

Research Paper: The Effect of Stress Management Training with Cognitive Behavioral Style on Stress and Mental Health of Parents of Children with Intellectual Disabilities

Mohammad Nazer¹, Nasrin Riyahi², *Mohammadreza Mokhtaree¹

1. Department of Psychiatry, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

2. Department of Educational Psychology, Islamic Azad University, Anar Branch, Kerman, Iran.

Citation: Nazer M, Riyahi N, Mokhtaree MR. [The effect of stress management training with cognitive behavioral style on stress and mental health of parents of children with intellectual disabilities (Persian)]. *Journal of Rehabilitation*. 2016; 17(1):32-41. <http://dx.doi.org/10.20286/jrehab-170130>

doi: <http://dx.doi.org/10.20286/jrehab-170130>

Received: 8 Dec. 2014

Accepted: 9 Aug. 2015

ABSTRACT

Objective The birth and presence of a child with mental-retardation in any family causes stress, hopelessness, and disappointment, as well as social, economic, and emotional problems. These problems lead to mental health reduction and using inefficient approaches in family. This research aimed to study the effect of education on mental health and stress rate. Also, it examined the effect of several styles of contrasting stress and stress management program on decreasing stress of parents with mentally-retarded children.

Materials & Methods Parents of children with intellectual disabilities in Rafsanjan, Iran (2 health centers) completed Harry stress inventory (HIS) and general health questionnaire (GHQ). A total of 60 couples with high scores in these tests were selected and randomly assigned into 2 groups. Experimental group passed stress management course in 6 sessions for 3 weeks (two sessions per week). The educational contents in 6 sessions were as follows: teaching pathology, semiology, and mental health to parents, then 4 ways of therapeutic approaches of opposition, evasion, continence, and social support, and finally problem solving and practicing those skills. Control group did not receive any treatment. After final session, and then 1 month later, 2 groups completed GHQ and HIS (posttest and follow up). Data were analyzed with repeated measures test.

Results Average scores of stress rate in pretest and posttest in the experimental group had a significant difference ($P=0.001$), but this difference was not significant in follow up test ($P=0.659$). Average scores of mental health in pretest and posttest of experimental group had significant difference ($P=0.001$), but this difference was not significant in follow up test ($P=0.646$). With regard to different aspects of general health, the difference between mean scores of physical signs and depressive signs in pretest and posttest of intervention group was significant ($P<0.001$). However, the mean scores of anxiety signs and social activity in pretest and posttest was not significant ($P=0.13$, $P=0.07$).

Conclusion Educating stress management with cognitive-behavioral style could increase the mental health index of parents with mental-retarded children, decrease mothers' physical and depressive signs, and improve their sleep and social performance. However, in this study, anxiety signs and social activities of parents did not improve. To explain this finding, it can be said that several variables affect the anxiety and social activities of people. And those factors are out of control of this study. These factors are in direct relation with economic situation of people that were not examined in the present research. Also, education stress management with cognitive-behavioral style could reduce perceptive stress of parents. Finally, education causes people, including mothers of mentally-retarded children to know themselves better, recognize their strength and weak points, and reach a level of self-recognition that proceed improving their weak points and promoting their strong points. As a result, parents accept better the reality of their mentally-retarded child and better adapt to this situation. This will in turn reduce the mental stress and increase their health status.

Keywords:

Intellectual disability, Stress, Mental health, Training, Cognitive behavioral therapy, Parents

* Corresponding Author:

Mohammadreza Mokhtaree, MSc.

Address: Department of Psychiatry, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

Tel: +98 (34) 34260080

E-Mail: mrmokhtaree@yahoo.com

تأثیر آموزش مدیریت استرس به سبک شناختی-رفتاری بر میزان استرس و سلامت روان والدین دارای فرزند ناتوان ذهنی

محمد ناظر^۱، نسرین ریاحی^۲، محمدرضا مختاری^۱

۱- گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

۲- گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اناز، کرمان، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۷ آذر ۱۳۹۳

تاریخ پذیرش: ۱۸ مرداد ۱۳۹۴

هدف: تولد و حضور کودک مبتلا به کم‌توانی ذهنی در هر خانواده‌ای، تنیدگی، سرخوردگی، ناامیدی، افزایش مشکلات اجتماعی-اقتصادی و هیجانی و در نتیجه کاهش سلامت روانی و استفاده از راهبردهای ناکارآمد را در خانواده به دنبال دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مدیریت استرس به سبک شناختی-رفتاری بر سلامت روان و همچنین تأثیر آموزش بر میزان استرس والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه شبه‌تجربی، والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی دو مرکز در شهر رفسنجان، پرسشنامه ۶۶ ماده‌ای هری با مضمون سنجش فشار روانی در موقعیت‌های مختلف زندگی و مقیاس ۲۸ ماده‌ای سلامت عمومی گلدبرگ را تکمیل نمودند. از میان افرادی که نمره بالاتر از حد طبیعی داشتند، ۶۰ زوج به شیوه تصادفی ساده انتخاب و سپس دوباره به‌طور تصادفی به دو گروه مساوی تقسیم شدند. گروه آزمایش، دوره آموزشی مدیریت استرس را در ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای طی ۳ هفته ۲ جلسه‌ای دریافت کردند. خلاصه آموزش در شش جلسه عبارت بود از: آموزش آسیب‌شناسی، نشانه‌شناسی و سلامت روان به والدین، آموزش ۴ راهبرد مقابله درمانگری شامل رویارویی، دوری‌جویی، خویشترداری و حمایت اجتماعی و سپس رفع اشکال و تمرین مهارت‌های مذکور. این در حالی بود که گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات درمانی و یک ماه بعد، پس‌آزمون و آزمون پیگیری انجام شد. میانگین نمره‌های زوجین در آزمون‌های مختلف به‌عنوان معیارهای آماری در نظر گرفته شد و نتایج به روش اندازه مکرر مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره میزان استرس در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش تفاوت معنادار داشت ($P=0/001$)، اما این نمره در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری نداشت ($P=0/66$). همچنین تفاوت میانگین نمره سلامت روان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش معنادار بود ($P=0/001$)، اما این نمره در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری نداشت ($P=0/67$). در زمینه ابعاد مختلف سلامت عمومی، تفاوت میانگین نمره علایم جسمانی و علایم افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش، معنادار بود ($P<0/001$)، اما تفاوت میانگین نمره علایم اضطراب و عملکرد اجتماعی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نبود ($P=0/07$ و $P=0/13$).

نتیجه‌گیری: آموزش مدیریت استرس به سبک شناختی-رفتاری توانست شاخص سلامت روان والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی را افزایش و علایم جسمانی و افسردگی مادران را کاهش دهد و خواب و کارکرد اجتماعی آنها را بهبود بخشد. با این حال، در مطالعه حاضر علایم اضطراب و عملکرد اجتماعی والدین بهبود نیافت. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت متغیرهای بسیاری بر میزان اضطراب یا عملکرد اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارد که در این مطالعه از کنترل خارج بود. این منابع با وضعیت اقتصادی افراد ارتباط مستقیم دارند که در مطالعه حاضر مورد بررسی قرار نگرفت. همچنین آموزش مدیریت استرس به سبک شناختی-رفتاری توانست میزان استرس ادراک‌شده والدین را کاهش دهد. در نهایت، آموزش باعث شد که افراد از جمله مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی، شناخت بیشتری از خود پیدا کنند، نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند و بدین ترتیب به‌حدی از خودشناسی دست یابند که برای اصلاح نقاط ضعف و تقویت نقاط مثبت خود اقدام کنند. در نتیجه این امر، والدین می‌توانند واقعیت کودک کم‌توان را بهتر بپذیرند و با آن به‌طور صحیح‌تر ارتباط برقرار کنند که این امر به‌نوبه خود باعث کاهش فشار روانی و افزایش سلامت شد.

کلیدواژه‌ها:

ناتوانی ذهنی، استرس، سلامت روان، درمان شناختی رفتاری، والدین

* نویسنده مسئول:

محمدرضا مختاری

نشانی: کرمان، رفسنجان، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دانشکده پزشکی، گروه روانپزشکی.

تلفن: ۰۸۰۳۴۲۶۰۰۸۰ (۳۴) ۹۸+

رایانامه: mrmokhtaree@yahoo.com

مقدمه

پژوهش‌های متعددی بر اطلاع‌رسانی و آموزش به‌عنوان اولین اولویت خدمات‌رسانی تأکید دارد [۱۳]. آموزش شیوه‌های رفتاری-شناختی و ایجاد شبکه‌های حمایت از خانواده دارای کودک کم‌توان ذهنی باعث کاهش اضطراب والدین [۱]، افزایش سطح سلامت خانواده، بهبود شاخص‌های سلامت روانی، استرس خانوادگی و پذیرش اجتماعی [۱۴]، افزایش سازگاری اجتماعی مادران [۱۵] و کاهش تنش، اضطراب و افسردگی [۱۶] می‌شود. آموزش استفاده از شیوه‌های مشکل‌مدار به‌جای استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای ناکارآمد و غیرمؤثر، باعث افزایش سلامت روان والدین می‌شود [۱۷].

رویکرد شناختی-رفتاری، افکار و نگرش‌های نادرست را به چالش می‌طلبد. همچنین آموزش روش‌های مقابله، گفتگوی درونی و راهبردهای حل مسئله باعث ارتقای رفتارهای اجتماعی، افزایش صمیمیت و ارتباط مثبت با کودک می‌گردد [۱۸]. در واقع، روش‌های شناختی، راه‌های تغییر نگرش و باورهای والدین نسبت به فرزندان‌شان را بیان می‌کنند که شامل یادگیری چگونگی کنترل خشم، مدیریت استرس و حل مشکلات هستند. مؤلفه رفتاری بر این فرض است که افراد را نسبت به رفتارهای نامطلوب آگاه سازد تا آنها را با رفتارهای سالم‌تری جایگزین نمایند. روش‌های رفتاری برای کمک به والدین و کودک به‌منظور بهبود تعاملات نامناسبی که ممکن است به آزار کودک یا نادیده‌گرفتن وی منجر شود، طراحی شده است. علاوه‌براین، از این روش برای تغییر سبک فرزندپروری والدین، مدیریت رفتار کودکان و دادن پاسخ‌های هیجانی مناسب به کودکان استفاده می‌شود [۱۹].

پژوهش در زمینه تأثیر آموزش خانواده بر سلامت روانی والدین دارای کودک عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر، نشان‌دهنده تأثیر مثبت آموزش خانواده در سلامت روانی والدین است [۲۰]. همچنین نشان داده شده که آموزش والدین، بهترین راه حمایت از کودکان کم‌توان و والدین آنهاست [۲۱]. مطالعه‌ای در زمینه اثربخشی مدیریت خشم بر ارتباط مادران با فرزندان کم‌توان ذهنی و دیرآموز نشان داد که کاربرد روش‌های مدیریت خشم به کاهش خشم مادران و بهبود ارتباط آنها با فرزندان می‌انجامد [۲۲]. همچنین نتایج مطالعه‌ای حاکی از این بود که اثر مقابله درمانگری بر سلامت عمومی مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی ژنتیکی و غیرژنتیکی یکسان است و سلامت عمومی مادران هر دو گروه را افزایش و علائم جسمانی و افسردگی مادران را کاهش می‌دهد و خواب و کارکرد اجتماعی آنها را بهبود می‌بخشد [۲۳].

براین‌اساس، پژوهش حاضر با هدف مطالعه تأثیر آموزش مدیریت استرس به سبک شناختی رفتاری بر میزان استرس و سلامت روان والدین دارای فرزند ناتوانی ذهنی صورت گرفت.

روش بررسی

این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با گروه کنترل و پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آزمون پیگیری همراه بود که در سال ۱۳۹۲ انجام

تولد و حضور کودکی با کم‌توانی ذهنی^۱ در هر خانواده‌ای می‌تواند به‌مثابه رویدادی نامطلوب و مشکل‌زا موجب ایجاد تنیدگی، سرخوردگی و ناامیدی شود. والدین کودکان کم‌توان ذهنی، با احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدودکننده و مخرب و فراگیر دارند، مواجه می‌شوند [۱]. این وضعیت بدون توجه به نوع فرهنگ و جامعه، شرایط را برای کاهش سلامت روانی و افزایش مشکلات در خانواده فراهم می‌کند.

تحقیقات نشان می‌دهد که والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی بیشتر از راهبردهای ناکارآمد استفاده می‌کنند که با سلامت روان رابطه عکس دارد [۲]. علاوه‌براین، مطالعات نشان داده‌اند والدین کودکان کم‌توان ذهنی، استرس و آشفتگی‌های روان‌شناختی (از جمله اضطراب و افسردگی) بیشتری نسبت به مادران دارای کودک سالم دارند [۳، ۴] و بیشتر مستعد افسردگی و اضطراب هستند [۵].

اثر ناتوان‌کنندگی و آسیب‌رسان حضور کودک کم‌توان ذهنی بر خانواده به‌ویژه مادران، بستگی به عوامل مختلفی مانند نوع و شدت مشکل یا ناتوانی، جنسیت کودک، میزان حمایت‌های در دسترس خانواده و ویژگی‌های شخصیتی افراد درگیر دارد [۶]. در همین زمینه یافته‌های برخی مطالعات حاکی از این است که پدران دارای کودک کم‌توان ذهنی احساس افتخار کمتری دارند؛ زیرا آرزوهای خود را برآدرفته می‌بینند و به‌دنبال آن، نقش مشارکتی کمتری در رشد فرزندان کم‌توان ذهنی دارند [۷].

هرچه میزان معلولیت کودک بیشتر باشد، نیازهای او افزایش و به خدمات بیشتری احتیاج می‌یابد [۸]. همچنین برخی محققین معتقدند که کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با همسالان عادی خود، در خطر افزایش مشکلات سلامت روان هستند [۹]. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که با افزایش سن کودک کم‌توان و رسیدن به سن نوجوانی، مشکلات آنها افزایش می‌یابد و مشکلات جدیدی مطرح می‌شود و این وضعیت، سازگاری والدین را سخت‌تر می‌کند [۱۰].

علاوه‌براین، والدین نسبت به دیگر فرزندان و تهیه مایحتاج خانواده مسئولیت دارند. مجموعه مسائل مذکور می‌تواند به منبع استرس خانواده‌ها به‌ویژه مادر تبدیل شود و رابطه والد-کودک را خدشه‌دار کند [۱۱]. در این شرایط، آنها باید با روش‌های مدیریت رفتار آشنایی داشته باشند تا بتوانند مشکلات هیجانی و رفتاری فرزندان خود را حل کنند؛ چراکه فراوانی و شدت رفتارهای چالش‌برانگیز در کودکان با نیازهای ویژه بیش از کودکان عادی است [۱۲]. اغلب برای چنین والدینی، استرس و تجربیات پاسخ‌های هیجانی دیگر از قبیل افسردگی، اضطراب و آشفتگی‌های روانی به‌وقوع می‌پیوندد.

1. Intellectual disability

مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28)

پرسشنامه سلامت عمومی یک ابزار غربالگری در تعیین سلامت عمومی و روانی است که در حوزه سلامت روان کاربرد دارد. این پرسشنامه غربالگرانه و مبتنی بر خودگزارش دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه به منظور بررسی وضعیت سلامت عمومی روان که در وضعیت‌های مختلف جامعه یافت می‌شود، طراحی شده است. پرسشنامه ممکن است برای نوجوانان و بزرگسالان در هر رده سنی و به منظور کشف ناتوانی در عملکردهای بهنجار و وجود حوادث آشفتگی‌کننده در زندگی استفاده شود. این آزمون جنبه تشخیصی ندارد و تنها می‌توان از آن برای غربالگری افراد در شرایط حاد استفاده نمود [۲۶ و ۲۵]. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور بررسی تغییرات نمرات در مراحل مختلف اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری) از روش اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۶۰ زوج در دو گروه ۳۰ نفره آزمایش و کنترل وارد مطالعه شدند. میانگین سنی مردان گروه آزمایش $37/66 \pm 5/72$ و مردان گروه کنترل $33/53 \pm 2/19$ سال بود. همچنین میانگین سن زنان گروه آزمایش $31/86 \pm 3/76$ و زنان گروه کنترل $31/6 \pm 7/35$ بود. میانگین و انحراف معیار نمرات استرس و سلامت روان در گروه‌های آزمایش و کنترل مراحل مختلف اندازه‌گیری در جدول شماره ۱ آورده شده است.

در این مطالعه برای بررسی تغییرات استرس و سلامت روان در مراحل مختلف اندازه‌گیری از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. همچنین میانگین نمرات زوجین در یک متغیر، به عنوان نمره آن زوج در آن متغیر در نظر گرفته شد. در ابتدا پیش‌فرض‌های آزمون اندازه‌گیری مکرر بررسی شد. سطح معناداری آزمون شاپیروویلکز نشان داد توزیع متغیرها طبیعی بود (استرس، $P=0/056$ ، سلامت روان، $P=0/093$). همچنین با استفاده از آزمون لوین همگنی واریانس‌های استرس و سلامت روان تأیید شد ($P=0/169$ و $P=0/06$) (جدول شماره ۲).

یکی از پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض تساوی کواریانس‌ها بین متغیرهای وابسته است که با آزمون کرویت ماخلی ارزیابی می‌شود. همان‌طور که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است، فرض تساوی کواریانس‌ها رد شد ($P<0/001$) اما سطح معناداری آزمون گرینهاوس-گایزر $0/5$ بود. بنابراین انجام آزمون اندازه‌گیری مکرر منعی نداشت. سطح معناداری آزمون گرینهاوس-گایزر نشان داد که تفاوت میانگین نمره استرس در مراحل مختلف اندازه‌گیری

شد. جامعه پژوهش شامل والدین کودکان کم‌توان ذهنی مدارس استثنائی ابتدایی و بهزیستی (مراکز موجود آموزش کودکان ناتوان ذهنی شهرستان رفسنجان) شامل ۵۰۰ نفر بود که با $\alpha=0/05$ و توان آزمون $\beta=0/88$ ، حجم نمونه ۲۵ زوج برای هر گروه محاسبه گردید که به دلیل احتمال ریزش، ۳۰ زوج برای هر گروه در نظر گرفته شد.

در جلسات روزمره‌ای که آموزشگاه برای والدین برگزار می‌کرد، اهداف مطالعه برای والدین تشریح گردید. سپس والدین، پرسشنامه‌های سلامت روان (GHQ) و استرس هری (HSI) را طی مدت یک‌ساعت و در همان جلسه تکمیل کردند. از والدین درخواست شد سؤالات پرسشنامه‌ها را بدون کم‌وکاست و براساس نظر شخصی و حالات خود تکمیل نمایند. همچنین به آنان اطمینان خاطر داده شد اطلاعات هر پرسشنامه محرمانه خواهد ماند. سپس اطلاعات پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت.

حجم نمونه ۲۵ زوج برای هر گروه محاسبه شد که به دلیل احتمال ریزش، ۳۰ زوج برای هر گروه در نظر گرفته شد. آموزش مدیریت استرس به سبک شناختی-رفتاری طی ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، هفته‌ای ۲ جلسه و در مجموع ۳ هفته در محل مرکز توانبخشی به گروه آزمایش ارائه شد.

خلاصه آموزش در شش جلسه عبارت بود از: آموزش آسیب‌شناسی، نشانه‌شناسی و سلامت روان به والدین، آموزش راهبرد مقابله درمانگری شامل رویارویی، دوری‌جویی، خویشنداری و حمایت اجتماعی و در ادامه رفع اشکال و تمرین مهارت‌های مذکور. اهداف مطالعه شامل تعیین میزان تأثیر آموزش به سبک شناختی-رفتاری بر میزان استرس و ابعاد سلامت روان والدین دارای کودک دچار ناتوانی ذهنی بود. ابزارهای پژوهش شامل:

پرسشنامه مشخصات فردی محقق ساخته

به منظور کسب اطلاعات جمعیت‌شناختی نظیر سن کودک، جنسیت والدین، سن والدین، وضعیت اشتغال والدین، وضعیت مسکن و میزان درآمد والدین.

پرسشنامه استرس هری (HSI)

این پرسشنامه توسط «اس.چاندران هری» در سال ۲۰۰۵ برای سنجش فشار روانی در موقعیت‌های مختلف زندگی تهیه شده است. این آزمون شامل ۶۶ عبارت است که به روش لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. «مصطفایی» و همکاران روایی محتوایی این پرسشنامه را $0/74-0/79$ اعلام نموده‌اند [۲۴]. همچنین پایایی این مقیاس نیز $0/78$ به دست آمده است [۲۹].

2. General Health Questionair (GHQ)
3. Harry Stress Inventory

جدول ۱. آماره‌های توصیفی نمرات استرس و سلامت روان افراد گروه آزمایش و کنترل در زمان‌های مختلف.

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
استرس	آزمایش	۱۸۵/۵۶	۲۸/۱۳	۱۶۲/۸۰	۱۶/۸۷	۱۶/۹۱
	کنترل	۱۸۳/۸۷	۲۲/۳۳	۱۸۳/۵۳	۱۸/۵۴	۱۸/۴۷
سلامت روان	آزمایش	۴۱/۷۷	۹/۱۹	۳۱/۸	۱۳/۷۴	۳۲/۱
	کنترل	۴۲/۶۳	۴/۷۰	۴۲/۶۳	۴/۷۹	۴/۷۸

توانبخشی

جدول ۲. بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس‌ها.

متغیر	آماره	آزمون شاپیروویلکز		درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معناداری
		درجه آزادی	سطح معناداری			
استرس	۰/۱۶	۶۰	۰/۰۵۶	۱	۵۸	۰/۱۶۹
سلامت روان	۰/۱۰۶	۶۰	۰/۰۹۳	۱	۵۸	۰/۰۶

توانبخشی

جدول ۳. آماره‌های آزمون کرویت ماخلی برای اعتبار اثرات درون فردی بر استرس و سلامت روان.

متغیر	W ماخلی	X ^۲ تقریبی	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسین گرینهاوس-گایزر
استرس	۰/۰۰۲	۳۶۱/۴۳	۲	<۰/۰۰۱	۰/۵
سلامت روان	۰/۰۱۸	۲۲۷/۷	۲	<۰/۰۰۱	۰/۵

توانبخشی

جدول ۴. آماره‌های آزمون اثر آموزش بر استرس و سلامت روان.

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معناداری
استرس	آموزش	۷۹۸۶/۶۷	۱	۷۹۸۶/۶۷	۸/۹۳	۰/۰۰۴
	خطا	۵۱۸۴۶/۸۵	۵۸	۸۹۳/۹۱		
سلامت روان	آموزش	۸۳۶/۲۷	۱	۸۳۶/۲۷	۱۲/۴۵	۰/۰۰۱
	خطا	۳۸۹۳/۸۴	۵۸	۶۷/۱۳		

توانبخشی

جدول ۵. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین‌های نمرات استرس و سلامت روان افراد در مراحل مختلف اندازه‌گیری.

متغیر	مراحل	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
استرس	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۱۱/۵۵	۳/۰۷	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون و پیگیری	۱۱/۵۲	۳/۰۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون و پیگیری	-۰/۰۳۳	۰/۰۷۵	۰/۹۸
سلامت روان	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۴/۹۸	۱/۲۳	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون و پیگیری	۴/۷۵	۱/۲۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون و پیگیری	-۰/۲۳۳	۰/۰۹۷	۰/۰۵۷

توانبخشی

آموزش‌ها افزایش یافته بود. البته آنان عنوان نکرده‌اند که چه نوع آموزشی را به والدین ارائه داده‌اند [۲۰]. همچنین نتایج حاصل از مطالعه «شکوهی» و همکاران بیان‌کننده این بود که آموزش مدیریت خشم به مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بر کاهش خشم و افزایش استفاده از راهبردهای کنترل خشم، تأثیر مثبت داشت. وی این‌چنین نتیجه‌گیری می‌کند که کاربرد روش‌های مدیریت خشم به مادران، کارایی کافی دارد [۲۲].

«هاستینگ» و همکاران (۲۰۰۴) نیز به نتایج مشابهی دست یافتند [۲۷]. در این زمینه، نتایج مطالعه حاضر با مطالعات ذکر شده همخوانی داشت. تفسیر نتایج مذکور حاکی از این مسئله است که آموزش به سبک شناختی-رفتاری بر میزان استرس والدین دارای کودک ناتوان ذهنی تأثیر معناداری برجای می‌گذارد و مقایسه نمرات پس‌آزمون و آزمون پیگیری نشان‌دهنده این موضوع است که این آموزش تأثیر خود را حداقل تا یک ماه نیز حفظ کرده است.

علاوه بر این براساس نتایج به‌دست‌آمده، میانگین نمره‌های آزمودنی‌ها در آزمون سلامت عمومی و خرده‌مقیاس‌های آن پس از آموزش کاهش یافته است و در همه خرده‌مقیاس‌های سلامت روان به‌جز علائم اضطراب و عملکرد اجتماعی تفاوت میان پیش‌آزمون-پس‌آزمون در سطح $P < 0.05$ معنادار است. این یافته‌ها بیانگر تأثیر معنادار آموزش شناختی رفتاری بر سلامت روان والدین است.

در این زمینه، نتایج مطالعه حاضر با برخی مطالعات همسویی دارد. «خمیس» (۲۰۰۷) بیان داشت که آموزش بر میزان اضطراب والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی تأثیر مثبتی داشت [۱]. «فرزیر» و همکاران (۲۰۰۷) نیز نشان دادند که آموزش، باعث افزایش سطح سلامت خانواده، بهبود شاخص‌های سلامت روانی، استرس خانوادگی و پذیرش اجتماعی شده بود [۱۴]. «شقایق» و همکاران، تأثیر آموزش بر سلامت روانی والدین را مثبت ارزیابی کردند [۲۰] و در نهایت «شکوهی» و همکاران (۲۰۰۸) نیز نشان دادند که آموزش مدیریت خشم، به کاهش خشم مادران و بهبود ارتباط آنها با فرزندان منجر گردید [۲۲].

یافته‌های مطالعه «علاقبند» و همکاران، نشان داد که اثر مقابله درمانگری بر سلامت عمومی مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی ژنتیکی و غیرژنتیکی یکسان است و سلامت عمومی مادران هر دو گروه را افزایش و علائم جسمانی و افسردگی مادران را کاهش می‌دهد و خواب و کارکرد اجتماعی آنها را بهبود می‌بخشد [۲۳]. «میکاییلی» و همکاران نیز دریافتند که تاب‌آوری روان‌شناختی، رضایت از زندگی و سلامت روان والدین دارای کودک ناتوان ذهنی کمتر از والدین دارای کودک سالم است و با افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی، می‌توان رضایت از زندگی و سلامت روان را بهبود بخشید [۳۰].

در مطالعه حاضر، علائم اضطراب و عملکرد اجتماعی والدین پس از آموزش کاهش نیافت. در تبیین این یافته می‌توان عنوان

معنادار بود ($P = 0.004$). همچنین تفاوت میانگین نمره سلامت روان نیز در مراحل مختلف اندازه‌گیری معنادار شد ($P < 0.001$) (جدول شماره ۴). بدین معنا که آموزش باعث تغییرات معنادار در نمرات استرس و سلامت روان افراد شده بود.

براساس مندرجات جدول شماره ۵، با توجه به آزمون تعقیبی بونفرونی می‌توان گفت که بین استرس افراد تحت آموزش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P = 0.001$). همچنین تفاوت نمرات استرس بین پیش‌آزمون و آزمون پیگیری نیز معنادار بود ($P = 0.001$)، اما میزان استرس پس‌آزمون و آزمون پیگیری اختلاف معناداری باهم نداشتند ($P = 0.98$). در مورد متغیر سلامت روان نیز وضع تقریباً به همین صورت بود. اختلاف پیش‌آزمون با پس‌آزمون و آزمون پیگیری معنادار بود ($P < 0.001$ و $P = 0.001$)، اما اختلافی بین پس‌آزمون و آزمون پیگیری دیده نشد ($P = 0.57$).

در زمینه ابعاد مختلف سلامت عمومی، تفاوت میانگین نمره علائم جسمانی و علائم افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش معنادار بود ($P < 0.001$ و $P = 0.036$)، اما تفاوت نمره این متغیر در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری نداشت ($P = 0.419$ و $P = 0.16$). از سوی دیگر، تفاوت نمره علائم اضطراب در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نیز پس‌آزمون و آزمون پیگیری معنادار نبود ($P = 0.13$ و $P = 0.57$). در نهایت اینکه میانگین نمره عملکرد اجتماعی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنادار نداشت ($P = 0.07$) اما تفاوت این نمره در پس‌آزمون و پیگیری معنادار شد ($P = 0.029$)

بحث

همچنان‌که در جدول شماره ۱ دیده می‌شود، میانگین نمره استرس در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ۱۸۵/۵۶ بود که در مرحله پس‌آزمون به ۱۶۲/۸۰ و در مرحله پیگیری به ۱۶۲/۷۳ رسید. تحلیل نتایج نشان داد میانگین نمره استرس گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون به‌طور معناداری کمتر از مرحله پیش‌آزمون بود، اما بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تغییر قابل‌ملاحظه‌ای مشاهده نشد. این یافته از حمایت تحقیقاتی خوبی برخوردار است. «ملک‌پور» و همکاران (۲۰۰۶) به بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش فشار روانی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی و عادی پرداخت. نتایج مطالعه آنها نشان‌دهنده این موضوع بود که آموزش مهارت‌های زندگی به مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی، میزان فشار روانی آنها را کاهش داد [۲۸].

«شقایق» و همکاران نیز نشان دادند که آموزش والدین دارای کودک ناتوان ذهنی بر علائم جسمانی، اضطراب، بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی آنها تأثیر معناداری داشت و متغیرهای ذکر شده را کاهش داده بود. همچنین وی نشان داد که سلامت عمومی این والدین به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای پس از

داشت که متغیرهای زیادی بر میزان اضطراب و یا عملکرد اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارد که در این مطالعه از کنترل خارج بود. این منابع در ارتباط مستقیم با وضعیت اقتصادی افرادند که در مطالعه حاضر مورد بررسی قرار نگرفت.

نتیجه‌گیری

در نهایت، چنین نتیجه گرفته می‌شود که می‌توان با یک آموزش مختصر و کوتاه‌مدت، میزان استرس و شاخص سلامت روان والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی را تغییر داد؛ بنابراین، اگر برنامه‌های دقیق‌تر و طولانی‌تر ترتیب داده شود، نتایج مؤثرتری حاصل خواهد شد.

Archive of SID

پیوست

پرسشنامه استرس هری (HSI)

این پرسشنامه توسط «اس.چاندران هری» در سال ۲۰۰۵ برای سنجش فشار روانی در موقعیت‌های مختلف زندگی تهیه شده است. این آزمون شامل ۶۶ عبارت است که در یک طیف لیکرت از ۱=اصلاً قبول ندارم تا ۵=کاملاً قبول دارم نمره‌گذاری می‌گردد. البته در برخی عبارات، نمره‌گذاری به صورت معکوس انجام می‌گیرد. در صورتی که جمع نمرات بالاتر از ۱۵۰ باشد، فرد دچار تنش است و ضرورت دارد شرایط موجود زندگی خود را تغییر دهد و در صورتی که مجموع کل نمرات فرد بالاتر از ۲۵۰ باشد، حتماً مراجع باید تحت مراقبت تخصصی قرار گیرد. مصطفایی و همکاران روایی محتوایی این پرسشنامه را ۰/۷۹-۰/۷۹ ذکر نموده‌اند [۲۴] همچنین پایایی این مقیاس نیز ۰/۷۸ به‌دست آمده است [۲۹]. آدینه (۲۰۱۵) در مطالعه خود به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه استرس هری و رابطه آن با پرسشنامه سلامت عمومی پرداخت و روایی ملاک این پرسشنامه را مناسب ارزیابی کرد. وی در مطالعه خود ضریب همبستگی پرسشنامه استرس هری و پرسشنامه سلامت روان را ۰/۷۴۴ ذکر نمود [۳۱].

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-۲۸)

این پرسشنامه یک ابزار غربالگری مبتنی بر خودگزارش‌دهی در

تعیین سلامت عمومی و روانی است که در حوزه سلامت روان نوجوانان و بزرگسالان در هر رده سنی و به‌منظور کشف ناتوانی در عملکردهای بهنجار و وجود حوادث آشفته‌کننده در زندگی کاربرد دارد [۲۸]. پرسشنامه شامل ۲۸ سؤال (۴ خرده‌آزمون، نشانه‌های جسمانی، اضطراب، بی‌خوابی و اختلال در عملکرد جسمانی) است.

دو نوع روش نمره‌گذاری برای این گزینه‌ها وجود دارد: در روش اول، گزینه‌های آزمون به صورت (۰، ۱، ۱) و نمره‌گذاری می‌شوند و در نتیجه، نمره فرد از ۰-۲۸ متغیر خواهد بود؛ روش دوم، شیوه نمره‌گذاری لیکرت است که براساس این شیوه، گزینه‌های آزمون به صورت (۱، ۲، ۳، ۴) نمره‌گذاری می‌شوند و در نتیجه، نمره کل یک فرد از ۰-۸۴ متغیر خواهد بود. در هر دو روش نمره‌گذاری، نمره کمتر، بیانگر بهداشت روانی بهتر است.

روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ در مطالعات مختلفی مورد تأیید قرار گرفته [۳۱-۳۲] و ضریب پایایی برای کل پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۹۶ ذکر شده است. روایی محتوایی این پرسشنامه نیز در مطالعه ایمانی ۰/۹۰ محاسبه شد [۳۳]. در نهایت، اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به‌منظور بررسی تغییرات نمرات در مراحل مختلف اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری) از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

پیوست ۱. خلاصه آموزش در شش جلسه.

جلسه	محتوا
اول	توضیح هدف از درمان، توضیح درباره آسیب‌شناسی، نشانه‌شناسی و سلامت روان.
دوم	آموزش چهار راهبرد مقابله در مانگری شامل رویارویی، دوری‌جویی، خویشتنداری و حمایت اجتماعی.
سوم	یاسخگویی به سؤالات ایجاد شده برای والدین در جهت رفع ابهام از راهبردهای آموخته شده در جلسه قبل.
چهارم	آموزش چهار راهبرد دیگر یعنی گریز و اجتناب، مسئولیت‌پذیری، حل‌مدیرانه مسئله و بازخورد مثبت آموزش.
پنجم	رفع اشکال و روشن‌سازی مجدد راهبردها، درخواست از والدین جهت توضیح نحوه استفاده از آموخته‌هایشان در طول هفته، درخواست توضیح درباره اینکه در هر مسئله آیا مقابله‌ای صحیح صورت گرفته یا خیر و بیان علت آن مسئله و هدایت والدین به انتخاب شیوه مقابله‌ای صحیح با سؤالات هدایت‌شونده.
ششم	توجه به تجربیات سپری شده والدین، توجه و به بررسی مجدد هریک از مقابله‌ها و تأکید بر در نظر گرفتن بازآوری مثبت در هر تجربه، جمع‌بندی و بازخورد والدین از محتواهای آموزش دیده شده و تجربیات انجام‌داده در زندگی.

توانبخشی

References

- [1] Khamis V. Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Social Science & Medicine*. 2007; 64(4):850-857.
- [2] Zandi H. [The relationship between coping strategies and mental health in parents of educable mental retardation and normal children in Sanandaj (Persian)] [MSc. thesis]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2006.
- [3] Berge JM, Patterson JM, Rueter M. Marital satisfaction and mental health of couples with children with chronic health condition. *Journal of Family Issues, System and Health*. 2006; 24(3):267-85.
- [4] Al-Kandari H. Parenting stressor of mothers of children with and without disabilities. *Journal of the Social Sciences*. 2006; 34(3):11-30.
- [5] Shirani N, Taebi M, Kazemi A, Khalafian M. The level of depression and its related factors among the mothers with mentally retarded girl children in exceptional primary schools. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2015; 20(1):69-74.
- [6] Bailey DB, Golden RN, Roberts J, Ford A. Maternal depression and developmental disability: Research critique. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 2007; 13(4):321-9.
- [7] Totsika V, Hastings RP, Emerson E, Berridge DM, Lancaster GA. Behavior problems at 5 years of age and maternal mental health in autism and intellectual disability. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2007; 39(8):1137-47.
- [8] Dabrowska A, Pisula E. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of preschool children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2010; 54(3):266-80.
- [9] Griffith GM, Hastings RP, Oliver C, Howlin P, Moss J, Petty J, et al. Psychological well-being in parents of children with Angelman, Cornelia de Lange and Cri du Chat syndromes. *Journal of Intellectual Disabilities Research*. 2011; 55(4):397-410.
- [10] Hassiotis A, Turk J. Mental health needs in adolescents with intellectual disabilities: Cross-sectional survey of a service sample. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2012; 25(3):252-61.
- [11] Parand A, Movallali G. [The effect of teaching stress management on the reduction of psychological problems of families with children suffering from hearing-impairment (Persian)]. *Journal of Family Research*. 2011; 7(1):23-34.
- [12] Movallali G, Nemati S. [Difficulties in parenting hearing-impaired children (Persian)]. *Audiology*. 2009; 18(1-2):1-11.
- [13] Huber JT, Dietrich JD, Cugini E, Burke SH. Community health information needs assessment of Texas families who have children with chronic illnesses and/or disabilities and their care providers. *Medical Library Association*. 2005; 93(2):278-81
- [14] Frazier SL, Abdul-Adil J, Atkins MS, Gathright T, Jackson M. Can't have one without the other: Mental health providers and community parents reducing barriers to services for families in urban poverty. *Journal of Community Psychology*. 2007; 35(4):435-46.
- [15] Ebrahimi Baghban F. [Effect of life skills training on social adjustment of mothers with intellectual disabilities children in Isfahan (Persian)] [MSc. thesis]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2007.
- [16] Dini Toriki N. [Evaluate and compare of relationship between mental stress and marital satisfaction in educable mentally retarded and normal children (Persian)] [MSc. thesis]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2006.
- [17] Emerson E, McCulloch A, Graham H, Blacher J, Llewellyn GM, Hatton C. Socioeconomic circumstances and risk of psychiatric disorders among parents of children with early cognitive delay. *American Journal of Intellectual Development Disabilities*. 2010; 115(1):30-42.
- [18] Kolko DJ, Swenson CC. Assessing and treating physically abused children and their families: A cognitive-behavioral approach. London: Sage Publication; 2002.
- [19] Iwaniec D. The emotionally abused and neglected child: Identification, assessment and intervention. A Practice Handbook. 2nd ed. Hoboken, N.J.: Wiley-Blackwell; 2006, p. 60.
- [20] Shaghghi F, Kakojoybari AA, Salami F. [The effect of family education on the mental health of parents of intellectual disabilities children educable (Persian)]. *Behavioural Sciences*. 2010; 2(4):57-69.
- [21] Coren E, Hutchfield J, Thomae M, Gustafsson C. Parent training support for intellectually disabled parents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2010; 6:CD007987.
- [22] Shokohi Yekta M, Zamani N. [Efficacy of anger management training on relationship between mothers and their mildly mentally retarded and slow learner children (Persian)]. *Journal of Family Research*. 2008; 4(3):231-46.
- [23] Alagheband M, Aghayousefi A, Kamali M, Dehestani M, Haghroalsadat F, Nazari T, et al. [Effect of coping-therapy on mental health of mothers with genetic and non genetic mentally retarded children (Persian)]. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences of Yazd*. 2011; 19(1):104-13
- [24] Mostafai A, Afshinfar J, Aminpoor H. A comparison between stress and job satisfaction in nurses and employees. *Annals of Biological Research*. 2012; 3(6):2888-92.
- [25] Tabaraei R, Fathi Ashtiani A, Rasoolzadeh Tabatabaei, R. [Evaluation of the effect of religiosity on mental health, compared with demographic factors (Persian)]. *Psychology and Religiosity*. 2008; 1(3):37-62.
- [26] Dastjerdi A. [Standardized of students' general health questionnaire in teacher training centers (Persian)] [MSc. thesis]. Tehran: Tarbiat Modares University; 1998.
- [27] Hastings RP, Beck A. Practitioner review: Stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004; 45(8):1338-49.
- [28] Malekpoor M, Farahani H, Aghai A, Bahrami A. [The effect of reducing the stress on mothers life skills training and non-handicapped children (Persian)]. *Research on Exceptional Children*. 2006; 20(2):661-76.

- [29] Azad Marzabadi E, Gholami Fesharaki M. [Reliability and validity assessment for the HSE job stress questionnaire (Persian)]. *Journal of Behavioral Sciences*. 2011; 4(4):11-12.
- [30] Meikaeili N, Ganji M, Talebi Joybari M. [A comparison of resiliency, marital satisfaction and mental health in parents of children with learning disabilities and normal children (Persian)]. *Journal of Learning Disabilities*. 2012; 2(1):120-37.
- [31] Adineh M. [Psychometric characters of harry stress test and its relation with general health questionnaire (Persian)] [MSc. thesis]. Tehran: Islamic Azad University; 2015.
- [32] Heydari Pour M, Mashhadi A, Asghari-Nekah SM. [Relationship between Personality Characteristics, Emotional Intelligence and Quality of Life Mental Health of People with Disabilities (Persian)]. *Journal of Rehabilitation*. 2013; 14(1):40-49.
- [33] A'shouri M, Jalilabkenar SS, Hasanzadeh S, Pourmohammadreza Tajrishi M. [Effectiveness of Life Skill Instruction on the Mental Health of Hearing Loss Students (Persian)]. *Journal of Rehabilitation*. 2013; 13(4):48-57.
- [34] Imani E, Khademi Z, Soudagar S, Naghizadeh F. [Health status of nursing students of Hormozgan University of medical sciences by Goldberg's general health questionnaire- 2011 (Persian)]. *Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2013; 17(4):357-364.

Archive of SID