ادراک و جنبه‌های شناختی فرد است که در پردازش محرک‌های بیرونی و درونی تأثیر دارد (کرمی، ۱۳۸۹).

نوجوانان کم‌توان ذهنی اغلب در درک از خود با تأخیر مواجه هستند. مطالعات نشان داده است که این افراد در مقایسه با همسالان عادی، به علت ضعف شناختی، خود-ادراکی ضعیفی دارند (نادرگروسبویس^۸، ۲۰۱۴). نتایج پژوهشی دیگر نشان داد که هر چه بهره‌ی هوشی پایین‌تر باشد، خود-ادراکی و شایستگی اجتماعی نیز پایین بوده و احتمال مبتلا شدن به اختلالات افسردگی افزایش می‌یابد. بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت ضعف در خود-ادراکی باعث می‌شود فرد احساسات خود را به درستی نشناخته و از بیان خود به صورت مطلوب ناتوان باشد؛ و همین موضوع موجب می‌شود فرد عواطف و هیجان‌اتش را به طور

-
1. Davies, Frude & Jenkins
 2. Wheeler, Holland, Bambrick & O'Brien
 3. Zaja & Rojahn
 4. perceived competence
 5. Vickerstaff, Heriot, Wong, Lopes & Dossetor
 6. self-perceived
 7. Sarason and Sarason
 8. Nader-Grosbois

منفی بروز دهد. به عبارت دیگر می‌توان گفت که ضعف در خود-ادراکی، سازگاری عاطفی فرد را به خطر انداخته و احساس شایسته بودن را در او کاهش می‌دهد (ویکریستاف و دیگران، ۲۰۰۷). با توجه به نقش سازگاری عاطفی و تأثیر احساس شایستگی در زندگی نوجوانان کم‌توان ذهنی، انجام مداخلاتی در این زمینه‌ها ضروری به نظر می‌رسد. تاکنون برای بهبود سازگاری عاطفی و احساس شایستگی افراد مداخلاتی صورت گرفته است که از میان آن‌ها می‌توان به برنامه‌های گروهی مبتنی بر آموزش والدین (بارلو، اسماعیل‌جیک، فری‌تر، بنت و جونز^۱، ۲۰۱۰)، آموزش مهارت‌های اجتماعی (کوک و دیگران^۲، ۲۰۰۸)، درمان بین‌فردی (ترخان، ۱۳۹۵)، گروه‌درمانی (نیکبخت سروستانی، ۱۳۹۴)، آموزش حافظه‌کاری هیجانی (صمیمی، حسنی و مرادی، ۱۳۹۵) و راهبردهای شناختی (بهادر مطلق و دیگران، ۱۳۹۱) اشاره نمود. از آنجا که پژوهش‌های صورت گرفته، ویژگی‌های خاص نوجوانان کم‌توان ذهنی خفیف را در نظر نگرفته‌اند، استفاده از روشی که خاص این افراد بوده و با توانایی‌ها و نیازهای آنان منطبق باشد، ضروری است. بدین منظور، در این پژوهش از مداخله‌ی مبتنی بر «داستان زندگی» (من کی هستم؟)^۳ که در سال ۲۰۱۶ توسط وسترهوف^۴ به‌طور ویژه برای افراد کم‌توان ذهنی ساخته شد، استفاده گردید. وسترهوف این مداخله را به‌منظور کاهش مشکلات روانی از قبیل افسردگی، اضطراب، اختلال وسواس و روابط بین فردی افراد کم‌توان ذهنی، طراحی نمود. مداخله‌ی داستان زندگی (من کی هستم؟) بر روایت درمانی^۵ استوار بوده و بر اساس نظریه‌ی روان‌شناسی روایتی^۶ - که برای اولین بار در سال ۱۹۹۰ توسط دیوید اپستون^۷ و مایکل وایت^۸ مطرح شد - ساخته شده است (اپستون، ۲۰۱۶). در درمان‌های مبتنی بر روایت درمانی، از فرد خواسته می‌شود برای خلق داستان در مورد خود و هویتش تلاش کند تا از این طریق ارزش‌ها، مهارت‌ها و توانایی‌ها خود را شناسایی نماید (آگوستا

-
1. Barlow, Smailagic, Ferriter, Bennet & Jpnes
 2. Cook & et al
 3. life story (who am I?)
 4. Westerhof
 5. narrative therapy
 6. narrative psychology
 7. David Epston
 8. Michael White

اسکات^۱، ۲۰۰۷). در مداخله‌ی داستان‌زنگی نیز، فرد داستان‌هایی را از زندگی شخصی‌اش بازسازی کرده، خاطراتش را از گذشته تا زمان حال و آینده یکپارچه می‌سازد. همچنین، از فرد خواسته می‌شود برای خلق داستانی در مورد خود و هویتش تلاش کند تا از این طریق ارزش‌ها، مهارت‌ها و توانایی‌ها خود را شناسایی نماید (وسترهوف، بیرنیک و سولز^۲، ۲۰۱۶). هنگامی که فرد بتواند توانایی‌ها و ارزش‌های خویش را بشناسد، می‌تواند بر مشکلاتش غلبه نموده و مهارت‌های سازشی خود را بالا برد (نیوبرگ^۳، ۲۰۱۶). نتایج پژوهش وسترهوف نشان داد این مداخله برای کاهش مشکلات روانی می‌تواند مؤثر باشد (وسترهوف و دیگران، ۲۰۱۶)؛ بنابراین در پژوهش حاضر با توجه به خلأ پژوهش‌های موجود در تأثیر مداخله‌ی داستان‌زنگی بر نوجوانان کم‌توان ذهنی، اثربخشی این مداخله بر سازگاری عاطفی و ادراک شایستگی این افراد مورد بررسی قرار گرفت.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع کاربردی بود و به شیوه‌ی آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش تمامی نوجوانان پسر کم‌توان ذهنی ۱۶ تا ۲۴ سال شهر درجه‌ی استان اصفهان را شامل می‌شد که در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ در مدارس استثنایی این شهرستان مشغول به تحصیل بودند. از میان این جامعه، با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۳۰ دانش‌آموز به‌عنوان نمونه‌ی پژوهشی انتخاب شدند.

شیوه‌ی اجرای پژوهش بدین صورت بود که با رعایت ملاحظات اخلاقی (از قبیل رازداری اطلاعات شرکت‌کنندگان، توجه به حریم خصوصی و ویژگی‌های روانی-اجتماعی افراد ناتوان ذهنی شرکت‌کننده در پژوهش، دادن اختیار کامل جهت شرکت یا انصراف از پژوهش) و موافقت شرکت‌کنندگان، اولیا و مربیان مدارس استثنایی و بررسی ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، پس از اجرای مقیاس سازگاری عاطفی و مقیاس ادراک شایستگی بر کلیه‌ی افراد جامعه، ۴۳ دانش‌آموز که واجد شرایط لازم جهت شرکت

-
1. Brown, C. & Augusta-Scott
 2. Westerhof, Beernink & Sools
 3. Newberg

در این پژوهش بودند، شناسایی شدند. از میان آنان، با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، ۳۰ دانش‌آموز انتخاب گردیدند و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه قرار گرفتند. سپس، گروه آزمایش به مدت ۱۷ جلسه (هر جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه) و هر هفته ۳ جلسه، تحت مداخله‌ی داستان زندگی (من کی هستم؟) قرار گرفت. در این زمان، گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. سپس برای کامل شدن مطالعه، پرسشنامه‌های مذکور، مجدداً پس از آخرین جلسه درمانی، به‌عنوان پس‌آزمون اجرا گردید.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دامنه‌ی سنی ۱۶ تا ۲۴ سال، بهره‌ی هوشی ۵۵ تا ۷۰ از آزمون وکسلر و داشتن یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین از پرسشنامه‌های پژوهش و ملاک‌های خروج نیز مشتمل بر: داشتن هرگونه اختلالات بینایی، شنوایی، بیماری صرع، مصرف داروی خاص جهت دارودرمانی و عدم حضور در بیش از سه جلسه از شروع مداخله بود.

ابزار پژوهش حاضر از قرار زیر است:

پرسشنامه سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی (AISS): پرسشنامه سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی توسط سینها و سینگ^۱ (۱۹۹۳) برای سنین ۱۴ تا ۱۸ سال طراحی و توسط کرمی (۱۳۷۷) ترجمه شد. این پرسشنامه ۶۰ سؤال دارد و مشتمل بر سه خرده‌مقیاس سازگاری عاطفی (۲۰ سؤال)، سازگاری اجتماعی (۲۰ سؤال) و سازگاری آموزشی (۲۰ سؤال) است که در این پژوهش تنها از مؤلفه‌ی سازگاری عاطفی (گویه‌های ۱، ۴، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۹، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۳۱، ۳۴، ۳۷، ۴۰، ۴۳، ۴۶، ۴۹، ۵۲، ۵۵ و ۵۸) استفاده گردید. نمره‌گذاری مقیاس در طیف لیکرت ۲ نمره‌ای و به‌صورت پاسخ "بلی" و "خیر" است. نمره‌ی پایین نشان‌دهنده‌ی سازگاری بالاتر و نمره‌ی بالا نشانه‌ی سازگاری پایین‌تر است و در مورد سازگاری عاطفی: الف) خیلی-خوب: ۱-۰، ب) خوب: ۵-۲، پ) متوسط: ۷-۶، ت) ضعیف: ۱۰-۸، ث) خیلی ضعیف: ۱۱ به بالا محاسبه می‌شود.

پایایی کل پرسشنامه‌ی سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی در سه روش دو نیمه کردن، بازآزمایی و کودر ریچاردسون، به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۳ و ۰/۹۴ به دست آمده است (سین‌ها و سینگ، ۱۹۹۳؛ ترجمه‌ی کرمی، ۱۳۷۷). در ایران، نویدی (۱۳۸۷) ضرایب پایایی آزمون را بر پایه‌ی آلفای کرونباخ به‌عنوان شاخص پایایی برای سازگاری کلی برابر ۰/۸۲ و برای سازگاری آموزشی، عاطفی و اجتماعی به ترتیب برابر ۰/۷۰، ۰/۶۸ و ۰/۶۵ به دست آورد (نویدی، ۱۳۸۴). رجبی، چهاردولی و عطاری (۱۳۸۷)، برای بررسی روایی سازه مقیاس فوق، از روش تحلیل عاملی (تحلیل مؤلفه‌های اصلی) استفاده شد که پنج عامل ناسازگاری عاطفی، اجتماعی، آموزشی و فردی شناسایی شدند و یک عامل هم به علت تعداد کم ماده‌ها (سه ماده) فاقد نام‌گذاری بود. پنج عامل در مجموع ۲۴/۹۱٪ از واریانس مقیاس را تبیین کردند. پورشهریار و دیگران (۱۳۸۷) نیز در پژوهش خود، ضریب روایی درونی (همگونی) سازگاری کل را برای هفتاد آزمودنی که به‌صورت تصادفی انتخاب شده بودند، ۰/۹۱ اعلام نمودند. روایی محتوایی و صوری این پرسشنامه، توسط سه نفر از اساتید مشاوره، روان‌سنجی و آمار تأیید شده است. اساتید فوق‌الذکر تأیید کرده‌اند که این پرسشنامه برای سنجش سازگاری در سه حوزه‌ی عاطفی، اجتماعی و آموزشی برای دانش‌آموزان دبیرستانی و پیش‌دانشگاهی قابل تأیید است (صفوی، مسعودی‌لطفی و لطفی، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس مذکور ۰/۷۷ گزارش شد.

مقیاس ادراک شایستگی: این مقیاس توسط هارتر^۱ (۱۹۸۲) به‌منظور ارزیابی ادراک شایستگی در زمینه‌های جسمانی، اجتماعی، شناختی و ارزشمندی کلی فرد ساخته شد. این مقیاس یک آزمون خودگزارشی است که مشتمل بر ۲۸ سؤال است و در آن سه مؤلفه‌ی مجزای ادراک شایستگی شناختی (گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۲۵)، شایستگی اجتماعی در برخورد با همسالان (گویه‌های ۸، ۱۱، ۱۰ و ۱۴) و شایستگی جسمانی با تمرکز بر بازی و فعالیت‌های ورزشی در هوای آزاد (گویه‌های ۴، ۵، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۶ و ۲۸) ارزیابی می‌شود. علاوه بر این سه مؤلفه‌ی مجزا، مؤلفه‌ی

1. Harter

چهارم این مقیاس بر ارزیابی خودارزشمندی کلی که خود یک مهارتی مستقل است، تمرکز دارد. به منظور جلوگیری مثبت یا منفی آزمودنی در پاسخ به سؤالات و ارائه‌ی پاسخ‌های مطلوب، هارتر به جای استفاده از روش سنتی نمره‌گذاری لیکرت، روش ساختاری جایگزین^۱ را ارائه نمود که در دو بعد مطرح می‌شود (برای مثال: بعضی‌ها مدرسه را دوست دارند و بعضی‌ها مدرسه را دوست ندارند) و هر دو بعد در دو سمت پرسشنامه قرار دارند و در زیر هر یک از دو بعد دو گزینه دیگر «در مورد من تا حدی درست است» یا «در مورد من کاملاً درست است» وجود دارد. در نتیجه هر گویه ۱ تا ۴ نمره دارد که نمره‌ی ۱ توانایی پایین و نمره‌ی ۴ توانایی بالا را منعکس می‌کند (هارتر، ۱۹۸۲).

پایایی خرده‌آزمون‌های مقیاس با استفاده از ضرب آلفا برای ابعاد شایستگی شناختی، اجتماعی، جسمانی و خودارزشمندی کلی به ترتیب برابر با ۰.۷۶، ۰.۸۰، ۰.۸۷ و ۰.۷۰ و پس از ۹ ماه، به ترتیب ۰.۷۸، ۰.۷۵، ۰.۸۰ و ۰.۶۹ گزارش شده است. تحلیل عوامل در گزارش‌های هارتر (۱۹۹۹)، چان^۲ (۱۹۸۸) و هوگک و مک‌شفری^۳ (۱۹۹۱) چهار بعد اصلی مقیاس را تأیید کرده است.

در ایران نیز، روایی این مقیاس با تحلیل عاملی و به دنبالان چرخش واریماکس و ابلیمن که هر دو روش منجر به استخراج عوامل مشابه گردید (شهیم، ۲۰۰۴). در این پژوهش که بر روی ۱۹۹ نفر اجرا گردید، ۱۰ عامل با ارزش ویژه^۴ بیشتر از یک حاصل گردید که پس از ترسیم نمودار اسکری^۵ سه عامل پس از چرخش ابلیمن استخراج شد که این ۳ عامل شامل شایستگی شناختی، جسمانی و اجتماعی بود که به ترتیب دارای مقادیر ارزشی ۱.۹۴، ۱.۷۵ و ۱.۷۵ شدند. پایایی مقیاس نیز با ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰.۹۱ و به ترتیب شناختی، جسمانی و اجتماعی مقادیر ۰.۸۹، ۰.۸۱ و ۰.۷۴ به دست آمد (شهیم، ۲۰۰۴). در پژوهش یزدیان (۱۳۸۷) ادراک شایستگی کودکان جمعیت عادی و دارای اختلالات

-
1. structure alternative format
 2. Chan
 3. Hoge & McSheffrey
 4. Eign Value
 5. Scree

کودکی مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج حاکی از آن بود که میان گروه‌های دارای اختلالات درونزا و برونزا در ادراک شایستگی شناختی و اجتماعی دارای تفاوت معنی‌دار بوده و کودکان دارای اختلالات رفتاری برونزا در بعد ادراک شایستگی شناختی و کودکان دارای اختلالات درونزا در بعد ادراک شایستگی اجتماعی نمرات کمتری را کسب نمودند (یزدیان، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر نیز، مقدار آلفای کرونباخ به دست آمده برای مقیاس مذکور، ۰.۷۵ به دست آمد.

مداخله‌ی داستان زندگی (من کی هستم؟): این مداخله که بر اساس بسته‌ی درمانی وستروهوف (۲۰۱۶) است شامل سه بخش اصلی (گذشته، حال و آینده) است: ۱- من کی هستم؟ (۹ جلسه)، چه چیزی در من خوب است؟ (۶ جلسه) و ۳- من می‌خواهم به کجا بروم؟ (۲ جلسه). با توجه به مشکلات حافظه‌ای که افراد کم‌توان ذهنی دارند، ممکن بود هر جلسه تکرار شود. برای انجام مداخله، لازم بود که تمامی دستورالعمل‌ها به صورت واضح و روشن بیان شود، محیط امن و مثبت باشد و تعامل بین اعضا گرم و صمیمی بماند. همچنین بایستی دستورالعمل‌ها با کلمات و جملات ساده توضیح داده می‌شد. در برخی موارد از نشانه‌های بصری مانند عکس، نقاشی و کارت کلمات استفاده گردید. وجود یک کتاب کار یا کارنامه برای ثبت نتایج و فعالیت‌های هر جلسه الزامی بود. در این کتاب کار، هر سه بخش مداخله، با یک رنگ متفاوت مشخص شد. شرکت‌کنندگان بایستی فعالیت‌های هر جلسه را در خانه مرور کرده و آن را تمرین می‌کردند. لازم به توضیح است که هر جلسه ساختار مشخصی داشت که شامل فراهم کردن فرصت تبادل اطلاعات، تمرین‌های فردی، تمرین‌های گروهی و تمرینات آرمیدگی بود. در جدول ۱ خلاصه‌ی این جلسات آمده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمانی مداخله‌ی داستان زندگی (من کی هستم؟)

جلسات	عنوان	محتوا
اول	آشنایی، توضیح مداخله، انتظارات	۱. بازی نام و معنای نام خود: این فعالیت برای شکستن مقاومت و آماده‌سازی شرکت‌کنندگان جهت شرکت در جلسات و همچنین برای به خاطر سپردن نام شرکت‌کنندگان بود. بدین ترتیب که ابتدا شرکت‌کنندگان دایره‌وار دور هم نشستند و سپس هرکدام به نوبت در جلوی جمع قرار گرفته و خود را معرفی کردند. هر شرکت‌کننده باید تنها معنای نام خود را می‌گفت و بقیه‌ی اعضا نیز باید نام اصلی او را حدس می‌زدند. آنان می‌توانستند برای رسیدن به پاسخ صحیح، سؤال کنند. هر شخص تنها می‌توانست یک حدس داشته باشد که در صورت ناصحیح بودن نوبت به نفر بعد می‌رسید. این کار تا زمانی که نام فرد گفته می‌شد ادامه می‌یافت؛ ۲. بیان جلسات: برای شرکت‌کنندگان درباره‌ی نحوه‌ی برگزاری و انتظاراتی که از آنان می‌رفت توضیحاتی داده شد.
دوم	تولد، خانواده	۱. بیان تاریخ تولد: از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا تاریخ تولد خود را بگویند. چنانچه شرکت‌کننده‌ای از این موضوع اطلاع نداشت، مربی که از قبل تاریخ تولدش را یادداشت کرده بود، به او کمک می‌کرد؛ ۲. هدایت قوه‌ی خیال به سمت خانه یا محیطی که در آن رشد کرده‌اید: از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا روی صندلی‌هایشان آرام نشسته، چشمانشان را ببندند و محیطی که در آن بزرگ شده‌اند را تصور کنند؛ ۳. داستان ویژه‌ای در مورد من و خانواده‌ام: آنان بایستی خاطره‌ی منحصربه‌فردی که تجربه کرده بودند را تعریف می‌کردند
سوم	خانواده، دوران کودکی	۱. یک داستان منحصربه‌فرد درباره‌ی یکی از اعضای خانواده، ۲. تجزیه و تحلیل یکی از عکس‌های دوران کودکی: ویژگی‌های این عکس از لحاظ زمینه، محیط، زمان و اشخاص آن توصیف شد.
چهارم	نوجوانی، مدرسه	۱. یک داستان از نوجوانی: از شرکت‌کنندگان خواسته شد خاطره‌ای از دوران نوجوانی‌شان تعریف کنند، ۲. تجزیه و تحلیل عکس مدرسه: ویژگی‌های این عکس از لحاظ زمینه، محیط، زمان و اشخاص آن توصیف شد.
پنجم	عده‌ام، محیط، کودکی، عوامل	۱. داستانی در مورد یک شیطنت: از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا شیرین‌کاری یا شیطنتی که کرده‌اند را تعریف کنند، ۲. پر کردن اوقات با خانواده: از شرکت‌کننده سؤال شد که چگونه وقت خود را در خانه و با اعضای خانه می‌گذرانند.

جلسات	عنوان	محتوا
۱	اتفاقات زندگی	داستان منحصربه‌فردی درباره‌ی تربیت شدن من: شرکت‌کنندگان بایستی چیزهای عبرت‌آمیزی که یاد گرفته‌اند و خاطره‌ای که از آن داشته‌اند را تعریف کنند.
۲	اتفاقات زندگی	۱. دو داستان در مورد بهترین خاطرات من: دو خاطره خوش تعریف کنند؛ ۲. تمرین آرمیدگی: در این جلسه از روش آرمش پیش‌رونده استفاده شد. بدین‌صورت که بدن به چند گروه عضلانی بزرگ تقسیم شد و هر گروه ابتدا تنیده و سپس آرمیده می‌گردید. از شرکت‌کنندگان خواسته شد همان‌طوری که روی صندلی‌هایشان نشسته‌اند، اعضای بدن را به مدت ۵ ثانیه منقبض کرده و سپس به مدت ۱۰ تا ۱۵ ثانیه آن‌ها را رها کنند. اعضای که مورد تمرین آرمیدگی قرار گرفت شامل دست‌ها، پاها، صورت، گردن و شانه بود. مثلاً برای «صورت» از آنان خواسته شد، ابروها را بالا برده و جمع کنند، عضلات اطراف چشم را جمع کنند، دندان‌ها را به هم بفشارند، زبان را به کام چسبانده و منقبض کنند، لب‌ها را محکم به هم فشار دهند.
۳	اتفاقات زندگی	۱. دو داستان در مورد بدترین خاطره‌ی من: این بار از شرکت‌کنندگان خواسته شد دو خاطره‌ی بد زندگی‌شان را تعریف کنند، ۲. تمرین آرمیدگی: پس از چند دقیقه اجرای تمرین آرمیدگی جلسه‌ی قبل، از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا آرام و منظم نفس بکشند، سپس نفس عمیق کشیده و چند ثانیه نفسشان را نگه دارند، بعد به شکم فشار آورده، به کمر قوس داده، پاها را به زمین فشار دهند و عضلات ساق پا را منقبض کنند، همچنین کف پا را رو به بالا منقبض کنند و سپس رها کنند. این بار نیز طول زمان تنش ۵ تا ۷ ثانیه بود و زمان استراحت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه.
۴	بستن گذشته	۱. تمرین گوش دادن: شرکت‌کنندگان اتفاقات خوب و بد را تعریف می‌کردند و بقیه بایستی به‌دقت گوش می‌دادند. آنان احساسات خود را به‌طور واضح بیان کرده و معنای خاطراتشان را کشف کنند. مربی نیز از راهبردهای گوش دادن فعال استفاده می‌کرد و به اظهارات شرکت‌کنندگان بازخورد می‌داد. بسیاری از افراد کم‌توان ذهنی در طول زندگی خود تجربیات منفی داشته‌اند. باین‌حال بیان تجربیات مثبت بلافاصله پس از بیان تجربیات منفی می‌تواند اثرات تجارب منفی را کاهش داده و آنان را به مثبت‌اندیشی و داشتن انگیزه‌ی بیشتر سوق دهد؛ ۲. جعبه‌ی چیزهای خوب و جعبه‌ی چیزهای بد: دو جعبه در نظر گرفته شد که شرکت‌کنندگان بایستی به‌صورت نمادین خاطرات خوب را در جعبه‌ی خوب و خاطرات بد را در جعبه‌ی بد می‌گذاشتند. بدین منظور که باید آنچه مربوط به گذشته است را در این جعبه گذاشته و آن را کنار بگذارند.

جلسات	عنوان	محتوا
۳	بیکه ابروهایم را بزنم	۱. داشتن نقشه برای اوقات فراغت: از شرکت کنندگان خواسته شد تا برای اوقات فراغت‌شان برنامه‌ریزی کرده و پیشنهادشان را در گروه ابراز دارند؛ ۲. داستانی در رابطه با فعالیت‌های روزمره: از آنان خواسته شد درباره‌ی فعالیت‌هایی که هر روزه انجام می‌دهند داستانی تعریف کنند.
۴	بازم	آرامش بدون تنش: از شرکت کنندگان خواسته شد به‌طور آرام و منظم نفس بکشند، پیشانی‌شان را شل کنند، همین‌طور ابروها، پلک‌ها، فک، زبان، گردن و به‌طور کلی صورت را رها نمایند، سپس دست‌ها از شانه تا نوک انگشتان را و در ادامه‌ی آن شکم و پاها را آرام و رها بگذارند، نفس عمیق کشیده، دو ثانیه نگه داشته و سپس به آرامی آن را بیرون دهند؛ در حین اجرای تمرینات آرمیدگی، مربی شرکت کنندگان را به‌طور کلامی به آرامش تشویق کرده و از آنان می‌خواهد که به صحبت‌هایش گوش فرا دهند. سپس مراحل زندگی آنان را از تولد تا حال حاضر بیان می‌کرد
دوازدهم	بررسی خود	استعاره‌ها: در این جلسه استعاره و تعبیرات دانش‌آموزان نسبت به زندگی بررسی شد و سپس سعی شد با استعارات جدید جایگزین شود. برای مثال شرکت‌کننده‌ای که از جانب پدرش مدام سرزنش می‌شد و بازخوردهایی چون «تو فرد بی‌مصرفی هستی» دریافت می‌کرد خواسته شد به این مثال توجه کند: یک دارت کاغذی که هدف تیر قرار می‌گیرد، تیرها را در خود فرومی‌برد و به‌مرورزمان پاره شده و از بین خواهد رفت؛ اما دارتی که جنس آن از آهن باشد هیچ‌گاه خراب نمی‌گردد. همین دارت می‌تواند او و تیرها کنایه‌های پدرش باشد. اگر او تحت تأثیر حرف‌های پدرش قرار گیرد مانند دارت کاغذی تیرها را در خود فرو برده و از بین می‌رود؛ اما با شبیه بودن به یک دارت فلزی می‌تواند خود را از این تیرها مصون بدارد. توجه: این استعارات از جلسه‌ی قبل، بر اساس مشکلاتی که با آن مواجه بودند، انتخاب شد.
سیزدهم	عوامل تقویت‌کننده	۱. درس‌هایی که از زندگی فرا گرفته شده‌اند: از شرکت کنندگان خواسته شد تا درس‌هایی که از زندگی یاد گرفته‌اند را برای دیگر اعضا بگویند؛ ۲. ویژگی‌های مثبت فردی: شرکت کنندگان همان‌طور که دایره‌وار نشسته بودند، به‌نوبت در مرکز روی چهارپایه قرار می‌گرفتند و دیگر اعضا نیز ویژگی‌های مثبتی که در او سراغ داشتند را به او انتقال می‌دادند.

جلسات	عنوان	محتوا
چهاردهم	ارزش‌ها و هنجارها همسهم؟ مفهوم خود، ویژگی‌ها،	۱. تکمیل جمله: شرکت‌کنندگان جملاتی همچون نام من ... است. تاریخ تولدم ... و ویژگی اخلاقی من این است که ...، یا من هر روز ...؟ ۲. بازی ارزش‌ها و هنجارها: مجموعه کارت‌هایی که بر روی آن‌ها یک کلمه‌ی ارزشی (مانند: محبت، فداکاری، مسئولیت‌پذیری، منظم بودن و غیره) نوشته شده بود را در میان شرکت‌کنندگان چرخانده و هر کدام بایستی یک کارت را برداشته، چند دقیقه‌ای آن را می‌خوانند و راجع به آن توضیح می‌دادند. سپس نام اشخاصی که فکر می‌کنند این ویژگی در آن‌ها برجسته است را زیر کارت نوشتند. پس از جمع‌آوری کارت‌ها، مربی هر کارت ارزشی را خوانده و افرادی که آن ویژگی را داشتند با صدای بلند معرفی می‌کرد.
پنزدهم	خصوصیات شخصی، استعدادها چه چیزی در من خوب است؟	۱. بازی خصوصیات شخصی: لیستی از ویژگی‌های فردی به شرکت‌کنندگان داده شد که بایستی جلوی ویژگی که در دیگران می‌دیدند علامت (x) و جلوی ویژگی که در خود می‌دیدند علامت (√) بزنند. سپس چهار ویژگی برجسته‌ای که در خود سراغ داشتند را نوشته و مثالی بزنند که گویای آن ویژگی باشد. در پایان مربی لیست‌ها را جمع‌آوری کرده و ویژگی‌های مشترکی که توسط گروه انتخاب شده‌اند را می‌شمرد. ۲. یک نامه درباره‌ی استعدادها: سپس از شرکت‌کنندگان خواسته شد درباره‌ی استعدادها و توانایی‌هایشان نامه‌ای بنویسند.
شانزدهم	می‌خواهم، دیدگاه‌های نسبت به آینده	۱. توصیف هدف زندگی: از آنان خواسته شد هدفی که در آینده دارند را توصیف کرده و در چند خط بنویسند. این اهداف در چهار قسمت خانواده، سلامتی، حرفه و آموزش دسته‌بندی می‌شد. ۲. اجرا و پیگیری یک برنامه: از شرکت‌کنندگان خواسته شد برای جلسه‌ی بعد انجام یک فعالیت را برنامه‌ریزی کرده و اهداف‌شان را نسبت به آن بنویسند.
هفدهم	سخن پایانی ارائه پانزدهم،	شرکت‌کنندگان راجع به جلساتی که طی شد گفتگو کرده و آنچه از این جلسات فراگرفته‌اند را بان کنند.

داده‌های به دست آمده از پژوهش با نرم‌افزار SPSS 21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده گردید که در ابتدا پیش فرض‌های این آزمون‌ها مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن نمونه‌ی پژوهشی در گروه آزمایش و گواه به ترتیب (۲۰.۱۴۷، ۲.۱۳۷) و (۱۹.۴۰۷، ۱.۹۷۰) بود که نتایج آزمون t مستقل نشان داد تفاوت معنی‌داری میان سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و گواه ($t=0.986$ و $P=0.496$) وجود ندارد. شایان‌ذکر است که میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش ۲۰.۱۴۷ و ۲.۱۳۷ و گروه گواه ۱۹.۴۰۷ و ۱.۹۷۰ بود. در جدول ۲ نمرات میانگین و انحراف معیار دو گروه آزمایش و گواه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سازگاری عاطفی و ادراک شایستگی نشان داده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه

مقیاس	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سازگاری	آزمایش	۱۵	۴.۴۶۷	۰.۷۴۳	۲.۸۰۰	۰.۶۷۶
عاطفی	گواه	۱۵	۳.۸۶۷	۱.۰۶۰	۳.۴۶۷	۰.۹۱۵
شایستگی	آزمایش	۱۵	۲۱.۸۰۰	۴.۲۶۲	۲۶.۹۳۳	۲.۴۹۲
شناختی	گواه	۱۵	۲۲.۲۶۷	۳.۵۵۵	۲۳.۸۸۴	۳.۹۲۸
شایستگی	آزمایش	۱۵	۲۱.۵۳۳	۵.۴۵۰	۲۸.۱۳۳	۳.۴۴۱
جسمانی	گواه	۱۵	۲۵.۳۳۳	۳.۴۷۸	۲۴.۴۰۰	۳.۵۴۲
شایستگی	آزمایش	۱۵	۶.۱۳۳	۰.۹۹۰	۷.۶۶۷	۱.۰۴۷
اجتماعی	گواه	۱۵	۶.۳۳۳	۱.۱۷۵	۶.۶۰۰	۱.۱۶۸
خودارزشمندی	آزمایش	۱۵	۴۹.۴۶۷	۹.۲۹۶	۶۲.۷۳۳	۳.۶۷۴
کلی	گواه	۱۵	۵۳.۹۳۳	۵.۷۶۲	۵۴.۸۸۵	۶.۴۱۳

در این جدول ملاحظه می‌شود که در مرحله پس‌آزمون، نمرات گروه آزمایش، در سازگاری عاطفی بهبود قابل توجهی نسبت به گروه گواه داشته است. با این حال این یافته‌ها در سطح توصیفی است.

جدول ۳. آزمون نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها

مقیاس	گروه	کلوموگروف-اسمیرونوف		آزمون لوین	
		Z	P	F	P
سازگاری	آزمایش	۱.۰۹۶	۰.۱۸۱	۰.۳۹۰	۰.۵۳۸
	گواه	۰.۸۸۴	۰.۴۱۵		
عاطفی	آزمایش	۰.۶۰۲	۰.۸۶۲	۲.۱۷۵	۰.۱۵۱
	گواه	۰.۵۳۵	۰.۹۳۷		
شایستگی	آزمایش	۰.۵۵۸	۰.۹۱۴	۱.۵۸۷	۰.۲۱۸
	گواه	۰.۹۴۰	۰.۳۴۰		
جسمانی	آزمایش	۰.۸۱۰	۰.۵۲۷	۰.۶۷۳	۰.۴۱۹
	گواه	۰.۹۶۱	۰.۳۱۴		
شایستگی اجتماعی	آزمایش	۰.۷۰۳	۰.۷۰۷	۵.۱۹۳	۰.۰۳۰
	گواه	۰.۶۶۳	۰.۷۷۱		

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است بر اساس آزمون کلوموگروف-اسمیرونوف توزیع نمرات در تمامی مؤلفه‌های سازگاری عاطفی و مؤلفه‌های ادراک شایستگی معنی‌دار نیست؛ بنابراین توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع طبیعی است. همین مفروضه در مورد نتایج آزمون لوین و آزمون ام‌باکس نیز ($F=1.472$ و $P=0.184$) مبنی بر همگنی کوواریانس‌ها در سازگاری عاطفی و مؤلفه‌های ادراک شایستگی - به جز مؤلفه‌ی خودارزشمندی کلی ($F=5.193$ و $P=0.030$) - تأیید می‌گردد.

جدول ۴. نتایج بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های خط رگرسیون

متغیر	منبع تغییرات	F	P
سازگاری عاطفی		۱.۸۷۴	۰.۱۷۴
شایستگی شناختی		۰.۸۹۵	۰.۴۲۱
شایستگی جسمانی	تعامل گروه* پیش‌آزمون	۱.۰۲۴	۰.۳۷۳
شایستگی اجتماعی		۱.۳۵۰	۰.۲۷۷
خودارزشمندی کلی		۱.۲۲۰	۰.۳۱۲

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مقدار منبع تغییرات تعامل برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون برای کلیه مؤلفه‌های پژوهش معنی‌دار نیست. به عبارت دیگر، تعامل میان شرایط آزمایشی و پیش‌آزمون معنادار نبوده، بنابراین شیب خط رگرسیون برای کلیه‌ی شرایط آزمایش یکسان است. با توجه به تأیید کلیه‌ی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس، از این روش استفاده شده و نتایج آن در جداول ۵ و ۶ ارائه گردیده است.

جدول ۵. نتایج پیش‌فرض آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات پس‌آزمون

سازگاری عاطفی و ادراک شایستگی

نام آزمون	مجموع مجذورات	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	P	مجذوراتا	توان آماری
اثر پیلاپی	۰.۳۶۲	۲.۹۸۵	۴	۲۱	۰.۰۴۳	۰.۳۶۲	۰.۶۹۴

همان‌طور که در جدول ۵ آمده است، با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و گواه در سطح $\alpha=0/05$ تفاوت معنی‌دار است ($F=2.985$ و $P=0.043$) ($F=2.985$ و $P=0.043$) و $F=$ به عبارتی دیگر بین گروه آزمایش و گواه حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، دو تحلیل کوواریانس یک راه انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۶ نشان داده شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰.۳۶۲ است، به عبارت دیگر، ۳۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون مربوط به تأثیر مداخله‌ی داستان زندگی است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری تأثیر برنامه‌ی سال‌های باورنکردنی

بر نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	میزان تأثیر	توان آماری
سازگاری عاطفی	۱.۲۱۲	۱	۱.۲۱۲	۱.۹۳۴	۰.۱۷۶	۰.۰۶۷	۰.۲۶۹
شایستگی شناختی	۱۷.۵۰۶	۱	۱۷.۵۰۶	۱.۶۵۶	۰.۲۰۹	۰.۰۵۸	۰.۲۳۷
شایستگی جسمانی	۰.۲۴۹	۱	۰.۲۴۹	۰.۰۲۰	۰.۸۸۹	۰.۰۰۱	۰.۰۵۲
شایستگی اجتماعی	۴.۸۵۲	۱	۴.۸۵۲	۲.۶۱۶	۰.۱۱۷	۰.۰۸۸	۰.۳۴۵
خودارزشمندی کلی	۰.۱۴۱	۱	۰.۱۴۱	۰.۰۰۵	۰.۹۴۴	۰.۰۰۱	۰.۰۵۱

توان آماری	میزان تأثیر	P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیرها	تفسیر
۰.۷۱۸	۰.۲۰۴	۰.۰۱۴	۶.۹۲۱	۴.۳۳۷	۱	۴.۳۳۷	سازگاری عاطفی	۱۱۰
۰.۷۲۱	۰.۲۰۵	۰.۰۱۴	۶.۹۷۸	۷۳.۷۸۵	۱	۷۳.۷۸۵	شایستگی شناختی	
۰.۷۰۳	۰.۱۹۹	۰.۰۱۵	۶.۶۹۲	۸۴.۵۴۱	۱	۸۴.۵۴۱	شایستگی جسمانی	
۰.۵۹۷	۰.۱۶۲	۰.۰۳۰	۵.۲۳۸	۹.۷۱۵	۱	۹.۷۱۵	شایستگی اجتماعی	
۰.۹۶۳	۰.۳۵۹	۰.۰۰۱	۱۵.۱۳۵	۴۲۸.۵۴۴	۱	۴۲۸.۵۴۴	خودارزشمندی کلی	
				۰.۶۲۷	۲۷	۱۶.۹۲۱	سازگاری عاطفی	۱۱۱
				۱۰.۵۷۳	۲۷	۲۸۵.۴۸۴	شایستگی شناختی	
				۱۲.۶۳۳	۲۷	۳۴۱.۰۸۴	شایستگی جسمانی	
				۱۸۵۵	۲۷	۵۰.۰۸۱	شایستگی اجتماعی	
				۲۸.۳۱۴	۲۷	۷۶۴.۴۸۶	خودارزشمندی کلی	

همان‌طور که در جدول ۶ آمده است، با کنترل پیش‌آزمون بین نمرات نوجوانان کم‌توان ذهنی گروه آزمایش و گروه گواه در سازگاری عاطفی ($F=6.921$ و $P=0.014$) و مؤلفه‌های شایستگی شناختی ($F=6.978$ و $P=0.014$)، شایستگی جسمانی ($F=6.692$ و $P=0.015$)، شایستگی اجتماعی ($F=5.238$ و $P=0.030$) و خودارزشمندی کلی ($F=15.135$ و $P=0.001$) در سطح معنی‌داری $\alpha=0/05$ ، تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به عبارتی، می‌توان گفت با توجه به میانگین تعدیل‌شده‌ی سازگاری عاطفی و مؤلفه‌های ادراک شایستگی نوجوانان کم‌توان ذهنی گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون نسبت به میانگین نوجوانان کم‌توان ذهنی گروه گواه، مداخله‌ی داستان‌زندگی موجب بهبود سازگاری عاطفی و ادراک شایستگی گروه آزمایش شده است.

جدول ۷. میانگین تعدیل‌شده و انحراف معیار نمرات پس‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه

مقیاس	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
سازگاری عاطفی	آزمایش	۱۵	۲.۷۳۲	۰.۲۱۰
	گواه	۱۵	۳.۵۳۵	۰.۲۱۰
شایستگی شناختی	آزمایش	۱۵	۲۶.۹۸۰	۰.۸۴۰
	گواه	۱۵	۲۳.۸۳۸	۰.۸۴۰
شایستگی جسمانی	آزمایش	۱۵	۲۸.۰۹۴	۰.۹۵۹
	گواه	۱۵	۲۴.۴۳۹	۰.۹۵۹

مقیاس	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
شایستگی اجتماعی	آزمایش	۱۵	۷.۷۰۵	۰.۳۵۲
	گواه	۱۵	۶.۵۶۲	۰.۳۵۲
خودارزشمندی کلی	آزمایش	۱۵	۶۲.۷۵۴	۱.۴۰۴
	گواه	۱۵	۵۴.۸۶۴	۱.۴۰۴

بررسی میانگین تعدیل شده در جدول ۷ نشان می‌دهد که در مرحله‌ی پس‌آزمون تفاوت میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش نسبت به میانگین تعدیل شده در گروه گواه برای سازگاری عاطفی و مؤلفه‌های ادراک شایستگی معنی‌دار است. به عبارت دیگر، میانگین تعدیل شده در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، در مرحله‌ی پس‌آزمون در سازگاری عاطفی و در مؤلفه‌های ادراک شایستگی بهبود داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف کلی این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله‌ی داستان زندگی (من کی هستم؟) بر سازگاری عاطفی و ادراک شایستگی نوجوانان کم‌توان ذهنی خفیف بود. نتایج نشان داد که این مداخله در بهبود سازگاری عاطفی و ادراک شایستگی در مؤلفه‌های شایستگی شناختی، جسمانی و اجتماعی نوجوانان کم‌توان ذهنی مؤثر بود. نتایج این پژوهش به صورت غیرمستقیم با پژوهش‌های ورومانس و اسپیزر^۱ (۲۰۱۱)، چان و دیگران^۲ (۲۰۱۳)، ریبرو و دیگران^۳ (۲۰۱۴)، هیل و دیگران^۴ (۲۰۱۵) و وسترهوف و دیگران (۲۰۱۶) که به بررسی تأثیر روایت درمانی پرداخته‌اند، مطابقت دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت مرور اتفاقاتی که در جریان زندگی افراد رخ می‌دهد، موجب می‌شود که این افراد بهتر بتوانند حقایق و تجربه‌های زندگی خود را درک کرده و از این طریق روش‌های تازه‌ای را برای رفتار و روابط با دیگران فراگیرند. تکیه بر روایت‌های زندگی، افراد را به سمت منحصر بودن ترغیب کرده و توانایی آنان را برای برقراری ارتباطی

1. Vromans & Schweitzer
2. Chan & et al
3. Ribeiro & et al
4. Hill & et al

واقعی بین افکار و احساسات افزایش می دهد. علاوه بر آن، در جریان روایت درمانی، فرد از بسیاری مقرراتها، هنجارهای اجتماعی و دستورالعملها آگاهی می یابد و چگونگی روبرو شدن با مشکلات و رفتار حل مسأله را فرا می گیرد (دسیو^۱، ۲۰۰۵). پژوهشی که ون پیون و مائس^۲ بر روی افراد کم توان ذهنی انجام دادند، حاکی از آن بود که پرداختن به داستان زندگی افراد کم توان ذهنی و توجه به خاطرات و تجربیات آنان، می تواند احساس خودکارآمدی و شایسته بودن را در آنان تقویت کند (ون پیون و مائس، ۲۰۰۸). همیلتون و آتکینسون^۳ (۲۰۰۹) نیز در پژوهشی دیگر نشان دادند که با مرور داستانهای زندگی افراد کم توان ذهنی می توان کیفیت زندگی آنان را بالا برد. همچنین، پژوهش وسترهوف و بولمیجر^۴ (۲۰۱۲) حاکی از آن بود که بررسی زندگی افراد کم توان ذهنی و سپس مدیریت تجربیات زندگی توسط خود این افراد، می تواند در سلامت روان آنان نقش داشته و در کاهش مشکلات عاطفی و روانی آنان مؤثر باشد.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر نیز می توان گفت، از آنجا که رشد عاطفی افراد کم توان ذهنی پایین است (ساپوک و دیگران^۵، ۲۰۱۴) و این افراد درک صحیحی از تجربیات و اتفاقات زندگی شان ندارند، توجه به این موضوع لازم و ضروری است. در روایت درمانی داستان زندگی (من کی هستم؟)، نوجوان کم توان ذهنی، با گروه تعامل پیدا کرده و از این طریق، با نظرات و تجربیات دیگر اعضا آشنا می شود و در نتیجه، تفاوت های میان تجارب خود و تجربیات دیگران را درک می کند. علاوه بر آن، روایت درمانی داستان زندگی (من کی هستم؟)، باعث می شود فرد توانایی ها و ویژگی های شخصیتی خود را بهتر شناخته و با آنچه از خود می تواند انتظار داشته باشد بیشتر آشنا شود. همین موضوع می تواند بر احساس حقارت و نقاط ضعف او غلبه کرده و با جایگزینی استعارات مثبت به جای استعارات منفی، سازگاری فرد را نسبت به موقعیت های ناکام کننده بالا ببرد. فرد در تعامل با گروه، روابط

-
1. Desocio
 2. Van Puyenbroeck, J., & Maes
 3. Hamilton & Atkinson
 4. Westerhof & Bohlmeijer
 5. Sappok & et al

خود را گسترش داده، به بیان افکار، انتظارات و ویژگی‌های خود می‌پردازد و از دیگران بازخورد می‌گیرد. همچنین می‌آموزد به‌طور فعال به صحبت‌های دیگر اعضا گوش دهد و نظرات دیگران را بپذیرد؛ بنابراین، از اینکه پی می‌برد که می‌تواند بشنود و شنیده شود، احساس ارزشمند بودن را در خود حس کرده و اسنادهای منفی به خود را کاهش می‌دهد. علاوه بر آن، در جلسات درمانی داستان زندگی افراد به نوسانات هیجانی خود آگاهی می‌یابند و یاد می‌گیرند در زمان‌هایی که درگیر یک تنش روانی هستند، بر هیجانات خود مستولی شده و از واکنش‌های منفی عاطفی همچون، اضطراب، پرخاشگری یا ناامیدی بپرهیزند.

در تبیین دیگر نتایج پژوهش می‌توان به این موضوع اشاره کرد که در روایت درمانی داستان زندگی (من کی هستم؟)، فرد جنبه‌های مختلف زندگی خود را از گذشته، حال و آینده با جوانب خوب و بدش در نظر گرفته، به هویت خود انسجام می‌بخشد و با جایگزین کردن جنبه‌های مثبت زندگی بر جنبه‌های منفی آن، بر سلامت روان خود می‌افزاید. همین تغییرات مثبت بر توانمندسازی فرد افزوده و موجب کاهش علائم روانی منفی از قبیل افسردگی و اضطراب می‌گردد (وسترهوف و دیگران، ۲۰۱۶). هنگامی که فرد تجربیات زندگی‌اش را موردبررسی قرار می‌دهد، نقاط قوت و ضعف و همچنین منابعی را که در اختیار دارد را شناسایی می‌کند و همین موضوع او را تشویق کرده تا خود را جدای از مشکلات بداند و احساس کند که کنترل بیشتری بر خود و زندگی‌اش دارد (فوستر و بانس، ۲۰۰۹). در نتیجه با مدد گرفتن از این روایت‌ها، می‌توان افراد را در درک و فهم مسائل‌شان یاری نمود (نامنی و شیرآشیا، ۱۳۹۵).

در این جلسات نوجوان کم‌توان ذهنی یاد می‌گیرد اگر در زندگی‌اش خاطرات بدی داشته، خاطرات خوشی را نیز تجربه کرده است. او متوجه می‌شود که در زندگی دیگر افراد گروه نیز چنین تجربیاتی وجود داشته و در می‌یابد که این موضوع جزو لاینفک زندگی هر شخص است. لذا با پشت سر گذاشتن گذشته و نگاه به زمان حال و آینده، نگرش خود را

نسبت به جریان زندگی تغییر می دهد؛ بنابراین برای خارج کردن اعضا از پیش نویس زندگی و تغییر احساسات خود به وی آموزش داده می شود (میری، فرخی و کریمیان، ۱۳۹۵). همین امر می تواند اسناددهی منفی به خود را کاهش داده و خود-ادراکی او را بهبود بخشد. فردی که تجربیات خوب و بد زندگی خود را بررسی می کند، بیشتر با توانایی هایش آشنا می شود؛ بنابراین، احساس شایسته بودن خود را در زمینه های مختلف شناختی، جسمانی و اجتماعی بهتر درک کرده و ادراک شایستگی خود را تقویت نماید. علاوه بر آن، در خلال جلسات درمانی داستان زندگی، از فرد کم توان ذهنی خواسته می شود که با توجه به توانایی ها و نقص هایش برای آینده ی خود برنامه ریزی کند. همین موضوع می تواند بر بهبود خود-ادراکی و احساس شایسته بودن او مؤثر باشد. مداخله ی داستان زندگی (من کی هستم؟) روش های مختلف درمانی نظیر آرمیدگی، استعاره درمانی، گروه درمانی و روایت درمانی را با هم ادغام کرده و به عنوان روشی یکپارچه سعی می کند تنش و مشکلات عاطفی و روانی فرد را کاهش دهد.

پژوهش حاضر بر نوجوانان کم توان ذهنی پسر ۱۶ تا ۲۴ سال، انجام شد؛ بنابراین در تعمیم نتایج آن به دیگر گروه ها از نظر جنسیت، سن و با اختلالات روانی دیگر بایستی با احتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت های پژوهش می توان به عدم استفاده از آزمون پیگیری اشاره نمود؛ بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، این موارد مورد توجه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می شود در کلینیک های روان درمانی و گروه درمانی، از این روش برای درمان نوجوانان کم توان ذهنی که از مشکلات روانی نظیر افسردگی و اضطراب رنج می برند، استفاده شود. علاوه بر آن، در پژوهش های آینده مقایسه ای میان این مداخله و دیگر مداخلات مبتنی بر روایت درمانی و مرور زندگی درمانی، صورت گیرد و نقاط تمایز و برجسته ی این مداخلات مشخص شود.

منابع

- ایمانی، رؤیا و محب، نعیمه. (۱۳۸۸). رابطه بین بلوغ عاطفی مادران با اختلالات رفتاری فرزندانیشان. فصلنامه زن و مطامع خانواده، ۲(۶)، ۴۹-۲۹.
- بهادرمطلق، اسلام؛ عطاری، یوسف‌علی و بهادرمطلق غلام. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی بر ابعاد ادراک شایستگی دانش‌آموزان. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایران*، ۹(۳۳)، ۴۶-۳۹.
- ترخان، مرتضی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان بین فردی گروهی بر سازگاری عاطفی، اجتماعی و ابراز وجود زنان دچار نارضایتی زناشویی. فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۳(۴۷)، ۱۴۰-۱۲۳.
- جوکار، بهرام و کمالی، فاطمه. (۱۳۹۵). رابطه معنویت و نظم‌جویی شناختی هیجان. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایران*، ۱۲(۴۸)، ۳۷۷-۳۸۵.
- ساینگتون، اندرو. (۱۹۸۹). *بهداشت روانی*. ترجمه‌ی حمیدرضا حسین‌شاهی‌برواتی. (۱۳۹۱). تهران: انتشارات ارجمند.
- سادوک، بنیامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت و رونیز، پدرو. (۲۰۱۵). *خلاصه‌ی روان‌پزشکی: علوم رفتاری/روان‌پزشکی بالینی*. ترجمه‌ی فرزین رضاعی. (۱۳۹۵). اصفهان: انتشارات ارجمند.
- سین‌ها، ای. کی. بی و سینگ، آر. بی. (۱۹۹۳). *راهنمای پرسشنامه‌ی سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی*. ترجمه‌ی ابوالفضل، کرمی. (۱۳۷۷). تهران: مؤسسه‌ی روان تجهیز سینا.
- صفوی، محبوبه؛ موسوی‌لطفی، سیده‌مریم و لطفی، رضا. (۱۳۸۸). بررسی همبستگی بین هوش هیجانی و سازگاری عاطفی و اجتماعی در دانش‌آموزان دختر پیش‌دانشگاهی شهر تهران در سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶. *مجله‌ی پژوهنده*، ۱۴(۵)، ۲۶۱-۲۵۵.
- صمیمی، زبیر؛ حسنی، جعفر و مرادی، علیرضا. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش حافظه‌کاری هیجانی در توانایی مهار عواطف نوجوانان مبتلا به اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایران*، ۱۲(۴۷)، ۳۲۰-۳۰۷.

- کرمی، ابوالفضل. (۱۳۸۹). بررسی رابطه رضایت از زندگی با سلامت عمومی و سازگاری. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱(۴)، ۷۳-۹۰.
- ملک‌پور، مختار. (۱۳۹۳). *دائرةالمعارف کودکان با نیازهای خاص (استثنایی)*. اصفهان: انتشارات دارخوین.
- میری، انور؛ فرخی، نورعلی و کریمیان، عدالت. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی مشاوره روایت مدار و راه حل مدار بر اختلالات رفتاری دانش آموزان پایه سوم مقطع راهنمایی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۷(۲۵)، ۲۳-۴۵.
- نامنی، ابراهیم و شیرآشیا، آزاده. (۱۳۹۵). اثربخشی ترکیب دو روش درمانی راه حل مدار و روایتی بر سرزندگی و کنترل عواطف در زنان متقاضی طلاق. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۷(۲۷)، ۱۴۹-۱۶۹.
- نویدی، احمد. (۱۳۸۴). ارزشیابی اجرای آزمایشی طرح تأسیس مجتمع‌های آموزشی تربیتی کشور (طرح پژوهشی). پژوهشکده‌ی تعلیم و تربیت، ۵(۲)، ۲۶-۵۴.
- نیکبخت‌سروستانی، عایضا و افلاکی‌فرد، حسین. (۱۳۹۴). تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد عقلانی - عاطفی آلبرت آلیس بر سازگاری عاطفی - اجتماعی دانش‌آموزان. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- یاوری، علی؛ سعادت‌شامیر، ابوطالب و حیدرنیا، احمد. (۱۳۹۲). بررسی رابطه‌ی سبک‌های هویت و بلوغ عاطفی با سازگاری اجتماعی معنادان مرد تحت درمان نگهدارنده متادون مراکز شهر بجنورد. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مشاوره گرایش مشاوره توانبخشی. دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان.
- یزدیان، الهام و شهیم، سیما. (۱۳۸۷). مقایسه‌ی ابعاد مختلف کفایت ادراک شده در کودکان دبستانی دارای اختلالات رفتاری درون‌زا، برون‌زا و عادی. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. دانشگاه شیراز.
- یاری‌مقدم، نفیسه؛ جعفری، مجید؛ یعقوبی، ابوالقاسم و محقق، حسین. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش راهبردهای یادگیری خودتنظیمی بر ادراک شایستگی و پیشرفت تحصیلی

دانش‌آموزان پسر پایه‌ی اول متوسطه در درس زبان انگلیسی. *اندیشه‌های نوین تربیتی*،
۱۹(۱)، ۱۸۳-۱۵۶.

- Barlow, J., Smailagic, N., Ferriter, M., Bennet, C., & Jpnes, H. (2010). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *Cochrane database of systematic reviews*, 6, 1-95.
- Blázquez, M. H., & Cruzado, J. A. (2016). A longitudinal study on anxiety, depressive and adjustment disorder, suicide ideation and symptoms of emotional distress in patients with cancer undergoing radiotherapy. *Journal of Psychosomatic Research*, 87, 14-27.
- Brown, C., & Augusta-Scott, T. (2007). *Narrative Therapy: Making Meaning, Making Lives*. California: SAGE Pub.
- Chan, M. F., Ng, S. E., Tien, A., ManHo, R. C., Thayala, J. (2013). A randomised controlled study to explore the effect of life story review on depression in older Chinese in Singapore. *Journal of Health and Social Care in the Community*, 21(5), 545-553.
- Cook, C. R., Gresham, F. M., Kern, L., Barreas, R. B., Thornton, S., & Crews, D. (2008). Social Skills Training for Secondary Students with Emotional and/or Behavioral Disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16(3), 131-144.
- Davies, B., Frude, N., & Jenkins, R. (2015). The relationship between emotional recognition ability and challenging behaviour in adults with an intellectual disability: A systematic review. *Journal of Intellectual Disabilities*, 19(4), 393-406.
- Desocio, JE. (2005). Accessing Self-Development through Narrative Approaches in Child and Adolescent Psychotherapy. *Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18(2), 53-61.
- Epston, D. (2016). Re-imagining narrative therapy: A history for the future. *Journal of Systemic Therapies*, 35(1), 79-87.
- Foster, C., & Banes, J. (2009). Use of a narrative therapy approach with a man with a learning disability: An alternative to cognitive behavioural therapy? *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 3(1), 52-55.
- Hamilton, C., & Atkinson, D. (2009). 'A story to tell': Learning from the life-stories of older people with intellectual disabilities in Ireland. *British Journal of Learning Disabilities*, 37(4), 316-322.
- Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development*, 53(1), 87-97.
- Hill, E. D., Terrell, H. K., Arellano, A., Schuetz, B., Nagoshi, C. N. (2015). A Good Story: Using Future Life Narratives to Predict Present Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 16(6), 1615-1634.

- Hippolyte, L., Barisnikov, K., Van Der Linden, M., & Detraux, J. J. (2009). From facial emotional recognition abilities to emotional attribution: a study in Down syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1007–1022.
- Hoge, R. D., & McSheffrey, R. (1991). An investigation of self-concept in gifted children. *Journal of Exceptional Children*, 57(3), 238-245.
- McClure, K. S., Halpern, J., Wolper, P. A., & Donahue J. J. (2009). Emotion regulation and intellectual disability. *Journal on Developmental Disabilities*, 15, 38–44.
- Nader-Grosbois, N. (2014). Self-perception, self-regulation and metacognition in adolescents with intellectual disability. *Journal of Research in Developmental Disability*, 35(6), 1334-1348.
- Newberg, A. J. (2016). An Analysis of a Narrative Therapy Group Work Model for Psychosis. *Master of Social Work Clinical Research Papers*, 641. http://sophia.stkate.edu/msw_papers/641.
- Owen, A., Browning, M., & Jones, R. (2001). Emotion recognition in adults with mild–moderate learning disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 5(3), 267–281.
- Ribeiro AP, Mendes I, Stiles WB, Angus L, Sousa I & Gonçalves MM. (2014). Ambivalence in emotion-focused therapy for depression: the maintenance of problematically dominant self-narratives. *Journal of Psychotherapy Research*; 24(6): 702-710.
- Sappok, T., Budczies, J., Dziobek, I., Bölte, S., Dosen, A., & Diefenbacher, A. (2014). The Missing Link: Delayed Emotional Development Predicts Challenging Behavior in Adults with Intellectual Disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(4), 786-800.
- Schalock, R. L. & Luckasson, R. (2013). What's at Stake in the Lives of People with Intellectual Disability? Part I: The Power of Naming, Defining, Diagnosing, Classifying, and Planning Supports. *Journal of intellectual and developmental disabilities*, 51(2), 86-93.
- Shahim, S. (2004). Self-perception of competence in Iranian children. *Journal of Psychological Reports*, 94(3), 872-876
- Van Puyenbroeck, J., & Maes, B. (2008). A review of critical, person-centred and clinical approaches to reminiscence work for people with intellectual disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education*, 55(1), 43–60.
- Vickerstaff, s., Heriot, S., Wong, M., Lopes, A., & Dossetor, D. (2007). Intellectual Ability, Self-perceived Social Competence, and Depressive Symptomatology in Children with High-functioning Autistic Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37 (9), 1647-1664.

- Vromans LP & Schweitzer RD. (2011). Narrative therapy for adults with major depressive disorder: improved symptom and interpersonal outcomes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Journal Psychotherapy Research*; 21(1): 4-15.
- Wang, C., Hatzigianni, M., Shahaeian, A., Murry, E., & Harrison, L. (2016). The combined effects of teacher-child and peer relationships on children's social-emotional adjustment. *Journal of School Psychology*, 59, 1-11.
- Ward, A., Arola, N., Bohnert, A., & Lieb, R. (2017). Social-emotional Adjustment and Pet Ownership Among Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Communication Disorders*, 65: 35-42.
- Westerhof GJ, Beernink J & Sools A. (2016). Who Am I? A Life Story Intervention for Persons with Intellectual Disability and Psychiatric Problems. *Intellectual and developmental disabilities*, 54(3): 173–186.
- Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. (2012). Life stories and mental health: The role of identification processes in theory and interventions. *Narrative Works*, 2(1), 106–128.
- Westerhof, G. J., Beernink, J., & Sools, A. (2016). Who Am I? A Life Story Intervention for Persons with Intellectual Disability and Psychiatric Problems. *Journal of Intellectual and developmental disabilities*, 54(3), 173–186.
- Wheeler, J., Holland, A., Bambrick, M., & O'Brien, G. (2009). Community services and people with intellectual disabilities who engage in anti-social or offending behaviour: referral rates, characteristics, and care pathways. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 20(5), 717–740.
- Zaja, R., & Rojahn, J. (2008). Facial emotion recognition in intellectual disabilities. *Journal of Current Opinion in Psychiatry* 21, 441–444.