

اثربخشی مقابله درمانگری مادران بر مشکلات عاطفی-رفتاری و رفتار جامعه‌پسند کودکان

مریم روشن^{۱*}، علی‌رضا آقاییوسفی^۲، احمد علی‌پور^۳، اکبر رضایی^۴

دریافت مقاله: ۹۴/۰۴/۰۵؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۴/۱۲/۰۲؛ پذیرش مقاله: ۹۴/۱۲/۰۸

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین اثربخشی برنامه مقابله درمانگری مادران بر مشکلات عاطفی-رفتاری و رفتار جامعه‌پسند کودکان ۳ تا ۶ ساله‌شان بود. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شش ماهه و جامعه آماری ۷۶۹ کودک در مهدکودک‌های خصوصی بهاران، شایستگان، گل‌های امید، مادر و فرشته زیر نظر سازمان بهزیستی شهر شاهین‌دژ در پاییز ۱۳۹۳-۱۳۹۲ بود. از میان آن‌ها ۶۰ کودک که دارای ملاک‌های مشکلات عاطفی-رفتاری بودند به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه مشکلات عاطفی-رفتاری کودکان گودمن (۲۰۰۱) و ۱۲ جلسه مداخله مبتنی بر مقابله درمانگری آقاییوسفی (۱۳۸۰) بود که هفته‌ای سه بار، هر جلسه ۹۰ دقیقه در مورد مادران اجرا شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که مقابله درمانگری میانگین نمره‌های مشکلات عاطفی-رفتاری کودکان گروه آزمایش را کاهش ($F=495/91, P<0/001$) و میانگین نمره‌های رفتار جامعه‌پسند آن‌ها را افزایش ($F=131/44, P<0/001$) و نتیجه درمان در مرحله پیگیری پایدار مانده است ($F=0/945, P<0/001$). **نتیجه‌گیری:** می‌توان برنامه مقابله درمانگری را روش موثری دانست که با بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و کاهش تنیدگی والدین و مربیان، منجر به کاهش مشکلات عاطفی-رفتاری و نیز بهبود رفتار جامعه‌پسند کودکان شود.

کلیدواژه‌ها: جامعه‌پسند، رفتاری، عاطفی، کودکان، مقابله درمانگری

*۱. نویسنده مسئول، دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

Email: M.r.roshan1974@gmail.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، قم، ایران

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۴. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تبریز، ایران

مقدمه

در الگوی جدید طبقه‌بندی اختلال‌های دوران کودکی، دو طبقه کلی اختلال‌های درونی‌سازی شده^۱ و اختلال‌های برونی‌سازی شده^۲ مشخص شده‌اند (پاهوو، ۲۰۰۶). مشکلات ۵۰ درصد از کودکانی که طی سال‌های پیش‌دبستانی دارای مشکلات برونی‌سازی شده تشخیص داده شده‌اند، نه تنها در دوره پیش‌دبستانی و سال‌های اول دبستان بلکه تا بزرگ‌سالی ادامه خواهد داشت (بردلی، ۲۰۰۷). نشانگان افسردگی/اضطراب، کناره‌گیری/افسردگی و شکایت‌های جسمانی که معمولاً خود فرد را آزار می‌دهد، در طبقه مشکلات درونی‌سازی شده قرار دارند؛ و مشکلات مربوط به قانون‌شکنی و پرخاشگری که با مشکلات فرد و دیگران مرتبطند، در طبقه مشکلات برونی‌سازی شده قرار می‌گیرند (ماش، ۲۰۰۷).

زمینه روان‌شناسی تحولی از دیرباز تاکنون متمرکز بر شناسایی و درک عوامل تاثیرگذار خانوادگی و والدینی بوده که هم در تحول سالم و بهینه، هم در آسیب‌شناسی روان‌شناختی کودکان و نوجوانان سهیم است (پاکدامن، موسوی و قنبری، ۱۳۹۰). طبق الگوی بوم‌شناختی- تراکنشی^۳ سی‌چتی و لینچ (۱۹۹۳، نقل از سی‌چتی، ۲۰۱۰) ویژگی‌های مختلف محیط کودکان مانند محیط فرهنگی، منابع حمایت اجتماعی، محیط خانواده و تفاوت‌های فردی، همگی در شکل دادن روشی که کودک به محیط اطرافش پاسخ می‌دهد دخیل هستند. در حقیقت کیفیت رابطه والد-کودک، کیفیت فرزندپروری و راهبردهای دلبستگی کودک، نقش مهمی در تجارب اولیه کودک از بدرفتاری و تحول آسیب‌شناسی‌های بعدی او دارند (سی‌چتی، ۲۰۱۰).

پژوهش‌ها رابطه بین راه‌حل‌های اجتماعی-رفتاری در مقابله با تنیدگی^۴ در مادران، با میزان سطوح کورتیزول در نوزادان آن‌ها نشان داده‌اند. هر اندازه سطح حمایت اجتماعی بالاتر و سطح تنیدگی پایین‌تر باشد، امکان مبادله‌هایی در خانواده فراهم می‌شود که مهارت‌های خود-نظم‌جویی و راهبردهای مقابله‌ای را به کودکان می‌آموزد (تاپر، پین، لکمن، اسکات و اسنولینگ، ۲۰۱۵). از طرفی سبک مقابله‌ای والدین با تنیدگی، درماندگی و سازگاری خانواده ارتباط دارد (علاقبند و آقاییوسفی، کمالی، دهستانی، حقیرسادات و همکاران، ۱۳۹۰).

با در نظر گرفتن این حقیقت که تنیدگی بالای والدین تاثیر به‌سزایی بر روند رشد کودک دارد، به‌نظر می‌رسد مداخله‌های زودهنگام برای حمایت موثر از کودکان و خانواده‌های‌شان بتواند از پیامدهای منفی این اختلال‌ها جلوگیری کند (ارکویز و تیمر، ۲۰۱۲). از این‌رو انجام پژوهش‌های

1. internalizing disorder
2. externalizing disorder
3. transactional- ecological model
4. stress

بیشتر در مورد موثر بودن اقدامات ویژه جهت ارتقا و انتخاب مداخله‌های کاربردی و موثرتر بر اختلال‌های کودکان ضروری به‌نظر می‌رسد (کوربی‌تا و دالدین، ۲۰۰۹).

در گذشته رویکردهای درمانی در مورد کودکان مانند بازی درمانی، و رویکردهای فردی، عمدتاً متمرکز بر کودک بود؛ اما اخیراً گرایش زیادی به سمت درمان مشکلات رفتاری کودکان از طریق مشارکت والدین ایجاد شده است (ارکویزو تیمر، ۲۰۱۲). پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند آموزش به والدین درباره روش‌های کاهش تنیدگی والدینی عامل مهمی در سلامت والدین است؛ و لازم است به‌منظور افزایش مطلوب‌ترین بازده تحول برای کودکان، از آن استفاده کرد (تیمر و ارکویز، ۲۰۱۴). منطق پایه مقابله درمانگری عبارت است از این‌که اگر مقابله نارساکنش‌ور مادران می‌تواند سلامت کودک را تهدید کند، اصلاح روش‌های مقابله مادران با تنیدگی، در جریان فرایند درمانی می‌تواند این فرایند را واژگون سازد (آقایوسفی، ۱۳۹۱). این فن براساس نوع و شدت تنیدگی‌ها و راه‌های مقابله‌ای فرد بر پایه نظریه تبدالی تنیدگی فولکمن-لازاروس (۱۹۸۴) قرار دارد و آقایوسفی (۱۳۸۰) از آن اقتباس کرده است. مقابله درمانگری از راه هشیار ساختن فرد نسبت به نوع تنیدگی‌های زندگی، امکانات مقابله‌ای فرد، جستجو و یافتن راه‌های مقابله‌ای مناسب برای هر موقعیت، سودمندی خود را آشکار ساخته است. درحالی‌که مقابله ناکارآمد، ناشی از ناهشیاری فرد نسبت به امکانات مقابله‌ای، برآوردهای شناختی غیردقیق و تحریف‌شده، انتخاب راه‌های مقابله‌ای از روی شتاب، هیجان‌زدگی و عدم مدیریت شناخت‌ها است و منجر به اختلال‌های روان‌شناختی و رفتارهای سازش‌نا یافته می‌شود. بسیاری از پژوهش‌ها در زمینه رفتارهای جامعه‌پسند مربوط به روش تربیتی والدین است که مؤید تأثیر شرایط محیطی در بروز این‌گونه رفتارها است (کارلو، مستری، سامپر و تورارمندا، ۲۰۱۰).

محیط یکسان و تسهیل‌کننده توانایی‌ها، قابلیت تغییر مثبت و رشد حداقل ویژگی‌های انعطاف‌پذیری را در کل زندگی فراهم می‌سازد (کارلو، نایت، مک‌گینلی و هیز، ۲۰۱۱). رفتار نوع دوستانه، با گستره‌ای از شاخص‌های روانی-اجتماعی مثبت مانند کفایت اجتماعی با همسالان، مهارت‌های بین‌فردی، کفایت در حل تعارض و سطح بالای همدلی و تنظیم هیجانی مرتبط است و رفتار داوطلبانه‌ای است که به‌دیگران سود برساند یا روابط هماهنگ با دیگران را ارتقاء ببخشد (آیزنبرگ، فابز و اسپینراد، ۲۰۰۶). می‌توان احتمال داد، آموزش روش‌های مقابله‌ای کارآمد و موثر بتواند آثار مخرب تنیدگی را در والدین کاهش دهد و در نتیجه شرایط مطلوب‌تری را برای پرورش فرزندان و بهره‌مندی آنان از فرصت‌های رشد فراهم آورد و به افزایش سطح رضایت تمامی اعضای خانواده کمک شایانی بکند. بروز رفتارهای جامعه‌پسند بستگی به شرایط محیطی و خانوادگی دارد. چنان‌که پاسخ‌های همدلانه و جامعه‌پسند کودکان بستگی به درک آن‌ها از موقعیت و انگیزه آن‌ها دارد (کلاین، کورتز و گرینبرگ، ۲۰۰۷).

پژوهش آقاییوسفی و زارع (۱۳۸۸) در مورد مقابله درمانگری مادران و اثر آن بر رفتار کودک نشان داده است مقابله درمانگری می‌تواند در دراز مدت سهم تنیدگی ادراک شده را در تشدید اختلال‌های عروق کرونر قلب کاهش دهد. آقاییوسفی، علی‌پور و داوودی‌فر (۱۳۸۷) نیز گزارش کردند طی جلسه آموزش مقابله درمانگری به آزمودنی‌ها، تغییرات قابل توجهی بر باورهای خودکارآمد، تنیدگی شغلی، خستگی عاطفی، دگرگونی شخصیت و فرسودگی شغلی آن‌ها به وجود آمده است. خوشابی، فرزادفر، کاکاسلطانی، پوراعتماد و نیک‌خواه (۱۳۸۹) نشان دادند وجود مشکلات رفتاری در کودک، منجر به افزایش معنادار تنیدگی و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و غیرموثر در مادران می‌شود. از سوی دیگر شدت تنیدگی مادر، با افزایش رفتارهای کلیشه‌ای، نقص در ارتباط و تعامل اجتماعی و قلمرو رشد و تکامل کودک رابطه دارد.

علاقبند و همکاران (۱۳۹۰) طی پژوهشی دریافتند از یک سو سبک مقابله‌ای والدین با تنیدگی، درماندگی و سازگاری خانواده ارتباط دارد و از سوی دیگر بین سلامت عمومی و روش‌های مقابله‌ای مانند رویارویی، خویش‌نمایی، حمایت اجتماعی، مسأله‌گشایی و ارزیابی مجدد همبستگی مثبت معنی‌دار وجود دارد؛ و افزون بر این همبستگی آن با ویژگی‌های دوری‌گزینی و گریز و اجتناب، منفی و معنادار است. بنابراین همان‌طور که در تاج (۱۳۹۱) خاطر نشان کرده است اگر بتوان تعامل‌ها و تطابق‌های میان فرد و محیط را از طریق راهکارهای رفتاری-شناختی به گونه‌ای فعال، اصلاح کرد می‌توان شاهد کاهش آثار تنش بود. در پژوهش حاضر نیز با طرح این سوال‌ها که آیا پیشگیری از موقعیت مخاطره‌آمیز تنیدگی بالای والدینی از طریق مقابله‌درمانگری، مشکلات عاطفی-رفتاری کودکان را کاهش می‌دهد؟ آیا این مداخله بر افزایش توانمندی‌ها و رفتار جامعه‌پسند کودکان نیز تاثیر مثبت دارد؟ فرضیه‌های زیر آزمون شد.

۱. مقابله درمانگری در مادران مشکلات عاطفی-رفتاری کودکان را کاهش می‌دهد.
۲. مقابله درمانگری در مادران رفتار جامعه‌پسند کودکان را افزایش می‌دهد.
۳. تاثیر برنامه مداخله‌ای مقابله درمانگری بر بهبود مشکلات عاطفی-رفتاری و رفتار جامعه‌پسند کودکان در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند.

روش

روش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل ۷۶۹ کودک ۳ تا ۶ ساله بود که در مهدکودک‌های خصوصی زیر نظر سازمان بهزیستی شهرستان شاهین‌دژ در پاییز ۱۳۹۲ ثبت‌نام کرده بودند. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس صورت گرفت، چرا که افراد انتخاب شده فقط از داخل مهدکودک‌ها بودند. در این روش ابتدا به‌طور تصادفی پنج مهدکودک به اسامی شایستگان، بهاران، گل‌های امید، مادر و فرشته از میان

مهدکودک‌های شهرستان شاهین‌دژ انتخاب و سپس کودکان بر اساس پرسشنامه مشکلات و توانایی‌ها گودمن (۲۰۰۰) توسط مربیان مهدکودک به تعداد ۷۲ نفر شناسایی شدند که در نهایت از این تعداد ۶۰ کودک انتخاب و به‌طور تصادفی ۳۱ نفر در گروه آزمایش و ۲۹ نفر در گروه گواه قرار گرفتند و به مادران این کودکان در یکی از مهدکودک‌ها به نام مهدکودک مادر مقابله درمانگری آموزش داده شد. ملاک‌های ورود کودکان داشتن سن بین ۳ تا ۶ سال، عدم ابتلا به بیماری مزمن بدنی و معلولیت یا اختلال‌های عمده محورهای روان‌پزشکی، و برای مادران آن‌ها مراقب اولیه و قانونی کودک بودن، داشتن حداقل سواد برای اجرای دستورالعمل‌ها، عدم بیماری روانی شدید پدر و مادر کودک، عدم غیبت در دو جلسه متوالی و یا سه جلسه متناوب بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات^۱. این پرسشنامه توسط گودمن (۲۰۰۱) ساخته شده و شامل ۲۵ سوال و پنج مقیاس فزون‌کنشی-نقص توجه، نشانگان عاطفی، مشکلات رفتار ارتباطی، مشکلات ارتباطی با همسالان و مقیاس رفتار جامعه‌پسند است. پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات برای غربالگری کودکان ۳ تا ۱۶ سال به کار می‌رود. سوال‌ها به صورت سه گزینه‌ای =۰ درست نیست، =۱ کمی درست است، =۲ حتماً درست است، درجه‌بندی و ماده‌های ۷، ۱۱، ۱۴، ۲۱ و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات توسط والدین یا معلم‌ها تکمیل می‌شود. سوال‌های ۳، ۸، ۱۳، ۱۶ و ۲۴ نشانه‌های عاطفی، سوال‌های ۵، ۷، ۱۲، ۱۸ و ۲۲ نشانگان نافرمانی مقابله‌ای، سوال‌های ۲، ۱۰، ۱۵، ۲۱ و ۲۵ نشانگان بیش‌فعالی و سوال‌های ۶، ۱۱، ۱۴، ۱۹ و ۲۳ مشکلات با همسالان را می‌سنجد و نمره مجموع آن‌ها نمره مشکلات عاطفی-رفتاری را تشکیل می‌دهد. پنج سوال باقی‌مانده ۱، ۴، ۹، ۱۷ و ۲۰ مربوط به مقیاس رفتار جامعه‌پسند است. همبستگی پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات با فهرست بازبینی رفتاری کودکان^۲ راتر و تیلور (۲۰۰۵) ۰/۸۲ است که به روایی^۳ سازه این مقیاس اشاره دارد (گودمن و اسکات، ۱۹۹۹). اعتبار درونی^۴ پرسشنامه با محاسبه آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های مختلف نسخه والدین به ترتیب ۰/۶۸ برای مقیاس مشکلات عاطفی، ۰/۵۸ مشکلات با همسالان، ۰/۶۵ نافرمانی مقابله‌ای، ۰/۷۷ فزون‌کنشی-نقص توجه و ۰/۶۶ در زیر مقیاس رفتار جامعه‌پسند به دست آمده است (گودمن، لامپر و پلادیوس، ۲۰۱۰). امکان پیش‌بینی پرسشنامه برای تشخیص توانایی‌ها و مشکلات برای

1. strengths and difficulties questionnaire (SDQ)
2. child behavior checklist (CBCL)
3. validity
4. internal reliability

اختلال‌های هیجانی ۰/۷۱، مشکلات با همسالان ۰/۸۱، مشکلات رفتار ارتباطی ۰/۹۲ و بیش‌فعالی ۰/۸۱ برآورد شده است (گودمن، ۲۰۰۹). اعتبار حاصل از ارزیابی بین داوران در نمونه ایرانی به این صورت به دست آمد که پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات در مورد ۲۰ نفر از کودکان، هم توسط معلمان و هم توسط والدین تکمیل شد و اعتبار حاصل ۰/۴۳ در سطح $P < ۰/۰۵$ معنادار بود (وفایی و روشن، ۱۳۸۶). در این پژوهش میزان ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۱ به دست آمد.

۲. برنامه مداخله‌ای مقابله‌درمانگری. راهنمای مداخله مبتنی بر مقابله‌درمانگری که بر اساس نوع و شدت تنیدگی‌ها و راه‌های مقابله‌ای فرد بنا شده، نخستین بار توسط آقاییوسفی (۱۳۷۸) معرفی شده است. جلسه‌های درمان مقابله‌درمانگری مبتنی بر نظریه فولکمن-لازاروس (۱۹۸۴)، می‌تواند فردی یا گروهی باشد. در جلسه‌های گروهی باید ضوابط عمومی جلسه‌های گروه‌درمانگری را رعایت کرد. تعداد جلسه‌ها معمولاً ۸ تا ۱۵ جلسه است. مدت زمان هر جلسه فردی به‌طور متوسط ۴۵ دقیقه و برای جلسه‌های گروهی ۲ تا ۳ ساعت است. در این پژوهش مداخله در ۱۲ جلسه گروهی هفته‌ای سه بار، هر جلسه ۹۰ دقیقه در مورد مادران به ترتیب زیر اجرا شد.

جلسه اول. در این جلسه تنیدگی و اثرات آن بر سلامت زیست‌شناختی، روان‌شناختی، تحول بهنجار و نیز مقابله و راه‌های هشت‌گانه مقابله‌ای برای مادران گروه آزمایش تعریف شد. در پایان جلسه از آن‌ها خواسته شد تا برای جلسه بعد مهم‌ترین رویداد تنیدگی‌زای هفته یا حتی زندگی خود را همراه با اعمال، افکار و احساساتی که تجربه کرده یا به‌کار برده‌اند، یادداشت کنند و برای جلسه بعد همراه بیاورند.

جلسه دوم. در این جلسه هر یک از اعضای گروه تنیدگی و اعمال، افکار و احساسات تجربه کرده خود را بیان کردند و سپس آموختند دوباره به ارزیابی اولیه و ثانوی خود و دیگر اعضای گروه بپردازند و واکنش‌های خود را از نظر درجه سازش‌یافته بودن ارزیابی کنند. به این صورت که اعضای گروه رودرروی عامل تنیدگی‌زا قرار گرفتند و پرخاشگرانه احساس و افکارشان را بیان کردند. به آن‌ها کمک شد تا مسئولیت خود را در به‌وجود آمدن مشکل واقع‌گرایانه ارزیابی کنند و کم‌تر یا بیشتر از واقعیت ارزیابی نکنند، به مراجعان آموزش داده شد به رویدادهای تنیدگی‌زای خیلی کم اهمیت فکر نکنند و از روش منطقی برای حل مسأله استفاده کنند. آن‌ها تشویق شدند از روش مقابله‌ای گریز-اجتناب استفاده نکنند.

جلسه سوم. نخست اعضای گروه نتایج ناشی از تغییر روش‌های ارزیابی شناختی و راه‌های مقابله‌ای به‌کار گرفته شده خویش را گزارش دادند. سپس از مراجعان خواسته شد تا با توجه به نتایج جلسه، این بار راه‌های جدیدتر و ارزیابی‌های دقیق‌تر را به‌کار بگیرند و مجدداً نتایج را یادداشت کنند و برای جلسه بعد همراه بیاورند.

جلسه چهارم. در این جلسه مراجعان ارزیابی راه‌های جدیدتر را در برخورد با تنیدگی و تغییر روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد گزارش کردند. در این مرحله به مراجعان کمک شد، تشابه‌های رویداد فعلی با رویدادهای قبلی را پیدا کنند، وجوه تمایز آن‌را مشخص کنند، ببینند که از کدام راهبردهای موفق قبلی نیز می‌توانند کمک بگیرند و بالاخره این‌که، اگر پاسخ‌های مقابله‌ای نارسا بودند، هدایت شدند از راه یک برآورد مجدد، در پاسخ‌های مقابله‌ای خویش تجدیدنظر کنند.

جلسه پنجم. نتایج ناشی از تغییر روش‌های ارزیابی شناختی و راه‌های مقابله‌ای جدید اجرا شده گزارش شد. از مراجعان درخواست شد که ارزیابی اطرافیان‌شان را درباره نحوه برخوردشان با رویدادهای تنیدگی‌زا بپرسند، یادداشت کنند و در جلسه بعد به بحث بگذارند.

جلسه ششم. ارزیابی اطرافیان به بحث گذاشته شد. به این صورت که آیا ارزیابی‌های دیگران دقیق و کمک‌کننده بوده است؟ آیا ممکن است برای حفظ منافع خودشان یک ارزیابی غیرواقعی ارائه داده باشند؟ که در این صورت مراجع به ارزیابی‌های شناختی خویش ادامه می‌داد تا زمانی که تشخیص دهد کدام‌یک از راهبردها می‌تواند موفقیت‌آمیزتر باشد، آن‌گاه به تنیدگی‌های دیگری که فرد تجربه کرده بود پرداخته شد و به مراجعان گفته شد آن‌ها را یادداشت کنند و در جلسه‌های بعد همراه بیاورند.

جلسه هفتم. در این جلسه هر یک از اعضای گروه، دیگر تنیدگی‌ها را در زندگی خود همراه با اعمال، افکار و احساسات تجربه کرده خود بیان کردند و سپس هدایت شدند، واکنش‌های خود و دیگر اعضای گروه را از نظر درجه سازش‌یافته بودن ارزیابی کنند.

جلسه هشتم. در این جلسه ارزیابی‌ها توسط مراجعان تا یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای ادامه یافت. مراجعان به ارزیابی‌های شناختی خویش ادامه دادند تا زمانی که مهارت مقابله‌ای مؤثر با رویدادهای تنیدگی‌زا را آموختند و توانستند به کار بگیرند.

جلسه نهم. اعضا تنیدگی و افکار و احساسات تجربه کرده خود را بیان کردند و ارزیابی نخستین و ثانوی انجام و سازش‌یافته بودن واکنش‌های فرد بررسی شد و روش‌های مقابله سازش‌یافته که در جلسه اول معرفی شده بود، تمرین شد.

جلسه دهم. در این جلسه راه‌های جدیدتر در برخورد با تنیدگی و تغییر روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد ارزیابی شد. مراجعان تشویق شدند با ایجاد تغییراتی در بیرون یعنی جهان خارج، مشکل را حل کنند و یا این رویداد را درون خودش تغییر دهند یعنی برآورد دیگری از موقعیت داشته باشد.

جلسه یازدهم. در این جلسه نتایج ناشی از تغییر روش‌های ارزیابی شناختی و راه‌های مقابله توسط مادران گزارش شد. مراجعان تشویق شدند، حداکثر اطلاعات از محیط را دریافت، داده‌ها را

پردازش، راهبردهای لازم را انتخاب و آن‌ها را اجرا کنند و دوباره میزان موفقیت‌آمیز بودن آن‌ها و مهار شرایط ناگوار را باز برآورد، کنند.

جلسه دوازدهم. در این جلسه مهارت‌های مقابله‌ای آموخته شده اعضا بررسی و ارزیابی ملاک‌های اتمام آموزش انجام شد. بر اهمیت ادامه دادن تمرین و استفاده از مهارت‌ها تأکید شد و در اتمام فرایند درمان ضمن ابراز رضایت از موفقیت مادران پس‌آزمون انجام شد.

شیوه اجرا. پس از گفتگو با مربیان مهدکودک‌های منتخب در مورد علایم مشکلات عاطفی-رفتاری و تکمیل پرسشنامه گودمن (۲۰۰۰) به صورت انفرادی توسط آن‌ها در مورد کودکان، ۷۲ پرسشنامه جمع‌آوری و از بین این تعداد به طور تصادفی پرسشنامه ۶۰ کودک که ملاک‌های مقیاس مشکلات عاطفی-رفتاری را داشتند و در ۶ ماه گذشته دچار مشکلات عاطفی نظیر غمگینی و اضطراب و مشکلات رفتاری نظیر نشانگان نافرمانی مقابله‌ای، فزون‌کنشی-نقص توجه، مشکلات رفتار ارتباطی با همسالان بودند، انتخاب و با مادران این کودکان تماس گرفته و از آن‌ها خواسته شد در زمان مشخص در مهدکودکی به نام مهدکودک مادر که مکان و فضای مناسب‌تری داشت حضور یابند. ابتدا با مادران گروه آزمایش در مورد مشکلات کودکان آن‌ها و هدف جلسه‌های مقابله درمانگری در جهت کاهش استرس والدین و کاهش مشکلات کودکان صحبت و از آن‌ها رضایت کتبی حضور در جلسه‌های آموزشی اخذ شد و آن‌ها متعهد شدند به مدت ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته هفته‌ای سه بار در برنامه آموزشی شرکت کنند. پس از اتمام جلسه‌ها و ۶ ماه بعد مجدداً کودکان گروه آزمایش و گواه توسط مربیان ارزیابی شدند. رعایت ملاحظات اخلاقی شامل در نظر گرفتن رضایت مادران شرکت‌کننده با حضور در جلسه‌های آموزش و اخذ مجوز و تاییدیه‌های لازم از مسئولان ذیربط قبل از اجرای پژوهش، محرمانه نگهداشتن اطلاعات پرسشنامه‌ها و پیگیری و توضیح این مطالب به آزمودنی‌ها و نیز برای مادران گروه گواه قرار دادن جزوه آموزشی در مورد فرزندپروری و شیوه‌های صحیح مقابله با استرس بود که پس از پایان پژوهش طی برگزاری یک جلسه ۲ ساعته در اختیار آن‌ها گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش میانگین سن برای ۳۱ کودک گروه آزمایش ۵/۶۴ با انحراف معیار ۰/۷۸ سال و برای ۲۹ کودک گروه گواه ۵/۲۹ و انحراف معیار ۰/۸۸ سال بود. میانگین سنی مادران گروه آزمایش ۳۷/۲ و انحراف معیار ۴/۷۸ و مادران گروه گواه ۳۸/۰۴ و انحراف معیار ۷/۴۸۱ بود. مادران به ترتیب ۷۳/۹، ۲۰/۵، ۴ و ۱/۶ درصد در سطوح تحصیلی دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس و فوق لیسانس قرار داشتند. همچنین ۷۸ درصد مادران گروه آزمایش و ۷۰ درصد مادران گروه گواه خانه‌دار و بقیه مادران در هر دو گروه شاغل بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف دو گروه در مشکلات عاطفی-رفتاری و رفتار جامعه‌پسند

متغیر	موقعیت	گروه گواه		گروه مقابله درمانگری		F لون
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
مشکلات عاطفی-رفتاری	پیش‌آزمون	۳۱/۵۱	۳/۳۳	۳۱/۴۱	۲/۹۳	۰/۲۷۲
	پس‌آزمون	۳۱/۵۱	۲/۸۲	۹/۵۱	۳/۰۲	۰/۳۷۵
	پیگیری	۲۹/۷۹	۳/۲۸	۱۰/۳۸	۳/۰۱	۰/۰۰۵
مشکلات عاطفی	پیش‌آزمون	۸/۱۷	۱/۲۸	۸/۰۹	۱/۳۷	۰/۷۴۴
	پس‌آزمون	۸/۱۰	۱/۴۲	۱/۲۵	۱/۴۳	۱/۱۸۵
	پیگیری	۷/۲۷	۱/۰۶	۱/۹۶	۱/۱۶	۱/۱۹۲
مشکلات رفتاری	پیش‌آزمون	۲۳/۳۴	۲/۹۳	۲۳/۳۲	۲/۲۲	۰/۸۶۵
	پس‌آزمون	۲۳/۴۱	۲/۷۸	۸/۲۵	۲/۷۹	۰/۲۰۱
	پیگیری	۲۲/۵۱	۲/۹۵	۸/۴۱	۲/۴۸	۰/۴۲۰
نافرمانی مقابله‌جویانه	پیش‌آزمون	۷/۴۴	۱/۶۳	۷/۴۵	۱/۴۷	۱/۰۳۹
	پس‌آزمون	۷/۹۳	۱/۴۱	۳/۵۸	۱/۳۳	۰/۱۰۷
	پیگیری	۷/۴۴	۱/۱۸	۳/۱۶	۱/۰۳	۰/۷۰۲
فزون‌کنشی-بی‌توجهی	پیش‌آزمون	۸/۳۴	۱/۵۴	۷/۸۳	۱/۲۴	۰/۸۴۴
	پس‌آزمون	۷/۸۹	۱/۶۵	۲/۳۲	۱/۴۲	۱/۵۲۳
	پیگیری	۷/۵۸	۱/۴۲	۲/۳۲	۱/۲۳	۰/۰۳۱
مشکلات رفتار ارتباطی با همسالان	پیش‌آزمون	۷/۵۵	۱/۶۸	۸/۰۳	۱/۱۶	۱/۳۳۶
	پس‌آزمون	۷/۵۸	۱/۳۷	۲/۳۵	۱/۶۰	۰/۶۲۷
	پیگیری	۷/۴۸	۱/۲۹	۳/۰۳	۱/۵۸	۱/۶۷۰
رفتار جامعه‌پسند	پیش‌آزمون	۲/۰۶	۱/۱۶	۲/۴۵	۱/۵۸	۳/۵۰۶*
	پس‌آزمون	۱/۸۹	۱/۳۱	۷/۴۸	۱/۳۶	۰/۳۰۸
	پیگیری	۲/۰۳	۱/۲۱	۴/۱۹	۱/۴۰	۱/۱۵۴

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

در جدول ۱ نتایج آزمون لون نشان می‌دهد مقدار سطح معناداری برای اغلب نمره‌ها حاکی از همگنی واریانس‌ها در گروه‌ها است و فقط نمره‌های رفتار جامعه‌پسند در موقعیت پیش‌آزمون واریانس ناهمگن دارد. بنابراین به‌نظر می‌رسد بتوان گفت هر دو گروه از جامعه یکسانی برخوردارند.

جدول ۲. طبیعی بودن توزیع نمره‌های پس‌آزمون متغیرها با آزمون کولموگروف-اسمیرنف

گروه‌ها	آماره	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
آزمایش	۰/۹۷۸	۲۹	۰/۱۱۷
گواه	۰/۹۲۹	۲۸	۰/۱۵۸

نتایج جدول ۲ بیانگر شرط برابری واریانس‌های درون‌گروهی و نیز توزیع طبیعی داده‌ها است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر برنامه مداخله‌ای در مشکلات عاطفی-رفتاری دو گروه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۱۸۱۴۰۳/۷۹	۱	۱۸۱۴۰۳/۷۹	۱۴۳۷/۳*	۰/۹۳۶
گروه‌ها	۵۰۹۴۷/۳۸۰	۱	۵۰۹۴۷/۳۸۰	۲۰۱/۸۴*	۰/۸۷۸
واریانس خطا	۷۰۶۷/۳۶۶	۵۸	۱۲۱/۸۵۱		

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

نتایج جدول ۳ اثربخشی برنامه مداخله‌ای مقابله درمانگری در بهبود مشکلات عاطفی-رفتاری کودکان گروه آزمایش را در مقایسه با گروه گواه با برداشتن اثر پیش‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۴. بررسی برابری کوواریانس‌های مشکلات عاطفی-رفتاری با آزمون کرویت موخلی

آزمون موخلی	خی دو	درجه آزادی	مقدار p	اپسپلین گرین هاوس گیرز
۰/۹۵۲	۲/۸۵۶	۲	۰/۲۹۱	۰/۹۵۴

طبق نتایج جدول ۴ فرض کرویت و مفروضه همگنی برابری کوواریانس‌ها برقرار است و دلیلی برای رد فرض همگنی واریانس تکرارهای مختلف آزمایش وجود ندارد. مقدار اپسپلین گرین هاوس-گیرز نشان می‌دهد ماتریس واریانس-کوواریانس الگو به‌میزان جزئی از الگوی آماری F انحراف دارد.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مشکلات عاطفی-رفتاری و رفتار جامعه‌پسند

دو گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مشکلات	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر
عاطفی-رفتاری	گروه	۷۱۸۸/۲۷۴	۱	۷۱۸۸/۲۷۴	۴۹۵/۹۱۴*	۰/۸۹۵
	خطا	۸۴۰/۷۱۰	۵۸	۱۴/۴۹۵		
	کل	۱۵۷۱۳/۰۰۰	۶۰			
عاطفی	گروه	۶۸۶/۶۷۸	۱	۶۸۶/۶۷۸	۱۸۹/۶۰۴*	۰/۷۶۶
	خطا	۲۱۰/۰۵۶	۵۸			
	کل	۱۶۶۰/۰۰۰	۶۰			
رفتاری	گروه	۳۴۳۱/۵۱۷	۱	۳۴۳۱/۵۱۷	۳۲۹/۶۶۲*	۰/۸۵۰
	خطا	۶۰۳/۷۳۳	۵۸	۱۰/۴۰۹		
	کل	۷۶۳۹/۰۰۰	۶۰			
رفتار جامعه‌پسند	گروه	۴۰۵/۸۷۸	۱	۴۰۵/۸۷۸	۱۳۱/۴۳۶*	۰/۶۹۴
	خطا	۱۷۹/۱۰۶	۵۸	۳/۰۸۸		
	کل	۹۶۵/۰۰۰	۶۰			

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول ۵ نشان می‌دهد تفاوت نمره‌ها در دو گروه آزمایش و گواه در نمره کل مشکلات عاطفی-رفتاری ($P < 0/0001$) و نمره‌های مشکلات عاطفی ($P < 0/0001$) و مشکلات رفتاری ($P < 0/0001$) و رفتار جامعه‌پسند ($P < 0/0001$) معنادار است. مقادیر مجذور اتای سهمی نیز بیانگر اندازه اثر قابل قبولی است ($\pi^2 > 0/14$).

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مشکلات عاطفی-رفتاری و رفتار جامعه‌پسند

متغیر	تفاوت میانگین پس‌آزمون-پیش‌آزمون	تفاوت میانگین پیگیری-پیش‌آزمون	تفاوت میانگین پیگیری-پس‌آزمون
مشکلات عاطفی-رفتاری	۶/۵۹ *	۶/۴۶*	-۰/۱۳
رفتار جامعه‌پسند	-۰/۴۲۴*	-۰/۷ *	-۰/۰۹۴

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$

طبق جدول ۶ تفاوت میانگین پس‌آزمون با پیش‌آزمون و با پیگیری در متغیر مشکلات عاطفی-رفتاری معنی‌دار است، اما تفاوت میانگین پیگیری با پس‌آزمون معنی‌دار نیست که این بیانگر پایداری اثر برنامه مداخله‌ای بر کاهش مشکلات عاطفی-رفتاری کودکان گروه آزمایش در مرحله پیگیری است. تفاوت میانگین پس‌آزمون با پیش‌آزمون و با پیگیری در متغیر رفتار جامعه‌پسند معنی‌دار است، اما تفاوت میانگین پیگیری با پس‌آزمون معنی‌دار نیست که این بیانگر پایداری اثر برنامه مداخله‌ای بر میزان رفتار جامعه‌پسند کودکان گروه آزمایش در مرحله پیگیری است.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاکی از اثربخشی مداخله مقابله درمانگری بر کاهش مشکلات عاطفی-رفتاری کودکان بود. نظام خانوادگی به‌عنوان عامل سهیم در مشکلات عاطفی-رفتاری کودکان در نظر گرفته می‌شود. طبق رویکرد سیستمی خانواده اصطلاح مقاومت خانواده^۱ حیطه‌ای است که جدیداً مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته و شامل فرایندهای مقابله و سازگاری در خانواده به‌عنوان یک واحد کارکردی است. بر این اساس مهمترین عوامل بهبودپذیری نظام خانواده، با افزایش توانایی مقابله افراد با تنیدگی و بهبود کنش‌وری سبک‌های مقابله امکان‌پذیر می‌شود (والش، ۲۰۰۶). در همین راستا نتایج پژوهش‌های آقاییوسفی و دهستانی (۱۳۹۰)، آقاییوسفی و علاقبند (۱۳۹۱)، علاقبند و همکاران (۱۳۹۰) حاکی از تاثیر مثبت مقابله درمانگری بر سلامت و کاهش تنیدگی مادران بود. در این رویکرد پژوهشگران در جریان برنامه کلی درمانگری شناختی-رفتاری از پاره‌ای دستورالعمل‌ها برای افزایش توانایی مقابله افراد با تنیدگی استفاده می‌کنند. از میان پژوهش‌های

انجام شده هم‌سو با این پژوهش در مورد مقابله درمانگری مادران و به‌ویژه اثر آن بر رفتار کودک، می‌توان به یافته‌های مطالعه آقاییوسفی و علاقیند (۱۳۹۱)، آقاییوسفی و زارع (۱۳۸۸)، خوشابی و همکاران (۱۳۸۹) و مطیعی و همکاران (۱۳۹۰) اشاره کرد که نشان دادند مقابله درمانگری و روش‌های مقابله‌ای دوری‌جویی و گریز و اجتناب آزمودنی‌ها را کاهش و روش‌های خودمهارگری و جستجوی حمایت اجتماعی و بازآورد مثبت آن‌ها را افزایش می‌دهد. مقابله درمانگری از راه تمرکز بر روش‌های مقابله‌ای نارسانا کنش‌ور مادران راهبردهای مقابله‌ای آن‌ها را به‌شيوه‌های سازش‌یافته تغییر می‌دهد که این فرایند به‌نوبه خود موجب کاهش تنش می‌شود. زمانی که فرد دچار تنش و ناراحتی می‌شود تعادل روانی وی به‌هم می‌خورد، و چون انسان سالم به‌دنبال رسیدن به تعادل است لازم است دارای مهارت‌هایی باشد تا در شرایط دشوار تنش با راهکار مقابله‌ای مناسب، از تنش خود بکاهد (سپهریان و رضایی، ۱۳۸۹).

بر اساس یافته‌های پژوهشی توجه به آموزش راهکارهای مقابله‌ای، تغییر باورها و اسنادهای مربوط به مقصر شناختن خود و پیشگیری از خود نازلزنده‌سازی مادران، از مهمترین راهکارهای بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و اسنادها و کاهش تنیدگی مادران است (خوشابی و همکاران، ۱۳۸۹؛ کولی، والدورا، گریفین، پیترون و موریس، ۲۰۱۴). در تبیین علل اثربخشی مقابله درمانگری بر کاهش مشکلات و افزایش رفتارهای جامعه‌پسند کودکان می‌توان به مواردی که در پی می‌آیند اشاره کرد. ویژگی‌های خانواده و کودک که اثرات استرس زندگی را تعدیل می‌کند، در سطوح مختلف تحولی تفاوت دارد. هر اندازه سطح حمایت اجتماعی بالاتر و سطح تنیدگی پایین‌تر باشد احتمال پاسخ‌دهی مثبت کودک نسبت به درمانگری بیشتر است و امکان مبادلاتی را فراهم سازد که مهارت‌های خود-نظم‌جویی و راهبردهای مقابله‌ای را به کودکان می‌آموزد (تارپرو همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین مقابله درمانگری به افزایش توانایی مقابله در رویارویی با وظایف مادرگری منجر شده و کاهش تنیدگی مادران و مشکلات رفتاری کودک را به‌دنبال دارد (آقاییوسفی و دهستانی، ۱۳۹۰).

بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند آن دسته از کودکان پیش‌دبستانی که دچار مشکلات رفتاری هستند، در معرض خطر مشکلات سازگاری بیشتری قرار دارند و هر اندازه شدت مشکلات رفتاری کودکان بیشتر باشد، پیامدهای ذکر شده نیز شدیدتر خواهد بود (تیمر و ارکویز، ۲۰۱۴). در زنجیره اتصال‌های تنیدگی والدینی و کنش‌وری کودکان، این مفروضه مطرح است که رفتارهای فرزندپروری ضعیف با ناسازگاری در کودکان همراه است، به‌عبارت دیگر، تنیدگی در آن دسته از رفتارهای والدگری اختلال ایجاد می‌کند که به رفتارها و هیجان‌های کودک نظم می‌بخشند (بردلی، ۲۰۰۷).

مداخله آموزشی مقابله درمانگری، ضعف مهارت‌های مقابله‌ای والدین را در الگوسازی خود و نظم‌بخشی هیجانی موثر جبران می‌کند و کاهش تنیدگی و مشکلات رفتاری کودکان را در پی دارد. تنیدگی والدینی بر رفتارهای مادرگری تأثیر منفی دارد و به تعامل‌های فاقد گرمی در پاسخ‌دهندگی والد-کودک، منجر می‌شود. در این چهارچوب تعاملی، نظام تربیتی به‌صورت ناپایدار در می‌آید و در پیوستاری که بین اهمال‌کاری تا خشونت گسترده است، اعمال می‌شود (مشکی‌بد، دلاور، شفیق‌آبادی و تبریزی، ۱۳۸۷).

راتر و تیلور (۲۰۰۵) بر مفهوم بهبودپذیری در کودکان در معرض خطر تأکید کرده‌اند. صلاحیت‌های اجتماعی مانند رفتارهای نوع دوستانه موجب بهبودپذیری کودکان می‌شود. گرچه برخی از عوامل خطرآفرین، چاره‌ناپذیرند اما تعدادی از آن‌ها مثل فقدان حمایت اجتماعی و ناکارآمدی مهارت‌های والدین چاره دارند. به‌طور کلی رابطه سبک‌های مقابله‌ای مثبت با سازگاری، در پژوهش‌های زیادی مشخص شده است (خباز، بهجتی و ناصری، ۱۳۹۰). آموزش روش‌های مقابله‌ای کارآمد و موثر می‌تواند آثار مخرب تنیدگی در والدین را کاهش دهد و در نتیجه شرایط مطلوب‌تری برای پرورش فرزندان و بهره‌مندی آن‌ها از فرصت‌های رشد فراهم آورد و به افزایش سطح رضایت تمامی اعضای خانواده منتهی شود. بسیاری از پژوهش‌ها در زمینه رفتارهای جامعه‌پسند مربوط به روش تربیتی والدین است که مؤید تأثیر شرایط محیطی در بروز این‌گونه رفتارها است (کارلو و همکاران، ۲۰۱۰). محیطی یکسان و تسهیل‌کننده توانایی‌ها، قابلیت تغییر مثبت و رشد حداقل ویژگی‌های انعطاف‌پذیری را در کل زندگی فراهم می‌سازد (کارلو و همکاران، ۲۰۱۱).

رفتار نوع‌دوستانه، با گستره‌ای از شاخص‌های روانی-اجتماعی مثبت مانند کفایت اجتماعی با همسالان، مهارت‌های بین‌فردی، کفایت در حل تعارض و سطح بالای همدلی و تنظیم هیجانی مرتبط است. الگوهای مناسب می‌تواند بر رفتار جامعه‌پسند تأثیرگذار باشد (کارلو و همکاران، ۲۰۱۰). مشکلات رفتاری کودک، با وجود تنیدگی مادران و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و غیر موثر آن‌ها افزایش معنادار می‌یابد. پژوهش آقاییوسفی و همکاران (۱۳۹۰) نیز رابطه شدت تنیدگی مادر را با افزایش رفتارهای کلیشه‌ای، نقص در ارتباط و تعامل اجتماعی و قلمرو رشد و تکامل کودک نشان داده است. مقابله درمانگری با مفهوم عمده رابطه متقابل نظریه شناختی-اجتماعی بندورا که حاکی از تعامل مداوم میان محیط و شخص و رفتار است ارتباط تنگاتنگی دارد. زیرا طبق این الگو همان‌طور که محیط بر رفتار تأثیرگذار است، رفتار هم محیط و علاوه بر آن خود شخص و محیط و رفتار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اگر بتوانیم آموزش مقابله درمانگری را به‌نوعی تأثیر متغیر محیطی بدانیم که بر آگاهی شخص و باورهای او تأثیر می‌گذارد و باعث تغییر رفتار

وی در جهت بهینه می‌شود، می‌توانیم بگوییم این چرخه به افزایش رضایت فرد نیز می‌انجامد (درتاج، ۱۳۹۱).

افراد متخصص که برای کودکان خدمات سلامت را فراهم می‌سازند، باید از یک‌طرف، به‌طور دقیق به ارزیابی میزان فشار روانی که والدین این کودکان تجربه می‌کنند، بپردازند و از طرف دیگر راهکارهایی را برای مقابله با این فشارهای روانی، به والدین آموزش دهند. از این‌رو، مسلط کردن والدین به دانش و مهارت‌های کافی والدینی، مداخله‌ای پیش‌گیرانه در حوزه سلامت روان محسوب می‌شود. لازم به ذکر است تعمیم نتایج حاصل از این پژوهش مستلزم اجرای پژوهش‌هایی در نمونه‌های بالینی و با حجم بیشتر، توجه به نقش تنیدگی پدران و در نظر گرفتن متغیرهایی مانند جنس، ترتیب تولد، تعداد فرزندان خانواده، سطوح مختلف اجتماعی-اقتصادی، میزان تحصیلات مادران خواهد بود.

منابع

- آقاییوسفی، علی‌رضا، دادستان، پریخ، منصور، محمود، و اژه‌ای، جواد. (۱۳۸۰). *نقش عوامل شخصیتی بر راهبردهای مقابله‌ای و تاثیر روش مقابله درمانگری بر عوامل شخصیتی و افسردگی*. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم انسانی.
- آقاییوسفی، علی‌رضا، و زارع، حسین. (۱۳۸۸). *اثربخشی مقابله درمانگری بر کاهش استرس زنان دارای بیماری قلبی*. *مجله علوم رفتاری*، ۳(۳): ۹۳-۱۸۷.
- آقاییوسفی، علی‌رضا، و دهستانی، مهدی. (۱۳۹۰). *آیا مقابله درمانگری بهزیستی مادران دارای فرزند استثنایی را بهبود می‌بخشد، دومانه علوم پزشکی/رومی، ۲۲(۵): ۳۹۹-۴۰۹*.
- آقاییوسفی، علی‌رضا. (۱۳۹۱). *اثر مقابله درمانگری بر پرخاشگری کودکان عقب مانده ذهنی آنان*. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۸(۳۱): ۳۰۴-۲۹۱.
- آقاییوسفی، علی‌رضا، علی‌پور، احمد، و داوودی‌فر، آریتا. (۱۳۸۷). *تاثیر مقابله درمانگری بر باورهای خودکارآمد، تنیدگی و فرسودگی شغلی مدرسان کنسرواتور تهران*. *اندیشه و رفتار*، ۳(۲): ۱۰-۹-۱۶.
- پاکدامن، شهلا، موسوی، پریاسادات، و قنبری، سعید. (۱۳۹۰). *کیفیت دل‌بستگی و مشکلات رفتاری-هیجانی در نوجوانان: بررسی نقش پدران*. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۵(۱): ۱۷-۱۰۰-۸۵.
- خوشابی، کتایون، فرزادفر، زینب، کاکاسلطانی، بابک، پوراعتماد، حمیدرضا، و نیک‌خواه، حمیدرضا. (۱۳۸۹). *بررسی راهبردهای مقابله‌ای و میزان تنیدگی در مادران کودکان مبتلا به اتیسم و مقایسه آن با مادران کودکان عادی*. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۶(۳): ۹۷-۸۷.

- خباز، محمود، بهجتی، زهرا، و ناصری، محمد. (۱۳۹۰). رابطه حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله، با تاب‌آوری در پسران نوجوان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. ۵(۲۰): ۱۰۸-۱۲۳.
- درتاج، فریبرز. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی مقابله درمانگری بر تنش شغلی و رضایت شغلی آتش‌نشانان. *فصلنامه پژوهش‌های انتظام اجتماعی*. ۴(۳): ۱۹۴-۱۸۴.
- سپهریان، فیروزه، و رضایی، زمانه. (۱۳۸۹). میزان شیوع اضطراب امتحان و تاثیر مقابله درمانگری بر کاهش میزان آن و افزایش عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی. *برنامه‌ریزی درسی-دانش و پژوهش در علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان*. ۷(۱۷): ۸۰-۶۵.
- علاقبند، مریم، آقاییوسفی، علی‌رضا، کمالی، محمود، دهستانی، مهدی، حقیرسادات، فاطمه، نظری، طاهره، و شیخ‌ها، محمدحسن. (۱۳۹۰). اثربخشی مقابله درمانگری بر سلامت روانی مادران ژنتیکی و غیر ژنتیکی کودکان عقب مانده ذهنی. *مجله پزشکی دانشگاه صدوقی یزد*. ۱۹(۱): ۱۱۳-۱۰۴.
- طیعی، گلاره، آقاییوسفی، علی‌رضا، چوبسار، فرزانه، و شقاقی، فرهاد. (۱۳۹۰). اثربخشی مقابله درمانگری بر احساس تنهایی زنان نابارور. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. ۵(۳): ۹۸-۸۵.
- مشکی‌بد حقیقی، محسن، دلاور، علی، شفیع‌آبادی، عبدالله، و تبریزی، مصطفی. (۱۳۸۷). بررسی اثر آموزش زندگی خانوادگی در کاهش تنیدگی والدینی مادران دارای کودکان بیش فعال. *پژوهشنامه تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد*. ۴(۴): ۲۰۶-۱۸۲.
- وفایی، مریم، و روشن، مریم. (۱۳۸۶). بررسی رابطه عوامل پیش‌بینی‌کننده خطر و محافظ خانواده با توانمندی‌ها و اختلال‌های عاطفی-رفتاری نوجوانان. *فصلنامه روان‌شناسی معاصر*. ۱(۲): ۱۷-۴.

- Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2007). Externalizing problems in fifth grade: Relations with productivity activity, maternal sensitivity, and harsh parenting from infancy through middle childhood. *Developmental Psychology*, 43(6): 1390-1401.
- Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry*, 9(3): 145-154.
- Carlo, G., Knight, G. P., McGinley, M., & Hayes, R. (2011). The roles of parental inductions, moral emotions, and moral cognitions in prosocial tendencies among Mexican American and European American early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 31(1): 757-781.
- Carlo, G., Mestre, M. V., Samper, P., Tur, A., & Armenta, Brian E. (2010). Feelings or cognitions. Moral cognitions and emotions as longitudinal predictors of prosocial and aggressive behaviors. *Personality and Individual Differences*, 48(8): 872-877.
- Celine, E. D., Cortes, R. C., & Greenberg, M. T. (2007). Improving young children's social and emotional competence: A randomized trial of preschool "PATHS" curriculum. *Journal of Primary Prevention*, 28(2): 67-91.

- Chorpita, B. F., & Daleiden, E. L. (2009). Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: Application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(3): 566-579.
- Cooley, M. E., Veldorale-Griffin, A., Petren, R. E., & Mullis, A. K. (2014). Parent-child interaction therapy: A meta-analysis of child behavior outcomes and parent stress. *Journal of family social work, 17*(3): 191-208.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Spinrad, T. L. (2006). Prosocial development. In N. Eisenberg (Vol. Ed.), W. Damon & R. M. Lerner (Series Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development, 3*(6):646-718. New York: Wiley.
- Goodman, A., & Goodman, R. (2009). Strengths and difficulties questionnaire as a dimensional measure of child mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 48*(4): 400-403.
- Goodman, A., Lamping, D.L., Ploubidis, G. B. (2010). When to Use Broader Internalizing and Externalizing Subscales Instead of the Hypothesized Five Subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Data from British Parents, Teachers and Children. *Journal of abnormal child psychology, 38*(8) :1179-91.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(11): 1337-1345.
- Goodman, R. & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology, 27*(1): 17-24.
- Lazarus, R. S. Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: springer publishing company.
- Thapar, A., Pine, D. S., Leckman, J. F., Scott, S., Snowling, M. J., Taylor, E. A. (2015). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. John Wiley & Sons.
- Rutter, M. Taylor E. A. (2005). *Child and Adolescent Psychiatry*. Wiley.
- Timmer, S. G., Urquiza, A. J. (2014). *Empirically based treatments for maltreated children: A developmental perspective*. In: Korbin, J. E, Krugman, R. D. *Handbook of child maltreatment, child maltreatment, 19*(2): 351-376.
- Mash, E.J., & Wolfe, D.A. (2007). *Abnormal child psychology, fourth edition*. Belmont: Wadsworth, Cengage learning.
- Urquiza, A. J., & Timmer, S. (2012). Parent-child interaction therapy: Enhancing parent child relationships. *Psychosocial Intervention, 21*(2):145-156.
- Walsh, F. (2006). *Strengthening Family Resilience, Second Edition*. Guilford press, New York: London.
- Yahav, R. (2006). *The relationship between children's and adolescents' perceptions of parenting style and internal and external symptoms*, thesis of M. A. degree, University of Haifa.

پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات

نام و نام خانوادگی کودک:..... مذكر □ مونث □

سوال	درست نیست	درست است	کمی درست است	حتماً درست است
۱. بی‌قرار و بسیار پرتحرک است، نمی‌تواند مدت زیادی یک‌جا آرام گیرد.	۰	۱	۲	۳
۲. احساسات دیگران را رعایت می‌کند.	۰	۱	۲	۳
۳. اغلب از سردرد و دل‌درد و حالت تهوع شکایت دارد.	۰	۱	۲	۳
۴. چیزهایی را با دیگران قسمت می‌کند (مثل شیرینی، اینبات، ...)	۰	۱	۲	۳
۵. اغلب زود از کوره در می‌رود و سر و صدا راه می‌اندازد.	۰	۱	۲	۳
۶. تقریباً گوشه‌گیر است، بیشتر وقت‌ها تنهایی بازی می‌کند.	۰	۱	۲	۳
۷. عموماً حرف شنو است، معمولاً هر چه بزرگترها بگویند انجام می‌دهد.	۲	۱	۰	
۸. نگرانی‌های زیادی دارد، اغلب به‌نظر نگران می‌آید.	۰	۱	۲	۳
۹. اگر کسی صدمه دیده، ناراحت و یا مریض است او کمک می‌کند.	۰	۱	۲	۳
۱۰. دایم ول می‌زند و می‌جنبید.	۰	۱	۲	۳
۱۱. حداقل یک دوست خوب دارد.	۲	۱	۰	
۱۲. اغلب با بچه‌های دیگر می‌جنگد و به آن‌ها زور می‌گوید.	۰	۱	۲	۳
۱۳. اغلب غمگین، دل‌گرفته و یا گریان است.	۰	۱	۲	۳
۱۴. عموماً بچه‌های دیگر او را دوست دارند.	۲	۱	۰	
۱۵. زود حواسش پرت می‌شود و تمرکز فکر خود را از دست می‌دهد.	۰	۱	۲	۳
۱۶. در موقعیت‌های جدید مضطرب شده و به دیگران می‌چسبید، اعتماد به نفسش را زود از دست می‌دهد.	۰	۱	۲	۳
۱۷. با بچه‌های کوچک‌تر مهربان است.	۰	۱	۲	۳
۱۸. اغلب دروغ می‌گوید و یا حقه‌بازی می‌کند.	۰	۱	۲	۳
۱۹. بچه‌های دیگر سر به سر او می‌گذارند و یا به او زور می‌گویند.	۰	۱	۲	۳
۲۰. اغلب داوطلب می‌شود به دیگران کمک کند.	۰	۱	۲	۳
۲۱. قبل از این‌که دست به کاری بزند به آن فکر می‌کند.	۲	۱	۰	
۲۲. از خانه، مدرسه و جاهای دیگر دزدی می‌کند.	۰	۱	۲	۳
۲۳. با بزرگ‌ترها بهتر کنار می‌آید تا با افراد هم سن و سال خودش	۰	۱	۲	۳
۲۴. ترس‌های فراوانی دارد، خیلی زود وحشت می‌کند.	۰	۱	۲	۳
۲۵. کارهایش را تا آخر انجام می‌دهد. دقت و توجه او خوب است.	۲	۱	۰	
