

سلامت و رفاهیت



معاونت پژوهش و فن آوری

به نام خدا

مشور اخلاق پژوهش

بایاری از خداوند بجان و اعتقاد به این که عالم محضر خداست و همواره ناظر بر اعمال انسان و به منظور پاس داشت مقام بلند دانش و پژوهش و نظر به اهمیت جایگاه دانشگاه در اعتلای فرهنگ و تمدن بشری، ماد انشجویان و اعضاء هیئت علمی واحدهای دانشگاه آزاد اسلامی متعهد می گردیم اصول زیر را در انجام فعالیت های پژوهشی مد نظر قرار داده و از آن تخطی نکنیم:

- ۱- اصل حقیقت جویی: تلاش در راستای پی جویی حقیقت و وفاداری به آن و دوری از هرگونه پنهان سازی حقیقت.
- ۲- اصل رعایت حقوق: التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهیدگان (انسان، حیوان و نبات) و سایر صاحبان حق.
- ۳- اصل مالکیت مادی و معنوی: تعهد به رعایت کامل حقوق مادی و معنوی دانشگاه و کلیه همکاران پژوهش.
- ۴- اصل منافع ملی: تعهد به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور در کلیه مراحل پژوهش.
- ۵- اصل رعایت انصاف و امانت: تعهد به اجتناب از هرگونه جانب داری غیر علمی و حفاظت از اموال، تجهیزات و منابع در اختیار.
- ۶- اصل رازداری: تعهد به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد، سازمان ها و کشور و کلیه افراد و نهادهای مرتبط با تحقیق.
- ۷- اصل احترام: تعهد به رعایت حریم ها و حرمت یاد انجام تحقیقات و رعایت جانب نقد و خودداری از هرگونه حرمت شکنی.
- ۸- اصل ترویج: تعهد به رواج دانش و اشاعه نتایج تحقیقات و امثال آن به همکاران علمی و دانشجویان به غیر از مواردی که منع قانونی دارد.
- ۹- اصل برائت: التزام به برائت جویی از هرگونه رفتار غیر حرفه ای و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم و پژوهش را به شائبه های غیر علمی می آلائند.



معاونت پژوهش و فن آوری

به نام خدا

تعهد اصالت رساله یا پایان نامه تحصیلی

اینجانب معصومه منصوری دانش‌آموخته مقطع کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی تربیتی که در تاریخ ۱۳۹۳/۱۰/۳۰ از پایان‌نامه خود تحت عنوان "اثر بخشی گل درمانی بر پرخاشگری دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر" با کسب نمره دفاع نموده‌ام بدینوسیله متعهد می‌شوم:

این پایان‌نامه حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان‌نامه، کتاب، مقاله و ...) استفاده نموده‌ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آنرا در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده‌ام.

۱) این پایان‌نامه قبلاً برای هیچ مدرک تحصیلی (هم‌سطح، پایین‌تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی ارائه نشده است.

۲) چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده و هرگونه بهره‌برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و ... از پایان‌نامه داشته باشم، از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.

۳) چنانچه در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می‌پذیرم و دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی‌ام هیچگونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد مرودشت

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد (M.A)

گرایش: روانشناسی تربیتی

عنوان:

اثر بخشی گل درمانی بر پر خاشگری دانش آموزان کم توان ذهنی آموزش پذیر

استاد راهنما:

دکتر سلطانهلی کاظمی

نگارش:

معصومه منصوری

زمستان ۱۳۹۳



صور تجلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد (M.A)

نام و نام خانوادگی دانشجو: معصومه منصوری در تاریخ ۱۳۹۳/۱۰/۳۰ رشته: روانشناسی تربیتی

از پایان نامه خود با عنوان:

اثر بخشی گل درمانی بر پر خاشگری دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر

با درجه و نمره دفاع نموده است.

نام و نام خانوادگی اعضای هیات داورى سمت امضاء اعضای هیات داورى

۱- دکتر سلطانعلی کاظمی استاد راهنما

۲- استاد مشاور

۳- دکتر حجت الله جاویدی استاد داور

۴- دکتر مژگان امیریان زاده استاد داور

مدیر/معاونت پژوهشی مراتب فوق مورد تایید است.

مهر و امضاء

تشکر و سپاس

سپاس بی کران پروردگار یکتا را که هستی مان بخشید و به طریق علم و دانش رهنمونمان شد و به هم نشینی رهروان علم و دانش مفتخرمان نمود و فوئده چینی از علم و معرفت را روزیمان سافت.

بنده مقیر سپاسگزار کسانی هستم که سر آغاز تولد من هستند و به پاس قلب‌های بزرگشان که فریادرس است و سرگردانی و ترس در پناهشان به شجاعت می‌گراید.

از جناب آقای دکتر سلطانعلی کاظمی به عنوان استاد راهنما به دلیل یاری‌ها و راهنمایی‌های بی‌پشیمداشت ایشان که بسیاری از سفتی‌ها را برایم آسان نمودند، کمال تشکر و قدردانی را دارم.

و همچنین از اساتید داور ممتزم، جناب آقای دکتر محبت‌الله جاویدی و سرکار خانم دکترمژگان امیریان زاده که بر آستان گران سنگ انسانیت سر فرود می‌آورند و انسان را با همه تفاوت‌هایش ارج می‌نهند، سپاسگزارم.

از همسرم که با قلبی آکنده از عشق و معرفت، محیطی سرشار از سلامت، امنیت، آرامش و آسایش را برایم فراهم سافت، متشکرم

و

از تمامی کسانی که در تهیه و تدوین این پژوهش مرا یاری رساندند، تشکر می‌نمایم.

و

تقدیم به

خدایی که آفرید جهان را، انسان را، عقل را، علم را، معرفت را، عشق را و به کسانی که عشقشان را در وجودم دمید.

فرشته زندگی‌ام، مادرم، که کاش چراغ زندگی‌اش فاموش نمی‌شد.

پدر عزیزم به پاس فداکاری هایشان

همسر فهیم و فرزانه‌ام

به ارسام عزیزم که بازیگوشی‌های کودکانه‌اش، گرمی‌بخش و شادی‌افزای کاشانه من است.

دو خواهر و برادرم، همراهان همیشگی و پشتوانه‌های زندگی‌م

و

همه‌ی کودکان معصوم

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	چکیده.....
۲	فصل اول: کلیات پژوهش
۳	مقدمه.....
۷	بیان مسأله.....
۱۲	اهمیت و ضرورت پژوهش.....
۱۵	اهداف پژوهش.....
۱۵	فرضیه‌های پژوهش.....
۱۶	تعاریف نظری و عملیاتی متغیرهای پژوهش.....
۱۸	فصل دوم: ادبیات و پیشینه پژوهش
۱۹	مبانی نظری.....
۱۹	کودکان استثنایی.....
۲۰	کم‌توان ذهنی.....
۲۰	علل کم‌توان ذهنی.....
۲۱	طبقه بندی کم‌توان ذهنی.....
۲۴	افراد کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر.....
۲۷	روش‌های درمانی.....
۲۹	پرخاشگری.....
۳۲	نظریه‌ها و دیدگاه‌های پرخاشگری.....
۳۵	روش‌های درمانی پرخاشگری.....
۳۹	هنر درمانی.....
۴۳	تاریخچه هنر درمانی.....
۴۵	نظریه‌ها و ایده‌های هنر درمانی.....
۵۱	مزایای استفاده از هنر در فرایند درمان.....
۵۴	هنر درمانی برای کودکان با نیازهای ویژه و مشکلات آن‌ها.....
۵۹	روند و اشکال هنر درمانی.....

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۶۲	ارزش گِل.....
۶۳	گِل درمانی.....
۷۰	پیشینه پژوهش.....
۷۲	پژوهش‌های پیشین مربوط به هنر درمانی.....
۷۸	پژوهش‌های مربوط به گِل درمانی.....
۸۲	جمع‌بندی.....
۸۴	فصل سوم: روش پژوهش
۸۵	روش پژوهش.....
۸۵	جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری.....
۸۶	ابزارهای اندازه‌گیری پژوهش.....
۸۶	ابزار لازم برای گِل درمانی.....
۸۶	پرسشنامه پرخاشگری قزل سفلو.....
۸۸	متغیرهای پژوهش.....
۸۸	روش اجرای پژوهش.....
۹۴	روش تحلیل آماری داده‌ها.....
۹۴	ملاحظات اخلاقی.....
۹۵	فصل چهارم: یافته‌های پژوهش
۹۶	یافته‌های توصیفی.....
۱۰۰	یافته‌های استنباطی.....
۱۰۸	فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری
۱۰۹	خلاصه پژوهش.....
۱۱۰	بحث و نتیجه‌گیری.....
۱۱۶	دست‌آوردهای اصلی پژوهش.....
۱۱۶	محدودیت‌های پژوهش.....
۱۱۷	پیشنهاد‌های پژوهش.....

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱۱۹	منابع و مآخذ.....
۱۱۹	منابع فارسی.....
۱۲۶	منابع انگلیسی.....
۱۳۶	پیوست‌ها.....
۱۴۴	چکیده لاتین.....

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۷۷	جدول ۲-۱: خلاصه ای از پژوهش های انجام شده در زمینه هنر درمانی.....
۹۱	جدول ۳-۱: برنامه ۱۲ جلسه ای گل درمانی.....
۹۷	جدول ۴-۱: شاخص های توصیفی متغیر های مورد بررسی در پیش آزمون به تفکیک گروه.....
۹۸	جدول ۴-۲: شاخص های توصیفی متغیر های مورد بررسی در پس آزمون به تفکیک گروه.....
۱۰۰	جدول ۴-۳: نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس ها در متغیرهای مورد بررسی.....
۱۰۰	جدول ۴-۴: نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن متغیرهای مورد بررسی.....
۱۰۱	جدول ۴-۵: نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه نمره کل دو گروه در پس آزمون با کنترل پیش آزمون.....
۱۰۱	جدول ۴-۶: نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره برای مقایسه نمره کل دو گروه در پس آزمون با کنترل پیش آزمون.....
۱۰۲	جدول ۴-۷: نتایج مقایسه بین گروهی برای بررسی تفاوت های مشاهده شده در تحلیل کواریانس چند متغیره.....
۱۰۲	جدول ۴-۸: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه گیری مکرر برای مقایسه مراحل ارزیابی گروه آزمایش.....
۱۰۳	جدول ۴-۹: نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر برای بررسی تفاوت مراحل با پیش آزمون.....
۱۰۳	جدول ۴-۱۰: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه گیری مکرر برای مقایسه مراحل ارزیابی گروه آزمایش.....
۱۰۴	جدول ۴-۱۱: نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر برای بررسی تفاوت مراحل با پیش آزمون.....
۱۰۵	جدول ۴-۱۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه گیری مکرر برای مقایسه مراحل ارزیابی گروه آزمایش.....
۱۰۵	جدول ۴-۱۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر برای بررسی تفاوت مراحل با پیش آزمون.....
۱۰۵	جدول ۴-۱۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه گیری مکرر برای مقایسه مراحل ارزیابی گروه آزمایش.....
۱۰۶	جدول ۴-۱۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر برای بررسی تفاوت مراحل با پیش آزمون.....

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۹۷	نمودار ۱-۴: شاخص های توصیفی متغیر های مورد بررسی در پیش آزمون.....
۹۹	نمودار ۲-۴: شاخص های توصیفی متغیر های مورد بررسی در پس آزمون به تفکیک گروه.....
۱۰۷	نمودار ۳-۴: مقایسه پرخاشگری گروه آزمایش و کنترل.....
۱۰۸	نمودار ۴-۴: تغییرات پرخاشگری طی زمان.....

چکیده

هدف پژوهش حاضر تبیین اثر بخشی گل درمانی بر پرخاشگری دانش آموزان کم توان ذهنی آموزش پذیر ۹-۱۸ سال پسر دوره ابتدایی ناحیه یک آموزش و پرورش شهر شیراز بوده است. از بین جامعه ۱۹۲ نفری پژوهش مورد نظر ۴۰ نفر باتوجه به پرسشنامه پرخاشگری (قرل سفلو، ۲۰۰۹) که بالاترین نمره را کسب کرده بودند، انتخاب شدند. سپس به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. طرح پژوهش از نوع آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. ابتدا برای هر دو گروه پیش‌آزمون اجرا گردید، سپس ۱۲ جلسه مداخله کار با گل برای گروه آزمایش اجرا گردید و گروه کنترل آزمایشی دریافت نکردند. در طول جلسات گل‌درمانی جهت ارزیابی پیشرفت کار هر سه جلسه یک بار آزمون پرخاشگری گرفته شد و بعد از اتمام جلسات پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا گردید. در نهایت، داده‌ها بر اساس اندازه گیری مکرر و کوواریانس چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده نشان داد که روش گل‌درمانی توانسته است پرخاشگری گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل کاهش دهد و در سطح $p < 0/01$ معنادار بوده است.

واژگان کلیدی: گل درمانی، پرخاشگری، دانش آموز کم توان ذهنی آموزش پذیر.

فصل اول

کلیات پژوهش

مقدمه

یکی از ویژگی‌ها و صفات مهم انسانی قوای ذهنی رشد یافته و عقل و هوشی است که در وجود او به عنوان یک موهبت الهی به ودیعه نهاده شده است. همین ویژگی، او را از سایر موجودات متمایز ساخته است و در او توانایی، ظرفیت یادگیری و سازگاری با محیط پیرامونش را به وجود آورده است. بدون شک به دلیل دارا بودن همین نعمت، خداوند او را اشرف مخلوقات و خلیفه خود در روی زمین قرار داده است. اما به دلایل متعددی تعداد کمی از افراد از داشتن چنین توانایی و ظرفیتی یا محروم بوده و یا از حد طبیعی متناسب با سن خود پایین تر می‌باشند. این محرومیت یا نقصان، بر آنان نیازها و محدودیت‌های مختلفی را تحمیل می‌نماید.

عوامل متفاوتی می‌توانند منجر به نقصان رشد توانای عقلی و هوشی انسان گردد. این عوامل ممکن است به شکل اطلاعات ژنتیکی، سرگذشت پیش از تولد بچه و وضعیت مادر و تجربیات دوران بارداری و تاریخ زایمان و وضع حمل، ناسازگاری گروه خونی، سرایت بیماری‌های واگیردار و مزمن، رویداد تصادفی، نقص در رشد ذهنی و حرکتی، حملات عاطفی و فشارهای روانشناختی ایجاد شود (منگال، ترجمه کاظمی، ۱۳۸۸).

مشکلاتی مانند اختلالات ژنتیکی، بیماری‌ها، رویدادهای تصادفی و عوامل ذکر شده باعث تولد کودکانی با معلولیت در گروه‌های ناشنوا^۱، نابینا^۲، اوتیسم^۳ و کم‌توان ذهنی^۴ می‌شود. از آنجایی که عنایت کامل به کودکان از مهمترین مسایل و از بهترین سرمایه‌گذاری‌ها برای آینده یک جامعه محسوب می‌شود، توجه به این گروه از کودکان با توجه به محدودیت‌های آنان در امر تحصیل و زندگی اجتماعی نیز قابل توجه می‌باشد. همین امر مستلزم فراهم کردن تمهیدات و سرمایه‌گذاری‌هایی از سوی دولت‌ها می‌باشد.

1 -deaf

2 -blind

3 -autism

4 - The mentally retarded

در میان افراد کم‌توان ذهنی کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر^۱ جایگاهی ویژه دارند. این افراد با وجود مشکلات خاص قادر به دستیابی مهارت‌های لازم در زندگی، مهارت‌های شخصی - اجتماعی و مهارت‌های شغلی هستند و می‌توانند به سازگاری نسبی در اجتماع برسند (افروز، ۱۳۸۴).

افراد کم‌توان ذهنی حدود سه درصد از تعداد کل کودکان سنین مدرسه رو را تشکیل می‌دهند. این افراد در زمینه مهارت‌های ارتباطی، به راحتی نمی‌توانند با دیگران ارتباط مؤثر برقرار سازند و با حرکات و حالت‌های خاصی، حالت عاطفی خود را بیان می‌کنند. برای ارضا نیازهای خود از دیگران کمک می‌گیرند، از لحاظ کلام ضعیفند و مفاهیم را خوب درک نمی‌کنند، معمولاً کلاس درس را به هم می‌ریزند، کودکان بد و گستاخی هستند، دشنام می‌دهند و با دانش‌آموزان دیگر درگیر می‌شوند (ساراسون^۲، ۱۳۸۳). پرخاشگری^۳ یکی از شایع‌ترین مشکلات این کودکان و یکی از دلایل مهم ارجاع دادن آنها به روان‌درمانگران است (سوخودولسکی^۴، کاسینوف^۵، گرم^۶، ۲۰۰۳). شناخت این مشکل نزد کودکان خردسال و مداخله به هنگام می‌تواند از ادامه این رفتار پیشگیری کند (گودوین^۷، پیسی^۸ و گریس^۹، ۲۰۰۳).

از آنجایی که سالهای شکل‌دهنده‌ی ابتدایی زندگی انسان از لحاظ تاثیر گذاری دوره‌های بعد حائز اهمیت است، وقتی کودکی رفتار پرخاشگری را پیش رو بگیرد، پرخاشگر باقی می‌ماند و پرخاشگری درمان نشده جنبه‌ای ثابت از رفتار آنان می‌شود، از این رو، شناسایی اختلال‌های دوران کودکی برای فرد و اجتماع دارای اهمیت است و در صورتی که درمان نشود ممکن است در بزرگسالی با مشکل روبرو شوند (ساراسون، ۱۳۸۳). برای مقابله با رشد این اختلال در کودکان لازم است در انتخاب روش‌های درمانی دقت و توجه داشت تا نتیجه بهتری به دست آید. روش‌های متعددی چون شناخت درمانی، رفتار درمانی، گروه درمانی، برای مقابله با اختلال‌های کودکان پیشنهاد شده است.

یکی از شاخه‌های درمانی در روانشناسی و روان‌درمانی، استفاده از ابزار و شیوه‌های هنری^{۱۰} برای درمان بوده است، که به تدریج پس از تکوین روان‌شناسی بالینی در کنار سایر شاخه‌های درمانی و در درمان

¹ - Educable mentally retarded

² - Sara son

³ -aggression

⁴ -Sukhodolosky

⁵ -kassinove

⁶ -Gorman

⁷ -Good vin

⁸ -pacey

⁹ -Grace

¹⁰ - artical methods

بسیاری از بیماری‌ها نیز کاربرد داشته است. می‌توان گفت که استفاده از روش‌های درمانی با استفاده از ابزار هنری در ایجاد تغییرات مثبت در نظام ارزشی دانش‌آموزان ناتوان نقش اساسی دارد. زیرا علاقه‌ی اصلی دانش‌آموزان ناتوان در یادگیری امور و پدیده‌های خاص، عینی و عملی است. و فعالیت‌های هنری بیانگر این توجه و علاقه می‌باشد. و از آنجایی که این دانش‌آموزان با زبان هنر بهتر از زبان گفت و شنود ارتباط برقرار می‌کنند لذا در این پژوهش به یکی از ابعاد هنر درمانی که گل درمانی است پرداخته می‌شود.

پژوهشگرانی چون گلومپ^۱ (۱۹۷۲) و (۱۹۷۴) و مک کورمیک^۲ (۱۹۹۵) در زمینه کار با گل پژوهش‌های مهمی را انجام داده‌اند و در این زمینه به دو بعد اساسی آن توجه بسیاری داشته‌اند که یکی سه بعدی بودن گل و دیگری این که کار با گل در موازات با سایر هنرها از جمله (نقاشی و...) قرار می‌گیرد. همچنین پیشینه و موارد مربوط به محصولات گلی در پیشینه زندگی انسان به خوبی شناخته شده است. در تاریخ گذشته اکثر ممالک دورانی وجود دارد که شمایل و اشکال مختلف گلی مختلف توسط انسان ساخته شده‌اند (به عنوان مثال اولین کشتی در دنیای باستان از گل ساخته شد است که مویذ این است که در آن زمان‌ها به زمین به عنوان منبع همه چیز خیلی اهمیت می‌دادند). ممکن است اشیا گلی که از زمین ساخته می‌شوند نشان دهنده ارتباط میان دنیای روحی و روانی انسان و دنیای جسمانی او باشد و این ارتباط در هنر درمانی بسیار اهمیت دارد. یعنی ما از گل و هنر برای بیان احساسات و دنیای درون خود استفاده می‌کنیم (شولت^۳ و گاورون^۴، ۲۰۰۶).

تجربیات پژوهشگر طی سال‌های متمادی کار با این گروه از کودکان بیانگر این است که، در کار با کودکان کم‌توان ذهنی بیشتر به عملکرد تحصیلی آنان اهمیت داده می‌شود و سایر مؤلفه‌های روانی و شخصیتی آنان مانند اختلالات روانی، رفتارهای سازشی و... کمتر مورد توجه بوده است. در مدارس جهت درمان اختلالات رفتاری (پرخاشگری) بیشتر روش‌های مشاوره، تغییر و اصلاح رفتار و در کمتر مواقعی خانواده‌درمانی یا بازی‌درمانی کاربرد داشته است. این در حالیست که در دنیای کنونی ما و در کشورهای پیشرفته از روش‌هایی استفاده می‌شود که کودک را درگیر فعالیت می‌کند و یا او را در محیط‌های شبیه‌سازی شده با محیطی که در آن مشکل به وجود آمده قرار می‌دهند و در درمان نیز از روش‌های ترکیبی و تلفیقی بیشتر استفاده می‌شود. در نتیجه پیشرفت و جایگاه این کودکان به مراتب بهتر از کشور ما بوده است. همین عوامل پژوهشگر را بر آن داشت تا گامی هر چند کوچک در جهت معرفی

1 -Glomp

2 -Maccormick

3 -Sholt

4 -Gavron

و ارزیابی روش گل درمانی (با تمام مشکلاتش) بردارد و امید است که حصول اطمینان از نتایج مثبت این روش کمک شایانی در جهت رفع مشکلات و معضلات این کودکان باشد.

بیان مسأله

از روزی که بشر زندگی اجتماعی را شروع کرد، موضوع کسانی که به عللی قادر نبودند خود را با اجتماع هماهنگ سازند مطرح بوده است. تمامی متخصصان بهداشت روانی در این باره که سال‌های شکل دهنده‌ی ابتدای زندگی انسان از لحاظ تأثیر گذاری دوره‌های بعد حایز اهمیت است اتفاق نظر دارند و وجود اختلال در این دوره از زندگی را زمینه‌ای مساعد برای رشد ناسازگاری در دوره‌های بعدی می‌دانند، از این رو شناسایی این اختلال‌ها در دوره‌ی کودکی با اهمیت می‌باشد.

کودکان با اختلال رفتاری بخشی از جامعه را تشکیل می‌دهند که در آن میزان شیوع پاره‌ای از اختلالات بیش از جامعه عادی است. اختلال‌های رفتاری در برگیرنده رفتارهایی هستند که دایمی بوده و با سن فرد تناسبی ندارد و منجر به تضاد اجتماعی، نارضایتی و ناشادی فردی و شکست در مدرسه می‌شوند (شمس‌آبادی، امامی پور، صدرالسادات، ۱۳۹۱).

کودکان استثنایی^۱، کودکانی هستند که نحوه‌ی تفکر، دیدن، شنیدن، صحبت کردن، اجتماعی شدن و رفتارهای سازشی آنها با دیگران متفاوت است، بچه‌هایی که در سازگار شدن با همسالان و محیط پیرامونشان دچار مشکل‌اند و در واقع این عدم ناسازگاری و اختلالات رفتاری آنها، همچون پرخاشگری که اکتسابی می‌باشد، در اکثر مواقع پاسخی است در برابر ناکامی‌ها، که بروز آنها اجتناب‌ناپذیر است. به همین علت است که اختلالات رفتاری در کودکان عقب‌مانده‌ذهنی در مقایسه با کودکان عادی، بسیار چشمگیرتر بروز می‌کند و اینجاست که روش‌های مختلف درمانی برای تغییر و اصلاح رفتار این افراد مطرح می‌شود. کودکان عقب‌مانده^۲ به خاطر وجود محدودیت در قوای شناختی شان، که محدودیت‌های دیگری در پی دارد، با مسائل عمده‌ای دست به‌گیری‌بند که از جمله مشکل سازش یافتگی با افراد و محیط پیرامونشان می‌باشد. چنین مشکلی به‌این 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 همچنین این امر اختلالات رفتاری^۳ و سازش‌نیافتگی‌هایی با گستره وسیع را سبب می‌شود که یکی از عمده‌ترین آنها "رفتار پرخاشگرانه"^۴ است (ایلائی، ۱۳۷۹).

در مورد کودکان عقب‌مانده‌ذهنی با توجه به محدودیت‌های ویژه آنها نسبت به کودکان عادی، می‌توان انتظار داشت که رفتارهای پرخاشگرانه و سازش‌نیافته بیشتری از آنها بروز می‌کند. آنان به سبب محدودیت‌های خود با ناکامی‌هایی مواجه می‌شوند که سرآغاز پرخاشگری به گونه‌های مختلف خواهد

1- Exceptional children

2- Mentally retarded children

3- behavioral disorders

4- aggressive behavior

بود(افروز،۱۳۸۴). کودکان عقب‌مانده‌ذهنی به سبب کمبود خزانه رفتاری از پرخاشگری به مثابه ابزاری برای برآوردن نیازهای معلمان خود استفاده می‌کنند. پرخاشگری^۱ این کودکان یکی از عمده ترین مشکلات والدین تلقی شده است(دورند^۲، ۱۹۹۵). عقب ماندگی ذهنی با مشکلات رفتاری از قبیل پرخاشگری، آسیب به خود^۳، رفتار مخرب^۴، بیش‌فعالی^۵، رفتارهای کلیشه‌ای^۶، رفتار اجتماعی و جنسی نامناسب همراه است. این چنین رفتارهای ناسازگارانه‌ای هم بر سلامتی و امنیت شخص عقب مانده و هم اطرافیان و مراقبان آنها تاثیر منفی دارد(امرسون^۷، ۲۰۰۱). میزان شیوع اختلالات رفتاری در افراد عقب‌مانده‌ذهنی بین ۴۰ تا ۴۴ درصد گزارش شده است. که این میزان تقریباً چهار برابر کودکان عادی است(سیف نراقی، ۲۰۰۱).

پرخاشگری را می‌توان به عنوان رفتاری که هدف آن رنجاندن یا صدمه زدن به اشخاص دیگر است، تعریف کرد(برکویتز^۸، ۱۹۹۳). رفتار پرخاشگری در کودکان مشکل متداولی است که در همه جای دنیا نیاز به توجه فزاینده‌ای دارد و پژوهش درباره راه حل‌های مؤثر چالش بزرگی برای متخصصان و نظریه پردازان ایجاد کرده است(نیسیمو^۹، ۲۰۰۹). دامنه‌ای از رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان به چشم می‌خورد که شاید در پرتو این حقیقت قابل درک باشد که عوامل زیادی در شکل‌گیری این رفتار دخالت دارند، مثل عوامل بیرونی^{۱۰} (جامعه، محیط زیست، خانواده و آموزش و پرورش) و درونی^{۱۱} (شخصیت عاطفی، شناختی، عصب زیست شناختی) (یوگین^{۱۲}، ۲۰۰۳). نشانه‌های پرخاشگری ممکن است به صورت فیزیکی^{۱۳} (شامل مشت زدن، شوخی عملی وغیره) و یا با انواع پرخاشگری کلامی^{۱۴} چون امتناع از صحبت کردن همراه شود. علاوه بر این کودکان پرخاشگر مهارت‌های رفتاری در ارائه پاسخ‌های بسنده برای مسائل ندارند و در مهارت‌های حل تعارض دچار کاستی هستند(الویوز^{۱۵}، ۱۹۹۳). از سوی دیگر نه تنها کودکان پرخاشگر به گونه‌ای منفی تحت تاثیر رفتارشان قرار می‌گیرند، بلکه

1- aggression

2- Durand

3- self Injury

4- destructiveness

5- hyperactivity

6- stereotyped mannerism

7- Emerson

8- Berkowitz

9- Nissimov

10- external factors

11- internal factors

12- Joughin

13- Physical

14- Verbal

15- Olwius