

بررسی تأثیر مشاوره بر سلامت روانی والدین کودکان کم‌شنوا

دکتر مهشید فروغان* - گیتا مولی** - مجید سلیمی*** - سعید اسد ملایری****

* - استادیار گروه مدیریت توانبخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

** - کارشناس ارشد شنوایی شناسی دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

*** - کارشناس ارشد سنجش و اندازه گیری دانشگاه علامه طباطبائی

**** - کارشناس ارشد شنوایی شناسی

چکیده

زمینه و هدف: بیشتر بررسی‌های موجود روی والدین کودکان کم‌شنوا حاکی از بروز اختلالاتی در سلامت روانی آنها پس از شناسایی ناشنوایی کودک بوده است. یکی از هدف‌های عمده هر نوع برنامه مداخله به‌هنگام مشاوره با والدین است. این مقاله به بررسی تأثیر یک برنامه مشاوره به صورت گروهی بر سلامت روانی والدین کودکان کم‌شنوا می‌پردازد.

روش بررسی: این مطالعه به روش شبه آزمایشی و پیش آزمون - پس آزمون تک گروهی صورت گرفت. شرکت کنندگان در پژوهش همه والدین کودکان کم‌شنوایی بودند که در یک مرکز ویژه کودکان کم‌شنوا حضور داشتند. ابتدا وضعیت سلامت روانی والدین ارزیابی شد. سپس برنامه مشاوره به صورت گروهی برای آنان اجرا گردید. برنامه شامل ۶ جلسه ۱/۵ ساعته و شکل کلی هر جلسه شامل سخنرانی و بحث‌های گروهی به روش شناختی - رفتاری بود. وضعیت سلامت روانی والدین پیش از اجرای برنامه و بلافاصله پس از آن با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی و فهرست علائم روانی ۹۰ مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها: بیش از نیمی از والدین دچار اختلالات روانشناختی بودند. مقایسه پیش آزمون و پس آزمون نشان‌دهنده کاهش معنی‌دار میزان افسردگی، اضطراب و بیشتر دیگر شاخص‌های روانی والدین پس از اجرای برنامه مشاوره به روش شناختی - رفتاری در والدین کودکان کم‌شنوا بود.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از وجود اختلالات روانی در والدین کودکان کم‌شنوا و مؤثر بودن مداخله‌های شناختی - رفتاری در بهبود این شاخص‌ها بود. با توجه به گسترش برنامه‌های شنوایی شناسی کودکان کم‌شنوایی در کودکان در کشورمان پیشنهاد می‌شود بررسی‌های بیشتری روی برنامه‌های مداخله‌ای روانشناختی مناسب برای والدین صورت گیرد.

واژگان کلیدی: کودکان کم‌شنوا، مشاوره والدین، سلامت روانی، پرسشنامه سلامت عمومی، فهرست علائم روانی ۹۰

پذیرش: ۸۵/۹/۴

اصلاح نهایی: ۸۵/۸/۲۰

وصول مقاله: ۸۵/۷/۳

نویسنده مسئول: گروه آموزشی روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی gmovallali@yahoo.com

مقدمه

(۲۰۰۶) این امر را در مورد غالب دیگر ناتوانی‌ها از جمله نابینایی، عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات هیجانی - رفتاری و نیز بیماری‌های مزمن گزارش کردند (۷-۱) اما Kricos (۲۰۰۰) از دیدگاه خانوادگی کم‌شنوایی را پراسترس‌ترین معلولیت می‌داند. (۸) پژوهش‌های بسیاری از جمله Chan و Chan (۱۹۹۲)، Stetz و Brown (۲۰۰۴) و Stewart و همکاران (۲۰۰۵) حاکی از تأثیر منفی افسردگی و اضطراب والدین روی کودکان آنهاست. (۹-۱۲)، How (۲۰۰۶) خاطر نشان می‌کند کودکان ناتوانی که توسط

وجود یک فرزند ناتوان در خانواده غالباً تجربه‌ای ناخوشایند است و آنها را در معرض استرس قرار می‌دهد. کم‌شنوایی از مهمترین علل ناتوانی کودکان است. غالب کودکان کم‌شنوا، والدین شنوا دارند. تولد کودک کم‌شنوا برای بسیاری از والدین شنوا، احساساتی به همراه می‌آورد که با تجربیات افراد پس از یک داغدیدگی شباهت دارد. Beckman (۱۹۹۱)، Deater - Deckard (۱۹۹۸)، Feldman و همکاران (۲۰۰۲)، Beck و همکاران (۲۰۰۴)، How (۲۰۰۶)، Grant و Woolfson (۲۰۰۶) و همکاران

جلسات بهبود می‌یابد.

روش بررسی

طرح این پژوهش از نوع شبه آزمایشی و پیش‌آزمون - پس‌آزمون تک‌گروهی بود. متغیرهای وابسته پیش از اجرای برنامه و پس از آن اندازه‌گیری شد. بررسی حاضر در تابستان ۱۳۸۵ در مرکز نیوشا انجام شد. همه ۴۴ نفر والدین کودکان کم‌شنوای مرکز در بررسی حاضر شرکت داده شدند. ۳ نفر از والدین مایل به شرکت در جلسات درمانی نبودند. از ۴۱ نفر والدین باقیمانده، ۸ نفر به علت غیبت از جلسات از پژوهش کنار گذاشته شدند. از این رو تجزیه و تحلیل داده‌ها تنها برای ۳۳ نفر والدین باقیمانده صورت گرفت. محدوده سنی نمونه‌های آزمودنی ۲۷-۱۸ سال و بیشترین فراوانی مربوط به آزمودنی‌هایی با سن ۲۷-۲۳ سال بود. کودکان کم‌شنوای آزمودنی‌ها همه در سنین پیش‌دبستان، ۵-۲ ساله بودند که بیشترین فراوانی به ترتیب مربوط به فرزندان ۳ و ۴ ساله بود. تحصیلات والدین بیشتر (۵۱/۵٪) در سطح دیپلم و پس از آن (۲۷/۳٪) زیر دیپلم بود. همچنین اکثر آزمودنی‌ها (۷۸/۸٪) شاغل بودند.

ابتدا همه والدین کودکان ناشنوای مرکز مداخله و توانبخشی نیوشا در بررسی حاضر شرکت داده شدند. معیار مورد نظر برای شرکت‌دادن نمونه‌ها در پژوهش، داشتن فرزند ناشنوا بود. از نظر پژوهشگران بین مادران و پدران تفاوتی برای شرکت در پژوهش وجود نداشت. اما پدران به دلیل مشغله کاری زیاد مایل به شرکت در پژوهش نبودند. از این رو بررسی فقط روی مادران مورد نظر صورت گرفت. پژوهشگران ابتدا مطالعه مورد نظر را برای مادران کاملاً توضیح داده و جهت اجرای پژوهش کسب اجازه کردند. همگی موافقت خود را برای شرکت در مطالعه اعلام نمودند. در مرحله پیش‌آزمون قبل از برنامه‌ی درمانی ابتدا پرسشنامه محقق ساخته و پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire: GHQ) و فهرست علائم روانی ۹۰ (Symptom Check List 90: SCL-90) روی مادران به صورت تک به تک اجرا شد و در مواردی که در هر یک از آیتم‌های پرسشنامه ابهامی وجود داشت برطرف شد. برای دو نفر از مادران مورد نظر که کم‌شنوا بودند، همه موارد به خوبی و با زبان اشاره توضیح داده شد. درمان شناختی - رفتاری به مدت ۶ جلسه

مادران تحت استرس پرورش یابند، خود نیز همانند منابع استرس اضافی عمل می‌کنند. (۵)، این چرخه‌ی روابط خانوادگی، کارایی والدین و فرزندان و توانایی مقابله با مشکلات ناشی از معلولیت را بسیار متأثر می‌کند. ارتباط والد - کودک غالباً در چنین خانواده‌هایی خدشه‌دار می‌شود. (۹-۱۱ و ۱۲)

یکی از هدف‌های عمده هر نوع برنامه مداخله به‌هنگام برای خانواده‌های دارای کودک کم‌شنوا، مشاوره با والدین است. مشاوره در دو بعد مشاوره اطلاع‌رسانی و مشاوره تسهیلی صورت می‌گیرد. مشاوره اطلاع‌رسانی عموماً بر عهده متخصصین توانبخشی و مشاوره تسهیلی و روان‌شناختی بر عهده روان‌شناس کار آزموده است. مشاوره اطلاع‌رسانی، ارائه اطلاعاتی پیرامون خود معلولیت است که والدین را با شرایط کودک خود و اثرات معلولیت آشنا می‌کند. اما تأکید مشاوره تسهیلی بر آشنا کردن فرد با احساسات و هیجانات منفی و اختلالات تهدید کننده سلامت روانی است. (۸ و ۱۱)

یکی از مؤثرترین شیوه‌های درمانی رویکرد شناختی - رفتاری نام دارد. رویکرد شناختی - رفتاری به افراد کمک می‌کند نگرش‌های خود را پیرامون خود و جهان اطراف بشناسند، مورد انتقاد قرار دهند و به تصحیح آنها بپردازند. افراد در عین حال راهبردهای شناختی خود را از طریق آموزش سیستماتیک و متمرکز بهبود می‌بخشند. برخی از پژوهش‌ها از جمله Hyun و همکاران (۲۰۰۵)، Chen و همکاران (۲۰۰۶) و Asbahr و همکاران (۲۰۰۵) نشان داده‌اند که درمان شناختی - رفتاری در درمان افسردگی، اضطراب و برخی دیگر از شاخص‌های سلامت روانی والدین مؤثرتر از روش‌های دیگر درمانی است. (۱۴-۱۲)، Lockwood و همکاران (۲۰۰۴) معتقدند این امر به صورت گروهی به ویژه برای مادران قابل توجه‌تر است (۱۵) و از نظر Sonuga-Barde و همکاران (۲۰۰۴)، Shechtman و Gilat (۲۰۰۵) در بسیاری از ملاحظات درمانی برای والدین کودکان دچار انواع ناتوانی کاربرد دارد. (۱۶ و ۱۷)

پژوهش حاضر جهت ارزیابی میزان تأثیر یک دوره شناخت - رفتار درمانی به صورت گروهی روی والدین کودکان کم‌شنوا صورت گرفت. تغییرات شاخص‌های روان‌شناختی والدین پس از انجام مشاوره ارزیابی شد. فرض بر آن بود که شاخص‌های سلامت روانی والدین کودکان کم‌شنوا پس از شرکت در این

تعیین گردیده است. همچنین جهت بررسی پایایی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرباخ استفاده شده است که به ترتیب برای ابعاد نه گانه عبارتند از: شکایات جسمانی $\alpha=0/8732$ ، پرخاشگری $\alpha=0/7355$ ، اضطراب فویبا $\alpha=0/5772$ ، وسواس و اجبار $\alpha=0/7342$ ، حساسیت در روابط متقابل $\alpha=0/7719$ ، افکار پارانوئیدی $\alpha=0/7568$ ، افسردگی $\alpha=0/8740$ ، اضطراب $\alpha=0/8327$ و روان پریشی $\alpha=0/7944$. ضرایب بدست آمده برای ابعاد نه گانه پرسشنامه SCL-90 نشان می‌دهد که پرسشنامه مذکور از پایایی قابل قبولی برخوردار است. (۱۸)

GHQ توسط Goldberg (۱۹۷۲) ابداع و هدف از طراحی آن کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز و محیط‌های مختلف بوده است و سؤالات این پرسشنامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماه اخیر می‌پردازد. نتایج تحقیقات Henderson (۱۹۹۰) نشان می‌دهد GHQ شناخته‌شده‌ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی است که تاکنون تأثیر شگرفی در پیشرفت پژوهش‌ها داشته است. این پرسشنامه به صورت فرم‌های ۱۲، ۲۸، ۳۰ و ۶۰ سؤالی ساخته شده که چهار مقیاس ۷ سؤالی را می‌سند. این مقیاس‌ها عبارتند از: (۱) نشانه‌های جسمانی، (۲) اضطراب (۳) اختلال در کارکرد اجتماعی و (۴) افسردگی. لازم به ذکر است که در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی GHQ-28 استفاده شده است. در مطالعه Goldberg و Hiler همبستگی بین داده‌های حاصل از اجرای دو پرسشنامه GHQ-28 و SCL-90 بر روی ۲۴۴ آزمودنی به میزان ۸۷ درصد گزارش شد. ضریب همبستگی بین نمرات چهار مقیاس پرسشنامه سلامت عمومی در آن مطالعه، بین ۳۳ درصد تا ۶۱ درصد و در پژوهش هومن (۱۳۷۶) به ترتیب برابر ۸۳ درصد و ۷۶ درصد گزارش شده است. یافته‌های مشابه دیگری نیز در این زمینه در دست است. (۱۸)

پس از اتمام ۶ جلسه درمانی، در جلسه هفتم پس از آزمون برای شرکت‌کنندگان اجرا شد و نتایج پیش آزمون - پس آزمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پس از پایان اجرای پژوهش نیم‌رخ مربوط به هر یک از شرکت‌کنندگان به منظور اطلاع آنان ترسیم و در اختیار آنان قرار گرفت. به طور کلی در پایان جلسات مادران از اجرای برنامه راضی بودند و احساسات خود را بهبود یافته توصیف می‌کردند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS انجام گرفت.

۱/۵ ساعته هفته‌ای یک بار برای مادران اجرا شد. هر گروه درمانی شامل ۱۰ نفر از مادران بود. در صورتی که والدین بیش از یک جلسه غیبت داشتند از مطالعه حذف می‌شدند. اجرای درمان بر عهده روان‌شناس آشنا به روش درمان شناختی - رفتاری بود. در جلسات نخست درمان، تکالیف و چک لیست‌های رفتاری به والدین داده می‌شد و از آنان خواسته می‌شد تفکرات و احساسات خود را طی یک هفته فاصله بین دو جلسه یادداشت کنند و به جلسات درمانی بیاورند و خود به قضاوت درباره احساسات و افکار خود بپردازند. پرکردن چک لیست‌ها و یادداشت‌برداری از افکار و احساسات تحت نظر روان‌شناس صورت می‌گرفت و به والدین آموزش داده شده بود که به بهترین نحو به کنترل و دور کردن افکار مزاحم بپردازند. در مراحل بعدی، نقش والدین بسیار مؤثر بود. والدین بعد از پایان هر جلسه درمانی، تکالیف خود را تکمیل کرده، موارد مطرح شده در جلسات را عملاً مورد آزمایش قرار داده بودند و تجربیات موفق و ناموفق خود را یادداشت می‌کردند. مشاوران مهمترین موارد استرس‌زا و تحریفات شناختی والدین را شناسایی کرده و به والدین کمک می‌کردند آنها را تحت کنترل خود درآورند و با جایگزینی تفکرات مثبت تغییر دهند. داده‌های اولیه (به عنوان مثال: سن، میزان تحصیلات، میزان کم‌شنوایی فرزند و ...) توسط پرسشنامه محقق ساخته بدست آمد. جهت ارزیابی شاخص‌های سلامت روانی نمونه‌ها از ۲ پرسشنامه سلامت عمومی و فهرست علائم روانی ۹۰ استفاده شد.

SCL-90 عبارتست از یک فهرست علائم روانی گزارش از خود با ۹۰ سؤال که در اصل الگوهای علائم روانی بیماران جسمی و روانی را منعکس نماید. شرح اولیه این آزمون توسط Derogatis و همکاران او در سال ۱۹۷۳ معرفی شد و براساس تجربیات بالینی و تحلیل‌های روان‌سنجی قبلی به صورت و شکل فعلی ارائه گردید. هر یک از سؤالات این آزمون از یک طیف پنج نقطه‌ای ۴-۱ میزان ناراحتی از اصلاً تا بسیار زیاد تشکیل شده است. آزمون در ۹ بُعد علائم ناراحتی شامل: شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، اضطراب فویبا، افکار پارانوئیدی و روان پریشی نمره‌گذاری و تفسیر می‌شود.

روایی‌یابی SCL-90 بیشتر متکی بر نوعی روای سازه است که از طریق محاسبه ضریب همبستگی آن با سایر ابزارهای مشابه

خرده مقیاس‌های آنها پرداخته شد و علائم جسمانی، اضطرابی، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی مادران کودکان کم‌شنوا در قبل و بعد از مشاوره مورد بررسی قرار گرفت. میانگین پس آزمون در هر چهار مقیاس سلامت عمومی به طور معنی‌داری کمتر از نمرات و میانگین پیش‌آزمون بود (جدول ۱).

سپس خرده مقیاس‌های SCL-90 مورد بررسی قرار گرفت. میانگین پس آزمون در افسردگی، روان‌پریشی، اضطراب حساسیت بین فردی و خصومت با درجه آزادی ۳۲ در سطح آلفای ۰/۰۱ و برای خود بیمارانگاری، وسوس و فوبیا در سطح آلفای ۰/۰۵ به طور معنی‌داری کمتر از نمرات و میانگین پیش‌آزمون بود، اما بین نمرات پیش آزمون - پس آزمون مقیاس پارانوئیا تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید (جدول ۲).

بحث

توجه به روند مداخله زودرس و مشاوره با خانواده‌های کودکان کم‌شنوا در حقیقت مهم‌ترین گام برای موفقیت هرگونه برنامه مداخله‌ای پیش از دبستان است. (۲، ۱۹۰۸)، یافته‌های اولیه (پیش آزمون) حاکی از این بود که کم‌شنوایی فرزند سبب بروز استرس، افسردگی و اضطراب در والدین شده و سلامت روانی آنها به مخاطره افتاده است. والدین کودکان کم‌شنوا همچنین در علائم جسمانی، علائم اضطرابی، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی دچار مشکل بودند. این یافته‌ها تأییدی بر دیگر پژوهش‌ها پیرامون سلامت روانی والدین کودکان کم‌شنوا و دیگر کودکان استثنایی

ابتدا آمار توصیفی به منظور محاسبه فراوانی، درصد، درصد تراکمی اطلاعات دموگرافیک (نظیر جنسیت، ترتیب تولد، سن و...) و سپس آمار استنباطی t وابسته برای فرض آزمایشی انجام شد. سطح آلفا ۰/۰۱ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

هدف بررسی حاضر مطالعه میزان تأثیر برنامه آموزش گروهی به روش شناختی - رفتاری روی سلامت روانی والدین کودکان ناشنوا بود. به این منظور نتایج حاصل از اجرای پرسشنامه‌های GHQ-28 و SCL-90 در پیش آزمون و پس آزمون مقایسه شدند.

نتایج اجرای فرم‌های GHQ-28 و SCL-90 در مرحله پیش آزمون حاکی از این بود که بیش از نیمی از مادران (۶۶٪) دچار درجاتی از اضطراب، افسردگی و دیگر اختلالات روانشناختی بودند. بررسی تغییرات در میزان سلامت عمومی مادران با استفاده از فرم GHQ-28 صورت گرفت. با مقایسه میانگین میزان سلامت عمومی مادران پیش از مشاوره (۲۸/۸۲) و بعد از مشاوره (۱۹/۸۲) تفاوت معنی‌داری بین امتیازات پیش و پس از آزمون بدست آمد ($p=0/000$).

بررسی تغییرات در وضعیت روانی مادران با استفاده از SCL-90 صورت گرفت. به این منظور میانگین پیش‌آزمون وضعیت روانی مادران (۱۷۰/۰۹) و بعد از مشاوره میانگین پس‌آزمون (۱۳۶/۳۳) مقایسه شد و تفاوت معنی‌داری حاصل گردید ($p=0/004$). پس از مقایسه نمرات کل GHQ-28 و SCL-90 به

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار و مقدار p پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)

P	پس آزمون		پیش آزمون		مقیاس
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۱	۲/۹۹	۴/۶۷	۴/۲۵	۷/۲۱	علائم جسمانی
۰/۰۰۰	۴/۷۴	۵/۹۷	۴/۷۲	۹/۶۴	اضطراب و اختلال خواب
۰/۰۴۴	۲/۴۲	۶/۴۵	۲/۲۲	۷/۸۸	کارکرد اجتماعی
۰/۰۰۲	۲/۷۲	۲/۷۲	۴/۲۲	۵/۰۹	افسردگی
۰/۰۰۰	۱۲/۲۰	۱۹/۸۲	۱۱/۶۶	۲۹/۸۲	نمره کل GHQ

جدول ۲- میانگین، انحراف معیار و مقدار p پیش آزمون و پس آزمون فهرست علائم روانی (SCL-90)

P	پس آزمون		پیش آزمون		مقیاس
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۲	۹/۱۱	۲۲/۹۷	۱۰/۵۹	۳۱/۰۰	افسردگی
۰/۰۲۶	۷/۰۵	۲۰/۳۶	۸/۹۳	۲۴/۵۸	خود بیمار انگاری
۰/۰۰۱	۴/۷۸	۱۳/۸۵	۵/۳۲	۱۷/۳۶	روان پریشی
۰/۰۰۶	۶/۹۱	۱۵/۹۱	۸/۰۵	۲۰/۹۴	اضطراب
۰/۰۴۷	۷/۶۱	۱۸/۹۷	۷/۱۴	۲۲/۴۸	وسواس
۰/۰۱۶	۵/۷۸	۱۴/۷۹	۵/۲۰	۱۷/۶۱	حساسیت بین فردی
۰/۰۴۴	۳/۷۳	۹/۵۸	۳/۷۰	۱۱/۰۶	فوبیا
۰/۰۰۱	۳/۲۷	۹/۲۱	۴/۵۱	۱۲/۸۲	خصومت
۰/۰۷۵	۴/۴۰	۱۰/۷۰	۳/۶۰	۱۲/۲۴	پارانویا
۰/۰۰۴	۴۶/۵۹	۱۳۶/۳۳	۴۸/۲۳	۱۷۰/۰۹	نمره کل SCL-90

بررسی‌های اندکی روی والدین کودکان ناشنوا در دست است و بیشتر بررسی‌های موجود پیرامون استرس وارده پس از شناسایی و تشخیص ناشنوایی کودک بوده است. اما این واقعیت در همه والدین کودکان استثنایی مشاهده می‌شود و تأثیر به سزایی نیز بر وضعیت کودکان دارد. (۲۱۰۸)

در پژوهش حاضر نتایج پس از اجرای برنامه مداخله‌ای حاکی از تفاوت معنی‌دار بین نمرات پیش آزمون - پس آزمون در همه‌ی شاخص‌های سلامت روانی به غیر از مقیاس پارانویا بود. به این ترتیب افسردگی، اضطراب، روان پریشی، وسواس، حساسیت بین فردی، فوبیا، خصومت، همچنین علائم جسمانی و کارکرد اجتماعی والدین بهبود یافته بود. تحقیقات بسیاری بر مؤثر بودن برنامه‌های درمانی به ویژه مداخله شناختی - رفتاری در کم کردن علائم افسردگی و دیگر شاخص‌های سلامت روانی صحنه گذاشته‌اند. Lockwood و همکاران (۲۰۰۴) در طی یک مقاله مروری با بیش از ۵۰ منبع موثق در کل این برنامه را برای درمان افسردگی مؤثر دانسته‌اند. (۱۵)، Chen و همکاران (۲۰۰۶) نیز روش درمانی شناختی - رفتاری را درمانی مؤثر برای افسردگی و بهبود اعتماد به نفس افراد ذکر کرده‌اند. (۱۳)، Chronis و همکاران (۲۰۰۶) برنامه آموزشی شناختی - رفتاری را روی والدین کودکان دچار اختلال کم توجهی - بیش فعالی اجرا کردند و نتایج

بود. (۲۰ و ۲۱)، Khamis (۲۰۰۷) در مطالعه‌ی گسترده‌ای روی ۲۲۵ والد کودکان عقب مانده‌ی ذهنی، استرس و اضطراب شدیدی در آنها گزارش کرد. (۱۹)، این نتایج در بسیاری از دیگر بررسی‌ها روی والدین کودکان عقب مانده گزارش شده است. داشتن فرزند دچار اختلالات هیجانی - رفتاری نیز خانواده را دچار مشکلات ویژه‌ای می‌کند و شدت و طول مدت این اختلال با میزان استرس و اختلالات روانشناختی والدین رابطه‌ای مستقیم دارد. Berge و همکاران (۲۰۰۶) علائم افسردگی را در والدین کودکان دچار بیماری‌های مزمن مورد ارزیابی قرار دادند. (۲۲)، هرچه شدت بیماری فرزند بیشتر می‌شد میزان رضایت از رابطه زناشویی کمتر و میزان افسردگی بیشتر بود. (۲، ۱۹-۲۲ و ۵، ۴)، موارد مشابه در والدین کودکان مبتلا به آسم و بیماری‌های قلبی و صرع نیز گزارش شده است. بررسی‌ها روی والدین دچار ایدز و کودکان دچار اختلالات رشدی، درجات بیشتری از افسردگی، اندوه، علائم استرس، مشکل در ارتباطات بین فردی و وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی را نسبت به والدین دیگر کودکان نشان داده است. (۱، ۶ و ۷)، در این بررسی‌ها علائم استرس در مادران بیش از پدران بود. در حقیقت وجود یک فرزند دچار ناتوانی در یک خانواده غالباً تجربه‌ای ناخوشایند است که کل خانواده را متأثر می‌کند. (۶ و ۲)

مادر - مدنظر بوده‌اند اما پدران به دلیل مشغله کاری حاضر به شرکت در برنامه نبوده‌اند. از این رو امکان بررسی وضعیت روانی پدران و میزان تأثیر برنامه روی آنان میسر نبوده است.

نتیجه‌گیری

در کل نتایج بررسی حاضر در راستای نتایج دیگر پژوهشگران پیشین و حاکی از وجود اختلالات روانی در والدین کودکان کم‌شنوا و مؤثر بودن مداخله‌های شناختی - رفتاری در بهبود این شاخص‌ها است. با توجه به افزایش دانش‌شناسایی کم‌شنوایی در کودکان و همه‌گیر شدن برنامه‌های تشخیص و مداخله زود هنگام در کشورمان پیشنهاد می‌شود بررسی‌های بیشتری روی برنامه‌های مداخله‌ای روانشناختی مناسب برای والدین صورت گیرد زیرا کلید موفقیت کلیه برنامه‌های مداخله‌ای کار همزمان روی کودک و والدین است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله لازم می‌دانند سپاس و تشکر خود را تقدیم همه مادرانی کنند که در پژوهش حاضر شرکت داشتند. از همکاری صمیمانه کارکنان مرکز نیوشا همچنین سرکار خانم زینب صالحی، آریتا پارسا نژاد و آذر پت رامی کمال تشکر را داریم. پژوهش حاضر با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی صورت گرفت به این وسیله از حمایت گروه مدیریت توانبخشی و معاونت پژوهشی آن دانشگاه قدردانی می‌کنیم.

آنها حاکی از تأثیر این برنامه بر کاهش اختلالات روان‌شناختی این والدین بود. (۲۳)، پژوهش‌های مشابه روی والدین دیگر کودکان استثنایی نیز همین نتایج را به بار آورده است. مداخلات توسط برنامه‌درمانی شناختی - رفتاری روی بیشتر شاخص‌های روانی و جسمانی والدین کودکان استثنایی مؤثر بوده و سبب بهبود علائم استرس والدین شده‌اند. (۱۲، ۱۷، ۲۴)، در بررسی اخیر همه شاخص‌های سلامت روانی شامل شکایات جسمانی، اضطراب فوبیاء، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، روان‌پریشی، پرخاشگری، وسواس و اجبار و اضطراب بهبود یافتند و یافته‌های دکر شده پیشین را تأیید کردند. تنها موردی که تغییر معنی‌داری نداشت، شاخص پارانوایا بود. احتمالاً کم بودن تعداد نمونه‌ها سبب شده است در این شاخص که دارای تغییرات اندکی است، تفاوت معنی‌دار مشاهده نشود. پژوهشی در زمینه‌ی افکار پارانوایا در والدین کودکان ناشنوا در دست نیست. در پژوهش حاضر به دلایل مدت کم اجرا و عدم دسترسی به والدین به مدت طولانی امکان بررسی نتایج طولانی مدت میسر نبود و این خود یکی از محدودیت‌های این پژوهش به حساب می‌آید. صرف نظر از این نکته برخی پژوهش‌ها حاکی از تأثیر دراز مدت برنامه‌ی فوق روی شاخص‌های جسمانی و روانی افراد بوده است. (۱۳، ۱۵، ۱۷، ۲۴-۲۲)

از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر محدوده‌ی سنی کم‌فرزندان کم‌شنوا است که بررسی رابطه بین سن کودکان کم‌شنوا و میزان اختلالات روان‌شناختی والدین را غیرممکن می‌کند. گرچه این موضوع در محدوده‌ی اهداف طرح حاضر نیز نبوده است. پیشنهاد می‌شود دیگر پژوهشگران این رابطه را مورد بررسی قرار دهند. همچنین با این که از نظر پژوهشگران هر دو والدین - پدر و

REFERENCES

1. Beckman PJ. Comparison of mothers and fathers perceptions of the effect of young children with and without disabilities. *Am J M Retard* 1991;95(5):585-95.
2. Deater-Deckard K. Parenting stress and child adjustment: some old hypotheses and new questions. *Clin Psychol Sci & Pract* 1998;5(3):314-32.
3. Feldman DE, Champagne F, Korner-Bitensky N, Meshefedjian G. Waiting time for rehabilitation services for children with physical disabilities. *Child Care Health Dev* 2002;28(5):351-8.
4. Beck A, Daley D, Hastings RP, Stevenson J. Mothers expressed emotion towards children with and without intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2004;48(7):628-38.

5. How D. Disabled children, parent- child interaction and attachment. *Child Fam Soc Work* 2006;11(2):95-106.
6. Woolfson L, Grant E. Authoritative parenting and parental stress in parents of pre-school and older children with developmental disabilities. *Child Care Health Dev* 2006;32(2):177-84.
7. Moore A, Vosvick M, Amey FK. Stress, social support and depression in informal caregivers to people with HIV/AIDS in Lome, Togo. *Int J Sociol Soc Policy* 2006;26(12):63-73.
8. Kricos PB. Family Counseling for children with hearing loss. In: Alpiner J, McCarthy P, editors. *Rehabilitative audiology*. 3rd ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins, Ltd. 2000.
9. Chan H, Chan L. Life stress among working and non-working women in reason to anxiety and depression. *Int J Psychol* 1992;35(2):111-6.
10. Stetz k, Brown M. Physical and psychosocial health in family care giving. *Public Health Nurs* 2004;21(6):533-40.
11. Stewart D, Law M, Burke-Gaffney J, Missiuna C, Rosenbaum P, king G, et al. keeping it together: an information KIT for parents of children and youth with special needs. *Child Care Health Dev* 2006;32(4):493-500.
12. Hyun MS, Chung HIC, Lee YJ. The effect of cognitive-behavioral group therapy on the self-esteem, depression and self-efficacy of runaway adolescents in a shelter in South Korea. *Appl Nurs Res* 2005;18(3):160-6.
13. Chen TH, Lu RB, Chang AJ, Chu DM, Chou KR. The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Arch Psychiatr Nurs* 2006;20(1):3-11.
14. Asbahr FR, Castillo AR, Ito LM, Latorre MDRDDO, Moreira MN, Lotufo-Neto F. Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44(11):1128-36.
15. Lockwood C, Page T, Conroy-Hiller T. Comparing the effectiveness of cognitive behaviors therapy using individual or group therapy in the treatment of depression. *JBI Reports* 2004;2(5):185-206.
16. Sonuga-Barde EJS, Thompson M, Daley D, Laver-Bradbury C. Parent training for attention deficit/hyperactivity disorder. *Br J Clin Psychol* 2004;43(4):449-57.
17. Shechtman Z, Gilat I. The effectiveness of counseling groups in reducing stress of parents of children with learning disabilities. *Group Dyn* 2005;9(4):275-86.
۱۸. هومن، ع. استاندارد سازی و هنجارهای پرسشنامه سلامت عمومی برای دانشجویان دوره‌های روزانه کارشناسی دانشگاه تربیت معلم. تهران: موسسه تحقیقات تربیتی دانشگاه تربیت معلم/سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان تهران. ۱۳۷۶
19. Khamis V. Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Soc Sci Med* 2007;64(4):850-57.
20. O'Neil C, Lutman ME, Archbold SM, Gregory S, Nikolopoulos TP. Parents and their cochlear implanted child: questionnaire development to assess parental views and experiences. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004;68(2):149-60.
21. Olusanya BO, Luxon LM, Wirz SL. Maternal views on infant hearing loss in a developing country. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006;70(4):619-23.

22. Berge JM, Patterson JM, Rueter M. Marital satisfaction and mental health of couples with children with chronic health conditions. *Fam Syst Health* 2006;24(3):267-85.
23. Chronis AM, Gamble SA, Roberts JE, Pelham JrWE. Cognitive-behavioral depression treatment for mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behav Ther* 2006; 37(2):143-58.
24. Shechtman Z, Pastor R. Cognitive-behavioral and humanistic group treatment for children with learning disabilities. *J Couns Psychol* 2005; 52(3):322-36.