دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تربت جام
مجله تحقیق و توسعه سلامت
دوره ۳ ،شماره ۳، پاییز ۱۴۰۴

اثربخشی آموزش برنامه خودمدیریتی بر مشکلات رفتاری دانش آموزان با کم‌توانی هوشی

منصوره رضایی (MSc)[۱]،نرگس ادیب سرشکی(PhD)[۲*]،نیکتا حاتمی زاده(PhD)[۳]،راضیه بیدهندی یارندی(PhD)[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

سابقه و هدف: کودکان با کم‌توانی هوشی افزون بر اختلال در مهارت‌های انطباقی، مشکلات رفتاری را تجربه می‌کنند که می‌تواند منجر به مشکلات ارتباطی، اجتماعی، عاطفی هیجانی، تحصیلی و غیره شود. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش برنامه خودمدیریتی بر مشکلات رفتاری دانش آموزان با کم‌توانی هوشی بود.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش نیمه تجربی، از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان با کم‌توان هوشی ۱۱ تا ۱۵سال استان فارس بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در مدارس استثنایی این استان مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش ۵۰ دانش آموزان کم‌توان هوشی بود که به‌صورت در دسترس شناسایی و با انتخاب تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۲۵ نفر) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه مشکلات رفتاری– هیجانی آخنباخ استفاده شد. گروه مداخله ۱۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای آموزشی برنامه خودمدیریتی را دریافت کردند و برای گروه کنترل مداخله‌ای ارائه نشد. داده‌های پژوهش با تحلیل کوواریانس یک و چند متغیری تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمرات مشکلات رفتاری درون‌سازی شده و برون‌سازی شده در گروه مداخله پس از آموزش برنامه خودمدیریتی به طور قابل توجهی کاهش یافت (درون‌سازی: ۳۸/۰۸ به ۳۰/۷۲؛ برون‌سازی: ۳۶/۶۰ به ۳۰/۹۶)، در حالی که در گروه کنترل تغییر معنی‌داری مشاهده نشد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای مشکلات رفتاری درون‌سازی شده و برون‌سازی شده معنادار است ($p < 0.001$) و بخشی قابل توجهی از واریانس این متغیرها ناشی از مداخله آموزشی بود.

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد که آموزش خودمدیریتی در کاهش سطح مشکلات درون‌سازی شده و برون‌سازی شده دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی مؤثر بوده است. بنابراین، اجرای آموزش خودمدیریتی به‌عنوان یک برنامه ساختاریافته جهت تغییر رفتار و کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی توصیه می‌شود.

واژه های کلیدی: مشکلات رفتاری، خودمدیریتی، دانش آموزان، کم‌توانی هوشی

***نویسنده مسئول:** نرگس ادیب سرشکی E-mail: na.adib@uswr.ac.ir تلفن: ۰۹۱۲۲۹۷۹۲۹۹

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی وآموزش کودکان استثنایی،دانشگاه علوم توان بخشی وسلامت اجتماعی
۲. استادیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی ، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
۳.دکترا،گروه مدیریت توان بخشی،دانشگاه علوم توانبخشی وسلامت اجتماعی
۴.دکترا،گروه آمارزیستی،دانشگاه علوم توانبخشی وسلامت اجتماعی

دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۲۹ **اصلاح:** ۱۴۰۴/۰۶/۰۷ **پذیرش:** ۱۴۰۴/۰۶/۰۸

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61882/jhrd.3.3.28]

مقدمه

براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ویرایش پنجم (DSM-V)، یکی از اختلالات ذهنی که در طی رشد (کودکی و نوجوانی) رخ می‌دهد، کم‌توانی هوشی است (۱). مشکلات کم‌توانی هوشی حاصل ضعف عملکرد فکری و رفتار انطباقی و مهارت‌های اجتماعی است و موجب می‌شود که فرد قادر به برقراری رابطه، بیان احساسات و نیازها و رفع نیازهای روزمره نباشد (۲). توانائی این افراد در کسب مهارت‌های زبانی و همچنین ظرفیت حافظه، قدرت ادراکی، خلاقیت و تخیل ایشان کم است (۳). شیوع کم‌توانی هوشی در سطح جهان در نوجوانان ۱۰ درصد یا حدود ۲۴۰ میلیون نفر گزارش‌شده است (۴). مشکلات رفتاری، الگوهای رفتاری هستند که به رابطه سالم میان محیط، فرد و فرصت‌های یادگیری صدمه می‌زنند (۵). مشکلات رفتاری در افراد دارای کم‌توانی هوشی سه برابر بیشتر از افراد عادی رخ می‌دهد (۶). که با احتمال آموزش در مدارس با نیاز ویژه همراه بوده و به‌نوبه خود افزایش خطر انزوای اجتماعی و بیکاری را در بردارد (۷). مشکلات رفتاری به دو بعد مشکلات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود تقسیم می‌شوند. مشکلات رفتاری برون‌نمود، شامل رفتارهای بیش‌فعالی، تکانش‌گری و پرخاشگری است. این رفتارهای آزاردهنده بر محیط اجتماعی فرد اثرگذار است. در مقابل، رفتارهای درون‌نمود، با افسردگی و اضطراب یا کناره‌گیری اجتماعی ابرازشده و فرد را آزار می‌دهد (۷). حدود نیمی از افراد دارای کم‌توانی هوشی نوعی از مشکلات رفتاری را تجربه می‌کنند که در پنج‌تا ده درصد موارد شکل شدید است و شایع‌ترین چالش رفتاری افراد دارای کم‌توانی هوشی، پرخاشگری است (۸). در افراد با کم‌توانی هوشی شدید و عمیق، رفتارهای چالش‌برانگیز بیشتر و رفتارهای سازگارانه کمتری دیده می‌شود (۹). در پژوهشی که نیکولز، هاستینگز و گریندل (۱۰) انجام دادند، کم‌توانی هوشی با مشکلات رفتاری ارتباط مستقیم داشت و این افراد حداقل یک نوع رفتار چالش‌برانگیز مانند خودآزاری و به دنبال آن رفتار پرخاشگرانه/مخرب و رفتارهای کلیشه‌ای از خود نشان دادند. نتایج پژوهش وان‌اول و همکاران (۱۱) حاکی از آن بود که مشکلات رفتاری ازجمله رفتار خودآزاری، رفتار کلیشه‌ای و رفتار پرخاشگرانه/مخرب در افراد با کم‌توانی هوشی وجود داشت که در این میان پرخاشگری رفتاری مشکل‌ساز در نظر گرفته شد .افراد دارای کم‌توانی هوشی اغلب در مدیریت امور خود با مشکلاتی مواجه می‌شوند و افزایش توانایی افراد دارای کم‌توانی هوشی برای رسیدگی به امور خود می‌تواند کیفیت زندگی و مشارکت اجتماعی آن‌ها را افزایش داده و از مشکلات رفتاری بکاهد (۱۲). خودمدیریتی یک استراتژی است که شخص بتواند توالی رفتار خویش را حفظ نماید، مهارت خود را بیشتر کند، رفتار مثبتی را بیشتر انجام دهد و یا از رفتار نامناسب خود بکاهد (۱۳). آموزش خودمدیریتی شامل همه فعالیت‌ها و فرایندهایی است که بر رفتار شخص تأثیر می‌گذارد تا فرد بتواند بر انتخاب‌های خود کنترل داشته باشد و برای هدایت زندگی مطابق با ترجیحات خود تصمیم‌گیری کند (۱۴). خودمدیریتی، بر طبق فرآیند خودتنظیمی بنا گردیده و کلید موفقیت و پایه اصلی رویکرد توانمندسازی است (۱۶). فردی که خودمدیریتی را آموخته باشد می‌تواند پاسخ‌ها، شرایط روانی، شناختی و رفتاری خود را به‌گونه‌ای تحت کنترل درآورد که کیفیت زندگی‌اش ارتقاء یابد (۱۵). تاکنون برنامه‌های مختلف آموزش خود مدیریتی برای افراد با بیماری‌های گوناگون (۱۷)، گروه‌های مختلف سنی ازجمله کودکان و نوجوانان (۱۸) و در زمینه فعالیت‌های مختلف ازجمله اشتغال (۱۹)، در دانش‌آموزان مبتلابه اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی (۲۰) و اوتیسم (۲۱) و بزرگ‌سالان مبتلابه کم‌توان هوشی (۲۲) بررسی گردیده است .پژوهش‌ها حاکی از آن است که خودمدیریتی، مداخله‌ای مؤثر در کاهش رفتارهای مخرب دانش‌آموزان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (۲۰)، و ارتقای خودمدیریتی افراد دارای کم‌توانی هوشی است (۱۲). گیلسون، کارتر و بیگز و همکاران (۲۳) و کویاما و وانگ (۲۴)، به تأثیر رویکرد مداخله‌ای خودمدیریتی در ارتقای استقلال و مهارت‌های شغلی در دانش‌آموزان رده سنی ۱۴ تا ۲۲ دارای کم‌توانی هوشی تأکید نمودند. پژوهش‌ها نشان‌دهنده تأثیر بالای خودمدیریتی بر کاهش علائم افسردگی و بهبود بیشتر کیفیت زندگی (۲۵) و اضطراب (۲۶) است. آموزش مهارت‌های خودمدیریتی نقش مهمی در کاهش

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61882/jhrd.3.3.28]

مشکلات رفتاری و افزایش مهارت‌های انطباقی نوجوانان با اختلال اوتیسم دارد (۲۱) و می‌تواند از رفتارهای قلدری دانش‌آموزان پیشگیری کند و مقبولیت اجتماعی آن‌ها را بالا ببرد (۲۷). خودمدیریتی در کاهش رفتارهای مشکل‌ساز (۲۸)، کاهش رفتارهای مخرب و افزایش رفتارهای اجتماعی (۲۹) و تقویت سازگاری و مدیریت موثر چالش‌های رفتاری (۳۰) موثر است .درصورتی‌که در تحقیقات قبل بخشی از این مهارت‌ها (مدیریت افکار، مدیریت و شناخت خشم ، مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری) به کودکان عادی آموزش داده می‌شد (۳۱) و در مروری از مطالعات (۱۲) نشان داده‌شده بیشتر مطالعات در این زمینه برای افراد با کم‌توانی هوشی به آموزش مهارت‌های روزمره زندگی پرداخته¬اند. بر اساس مطالعات انجام‌شده مداخلات مرتبط با نوجوانان با کم‌توانی هوشی کمتر موردتوجه قرارگرفته است و در ایران اکثر مداخلات در ارتباط با والدین و به‌ویژه مادران این کودکان است. از طرفی، پژوهش حاضر ضمن فراهم نمودن پشتوانه پژوهشی در زمینه کاربرد برنامه‌های خودمدیریتی برای دانش آموزان کم‌توان هوشی می‌تواند زمینه سیاست‌گذاری بهداشتی و سلامتی در ارتقای سلامت روان نوجوانان را فراهم نماید و از این روش در مراکز مختلفی مانند مراکز مشاوره و درمانی استفاده شود. لذا پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی آموزش برنامه خودمدیریتی بر مشکلات رفتاری دانش آموزان با کم‌توانی هوشی انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، از لحاظ هدف کاربردی و از نظر ماهیت و روش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان کم‌توان هوشی ۱۱ تا ۱۵سال استان فارس بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در مدارس استثنایی این استان مشغول به تحصیل بودند. جهت انتخاب دانش‌آموزان کم‌توان هوشی ۱۱ تا ۱۵سال استان فارس از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین‌صورت که با مراجعه به مدارس استثنائی شهرستان اقلید و منطقه سده دانش‌آموزان کم‌توان هوشی شناسایی شد. با در نظر گرفتن توان ۸۰ درصد و خطای نوع یک ۵ درصد و اندازه اثر ۰/۶ و بر اساس مطالعه مهدوی و همکاران (۲۷) و ۲۰ درصد ریزش، اندازه نمونه لازم ۵۰ نفر، ۲۵ نفر در گروه مداخله از یک مدرسه (از کل مدرسه ۲۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند) و ۲۵ نفر گروه کنترل از مدرسه دیگر به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. جهت انتخاب دانش آموزان از روش قرعه کشی و بر اساس ملاک ورود و خروج استفاده شد. ملاک‌های ورود این پژوهش عبارت بودند از: دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی (میزان بهره هوشی با توجه به نوع یا طبقه کم‌توانی هوشی؛ خفیف (۵۵ تا ۷۰) مدارس استثنایی، سنین ۱۱ تا ۱۵ سال، نداشتن معلولیت شدید بینایی، شنوایی، جسمی و روانی (بر اساس پرنده دانش‌آموزان و با کمک مدیر مدارس)، تمایل والد و دانش‌آموز برای شرکت دانش‌آموز در دوره‌ها و امضای رضایت‌نامه آگاهانه والدین (چون شرکت کنندگان کودکان دارای کم توانی هوشی بودند، فرم رضایت کتبی توسط ولی افراد تکمیل شد) همچنین ملاک‌های خروج عبارت بودند از: انصراف از ادامه همکاری و امتناع از تکمیل کردن پرسش‌نامه‌ها، قرار داشتن تحت درمان‌های خاص، غیبت بیش از دو جلسه، نقص در تکمیل ابزار تحقیق.

ابزار تحقیق

پرسشنامه مشکلات رفتاری

پرسشنامه مشکلات رفتاری توسط آخنباخ و رسکورلا (۳۲) ساخته شد. پرسشنامه مشکلات رفتاری آخنباخ (فرم کودک و نوجوان) نسخه والدین شامل ۱۱۲ گویه است که گزینه‌های هر گویه شامل یک مقیاس لیکرت سه‌درجه‌ای (اغلب= ۲، گاهی= ۱ و هیچ‌وقت=صفر) است. پاسخ ها به گویه‌ها به مشکلاتی اشاره می‌کند که در طول شش ماه گذشته تجربه‌شده‌اند. این پرسش‌نامه برای سنجش مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان سنین شش تا ۱۸ سال ساخته‌شده است. در مدت‌زمان موردنیاز برای پاسخ‌گوئی ۱۵ دقیقه است و می‌بایست به‌وسیله والدین و یا مراقب و یا کسی که در محیط شبه خانوادگی فرد را به‌طور کامل می‌شناسد، تکمیل شود. در این پرسش‌نامه مشکلات رفتاری- هیجانی به دو گروه اختلال درونی‌سازی شده و اختلال بیرونی‌سازی شده طبقه‌بندی‌شده‌اند. «مشکلات رفتاری درونی سازی شده» شامل خرده مقیاس های گوشه گیری/ افسردگی(WD) ، شکایات جسمانی (SC) و اضطراب/ افسردگی (AD) و «مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده» شامل خرده‌مقیاس‌های

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61882/jhrd.3.3.28]

رفتار قانون‌شکنی (RB) و رفتار پرخاشگری (AG) است. در هر مقیاس امتیاز کمتر بیانگر سلامت بهتر است. ضرایب همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ است. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی با یک فاصله زمانی ۵-۸ هفته از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمد (۳۳). یزدخواستی و عریضی (۳۴)، ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه در فرم والدین ۰/۹۰ گزارش نمودند. یزدخواستی و عریضی (۳۴) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۸۲ به‌دست آوردند .(01/0>p) همچنین در پژوهش محمدی نسب، سید موسوی و بهزادپور (۳۵) ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست آوردند. در پژوهش حاضر پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای مشکلات درون سازی شده و برون سازی شده به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۶ به دست آمد .

برنامه خودمدیریتی

بر اساس تعریف برنامه خودمدیریتی یک راهبرد اصلاح رفتار است که به فرد کمک می‌کند تا شرایط خود را کنترل نموده و سلامتی خویش را در حد مطلوب حفظ نماید. همچنین، تمام اقداماتی است که توسط فرد به‌منظور شناسایی، درمان و مدیریت مراقبت‌های سلامتی خود به‌طور مستقل یا با مشارکت سیستم‌های مراقبتی انجام می‌دهد (۱۳). بسته آموزشی برنامه خود مدیریتی که در این پژوهش برای گروه آزمایشی به کار گرفته شد و طی ۱۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد برگرفته از برنامه‌ای(۳۱ و ۳۶) بود که برای دانش آموزان با کم‌توانی هوشی تدوین‌شده بود که پس از مناسب‌سازی (براساس نظرات مدیران و متخصصان حوزه) به شرح زیر انجام شد (جدول ۱):

جدول ۱- محتوای آموزشی برنامه خودمدیریتی

جلسه	زمان	هدف	محتوا	فعالیت‌ها، تمرینات و تکالیف
جلسه اول	۶۰	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با پژوهشگر، ایجاد جو اعتماد و رابطه حسنه، آشنایی اعضا با چارچوب و فرآیند کارگروه	بحث راجع به آگاه بودن و انتخاب‌گر بودن انسان با توجه به شرایط،بحث راجع به توانایی انسان در کنترل و تغییر خود، بحث راجع به چگونگی تأثیر گذشته بر حال و قربانی گذشته نبودن انسان ،تبیین مفهوم خودمدیریتی و تأثیرات آن، اهمیت آگاهی فرد نسبت به افکار، احساسات و رفتار خود در لحظه و نقش آن در خودمدیریتی	ایجاد رابطه، بحث راجع به آگاهی و انتخاب‌گری انسان، بررسی مقدماتی خودمدیریتی
جلسه دوم	۶۰	آگاهی در مورد افکار	آشنایی با گفتار درونی و نقش آن، بررسی پیامدهای گفتار درونی مثبت و منفی، افکار منفی و تحریفات شناختی، لزوم خودآگاهی در مورد افکار و درک درست لحظه‌ای از آن‌ها برای مدیریت کردن افکار روش آموزش: الگو سازی، تمرین و ایفای نقش	الگوسازی به‌وسیله ارائه داستان بود ایفای نقش به‌صورت انجام داستان بود
جلسه سوم	۶۰	مدیریت افکار	تقویت خود با در نظر گرفتن توانمندی‌ها و تجارب مثبت و نیز پذیرش خود از طریق تغییر نگرش درباره اشتباهات خود، به‌کارگیری عبارات تأکیدی ، تصویرسازی با در نظر گرفتن توانمندی‌ها و تجارب مثبت روش آموزش: ارائه داستان و بررسی بازخورد	آموزش مدیریت افکار به‌وسیله پرسش و پاسخ و دادن بازخورد، ارائه داستان بود.

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61882/jhrd.3.3.28]

جلسه چهارم	۶۰	شناخت خشم	توضیح در مورد نشانه‌ها و پیامدهای شناختی، هیجانی، جسمی و رفتاری خشم ، بررسی باورهای غلط در مورد ابراز خشم، ، معرفی انواع مختلف ابراز پرخاشگری و الگوهای رفتاری ابراز خشم، لزوم خودآگاهی دربارهٔ خشم خود به‌منظور مدیریت خشم خود روش آموزش: الگو سازی، ایفای نقش	الگو سازی به‌وسیله ارائه فیلم و استیکرهای حالت‌های هیجانی خواهد بود. ایفای نقش به‌صورت بازی بود.
جلسه پنجم	۶۰	مدیریت خشم	بررسی راهبردهای کاهش خشم شامل به‌کارگیری راهبردهای شناختی ، راهبردهای هیجانی ، راهبردهای جسمی و راهبردهای رفتاری ، پیگیری و تأمل در مدیریت خشم خود، تثبیت مهارت‌های مدیریت خشم روش آموزش: بازی ،پرسش و پاسخ و دادن بازخورد	ایفای نقش به‌صورت بازی(حباب بازی ، پاره کردن کاغذ) خواهد بود. پرسش و پاسخ به‌وسیله داستان بود
جلسه ششم	۶۰	شناسایی راه کنترل و غلبه بر پرخاشگری	دادن تکـالیف مناسب کنترل و غلبه بر پرخاشگری روش آموزش: الگو سازی ، ایفای نقش	الگو سازی به‌وسیله داستان صورت خواهد بود. ایفای نقش به‌صورت بازی(آجر بازی ، دو ، حباب سازی ، خمیربازی) بود.
جلسه هفتم	۶۰	برقراری ارتباط مؤثر با دیگران: ارتباط با دوستان، معلمین و دیگران	بررسی و آموزش پیش‌نیازهای مهارت معرفی خود و آغاز مکالمه ارائه تصویر و طرح داستان مربوط به مهارت معرفی خود و آغاز مکالمه روش آموزش: الگو سازی ،تصویر،توضیح کلامی	آموزش برقراری ارتباط مؤثر با دیگران به‌وسیله ارائه تصویر توضیح کلامی ، الگو سازی ، بود
جلسه هشتم	۶۰	استفاده از مذاکره برای حل موارد اختلافی	پرداختن به مهارت استفاده از مذاکره برای حل موارد اختلافی و دادن تکـالیف مناسـب روش آموزش: پرسش و پاسخ .و دادن بازخورد، ارائه داستان	آموزش مهارت مذاکره برای حل موارد اختلافی به‌وسیله توضیح کلامی ، ارائه داستان بود
جلسه نهم	۶۰	مهارت‌های مربوط به رد تقاضاهای نامعقول	افزایش عزت‌نفس و مسئولیت‌پذیری، رشد مهارت‌های فردی و اجتماعی،رشد تفکر انتقادی و مهارت‌های تصمیم‌گیری آموزش قدرت امتناع و مهارت " نه گفتن " در برابر پیشنهادهای خلاف روش آموزش: داستان‌های نمایشی، بازی مهارت نه گفتن، پرسش و پاسخ و دادن بازخورد	آموزش مهارت نه گفتن به‌وسیله داستان‌های نمایشی و بازی مهارت نه گفتن ، پرسش و پاسخ و دادن بازخورد بود.
جلسه دهم	۶۰	مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری	آشنایی با مراحل حل مسئله ، تبیین مفهوم تصمیم‌گیری و اهمیت آن در زندگی، بررسی عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری، آشنایی با سبک‌های مختلف تصمیم‌گیری، ارزیابی گزینه‌ها، انتخاب بهترین گزینه و برنامه‌ریزی برای اجرای تصمیم، ارزیابی و بازنگری تصمیم بررسی شباهت و تفاوت فرآیند حل مسئله و تصمیم‌گیری روش آموزش: ایفای نقش ، توضیح کلامی و دادن بازخورد	آموزش مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری از طریق ایفای نقش که به‌صورت بازی و توضیح کلامی بود.
جلسه یازدهم	۶۰	مهارت اجازه گرفتن برای استفاده از وسایل شخصی همکلاسی	آشنایی با مهارت اجازه گرفتن از وسایل شخصی همکلاسی	آشنایی با مهارت اجازه گرفتن از وسایل شخصی همکلاسی با استفاده از تصویر،توضیح کلامی و الگو سازی خواهد بود

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61882/jhrd.3.3.28]

جلسه دوازدهم	۶۰	مهارت اجازه دادن به همکلاسی	آشنایی با مهارت اجازه دادن از وسایل شخصی به همکلاسی	آشنایی با مهارت اجازه گرفتن از وسایل شخصی همکلاسی با استفاده از تصویر،توضیح کلامی و الگو سازی بود
جلسه سیزدهم	۶۰	تبیین مفهوم هدف و پیامدهای داشتن هدف	معرفی ویژگی‌های هدف مطلوب ، بررسی مراحل چگونگی تعیین هدف ازلحاظ قابل‌دستیابی بودن با در نظر گرفتن شدت تمایل، هزینهٔ دنبال کردن و عوامل بازدارنده، بررسی لزوم برنامه‌ریزی ، چگونگی انجام عمل، بررسی مدیریت زمان، عوامل اتلاف وقت و منابع جبران وقت، برنامه‌ریزی، آگاهی در مورد عدم مدیریت زمان و نداشتن پشتکار در دستیابی به اهداف و ترس از شکست	معرفی هدف به‌وسیله توضیح کلامی بود.
جلسه چهاردهم	۶۰	هدف‌گزینی و برنامه‌ریزی	گسترش و استمرار یادگیری‌ها از گروه به دنیای واقعی، بازخورد در مورد جلسات	جمع‌بندی

روش اجرا

بعد از انجام هماهنگی و کسب مجوز، از دانشگاه به اداره آموزش‌وپرورش شهر اقلید مراجعه شد سپس با هماهنگی مدیر اداره آموزش‌وپرورش به مدارس استثنایی مراجعه گردید. از میان دانش آموزان کم‌توان هوشی، تعداد ۵۰ نفر از دو مدرسه انتخاب شدند. پس از کسب رضایت‌نامه به‌منظور شرکت در پژوهش اقدام به اجرای پژوهش گردید افراد به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۵ نفر) و کنترل (۲۵ نفر) قرار گرفتند. پس از انتخاب افراد ابتدا پیش‌آزمون انجام شد. سپس با کمک مسئولین مدارس استثنایی شهر اقلید، گروه آزمایش ۱۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بسته آموزشی برنامه خود مدیریتی را در آن مدارس دریافت کردند. بعد از اتمام جلسات آموزشی، از گروه‌های آزمایشی و کنترل در شرایط یکسان پس‌آزمون به عمل آمد. قابل ذکر است، شرکت کنندگان کودکان دارای کم توان هوشی بوده و تکمیل پرسشنامه‌ها در پیش آزمون و پس آزمون توسط والدین انجام شد. درنهایت، بر اساس تحلیل کوواریانس چند متغیری در سطح معنی‌دار ۰/۰۵ با استفاده از نرم‌افزار SPSS27 مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در پژوهش حاضر ۵۰ نفر از دانش آموزان با کم‌توانی هوشی در دو گروه مداخله (۲۵ نفر) و کنترل (۲۵) در بازه سنی ۱۱ تا ۱۵ سال شرکت کردند. از میان افراد شرکت‌کننده در مطالعه، در گروه مداخله بیشترین فراوانی دانش آموزان در گروه سنی ۱۲ سال (۳۶ درصد) که ۱۵ نفر (۶۰ درصد) دختر و ۱۰ نفر (۴۰ درصد) پسر، در گروه کنترل بیشترین درصد دانش آموزان در گروه سنی ۱۲ سال (۲۸ درصد) که ۱۸ نفر (۷۲ درصد) دختر و ۷ نفر (۲۸ درصد) پسر بودند.

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61882/jhrd.3.3.28]

جدول۲. شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر مشکلات رفتاری به تفکیک گروه‌ها

متغیر		گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	آماره شاپیرو – ویلک	سطح معناداری
مشکلات رفتاری	مشکلات رفتاری درون سازی شده	کنترل	پیش‌آزمون	۳۶/۳۲	۴/۱۵	۰/۹۴	۰/۱۷۹
			پس‌آزمون	۳۴/۴۴	۳/۷۳	۰/۹۶	۰/۴۹۰
		مداخله	پیش‌آزمون	۳۸/۰۸	۷/۳۸	۰/۹۲	۰/۰۶۴
			پس‌آزمون	۳۰/۷۲	۶/۴۵	۰/۹۱	۰/۰۳۱
	مشکلات رفتاری برون سازی شده	کنترل	پیش‌آزمون	۳۷/۶۴	۴/۳۳	۰/۹۵	۰/۲۵۹
			پس‌آزمون	۳۶/۱۶	۴/۰۷	۰/۹۵	۰/۲۹۸
		مداخله	پیش‌آزمون	۳۶/۶۰	۵/۴۵	۰/۹۶	۰/۴۱۹
			پس‌آزمون	۳۰/۹۶	۴/۸۴	۰/۹۷	۰/۵۸۰

در جدول ۲، آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات مشکلات درون سازی شده و مشکلات برون سازی شده به تفکیک برای افراد گروه کنترل و گروه‌های آزمایش و در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده‌شده است. همان‌طور که جدول نشان می‌دهد میانگین نمرات مشکلات رفتاری درونی سازی شده گروه مداخله از پیش‌آزمون به پس‌آزمون (از ۳۸/۰۸ به ۳۰/۷۲) و همچنین برای مشکلات برونی‌سازی شده (از ۳۶/۶۰ به ۳۰/۹۶) کاهش زیادی داشته ، درصورتی‌که برای گروه کنترل این‌طور نبوده است .آماره شاپیرو – ویلک گروه‌های مداخله و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشکلات درون سازی شده و مشکلات برون سازی شده معنادار نیست؛ بنابراین توزیع متغیرهای مشکلات درون سازی شده و مشکلات برون سازی شده در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال است (05/0<P) و از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.با توجه به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چند متغیری برای متغیرهای مشکلات درون سازی شده و مشکلات برون سازی شده (P<۰/۰۱، F=۶۳/۷۱، ۰/۷۴=اثر پیلایی) مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیر وابسته، درمجموع معنی‌دار است و میزان این تفاوت، برای ترکیب متغیرهای مشکلات درون سازی شده و مشکلات برون سازی شده ۰/۷۴ است؛ یعنی ۷۴ درصد از واریانس متغیرهای مشکلات درون سازی شده و مشکلات برون سازی شده ناشی از اثر آزمایشی است (جدول ۲).

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) متغیرهای مشکلات درون سازی شده و مشکلات برون سازی شده

منبع	مؤلفه‌ها	SS	DF	MS	F	P	Eta	OP
مشکلات درون سازی شده	گروه	۳۲۴/۴۸	۱	۳۲۴/۴۸	۱۰۷/۵۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۰۰	۱
	خطا	۱۳۸/۸۴	۴۶	۳/۰۲				
مشکلات برون سازی شده	گروه	۲۳۰/۹۶	۱	۲۳۰/۹۶	۳۵/۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۹	۱
	خطا	۲۹۵/۲۰	۴۶	۶/۴۲				

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61882/jhrd.3.3.28]

برای مقایسه تفاوت‌های گروه آزمایش و کنترل، در هر یک از متغیرهای مشکلات رفتاری درون سازی شده و مشکلات رفتاری برون سازی شده، در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری گزارش‌شده است. نتایج نشان می‌دهد بین دو گروه مداخله و کنترل در متغیرهای مشکلات رفتاری درون سازی شده و مشکلات رفتاری برون سازی شده تفاوت معنادار وجود دارد. مجذور اتا نشان می‌دهد که ۷۰ درصد از واریانس مشکلات رفتاری درون سازی شده و ۴۳/۹ درصد از واریانس مشکلات رفتاری برون سازی شده، ناشی از شرایط آزمایشی است (P<۰/۰۰۱) (جدول ۳).

بحث

در این مطالعه به بررسی اثربخشی آموزش برنامه خودمدیریتی بر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی پرداخته شد. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد آموزش خودمدیریتی موجب کاهش مشکلات رفتاری درونی و برونی‌سازی شده دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی شده است. ارهارد و همکاران (۲۸) نشان دادند که خودمدیریتی می‌تواند با توسعه مهارت‌های انطباقی (به‌عنوان‌مثال، بهبود مهارت‌های اجتماعی و افزایش مشارکت در وظایف) رفتارهای مشکل‌ساز را کاهش دهد. همچنین، می‌تواند در بین رفتارها تعمیم یابد و استقلال را در مهارت‌ها و زمینه‌های مختلف بهبود بخشد. اما آنچه برای افراد دارای کم‌توانی هوشی ازنظر خودمدیریتی ارزشمند است، این است که آن‌ها یاد بگیرند خودشان کاری را انجام دهند و مستقل‌تر و متکی‌به‌خود شوند. خودمدیریتی به دنبال انتخاب‌های خودخواسته و داشتن ظرفیت‌هایی برای شکل دادن به رفتار خود به‌منظور دستیابی به نتایج دلخواه شخصی است. برخلاف پژوهش ارهارد که خودمدیریتی تنها با بهبود مهارت‌های اجتماعی و مشارکت موجب کاهش مشکلات رفتاری شده بود، آموزش خودمدیریتی در پژوهش حاضر به‌گونه‌ای بود که توانست با مدیریت مؤثر چالش‌های رفتاری و احساسات، دانش‌آموزان کم‌توان هوشی را نسبت به خود آگاه نموده، فرد ضرورت تغییر در رفتار را احساس کند و قابلیت کنترل پاسخ‌های شناختی، رفتاری، هیجانی را کسب کند. یافته اسمیت و همکاران (۲۹) در زمینه اثربخشی مداخله خودمدیریتی مبتنی بر خودارزیابی، خودنظارتی و روش‌های خودارزیابی در رفتارهای مشکل‌ساز و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان با وضعیت تحصیلی عادی یا ویژه (دچار اختلال عاطفی، ناتوانی در یادگیری) بیان کرد که رفتارهای مشکل‌ساز شامل پرخاشگری (مثلاً کتک زدن یا فحاشی و پخش شایعات یا خیانت)، رفتار ضداجتماعی (مثلاً دزدی، قلدری، دروغ‌گویی، تقلب) و رفتارهای نافرمانی (مثلاً عدم رعایت قوانین، کناره‌گیری، امتناع از همکاری یا خارج از وظیفه) و رفتارهای مثبت کلاسی (مثلاً در حین انجام تکالیف، مهارت‌های اجتماعی، پیروی از دستورالعمل‌ها) بود. مداخله خودمدیریتی توانست به بهبود توانایی دانش‌آموزان در پیروی از دستورالعمل‌ها و به دنبال آن کاهش رفتارهای مخرب و افزایش رفتارهای اجتماعی مؤثرتر کمک کند. در پژوهش حاضر نیز مراجعین تشویق می‌شدند که خودشان فکر کنند و کارها را انجام دهند، و با آموزش اینکه چگونه می‌توان پاسخ سؤالات خود را پیدا کرد، مهارت‌های حل مسئله را هدف قرار داد. همچنین با ایجاد تغییرات مثبت در نگرش خود و تکنیک‌های جدید در مورد اینکه چگونه می‌توانند در عملکرد روزانه خود تمرکز کنند تا مستقل‌تر و خوداتکاتر شوند و بر مشکلات خویش فائق آیند، آموزش‌ها ادامه یافت. همچنین، در مقایسه پژوهش اوهلر و همکاران (۳۰) نسبت به پژوهش حاضر، می‌توان گفت ازآنجایی‌که ممکن است دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در اجرای وظایف یا استفاده از راهبردهای شناختی مشکلاتی داشته باشند. در پژوهش حاضر، رویکردهای خودمدیریتی مانند مدیریت احساسات، آگاهی فرد را از احساس‌های مثبت و منفی و هماهنگ کردن آن‌ها در ساختاری منظم فراهم می‌کند و درنتیجه، به فرد کمک می‌کند تا هیجان‌های شدید خود را تنظیم کند و به‌صورت منطقی عمل کند. بکار بردن درست هیجان‌ها موجب می‌شود که جریان تفکر تسهیل شود و از پریشانی در افکار و احساسات جلوگیری شود.در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت، براساس تئوری‌های خودمدیریتی مانز و سیمز، راهبردهای رفتاری شامل افزایش خودآگاهی و مدیریت رفتارها موجب تجربه‌های مثبت می‌شود. الگوی فکری سازنده شامل نظام باورها، خودتحلیلی، خودگویی مثبت برای

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61882/jhrd.3.3.28]

هموار نمودن عملکرد و تصویرسازی ذهنی از عملکرد مثبت موجب ایجاد الگوی اندیشه به روش مطلوب می‌شود. لذا، فرد از طریق خودمدیریتی درمقابله با مشکلات زندگی با آگاهی تصمیم گرفته و بر طبق آن عمل می‌نماید، مسئولیت کارهای خود را قبول نموده و در زندگی احساس کارآمدی و کنترل می‌کند (۳۷). سلیگمن نیز بیان داشت که اشخاص به‌وسیله خودارزیابی، تفکرات ناکارآمد خود را به تفکرات سازنده تبدیل می‌کنند. فرایندی که توسط آن باورهای منطقی با باورهای غیرمنطقی جایگزین جابه‌جا می‌شوند. همچنین، خودگفتاری موجب افزایش خودبازدهی مستقیم می‌شود و اشخاص می‌توانند حتی در هنگام تغییرات و مشکلات، از خودگفتاری منفی به خودگفتاری مثبت و باورهای مثبت برسند (۳۸). لذا، خودمدیریتی به دنبال تغییر شخصیت و نگرش نیست، بلکه رفتار را تحت کنترل داشته و در صورت لزوم تغییراتی در آن ایجاد نماید و موجب مدیریت مشکلات می‌شود. در فرایند آموزش خودمدیریتی، دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی می‌توانند با استفاده از تکنیک‌های هدف‌گذاری، برنامه‌ریزی و بر مبنای هدف‌ها و برنامه‌ها، افکار، احساسات و رفتار خود را کنترل کنند و برای حل مشکلات رفتاری خود و برخورد مناسب با دیگران و محیط پیرامون خود راه‌حل‌هایی پیدا کنند. درواقع، هرچه دانش‌آموزان رفتار و احساسات و افکار خود را بیشتر مدیریت کنند، مشکلات رفتاری آن‌ها کمتر می‌شود که به پذیرش اجتماعی آن‌ها کمک می‌کند.

از محدودیت‌های این مطالعه، محدود بودن دانش‌آموزان به گروه کم‌توانی هوشی بود که در تعمیم نتایج این پژوهش به سایر گروه‌های سنی و اختلالات رشدی باید احتیاط نمود. عدم کنترل متغیرهایی مانند موقعیت اقتصادی و اجتماعی و شرایط روان‌شناختی والدین از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مدنظر قرار گیرند. با توجه به نتایج پژوهش حاضر که آموزش برنامه خودمدیریتی موجب کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی گردید، پیشنهاد می‌شود آموزش برنامه خودمدیریتی به‌عنوان یک بسته آموزشی از سوی مراکزی که با دانش‌آموزان مبتلابه کم‌توانی هوشی در ارتباط هستند، موردتوجه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در قالب کارگاه آموزشی، به معلمان در زمینه آموزش خودمدیریتی اطلاعاتی داده شود و معلمان در مدارس با دادن آموزش برنامه خودمدیریتی به دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی، موجب بهبود مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده در آن‌ها شوند.

نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش مشاهده گردید که آموزش برنامه خودمدیریتی بر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی مؤثر است و موجب کاهش مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی می‌شود. ابتلا به کم‌توانی هوشی مشکلات زیادی را در دوره‌های گوناگون زندگی برای شخص ایجاد می‌نماید که برنامه آموزشی خودمدیریتی می‌تواند موجب شود که فرد دارای نیاز ویژه درمقابله با مشکلات زندگی با آگاهی تصمیم گرفته و بر طبق آن عمل نماید، مسئولیت کارهای خود را قبول کند و احساس کارآمدی و کنترل کند. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند ازلحاظ کاربردی در طراحی برنامه درمانی مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان موردتوجه و استفاده قرار گیرد و ازلحاظ نظری، نگرش مطلوب‌تری به عوامل و زمینه‌های پیدایش و تداوم مشکلات رفتاری در اختیار پژوهشگران، مسئولان و والدین قرار دهد.

سپاسگزاری

این مطالعه به‌عنوان بخشی از پایان‌نامه‌ی مقطع کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی با کد اخلاق IR.USWR.REC.1401. 215 انجام‌شده است. تیم پژوهش از همکاری دانش آموزان با کم‌توانی هوشی، والدین، مسئولین مدارس استثنایی، سازمان آموزش‌وپرورش استثنایی نهایت تشکر را دارد.

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61882/jhrd.3.3.28]

References

1. Ghanji M. Psychology of exceptional children based on DSM-5. Translation and compilation. Tehran: Savalan Publishing; 2016.
2. Solikhah I, Budiharso T. Standardizing BIPA as an International Program of a Language Policy. Asian ESP J. 2020;16(5.2):116–190.
3. Jacoby G. Subjective happiness among mothers of children with disabilities: The role of stress, attachment, guilt and social support. Res Dev Disabil. 2017;55:44–54.
4. Australian Institute of Health and Welfare. People with Disability in Australia—Engagement in Education. Canberra: Australian Government; 2023. p. 1–35.
5. Aghayinejad M, Chorami M, Ghazanfari A, Sharifi T. Effectiveness of parent-based early intervention based on Incredible Years Model on behavioral problems of mentally retarded children. Empowering Exceptional Children. 2019;10(3):29–43.
6. Newcomb ET, Hagopian LP. Treatment of severe problem behaviour in children with autism spectrum disorder and intellectual disabilities. Int Rev Psychiatry. 2018;30(2):96–109.
7. Amstad M, Müller CM. Students' problem behaviors as sources of teacher stress in special needs schools for individuals with intellectual disabilities. Front Psychol. 2020;11:1–10.
8. Soke GN, Rosenberg SA, Hamman RF, Fingerlin T, Robinson C, Carpenter L, et al. Brief report: Prevalence of self-injurious behaviors among children with autism spectrum disorder—A population-based study. J Autism Dev Disord. 2016;46:3607–3614.
9. Balbonia G, Rebecchini G, Elisei S, Tassé MJ. Factors affecting the relationship between adaptive behavior and challenging behaviors in individuals with intellectual disability and co-occurring disorders. Res Dev Disabil. 2020;104:103718.
10. Nicholls G, Hastings RP, Grindle C. Prevalence and correlates of challenging behaviour in children and young people in a special school setting. Eur J Spec Needs Educ. 2019;34(1):1–15.
11. Van Ool JS, Snoeijen-Schouwenaars FM, Tan IY, Schelhaas HJ, Aldenkamp AP, Hendriksen GM. Challenging behavior in adults with epilepsy and intellectual disability: An analysis of epilepsy characteristics. Epilepsy Behav. 2018;86:72–78.
12. Sandjojo J, Eltringham EG, Gebhardt WA, Zedlitza AM, Embregts PC, Evers AW. Self-management interventions for people with intellectual disabilities: A systematic review. Patient Educ Couns. 2020;103:1983–1996.
13. Donnelly J, Dykes M, Griffioen R, Moore J, Hale L, Wilkinson A. Self-management support training for undergraduate and graduate entry healthcare professional students: an integrative review. Phys Ther Rev. 2020;25(3-4):111–123.
14. Sandjojo J, Zedlitz AMEE, Gebhardt WA, Hoekman J, Dusseldorp E, den Haan JA, Evers AWM. Training staff to promote self-management in people with intellectual disabilities. J Appl Res Intellect Disabil. 2018;31:840–850.
15. Ning JZ, Wan TH, Louis WA, Rossiter F. Evaluation of chronic disease management on outcome and cost care for medical beneficiaries. Health Policy. 2010;86(3):345–354.
16. McGowan P. Self management new perspectives. Proceedings of the International Conference on Patient Self Management Education. Victoria, BC, Canada; Sep 12–14, 2005. p. 12–24.

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61882/jhrd.3.3.28]

17. Fisher KR, Purcal C, Blaxland M, Robinson S, Quan Farrant F, Kayess R, Edwards Y. Factors that help people with disability to self-manage their support. Disabil Soc. 2024;39(7):1821–1839.
18. Steinbrenner JR, Hume K, Odom SL, Morin KL, Nowell SW, Tomaszewski B, et al. Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism. FPG Child Dev Inst; 2020. p. 1–100.
19. Ryan C, Bergin M, Wells JS. Work-related stress and well-being of direct care workers in intellectual disability services: A scoping review of the literature. Int J Dev Disabil. 2021;67(1):1–22.
20. McKenna K. Self-Monitoring with Goal-Setting: Decreasing Disruptive Behavior in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Doctoral Dissertations; 2020. p. 2573.
21. Akrami L, Malekpour M, Abedi A. The effectiveness of a behavior management and social skills training program on behavioral and adaptive problems of adolescent boys with high-functioning autism spectrum disorder. Rehabil. 2019;20(4):322–340.
22. Graham L, Wright J, Walwyn R, Russell AM, Bryant L, Farrin A, House A. Measurement of adherence in a randomised controlled trial of a complex intervention: supported self-management for adults with learning disability and type 2 diabetes. BMC Med Res Methodol. 2016;16:132.
23. Gilson CB, Carter EW, Biggs EE. Systematic review of instructional methods to teach employment skills to secondary students with intellectual and developmental disabilities. Res Pract Persons Severe Disabil. 2017;42(2):89–107.
24. Koyama T, Wang HT. Use of activity schedule to promote independent performance of individuals with autism and other intellectual disabilities: a review. Res Dev Disabil. 2011;32(6):2235–2242.
25. Oehler C, Görges F, Rogalla M, Rummel-Kluge C, Hegerl U. Efficacy of a Guided Web-Based Self-Management Intervention for Depression or Dysthymia: Randomized Controlled Trial With a 12-Month Follow-Up Using an Active Control. J Med Internet Res. 2020;22(6):e18235.
26. Shepardson RL, Tapio J, Funderburk JS. Self-Management Strategies for Stress and Anxiety Used by Nontreatment Seeking Veteran Primary Care Patients. Mil Med. 2017;182(7):e1747–e1754.
27. Mahdavi A, Dehestani M, Pasandideh MM. The effectiveness of self-management skills training on bullying behavior and social acceptance of incarcerated male students. Educ Psychol Q. 2019;53:141–159.
28. Erhard P, Wong T, Barnett M, Falcomata TS, Lang R. Self-management skills and applied behavior analysis. In: Handbook of autism and pervasive developmental disorder: Assessment, diagnosis, and treatment. Cham: Springer International Publishing; 2022. p.957–973.
29. Smith TE, Thompson AM, Maynard BR. Self-management interventions for reducing challenging behaviors among school-age students: A systematic review. Campbell Syst Rev. 2022;18(1):e1223.
30. Sandjojo J, Eltringham EG, Gebhardt WA, Zedlitza AM, Embregts PC, Evers AW. Self-management interventions for people with intellectual disabilities: A systematic review. Patient Educ Couns. 2020;103:1983–1996.
31. Sa'idian F, Bagheri F, Nili-Ahmadabadi MR, Salimi-Bajestani H. Development and effectiveness of a self-management training program with emphasis on the components of mindfulness and choice among young people. Couns Cult Psychother Q. 2017;8(30):131–165.
32. Achenbach TM, Rescorla LA. Child behavior checklist for ages 6–18. Burlington, VT: University of Vermont; 2001.

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61882/jhrd.3.3.28]

33. Minaei A. Adaptation and standardization of the Achenbach Child Behavior Checklist, Youth Self-Report, and Teacher's Report Form. Except Child Q. 2006;6(1):529–558.
34. Yazdkhasti F, Arizi Samani SH. Standardization of the child, parent, and teacher forms of the Child Behavior Checklist in the city of Isfahan. Iranian J Psychiatry Clin Psychol. 2011;17(1 [Serial No. 64]):60–70.
35. Mohammadi-Nasab H, Seyed-Mousavi PS, Behzadpour S. The effectiveness of expressive group art therapy in reducing internalizing and externalizing problems of neglected children. Knowl Res Appl Psychol. 2019;20(3 [Serial No. 77]):101–109.
36. Nesayan A, Asadi Gandomani R. The effect of social skills training on behavioral problems in adolescents with developmental and intellectual disability. J Rehabil. 2016;17(2):1–3.
37. Safary F. The effect of daily self-management on job resources and job engagement among employees: A case study of Firoozgar and Sasan hospitals in Tehran Province [Master's thesis]. Allameh Tabataba'i University; 2015.
38. Omotunde EE, Philomena O, Oliha J. Effects of Self-Management and Social Skills Training On the Reduction of Adolescents' Conduct Disorder. Int J Educ Pract. 2015;3(3):129–142

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61882/jhrd.3.3.28]

Torbat Jam University of Medical Sciences
Health Research and Development Journal
Vol. 3, No. 3, Agust 2025

Effectiveness of Self-Management Program Training on Behavioral Problems in Students with Intellectual Disability

Mansoure Rezaei(MSc)[1], Narges Adibsereshki*(PhD)[2], Nikta Hatamizadeh(PhD)[3], Razieh Bidhendi Yarandi(PhD)[4]

Original Article

Abstract

Background: Children with intellectual disabilities, in addition to deficits in adaptive skills, experience behavioral problems that may lead to communication, social, emotional-affective, academic, and other difficulties. The aim of the present study was to determine the effectiveness of self-management program training on behavioral problems in students with intellectual disabilities.

methods: In this quasi-experimental study, a pretest–posttest design with a control group was employed. The statistical population consisted of all students with intellectual disabilities aged 11 to 15 years in Fars Province who were enrolled in special education schools during the 2021–2022 academic year. The sample included 50 students with intellectual disabilities, who were selected through convenience sampling and randomly assigned to the intervention and control groups (25 students in each group). Data were collected using the Achenbach Child Behavior Checklist for emotional and behavioral problems. The intervention group received 14 training sessions of 60 minutes each on the self-management program, whereas no intervention was provided to the control group. The data were analyzed using univariate and multivariate analysis of covariance (ANCOVA).

Results: Mean scores of internalizing and externalizing behavioral problems in the intervention group decreased significantly after the self-management program training (internalizing: 38.08 to 30.72; externalizing: 36.60 to 30.96), whereas no significant changes were observed in the control group. Multivariate analysis of covariance indicated a significant difference between the two groups ($p < 0.001$), with a substantial portion of the variance in behavioral problems attributable to the intervention.

Conclusion: It seems that implementing self-management training as a structured program can be recommended to reduce internalized and externalized behavioral problems in students with intellectual disabilities. The findings of the present study have shown the need for officials to pay serious attention to the behavioral problems of students with intellectual disabilities and appropriate intervention such as self-management training program for them.

Keywords: Behavioral problems, Self-management program, Students, Intellectual disability

Corresponding : Narges Adibsereshki E-mail address: n.adib@hotmail.com TEL: 09122979299
1. MSc in Psychology and education of exceptional children, university of social Welfare and Rehabilitation Sciences
2. Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children , University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Koodakyar Ave, Daneshjoo Blvd, Evin, Tehran, Iran.
3. PhD. Faculty of Rehabilitation Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Koodakyar Ave, Daneshjoo Blvd, Evin, Tehran, Iran
4. PhD. Department of Biostatistics, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Koodakyar Ave, Daneshjoo Blvd, Evin, Tehran, Iran

Received: 2025/07/20 **Revised**:2025/08/29 **Accepted**: 2025/08/30

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61882/jhrd.3.3.28]