

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۰۹/۲۹  
تاریخ بررسی مقاله: ۹۲/۱۰/۰۳  
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۰۹/۳۰

مجله دست آوردهای روان‌شناختی  
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)  
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۲  
دوره‌ی چهارم، سال ۲۰-۳، شماره‌ی ۲  
ص: ۱۸-۲۱۷

## اثربخشی آموزش گروهی مدیریت استرس بر پرخاشگری، فشار روانی والدگری و سلامت روان مادران کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری

\* ملیحه فراهانی

\*\* سودابه بساک نژاد

\*\*\* ایران داودی

### چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر پرخاشگری، فشار روانی والدگری و سلامت روان مادران کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری بود. طرح پژوهش، یک طرح گروه گواه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. پس از انجام مصاحبه و اجرای سه ابزار روان‌شناختی شامل مقیاس فشار روانی والدگری، سیاهه پرخاشگری اهواز و پرسشنامه‌ی سلامت عمومی ۳۰ مادر انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. مداخله مدیریت استرس ۸ جلسه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با استفاده از برنامه آماری SPSS و در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تحلیل شدند. یافته‌ها نشان دادند که آموزش مدیریت استرس موجب کاهش پرخاشگری و فشار روانی والدگری و افزایش سلامت روان گروه آزمایش شد. نتایج نشان داد که در مدارس ویژه روش‌های سازگاری برای مقابله با مشکلات و شرایط دشوار را می‌توان به مادران آموزش داد.

**کلید واژگان:** مدیریت استرس، پرخاشگری، فشار روانی والدگری، سلامت روان، ناتوانی یادگیری

\* دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران (نویسنده مسئول)

mp\_farahani@ymail.com

\*\* دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز

\*\*\* استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز

## مقدمه

اصطلاح "ناتوانی‌های یادگیری"<sup>۱</sup> نخستین بار توسط کرک<sup>۲</sup> در سال ۱۹۶۳ مطرح شد (وو، هانگ و منگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸؛ نانی و لامینی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). طبق تعریف کمیته مشترک بین‌المللی ناتوانی‌های یادگیری<sup>۵</sup> (۱۹۹۸)، ناتوانی یادگیری به عنوان یک کژکاری ادراک می‌شود و به مشکلات شناختی مانند ادراک، خواندن، نوشتن و ریاضیات اشاره دارد (آریچ، گروس-سور، مانور و شالو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸؛ کلاسن و لینچ<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷؛ سیدریدیز<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷). عملکرد این کودکان در آزمون‌های سنجش مهارت خواندن، نوشتن و حل مسائل ریاضی با توجه به سن تقویمی، ظرفیت هوشی و تحصیلات متناسب، بسیار پایین‌تر از سطح مورد انتظار است (کاپلان و همکاران، ۱۹۹۴؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۵). اداره‌ی آموزش و پرورش ایالات متحده (۲۰۰۰) شیوع این اختلال را برای دانش‌آموزان ۶ تا ۱۷ سال بین ۵ تا ۶ درصد تخمین زده است (هیمن و برگر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۸). در ایران به طور متوسط حدود ۱۲ درصد از دانش‌آموزان سنین مدرسه رو (۷ تا ۱۸ سال یا ۶ تا ۱۷ سال) نیاز به بهره‌گیری از آموزش و پرورش استثنایی دارند که ۱ درصد از این تعداد را دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات یادگیری تشکیل می‌دهند (افروز، ۱۳۸۱).

مشکلات کودک مبتلا به ناتوانی یادگیری تنها به مسائل آموزشی و تحصیلی محدود نمی‌شود و وجود چنین کودکی می‌تواند تأثیرات معنی‌داری بر عملکرد و روابط خانواده و حتی تغییراتی را در مسائل روزمره‌ی اعضای آن ایجاد کند (هیمن و برگر، ۲۰۰۸). بسیاری از کودکانی که در مدرسه با مشکلات یادگیری مواجه هستند به واسطه‌ی عدم پیشرفت تحصیلی، افسرده، مضطرب، ناامید و خشمگین می‌شوند و والدین آنها انواع مشکلات طبی، آموزشی، تربیتی، اختلافات زناشویی، ترس از بچه‌دار شدن مجدد، احساس گناه و انزوا طلبی را تجربه می‌کنند (احدی و کاکاوند، ۱۳۸۲). آنها همچنین مسائل مشترکی مانند فقدان حمایت هیجانی

- 1- learning disability
- 2- Kirk
- 3- Wu, Huang, & Meng
- 4- Nanni & Lumini
- 5- national joint committee on learning disabilities
- 6- Auerbach , Gross-Tsur, Manor, & Shalev
- 7- Klassen & Lynch
- 8- Sideridis
- 9- Heiman & Berger

کافی، فقدان اطلاعات درباره اینکه پس از تشخیص، ارزیابی و معرفی، خدمات تحصیلی مناسب را از کجا باید دریافت کنند و فقدان اطلاعات درباره‌ی چگونگی تغییر قوانین، قواعد و مقرراتی که کودکان ناتوان را از خدمات مورد نیاز محروم می‌کنند را تجربه می‌نمایند و در مقایسه با والدین کودکان بدون ناتوانی‌های ویژه با چالش‌های مراقبتی بیشتری مانند مشکلات سلامتی، احساس محدودیت، سطوح فشار روانی والدگری یا افسردگی بالاتری مواجه هستند (هیمن و برگر، ۲۰۰۸).

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که بسیاری از این خانواده‌ها اوقات فراغتی ندارند و از شرکت در مجامع عمومی و بهره‌گیری از تسهیلات اجتماعی و استفاده از وسایل نقلیه عمومی پرهیز می‌کنند و به همین دلیل این خانواده‌ها علاوه بر مراقبت‌های پزشکی، هزینه‌های بیشتری را برای پوشاک، حمل و نقل و غیره متحمل می‌گردند (هورن بی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷). علاوه بر این والدین این کودکان از داشتن چنین کودکی خجالت زده هستند، از دوستان و افراد خانواده خود جدا شده، به تدریج احساس خشم و عدم کفایت می‌کنند که باعث کناره‌گیری بیشتر آنها از اجتماع می‌شود. بنابراین وجود کودک ناتوان اغلب می‌تواند صدمات جبران ناپذیری را بر پیکر خانواده وارد کند. گاهی میزان آسیب‌پذیری خانواده در مقابل این ضایعه به حدی است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدیدی می‌شود (نریمانی، محمدیان و رجبی، ۱۳۸۶). مجموع این عوامل می‌تواند فشار روانی به والدین این کودکان را افزایش دهد به طوری که فشار روانی والدگری حاصل کارکردهای تعاملی شخصیت و خلق والدین، مشکلات طبیی کودک و ارتباط با جامعه است. ویژگی‌های والدین شامل افسردگی، احساس بی‌کفایتی والدگری، رابطه‌ی دلبسته با کودک، روابط ناسالم زناشویی می‌تواند روی سطوح ناتوانی کودک، بیش‌فعالی و بروز انواع مشکلات یادگیری، عدم اطاعت، پرخاشگری یا بروز رفتارهای ضد اجتماعی تأثیر بگذارد (کاترینی، پونسامی و نورماه<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸).

لازاروس<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) فشار روانی والدگری را ناشی از ارزیابی شناختی منفی والدین از توانمندی‌های خود به عنوان والد می‌داند. به عقیده‌ی وی در صورتی که والدین موقعیت و شرایط والدگری را منفی ارزیابی کنند، دچار فشار روانی می‌شوند (ابراهیمی تازه کند، ۱۳۸۹).

- 
- 1- Hornby
  - 2- katrini, Ponnusamy, & Normah
  - 3- Lazarus

فشار روانی والدگری علاوه بر افزایش احتمال بروز اختلال در کارکرد خانواده، موجب تأثیرات منفی روی کودک می‌گردد (فیسمن و ولف<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱). افزایش سطح فشار روانی والدگری به عنوان یک عامل خطر برای بروز پرخاشگری در کودکان با ناتوانی یادگیری محسوب می‌شود (پسونن، رایکونن، هینونن، کوسمی و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸؛ رایکونن، پسونن، هینونن، کوسمی و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعات دیگر نیز اثر فشار روانی والدگری را بر پیامدهای رشدی کودک بررسی کرده‌اند و نشان می‌دهند که فشار روانی والدگری اثر منفی بر کارکرد رفتاری و شناختی کودکان دارد (رامچاندانی، استین، ایوانز، اُکونورو السپک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ اسکاراملا، سور-پرستون، کالاهان و میرابیل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸؛ استین، مالمبرگ، سیلوا، بارنز و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸؛ وانلس، روزنکووتر و مک کللند<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸).

برسفورد (۱۹۹۶) توصیف می‌کند که مادران به سه دلیل فشار روانی بیشتری را نسبت به پدران در امر مراقبت از کودک مبتلا تجربه می‌کنند: ۱) مادران بیشتر از پدران در تربیت کودک سهیم هستند. ۲) به دلیل اینکه مادران کودکان را به دنیا می‌آورند، اغلب احساس مسئولیت بیشتری در مورد وضعیت ناتوانی کودک دارند. ۳) مادران تأمین کننده نیازهای کودک هستند (ابراهیمی تازه کند، ۱۳۸۹). یافته‌های امیری، افروز، مال احمدی، جوادی و همکاران (۱۳۸۹) نیز نشان می‌دهد که مادران کودکان معلول ذهنی فشار روانی بیشتری نسبت به مادران کودکان عادی تجربه می‌کنند و در والدین کودکان کم توان ذهنی، بین فشار روانی والدگری و سلامت روانی رابطه منفی وجود دارد. سالاری، کاشانی‌نیا، دواچی، ذوالعدل و بابایی روچی (۱۳۸۰) علت کاهش سلامت روان در والدین کودکان استثنایی را استفاده از راهبردهای ناکارآمد می‌دانند که رابطه‌ی عکس با سلامت روان دارد. با وجود این پدران با توجه به این که روزها خانه را ترک می‌کنند و دل مشغولی‌های دیگری در خارج از خانه دارند، از لحاظ سلامت روان به نسبت مادران کمتر آسیب می‌بینند. پدران اغلب احساس واقعی خود را نسبت به موقعیت کودک پنهان می‌کنند (احمدپناه، ۱۳۸۰). تحقیقی در هنگ کنگ نشان داد که فشار روانی

- 
- 1- Fisman & Wolf
  - 2- Pesonen, Räikkönen, Heinonen, Komsu, & et al.
  - 3- Ramchandani, Stein, Evans, O'Connor, & Alspac
  - 4- Scaramella, Sohr-Preston, Callahan, & Mirabile
  - 5- Stein, Malmberg, Sylva, Barnes, & et al
  - 6- Wanless, Rosenkoetter, & McClelland

والدین با بیان خشم نسبت به کودک همراه است (لم<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مهم‌ترین راهبرد ارتباط مؤثر و تاب‌آوری در این مادران افزایش دانش، خودکارآمدی در والدگری، مهارت‌های کنترل هیجانی، دریافت حمایت اجتماعی و همدلی دیگران و بالا بردن امید و ترویج سلامت روان آنها می‌باشد (عابدین و مولایی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). هنگامی که مادران درباره‌ی ناتوانی کودکشان آگاهی لازم را کسب کنند، راهبردهای مناسبی برای ارتباط با فرزندشان نشان می‌دهند تا با فرزندان خود ارتباط منطقی برقرار نمایند (شهرکی پور، کریم زاده و کرامتی، ۱۳۸۸).

یکی از روش‌های کاهش فشار روانی و افزایش بهداشت روانی مادران مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی - رفتاری می‌باشد. این روش درمانی جهت افزایش توانایی افراد برای کاهش فشار روانی و سازگاری مناسب با موقعیت‌های فشارزا می‌باشد. این مداخله شامل افزایش آگاهی در مورد فشارروانی، آموزش تن آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله، آموزش مهارت‌های ابراز وجود، مدیریت خشم، مدیریت خود و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌ها می‌باشد (لیندن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). درمان شناختی - رفتاری و ایجاد شبکه‌های حمایت از خانواده باعث کاهش اضطراب والدین، افزایش سطح سلامت خانواده، بهبود شاخص‌های سلامت روانی، مانند فشار روانی خانوادگی و پذیرش اجتماعی، افزایش سازگاری اجتماعی مادران و کاهش تنش، اضطراب و افسردگی می‌شود (شقایق، کاکوجویباری و سلامی، ۱۳۸۹). آموزش مدیریت استرس می‌تواند فشارروانی، اضطراب و رفتاری‌های روزانه را کم کند و جرأت و رضایت بیشتری را ایجاد کند (نظامی، ۱۳۸۶). شهرکی پور و همکاران (۱۳۸۸) با بررسی یک گروه ۶۰ نفره از مادران دارای کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری خواندن و نوشتن نشان دادند که به کمک برنامه آموزشی می‌توان ویژگی‌های ناکارآمد والدگری را تغییر داد و باعث کاهش فشار روانی والدگری و بهبود سلامت روان مادران دارای کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری خواندن و نوشتن شد. شکوهی‌یکتا و زمانی (۱۳۸۷) نشان دادند که آموزش مدیریت خشم منجر به افزایش رابطه‌ی مثبت مادران با کودکان عقب مانده‌ی ذهنی و دیرآموز می‌گردد. زنگنه، ملک‌پور و عابدی (۱۳۸۹) نیز تأثیر آموزش مهارت‌های

---

1- Lam

2- Abedin & Molaie

3- Linden

مدیریت خشم بر کنترل پرخاشگری مادران دانش‌آموزان ناشنوا را مورد بررسی قرار دادند. نتایج یافته‌های بارلو، پاول، گیل کریت و فو تیارو<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) نیز نشان داد که آموزش مهارت‌های کنترل خشم موجب کاهش خشم مادران کودکان ناتوان می‌گردد. پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سوال است که آیا آموزش مدیریت استرس می‌تواند بر پرخاشگری، فشار روانی والدگری و سلامت روان مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری اثر بگذارد؟

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر طرح آزمایشی گروه گواه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی مادران دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری شهر اهواز می‌باشد که در سال تحصیلی ۱۳۹۰-۱۳۹۱ در مدارس دولتی ویژه‌ی ناتوانی یادگیری مشغول به تحصیل بودند. ملاک انتخاب کودکان مورد نظر، ابتلا به انواع ناتوانی یادگیری تحصیلی (خواندن، نوشتن و ریاضی) بود. این مادران به ابزارهای روانشناختی شامل سیاهه پرخاشگری اهواز<sup>۲</sup> (AAI)، مقیاس فشار روانی والدگری<sup>۳</sup> (PSS) و پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۴</sup> (GHQ-28) پاسخ دادند. از این میان ۳۰ نفر از مادرانی که نمره بالایی در مقیاس فشار روانی والدگری و سیاهه پرخاشگری اهواز داشتند به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس به روش تصادفی ساده دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گزینش و گروه آزمایش تحت مداخله درمانی قرار گرفت. سپس داده‌ها با استفاده از برنامه آماری SPSS در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تحلیل قرار گرفتند.

## ابزار

**سیاهه پرخاشگری اهواز:** یک ابزار خود گزارشی مداد - کاغذی است که ۳۰ ماده دارد و آزمودنی‌ها باید به یکی از چهار گزینه "هرگز"، "به ندرت"، "گاهی اوقات" و "همیشه" پاسخ

1- Barlow, Powell, Gilchrist, & Fotiadou

2- Ahvaz Agression Inventory (AAI)

3- Parental Stress Scale (PSS)

4- General Health Questionnaire (GHQ)

داده و پاسخ‌ها بر اساس مقادیر ۰، ۱، ۲ و ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. این سیاهه دارای سه عامل خشم و عصبیت، تهاجم و توهین و لجاجت و کینه توزی می‌باشد. این سیاهه توسط زاهدی‌فر، نجاریان و شکرکن (۱۳۷۹) ساخت و اجرا گردید و نمره‌ی بالا در این سیاهه نشان دهنده‌ی پرخاشگری بالا می‌باشد. نمره‌ی هر آزمودنی در این سیاهه از ۰ تا ۹۰ خواهد بود (زاهدی‌فر و همکاران، ۱۳۷۹). اعتبار سیاهه فوق از طریق همبستگی بین نمره آزمون‌های پرخاشگری و اضطراب ۰/۶۴ در سطح معنی‌داری ( $p < 0/001$ ) به دست آورد که بیانگر اعتبار بالای این سیاهه می‌باشد. همچنین پایایی سیاهه پرخاشگری از دو روش آلفای کرونباخ و تصویف به ترتیب برابر با ۰/۸۸ و ۰/۶۹ گزارش شده است (عسگری، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر پایایی این سیاهه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل سیاهه و خرده مقیاس‌های خشم و عصبیت، تهاجم و توهین و لجاجت و کینه توزی به ترتیب، ۰/۸۸، ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۷۲ به دست آمد.

**مقیاس فشار روانی والدگری:** یک مقیاس خودگزارشی مداد کاغذی است که شامل ۱۸ گویه می‌باشد و بیانگر موضوعات لذت بخش یا مثبت والدگری (منافع عاطفی، غنی‌سازی خود، رشد فردی) و مؤلفه‌های منفی (نیاز به منابع، بهای فرصت‌ها و محدودیت‌ها) می‌باشد. ۸ گویه مثبت به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌های بالاتر روی مقیاس، فشار روانی بیشتری را نشان می‌دهند. این مقیاس برای ارزیابی فشار روانی والدگری در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد (بری و جونز، ۱۹۹۵). این مقیاس اعتبار همگرایی رضایت بخشی با ابزارهای مختلف اندازه‌گیری فشارروانی، هیجان، و رضایت نقش، از جمله فشار روانی ادراک شده، فشار روانی شغلی/ خانوادگی، تنهایی، اضطراب، گناه، رضایت زناشویی، تعهد زناشویی، رضایت شغلی و حمایت اجتماعی نشان داد. تحلیل‌های تمیزی توانایی این مقیاس را برای تمییز والدین کودکان با رشد عادی از والدین کودکان با مشکلات رشدی و والدین کودکان با مشکلات رفتاری نشان دادند (بری و جونز، ۱۹۹۵). در پژوهش حاضر روایی مقیاس با استفاده از ضریب روایی سازه ( $r = 0/39$ ،  $P = 0/004$ ) و روایی درونی آن بین ۰/۸۴ تا ۰/۵۶- به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار می‌باشد. همچنین مقیاس

- 1- self-enrichment
- 2- Berry & Jones

فشار روانی والدگری سطوح رضایت بخشی از پایایی همسانی درونی (۰/۸۳) و پایایی آزمون- باز آزمون (۰/۸۱) را نشان داد (بری و جونز، ۱۹۹۵). در پژوهش حاضر نیز پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

**پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ ماده‌ای:** یک ابزار خود گزارش دهی است که دارای ۴ زیر مقیاس نشانه‌های جسمانی<sup>۱</sup>، اضطراب و بی‌خوابی<sup>۲</sup>، نارسا کنش‌وری اجتماعی<sup>۳</sup> و افسردگی<sup>۴</sup> می‌باشد. نمره‌گذاری پرسشنامه بدین ترتیب است که از گزینه الف تا د، نمره صفر، یک، دو و سه تعلق می‌گیرد. در نتیجه نمره هر آزمودنی در هر خرده مقیاس از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود (فتیحی آشتیانی، ۱۳۸۸). تقوی (۱۳۸۰) برای مطالعه‌ی روایی پرسشنامه سلامت عمومی از سه روش باز آزمایی، دونیمه سازی و ثبات درونی استفاده نمود. نتایج به دست آمده با روش باز آزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ و برای خرده آزمون‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ بود. در پژوهشی ضرایب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از سه روش تصنیف، آلفای کرونباخ و گاتمن به ترتیب، ۰/۸۲، ۰/۹۲ و ۰/۹۳ گزارش کردند (فتیحی آشتیانی، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۳ به دست آمد.

محورهای اصلی جلسات گروهی عبارت بود از بحث پیرامون فشارها و پاسخ‌های استرس، ارتباط افکار و هیجانات، تفکر منفی و تحریفات شناختی، جایگزینی افکار منطقی، مقابله‌ی کارآمد، ابرازگری، مدیریت خشم و آموزش روش‌های آرمیدگی عضلانی. پس از پایان دوره‌ی آموزشی هر سه متغیر دوباره در هر دو گروه اندازه‌گیری شد. سپس داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری و با استفاده از نرم افزار spss-16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## نتایج

یافته‌های توصیفی پژوهش حاضر بر اساس سه متغیر پرخاشگری، فشار روانی والدگری و

- 
- 1- somatic symptoms
  - 2- anxiety
  - 3- social withdrawal
  - 4- depression



سلامت روان در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایشی و گواه، به تفکیک مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	شاخص‌های آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پس‌آزمون
پرخاشگری	میانگین	۷۲	۶۲/۷۰	۷۴/۵۵
	انحراف معیار	۷/۶۷	۱۰/۱۷	۱۰/۸۹
فشارروانی والدگری	میانگین	۴۹/۸۰	۴۰	۵۱/۵۵
	انحراف معیار	۸/۱۲	۶/۸۹	۳/۹۰
سلامت روان	میانگین	۲۹/۷۰	۱۳/۹۰	۳۳/۹۱
	انحراف معیار	۴/۶۴	۳/۲۸	۱۴/۴۳

مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار پرخاشگری گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۷۲ (۷/۶۷) و در پس‌آزمون به ۶۲/۷۰ (۱۰/۱۷) تقلیل یافت. همچنین میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون فشارروانی والدگری نیز در گروه آزمایش ۴۹/۸۰ (۸/۱۲) بود که به ۴۰ (۶/۸۹) تغییر پیدا کرد. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون سلامت روان در گروه آزمایش از ۲۹/۷۰ (۴/۶۶) به ۱۳/۹۰ (۳/۲۸) تقلیل یافت. اما میانگین هر سه متغیر در گروه کنترل در پیش‌آزمون تغییری دیده نشد. قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها برای اطمینان از این که مفروضه‌های زیربنایی، تحلیل کوواریانس را بر آورده می‌سازند فرض همگنی شیب واریانس مورد بررسی قرار گرفت. این فرض زمانی برقرار خواهد بود که میان متغیرهای کمکی (در این پژوهش پیش‌آزمون‌ها) و متغیرهای وابسته (در این پژوهش پس‌آزمون‌ها) در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) برابری شیب حاکم باشد. آن چه مورد نظر خواهد بود تعاملی غیر معنی‌دار بین متغیرهای وابسته و کمکی (کوواریت‌ها) است. جدول ۲ نتایج بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون را نشان می‌دهد.

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تعامل بین پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها در سطوح عامل معنی‌دار نیست. بنابراین فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. به منظور آزمون معنی‌داری تفاوت‌های بین میانگین‌ها، از روش تحلیل کوواریانس چند

جدول ۲. نتایج آزمون همگنی شیب رگرسیون بین متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون

سطح معنی‌داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	پس آزمون‌ها	
۰/۶۱	۰/۵۱	۳۵/۷۰	۲	۷۱/۴۰	پرخاشگری	تعامل پیش
۰/۰۹	۲/۹۰	۷۲/۱۴	۲	۱۴۴/۲۸	فشارروانی والدگری	آزمون‌ها در
۰/۶۱	۰/۵۰	۱۳/۶۴	۲	۲۷/۲۹	سلامت روان	سطوح عامل با

متغیری استفاده شد. مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). بر این اساس می‌توان گفت که حداقل در یکی از متغیرهای مورد تحقیق بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت، سه تحلیل کوواریانس انجام گرفت که نتایج حاصله در جدول ۳ درج شده است.

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون متغیرها در دو گروه

توان آماری	اندازه اثر	درجه معناداری	df خطا	df فرضیه	F	مقدار	نام آزمون
۱	۰/۸۵	۰/۰۰۱	۱۴	۳	۲۶/۱۰	۰/۸۵	اثر پیلای <sup>۱</sup>
۱	۰/۸۵	۰/۰۰۱	۱۴	۳	۲۶/۱۰	۰/۱۵	لامبدای ویلکز <sup>۲</sup>
۱	۰/۸۵	۰/۰۰۱	۱۴	۳	۲۶/۱۰	۵/۶۰	اثر هتلینگ <sup>۳</sup>
۱	۰/۸۵	۰/۰۰۱	۱۴	۳	۲۶/۱۰	۵/۶۰	بزرگترین ریشه روی <sup>۴</sup>

به منظور پی بردن به این تفاوت سه تحلیل کوواریانس صورت گرفت. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۸۵ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایشی و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است، بدین معنی که آزمون توانسته با توان ۱۰۰ درصد فرض صفر را رد کند.

- 1- Pillai Trace
- 2- Wilks Lambda
- 3- Hotelings Trace
- 4- Roys largest Rot

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره روی میانگین نمره‌های پس آزمون متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
پرخاشگری	۶۲۶/۳۶	۱	۶۲۶/۳۶	۹/۵۲	۰/۰۰۷	۰/۳۷	۰/۸۲
فشارروانی والدگری	۶۲۶/۵۱	۱	۶۲۶/۵۱	۲۰/۳۵	۰/۰۰۰	۰/۵۶	۰/۹۹
سلامت روان	۱۸۶۸/۴۰	۱	۱۸۶۸/۴۰	۷۴/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۸۲	۱

با توجه به مندرجات جدول ۳، مقدار F برای متغیر پرخاشگری، ۹/۵۲ به دست آمد که در سطح  $P=۰/۰۰۷$ ، برای متغیر فشار روانی والدگری، ۲۰/۳۵ به دست آمد که در سطح  $P<۰/۰۰۱$  و برای متغیر سلامت روان، ۷۴/۰۴ به دست آمد که در سطح  $P<۰/۰۰۱$  معنی‌دار است. علاوه بر این، مشاهده می‌شود که بیشترین اندازه اثر، مربوط به متغیر سلامت روان (۰/۸۲) است که نشان می‌دهد ۸۲ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایشی و گواه، در متغیر سلامت روان ناشی از اثر آموزش مدیریت استرس است و کمترین اندازه اثر مربوط به پرخاشگری است که نشان می‌دهد ۳۷ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایشی و کنترل در متغیر پرخاشگری ناشی از اثر آموزش مدیریت استرس می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

وجود موقعیت‌های فشارزا و ناکام‌کننده در زندگی امری اجتناب‌ناپذیر است. در چنین موقعیت‌هایی بروز خشم یک پاسخ هیجانی است که می‌تواند منجر به آسیب‌هایی برای خود فرد یا اطرافیان گردد. بنابراین بهترین روش برای کاهش چنین آسیب‌هایی آموختن راهکارهای مؤثر برای مقابله با چنین موقعیت‌هایی می‌باشد. در آموزش مدیریت استرس افراد می‌آموزند که به صورت منطقی با شرایط زندگی برخورد کنند و در واقع به جای تأثیر پذیرفتن از شرایط، آن‌ها را تحت سلطه‌ی خود در آورند. یکی از جنبه‌های مهم مدیریت استرس، آموختن چگونه مقابله کردن با موقعیت‌های منفی مانند موقعیت‌هایی است که فرد مورد تحقیر قرار گرفته یا دچار ناکامی شده است. در برنامه‌ی کنترل خشم افراد خودآگاهی و شناخت خود را نسبت به نشانه‌های جسمانی خشم افزایش می‌دهند. افزایش آگاهی هیجانی منجر به شناخت بیشتر فرد نسبت به حالات درونی و احساساتش می‌گردد. این آگاهی و شناخت مانند یک زنگ هشدار

فرد را از احساس خشم و نیاز به کنترل آن آگاه می‌کند. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مدیریت استرس می‌تواند موجب کاهش میزان بروز پاسخهای ناسازگارانه و غیرمنطقی در افراد گردد. هم‌چنین افراد از طریق آموزش مهارت آرام‌سازی عضلانی کنترل بیشتری بر رفتار خود احساس می‌کنند که این حس کنترل آنان را در ایجاد تسلط بر موقعیت ترغیب می‌کند.

نتایج پژوهش حاضر هم‌راستا با نتایج پژوهش‌های شکوهی یکتا و زمانی (۱۳۸۷)، زنگنه، ملک پور و عابدی (۱۳۸۹)، شهرکی پور و همکاران (۱۳۸۸) و بارلو و همکاران (۲۰۰۷) نشان می‌دهد که استفاده از آموزش‌های روان‌شناختی و درمان‌های مبتنی بر کنترل خشم می‌تواند اثرات مثبتی بر کنترل رفتاری مادران بگذارد و آنها را آماده رویارویی با چالش‌های کودک ناتوان سازد. درمان مدیریت استرس از طریق آموزش فنون آرام‌سازی، اصلاح نگرش به زندگی، ارزیابی‌های شناختی و راهبردهای سازگاری، فشار روانی حاصل از برداشت‌های غیرمنطقی در موقعیت‌های دشوار را کاهش می‌دهد. در برنامه‌ی مدیریت استرس، مادران می‌آموزند که برداشت و شیوه‌ی تفسیر آنها از حوادث و موقعیت در شیوه‌ی پردازش تفکر آنها اثر گذاشته و با مدیریت آن قادرند سلامت روان خود را تضمین کنند. پس با تمرکز بر فرایندهای شناختی و هم‌چنین شناسایی تحریفات شناختی و اصلاح آنها با استفاده از راهبردهای جایگزینی افکار منطقی می‌آموزند که نگرش و تفکر خود را درباره‌ی رویدادها تغییر دهند و از این طریق از میزان فشار روانی ادارک شده‌ی خود بکاهند. از دید لازاروس (۱۹۹۳) فشار روانی نه تنها به موقعیت خارجی بلکه به قابلیت آسیب‌پذیری فرد و شیوه‌های مقابله نیز بستگی دارد. همان‌طور که یافته‌های لم (۱۹۹۹) نشان می‌دهد مادران رفتارهای نگران‌کننده خود نسبت به فرزندشان را با خشم و تخاصم ابراز می‌دارند که این عمل رفتارهای منفی در کودک را افزایش می‌دهد. با یادگیری و به‌کارگیری شیوه‌های مقابله‌ی کارآمد، آنها می‌آموزند تا به جای منفعل بودن در موقعیت‌ها، نگرش و احساس خود را نسبت به موقعیت‌های دشوار و در برابر مشکلات پایدار زندگی مانند داشتن یک کودک ناتوان یادگیری تغییر دهند.

یافته‌های پژوهش کنونی نشان می‌دهد که در نمونه مورد پژوهش مدیریت استرس بیشترین واریانس اثر را در سلامت روان مادران و سپس بر فشار روانی والد‌گری داشته است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مدیریت استرس با کاهش فشار روانی والد‌گری از طریق

آموزش راهبردهای شناختی می‌تواند منجر به افزایش سلامت روان مادران گردد. این پژوهش با محدودیت‌هایی هم چون اجرا روی گروه مادران کودکان ناتوان از یادگیری، عدم وجود گروه‌های مقایسه مثل مادران کودک عقب مانده یا اتیستیک، عدم حضور پدران و وجود گروه‌های درمانی دیگر جهت مقایسه اثرات آن‌ها همراه بود. پیشنهاد می‌گردد این پژوهش بر روی سایر والدین گروه‌های ناتوان انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود به منظور کنترل و بهبود تعامل والدین که بر مشکلات کودک تأثیر می‌گذارد، کارگاه‌های مشابه به ویژه در زمینه‌ی کنترل خشم برای پدران این کودکان نیز برگزار شود. پیشنهاد می‌شود جلسات ماهانه یا هفتگی برای انتقال اطلاعات مورد نیاز پدران و مادران این کودکان برگزار و آموزش مدیریت استرس برای افزایش بهداشت روان آن‌ها انجام گیرد.

#### تشکر و سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی نویسنده مسئول می‌باشد. این پژوهش با منافع نویسندگان در تعارض نیست. از کلیه کارکنان آموزش و پرورش استثنایی و مادرانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند متشکریم.

#### منابع

#### فارسی

- ابراهیمی تازه کند، فریبا (۱۳۸۹). بررسی تأثیر شیوه‌های مقابله با تنیدگی در مادران کودکان آهسته گام مصروع جنوب شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه الزهرا. احدی، حسن، کاکاوند، علیرضا (۱۳۸۲). اختلال‌های یادگیری (از نظریه تا عمل). تهران: ارسباران.
- احمدپناه، محمد (۱۳۸۰). تأثیر کم توانی ذهنی فرزند بر بهداشت روانی خانواده. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، شماره ۱، ۶۸-۵۲.
- افروز، غلامعلی (۱۳۸۱). مقدمه‌ای بر روان‌شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی. تهران: مؤسسه چاپ و انتشارات دانشگاه تهران.

امیری، محسن، افروز، غلامعلی، مال احمدی، احسان، جوادی، سحرانه، نوراللهی، فاطمه، رضایی بیداخویدی، اکرم (۱۳۸۹). بررسی سلامت روانی و استرس والدگری در والدین کودکان کم توان ذهنی. *مجله علوم رفتاری*. دوره ۴، شماره ۴، ۲۶۸-۲۶۱.

تقوی، محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ). *مجله روان‌شناسی*، شماره‌ی ۲۰، ۳۹۸-۳۸۱.

زاهدی‌فر، شهین، نجاریان، بهمن و شکرکن، حسین (۱۳۷۹). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش پرخاشگری. *مجله‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، شماره‌ی ۱ و ۲، ۱۰۲-۷۳.

زنگنه، ساره، ملک‌پور، مختار، عابدی، محمدرضا (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های مدیریت خشم بر کنترل پرخاشگری مادران دانش‌آموزان ناشنوا دوره ابتدایی. *یافته‌های نو در روان‌شناسی*. شماره ۵، ۹۴-۸۱.

سالاری، محسن، کاشانی‌نیا، زهرا، دواجی، اقدس، ذوالعدل، محمد و بابایی روچی، غلامرضا (۱۳۸۰). میزان تأثیر آموزش بر شیوه‌های مقابله‌ای مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی آموزش‌پذیر. *ارمغان دانش*. شماره ۲۰-۲۱، ۲۹-۲۴.

شقاقی، فرهاد، کاکوجوباری، علی‌اصغر و سلامی، فاطمه (۱۳۸۹). تأثیر آموزش خانواده بر سلامت روانی والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی آموزش‌پذیر. *مجله علوم رفتاری*، شماره ۲، ۶۴-۵۷.

شکوهی‌یکتا، محسن و زمانی، نیره (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر ارتباط مادران با فرزندان کم توان ذهنی و دیرآموز. *خانواده پژوهی*. شماره ۱۵، ۲۴۶-۲۳۱.

شهرکی‌پور، حسن، کریم‌زاده، صمد و کرامتی، مهین (۱۳۸۸). بررسی اثر آموزش زندگی خانوادگی در کاهش تنیدگی والدینی مادران دارای کودکان اختلال یادگیری در خواندن و نوشتن. *فصلنامه‌ی اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی*، شماره ۳، ۶۲-۴۷.

عسگری، پرویز (۱۳۸۸). *راهنمای آزمون‌های روان‌شناسی*. اهواز: دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۸). *آزمون‌های روان‌شناختی ارزشیابی شخصیت و سلامت روانی*. تهران: مؤسسه انتشارات بعثت.

- کاپلان، هارولد، سادوک، بنیامین و گرب، جک (۱۹۹۴). خلاصه‌ی روانپزشکی (علوم رفتاری روانپزشکی بالینی). ترجمه: نصرت الله پورافکاری (۱۳۷۵). تهران: شهر آب.
- نریمانی، محمد، آقامحمدیان، حمیدرضا و رجبی، سوران (۱۳۸۶). مقایسه‌ی سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی. فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره ۳۳ و ۳۴، ۲۴-۱۵.
- نظامی، مریم (۱۳۸۶). مقایسه‌ی اثربخشی آموزش مهارت کنترل استرس بر کاهش میزان استرس دانشجویان ایرانی و خارجی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) قزوین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.

### لاتین

- Abedin, A. & Molaie, A. (2010). The effectiveness of Group Movie Therapy (GMT) on parental stress reduction in mothers of children with mild mental retardation in Tehran. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 988-993.
- Auerbach, J. G., Gross-Tsur, V., Manor, O., & Shalev, R. S. (2008). Emotional and behavioral characteristics over a six year period in youths with persistent and non-persistent dyscalculia. *Journal of Learning Disabilities*, 41, 263-273.
- Barlow, J. H., Powell, L., Gilchrist, M., & Fotiadou, M. (2007). The effectiveness of the training and support program for parents of children with disabilities: A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 55-62.
- Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 463-472.
- Fisman, S., & Wolf, L. (1991). "The handicapped child: psychological effects of parental, marital and sibling relationships. *Pervasive Developmental Disorders*, 14, 199-217.
- Heiman, T., & Berger, O. (2008). Parents of children with Asperger syndrome or with learning disabilities: Family environment and social support. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 289-300.
- Hornby, G. (1997). *Counselling in child disability: Skills for working with parents*. Second edition.
- Katrini, I., Ponnusamy, S., & Normah, C. D. (2008). Parental stress in parents of special children: The effectiveness of psycho education program on parents psychosocial well beings. *Sihat*, 205-211.

- Klassen, R. M., & Lynch, S. L. (2007). Self-efficacy from the perspective of adolescents with learning disabilities and their specialist teachers. *Journal of Learning Disabilities*, 40, 494–507.
- Lam, D. (1999). "Parenting stress and anger: The Hong Kong experience". *Child and Family Social Work*, 4, 337- 346.
- Linden, W. (2005). *Stress management: from basic science to better practice*. Philadelphia: SAGE Publications.
- Nanni, L., & Lumini, A. (2009). Ensemble generation and feature selection for the identification of students with learning disabilities. *Expert Systems with Applications*, 36, 3896–3900.
- Pesonen, A. K., Räikkönen, K., Heinonen, K., Komsu, N., Järvenpää, L., & Strandberg, T. (2008). A transactional model of temperamental development: Evidence of a relationship between child temperament and maternal stress over five years. *Social Development*, 17, 326–340.
- Räikkönen, K., Pesonen, A. K., Heinonen, K., Komsu, N., Järvenpää, L., & Strandberg, T. E. (2006). Stressed parents: A dyadic perspective on perceived infant temperament. *Infant and Child Development*, 15, 75–87.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T. G., & Alspac (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: A prospective population study. *The Lancet*, 365, 2201–2205.
- Scaramella, L. V., Sohr-Preston, S. L., Callahan, K. L., & Mirabile, S. P. (2008). A test of the family stress model on toddler-aged children's adjustment among Hurricane Katrina impacted and nonimpacted low-income families. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 530–541.
- Sideridis, G. D. (2007). International approaches to learning disabilities: More alike or more different? *Learning Disabilities Research & Practice*, 22, 210–215.
- Stein, A., Malmberg, L. E., Sylva, K., Barnes, J., Leach, P., & the Families, Children, Child Care study team. (2008). The influence of maternal depression, caregiving, and socioeconomic status in the post-natal year on children's language development. *Child Care Health and Development*, 34, 603–612.
- Wanless, S. B., Rosenkoetter, S. E., & McClelland, M. M. (2008). Paternal depression and infant cognitive development—implications for research and intervention. *Infants and Young Children*, 21, 134–141.
- Wu, T. K., Huang, S. C., & Meng, Y. R., (2008). Evaluation of ANN and SVM classifiers as predictors to the diagnosis of students with learning disabilities. *Expert Systems with Applications*, 34, 1846–1856.