

اثر مقابله درمانگری مادران بر پرخاشگری کودکان عقب مانده ذهنی آنان

The Effectiveness of Coping-Therapy in Mothers on the Aggressive Behaviors of their Mentally Retarded Children

A. R. Agha Yousefi, Ph.D.

دکتر علیرضا آقا یوسفی ✉

دکترای تخصصی روان شناسی، دانشیار دانشگاه پیام نور تهران

دریافت مقاله: ۹۱/۹/۱۳

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۱/۷/۴

پذیرش مقاله: ۹۱/۸/۱۶

Abstract

This study evaluates the effectiveness of Coping-Therapy in mothers of moderate to severe mentally retarded children' aggressive behaviors in Qom during 2009. Participants were mothers with moderate to severe mentally retarded children who have been registered in a daily care-training rehabilitation center under supervision of Qom's Welfare Organization during 2009.

Forty mothers and their children with moderate to severe mental retardation were selected consecutively and divided into two groups randomly.

چکیده:

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر مقابله درمانگری مادران کودکان عقب مانده ذهنی متوسط تا شدید بر فراوانی رفتارهای پرخاشگرانه کودکان عقب مانده ذهنی آن‌ها در شهر قم (سال ۱۳۸۸) بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادرانی که دارای کودک مبتلا به تأخیر ذهنی متوسط تا شدید هستند و فرزند عقب مانده ذهنی آنان با تشخیص تأخیر ذهنی متوسط تا شدید در یک مرکز توانبخشی تحت پوشش سازمان بهزیستی استان قم در سال ۱۳۸۸ به صورت روزانه نگهداری و آموزش داده می‌شوند، بود. نمونه آماری پژوهش نیز شامل ۴۰ نفر که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، بود که در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و گواه به طور تصادفی تقسیم شدند.

✉ Corresponding Author: Associate professor of Payam-e- Noor Univer-sity, Tehran, Iran.
Tel: +9809121519023
Email: arayeh1100@gmail.com

✉ نویسنده مسئول: دانشیار دانشگاه پیام نور تهران

تلفن: ۰۹۱۲۱۵۱۹۰۲۳

پست الکترونیکی: arayeh1100@gmail.com

www.SID.ir

The design was semi experimental and aggressive behaviors were recorded based on a researcher-made check list. Coping-Therapy's protocol (Agha Yousefi, 1999) administered on mothers. Repeated measures of ANOVA was applied to analyze the data. .

Results showed that Coping-Therapy of mothers reduces Aggressive Behaviors of their moderate to severe mentally retarded children.

Keywords: Coping-Therapy, Moderate to Severe Mentally Retarded Children, Aggression, Mothers.

معیار ورود به گروه نمونه داشتن کودکان عقب‌مانده ذهنی متوسط تا شدید و قرار داشتن فرزند تحت پوشش سازمان بهزیستی قم و نیز قرار داشتن تحت آموزش در یک مرکز توانبخشی و نگهداری معین در شهر قم در سال ۱۳۸۸ بود. روش این پژوهش به دلیل غیرتصادفی بودن نمونه اصلی (انتخاب اعضای تحت پوشش یک مرکز معین نگهداری) و جای‌گزینی آزمودنی‌ها و اختصاص کاربندی آزمایشی به صورت تصادفی نیمه‌آزمایشی محسوب می‌شود. برای جمع‌آوری داده‌ها از فهرست محقق ساخته برای اندازه‌گیری فراوانی رفتارهای پرخاشگرانه استفاده شد. هم‌چنین به مدت ۸ جلسه آیین‌نامهٔ مقابله‌درمانگری (آقایوسفی، ۱۳۷۸) درباره مادران این کودکان اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان دادند، مقابله درمانگری مادران، فراوانی رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان عقب‌مانده ذهنی متوسط تا شدید آن‌ها را کاهش می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: مقابله درمانگری، کودکان عقب‌مانده ذهنی متوسط تا شدید، پرخاشگری، مادران

مقدمه

تولد کودک عقب‌مانده ذهنی به عنوان یک بحران، می‌تواند به شکل عمیق بر ارتباطها و کنش‌های خانواده اثر بگذارد و خانواده‌هایی می‌توانند با بحران‌ها به خوبی سازگار شوند که روابط باز، مؤثر و دائمی داشته و در نقش‌هایشان انعطاف‌پذیر باشند. در کل، رفتارهای ضداجتماعی و پرخاشگری در زمره شایع‌ترین علل ارجاع کودکان و نوجوانان به کلینیک‌های بهداشت روانی هستند (ونابلس، ۲۰۰۱). آن‌چه باعث توجه محققان به رفتارهای پرخاشگرانه شده، اثر نامطلوب آن بر رفتارهای بین

فردی و هم‌چنین اثر ناخوشایند آن بر حالات درونی و روانی افراد است. عدم مهار رفتار پرخاشگرانه علاوه بر این که می‌تواند باعث ایجاد مشکلات بین فردی و جرم شود، درون‌ریزی را نیز به همراه دارد، و باعث انواع مشکلات جسمی و روانی، مانند زخم معده، سردرد و افسردگی می‌شود (الیس، ۱۹۹۸). در مورد کودکان عقب‌مانده ذهنی با توجه به محدودیت‌های ویژه آن‌ها نسبت به کودکان عادی، می‌توان انتظار داشت که رفتارهای پرخاشگرانه و سازش‌نا یافته بیشتری از آن‌ها بروز کند. آنان به سبب محدودیت‌های مختلف که غالباً از محدودیت‌های شناختی آن‌ها ناشی می‌شود، با شکست‌های متعددی روبه‌رو می‌شوند و پیامد همه این عدم موفقیت‌ها ناکامی است که خود سرآغاز پرخاشگری به گونه‌های مختلف خواهد بود. از جمله محدودیت‌های کودکان عقب‌مانده ذهنی ضعف قوای جسمانی و توانایی‌های حسی و حرکتی آنان است (افروز، ۱۳۸۳). کودکان عقب‌مانده ذهنی به سبب کمبود خزانه رفتاری از پرخاشگری به مثابه ابزاری برای برآوردن نیازهای خود استفاده می‌کنند. پرخاشگری این کودکان یکی از عمده‌ترین مشکلات مربیان ورزش، معلمان و والدین تلقی شده است (دورند، ۱۹۹۵) و والدین به‌خصوص مادران را دچار تنیدگی، اضطراب، احساس گناه، درماندگی و ناتوانی می‌کند، در نتیجه عملکرد آن‌ها و در نهایت عملکرد کل خانواده تحت تأثیر قرار می‌گیرد. ایلالی (۱۳۷۹) در مطالعه‌ای روی ۹۸ والد کودکان عقب‌مانده ذهنی شهر ساری دریافت که سطح تنش با توجه به متغیرهای دموگرافیک در مادران کودک عقب‌مانده ذهنی بیشتر از پدران می‌باشد و پدران نسبت به مادران از سطح سازگاری بیشتری در سه حیطة زیستی، روانی، اجتماعی برخوردارند. یعقوبی (۱۳۷۲) در مطالعه‌ای روی ۱۲۰ پدر و مادر کودکان عادی و عقب‌مانده ذهنی دریافت که مشکلات ارتباط اجتماعی در والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی به‌ویژه در مادران آن‌ها بیشتر از والدین کودکان عادی است. رهسپار (۱۳۷۷) در یک مطالعه روی مادران یکصد کودک عقب‌مانده ذهنی خفیف و عادی نشان داد، مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی خفیف در مقایسه با مادران کودکان عادی از تنیدگی بیشتری برخوردارند و سرچشمه این تنیدگی‌های افزون‌تر نیز مشکلات خانوادگی، نگرانی نسبت به آینده کودک و نیز نگرانی درباره ویژگی‌های رفتاری کودک بود. مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی خفیف بیش از مادران کودکان عادی از روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کردند. جنس کودک تأثیری در تنیدگی مادران نداشت.

حسینی‌نژاد (۱۳۷۴) نیز در مطالعه‌ای که روی ۹۰ زوج والدین کودکان واجد ناتوانی جسمی - حرکتی و تأخیر ذهنی خفیف و عادی داشت، دریافت که تنیدگی و سازگاری زناشویی والدین این سه گروه کودک با یکدیگر متفاوت است. والدین کودکان جسمی - حرکتی اگرچه تنیدگی بیشتری تجربه می‌کردند ولی سازگاری زناشویی بالاتری داشتند. شکوهی‌یکتا (۱۳۸۶) نشان داد که آموزش شیوه‌های حل مسئله به مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی بر اصلاح رفتارهای نامناسب کودکانشان

تأثیر مثبت داشته است. فرامرزی (۱۳۸۶) نیز دریافت مداخلات روان‌شناختی و آموزشی زود هنگام بر سلامت روانی والدین کودکان مبتلا به نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر مثبتی دارد.

شارپ و روسیتر (۲۰۰۲) در یک فراتحلیل از ۵۰ مطالعه که بین سال‌های ۱۹۷۶ تا ۲۰۰۰ انجام شده بود، نشان دادند که کودکان واجد یک بیماری مزمن، دارای اختلالات مربوط به کنش‌وری روان‌شناختی (افسردگی و اضطراب) بیشتری نسبت به سایر کودکان هستند و والدین این کودکان نیز تنیدگی بیشتری نسبت به والدین فاقد کودکان مبتلا به اختلال مزمن را تجربه می‌کنند. میمز (۱۹۹۷) نیز وجود تنیدگی بیشتر در خانواده‌هایی که تعداد حملات صرع کودکان مصروع خانواده بیشتر است را نشان داده است. رانبرگ و همکاران (۲۰۰۵) معتقدند در کنار عوامل عصب‌شناختی و طبی، عوامل خانوادگی نقشی اساسی در ایجاد و ماندگاری بیماری‌های روانی کودک دارند. رانبرگ، میژر و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای به منظور بررسی اثر تنیدگی بر حملات صرع کودکان و رابطه راه‌های مقابله‌ای والدین کودکان مصروع با تنیدگی در خانواده و والدگری نشان دادند که عوامل تنیدگی‌زا، منابع حمایتی و رفتارهای مقابله‌ای والدین اثر مستقیمی بر تنیدگی والدینی و شیوه والدگری آن‌ها دارد. در این مطالعه نشان داده شد که تنیدگی والدینی بزرگترین نقش میانجی‌گرانه در مهار رفتاری والدینی ایفا می‌کند. این مؤلفان پیشنهاد می‌کنند به منظور کاهش اثر تنیدگی والدینی، باید روش‌های مقابله‌ای نارسای والدین اصلاح شود و شبکه حمایت اجتماعی آن‌ها بنا گردد. چاینو (۲۰۰۴) و پاولو و الیزبیت (۲۰۰۶) و نیز بریور و چاپیسکی (۲۰۰۵) اثر مدیریت مناسب روش‌های مقابله‌ای والدین بر نشانه‌های صرع کودکان را نشان داده‌اند.

هم‌چنین آقاییوسفی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان دادند که مقابله درمانگری سبب کاهش ناامیدی، نگرش منفی نسبت به آینده، بدبینی، عدم برنامه‌ریزی در مورد آینده و انتظار شکست زنان نابارور می‌شود اما در مورد عدم ثبات فکری آنان تأثیر معناداری ندارد. آقاییوسفی (۱۳۹۰) نیز در پژوهشی دیگر به بررسی اثربخشی مقابله درمانگری بر بهزیستی مادران دانش‌آموزان استثنایی پرداخت. نتایج نشان دادند که مقابله درمانگری بر تغییر و اصلاح راهبردهای مقابله، توانست به طور معناداری میزان استفاده از راهبرد گریز و اجتناب را کاهش داده و نمره راهبرد رویاروی‌گری را افزایش دهد و نتیجه گرفتند مداخله مقابله درمانگری بیش از آن که بهزیستی مادران را مستقیماً تحت تأثیر قرار دهد بر سبک مقابله فرد متمرکز است و در طولانی مدت با تأثیر بر این روش‌های مقابله می‌تواند بر بهزیستی آنان مؤثر باشد. هم‌چنین آقاییوسفی و زارع (۱۳۸۸) در پژوهشی بر روی ۱۰۰ بیمار زن مبتلا به اختلال عروق کرونر به بررسی تأثیر مقابله درمانگری بر کاهش تنیدگی زنان مبتلا به اختلال عروق کرونر پرداختند. نتایج نشان دادند که مقابله درمانگری می‌تواند در دراز مدت سهم تنیدگی در تشدید این اختلالات در زنان دارای اختلالات عروق کرونر را کاهش دهد. هم‌چنین آقاییوسفی و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی دیگر نتایج نشان دادند که طی ۸

جلسه آموزش مقابله درمانگری تغییرات قابل توجهی بر باورهای خودکارآمد، تنیدگی شغلی، خستگی عاطفی، دگرگونی شخصیت و فرسودگی شغلی آزمودنی‌ها به وجود آمده است. فن «مقابله درمانگری» به عنوان روشی برای اصلاح مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد به کار برده می‌شود. این فن بر اساس نوع و شدت تنیدگی‌ها و راه‌های مقابله‌ای فرد بر پایه نظریه تبدیلی تنیدگی فولکمن-لازاروس (۱۹۸۴) توسط آقایوسفی (۱۳۸۰) بنا شده 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 می‌سازد. بر پایه بسته اجرایی این روش مداخله‌ای (مقابله درمانگری)، راه‌های هشت‌گانه مقابله با تنیدگی که افراد به شیوه‌های نادرست و نابه‌جا آن‌ها را به کار می‌گیرند (در طول جلسات مقابله درمانگری) به شیوه‌ای مفید تنظیم شده و بیماران، شناخت و راه‌های مقابله‌ای خود را با بحث‌های صورت گرفته در جلسات درمان و تکالیف مربوط به فاصله جلسات اصلاح کرده و به مقابله سازش‌یافته با رویدادهای تنیدگی‌زا می‌پردازند. در حالی که مقابله ناکارآمد ناشی از ناهشیاری فرد نسبت به امکانات مقابله‌ای، برآوردهای شناختی غیردقیق و تحریف شده، انتخاب راه‌های مقابله‌ای از روی شتاب، هیجان‌زدگی و عدم مدیریت شناخت‌ها منجر به اختلالات روان‌شناختی و رفتارهای سازش‌نیافته می‌شود. «مقابله درمانگری» فرایند بیماری‌ساز را باژگونه ساخته و روند انتخاب و به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای را در جهت کارآمدی و سازش‌یافتگی اصلاح می‌کند.

به‌طور کلی، مجموعه پژوهش‌های موجود حاکی از وجود تنیدگی بیشتر در والدین به‌ویژه مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی و اشکال در روش‌های آن‌ها در مقابله با تنیدگی است. اگرچه مطالعات بالا نشان می‌دهند که مداخلات روان‌شناختی به سلامت مادران و کودکان عقب‌مانده ذهنی کمک می‌کند. با این حال، مطالعه‌ای درباره اثر مدیریت تنیدگی و به‌ویژه «مقابله درمانگری» بر فراوانی رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان عقب‌مانده ذهنی «متوسط تا شدید» انجام نشده است. منطق پایه «مقابله درمانگری» عبارت است از این که اگر مقابله نارسا کنش‌ور می‌تواند منجر به تهدید سلامت شود، اصلاح روش‌های مقابله با تنیدگی در جریان یک فرایند درمانی می‌تواند این فرایند را باژگونه سازد. در این پژوهش فرض بر این است که مقابله نارسا کنش‌ور مادران موجب افزایش تنیدگی در فرزندان عقب‌مانده ذهنی آن‌ها می‌شود که به دلیل ناتوانی‌های شناختی این تنیدگی را با پرخاشگری بیشتر پاسخ می‌دهند، مقابله درمانگری می‌تواند این فرایند را باژگونه نماید.

روش

از آن‌جا که نمونه اصلی غیرتصادفی ولی جای‌گزینی آزمودنی‌ها و کاربردی آزمایشی تصادفی است، طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی است. متغیر وابسته فراوانی رفتارهای پرخاشگرانه در جریان یک

ساعت کلاس روزانه در مرکز نگهداری است که در سه مرحله پیش‌آزمون، میان‌آزمون و پس‌آزمون اندازه‌گیری شد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش را مادران کلیه کودکان عقب‌مانده ذهنی متوسط تا شدید در سال ۱۳۸۸ که در شهر قم ساکن هستند و فرزندشان در یکی از مراکز توانبخشی روزانه شهر قم که زیر نظر سازمان بهزیستی این استان فعالیت می‌کند، را تشکیل می‌دهند. از بین این کودکان و مادران آن‌ها تعداد ۴۰ نفر مادر کودک عقب‌مانده ذهنی متوسط تا شدید که کودک آن‌ها توسط روان‌شناس سازمان بهزیستی قم مورد معاینه و سنجش قرار گرفته، بهره‌هوشی آنان بین ۴۰ تا ۶۰ ارزیابی شده و برای کودک در این سازمان پرونده حمایتی تشکیل شده بود و در منزل با والدین زندگی می‌کردند و برای توانبخشی روزانه ۵ ساعت به مرکز ارجاع می‌شدند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. مادران این کودکان همگی فاقد تحصیلات دانشگاهی و از بی‌سواد تا دیپلم (۳ نفر بی‌سواد، ۶ نفر دیپلمه و بقیه کم‌سواد) بودند. این نمونه نخست به تصادف به دو گروه تقسیم شد و سپس به تصادف یک گروه آزمایش و یک گروه گواه نامیده شدند. در جریان آزمایش یکی از مادران گروه گواه به دلیل تغییر آدرس منزل و در نتیجه تغییر مرکز مورد نگهداری کودکش از گروه حذف شد. کودکان مورد بررسی بین ۶ تا ۱۴ سال داشتند. میانگین سن کودکان گروه آزمایش ۹/۵۵ با انحراف معیار ۱/۹۶ و میانگین سن کودکان گروه گواه ۹/۴۷ با انحراف معیار ۲/۲۵ بود. گروه آزمایش متشکل از ۱۲ پسر و ۸ دختر و گروه گواه متشکل از ۱۰ پسر و ۹ دختر بود. همه کودکان ساکن یک منطقه شهرداری بوده و خانواده‌های آن‌ها از نظر فرهنگی به هم نسبتاً شبیه بودند. کودکان فاقد بیماری‌های ناتوان‌کننده دیگر مانند صرع، فلج مغزی یا معلولیت‌های جسمی - حرکتی بودند.

ابزارهای پژوهش

آیین‌نامه مقابله‌درمانگری آقاییوسفی (۱۳۷۸ و ۱۳۸۰) به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته در ۸ هفته در گروه آزمایش اجرا شده و تعداد رفتارهای نشانگر پرخاشگری در کودکان عقب‌مانده ذهنی متوسط تا شدید در طول یک ساعت که از راه مشاهده مستقیم در کلاس اندازه‌گیری شد. این رفتارها عبارتند بودند از: هل دادن، فریاد کشیدن (جیغ زدن)، گاز گرفتن، پرتاب کردن اشیاء، حمله به یکدیگر برای گرفتن غذا یا اشیاء، فحش دادن، چنگ زدن، شکستن اشیاء. علاوه بر این مدت هر حمله به ثانیه نیز اندازه‌گیری شد. به ازای هر ۵ کودک یک مشاهده‌گر که بیشتر با کودکان آشنا شده و به تشخیص مربی به حضور او عادت کرده‌اند در هر یک از گروه‌های آزمایش و گواه به اندازه‌گیری پرخاشگری پرداخت. پرخاشگری کودکان در سه مرحله پیش‌آزمون، میان‌آزمون (آغاز هفته پنجم آزمایش) و

پس‌آزمون (آغاز هفته نهم آزمایش) اندازه‌گیری شد. چکلیست پرخاشگری آشکار قبلاً از چکلیست‌های موجود، مصاحبه با مربیان کلاس‌های این مرکز و نیز تست ترسیم خانواده استخراج شده و شامل ۱۰ نشانه رفتاری آشکار پرخاشگرانه است. در این آزمایش نخست و در مرحله‌ی پایلوت چکلیست توسط مدیر و ۳ نفر مربی و نیز ۵ نفر مشاهده‌گر آموزش‌دیده روی ۱۰ کودک همان مرکز اجرا شد. ضریب همبستگی پیرسونی نمرات به دست آمده از مشاهدات مشاهده‌گران آموزش دیده در چکلیست برابر با ۰/۸۷ با احتمال خطای ۰/۰۳۷ بود که حاکی از توافق بالای مشاهده‌گران و پایایی کافی این ابزار بود. سپس این ۱۰ کودک بر پایه گزارش‌های مدیر و مربیان در سه‌ماه گذشته از نظر رفتارهای پرخاشگرانه به سه گروه پرخاشگر (۴ نفر)، عادی (۵ نفر) و آرام (یک نفر) تقسیم شدند. سپس همبستگی میان نمرات به دست آمده از چکلیست توسط مشاهده‌گران و تعداد شکایت‌های ثبت شده در دفتر مرکز محاسبه شد. این ضریب همبستگی برابر با ۰/۷۳ و احتمال خطای ۰/۰۰۳ به دست آمد که حاکی از روایی کافی این ابزار برای استخراج پرخاشگری کودکان عقب‌مانده ذهنی متوسط تا شدید است.

دستور جلسات مقابله‌درمانگری: این فن که بر اساس نوع و شدت تنیدگی‌ها و راه‌های مقابله‌ای فرد توسط آقایوسفی (۱۳۷۸) و بر پایه نظریه تبدیلی تنیدگی لازاروس - فولکمن (۲۰) بنا شده است به ترتیب زیر اجرا می‌شود:

جلسات درمان می‌تواند فردی یا گروهی باشد. در جلسات گروهی بایستی ضوابط عمومی جلسات گروه‌درمانگری را رعایت کرد. تعداد جلسات معمولاً ۸ تا ۱۵ جلسه است. مدت زمان هر جلسه فردی به طور متوسط ۴۵ دقیقه و برای جلسات گروهی ۲ تا ۳ ساعت است. این تعداد جلسات جدا از جلسات مصاحبه‌ها و مشاهده‌ها و حتی آزمونگری‌های نخستین و جلسات پس‌آزمون است.

جلسه اول: تعریف تنیدگی و اثرات آن بر سلامتی زیست‌شناختی و روان‌شناختی و تحول بهنجار و نیز تعریف مقابله و راه‌های هشت‌گانه مقابله‌ای. در پایان جلسه از مراجعین یا بیماران درخواست می‌شود تا برای جلسه بعد مهم‌ترین رویداد تنیدگی‌زای هفته یا حتی زندگی خود همراه با اعمال، افکار و احساساتی که تجربه کرده یا به‌کار برده‌اند را یادداشت کرده و برای جلسه بعد بیاورند.

جلسه دوم: هر یک از اعضای گروه تنیدگی خود را بیان کرده و اعمال، افکار و احساسات تجربه کرده خود را بیان کرده و سپس خود و دیگر اعضای گروه با هدایت روان‌درمانگر می‌کوشند دوباره به ارزیابی نخستین و ثانوی پرداخته و واکنش‌های فرد را از نظر درجه سازش‌یافته بودن ارزیابی کنند. گاهی فرد بهترین کاری که می‌تواند بکند این است که رو در روی عامل تنیدگی‌زا قرار گرفته و پرخاشگرانه (و البته محترمانه) احساس و افکارش را بیان کند. گاهی باید مسئولیت خود در به وجود آمدن مشکل را واقع‌گرایانه ارزیابی کند. در حالی که قبلاً کمتر یا بیشتر از واقعیت ارزیابی می‌کرده است. گاهی نباید به روی داده‌های تنیدگی‌زای خیلی کم اهمیت فکر کند (دوری‌جویی) و گاه باید از

روش حل منطقی مسئله استفاده کند. گریز - اجتناب که شامل خوابیدن، گریستن، قهر کردن، پناه بردن به دارو و مواد، خیال‌پردازی و اجتناب از قرار گرفتن در برابر موقعیت‌های تنیدگی‌زا است معمولاً تشویق نمی‌شود و به عنوان روشی بیماری‌زا به افراد کمک می‌شود تا از آن اجتناب کنند. مگر آن‌که مشکلی غیرقابل کنترل (مانند مرگ یک عزیز) ایجاد شده باشد که برای کوتاه‌مدت تشویق شود و سپس فرد باید روش مقابله‌ای خود را تغییر دهد.

سپس از فرد خواسته می‌شود تا با توجه به نتایج جلسه، این بار راه‌های جدیدتر و ارزیابی‌های دقیق‌تر را به کار گرفته و مجدداً نتایج را یادداشت کرده و برای جلسه بعد همراه بیاورد.

جلسه سوم: در این جلسه نخست هر کس نتایج ناشی از تغییر روش‌های ارزیابی شناختی و راه‌های مقابله‌ای به کار گرفته شده خویش را گزارش می‌دهد. اگر مشکل کاهش یافته بود، مجدداً ارزیابی‌ها ادامه یافته و راه‌های مقابله‌ای دیگر هم به کمک گرفته می‌شود تا مشکل به حداقل برسد. گاهی از مراجع درخواست می‌شود که ارزیابی اطرافیانش درباره نحوه برخوردش با رویدادهای تنیدگی‌زا را پرسیده، یادداشت کرده و در جلسه بعد به بحث بگذارد. ممکن است ارزیابی‌های دیگران دقیق و کمک‌کننده باشد و ممکن است تلاش کرده باشند در جهت حفظ منافع خودشان یک ارزیابی غیرواقعی به فرد ارائه داده باشند. مهم این است که مراجع یا بیمار بایستی همواره به ارزیابی‌های شناختی خویش ادامه دهد.

جلسه چهارم: در این جلسه مجدداً هر کس نتایج ناشی از تغییر روش‌های ارزیابی شناختی و راه‌های مقابله‌ای دیگر به کار گرفته شده خویش را گزارش دهد. اگر مشکل کاهش یافته بود، مجدداً ارزیابی‌ها ادامه یافته و راه‌های مقابله‌ای دیگر هم به کمک گرفته می‌شود تا مشکل به حداقل ممکن خود برسد. اگر مشکل فرد حل شده بود، آن‌گاه به تنیدگی‌های دیگری که فرد تجربه داشته پرداخته می‌شود و باید آن‌ها را یادداشت کرده و در جلسات بعد همراه بیاورند.

جلسه پنجم: در این جلسه هر یک از اعضای گروه، دیگر روی‌داد تنیدگی‌زای هفته یا حتی زندگی خود و اعمال، افکار و احساسات تجربه کرده را بیان کرده سپس دوباره با هدایت روان‌درمانگر می‌کوشند به ارزیابی نخستین و ثانوی پرداخته و واکنش‌های خود را از نظر درجه سازش یافته بودن ارزیابی کنند. سپس از افراد خواسته می‌شد تا با توجه به نتایج جلسه، این بار راه‌های جدیدتر و ارزیابی‌های دقیق‌تر را نسبت به این رویداد تنیدگی‌زای خود به کار گرفته و مجدداً نتایج را یادداشت کرده و برای جلسه بعد همراه بیاورند.

جلسه ششم: در این جلسه نخست هر کس نتایج ناشی از تغییر روش‌های ارزیابی شناختی و راه‌های مقابله‌ای به کار گرفته شده خویش را گزارش می‌دهد. اگر این مشکل کاهش یافته بود، مجدداً ارزیابی‌ها ادامه می‌یافت و راه‌های مقابله‌ای دیگر هم به کمک گرفته شده تا مشکل به حداقل ممکن برسد.

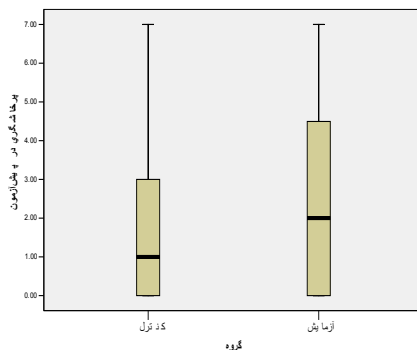
جلسه هفتم: فرایند قبلی ادامه دارد تا زمانی که اعضای گروه مهارت مقابله‌ای مؤثر با رویدادهای تنیدگی‌زا را فرا گرفته و بتوانند آن را به کار گیرند.

جلسه هشتم: بررسی و بحث درباره نتیجه‌گیری‌های اعضای گروه و ابهام‌زدایی نهایی. قابل ذکر است که درمانگر یک روان‌شناس آموزش‌دیده برای این روش درمانگری بود و با مشاهده‌کننده تفاوت داشت. معیارهای پرخاشگری از منابع مربوط به کودکان عقب‌مانده ذهنی استخراج شده بود. هر مشاهده‌گر با مشاهده رفتار هر کودک یک علامت ضربدر در مقابل نام کودک و زیر علامت پرخاشگرانه مربوطه در چک لیست قرار می‌داد. در پایان هر جلسه مشاهده، تعداد رفتارهای پرخاشگرانه برای هر عضو نمونه ثبت می‌شد. هم‌چنین مادران گروه کنترل پس از پایان آزمایش طی دو جلسه در دو هفته متوالی آموزش‌هایی برای بهبود روش‌های مقابله با تنیدگی دریافت کردند.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۴۰ نفر مادر کودک عقب‌مانده ذهنی متوسط تا شدید که بهره هوشی آنان بین ۴۰ تا ۶۰ ارزیابی شده بود شرکت کردند. مادران این کودکان همگی فاقد تحصیلات دانشگاهی و از بی‌سواد تا دیپلم و نیز خانه‌دار بودند. این کودکان دست کم ۲ برادر یا خواهر دیگر هم داشتند و هیچ برادر یا خواهر واجد تأخیر ذهنی دیگری در منزل نداشتند. درآمد ماهیانه والدین آنان برحسب گزارش‌های آماری کشور کمتر از حد متوسط بود.

برای آزمون فرضیه پژوهش (مقابله‌درمانگری مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی متوسط تا شدید پرخاشگری آن‌ها را کاهش می‌دهد) به کمک تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر، نخست باید دید آیا نمرات مربوطه دارای نقاط پرت هستند؟ برای این منظور نمودار جعبه‌ای آن ترسیم شد که در نمودار ۱ نشان داده شده است.



نمودار ۱: جعبه‌ای توزیع نمرات پیش‌آزمون پرخاشگری در دو گروه آزمایش و گواه

چنان که نمودار ۱ نشان می‌دهد، این توزیع فاقد نمرات پرت بوده و می‌توان تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر را به کار بست.

جدول ۱: نتایج آزمون‌های چندمتغیری اثر زمان و نیز اثر تعامل زمان و گروه

اثر	ارزش	F	درجه آزادی	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
زمان	۰/۰۷۰	۱/۳۸۴	۲	۳۶	۰/۲۷۳
اثر پیلائی	۰/۹۳	۱/۳۸۴	۲	۳۶	۰/۲۷۳
لامدا و بلیکس	۰/۷۵	۱/۳۸۴	۲	۳۶	۰/۲۷۳
اثر هوتلینگ	۰/۷۵	۱/۳۸۴	۲	۳۶	۰/۲۷۳
ریشه روی					
گروه × زمان	۰/۱۷۶	۳/۸۵۵	۲	۳۶	۰/۰۳
اثر پیلائی	۰/۸۲۴	۳/۸۵۵	۲	۳۶	۰/۰۳
لامدا و بلیکس	۰/۲۱۴	۳/۸۵۵	۲	۳۶	۰/۰۳
اثر هوتلینگ	۰/۲۱۴	۳/۸۵۵	۲	۳۶	۰/۰۳
ریشه روی					

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر

منبع	نوع سوم مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	خطا
زمان	کرویت مفروض	۵/۱۷۲	۲	۲/۵۸۶	۱/۷۸۸
	گرین‌هاوز-گیسر	۵/۱۷۲	۱/۸۱۸	۲/۸۴۵	۱/۷۸۸
	هوین‌فلدت	۵/۱۷۲	۱/۹۵۹	۲/۶۴۱	۱/۷۸۸
	لاورباوند	۵/۱۷۲	۱	۲/۱۷۲	۱/۷۸۸
تعامل گروه*زمان	کرویت مفروض	۱۴/۹۱۶	۲	۷/۴۵۸	۵/۱۵۷
	گرین‌هاوز-گیسر	۱۴/۹۱۶	۱/۸۱۸	۸/۲۰۳	۵/۱۵۷
	هوین‌فلدت	۱۴/۹۱۶	۱/۹۵۹	۷/۶۱۵	۵/۱۵۷
	لاورباوند	۱۴/۹۱۶	۱	۱۴/۹۱۶	۵/۱۵۷
خطا (زمان)	کرویت مفروض	۱۰۷/۰۱۶	۷۴	۱/۴۴۶	
	گرین‌هاوز-گیسر	۱۰۷/۰۱۶	۶۷/۲۷۶	۱/۵۹۱	
	هوین‌فلدت	۱۰۷/۰۱۶	۷۲/۴۷۵	۱/۴۷۷	
	لاورباوند	۱۰۷/۰۱۶	۳۷	۲/۸۹۲	

بر پایه نتایج جداول ۱ و ۲، تعامل اثرات گروه (کاربندی آزمایشی) و زمان (اندازه‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون) معنادار است و نشان می‌دهد که فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

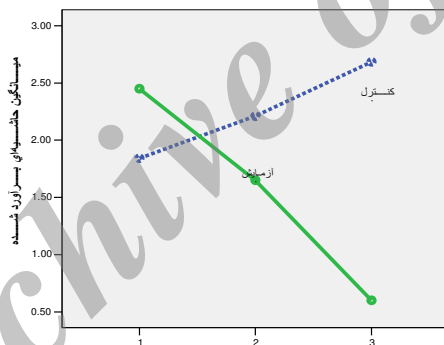
جدول ۳: میانگین و انحراف معیار میانگین مدت هر حمله

به ثانیه در گروه آزمایش و گواه

تعداد	انحراف معیار	میانگین	گروه	
			آزمایش	میانگین پیش آزمون پرخاشگری
۲۰	۲/۱۸	۲	آزمایش	میانگین پیش آزمون پرخاشگری
۱۹	۱/۸۸	۱/۶۱	گواه	
۲۰	۱/۴۳	۱/۰۶	آزمایش	میانگین میان آزمون پرخاشگری
۱۹	۱/۹۳	۱/۷۲	گواه	
۲۰	۰/۵۹	۰/۲۹	آزمایش	میانگین پس آزمون پرخاشگری
۱۹	۲/۱۵	۱/۹۴	گواه	

نتایج آزمون تی مقایسه دو میانگین دو گروه مستقل نشان داد که به جز سن کودکان عقب مانده ذهنی گروه گواه که به گونه‌ای معنادار ($t=۳۳/۶۵$ و احتمال خطای $۰/۰۰۱$) بیشتر از سن این کودکان در گروه آزمایش است، بهره هوشی ثبت شده در پرونده کودکان و سن پدر و مادر آنها تفاوت معناداری ندارند.

اثر مقابله درمانی مادران بر پرخاشگری کودکان عقب مانده متوسط تا شدید



نمودار ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر در سه مرحله آزمون گروه‌های آزمایش و گواه

نمودار ۲ نشان می‌دهد که مقابله درمانگری مادران کودکان مبتلا به تأخیر ذهنی متوسط تا شدید می‌تواند بعد از چهارمین هفته (میان درمان)، اثرات کاهش دهنده‌ای بر فراوانی رفتارهای پرخاشگرانه فرزندان عقب مانده ذهنی‌شان داشته باشد. آزمون تحلیل کوواریانس نیز نتایج مشابهی همراه داشت.

بحث

کودکان عقب مانده ذهنی به خاطر وجود محدودیت در قوای شناختی‌شان، که محدودیت‌های دیگری را نیز در پی دارد، با مسائل عمده‌ای دست به گریبانند که از جمله مشکل سازش ناپافتگی با

افراد و محیط پیرامون‌شان می‌باشد. چنین مشکلی به این علت رخ می‌دهد که آن‌ها درک ناکافی از موقعیت‌ها و از قوانین و مقررات جاری در زندگی دارند و درک نادرست آن‌ها منجر به بروز شکست‌های پی‌درپی و در نتیجه ناکامی‌های متعدد می‌شود و همین امر اختلالات رفتاری و سازش‌ناپافتگی‌هایی با گستره وسیع را سبب می‌شود. یکی از عمده‌ترین آن‌ها، "رفتارهای پرخاشگرانه" است و در اکثر مواقع پاسخی است در برابر ناکامی‌هایی که بروز آن‌ها بعضاً اجتناب‌ناپذیر است. وقتی کودک عقب مانده ذهنی تشخیص داده شد به خانواده شوک وارد می‌شود و این مسئله کل واحد خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این مطلب را نمی‌توان انکار کرد که والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی با تنیدگی و فشار روانی زیادی مواجه هستند. تحقیقات نشان داده‌اند که سازگاری مادران کمتر از پدران است و مادران دارای سطوح تنش بیشتری نسبت به پدران هستند (ایلالی، ۱۳۷۹) هم‌چنین مطالعات متعددی در مورد اثرات حضور کودک عقب‌مانده ذهنی در خانواده و تنیدگی مادران آن‌ها انجام شده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی دارای تنیدگی و بحران‌های روانی بوده و وجود کودک عقب‌مانده ذهنی سازش‌یافتگی و سلامت جسمی و روانی آن‌ها را تهدید می‌کند و غالباً تأثیر منفی بر آن‌ها دارد (سالوویتا و همکاران، ۲۰۰۳؛ رونیت، ۲۰۰۲؛ گوپتا و سینگهل، ۲۰۰۴). به همین علت این‌جاست که روش‌های درمانگری به منظور کاهش تنیدگی مادران و نیز تأثیر آن بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه کودکان عقب‌مانده ذهنی‌شان مطرح می‌شود.

نتایج پردازش داده‌های پژوهش حاضر حاکی از تأیید فرضیه پژوهش و اثر مثبت مقابله‌درمانگری مادران بر کاهش پرخاشگری کودکان عقب‌مانده ذهنی متوسط تا شدید آن‌ها بود. نتایج این مطالعه با یافته‌های مطالعات مشابه همسو است (ایلالی، ۱۳۷۹؛ شکوهی‌یکتا، ۱۳۸۶؛ فرامرزی، ۱۳۸۶؛ رودنبرگ و همکاران، ۲۰۰۵؛ رودنبرگ، میژر و همکاران، ۲۰۰۷؛ پاولو، ۲۰۰۶؛ بریور و چاپیسکی، ۲۰۰۵؛ سرمیژر، ۲۰۰۱). به طور کلی، ارزشی که دیگران برای تلاش والدین به خصوص مادران در برخورد با مشکلات کودک عقب‌مانده ذهنی از خود نشان می‌دهند، از جمله توجه آن‌ها به والدین و نیز احترام به آنان و نگرش مثبت آنان نسبت به کودک عقب‌مانده ذهنی به عنوان عواملی هستند که عملاً ذخائر و نیروی والدین، احساس حمایت و عزت‌نفس آن‌ها را برای مقابله با مشکلات کودک عقب‌مانده ذهنی‌شان افزایش می‌دهد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمانگری‌های مناسب و آموزش شیوه‌های حل مسئله به مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی بر اصلاح رفتارهای نامناسب کودکان‌شان تأثیر مثبت داشته و مداخلات روان‌شناختی و آموزشی زود هنگام بر سلامت روانی والدین کودکان ناتوان تأثیر مثبتی دارد (شکوهی‌یکتا، ۱۳۸۶؛ فرامرزی، ۱۳۸۶). همه این عوامل می‌تواند منجر به کاهش تنیدگی و فشار روانی مادران، توانایی مؤثر بودن، غلبه کردن بر مشکل، توانایی برنامه‌ریزی، رفتار هدفمند و متناسب با مشکل گشته و در نهایت بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه کودکان عقب‌مانده ذهنی‌شان تأثیر بسزایی داشته باشد. هم‌چنین مقابله‌درمانگری مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی با

هدف کاربرد روش‌های مقابله کارآمد با تنیدگی توانست مادران را به شیوه‌های کارآمد خودشناسی، شناخت اهداف و ارزش‌ها، نحوه برقراری ارتباط با کودک عقب‌مانده ذهنی خود، آشنایی با مفهوم تنیدگی و روش کاهش آن با اتخاذ روش‌های مقابله‌ای متناسب، ارزش‌ها و نگرش‌های آن‌ها را به توانایی‌های بالفعل تبدیل کند. بدین معنا که بدانند که در مقابل رفتارهای سازش‌نا یافته (رفتار پرخاشگرانه) کودکان عقب‌مانده ذهنی خود چه برخوردی داشته و چگونه آن را هدایت نمایند. همچنین فراگیری مقابله درمانگری مادران باعث کاربرد روش‌های مقابله با تنیدگی کارآمد و سازشی متناسب در هنگام وقوع رفتارهای پرخاشگرانه کودکانشان منجر به افزایش رضایتمندی مادران از زندگی خود و نیز خشنودی و رضایتمندی کودکان از زندگی می‌شود. تسلط مادران بر کنترل تنیدگی، آن‌ها را در مقابل چالش‌ها و رفتارهای سازش‌نا یافته و پرخاشگرانه کودکانشان مقاوم‌تر می‌کند و آن‌ها را قادر می‌سازد که به‌طور مؤثرتری این‌گونه رفتارهای کودکان عقب‌مانده ذهنی خودشان را کنترل نمایند. به علاوه مقابله درمانگری در مادران ضمن آشنا کردن آن‌ها با مفهوم تنیدگی و روش‌های مقابله با آن، توانسته مادران را قادر سازد تا با گوش دادن فعال و کنترل عوامل ایجادکننده خشنودت در برخورد و تعاملات خود با کودکان عقب‌مانده ذهنی‌شان به آنان کمک کنند تا از رفتارهای پرخاشگرانه استفاده نمایند.

منابع

- آقایوسفی، ع. (۱۳۷۸). روان‌درمانگری. قم: انتشارات شهریار.
- آقایوسفی، ع. (۱۳۸۰). نقش شخصیت و راه‌های مقابله‌ای در افسردگی و اثر مقابله درمانگری بر شخصیت و افسردگی. رساله دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
- آقایوسفی، ع. دهستانی، م. (۱۳۹۰). آیا مقابله درمانگری بهزیستی مادران دارای فرزند استثنایی را بهبود می‌بخشد؟ علوم پزشکی ارومیه؛ ۲۲، ۳۹۹-۴۰۹.
- آقایوسفی، ع. زارع، ح. چوبساز، ف. مطیعی، گ. (۱۳۹۰). اثر مقابله درمانگری بر ناامیدی زنان نابارور، علوم رفتاری، ۱۱۹، ۵-۱۲۵.
- آقایوسفی، ع. زارع، حسین. (۱۳۸۸). تأثیر مقابله درمانگری بر کاهش تنیدگی زنان مبتلا به اختلال عروق کرونر. علوم رفتاری، ۱۸۷، ۳-۱۹۳.
- آقایوسفی، ع. علی‌پور، ا. داودی‌فر، آ. (۱۳۸۷). تأثیر مقابله درمانگری بر باورهای خودکارآمد، تنیدگی و فرسودگی شغلی مدرسان کنسرواتور (دانشکده موسیقی) تهران. اندیشه و رفتار، ۳۰۷، ۳-۱۶.
- افروز، غ. (۱۳۸۳). مقدمه‌ای بر روان‌شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- ایلالی، ا. اسماعیلی، ر. (۱۳۷۹). بررسی عوامل تنش‌زا و مکانیسم‌های سازگاری با آن‌ها در والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی مدارس استثنایی شهر ساری در سال ۱۳۷۶. مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران. سال ۱۰. ش ۲۹. ص ۳۵-۴۰.

حسینی‌نژاد، م. (۱۳۷۴). بررسی مقایسه میزان فشار روانی و سازگاری زناشویی والدین کودکان عقب‌مانده آموزش‌پذیر و کودکان معلول جسمی - حرکتی با مادران کودکان عادی شهر تهران؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

رهسپار، ک. (۱۳۷۷). مقایسه استرس و شیوه‌های مقابله با استرس مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی خفیف و مادران کودکان بهنجار سنین ابتدایی؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.

شکوهی‌یکتا، م. (۱۳۸۶). آموزش روش حل مسئله به والدین و تأثیر آن بر رفتار کودکان؛ مجله علوم روان‌شناختی؛ شماره ۲۲.

فرامرزی، سالار. (۱۳۸۶). تأثیر مداخله‌های روان‌شناختی و آموزشی زودهنگام خانواده محور بر سلامت روانی والدین کودکان دارای نشانگان داوون؛ مجله علوم روان‌شناختی؛ ش ۲۲.

یعقوبی، ا. (۱۳۷۲). بررسی مسائل روانی اجتماعی والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

Briver, H & Chiapiski, S (2005). Studies in Epilepsy: Personality Pattern, Situational Stress, and the Symptoms of Narcolepsy, *Psychosomatic Medicine*, 10:193-202.

Chino, A.S (2004). Counseling and Psychotherapy Theories in Context and Practice. John Wiley.

Durand, B.M.(1990). Severe Behavior Problem. A Functional Communication Training Approach. New York: N. Y. the Guilford Press.

Ellis, A. (1998). Anger, How to Live with and without it. New York: JAICO Publishing Co.

Gupta, A., Singhl, N.(2004). Positive perceptions in parents of children with disability. *Asia pacific disability rehabilitation journal*,15, 1:22-34.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). Stress appraisal and coping. New York: Springer.

Mims, Janet (1997). Self-Esteem, Behavior, and Concerns Surrounding Epilepsy in Siblings of Children With Epilepsy. *Journal of Child Neurology*, Vol. 12, No. 3, 187-192.

Paolo, H. D. & Elizabet, E. (2006). The effect reasons disoeder in epilepsy, etiology, clinical features and therapeutic implications. *Epilepsia*, 40,10: 2- 20.

Rodenburg, H. R; Stams, GJJM; Meijer, A M; Aldenkamp, A P & Decovic', M (2005). Psychopathology in Children with Epilepsy: A meta-analysis. *Epilepsy Behavior*, 30,453-68.

Rodenburg, Roos; Meijer, Anne Marie; Dekovic', Maja & Aldenkamp, Albert P (2007). Parents of children with enduring epilepsy: Predictors of parenting stress and parenting. *Epilepsy and Behavior*, 11, 197-207.

Ronit, G. E. (2002). The differences between fathers and mothers of young adults with mental retardation in the stress levels coping strategies and attitudes toward integration of their sons/ doughters in to the community. university: Haife. 2002.

Salovita, T., Italinna, M., Leinonen, E. (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability: A Double ABCX Model. *Journal Intellectual Disability Research*,47, 4-5:300-120.

Sharpe, Donald & Rossiter, Lucille (2002). Siblings of Children With a Chronic Illness: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 27, No. 8, 2002, pp. 699-710.

Suurmeijer, T. P., Reuvekamp, M. F., Aldenkamp, B. P. (2001). Social functioning, psychological functioning and quality of life in epilepsy. *Epilepsia*, 429, 1160-1168.

Venables, G., Simon, G. (2001). Adolescent in Clinical Psychiatry. Britain, Arnild.