

تأثیر آموزش خانواده بر سلامت روانی والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی آموزش پذیر

دکتر فرهاد شقاقی^۱

دکتر علی اصغر کاکوجویباری^۲

فاطمه سلامی^۳

چکیده

در پژوهش حاضر برای بررسی تأثیر آموزش خانواده بر سلامت روانی والدین کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر، گروه آزمایش (یک مدرسه) به روش تصادفی خوشه‌ای از بین کلیه مدارس استثنایی شهر شیراز انتخاب شد، و والدین کودکان گروه گواه با توجه به سن مادران هنگام بارداری، تحصیلات و ترتیب تولد و میزان تحصیلات پدر، از دیگر مدارس با گروه آزمایش هم تراز شد. کلاس آموزش خانواده به مدت ۱۶ جلسه ۲ ساعته برای والدین گروه آزمایش اجرا گردید، قبل و پس از آموزش، سلامت روانی هر دو گروه با استفاده از آزمون GHQ-28 اندازه‌گیری شد، و با استفاده از آزمون t مستقل و نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که در سطح پنج صدم بین نمرات پیش آزمون- پس آزمون در خرده مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی، افسردگی و خیم تفاوت معنی دار ایجاد شده است، به طوری که سلامت عمومی گروه آزمایش بیشتر از گروه گواه بوده و این نشان دهنده تأثیر مثبت آموزش خانواده در سلامت روانی والدین کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر است.

واژه‌های کلیدی:

آموزش خانواده- سلامت روان - والدین کودک عقب مانده ذهنی آموزش پذیر

۱ - استادیار روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور تهران Email: shaghghi@gmail.com

۲ - استادیار روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور تهران

مقدمه

در عصر حاضر مشکل بیماری‌ها و معلولیت‌ها از جمله عقب‌ماندگی ذهنی از حادترین مسائل افراد جوامع بشری است. خانواده‌های بسیاری به دلیل داشتن چنین فرزندان بار عاطفی سنگینی را بر دوش می‌کشند. هزینه‌های زیاد پزشکی، آموزشی، تربیتی، تشدید اختلافات زناشویی، ترس از بچه‌دار شدن مجدد، احساس گناه و انزوا طلبی از جمله مسائلی است که والدین با آنها روبرو هستند. افراد این خانواده‌ها برای حل مشکلات خود و کاهش بار فشارهای عاطفی نیاز به کمک و مشاوره دارند.

از آنجا که این کودکان با کودکان عادی تفاوت دارند تعامل آنها با خانواده‌هایشان نیز با تعامل یک کودک عادی و خانواده‌اش فرق دارد. بنابراین در هر جامعه‌ای فقط وجود مراکز حمایتی، آموزشی و توانبخشی برای کودکان کافی نیست، بلکه خانواده‌های آنها نیز به کمک و آموزش نیاز دارند.

والدین نیاز به اطلاعاتی درباره ناتوانی فرزند خود دارند. والدینی که از همان ابتدا اطلاعات درست بدست می‌آورند، تلاش می‌کنند در مراحل مختلف رشد کودک، آگاهی‌های بیشتری کسب کنند. متخصصان باید دارای آمادگی کامل و آگاهی کافی برای توضیح معلولیت و پیش‌بینی تأثیر آن روی کودک باشند تا بتوانند خانواده را از نظر کاهش سردرگمی‌یاری دهند (ادیب سرشکی، ۱۳۸۰).

والدین برای ایفای صحیح مسئولیت‌های خویش از سویی و از سوی دیگر غلبه بر احساسات منفی خویش باید اطلاعات و شناخت لازم و جامعی درمورد کودک خویش داشته باشند و بدانند چه رفتاری با کودک خود در جهت تعلیم و تربیت او داشته باشند، در این شرایط والدین سخت به مشاوره و راهنمایی مسولان متعهد و دلسوز، دوستان آگاه و آشنا و فهیم نیاز دارند.

برگزاری کلاسهای آموزش خانواده می‌تواند سطح آگاهی و پذیرش والدین را نسبت به پدیده عقب‌ماندگی و خصوصیات فرزندشان افزایش دهد، می‌تواند احساسات و واکنشهایی را که اغلب والدین از خود بروز می‌دهند، برای آنان روشن سازد و با آموزش راهکارها، از تنش موجود بین خانواده بکاهد، تعامل بهینه بین والد و فرزند را افزایش داده و تأثیر به‌سزایی بر سلامت خانواده داشته باشد.

با توجه به این مسئله که والدین خصوصا مادران بیش از پدران کودکان عقب مانده ذهنی به علت اثرات ناشی از حضور کودک عقب مانده ذهنی، از مشکلات متعدد روانی، جسمانی، اجتماعی و... رنج می‌برند و در نتیجه این مشکلات بر رفتار والدین با یکدیگر و تعامل والد و فرزند تأثیری می‌گذارد، با توجه به نیاز سنجی‌هایی که در این قشر از جامعه صورت گرفته است، آموزش خانواده به این والدین، به شیوه‌ای مدون در ایران مورد بی‌توجهی قرار گرفته است، در این راستا پژوهشگران علاقمند به طراحی و اجرای شیوه‌ای از آموزش، که شامل موضوعات مورد نیاز این والدین باشد شدند.

پژوهش‌های متعددی، بر اطلاع رسانی و آموزش به عنوان اولین اولویت خدمات رسانی تأکید دارد (هوبر و همکاران، ۲۰۰۵، علی نژاد مکاری، ۱۳۸۶). این موضوعات شامل: شناخت بهتر خصوصیات کودک عقب مانده ذهنی آموزش پذیر، آگاهی از ناتوانی خاص کودک، شناخت خصوصیات والدین و عکس‌العمل‌های شایع والدین، چگونگی رفتار با کودک، چگونگی آموزش به کودک و... هستند. در این پژوهش تأثیر چنین شیوه آموزش بر سلامت روان والدین مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

روش

کلیه مادران کودکان مدارس عقب مانده ذهنی آموزش پذیر مقطع آمادگی و اول دبستان شهر شیراز جامعه آماری پژوهش حاضر بودند. گروه آزمایش (مدرسه احسان شهر شیراز) به روش تصادفی خوشه‌ای از بین کلیه مدارس استثنایی کودکان عقب مانده ذهنی آموزش‌پذیر شهر شیراز انتخاب گردید، سپس از بین بقیه مدارس دخترانه کودکان عقب مانده آموزش‌پذیر، تاریخچه کاملی گرفته شد. در جلسه اول انجمن خانواده در مدرسه احسان، محقق لزوم اجرای تحقیق و اهداف آن را برای والدین تشریح کرد و از والدین کلاس‌های آمادگی و اول دعوت به همکاری نمود. در جلسه دوم ۲۲ نفر از مادران تمایل خود را برای حضور در کلاس‌های آموزش خانواده اعلام کردند، ضمن گرفتن تاریخچه، پیش‌آزمون (ارزیابی وضعیت سلامت روانی والدین توسط پرسشنامه سلامت عمومی GHQ) اجرا گردید. سپس از بین اسامی کلیه‌ی مادران مدارس دیگر با توجه به سن مادرهنگام بارداری، تحصیلات مادر، ترتیب تولد و میزان تحصیلات پدر، گروه گواه با گروه آزمایش هم‌تراز شد، پیش‌آزمون از گروه کنترل نیز گرفته شد.

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ GHQ-28 یک "پرسشنامه سرندی" مبتنی بر روش خود گزارش دهی است که در مجموعه بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

پرسشنامه سلامت عمومی را می‌توان به عنوان مجموعه پرسشهایی در نظر گرفت که از پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی که در اختلال‌های مختلف روانی وجود دارد، تشکیل شده است و بدین ترتیب نمی‌تواند بیماران روانی را به عنوان یک طبقه کلی از آن‌هایی که خود را سالم می‌پندارند، متمایز کند. بنابراین، هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماریهای روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است (دادستان، ۱۳۷۷).

آزمون اصلی پرسشنامه سلامت عمومی از ۶۰ سوال تشکیل شده است. اما تعدادی از نسخه‌های کوتاه‌تر تهیه شده که مهمترین آن‌ها عبارتند از :

GHQ - 30 , GHQ - 28 , GHQ - 12 .

فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه سلامت عمومی دارای این مزیت است که برای تمام افراد جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه به عنوان یک ابزار سرندی می‌تواند احتمال وجود یک اختلال روانی را در فرد تعیین کند. در حال حاضر، با اجرای این پرسشنامه توانسته‌اند به گستره وسیعی از نتایج در جمعیت‌های مختلف دست‌یابند، وجود رابطه بین فرم اصلی پرسشنامه سلامت عمومی و فرم ردیابی اختصاری (آزمون سرندی) را با تشخیص‌های روانپزشکی ثابت کنند و امکان درک رابطه بین خود گزارش دهی و برآورد بر مبنای مشاهدات بالینی را فراهم سازند.

این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس است: خرده آزمون نشانه‌های جسمانی (۷-۱)، اضطراب و بی‌خوابی (۱۴-۸)، نارساکنش وری اجتماعی (۲۱-۱۵)، افسردگی و خیم (۲۸-۲۲). مدت اجرای آزمون به طور متوسط حدود ۱۰ تا ۱۲ دقیقه است.

از این آزمون برای هر فرد ۵ نمره بدست می‌آید که ۴ نمره آن مربوط به خرده آزمون‌ها و یک نمره هم از مجموع نمرات خرده آزمون‌ها بدست می‌آید، که نمره کلی می‌باشد.

وجود چهار زیر مقیاس بر اساس تحلیل آماری پاسخ‌ها (تحلیل عاملی) ثابت شده است. پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) این امکان را برای پژوهشگران فراهم می‌کند تا بتوانند به اطلاعاتی فراتر از آنچه از یک پرسشنامه کلی حاصل می‌شود، دست‌یابند. برای مثال یک محقق که می‌خواهد افراد افسرده و خیم را متمایز کند، می‌تواند در بین کسانی که نمرات

بالایی در مقیاس کلی دارند فقط آنهایی را که در مقیاس D نمرات بالایی بدست آورده‌اند انتخاب کند.

محققانی که از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) قبل و بعد از وقوع یک رویداد مانند یک دگرگونی اجتماعی یا اجرای یک شیوه درمانگری استفاده می‌کنند، می‌توانند با مقایسه سطح نمرات پیش آزمون و پس آزمون درجه تأثیر عامل برونی را در قلمروهای مختلف نشانه شناختی تعیین نمایند (دادستان ۱۳۷۷).

آزمون GHQ به صورت پیش آزمون یکبار قبل از شروع کلاس‌های آموزش خانواده بر روی گروه آزمایش و گروه گواه اجرا شد و بار دیگر پس از برگزاری کلاس‌های آموزش خانواده (۱۶ جلسه آموزش، هر هفته یک جلسه و هر جلسه به مدت ۲ ساعت و کل دوره ۴ ماه) بر روی گروه آزمایش و در گروه کنترل با همان فاصله زمانی (پس از گذشت ۴ ماه) اجرا گردید. در یک جلسه پرسشنامه‌ها در بین والدین توزیع شد، توضیحات لازم برای پاسخ به پرسشنامه به والدین داده شد، به والدین کم سواد و بی‌سواد تحت نظارت محقق و مشاور مدرسه، در تکمیل پرسشنامه کمک شد.

ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه (در این پژوهش) در پیش آزمون ۰/۷۳۷۶ و در پس آزمون ۰/۷۴۸۱ به دست آمد.

در این پژوهش، تجزیه و تحلیل آماری از طریق نرم افزار SPSS انجام گرفت. تحلیل از طریق اختلاف نمرات پس آزمون هر آزمودنی از نمره پیش آزمون او، و کنترل، سرانجام به وسیله آزمون پارامتریک t استونت مستقل برای فرض آزمایی انجام شده است.

یافته‌ها

با توجه به جدول - ۱، نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری، و مقایسه تفاوت نمرات پیش آزمون - پس آزمون پرسشنامه سلامت روان GHQ-28 والدین گروه آزمایش و گروه کنترل در خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی نشان داد که در این خرده مقیاس آموزش خانواده در نشانه‌های جسمانی، تفاوت معنی داری در سطح ۰/۰۵ ایجاد کرده و فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه، برگزاری جلسات آموزش خانواده بر نشانه‌های جسمانی والدین تأثیر دارد، تأیید شد.

جدول ۱- آزمون t گروه‌های مستقل برای تعیین میزان تفاوت پیش آزمون و پس آزمون خرده مقیاس جسمانی دردو گروه آزمایش و کنترل

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
آزمایش	۱۶	-۴/۶۳	۱/۷۴۶	۶/۴	۳۰	۰/۰۰۰
کنترل	۱۶	-۰/۶۳	۱/۷۸۴			

با توجه به جدول ۲، نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری، و مقایسه تفاوت نمرات پیش آزمون - پس آزمون پرسشنامه سلامت روان GHQ-28 والدین گروه آزمایش و گروه کنترل در خرده مقیاس اضطراب و بی‌خوابی نشان داد که در این خرده مقیاس، آموزش خانواده در گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ ایجاد کرده و فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه، برگزاری جلسات آموزش خانواده بر اضطراب و بی‌خوابی والدین تأثیر دارد، تأیید شد.

جدول شماره ۲- جدول آزمون t گروه‌های مستقل برای تعیین میزان تفاوت پیش آزمون و پس آزمون خرده مقیاس اضطراب و بی‌خوابی دردو گروه آزمایش و کنترل

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
آزمایش	۱۶	-۵/۳۸	۲/۸۰۲	۶/۸	۳۰	۰/۰۰۰
کنترل	۱۶	۰/۳۱	۱/۷۷۸			

با توجه به جدول شماره ۳، نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری، و مقایسه تفاوت نمرات پیش آزمون - پس آزمون پرسشنامه سلامت روان GHQ-28 والدین گروه آزمایش و گروه کنترل در خرده مقیاس کارکرد اجتماعی نشان داد که میانگین تفاوت در این خرده مقیاس، تفاوت معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ ایجاد کرده و فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه، برگزاری جلسات آموزش خانواده بر کارکرد اجتماعی والدین تأثیر دارد، تأیید شد.

جدول ۳- آزمون t گروه‌های مستقل برای تعیین میزان تفاوت پیش آزمون و پس آزمون خرده مقیاس کارکرد اجتماعی دردو گروه آزمایش و کنترل

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
آزمایش	۱۶	-۳/۹۴	۲/۴۶۲	۳/۶	۳۰	۰/۰۰
کنترل	۱۶	-۱/۲۵	۱/۶۵۳			

با توجه به جدول ۴، نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری، و مقایسه تفاوت نمرات پیش آزمون - پس آزمون پرسشنامه سلامت روان GHQ-28 والدین گروه آزمایش و گروه

کنترل در خرده مقیاس افسردگی وخیم نشان داد که در این خرده مقیاس، آموزش خانواده در گروه آزمایش تفاوت معنی داری در سطح ۰/۰۵ ایجاد کرده و فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه، برگزاری جلسات آموزش خانواده بر افسردگی وخیم والدین تأثیر دارد، تأیید شد.

جدول ۴- جدول آزمون t گروههای مستقل برای تعیین میزان تفاوت پیش آزمون و پس آزمون خرده مقیاس افسردگی وخیم و گرایش به خودکشی در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	درجه آزادی	سطح معنی داری
آزمایش	۱۶	-۳/۲۵	۲/۵۶۹	۳/۴	۳۰	۰/۰۰۲
کنترل	۱۶	۰/۶۳	۱/۷۰۸			

با توجه به جدول ۵، نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری، و مقایسه تفاوت نمرات پیش آزمون - پس آزمون پرسشنامه سلامت روان GHQ-28 والدین گروه آزمایش و گروه کنترل در نمره کل سلامت عمومی نشان داد که در این خرده مقیاس، آموزش خانواده در گروه آزمایش تفاوت معنی داری در سطح ۰/۰۵ ایجاد کرده و فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه، برگزاری جلسات آموزش خانواده بر سلامت عمومی والدین تأثیر دارد، تأیید شد.

جدول ۵- جدول آزمون t گروههای مستقل برای تعیین میزان تفاوت پیش آزمون و پس آزمون سلامت عمومی در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	درجه آزادی	سطح معنی داری
آزمایش	۱۶	-۱۷/۱۹	۵/۶۳۶	۹/۹	۳۰	۰/۰۰۰
کنترل	۱۶	۲/۱۹	۲/۱۹۸			

به طور کلی از مجموع یافته‌ها می‌توان چنین نتیجه گرفت که برگزاری کلاس‌های آموزش خانواده بر سلامت والدین کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر مؤثر بوده و سطح سلامت آنان را در زمینه‌های اختلالات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی و سلامت عمومی بهبود می‌بخشد.

بحث

خانواده کودک عقب مانده ذهنی به لحاظ داشتن کودک عقب مانده ذهنی، با دیگر خانواده‌ها متفاوت است و با مشکلات فراوانی در زمینه‌های نگره داری، آموزشی، مالی و عاطفی روبرو هستند. این مسائل همگی بر والدین فشارهایی وارد می‌کند که سبب بر هم خوردن آرامش و یکپارچگی خانواده شده، در نتیجه سازگاری و انطباق آنان را تحت تأثیر

قرار می‌دهد. معلولیت پدیده‌ای دائمی است با بیماری که جنبه موقتی و زود گذر دارد متفاوت است.

زمانی که کودک به گونه‌ای نیست که در چهارچوب روش‌های تربیتی معمول باشد، پدر و مادر نیاز به راهنمایی و کمک دارند.

توجه به مداخلات زودرس و مشاوره با خانواده‌های کودکان عقب‌مانده ذهنی در حقیقت مهم‌ترین گام برای موفقیت هر گونه برنامه مداخله‌ای پیش از دبستان و دبستان است. پژوهش‌های نشان داده‌اند که، وجود یک فرزند عقب‌مانده ذهنی در خانواده غالباً تجربه‌ای ناخوشایند است و آن‌ها را در معرض مشکلات جسمانی، اضطراب، افسردگی (دقیقی خدا شهری، ۱۳۸۶)، افزایش اضطراب (دارابی، ۱۳۸۲)، مشکلات سازگاری اجتماعی (کوهستانی برزکی، ۱۳۸۶)، مشکلات روانی-اجتماعی (محمدی و داد خواه، ۱۳۸۱)، استرس (رضایی، ۱۳۷۷)، مشکلات بهداشت روانی - هیجانی " نگرانی، افسردگی " (بایر و سانسون، ۲۰۰۳) قرار می‌دهد.

پژوهش‌های دیگر نشان می‌دهد که والدین، از نظر کیفیت زندگی که شامل، رفاه مادی، سلامت جسمانی، روابط والد-فرزند، روابط زناشویی، روابط فامیلی، روابط با دوستان، رفتارهای نوع دوستانه، رفتارسیاسی، ویژگی‌های شغلی، روابط شغلی، رضایت شغلی، رفتارهای ابتکاری-هنری، فعالیت ورزشی و اوقات فراغت، عملکرد والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی پایین‌تر از والدین کودکان عادی هستند (جمالی، ۱۳۸۵).

همچنین در تحقیق دینی ترکی ۱۳۸۵ حضور کودک عقب‌مانده ذهنی را دلیلی بر کاهش رضایتمندی زناشویی می‌داند.

این امر، در موارد دیگر معلولیت‌ها و ناتوانی کودکان نیز گزارش شده است. والدین کودک اسپرگر و اوتیسم از نظر سلامت، علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی و روابط اجتماعی دچار مشکل هستند (الیک و لارسون، ۲۰۰۶)، (دور، ۱۹۸۷) و استرس (خرم‌آبادی، ۱۳۸۶). وجود اختلالات روانشناختی در والدین کودکان ناشنوا و کم‌شنوا نیز گزارش شده است (فروغان و همکاران، ۱۳۸۵).

والدین برای ایفای صحیح مسئولیت‌های خویش از سویی و از سوی دیگر غلبه بر احساسات منفی خویش باید اطلاعات و شناخت لازم و جامعی درمورد کودکشان، خودشان و خانواده خود، داشته باشند. والدین باید بدانند با مشکلات و هیجانات خود چگونه کنار بیایند، تحقیقات نشان می‌دهد که والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی از راهبردهای نا کارآمد

بیشتر استفاده می‌کنند که رابطه عکس با سلامت روان دارد (سالاری، ۱۳۸۰؛ خزاعی، ۱۳۸۲؛ زندی، ۱۳۸۵).

والدین باید بدانند چه رفتاری با کودک خود در جهت تعلیم و تربیت او داشته باشند، والدین این کودکان سخت نیازمند حمایت و کسب اطلاعات هستند، بر اساس پژوهش‌های انجام شده اولین اولویت خدمات رسانی، اطلاع رسانی و آموزش (هوبر و همکاران، ۲۰۰۵، علی نژاد مکاری، ۱۳۸۶)، حمایت‌های روانی-اجتماعی، درمانی و دارویی (دارابی، ۱۳۸۲)، نیاز به اطلاعات و حمایت‌های اجتماعی و مالی (حسینی و رضازاده، ۱۳۸۱)، (ملک پور، ۱۳۷۹) می‌باشد.

بر اساس این اطلاعات، پژوهشگر در این تحقیق، طرح آموزشی را بر مبنای اطلاع رسانی و آموزش به والدین، با توجه به اطلاعات مورد نیاز والدین، پی ریزی کرد، تا تأثیر آن را بر سلامت روان والدین کودک عقب مانده ذهنی آموزش پذیر مورد بررسی قرار دهد.

پژوهش‌های متعددی، بیانگر تأثیر مداخلات زود هنگام، اقدامات پیشرفته و حمایت خانوادگی برای رسیدن به زندگی شاد و متعادل در خانواده (کیزر، ۱۹۹۱) بوده است. همچنین، آموزش شیوه‌های رفتاری - شناختی و ایجاد شبکه‌های حمایت از خانواده باعث کاهش اضطراب والدین (ویوان خامس، ۲۰۰۶)، افزایش سطح سلامت خانواده، بهبود شاخص‌های سلامت روانی "استرس خانوادگی و پذیرش اجتماعی" (فریزر و همکاران، ۲۰۰۷، پریسوارد و بکر، ۱۹۸۶) (ثمیری و لعلی فاز، ۱۳۸۴؛ ثمیری، ۱۳۸۴)، افزایش سازگاری اجتماعی مادران (ابراهیمی باغبان، ۱۳۸۶) و کاهش تنش، اضطراب و افسردگی (سینگر، ۱۹۸۵؛ بلوم برگ ۱۹۷۱) (دینی ترکی و همکاران، ۱۳۸۵؛ فروغان، ۱۳۸۵؛ ملک پور و همکاران، ۱۳۸۵؛ صادقی، ۱۳۸۳) می‌شود. آموزش استفاده از شیوه‌های مشکل مدار به جای استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای کمتر مفید و غیر موثر باعث افزایش سلامت روان (زندی، ۱۳۸۵؛ سالاری، ۱۳۸۰) والدین می‌شود.

نتایج در پژوهش حاضر پس از اجرای برنامه مداخله‌ای حاکی از تفاوت معنی دار بین اختلاف نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و گروه کنترل در شاخص‌های جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی، افسردگی و به طور کل در سلامت روانی والدین بوده است.

در کل نتایج بررسی حاضر در راستای نتایج دیگر پژوهشگران پیشین و حاکی از وجود اختلالات روانی در والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی و موثر بودن مداخله‌ها در بهبود این شاخص‌ها است.

محدودیت‌ها :

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، انتخاب گروه آزمایشی و سپس متناظر کردن والدین دیگر و قرار دادن آن‌ها در گروه کنترل بود، زیرا والدین گروه کنترل از چندین مدرسه انتخاب شده بودند و امکان برگزاری کلاس در یک مکان برای آنان مقدور نبود. در واقع آموزش خانواده بر روی گروه اول یعنی گروه آزمایشی اجرا گردید. از دیگر محدودیت‌های این تحقیق محدود سنی کودکان بود (سن مدرسه) گرچه این موضوع در محدوده اهداف طرح حاضر بوده است، اما عکس‌العمل‌های والدین پس از گذشت چند سال تعدیل شده بود، هر چند شروع مدارس، آغاز تجربه‌ای جدید برای والدین می‌باشد. از دیگر محدودیت‌ها، امکان برگزاری کلاس‌های آموزش خانواده برای پدران بود، که به دلیل مشغله کاری حاضر به شرکت در برنامه‌ها نبودند و مطالب به‌طور بسیار مختصر در یک جلسه برای پدران ارائه شد.

پیشنهادات

از آن جایی که کلید موفقیت برنامه‌های مداخله‌ای بر روی کودکان عقب‌مانده، کار همزمان روی کودک و والدین است، برگزاری کلاس‌های آموزش خانواده، آموزش بهداشت روانی و اطلاع‌رسانی به والدین کودکان کم‌توان ذهنی، توسعه مراکز مشاوره و تبلیغ مراکز جهت راهنمایی و کمک در حل مشکلات والدین برای سازگاری بهتر و سریع‌تر و حفظ سلامت روان والدین مد نظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگر لازم می‌داند سپاس و تشکر خود را تقدیم همه‌ی مادرانی کند که در این پژوهش با حضور مسئولانه خود ایشان رایاری کردند در ضمن از همکاری صمیمانه کارمندان مدرسه کودکان استثنایی احسان شیرازبه ویژه مدیریت مدرسه خانم خواجه پور و مشاور مدرسه خانم فرجامی کمال تشکر را دارم.

منابع فارسی

۱. ابراهیمی باغبان، ف. (۱۳۸۶) تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سازگاری اجتماعی مادران دارای فرزند عقب مانده ذهنی شهر اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
۲. ادیب سرشکی، ن. (۱۳۸۰) کودکان استثنایی (خانواده و مشاوره)، تهران دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ص ص ۱۶۱-۱۶۸.
۳. استوار، لی. (۱۳۷۷) استرس یا تنیدگی، بیماری جدید تمدن، ترجمه پریخ دادستان تهران، انتشارات رشد.
۴. ثمری، ع؛ علی فاز، ا. (بهار و تابستان ۱۳۸۴) مطالعه اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر استرس خانوادگی و پذیرش اجتماعی، فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال هفتم، شماره ۲۵ و ۲۶، ص ص ۴۷-۵۵.
۵. جزاعی، ک. (مرداد- شهریور ۱۳۸۲) مقایسه شیوه‌های مقابله با فشار روانی در والدین کودک عقب مانده ذهنی و عادی مقطع ابتدایی شهرستان بیرجند سال تحصیلی ۷۹-۸۰، نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، شماره ۲۰-۲۱، ص ص ۲۴-۲۹.
۶. جمالی، ط. (۱۳۸۵) مقایسه کیفیت زندگی والدین دانش آموزان دختر و پسر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و والدین عادی ۱۰-۸ ساله شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
۷. حسینی، ح؛ رضازاده، ح. (زمستان ۱۳۸۱)، مقایسه نیازهای روانی - اجتماعی والدین دانش آموزان پسر عقب مانده ذهنی، تالاسمی و عادی مقطع ابتدایی در شهرستان ساری، مجله علمی، پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، سال دوازدهم، شماره ۳۷.
۸. خرم آبادی، ر. (ارديبهشت ۱۳۸۷)، بررسی استرس والدگری در مادران کودکان اتیستیک و مقایسه آن با مادران کودکان بهنجار، مقاله ششمین همایش سراسری کودکان دارای مشکلات ذهنی و ارتباطی.
۹. دارابی، س. (زمستان ۱۳۸۲ و بهار ۱۳۸۳)، بررسی و مقایسه میزان اضطراب مادران کودکان عقب مانده ذهنی با مادران کودکان عادی در شهرستان گیلان غرب، فصل نامه مددکاری اجتماعی، دوره ۳ شماره ۱۶-۱۷، ص ص ۱۱۳-۱۲۳.
۱۰. دقیقی خدا شهری، آ. (ارديبهشت ۱۳۸۷)، بررسی و مقایسه بهداشت روانی والدین کودکان MR و عادی مدارس ابتدایی شهر شیراز در سال ۸۶-۸۵، مقاله ششمین همایش سراسری کودکان دارای مشکلات ذهنی و ارتباطی.
۱۱. دینی ترکی، ن. (۱۳۸۵)، بررسی و مقایسه رابطه فشار روانی با رضامندی زناشویی در والدین کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و والدین کودکان عادی، پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

۱۲. رضایی، م. (۱۳۷۷)، بررسی نقش آموزش و مشاوره فعالیت‌های روزمره زندگی بر مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
۱۳. زندی، ه. (۱۳۸۵)، بررسی رابطه راهبردهای مقابله‌ای با سلامت روان در والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی تربیت‌پذیر و والدین کودکان عادی شهرسندج، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
۱۴. سالاری، م؛ کاشانی‌نیا، ز؛ دواجی، ا؛ ذوالعدل، م؛ بابایی، غ. (پاییز ۱۳۸۰)، میزان تأثیر آموزش بر شیوه‌های مقابله‌ای مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر، ارمان دانش، ۶(۲۳): ۱-۹.
۱۵. صادقی، ف. (۱۳۸۳)، بررسی تأثیر آموزش و مشاوره کاردرمانی بر کاهش استرس مادران کودکان فلج مغزی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
۱۶. علی‌نژاد مکاری، ن. (۱۳۸۶)، بررسی و مقایسه اولویت خدمات رسانی به خانواده‌های دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی از نظر والدین و متخصصان در شهر دزفول، پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
۱۷. فروغان، م؛ مولی، گ؛ سلیمی، م؛ اسد ملایری، س. (۱۳۸۵)، بررسی مشاوره بر سلامت روانی والدین کودکان کم‌شنو، شنوایی‌شناسی. دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۱۵، شماره ۲، صص ۵۳-۶۰.
۱۸. کوهسالی برزکی، م. (۱۳۸۵)، ارزیابی سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی و مقایسه آن با مادران کودکان عادی شهر کاشان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
۱۹. محمدی، م؛ دادخواه، ب. (۱۳۸۰)، مقایسه مشکلات روانی و اجتماعی والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی تحت پوشش توان بخشی بهزیستی اردبیل، مقاله پژوهشی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان - سال اول، جلد ۱، شماره سوم.
۲۰. ملک‌پور، م. بهار. (۱۳۷۹)، شناخت و ارزیابی نیازهای والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی خردسال به منظور شرکت فعال والدین در برنامه‌های مداخله جبرانی به موقع، مجله دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی، دوره ۲ شماره ۱، صص ۷۳-۸۶.
۲۱. ملک‌پور، م؛ فراهانی، ح؛ آقایی، ا؛ بهرامی، ع. (تابستان ۱۳۸۵)، تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش فشار روانی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی و عادی، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۶(۲) (پیاپی ۲۰): ۶۳۹-۶۶۰.
۲۲. یزدانی، م؛ همتی، م؛ ولی‌زاده، س؛ حمیدی، ا. (پاییز و زمستان ۱۳۷۹)، بررسی مقایسه‌ای عوامل تنش‌زا و راهکارهای سازگاری در والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی. فصل‌نامه اصول بهداشت روانی، سال دوم.

منابع انگلیسی

1. Allik ,H & Larsson ,J.O. (2006 Jan). Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger syndrom and High-Functioning Autism. *Health Qual Life Outcomes*. 4. doi: 10.1186/1477-7525-4-1.
2. Bayer, J.K. & Sanson, A.V. (2003). Preventing the development of emotional mental health problems from early childhood: Recent advances in the field. *International Journal of Mental Health Promotion*, 5 (3), 4-16.
3. Blumberg , A. (1971). *The Training of Parents of Profoundly and Severely Mentally Retarded Children in Handling Behavior at Home* ; 20 PP. (ED055381)
4. Dever , R. B. (1987). *A Survey of Parental Perceptions of Work Training for Their Severely Handicapped Children*. Working paper #87-6. *COMPETE: Community- Based Model for Public-School Exit and Transition to Employment*. 30 PP. (ED308671).
5. Huber,J.T ; Dietrich ,J.D ; Cugini ,E ; Burke , Sh. (2005 April). A community health information needs assessment of Texas families who have children with chronic illnesses and /or disabilities and their care providers. *Medical Library Association*.; 93 (2) :278-PMCID:281
6. Kaiser, C. E. (1991). Early intervention and family support for children with special developmental challenges. In D. (Elkind (Ed.), *Perspectives on early childhood education: Growing with young children toward the 21st century*.; early childhood education series (pp. 85-97). Washington, DC, US: National Education Association. Retrieved March 17 , 2005
7. Prieto-Bayard , M ; Baker,B. L. (Apr 1986). *Parent Training for Spanish- Speaking Families With a Retarded Child*. *Journal of Cimmunity Psychology* , , Vol. 14 Issue2, p134-143, 10p ;
8. Singer , G. H. S. 1985. *Stress Management Training for Parents of Severely Handicapped Children*. 28 PP. (ED276169) .
9. Frazier, S.L ; Jaleel Abdul-Adil & Atkins ,M.S (The university of Illinois at Chicago) Gathright ,T. (The University of Chicago) Jackson ,M. (DePaul CommuniTy Mental Health Center). 2007. 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* , vol. 35 , No. 4 , 435-446 .
10. Vivian Khamis. (November 2006). *Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates*. United Arab Emirates University ,Al-Ain , Abu Dhabi ,UAE –Available online 28