

## راهبردهای رویارویی کودکان دارای نیازهای ویژه

سنبله حجازی، کارشناس ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی

### چکیده

هورمون‌ها ظاهر می‌شوند و علائم روان‌شناختی آن به صورت اضطراب و آشفتگی آشکار می‌شوند و گاهی این اضطراب فرد را به رفتار خاصی که موجب کاهش تنش<sup>۳</sup> روانی او می‌شود وادار می‌کند. اما گاهی نیز هیجان به قدری شدید و تند است که فعالیت ذهنی شناختی را به تعویق می‌اندازد. این تغییر و از دست رفتن تعادل یا بعد از ادراک حسی رویداد است و یا بعد از تصور و یادآوری آن (شعاری نژاد، ۱۳۷۳).

نظم و هماهنگی عواطف و هیجان ما و کنترل آنها به شیوه‌ای مناسب مهارتی است که به دنبال خودآگاهی ایجاد می‌شود (گلمن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵). در واقع مادامی که فرد به پیامدهای هیجانی خود و دیگران و همدلی با آنها توجهی نکند، ارتباط مؤثری با افراد نخواهد داشت (پتن<sup>۵</sup>، ترجمه شافعی و مقدم، ۱۳۷۹). فشار روانی با هیجان مرتبط است، اما به خودی خود به عنوان یک هیجان ویژه بررسی نمی‌شود (نوگتون<sup>۶</sup>، ۱۹۹۷).

لازاروس<sup>۷</sup> و همکارانش جامع‌ترین تعریف را در مورد فشار روانی ارائه داده‌اند. از دیدگاه آنان، فشار روانی به عنوان رابطه‌ی بین فرد و محیط تعریف می‌شود که با تهدید و حمله به منابع فرد، سلامتی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (وانگ و چانگ یه<sup>۸</sup>، ۲۰۰۵، فرید نبرگ<sup>۹</sup>، ۱۹۹۷؛ هوهاس<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۸). لازاروس و همکارانش تأکید زیادی بر فرآیندهای شناختی دارند که بین شرایط محیطی و واکنش‌پذیری فیزیولوژیکی میانجی می‌شوند که این شرایط در نهایت، آنها را تولید می‌کند. بنابراین مهمترین متغیرها آنهایی هستند که درون فعالیت ذهنی فرد قرار دارند (ریو، ترجمه سیدمحمدی ۱۳۷۶). فشار

مقاله‌ی حاضر با مروری بر مسأله‌ی فشار روانی و فرایندهای مرتبط با آن به چگونگی رویارویی با فشارهای روانی و عوامل مؤثر بر راهبردهای رویارویی پرداخته است و درباره‌ی انواع راهبردهای رویارویی فعال، حواس‌پرتی، اجتنابی و حمایت اجتماعی به تفصیل بحث کرده است. مؤلف ضمن بررسی عوامل مؤثر بر راهبردهای رویارویی کودکان با فشارهای روانی به خصوص کودکان دارای نیازهای ویژه به جنبه‌های مختلفی از پژوهش‌های مرتبط اشاره کرده است.

### مقدمه

اساس زندگی آدمی و هر موجود زنده‌ی دیگر به تغییر و تطور بنا شده است و این تغییر در همه‌ی دوران یا فراخنای زندگی برقرار است. بدون تغییر، هیچ‌گونه رشد و تکاملی امکان ندارد. هر تغییری مقدمه و زیربنای تغییر بعدی و هر تغییری نتیجه‌ی تغییر قبلی است. به مجموعه تغییرات کمی و کیفی متعدد و متنوع رشد و تکامل<sup>۱</sup> گویند. یکی از جنبه‌های اساسی رشد انسان، رشد و تکامل هیجانی و عاطفی است. عواطف و هیجان‌ها از مهمترین عوامل مؤثر در رشد و پرورش شخصیت به شمار می‌روند و فرد عموماً از قوت و ضعف عواطف متأثر می‌شود. دریور<sup>۲</sup> مهم‌ترین صفات مشترک بین همه‌ی نظریه‌های مختلف درباره‌ی تعریف هیجان و عاطفه را چنین خلاصه می‌کند. هیجان، حالت روان‌شناختی پیچیده‌ای است که علائم عضوی آن در اختلال تنفس، افزایش ضربان قلب و اختلال ترشح

سال‌ها، واژه‌ی رویارویی از بطن مفاهیم مختلفی استخراج شده و به دفعات به جای مفاهیمی چون چیرگی، دفاع و سازگاری به کار گرفته شده است. در جامع‌ترین تعریف، بر طبق نظر لازاروس، رویارویی به تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد برای اداره کردن درخواست‌ها و تعارض‌های بیرونی و درونی اطلاق می‌شود که فرد را تهدید نموده و مورد حمله قرار می‌دهد (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴؛ با لازاروس و فولکمن ۱۹۸۵؛ لازاروس، ۱۹۹۱؛ فریدنرگ، ۱۹۹۷؛ هیوسون<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۷؛ اریکسون و همکاران<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۷؛ کارسون و پیتز<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۴. زیدنروالدنر<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۷؛ کارترین و مک آرتور<sup>۱۸</sup>، ۱۹۹۸؛ چانگ یه، ۱۹۹۶؛ بتریکس و چری<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۱؛ فولکمن، موسکوویتز<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۴؛ گیلبر<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۵).

#### لازاروس و همکارانش جامع‌ترین

تعریف را در مورد فشار روانی ارائه داده‌اند. از دیدگاه آنان، فشار روانی به عنوان رابطی بین فرد و محیط تعریف می‌شود که با تهدید و حمله به منابع فرد، سلامتی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد

در تعریف لازاروس ۳ ویژگی کلیدی وجود دارد:

- ۱- رویارویی وابسته به زمینه<sup>۲۲</sup> است تا وابسته به ویژگی شخصیتی پایدار.
- ۲- راهبردهای رویارویی به عنوان تلاشی تعریف شده که هدفمند است و در ارتباط با هر آن چیزی که فرد در تبادل با محیط انجام می‌دهد، دلایلی ارائه می‌دهد. بنابراین، رویارویی یک عمل صرفاً موفقیت آمیز نیست، بلکه تلاش برای مواجهه با مسئله است. در اینجا به تلاش اهمیت داده می‌شود تا سودمندی پیامد که این تلاش ممکن است اعمال رفتاری یا شناختی را شامل شود.

روانی ضرورتاً آسیب‌زا نیست. موفقیت در یک مسابقه یا گزینش می‌تواند همانند از دست دادن یا چیزهایی شبیه به این فشارزا باشد، اما ممکن است پاسخ‌های فیزیولوژیکی متفاوتی را موجب شوند (نوگتون، ۱۹۹۷؛ انجمن امریکایی فشار روانی، ۲۰۰۴). سه مفروضه در مورد فشار روانی وجود دارد:

۱. فشار روانی در آن واحد، در همه‌ی زندگی ما وجود دارد.

۲. فشار روانی می‌تواند به سلامت فرد آسیب بزند.

۳. این اثرات آسیب‌زا با روش رویارویی صحیح کاهش می‌یابند و یا از بین می‌روند (فولکمن<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۲). در واقع پاسخ‌ها در هر یک از افراد متفاوت است و افراد مختلف در رویارویی با فشارهای روانی می‌توانند انواع مختلفی از هیجان‌ها مانند خشم، ترس و انتظار را تجربه کنند (نوگتون، ۱۹۹۷؛ انجمن امریکایی فشار روانی، ۲۰۰۴). فشار روانی حالت هیجانی را آشفته ساخته، به فعالیت شناختی آسیب می‌رساند و تعادل حیاتی بدن را مختل می‌کند.

هر چند وقایع فشارزا افراد را از نظر هیجانی، شناختی و کار اندام شناختی (فیزیولوژیکی) تحت تأثیر قرار می‌دهند، آنها روش‌هایی برای برخورد با این وقایع دارند. مردم اثرات زیان بخش فشارها را با راهبردهای رویارویی کاهش می‌دهند. اگر فردی درک هیجانی خوبی داشته باشد می‌تواند از تغییرات روحیه و درک احساس‌ها بهره‌برد و با تنظیم هیجان‌های خود به گونه‌ای خلاق‌تر، از میان راه حل‌های مختلف، بهترین راه را برای رویارویی مؤثر با هیجان‌ها انتخاب کند (سالوس و همکاران<sup>۲۳</sup>، ۱۹۹۹، مایر<sup>۲۴</sup> و سالوی، ۱۹۹۷). کارآمدی فرد در مسایل فردی و اجتماعی به طور قابل ملاحظه‌ای به وسیله‌ی تجربه‌های هیجانی و نحوه‌ی رویارویی با رویدادها تعیین می‌شود (آریستوتال، ۱۹۸۵). در طول

۱- در مرحله‌ی اول که ارزیابی اولیه نام دارد، فرد از خود سؤال می‌کند که چه چیز در معرض خطر است (مانند، ممکن است آن رویداد خطری برای سلامتی من باشد). در این مرحله اهمیت و یا برخورد با رویدادهای تنش‌زا به وسیله‌ی فرد بررسی می‌شود. فرد به این نتیجه می‌رسد که آیا رویداد فشارزا است یا خیر، میزان خطرزا بودن آن چقدر است، کدام دسته از ارزش‌ها، نیازها و خواسته‌های وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (فریدنبرگ، ۱۹۹۷؛ چانگ، ۱۹۹۸).

۲- در مرحله‌ی دوم که ارزیابی ثانویه<sup>۲۶</sup> نام دارد، فرد منابع موجود خود را برای ارزیابی مناسب با موقعیت بررسی می‌کند. با توجه به آنکه موقعیت‌های مختلف راهبردهای رویارویی متفاوتی را نیز می‌طلبد، وی باید به این سؤال‌ها پاسخ دهد که به چه راه‌هایی دسترسی دارد (مانند، آیا این مهارت را دارم که با این مسأله رویارو شوم؟). چقدر امکان دارد که بتواند شیوه‌های لازم برای کاهش فشار روانی را به طور موفقیت آمیزی به کار ببرد، و سرانجام اینکه آیا این روش در کاهش فشار روانی او مؤثر خواهد بود (فریدنبرگ، ۱۹۹۷؛ چانگ، ۱۹۹۸).

۳- البته در ارزیابی شناختی مرحله‌ی سوم نیز به نام ارزیابی مجدد<sup>۲۷</sup> صورت می‌گیرد که شامل تغییر قضاوت فرد از موقعیت‌ها و منابع موجود برای رویارویی است (اندلر، ۱۹۹۸ به نقل از فریدنبرگ، ۱۹۹۷).

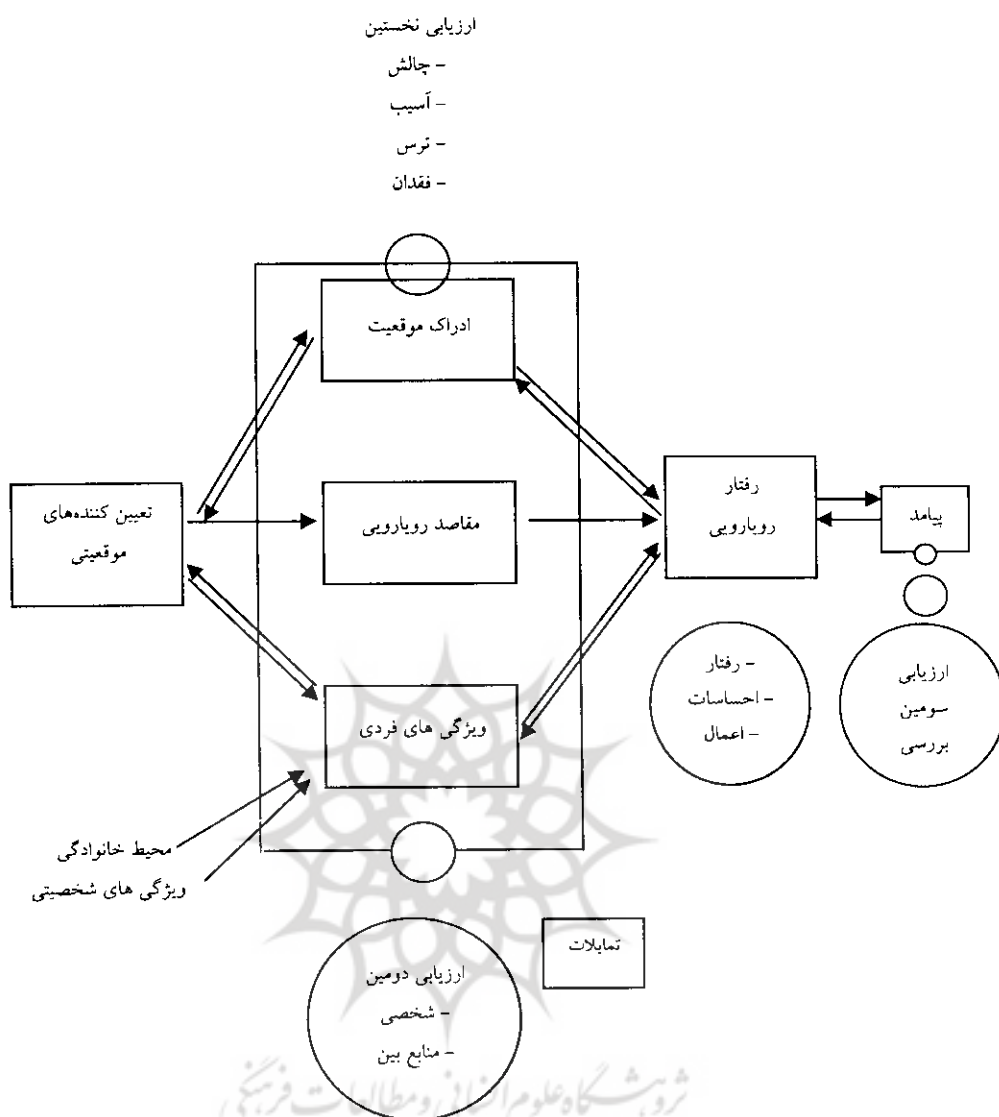
لازاروس به نقش مرکزی شناخت‌ها در پیامدهای هیجانی تأکید نموده و اظهار می‌کند، زمانی که مردم موقعیت‌های جنگ و گریز را تجربه می‌کنند، به این معنا است که آنها وارد تعامل شده‌اند و اگر موقعیت را خطرزا، آسیب‌زا و چالش‌زا ارزیابی کنند ممکن است بر هیجان و واکنش رویارویی آنها تأثیر بگذارد (فریدنبرگ، ۱۹۹۷).

۳- رویارویی یک فرایند پویا است که طی یک مواجهه‌ی خاص تغییر می‌کند. ارزیابی از موقعیت قبلی، آغاز یک عمل رویارویی است و پیامد تلاش‌های رویارویی، مرحله‌ای برای ارزیابی مجدد موقعیت و تعیین منبع رویارویی مورد نیاز است (فریدنبرگ، ۱۹۹۷؛ کندی مورونیومان<sup>۲۲</sup>، ۱۹۹۱).

### الگوی رویارویی لازاروس

الگوی لازاروس از رویارویی بر مبنای نظریه‌ی شناختی - پدیدار شناختی<sup>۲۳</sup> است و به عنوان یک نظریه‌ی شناختی تعاملی با اقتباس از مدل تعاملی فرد - محیط لوین<sup>۲۴</sup> (۱۹۳۰) بنا شده است (تنن و هرزبرگر<sup>۲۵</sup>، ۱۹۸۵؛ به نقل از فریدنبرگ، ۱۹۹۷). در این الگو (شکل ۲-۳) عنوان می‌شود رویارویی یک فرایند است که فرد و محیط در یک وضعیت پایداری از عمل و واکنش قرار دارند. فردی که تحت تأثیر محیط قرار می‌گیرد، به نوبه‌ی خود افراد و ... را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای مثال، دانش آموزی که از سرزنش‌های معلم به هم ریخته است، عمل وی را رد می‌کند و یا در تعامل همسالانش خجل و شرم‌منده می‌شود و یا از راه جلب توجه و ایجاد اختلال در فعالیت‌های کلامی، خود را سرگرم نموده و لذت می‌برد. با این عمل، معلم بیشتر عصبانی می‌شود. این تعامل فرد - محیط یک حالت پویا و پایداری بر مبنای مجموعه‌ی پیچیده‌ای از اعمال و واکنش‌ها است و به وسیله‌ی مجموعه‌ای از محرک‌ها و پاسخ‌ها احاطه شده است. این دیدگاه شناختی پویا در الگوی خطی S-O-R جایگزین شده است. در الگوی لازاروس بر ارزیابی‌های شناختی به عنوان یک مؤلفه‌ی اصلی از فرایند رویارویی تأکید می‌شود (فریدنبرگ، ۱۹۹۷).

ارزیابی در مرکز این الگو قرار دارد که طی یک فرایند ۳ مرحله‌ای صورت می‌گیرد:



شکل ۳-۲- الگوی رویارویی لازاروس (به نقل از فرید نبرگ، ۱۹۹۷)

دارد، فرد تلاش می کند تا با انجام عمل در محیط، ارتباط آسیب دیده‌ی فرد - محیط را تغییر دهد. این روش شامل فعالیت‌هایی است که به طور مستقیم بر تغییر عناصر فشارزای محیط متمرکز می‌شود (ادواردز، باکلیونی و کوپر<sup>۱۸</sup>، ۱۹۹۸؛ گارو روشی یر، ۱۹۹۴؛ بتریکس و چری، ۲۰۰۱؛ رازک<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۵؛ وانگ و چانگ، ۲۰۰۵؛ تورنتون و همکاران<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۵؛ کاریو و

لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) اظهار نمودند که اثرات رویارویی از طریق دو شیوه‌ی عملکرد اصلی به انجام می‌رسد:

- (۱) رویارویی متمرکز بر مسأله
  - (۲) رویارویی متمرکز بر هیجان (وانگ و چانگ، ۲۰۰۵)
- در رویارویی متمرکز بر مسأله که رویارویی فعال نام

هستند، مانند انواع مسائل مربوط به سلامت جسمانی، استفاده‌ی بیشتری دارد (فلتون و همکاران، ۱۹۸۴؛ تایلور، ۱۹۹۱؛ پیاتریکس و چری، ۲۰۰۱؛ کیلبر، ۲۰۰۵؛ لیونه و آنتوناک، ۲۰۰۵). راهبردهای رویارویی متمرکز بر هیجان با سطوح بالاتری از پریشانی‌های روان‌شناختی (افزایش خلق منفی)، مشکلاتی در پذیرش خود و عموماً سازگاری ضعیف با بیماری‌های مزمن و ناتوانی همراه است (زیدنر، واندلر، ۱۹۹۶؛ کاترین و مک آرتور، ۱۹۹۸؛ گیلبر، ۲۰۰۵؛ لیونه و آنتوناک، ۲۰۰۵). در کل مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که هم رویارویی متمرکز بر مسأله و هم رویارویی متمرکز بر هیجان، هنگامی که کودکان و نوجوانان تلاش می‌کنند تا با فشارزها برخورد کنند، سودمند است (فواتای<sup>۳۵</sup> و سون اسکاستر<sup>۳۶</sup>، ۲۰۰۱؛ روت<sup>۳۷</sup>، ۲۰۰۲؛ سیفگی و کرنکی<sup>۳۸</sup>، ۱۹۹۲). اما رویارویی متمرکز بر مسأله در مقایسه با رویارویی متمرکز بر هیجان بر حسب سطوح عملکردی و واکنش در یک موقعیت فشارزا مؤثرتر است (زیدنر، ۱۹۹۵؛ زیدنر و بن زوار<sup>۳۹</sup>، ۱۹۹۴).

**در رویارویی متمرکز بر مسأله**  
 که رویارویی فعال نام دارد، فرد تلاش می‌کند  
 تا با انجام عمل در محیط، ارتباط آسیب‌دیده‌ی  
 فرد - محیط را تغییر دهد

آیرس<sup>۴۰</sup> با استفاده از تحلیل عوامل تأییدی الگوهای مختلفی از راهبردهای رویارویی مانند رویارویی متمرکز بر مسأله در مقابل رویارویی متمرکز بر هیجان (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴) و الگوی گرایشی در تعامل اجتنابی<sup>۴۱</sup> (بیلینگ و موس، ۱۹۸۱) را روی گروهی از کودکان ۹ تا ۱۲ سال در جمعیت کلی مورد آزمون قرار داد و یک

هیمن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). جستجوی اطلاعات، حل مسأله، برنامه ریزی و جستجوی حمایت اجتماعی، گسترش و تقویت ارتباط با مذهب، ایجاد روابط بین فردی جدید نمونه‌هایی از این نوع راهبرد هستند (توین و همکاران<sup>۳۲</sup>، ۱۹۸۹). این گروه از راهبردهای رویارویی در برخورد با مسائلی که بالقوه قابل کنترل است مانند مسائل مرتبط با کار و تحصیل و مسائل مرتبط با خانواده استفاده‌ی بیشتری دارد و کمتر در مواجهه با نگرانی‌های مربوط به سلامتی فرد مورد علاقه استفاده می‌شود (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۸؛ تایلور<sup>۳۳</sup>، ۱۹۹۱؛ گیلبار، ۲۰۰۵؛ لیونه و آنتوناک، ۲۰۰۵). راهبردهای رویارویی متمرکز بر مسأله با سطوح بالاتری از سلامت روانی و جسمانی، پذیرش شرایط و سازگاری موفقیت‌آمیز با بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌ها همراه است (کاترین و مک آرتور، ۱۹۹۸؛ بنزو، گیلبر و لیو<sup>۳۴</sup>، ۲۰۰۱؛ گیلبار، ۲۰۰۵؛ لیونه و آنتوناک، ۲۰۰۵).

در رویارویی متمرکز بر هیجان که رویارویی اجتنابی نام دارد، فرد تلاش می‌کند تا پیامدهای هیجانی فشارزها یا رویدادهای بالقوه فشارزا را تنظیم کند، زیرا خود موقعیت غیرقابل تغییر ارزیابی می‌شود. این روش شامل فعالیت‌هایی است که بیشتر بر تغییر واکنش‌های درونی فرد که ناشی از موقعیت فشارزا است، تمرکز می‌کند (ادواردز، باکلیونی و کوپر، ۱۹۹۰؛ کارو روشی، ۱۹۹۴؛ هیوسون، ۱۹۹۷؛ زید نرو و اندلر، ۱۹۹۷؛ فرید، نبرگ، ۱۹۹۷؛ هواس، ۱۹۹۸؛ کاترین و مک آرتور، ۱۹۹۸؛ چانگ، ۱۹۹۸؛ بتریکس و چری، ۲۰۰۱).

افکار آرزومندانه، سرزنش خود و دیگران، گریه کردن، پناه بردن به استفاده از مواد و مشروبات الکلی و داد و فریاد زدن نمونه‌هایی از این نوع راهبرد هستند (توین و همکاران، ۱۹۸۹). این گروه از راهبردهای رویارویی در برخورد با فشارزهایی که کمتر قابل کنترل

فعالیت‌های جسمانی (مانند دوچرخه سواری) (سندلر، ۱۹۹۴).

الگوی ۴ بعدی شامل رویارویی فعال، حواس پرتی<sup>۴۲</sup> اجتنابی و حمایت اجتماعی را استخراج نمود. هر یک از این ۴ بعد اصلی دارای ابعاد فرعی هستند:

### ۳) راهبرد رویارویی اجتنابی

پاسخ‌هایی هستند که فرد را به سمت فعالیت‌هایی چون الکل یا حالت‌های ذهنی (مانند گوشه‌گیری) سوق داده و مانع تفکر و شناسایی مستقیم رویداد فشارزا می‌شوند (کاترین و مک آرتور، ۱۹۹۸). راهبرد رویارویی اجتنابی از ۲ بعد فرعی تشکیل شده که به شرح زیر است:

۱-۳- پرهیز شناختی<sup>۴۹</sup>: پرهیز از تفکر در مورد مسئله با استفاده از تفکرات آرزومندانه یا تصویرسازی در مورد مسئله به شیوه‌ای بهتر (مانند خارج کردن آن از ذهن).  
۲-۳- پرهیز رفتاری<sup>۵۰</sup>: تلاش‌هایی برای پرهیز از مسئله از راه دور شدن از آن، یا ترک آن (مانند دور شدن از چیزهایی که احساس فرد را آشفته می‌کند).

### ۴) راهبرد رویارویی حمایت اجتماعی

فعالیت‌هایی هستند که فرد را برای حل مسئله یا بازگو نمودن احساسات به سمت دیگران سوق می‌دهد. این راهبرد از ۲ بعد فرعی تشکیل شده که به شرح زیر است:

۱-۴- حمایت متمرکز بر مسئله<sup>۵۱</sup>: درگیر نمودن افراد دیگر به عنوان منابعی برای کمک به کودک به منظور جستجوی راه حلی برای مسئله (مانند صحبت کردن با فردی که بتواند کودک را در پیدا کردن راه حل‌های بهتریاری دهد) (سندلر، ۱۹۹۴).  
۲-۴- حمایت متمرکز بر هیجان<sup>۵۲</sup>: درگیر نمودن افراد دیگر برای گوش دادن به احساسات کودک در مورد مسئله یا درک وی برای کمک به کم کردن آشفتگی او مانند صحبت کردن در مورد احساسات با پدر و مادر.

### ۱) راهبرد رویارویی فعال

پاسخ‌هایی هستند که به منظور تغییر ماهیت فشارزاهای چگونگی تفکر فرد در مورد آن طراحی شده است (کاترین و مک آرتور، ۱۹۹۸). رویارویی فعال از ۴ بعد فرعی تشکیل شده که شامل موارد زیر است:

۱-۱- تصمیم‌گیری شناختی<sup>۴۳</sup>: برنامه ریزی ذهنی یا تفکر در باره شیوه‌های حل مسئله (مانند تفکر در مورد کاری که فرد می‌تواند برای حل مسئله انجام دهد).  
۲-۱- حل مسئله به طور مستقیم<sup>۴۴</sup>: تلاش‌هایی برای بهبود موقعیت مسئله وار (مانند انجام کارهایی که وضعیت را بهتر می‌کند)  
۳-۱- در پی درک مسئله بودن<sup>۴۵</sup>: تلاش‌هایی جهت پیدا کردن معنایی برای یک موقعیت مسئله وار یا سعی در درک بهتر آن.

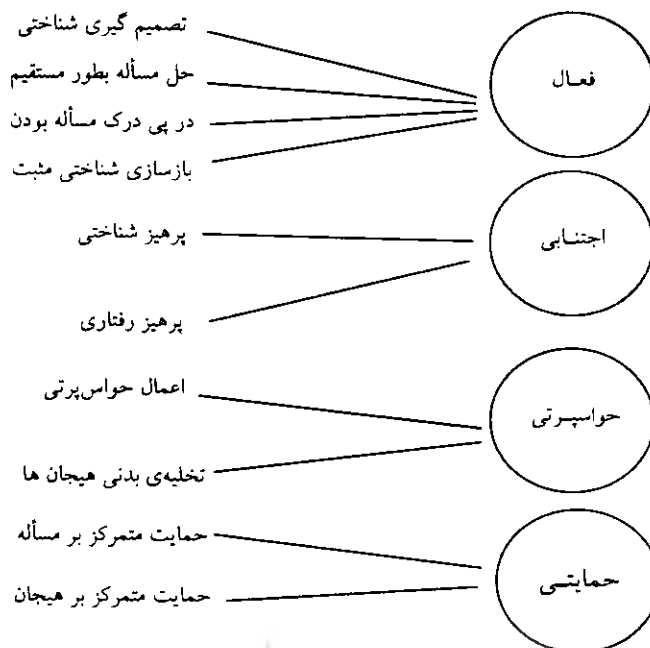
۴-۱- بازسازی شناختی مثبت<sup>۴۶</sup>: تفکر در مورد مسئله به شیوه ای مثبت، به حداقل رساندن مسئله یا پیامدهای آن (مانند تفکر در مورد چیزهای خوب و مطلوب زندگی).

### ۲) راهبرد رویارویی حواس‌پرتی

برخی فعالیت‌های مناسب هستند که ذهن فرد را از فشارزاهای دور می‌کنند. راهبرد رویارویی حواس‌پرتی از ۲ بعد فرعی تشکیل شده که به شرح زیر است:

۱-۲- پرت کردن حواس<sup>۴۷</sup>: پرهیز از تفکر در مورد مسئله از راه استفاده از محرک‌های حواس‌پرتی، سرگرم کننده یا برخی دیگر از فعالیت‌ها (مانند تماشای تلویزیون).  
۲-۲- تخلیه‌ی بدنی هیجان‌ها<sup>۴۸</sup>: تلاش‌هایی برای کار کردن به دور از احساسات فشارزا از راه بازی یا دیگر





شکل ۴-۲ الگوی چهار عاملی روش‌های رویارویی آیرس و همکاران (۱۹۹۹)

روانی و جسمانی کمتری مبتلا شده و کمتر از کار باز می‌مانند.

فلتون و وستون<sup>۵۴</sup> (۱۹۹۷؛ به نقل از فولکمن، ۲۰۰۲) در مطالعات خود دریافتند که روش رویارویی اجتنابی به پریشانی و افزایش خلق افسرده منجر شده و این امر به نوبه‌ی خود گرایش فرد را به سمت خلق افسرده افزایش می‌دهد. این چرخه می‌تواند با تکیه‌ی کمتر به روش رویارویی اجتنابی که ناسازگارانه است و افزایش استفاده از رویارویی متمرکز بر مسأله و راهبردهایی برای تنظیم مجدد و یا ارزیابی مجدد موقعیت پایان یابد.

الدوین و ریوستون<sup>۵۵</sup> (۱۹۸۷) نیز در یک زمینه‌یابی طولی دریافتند افرادی که سلامت روان کمتری دارند و تحت فشار بیشتری هستند، به سمت راهبردهایی گرایش دارند که به سازگاری کمتری منجر می‌شود (مانند فرار از موقعیت یا تمایل به انزوا) و این روش‌های رویارویی مجدداً سلامت روان آنها را که به سطح نشانه‌های قبلی و

به لحاظ عملی غیرممکن است که از رویدادهای زندگی روزمره و رویارویی با فشارها پرهیز کنیم، زیرا:

۱. فشار روانی در همه جای زندگی ما وجود دارد.
۲. فشار روانی می‌تواند به سلامت ما آسیب بزند.
۳. این تأثیرات آسیب‌زا در صورت استفاده از روش‌های رویارویی درست می‌تواند کاهش یافته یا از بین برود (فولکمن، ۲۰۰۲).

آدلر و ماتیوس<sup>۵۳</sup> (۱۹۹۴؛ به نقل از فولکمن، ۲۰۰۲) اظهار نمودند شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد فشار می‌تواند آسیب‌پذیری نسبت به مسائل و سلامت جسمانی و روانی را افزایش دهد. به همان اندازه که فشار می‌تواند چنین واکنش‌هایی را به دنبال داشته باشد، در صورت یادگیری چگونگی رویارویی صحیح با آن می‌تواند کم اثر شود. بر همین اساس، افرادی که با فشار به نحو درستی مقابله می‌کنند در مقایسه با افرادی که مقابله‌ی صحیحی ندارند، به بیماری‌های

به دامنه‌ی وسیعی از ارتباطات بین فردی معنادار اطلاق می‌شود که عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کاپلان، ۱۹۷۴؛ به نقل از فریدنبرگ، ۱۹۹۷).

### ۳) تفاوت‌های فردی

یکی از عوامل مؤثر دیگر بر منابع رویارویی کودکان تفاوت‌های فردی آنها است. در این زمینه می‌توان به خلق و خو، خوش بینی و بدبینی، عزت نفس، خودپنداره، موضع کنترل، فرهنگ، مذهب، جنس و سن اشاره نمود (فریدنبرگ، ۱۹۹۷؛ تایلور و براون<sup>۶۰</sup>، ۱۹۹۸؛ به نقل از اسپین وال<sup>۶۱</sup> و پیلور، ۱۹۹۲؛ کارسون وینتر، ۱۹۹۴).

سن: یکی از مهمترین عواملی که بر چگونگی رویارویی کودکان با فشارهای روانی و هم چنین میزان آسیب پذیری آنان تأثیر می‌گذارد، سن است (کارسون و سوان سون<sup>۶۲</sup>، ۱۹۹۲). به نظر روان شناسان تحولی در گستره‌ی تحول سنی، فعالیت‌های ذهنی چون تفکر، استدلال، ادراک و حل مسأله رشد یافته و به موجود زنده این امکان را می‌دهد تا از محیط بیاموزد و مشکلات خود را در محیط تازه حل کند (مایر، سالوی و کاروسو<sup>۶۳</sup>، ۱۹۹۷). از نظر آنان کودکان، نوجوانان و بزرگسالان در هر مرحله از رشد در بخشی از رشد و نمو شناختی، فیزیکی و روانی قرار دارند (زیدنر و اندلر، ۱۹۹۹) که موجب می‌شود با مراحل متفاوت فضای زندگی به گونه‌های متفاوتی نیز رویارو شوند (فریدنبرگ، ۱۹۹۷). شواهد بسیاری وجود دارد که نشان می‌دهد میزان استفاده از رویارویی متمرکز بر مسأله با بالا رفتن سن کاهش می‌یابد (کامپاس، مال کارنی<sup>۶۴</sup>، فونداکارو<sup>۶۵</sup>؛ فریدنبرگ و لیواس، ۱۹۹۳؛ سیفگی - کرنک و شولمان، ۱۹۹۰؛ به نقل از فریدنبرگ، ۱۹۷۷). در حالی که رویارویی متمرکز بر هیجان با بالا رفتن

میزان فشار وابسته است، تحت تأثیر قرار می‌دهد. نتایج پژوهش لی ولارسون<sup>۵۶</sup> (۱۹۹۶) نشان داد راهبردهای رویارویی مسأله محور و جستجوی اطلاعات با کاهش افسردگی و راهبردهای رویارویی منطبق با تخلیه‌ی هیجانی با افزایش شکایت‌های جسمانی ارتباط دارد.

به نظر بسیاری از پژوهشگران که شکل‌گیری راهبردهای رویارویی در کودکان تحت تأثیر عوامل متعددی است که این عوامل در سه طبقه‌ی عمده قرار می‌گیرد:

۱) شرایط خانوادگی

۲) حمایت اجتماعی

۳) تفاوت‌های فردی (فریدنبرگ، ۱۹۹۷)

### ۱) شرایط خانوادگی

خانواده مهمترین سازمانی است که فرایند راهبردهای رویارویی کودکان در آن شکل می‌گیرد (کامپاس و درشام، ۱۹۹۲؛ به نقل از کلیور، فیرنو<sup>۵۷</sup> و میلر<sup>۵۸</sup>، ۱۹۹۶).

در نظریه‌ی یادگیری اجتماعی بندورا<sup>۵۹</sup> (۱۹۹۷)؛ به نقل از فریدنبرگ، ۱۹۹۰) عنوان می‌شود که کودکان و نوجوانان از راه مشاهده‌ی پاداش‌ها و تقویت‌های دریافت شده از جانب والدین (تقویت جانشین) رفتارهای جدید را کسب می‌کنند. تأثیرات رفتارهای والدین بر روش‌های رویارویی کودکان در زمینه‌های زیر نمایان است (فریدنبرگ، ۱۹۹۷):

۱-۱- سبک رفتار والدین

۱-۲- وجود مسائل و مشکلات روانی در والدین

### ۲) حمایت اجتماعی

یکی از عواملی که به نحو قابل ملاحظه‌ای به عنوان شاخصی از سلامت در نظر گرفته می‌شود، حمایت اجتماعی است (فریدنبرگ، ۱۹۹۷). حمایت اجتماعی



فشارهایشان کمتر سودمند می‌دانند و در مقابل، از نظر آنان سودمندی راهبردهایی چون حمایت اجتماعی و فعالیت‌های شناختی بیشتر است.

- در مطالعه‌ی دیگری که به وسیله‌ی فارل<sup>۶۸</sup> (۱۹۹۳)؛ به نقل از فرید نبرگ، (۱۹۹۷) بر روی نوجوانان سال هفتم (۱۲ تا ۱۳ ساله) و سال یازدهم (۱۶ تا ۱۷ ساله) انجام گرفت، نتایج نشان داد دانش آموزان سال هفتم در مقایسه با دانش آموزان سال یازدهم از حمایت اجتماعی، ابراز احساسات، اعمال اجتماعی، نادیده گرفتن مسائل، گرفتن کمک از دیگران بیشتر استفاده می‌نمودند.

- در مطالعه‌ی دیگری که به وسیله‌ی کامپاس، مالکارنی و فونداکارو (۱۹۸۸) و بوکارتس (۱۹۹۳، ۱۹۹۴)؛ به نقل از زیدنر و اندلر، (۱۹۹۷) انجام شد، نتایج نشان داد واکنش کودکان در مقایسه با نوجوانان در برابر فشارزاهای تحصیلی متفاوت است. نوجوانان در پاسخ به فشارزاهای تحصیلی بیشتر بر راهبردهای متمرکز بر هیجان تمرکز می‌کنند، در حالی که کودکان از راهبردهای متمرکز بر مسئله استفاده‌ی بیشتری دارند.

اسپیواک و شوری<sup>۶۹</sup> (۱۹۸۲) در یکی از مطالعات خود دریافتند که توانایی در تولید راه‌حل‌های مختلف بین ۴ تا ۵ سالگی نمایان می‌شود، در حالی که مهارت‌هایی چون حساسیت نسبت به مسائل اجتماعی، نقش‌گزاری، پیش‌بینی پیامدهای اعمال شخصی و اجتماعی و استدلال‌های مبتنی بر علت و استدلال‌های اجتماعی بین ۸ تا ۱۰ سالگی ظاهر می‌شود.

التشولرو روبل (۱۹۸۹) در مطالعه‌ای نشان دادند با افزایش سن، کودکان به راهبردهای بیشتری دست می‌یابند. آنان ۳ گروه از کودکان ۵ تا ۱۲ ساله را مورد مطالعه قرار دادند و دریافتند که سردرگمی و پریشانی شناختی در کودکان جوان‌تر کمتر از کودکان بزرگتر است. اما سردرگمی رفتاری و استفاده از راهبرد اجتنابی

سن افزایش می‌یابد (کامپاس، مالکارنی و فونداکارو، ۱۹۸۸؛ فریدنبرگ و لیواس، ۱۹۹۳)؛ به نقل از فریدنبرگ، (۱۹۹۷). در زمینه‌ی تحول راهبردهای رویارویی در گستره‌ی سنی مطالعات متعددی انجام گرفته که در زیر به آنها اشاره می‌شود.

- در مطالعه‌ای که به وسیله‌ی ناپ، استارک، کورکیان و اسپیرتو<sup>۶۶</sup> (۱۹۹۱) بر مبنای مدل رویارویی تعاملی لازاروس و فولکمن انجام گرفت، نتایج نشان داد رشد پاسخ‌های کودکان به رویدادهای فشارزا در سرتاسر دوره‌ی رشدشان تداوم می‌یابد. در این مطالعه‌ی طولی نشان داده شده که کودکان عمدتاً بر راهبردهای رفتاری و راهبردهای متمرکز بر مسئله تکیه می‌کنند، در حالی که نوجوانان تمایل دارند از راهبردهای شناختی و متمرکز بر هیجان استفاده کنند.

- کامینگز و همکاران<sup>۶۷</sup> (۱۹۹۱)؛ به نقل از اسکندری، (۱۳۸۲) در مطالعه‌ای میزان استفاده از سه نوع راهبرد رویارویی بین کودکان دوره‌ی ابتدایی و نوجوانان دوره‌ی متوسطه را مقایسه نمودند. نتایج نشان داد که نوجوانان دوره‌ی متوسطه به هنگام پاسخگویی به محرک‌های فشارزا در مدرسه (انجام تکالیف مدرسه و پیشرفت، ارتباط با همسالان) بیشتر از راهبردهای رویارویی حواس‌پرتی و تخلیه استفاده می‌نمودند، در حالی که کودکان دوره‌ی ابتدایی بیشتر به طور مستقیم عمل می‌کردند.

- مطالعه‌ی دیگری به وسیله‌ی رایان (۱۹۸۹) بر روی ۱۰۳ کودک ۸ تا ۱۲ ساله‌ی مدرسه رو انجام گرفت که نتایج نشان داد فراوانی استفاده از راهبردهای رویارویی در سنین مختلف متفاوت است. وی اظهار نمود که مبنای این تفاوت، درک کودکان از سودمندی و عدم سودمندی راهبردها است. چنانچه این گروه از کودکان پرخاشگری کلامی و رفتارهای هیجانی را در کاهش

نقص شنوایی و اختلالات یادگیری هستند، احتمالاً ناسازگاری‌های اجتماعی بیشتری از خود بروز می‌دهند. این امر در بین کودکان نابینا نیز صادق است. مدارک زیادی درباره‌ی این که افراد مبتلا به آسیب بینایی در مقایسه با همسالان بینای خود سازگاری کمتری از خود نشان می‌دهند، وجود دارد. علاوه بر آسیب‌های بینایی و شنوایی معلولیت جسمی نیز منشأ ناراحتی‌های روانی زیادی است. در همه‌ی این موارد، عدم پذیرش آنان از جانب افراد عادی می‌تواند آنان را در کسب مهارت‌های اجتماعی و رویارویی دچار مشکل کند و منجر به ناسازگاری‌های اجتماعی شود. چرا که نگرانی اصلی این گروه از کودکان در زمینه‌ی امنیت و حرکت است (هالاها و کافمن، ترجمه جوادیان، ۱۳۷۲).

## ۲) کودکان دارای مشکلات یادگیری

به گفته‌ی مسترز<sup>۷۰</sup> و همکاران (۱۹۹۳) کودکان مبتلا به مشکلات یادگیری از نظر شیوه‌های حل مسأله، مهارت‌های تصمیم‌گیری و راهبردهای سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی دچار ضعف هستند. این کودکان مجموعه‌ی کوچکی از راهبردهای رویارویی را مورد استفاده قرار می‌دهند و در به‌کارگیری راهبردهای رویارویی به صورت خشک و انعطاف‌ناپذیر عمل می‌کنند. این کودکان قادر نیستند با بهره‌گیری از راهبردهای رویارویی شناختی مناسب با موقعیت‌های اجتماعی مختلف سازگار شوند یا راهبردهایی را سازمان‌دهی کنند که منجر به پیشرفت آنها در اهداف اجتماعی شود (پاریل-برنستین<sup>۷۱</sup>، ۱۹۱۸؛ گریبر<sup>۷۲</sup>، ۱۹۸۳؛ الیوا و لاگرها<sup>۷۳</sup>، ۱۹۸۸؛ به نقل از شلومو<sup>۷۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۸). هیل<sup>۷۵</sup> (۱۹۹۶) به نقل از هال<sup>۷۶</sup> و همکاران، (۲۰۰۲)، یادآور شد که کودکان دارای مشکلات یادگیری فاقد راهبردهای رویارویی بین فردی هستند. بانکوسکی و

درین کودکان هر سه گروه به کرات قابل مشاهده است. بوکارتز (۱۹۹۴؛ به نقل از زیدنر و اندلر، ۱۹۹۷) رویارویی را در دانش‌آموزان ۱۰ تا ۱۲ ساله با دانش‌آموزان ۱۴ تا ۱۵ ساله مقایسه نمود. وی دریافت که همه‌ی دانش‌آموزان در رویارویی با فشارزاهای تحصیلی در مقایسه با فشارزاهای بین فردی، از راهبردهای رویارویی متمرکز بر مسأله استفاده‌ی بیشتری می‌کردند.

## راهبردهای رویارویی در گروه‌های مختلف کودکان دارای نیازهای ویژه

کودکان دارای نیازهای ویژه به هنگام مواجهه با یک فشار روانی معمولاً نشانه‌های خاصی را بروز می‌دهند و تمایل دارند که آنها را گسترش دهند. چهار دسته‌ی عمده از این گروه کودکان به شرح زیر هستند:

۱) کودکان دارای نقایص جسمی

۲) کودکان دارای مشکلات یادگیری

۳) کودکان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی

۴) کودکان دارای ناتوانی‌های هوشی

### ۱) کودکان دارای نقایص جسمی

کودکانی که ناتوانی‌های بینایی، شنوایی یا به‌طور کلی نقص جسمی دارند، با توجه به سطح رشدی‌شان نمی‌توانند درک کنند که چه اتفاقی افتاده است و هنگام رویارویی با فشارهای روانی ممکن است وحشت زده شوند (انجمن ملی روان‌شناسان مدرسه، ۲۰۰۱). پژوهش‌ها نشان داده است افراد ناشنوا دارای مشکلات بیشتری در زندگی هستند. مثلاً تعداد توقیف‌شدگان در بین آنان بیشتر است و از نظر روابط زناشویی، اجتماعی، شغلی با مسائل بیشتری مواجه هستند. شواهدی در دست است که نشان می‌دهد در حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد کودکان ناشنوا که دچار معلولیت‌های دیگری نظیر

لازاروس، ۱۹۸۱)، دیدگاه منفی آنان به عنوان حل کنندگان مسأله (ماگو و تاناکا - ماتسومی<sup>۷۹</sup>، ۱۹۹۳)، مهارت‌های حل مسأله اجتماعی کمتر رشد یافته (نزو<sup>۸۰</sup>، ۱۹۸۶)، گرایش بیشتر به احساس عدم کنترل پیامدهای خوب یا بد (میروسکی<sup>۸۱</sup>، ۱۹۹۰) و تجربه‌ی بیشتر رویدادهای فشارزا در زندگی است (میلینگر، کروتکیتی<sup>۸۲</sup> و موس، ۱۹۸۳). استفاده از راهبردهای رویارویی متمرکز بر مسأله به تمرکز، مهارت در تعریف مسأله و دستیابی به فهرستی از راهبردهای رویارویی مناسب برای اداره‌ی فشارزها و واکنش‌های هیجانی نیاز دارد (زیدنر و اندلر، ۱۹۹۷).

### کودکان دارای ناتوانی هوشی

کودکان ناتوان هوشی بیش از کودکان عادی تنوع شخصیتی و رفتاری نشان می‌دهند و دارای مشکلات عاطفی و رفتاری زیادی هستند (شریفی درآمدی، ۱۳۷۳). در بین کسانی که درباره خصوصیات شخصیتی ناتوانان هوشی تحقیق کرده‌اند، ادوارد زیگلر<sup>۸۳</sup> از سایرین بیشتر است. به نظر او، رفتار ناتوانان هوشی تنها به سبب پایین بودن میزان هوش به وجود نمی‌آید، بلکه علاوه بر هوش، عوامل شخصیتی انگیزه‌ای نیز در ایجاد آن نقش دارند (هالاها و کافمن<sup>۸۴</sup>، ترجمه جوادیان، ۱۳۷۲).

زیگلر معتقد است کودکان دارای ناتوانی هوشی به خاطر تجربه‌های ناخوش آیندی که دارند، میزان شکست‌هایشان به نحو چشم‌گیری افزایش می‌یابد و این شکست‌های پی در پی می‌تواند به انتخاب هدف‌های سطح پایین، درماندگی آموخته شده، تصور منفی از خود، عدم تمایل به سعی و کوشش و در کل بلوغ عاطفی و سازش یافتگی ضعیف منجر شود. احساس بی‌کفایتی و اعتماد به نفس پایین، عدم احترام به خود و

ویلو (۱۹۸۰؛ به نقل از ریڈیک و همکاران، ۱۹۹۹) معتقد بودند که این کودکان به هنگام شکست در مقایسه با کودکان عادی خود را بیشتر سرزنش می‌کنند و موفقیتشان را به شانس نسبت می‌دهند. آنها هم چنین دریافتند که کودکان نارساخوان انتظار موفقیت کمتری دارند و به شکست‌های خود بیشتر به شیوه‌ی منفی پاسخ می‌دهند.

### ۳) کودکان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی

همه‌ی مردم می‌دانند که راه‌هایی برای مواجهه با فشار روانی و جلوگیری از بروز مشکلات وجود دارد. در عین حال می‌دانند که فشار روانی و خودکشی به این حقیقت مرتبط است که ناتوانی در مواجهه با فشار روانی می‌تواند به افسردگی یا نومییدی منجر شود و در رویدادهای بسیار سخت به خودکشی بیانجامد (فریدنبرگ، ۱۹۹۷). در بین انواع اختلال‌های روانی افسردگی از مهمترین اختلال‌هایی است که پژوهش‌های زیادی در مورد آن انجام گرفته است. در توصیف افسردگی، رویارویی به عنوان یک متغیر مهم در نظر گرفته شده است. در بیشتر مطالعات چنین اذعان شده که کودکان و نوجوانان افسرده در مواجهه با رویدادها از راهبردهای متمرکز بر هیجان و رویارویی اجتنابی در مقایسه با راهبردهای متمرکز بر مسأله استفاده‌ی بیشتری می‌کنند. حمایت اجتماعی فیزیکی از راهبردهای رویارویی است که به عنوان سپری در برابر فشار روانی به کار برده می‌شود و بیشتر به وسیله‌ی دختران مورد استفاده قرار می‌گیرد (فریدنبرگ، ۱۹۹۷؛ زیدنر و اندلر، ۱۹۹۷). برخی از ویژگی‌های افراد افسرده در انتخاب راهبردهای رویارویی آنها مؤثر است. این ویژگی‌ها شامل خلق و اشتغالات افراد افسرده (اندلر و پارکر<sup>۷۷</sup>، ۱۹۹۰)، مشکلات در تصمیم‌گیری (کوینی<sup>۷۸</sup>، آلدوین و

نقل از سارنی، ۱۹۹۹).

بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند بروز مشکلات پرخاشگری، اختلالات اضطرابی و افسردگی در افراد مبتلا به ناتوانی هوشی به دلیل نارسایی‌های شناختی و گرایش طبیعی آنان به اسناد رفتار به عوامل بیرونی بیشتر است (راینسون و همکاران، ترجمه ماهر، ۱۳۸۰؛ بنی جمالی واحدی، ۱۳۷۳؛ شریفی در آمدی، ۱۳۷۳، ۱۳۷۴).

در واقع این کودکان به دلیل نارسایی‌های موجود در مهارت‌های شناختی و اجتماعی و ادراک‌های نادرست از موقعیت‌ها و رویدادهای فشارزا، در حل مسأله و تصمیم‌گیری ناتوان ظاهر شده و رفتار نامناسب از خود نشان می‌دهند (هین<sup>۸۹</sup>، ۱۹۹۶). از طرفی آنان به هنگام رویارویی با فشارهای روانی، بیشتر براساس مشاهده و هیجان‌های بزرگسالان و همسالان پاسخ می‌دهند (انجمن علمی روان‌شناسان مدرسه<sup>۹۰</sup>، ۲۰۰۱). واکنش‌های کودکان دارای ناتوانی هوشی (همانند کودکان عادی) به رویدادها و حوادث بر اساس عواملی چون سن و توانایی‌ها و تجربیاتشان متغیر است. این واکنش‌ها به شیوه‌هایی صورت می‌گیرد که قابل پیش‌بینی بوده و در گروه‌های سنی مختلف به ترتیب زیر نشان داده می‌شود که در صورت عدم تجربه‌ی آسیب و از دست دادن یکی از اعضای خانواده یا سایر آسیب‌ها با فاصله‌ی چند ماه قابل مشاهده است. این واکنش‌ها به همان صورت که در کودکان عادی دیده می‌شود، در کودکان دارای کم‌توانی هوشی نیز نمایان است:

**کودکان ۲ تا ۵ ساله:** در این سنین مواردی چون آشفتگی در خواب، مشکلات جدایی از والدین، نق‌نق کردن، سردرگمی، ترس‌های ایمنی، نشانه‌های جسمانی (در دوره)، واکنش‌های ناگهانی و شدید به صدای بلند و نمایش مجدد رویدادها از راه بازی قابل ملاحظه است.

عزت نفس پایین، از مهمترین ویژگی‌های شخصیتی کودکان دارای ناتوانی هوشی است (شریفی در آمدی، ۱۳۷۳) که سازگاری فردی و اجتماعی آنان را مختل می‌سازد و به دلیل همین کاستی و بسی‌کفایتی در سازگاری فردی و اجتماعی، در پرداختن به چالش‌های زندگی نیز ناتوان ظاهر می‌شوند (گرهارت و همکاران<sup>۸۵</sup>، ۱۹۸۶؛ پیکاس<sup>۸۶</sup> و فریدمن، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند زندگی کودکان دارای ناتوانی هوشی از طرف نیروهای بیرونی کنترل می‌شود. به نظر آنها آنچه برایشان اتفاق می‌افتد جنبه‌ی شانس و اتفاق دارد و آنان خود قادر به تغییر اوضاع نمی‌باشند (هالاها و کافمن، ترجمه جوادیان، ۱۳۷۲). ویز<sup>۸۷</sup> (۱۹۸۱) به نقل از هالاها و کافمن، ترجمه جوادیان، ۱۳۷۲ دریافت افراد دارای ناتوانی هوشی اعتقادی به این ندارند که می‌توانند بر سرنوشت خود کنترل داشته باشند. آنها معتقدند که زندگی‌شان از طرف نیروهای خارجی کنترل می‌شود. به نظر وی افراد ناتوان هوشی در برخورد با مسأله‌ای که قادر به حل آن نیستند، به زودی دلسرد شده و کوشش خود را متوقف می‌سازند. آنها کوششی در راه حل مسأله از خود نشان نمی‌دهند، از دیگر دانش‌آموزان کمک نمی‌گیرند و هیچ‌گونه راهی را جستجو نمی‌کنند. بر این اساس گفته می‌شود کودکان دارای ناتوانی هوشی برون‌مدار و فاقد منبع کنترل درونی هستند و منابع انگیزش آنها تابع عوامل تقویت‌کننده و امکانات بیرون از کودک است. یعنی نقطه ثقل شخصیت کودک دارای ناتوانی هوشی بیرون از وجود وی می‌باشد (شریفی در آمدی، ۱۳۷۳).

این اسناد شکست به عوامل بیرونی و عدم درک درست موقعیت‌ها، منجر به تجربه‌های بعدی شکست، دریافت بازخوردهای منفی بیشتر و تجربه‌ی فشارهای روانی و اضطراب بیشتر می‌شود (مارکوس<sup>۸۸</sup>، ۱۹۹۰؛ به

نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله : مواردی چون غمگینی، از کوره در رفتن، خطر کردن، سوء مصرف از داروها، مشکلات خواب و خوردن، عصبانیت، تلافی کردن، افزایش احساسات پوچی، تغییر گروه‌های همسالان و تمرکز بر مسئله‌ی مرگ قابل ملاحظه است (گروه بهداشت روانی و خدمات انسانی<sup>۹۱</sup>، ۲۰۰۵).

کودکان ۵ تا ۱۱ ساله (مدرسه رو) : مواردی چون نگرانی در مورد از دست دادن افراد مورد علاقه، توجه به واکنش‌های بزرگسالان، گوشه‌گیری یا فعالیت بیش از حد، بازی تکراری، تمرکز و عملکرد ضعیف در مدرسه، آشفتگی‌های خواب و کابوس، عقاید جادویی برای از بین بردن اعمال ترسناک قابل ملاحظه است.

#### زیر نویس ها :

1. Development
2. Drever
3. Tension
4. Goleman
5. Patton
6. Naughton
7. Lazarus
8. Wang & chang yeh
9. Frydenberg
10. Hohaus
11. Folkman
12. Salovy & etal
13. Mayer
14. Hewson
15. Erickson & et
16. Carson &
17. Zeidner & Andler
18. Catherin & Mac arthur
19. Betarix & chery
20. Moskowitz
21. Gilbar
22. Context bound
23. Kennedy – More & new man
24. Cognitive-Phenomenological
25. Lewin
26. Tennen & Herzberger
27. Secondary appraisal
28. re appraisal
29. Edwards, Baglioni & Cooper
30. Ruzek
31. Thornton & etal
32. Kariv Heimam
33. Tobin & etal
34. Taylor
35. Lev
36. Fuatai
37. Soon- schuster
38. Ruth
39. Seiffge- krenke
40. Ben- zur
41. Ayers
42. Avidance
43. Distraction
44. Cognitive decision making
45. Direct problem solving
46. Seeking understanding
47. Positive cognitive restructuring
48. Distracting action
49. Physical release of emotion
50. Cognitive avoidance
51. Action avoidance
52. Problem focused support
53. Emotion focused support
54. Voston
55. Aldwin & Revenson
56. Lee & Lorrson
57. Fearnow
58. Miler
59. Bandura
60. Brown
61. Aspin wall
62. Carson & swanson
63. Carolso
64. Malcarne
65. Fondacara
66. Knapp, stark, karkyion & spirito
67. Kamingez & et.al
68. Farrell
69. Spivack & shure
70. Masters

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| 71. Parrill - Burnstein    | 82. Cronkite                                 |
| 72. Gerber                 | 83. Zigler                                   |
| 73. Oliva & Lagreca        | 84. Kaufman                                  |
| 74. Shlomo                 | 85. Grehart & et.al                          |
| 75. Hill                   | 86. Pickus                                   |
| 76. Hall                   | 87. Weiz                                     |
| 77. Parker                 | 88. Markus                                   |
| 78. Coyne                  | 89. Hein                                     |
| 79. Mago, Tanaka & matsumi | 90. National Association & school psychology |
| 80. Nezu                   | 91. Department & Health & Human services     |
| 81. Mirowsky               |  |

## منابع:

- اسکندری، اعظم (۱۳۸۲). مقایسه راهبردهای رویارویی بین کودکان هنجار و کودکان با مشکلات یادگیری برای مقابله با فشارهای روانی به ویژه عصبانیت. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز
- بنی جمالی، شکوه السادات؛ احدی، حسن (۱۳۷۳). *بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی*. تهران: نشر نی.
- پتن، پاتریشیا. (بی تا). *هوش عاطفی هنر برقراری روابط درامی به سوی سعادت و شادکامی*. (ترجمه‌ی جواد شافی مقدم و نیره ایجادی ۱۳۷۹). تهران: انتشارات پل.
- ریو، جان مارشال (بی تا). *انگیزش و هیجان*. (ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۳۷۶)، تهران: انتشارات جیحون.
- راینسون، نانسی ام؛ راینسون، هالبرت بی. (بی تا). *کودک عقب مانده ذهنی*. (ترجمه‌ی فرهاد ماهر، ۱۳۶۶). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- شعاری نژاد، علی اکبر (۱۳۷۳). *روان شناسی رشد*. تهران: انتشارات اطلاعات.
- شریفی درآمدی، پرویز (۱۳۷۷). *کودک عقب مانده‌ی ذهنی*. اصفهان: نشر فدن.
- هالاها، دانیل جی؛ کافمن، جیمز ام. (بی تا). *کودکان استثنایی*. (ترجمه‌ی مجتبی جوادیان، ۱۳۷۲) مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- Aldwin, C. M & Revenson, P. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of personality and social psychology*, 53, No. z.
- Adoption library. (2004). *Children who are mentally retarded*.
- Ayers, P. S. (1998). *A dispositional and situational assessment of children's coping: Testing alternative theoretical models (Doctoral) dissertation*. Arizona state university, (1997).
- Aris totle. (1985). *Nichoma chean ethics* (T.Irwin, Trans), Indianapolis, IN: Hackett.
- Aysan, F. Thompson, D & Hamarat, E. (2001). Test anxiety, coping
- Altshuler, J & Ruble, D. (1989). *Developmental changes in children's*
- Awareness of strategies for coping with uncontrollable stress. *Journal chide Development*, 60.
- American Association on mental Retardation. (2001). *Definition of mental Retardation, Washington, DC*.
- Billings, A.G & Moos, R. H. (1981). *The role of coping responses and Social resources in attenuating the stress of life events*. *Journal of Behavioral medicine*, 4.
- Ben- Zur, H., Gilbar, O & Ler, s. (2001). Coping with breast cancer, Patient, spouse and dyad models. *psychosomatic medicine*, 63, No.1.
- Beatrix .B & chery, d.R. (2001). work- family interaction strain: coping Strategies used by successful women in the public, *South African Journal of psychology*, 31, no.4.
- Bramson, R. M. (1981). Coping with difficult people. Garden city. Ny: Doubleday.



- Carson, D & swanson, D. M. (1992). Stress and coping as predictors Of yours children's development and psychosocial adjustment. *Child study journal* . 24, No.4.
- Chang, E.G.(1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment.*Journal of personality and Social psychology*, 74, No.4.
- Carson, D., Bittner, M.T. (1994). Temperament and school-aged Children's coping abilities and responses to stress. *Journal of Genetic psychology*, 155, no.3.
- Carrer, c.s., Scheier, M.F. (1994). situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of personality and social Psychology*, 66, No. 7.
- Compas, B.E., Malcarne, v., & Fondacara, K.M.(1988). coping with Stressful Events in older children and young adolescents. *Journal Of consulting and clinical psychology*, 56, No.3.
- Edwards, J.R., Baglioni, A.J & cooper, C.L. (1990). stress, Type- A, Coping, and psychological and physical symp toms : A multi-Sample test of alternative models. *Human Relations*, 43.
- Erickson, s., Feldman, s.s & Steiner. H. (1997). Defense reaction And coping strategies in normal adolescents. *child psychiatry And human development*, 28, No. 1.
- Fuatai, L & soon. Schuster, F. (2001). *Anxiety, stress and coping Strategies among university of south pacific students. pacific Health dialog : A publication of the pacific Basin officers Training program and the Fiji school of medicine*, No.1.
- Folkman, s & Lazarus, R.S. (1988). *ways of coping questionnaire :Permission set, manual, test booklet, scoring key [ Research Edition ]*. California : mind Garden Psychological Bulletin, 117.
- Folkman, s. (2002).  *coping and health*. Department of medicine and Center for AIDS prevention studies, university of California - San Francisco.
- Felton, B.J., Revenson, T. A & Hinrichsen, G. A. (1984). stress and Coping in the explanation of psychological adjustment among Chronically ill adults. *Journal of social science*, 18, No. 10.
- Folkman, s & Moskowitz, J. T. (2004).  *coping pitfalls and promis. Mnnual Review of psychology*, 55.
- Folkman, s & Lazarus. R. S. (1985). If it changes it must be a Precess : study of emotion and coping during three stages of A college examination. *Journal of personality and social Psychology*, 48, No. 1.
- Fry denberg, E. (1997).  *Adolescent coping. New York : Rout ledge*.
- Folkman, s & Lazarus, R. S. (1986). stress processes and depressive Symptomatology. *Journal of Abnormal psychology*, 95.
- Gearheart, Bill., De Raiter, James & sileo, Thomas. (1986). *Theaching Mildly and Moderately Handicapped students*. By Englewood cliffs, NJ: U.S.A.P rentice- Hall. Inc., 221-261-
- Goleman, D. (1995).  *Emotional intelligence*. New York : Bantam .
- Gilbar, o. (2005). Breast cancer : How do Israeli woman coping. *Journal of Families systems & Health*, 23, No. 2.
- Hein, s. (1996). *EQ for everybody. Florida : Aristotle press*.
- Hohaus, L. (1998). *changing families, challenging futures. 6 the Australian Institute of family studies conference (Nove)*.
- Hewson, D. (1997). coping with loss of ability: Good girl or episodic Stress responses. *Journal of social science*, 44, No.8.
- Johnson, v & pandina, R. (1991). Effects of the family environment On adolescent substance use, Delin quency, and coping styles. *AM.J. Drug Alchol Abuse*, 17, No. 1.
- Knapp, L.G., stark, L.J., kurkjian, J. A & spirito, A. (1991). Assessing The coping in children and adolescents: research and practice. *Educational psychology Review*, 3, No. 4.
- Kliewer, W., Fearnow, M.D & miller, P.A. (1996).  *coping socialization In middle childhood: pests of maternal and paternal influencecs Child Development*, 67.
- Kariv, D & Heiman, T. (2005). Task- oriented versus emotion oriented Coping strategies: the case of college students. *Australian Journal Of Anthropology, the christion century*.

- Kliewe, W., Fearnow, M.D & Miller, P. A. (1996). *Coping socialization In middle childhood: Tests of maternal and paternal influences Child Development* , 67.
- Lee, M & Larson, R. (1996). Effectiveness of coping in adolescence: The case of Korean examination stress. *International Journal of behavioral development*, 19 , No.4.
- Livneh, H. , Antonak, R. (2005). psychosocial adaptation to chronic illness and disability : A primer for counselors . *Journal of Counseling and Development* , 83, No. 1.
- Lazarus, R. S. , & Folkman. (1984). *stress , appraisal , and coping* . Ny: Springer
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (1997) *Emotional intelligence Meets standards for traditional intelligence* . New York : Basic Books.
- Naughton, F. (1997) *stress and coping* , California state university, Northridge
- National Association of school psychologists (2001) *coping with terrorism - Helping children with special needs , tips for school personnel And parents* . unpublished
- Naughton, F. (1997) *stress and coping* , California state university, Northridge
- Pincus, D. B., & Friedman, A. G. (2004) *Improving children's coping With everyday stress : transport treatment interventions to the School setting* . Department of psychology , Boston -university
- Ryan, N. M. (1989) *stress - coping strategies identified from school Age children's perspective*, *Journal of Research nursing Health* , Vol. 12, No.2
- Ruzek, J. (2002) *coping with PTSD and Recommended lifestyle Changes for PTSD patients* , A National center for PTSD Fact sheet
- Ruth, L. (2002) *A longitudinal study of perceived level of stress, Coping , and self-esteem of undergraduate nursing students : An Australian case study* . *Journal of Advanced Nursing* , vol. 23
- Spivack, G & Shure, M. B. (1982). *The coping of social adjustment : Interpersonal cognitive problem - solving thinking'*, in B.B Lahey & A. E. Kazdin (eds) *Advances in clinical child psychology*, 5 , New York : plenum press.
- Salovey, P., Bedell, B., Detwiler, J. B & Mayer, J. D. (1999). *Coping intelligently emotional intelligence and the coping process*. In C. R. Snyder , *coping: the psychology of whit works*. New York: Oxford university press.
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: Guilford press.
- Sandler, I. N. , Tein, J. Y & West, S. G. (1994). coping , stress , and The psychological symptoms of children of divorce : A cross - sectional and longitudinal study. *Journal of child Development*, 65.
- Seiffge-Krenke, I. (1992). coping behavior of finish adolescents: Remark On a cross - cultural comparison. *Scandinavian Journal of Psychology* , 33, No. 4.
- Taylor, S.E (Ed). (1991). *Health psychology*. New York: Random House.
- Tobin D. L. , Holvoed, K. A. , Reynolds, R. V & Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the coping strategies Inventory. *cognitive therapy and Research* , . 13.
- The American Institute of stress. (2002). *The Role of stress in health And illness*. New York , yonkers.
- Thornton, B. , Pickus, J & Aldrich, M. (2005). ways of coping in Relationship and achievement situations : further consideration Of gender and gender-role typing. *Journal of worry and Affective Experience*, 1 , No. 2.
- Wang, H.F & Chang Yeh, M. (2005). Stress, coping , and psychological Health of vocational high school nursing students associated with a competitive entrance exam. *Journal of Nursing Research*, B , No. 2.
- Zeidner, M & Ben-Zur, H. (1994). Individual differences in anxiety, Coping and post-traumatic stress in the aftermath of the Persian Gulf war . *personality and Individual Differences* , 16.
- Zeidner, M & Endler, N. (1996). *Hand book of coping : theory, research , application* . printed in the united states of America.