

بررسی اثربخشی آموزش شناختی رفتاری رفتارهای مادرانه بر کیفیت زندگی در مادران دارای کودک هوش مرزی ۷ تا ۱۲ ساله شهر اصفهان

فاطمه زهرا سهیلی پور

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
Fz.sp1369@gmail.com

ملیحه سادات کاظمی

گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران (نویسنده مسئول)
malihe_kazemi@hotmail.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش شناختی رفتاری رفتارهای مادرانه بر کیفیت زندگی در مادران دارای کودک هوش مرزی ۷ تا ۱۲ ساله شهر اصفهان می باشد. ابزارهای این پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی می باشد. بر اساس نتایج تحقیق آموزش شناختی رفتاری رفتارهای مادرانه بر کیفیت زندگی در مادران دارای کودک هوش مرزی ۷ تا ۱۲ ساله نشان داد که بین میانگین نمرات کیفیت زندگی دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین معنی که مادران دارای کودک هوش مرزی که آموزش دیده اند کیفیت زندگی بالاتری نسبت به مادران دارای کودک مرزی است که آموزش ندیده اند.

واژگان کلیدی: آموزش شناختی رفتاری رفتارهای مادرانه، کیفیت زندگی، کودک هوش مرزی

مقدمه

امروزه «ارتقای کیفیت زندگی» به یکی از اصلی ترین اهداف نظام های اجتماعی در سراسر جهان تبدیل گردیده و از سطح خانواده تا دولت ها و همه سازمان های اجتماعی در پی آنند تا محیطی فراهم آورند که در آن انسان ها شادتر و شکوفاتر به سر برده از تجربه حیات خویش، احساس رضایت و خشنودی کرده و از سلامت جسمی و روانی بهینه برخوردار باشند. تنیدگی دارای اثرات متعددی بر سلامت جسمی و روانی است و کم و کیف آن در زندگی روزمره می تواند بر احساس خشنودی فرد

از زندگی اثرگذار باشد. همچنان که تنیدگی، با سلامت فرد در ارتباط است، شیوه برخورد با آن یا "مقابله" نیز تأثیرات مهمی بر سطح سلامتی فرد دارد. انسان هایی که مقابل سازگاران تری را بر می گزینند از سلامتی بهتری برخوردارند و در مقابل، کسانی که مقابل موثری را در برابر تنیدگی بر نمی گزینند، انفعال بیشتری در برابر پدیده تنیدگی داشته و به آثار زیان بار آن بر زندگی خویش، بیشتر تن می دهند. از جمله گروه های اجتماعی در معرض استرس، مادران کودکان ناتوان جسمی- حرکتی می باشند که با مشکلات و تنیدگی قابل ملاحظه ای در نگهداری فرزند ناتوان خویش رو به رو هستند. بنابراین می توان گفت، سلامتی این قشر از مادران تحت تأثیر پدیده تنیدگی مزمن در معرض آسیب است. این مادران می توانند با فراگیری روش ها مقابل کارآمد یا تنیدگی بهتر کنار آیند و سطح سلامتی خویش را ارتقا بخشند.

تولد و حضور کودکی با کم توانی ذهنی در هر خانواده ای می تواند رویدادی نامطلوب و چالش زا تلقی شود که احتمالا تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و نومیدی را به دنبال خواهد داشت. شواهد متعددی وجود دارد که نشان می دهند والدین کودکان دارای مشکلات هوشی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدود کننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می شوند (خمیس، ۲۰۰۷). در چنین موقعیتی گرچه همه اعضای خانواده و کارکرد آن، آسیب می بیند (هرینگ و همکاران، ۲۰۰۶). اما مادران به علت داشتن نقش سنتی "مراقب"، مسئولیت های بیشتری در قبال فرزند کم توان خود به عهده می گیرند که در نتیجه، با مشکلات روانی بیشتری مواجه می شوند. فرض بر این است که مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل دار، والدین، به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روانی قرار می دهد (السون و هوانگ، ۲۰۰۱؛ مک کانکی و همکاران، ۲۰۰۷). بررسیها نشان داد ه اند که مادران دارای فرزند کم توان ذهنی، در مقایسه با مادران کودکان عادی، سطح سلامت عمومی پایین تر و اضطراب بیشتر، احساس شرم و خجالت بیشتر (احمدپناه، ۱۳۸۰) و سطح بهزیستی روان شناختی پایین تری (آیزنهاور و همکاران، ۲۰۰۵) دارند. از آنجایی که بار روانی و جسمانی تربیت کودک عقب مانده و مرزی بیشتر بر عهده مادر است، مادران رضایت زناشویی اندک و فشار روانی و خستگی بالایی را نسبت به پدران تجربه میکنند (گوپتا و سینگال، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش ها حاکی از آن است که هرچند والدین کودکان ناتوان، هر دو نسبت به فشار روانی بسیار آسیب پذیرند. اما ۷۰ درصد مادران و ۴۰ درصد از پدران کودکان مذکور، فشار روانی را تجربه می کنند (ماگنو، ۲۰۰۷). شواهد پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان می دهند حوادث نامطبوع زندگی قادرند بهزیستی روان شناختی راتحت تأثیر قرار دهند و مختل کنند و به ایجاد مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب منجر شوند (مانند سگستروم و میلر، ۲۰۰۴). بر این اساس داشتن فرزند کم توان ذهنی که ماهیتی تقریباً ثابت و تنش زا دارد (مانند بیکر و بلاچر و اولسون، ۲۰۰۵؛ خمیس، ۲۰۰۷). می تواند با ایجاد تنیدگی به کاهش بهزیستی روان شناختی بینجامد. نتایج پژوهش کلینگ و سلترز و ریف (۱۹۹۷) روی بهزیستی روان شناختی نشان داده است مادران دارای فرزند عادی در مؤلفه های خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی و پذیرش خود، نسبت به مادران دارای فرزند کم توان ذهنی وضعیت بهتری دارند، اما در مؤلفه احساس داشتن هدف در زندگی، مادران گروه دوم بهتر بودند.

تأثیر اولیه کودک عقب مانده بر روی والدین ممکن است شدید و عمیق باشد، مقاومت والدین در برابر این مشکل می تواند ناموفق یا ناقص باشد؛ بنابراین بسیاری از والدین از مشکل سلامت فکری رنج می برند. رسیدگی به امور کودک مستلزم شکیبایی زیاد و فداکاری از جانب والدین است. بسیاری از والدین، عقب ماندگی کودک را به مثابه نشانه ای از شکست خودتصور می کنند. بسیاری از والدین هدف هایی را که خود قادر به رسیدن به آنها نبوده اند در فرزندان خود جست و جو می کنند. والدینی که در رسیدن به این هدفها ناکام می شوند به نوعی دچار مشکل و فشار روانی می شوند. حال مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی، نه تنها احساس می کنند که به این اهداف نمی رسند، بلکه آگاهی از عقب ماندگی ذهنی کودک آنان را با فشار روانی مضاعف روبه رو می سازد (ملک پور، ۱۳۸۵).

شواهد نشان می دهند که والدین دارای کودکان با ناتوانی رشدی اغلب به گونه ای زیان آور سطح بالایی از فشار روانی را تجربه می کنند (هندریکس و همکاران^۱، ۲۰۰۱).

خانواده های دارای کودکانی خاص، با چالش های متفاوتی روبه رو می شوند، و در این بین مادران به علت نقش سنتی مراقب، مسئولیت های بیشتری در قبال این کودکان دارند و در نتیجه، با مشکلات روان شناختی بیشتری مواجه می شوند (قاسم پور و همکاران، ۱۳۹۲).

استرس شرایطی است که در نتیجه تعارض بین فرد و محیط بوجود می آید و باعث ایجاد ناهماهنگی میان ملزومات یک موقعیت و منابع زیستی، روانی و اجتماعی فرد میشود (سارافینو^۲، ۲۰۰۳). به طور کلی، استرس والدین به شرایط و موقعیتهایی اشاره دارد که در آن والدین با خواسته ها و ملزومات محیطی روبرو میشوند که از منابع اجتماعی و شخصی که فرد در اختیار دارد فراتر است. در این میان مادران استرس بالاتری را تجربه می کنند که با میزان رضایت آنها از زندگی و بیماریهای جسمانی مرتبط است. یکی از عوامل ایجاد استرس در خانواده تولد فرزند معلول است. فرزندان که از نظر جسمی یا ذهنی ناتوان هستند استرس خاصی را بر والدین به ویژه مادر تحمیل میکنند^۳. عواملی مانند ویژگیهای کودک، روابط زن و شوهر، رابطه کودک و والدین و ویژگیهای محیطی در استرس والدین نقش تعیین کننده دارند (دمپزی^۳ و همکاران، ۲۰۰۹). والدین کودکان ناتوان استرس بیشتری را تجربه میکنند که این استرس با افسردگی، سازگاری زناشویی و بهزیستی روان شناختی مرتبط است (دابروسکا و پیسولا^۴، ۲۰۱۰).

مشکل رفتاری کودک بیشتر از خود ناتوانایی کودک برای مادر، استرس زا است (کوجل^۵ و همکاران، ۱۹۹۲؛ بیکر^۶ و همکاران، ۲۰۰۵). مادران کودکان دارای مشکل نسبت به پدران استرس بیشتری را گزارش کرده اند. دلیل احتمالی این امر این است که مادران با مشکلات کودک بیشتر درگیر بوده و تحت فشارهای بیش تری قرار می گیرند.

در سالهای اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی، با الهام از روانشناسی مثبت نگر، رویکرد متفاوتی را برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان شناختی، تلقی نموده و آن را در قالب اصطلاح "بهزیستی روان شناختی" مفهوم سازی کرده اند. این گروه معتقدند که سلامت یک مفهوم چند بعدی است که علاوه بر بیمار و ناتوان نبودن، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز در بر می گیرد (لارسون^۷، ۱۹۹۱). در طی دهه گذشته، ریف^۸ (۱۹۸۹) الگوی بهزیستی روان شناختی را ارائه نمود. بر اساس این الگو، بهزیستی روان شناختی از ۶ عامل خود مختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگری، هدف در زندگی، پذیرش خود تشکیل می شود. بهزیستی روان شناختی تلاش برای کمال در جهت تحقق تواناییهای بالقوه واقعی فرد است (کیز^۹ و همکاران، ۲۰۰۲).

کیفیت زندگی با بیماری و شرایطی که سلامت را به خطر می اندازد در ارتباط است و از طرفی وجود کودک مشکل دار باعث ایجاد استرس جسمانی و روحی و روانی بر خانواده و به ویژه مادر شده و والدین کودکان مبتلا به ناتوانایی های رشدی، استرس زیادی را متحمل می شوند (شیو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۷). کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ،

1 Hendriks etal

2 Sarafino

3 Dempsey

4 Dabrowska & Pisula

5 Kogel

6 Baker

7 Lareson

8 Ryff

9 Keyes

10 Schieve

سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت های است که کاملاً فردی بوده و برای دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه های مختلف زندگی شان استوار است (بونومی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۰) خانواده های دارای کودکانی خاص، با چالش های متفاوتی روبه رو می شوند، و در این بین مادران به علت نقش سنتی مراقب، مسئولیت های بیشتری در قبال این کودکان دارند و در نتیجه، با مشکلات روان شناختی بیشتری مواجه می شوند (قاسم پور و همکاران، ۱۳۹۲).

بررسی ها نشان می دهند که مادران کودکان استثنایی در مقایسه با کودکان عادی سطح سلامت عمومی و بهزیستی روان شناختی کمتر واضطراب و افسردگی و پرخاشگری بیشتر نشان می دهند (میشل و هاوزر^{۱۲}، ۲۰۰۸). از طرفی والدین کودکان تیزهوش نیز ممکن است بار مسئولیت بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی کنند (هرتزوغ و بنیت، ۲۰۰۴). از آنجا که والدین کودکان تیزهوش نسبت به آینده کودک خود خوشبین هستند، انتظار می رود که این واقعیت به بهبود سطح بهزیستی روان شناختی والدین کودک تیزهوش کمک کند (کارور و ایروکا، ۲۰۰۵).

مداخلات زودهنگام، قبل از دوره دبستان آغاز می شود و والدین نقش مهمی در ارائه این خدمات دارند. از طرفی، در فرهنگ ما نقش اصلی تربیت در سال های نخست به عهده مادر است. بنابراین، برای ارائه خدمات اولیه یا همان مداخلات زودهنگام، لازم است مادر آمادگی جسمانی و روانی کافی داشته باشد (نواکوفسکی و تاسکر، ۲۰۰۹).

لسن بری و ره فلت (۲۰۰۴) تاکید می کنند که افراد متخصص باید به ارزیابی استرس وارده به والدین بپردازند و از طرفی دیگر راهکارهای لازم برای مقابله با استرس به والدین ارائه دهند. از راهکارهای موثر و کارآمد آموزش شناختی رفتاری رفتارهای مادرانه به مادران است. لذا ضرورت انجام این پژوهش در نیاز فوری و جدی برای تقویت و افزایش چنین پژوه هایی به ویژه در مورد توسعه، طراحی و ارزیابی راهبردهای مداخلاتی و آموزشی اثربخش جهت بهبود و ارتقای کیفیت زندگی و بهزیستی روانی و کاهش استرس مادران کودکان خاص، مشهود است.

از سوی دیگر، تردیدی نیست که مادران کودکان ناتوان، به حمایت های اجتماعی نیازمندند ولی به نظر می رسد آنچه از جستجوی حمایت در این قشر ممانعت می کند به عوامل فرهنگی و اجتماعی مرتبط باشد. این گونه حمایت ها در درجه نخست بایستی از سوی سازمان ها و نهادهای اجتماعی ارائه شوند که فقر در این حوزه می تواند به تجربه ناکامی های مکرر والدین در جلب حمایت های اجتماعی منجر شود و این امر به نوبه خود باعث پدید آمدن نوعی بازداری در جستجوی حمایت اجتماعی در این قشر جامعه گردد. از سوی دیگر نگاه منفی و پرسش برانگیز به کودکان ناتوان در سطح جامعه و حتی در میان خانواده و بستگان کودک، والدین این کودکان و به طور خاص مادران آن ها را به سوی خودداری از طرح مشکلات با اعضای خانواده، فامیل، آشنایان و همسایگان سوق داده و ناگزیر صرف نظر کردن از جستجوی حمایت اجتماعی را به همراه خواهد داشت. به هر صورت پژوهش های بیشتری برای نشان دادن مسایل فوق الذکر لازم است.

هدف تحقیق:

تعیین میزان اثربخشی آموزش شناختی رفتاری رفتارهای مادرانه بر کیفیت زندگی در مادران دارای کودک هوش مرزی ۷ تا ۱۲ ساله شهر اصفهان

روش تحقیق

جامعه آماری مطالعه حاضر، کلیه مادران دانش آموزان هوش مرزی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ بودند. از کلیه مادران دانش آموزان هوش مرزی تعداد ۲۰ نفر (۱۰ نفر در هر گروه (آزمایش و کنترل)) به صورت نمونه گیری تصادفی به

11 Bonomi

12 Mitchell DB, Hauser

عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و بعد از انتخاب آنها از درخواست شد تا اطلاعات کلی شخصی و خانوادگی را به همراه پرسشنامه زیر تکمیل کنند:

پرسشنامه کیفیت زندگی:

در این پژوهش از فرم کوتاه مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL_BREF) این مقیاس فرم کوتاه شده و مختصر پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سوالی سازمان بهداشت جهانی می باشد که کیفیت زندگی را در چهار حیطه "سلامت جسمی"، "سلامت روان"، "ارتباط اجتماعی" و "ادراک محیط زندگی" مورد سنجش قرار میدهد این مقیاس حاوی ۲۶ سوال است که در مقیاس ۵ گویه ای لیکرتی نمره گذاری میشود، سوال اول کیفیت زندگی و سوال دوم وضعیت سلامت را به طور کلی مورد بررسی قرار میدهد؛ ۲۴ سوال باقیمانده به ارزیابی کیفیت زندگی به چهار حیطه ذکر شده فوق میپردازد. کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی از مطالعات مختلف به کار رفته اعتبار خوبی را نشان میدهد به عنوان مثال در نتایج گزارش شده توسط سازندگان مقیاس الفای کرونباخ بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۹۱ برای خرده مقیاس ها و کل مقیاس نشان داده شده است (کوینگتون و همکاران ۲۰۰۴). در ایران نجات و همکاران (۲۰۰۶) این مقیاس را هنجار یابی کرده اند و ضریب الفای پرسشنامه را برای جمعیت سالم در حیطه جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵، و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ بدست آورده اند و از ضریب اعتبار (Reliability) با روش باز آمایی پس از دو هفته ۰/۷ گزارش کرده اند (نجات و همکاران، ۱۳۸۵؛ نقل از عباسی، محمد علی پور، آسایش، ۱۳۹۱).

شیوه اجرای پژوهش

پس از انجام نمونه گیری، یک جلسه پیش آزمون اجرا شد که تمامی اعضای انتخاب شده برای پژوهش به صورت گروهی در یک جلسه به آزمون های پژوهش پاسخ دادند. پس از آن کل افراد گزینش شده به صورت تصادفی در گروه آزمایشی و گروه گواه قرار داده شدند. پیش آزمون جهت سنجش کیفیت زندگی برای هر دو گروه آزمایشی و گواه اجرا شد. سپس ۱۲ جلسه هفتگی آموزش شناختی رفتاری رفتار مادرانه برای مادران گروه آزمایش بر گزار گردید. یک هفته پس از پایان جلسات، پس آزمون برای هر دو گروه اجرا شد.

خلاصه محتوی جلسات آموزش شناختی رفتاری رفتار مادرانه بدین شکل بود:

جلسه اول) آشنایی مادران با فرایند شکل گیری دلبستگی و عوامل رفتار مادرانه مؤثر بر دلبستگی

جلسه دوم) آموزش مادران جهت حساسیت به علائق کودک

جلسه سوم) آموزش مادران جهت پاسخگویی سازگار با کودک

جلسه چهارم) آموزش تکنیک های اثر بخشی و مؤثر بودن برای کودک

جلسه پنجم) آموزش تکنی کهای کلامی و غیر کلامی در راستای پذیرش کودک

جلسه ششم) آموزش تکنیک های ایجاد لذت در تعامل با کودک

جلسه هفتم) آموزش تکنیک های ابراز واکنش های هیجانی

جلسه هشتم) آموزش تکنیک های ایجاد خلاقیت و ابتکار در تعامل با کودک

جلسه نهم) آموزش رفتار های گرمی بخش به مادران

جلسه دهم) آموزش رفتار های توجه به پیشرفت کودک از طرف مادر

جلسه یازدهم) آموزش رفتار های تحسین آمیز توسط مادر

جلسه دوازدهم) آموزش تکنیک های تنظیم سرعت واکنش عاطفی - رفتاری و کاهش کنترل منفی و دستور دهی مادر.

یافته ها

در این پژوهش، با هدف بررسی اثربخشی آموزش شناختی رفتاری رفتارهای مادران بر کیفیت زندگی در مادران دارای کودک هوش مرزی ۷ تا ۱۲ ساله شهر اصفهان، به تحلیل و آزمون فرضیه های پژوهش پرداخته شده است. در ابتدا با استفاده از روش های آمار توصیفی، نتایج داده های بدست آمده از متغیرهای پژوهش و مداخله درمانی توصیف شده اند. سپس پیش فرض های آماری لازم به منظور استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس، شامل آزمون شاپیروویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات گروه نمونه در جامعه و آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس ها تحلیل گردیده اند. همچنین اثر پیش آزمون با استفاده از روش تحلیل کواریانس کنترل گردیده است. در نهایت فرضیه های پژوهش با این روش آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

میزان سن شرکت کنندگان در پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱ توزیع فراوانی شرکت کنندگان در پژوهش بر حسب میزان سن

میزان سن شرکت کنندگان	هوش مرزی
۲۰-۲۹ سال	۲ فراوانی ۱۰ درصد
۳۰-۳۹ سال	۱۴ فراوانی ۷۰ درصد
۴۰ سال به بالا	۴ فراوانی ۲۰ درصد

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می گردد، شرکت کنندگان در پژوهش، دارای سنینی از ۲۰-۲۹ سال الی ۴۰ سال به بالا می باشند. که از این میان سن ۳۰-۳۹ سال بیشترین میزان را به خود اختصاص داده است. تحصیلات مادر شرکت کنندگان در پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲ توزیع فراوانی شرکت کنندگان در پژوهش بر حسب تحصیلات مادر

میزان تحصیلات شرکت کنندگان	هوش مرزی
راهنمایی	۲ فراوانی ۱۰ درصد
متوسطه	۱۲ فراوانی ۵۰ درصد
دانشگاهی	۶ فراوانی ۳۰ درصد

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می گردد، شرکت کنندگان در پژوهش، دارای راهنمایی تا دانشگاهی می باشند. که از این میان تحصیلات متوسطه بیشترین میزان را به خود اختصاص داده است. میزان سن کودک شرکت کنندگان در پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳ توزیع فراوانی شرکت کنندگان در پژوهش بر حسب میزان سن کودک

هوش مرزی	میزان سن کودکان
۰	فراوانی
۰	درصد
۱۹	فراوانی
۹۵	درصد
۱	فراوانی
۵	درصد

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می گردد، شرکت کنندگان در پژوهش، دارای سنینی از ۷ سال الی ۹ سال می باشند. که از این میان سن ۸ سال بیشترین میزان را به خود اختصاص داده است. قابل ذکر است که اکثر مادران خانه دار (۸۱/۳٪) و مابقی مادران شاغل (۱۸/۸٪) می باشند. اکثر مادران دارای منزل شخصی (۷۲/۵٪) و مابقی دارای منزل استیجاری (۲۷/۶٪) می باشند. همچنین خانواده ها، دارای دو فرزند (۵۵ درصد) و مابقی دارای یک فرزند (۴۵ درصد) می باشد. اکثراً دارای بیمه (۹۱/۳٪)، عدم سابقه بیماری (۸۰٪) و عدم بستری در بیمارستان (۸۵٪) است.

جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون مولفه کیفیت زندگی در دو گروه

تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
۱۰	۸۷	۹/۷۱	۸۹	۷/۷۴
۱۰	۸۶/۸	۹	۸۷	۹/۴۵

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود، میانگین کیفیت زندگی گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون برابر با ۸۷، با انحراف استاندارد ۹/۷۱ است. همچنین میانگین مولفه کیفیت زندگی گروه کنترل در مرحله پیش آزمون برابر با ۸۶/۸، با انحراف استاندارد ۹ است.

جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس تاثیر عضویت گروهی بر کیفیت زندگی مادران

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنا داری (P)	میزان تاثیر	توان آماري
پیش آزمون	۵۴۵۹/۶۹۴	۱	۵۴۵۹/۶۹۴	۱۳۷۶/۵۲۸	***۰/۰۰۱	۰/۹۵۱	۱
عضویت گروهی	۱۲۵/۸۳۰	۱	۱۲۵/۸۳۰	۳۱/۷۲۵	***۰/۰۰۱	۰/۳۰۹	۰/۹۹
هوش	۵۴/۳۷۲	۳	۱۸/۰۹۱	۴/۵۶۱	***۰/۰۰۶	۰/۱۶۲	۰/۸۶۹
تعامل عضویت گروهی و هوش	۵۲/۹۱۰	۳	۱۷/۶۳۷	۴/۴۴۷	***۰/۰۰۶	۰/۱۵۸	۰/۸۶۰
خطا	۲۸۱/۶۰۶	۷۱	۳/۹۶۶				

همانطوریکه در جدول ۵ نشان داده شده است، پس از حذف تاثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می شود که بین میانگین های تعدیل شده نمرات کیفیت زندگی شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/01$). لذا فرضیه پژوهش تأیید گردید. بنابراین بین میانگین نمرات کیفیت زندگی دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد و گروه آزمایش بر افزایش نمرات کیفیت زندگی شرکت کنندگان در پس آزمون گروه آزمایشی تاثیر داشته است. ضریب تعیین در پس آزمون ۰/۳۰۹ بوده که نشان می دهد که ۳۰/۹ درصد واریانس نمرات کیفیت زندگی در پس آزمون به وسیله عضویت گروهی (آزمایش و کنترل) قابل تبیین است. توان آماری نزدیک به یک و سطح معنا داری نزدیک به صفر نمایانگر کفایت حجم نمونه بوده است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیل کواریانس مربوط به فرضیه اول مبنی بر تاثیر آموزش شناختی رفتاری رفتارهای مادرانه بر کیفیت زندگی در مادران دارای کودک هوش مرزی ۷ تا ۱۲ ساله نشان داد که بین میانگین نمرات کیفیت زندگی دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد و گروه آزمایش بر افزایش نمرات کیفیت زندگی شرکت کنندگان در پس آزمون گروه آزمایشی تاثیر داشته است. ۳۰/۹ درصد واریانس نمرات کیفیت زندگی در پس آزمون به وسیله عضویت گروهی (آزمایش و کنترل) قابل تبیین است. در نهایت بین میانگین کیفیت زندگی مادران کودکان هوش مرزی در دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. لذا می توان بیان کرد که کیفیت زندگی مادران دارای کودکان هوش مرزی که آموزش دیده اند بالاتر از کیفیت زندگی مادران دارای کودکان هوش مرزی است که آموزش ندیده اند. تحقیق مشابهی که به صورت همزمان به مقایسه و بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری رفتارهای مادرانه بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان هوش مرزی پرداخته شد، یافت نشد. ولی نتایج این فرضیه تا حدی با نتایج پژوهش های تقی زاده و اسدی (۱۳۹۳)، مجد، حسینی و جعفری (۱۳۹۳)، امیری مجد و کرمی سرسکانرود (۱۳۹۱)، خیاط زاده ماهانی (۱۳۸۸)، راویندراندان و اس (۲۰۰۸) همخوان است. در این پژوهش ها به بررسی کیفیت زندگی مادران

دارای فرزندان با شرایط خاص و ویژه اشاره شده است. در مجموع می توان بیان کرد که سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را برداشت افراد از موقعیتشان در زندگی، با توجه به بافت فرهنگی و نظامهای ارزشی جامعه ای که در آن زندگی می کنند و مرتبط با اهداف، انتظارات، معیارها و علایقشان، تعریف کرده است. بنابراین خانواده نقش مهمی در تحمل اثرات حادثه یا بیماری یکی از اعضای خود دارد. بنابراین کاملاً طبیعی است که نیازهای خانواده با وضعیت کودکی که تحت حمایت، آموزش و پیگیری قرار دارد، هماهنگ شود. یکی از تنش آورترین تجربیات برای هر خانواده‌ای، اداره کردن کودک دچار ناتوانی یا بیماری مزمن است با تولد کودک دچار اختلال و آگاهی از اختلال وی، والدین غالباً دچار بهت زدگی، ناباوری و در پی آن سرخوردگیهای شدیدی میشوند. آنها بایستی با این واقعیت که کودکشان شرایطی دارد که وی را تا پایان عمر درگیر میکند، کنار بیایند و انتظاراتشان را متناسب با محدودیتهای او کنند. در حقیقت، تولد و حضور کودکی با مشکلات ذهنی در هر خانواده ای می تواند رویدادی نامطلوب و چالش زا تلقی شود که احتمالاً تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و نومیدی را به دنبال خواهد داشت. شواهد متعددی وجود دارد که نشان می دهند والدین کودکان دارای مشکلات هوشی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدود کننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می شوند در چنین موقعیتی گرچه همه اعضای خانواده و کارکرد آن، آسیب می بیند اما مادران به علت داشتن نقش سنتی "مراقب"، مسئولیت های بیشتری در قبال فرزند کم توان خود به عهده می گیرند که در نتیجه، با مشکلات روانی بیشتری مواجه می شوند. فرض بر این است که مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل دار، والدین، به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روانی قرار می دهد لذا می توان بیان کرد که مادران دارای فرزند کم توان ذهنی، در مقایسه با مادران کودکان عادی، سطح سلامت عمومی پایین تر و اضطراب بیشتر، احساس شرم و خجالت بیشتر و در نهایت کیفیت زندگی پایین تری دارند. از سوی دیگر، ناتوانی کودک در خانواده بحران ایجاد می کند. با وجود این تفاوت اساسی خانواده هایی که کودک معلول دارند با خانواده هایی که با بحران روبه رو می شوند، در مزمن بودن وضعیتی است که والدین کودکان معلول با آن دست به گریبان هستند. این خانواده ها باید به صورت شبانه روزی و برای سالیان متمادی از فرزندانشان مراقبت کنند. فشارها و استرس های ناشی از مراقبت دائم می تواند کشنده باشد و سبب فرسودگی جسمی و روانی والدین شود. علاوه بر این ممکن است خانواده با مشکلات مالی روبرو شود. میزان استرسی که خانواده تجربه می کند. احتمالاً به این عوامل بستگی دارد: الف) تصور خانواده از شرایط موجود ب) حمایت اعضای خانواده ج) حمایت های اجتماعی. لذا در خانواده کودکان عادی با توجه به نرمال بودن، شرایط کمک بیشتری به این کودکان می شود و از سوی دیگر چون درمان شناختی رفتاری به توانمندی والدین در مواجهه با چنین شرایطی کمک می کند. لذا این درمان اثربخش بوده است.

محدودیتها و مشکلات تحقیق

در اجرای این پژوهش، مانند هر پژوهش دیگری، محدودیت‌هایی وجود داشت از جمله:

- ۱- به دلیل کمبود وقت و نیروی انسانی، پژوهشگر قادر به استفاده از نمونه گسترده تر به عنوان آزمودنی در این پژوهش نشد. از این رو نتایج به دست آمده قابل تعمیم به همه مادران نمی باشد.
- ۲- عدم امکان هم‌سازی گروه های آموزش و کنترل بر اساس سایر متغیرها
- ۳- عدم همکاری مدارس برای اجرای پژوهش بر روی مادران کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال

پیشنهادهای پژوهشی

- برخی پیشنهادهای پژوهشی در جهت رفع محدودیت‌های پژوهش و اجرای پژوهش‌های بهتر شامل موارد ذیل می‌گردد:
- ۱- به پژوهشگران علاقه‌مند توصیه می‌شود که کلیه پژوهش‌های انجام شده در زمینه رفتار درمانی شناختی رفتار مادرانه را از طریق روش‌های فرا تحلیل مورد بررسی قرار دهند.
 - ۲- اجرای این پژوهش به صورت جداگانه بر روی مادران گروه‌های مختلف معلولیتی پیشنهاد می‌گردد.
 - ۳- تاثیر رفتار درمانی شناختی رفتار مادرانه به همراه سایر راهبردهای درمانی به صورت همزمان مورد پژوهش قرار گیرد.
 - ۴- سرانجام در سطح بالینی ضروری است برای فهم چگونگی تاثیر رفتار درمانی شناختی رفتار مادرانه و ارائه خدمات بهتر به این گروه از مادران، پژوهش‌های بیشتری انجام شود.
 - ۵- عدم همکاری مطلوب والدین کودکان دارای اختلال و مشکلات دسترسی به مادران. زیرا بسیاری از این کودکان به وسیله بعضی والدین و بعضا مدارس از دسترس مشاوران دور نگهداشته می‌شوند

منابع

- احمدپناه، م. (۱۳۸۰). تاثیر کم توانی ذهنی فرزند بر بهداشت روانی خانواده. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱، ۱، صص ۵۲-۶۸.
- امیری مجد، مجتبی؛ حسینی، سیده فاطمه و جعفری، اصغر. (۱۳۹۳). مقایسه ی کیفیت زندگی و صمیمیت زناشویی والدین کودکان دارای سندرم داون، والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری و والدین کودکان عادی. مجله ناتوانی یادگیری، ۴(۱)، ۳۸-۵۵.
- تقی پور جوان، عباسعلی؛ حسن نتاج، فهیمه و شوشتری، مژگان. (۱۳۹۳). مقایسه ابعاد بهزیستی روان شناختی مادران کودکان ناتوان ذهنی، تیزهوش و عادی. مجله علمی - پژوهشی علوم شناختی و رفتاری، ۴، ۲(۷): ۷۳-۸۸.
- خیاط زاده ماهانی، محمد. (۱۳۸۸). بررسی مقایسه‌های کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی، عقب ماندگی ذهنی و مادران کودکان سالم. دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد، ۸۳(۱۶)، ۱-۱۱.
- قاسم پور، عبدالله؛ اکبری، ابراهیم؛ تقی پور، مریم؛ عظیمی، زینب؛ رفاقت، ابراهیم (۱۳۹۲). مقایسه بهزیستی روانی و سبک‌های مقابله‌ای در مادران کودکان ناشنوا و عادی، دوماهنامه ی شنوایی شناسی، دوره ۲۱، شماره ۴.
- ملک پور، مختار،، فرهانی، حجت‌الله،، آقایی، اصغر،، و بهرامی، علی. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش فشار روانی مادران کودکان عقبمانده ذهنی و عادی. مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی. ۶(۲): ۱۷۲-۱۶۶.

Baker, B. L., Blacher, J. & Olsson, M. B. (2005). Preschool Children with and Without Developmental Delay: Behavior Problems ,Parents Optimism and Wellbieng. Journal of Intellectual Disability Research, 49(8), 575-590.

- Bonomi A.E, Patrick D.L, Bushnell D.M and Martin M.(2000)Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)instrument.J Clin Epidemiol..53(1): 19-23.
- Carver, P. R., Iruka, I. U. (2005). National Household Education Surveys Program of Initial Results from the 2005 NHES.
- Dabrowska A, Pisula E.(2010) Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of preschool children with autism and Down syndrome. J Intellect Disabil Res;54(3):266-80.
- Dempsey I, Keen D, Pennell D, O'Reilly J,Neilands J.(2009) Parent stress, parenting competence and family-centered support to young children with an intellectual ordevelopmental isability. Res Dev Disabil.;30(3):558-66.
- Gupta, A., & Singhal ,N. (2005). Psychosocial support for families of children with autism .Asiapacific disability rehabilitation journal, 16 (2): 27- 36.
- Hendriks, A . H . C . , DeMoor, J. M. H. , Oud, J.H . L . , and Savelberg. M. H.W.(2001). "Perceived changes in well-being of parents with a child in a therapeutic oddler class". Research in Developmental Disabilities, 21,455-468.
- Herring,S., Gray, J., Taffe,K., Sweeney, D. & Eifeld,S.(2006). Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning . Journal of Intellectual Disability Research, 12, 874–882.
- Hertzog, N. B., & Bennett, T. (2004). In whose eyes? Parents' Perspectives on the Learning Needs of their Gifted Children.Report Review, 26, 96-104.
- Keyes, CLM. , Shmotikin, D. , Ryf, CD.(2002). Optimizing Well–Being: The Empirical Encounter.
- Khayyam-Nekouei, Z., & Yousefy ,A.R.(2007).Application of Cognitive Behavioral Therapy for Rducing anxiety in Cardiac Patients. ARYA Atherosclerosis Journal. 3(2): 69-71.
- Kling, K. C.,Seltzer, M. M., & Ryff, C. D.(1997). Distinctive latelife Callerges: Implications for Coping and Well-being.Psychology and Aging, 12, 288-295.
- Kogel R.L and et al. (1992). Consistent stress Profile in mothersof children with autism. J autism and Dev Dis..Jun 22(2): 205-216.
- Lareson ,J.S.(1991). The measurement of health . Religious resources for templeton foundation. Philadelphia and London.
- Lessenberry, B.M ., and Rehfeldt , R .A .(2004)."Evaluating stress levels of parents of children with disabilities. Exceptional Children , vol 70, no 2 , pp.231-244.
- McConkey, R., Truesdale-Kennedy, M., Chang, M.,Jarrah, S., and Shukri, R. (2007). "The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study". International Journal of Nursing Studies (in press) Published Online October 2006
- Mitchell DB, Hauser-Cram P.(2008) The well-being of mothers of adolescents with developmental disabilities in relation to medical care utilization and satisfaction with health care.Res Dev Disabil.;29(2):97-112.

- Mugno, D. (2007). Impairment of quality of life in parent of children and adolescents with pervasive developmental disorder .Health and quality of life out comes ([http:// www.hqlo.com](http://www.hqlo.com)).
- Nowakowski ME, Tasker SL, Schmidt LA.(2009) Establishment of joint attention in dyads involving hearing mothers of deaf and hearing children, and its relation to adaptive social behavior. *Am Ann Deaf.*;154(1):15-29.
- of Two Traditions.*Journal Personal and Social psychology.* 82: 1007-1022.
- Olsson, M. B., & Hwang, C. P. (2001). "Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability", *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 535-545.
- Ravindranadan,V. & S, R.(2008). Emotional Intelligence and Quality of Life of Parents of Children with Special Needs. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*,34,34-39.
- Ryff.C.D.(1989). Happiness is everything , or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being .*Journal personality social psychologie.*57(6):1069-1081.
- Sarafino EP.(2003) *Health psychology:biopsychosocial interaction.* NJ: John Wiley& Sons. 4th ed.
- Schieve L.A , Blumberg S.J, Rice C, Visser S.N, Boyle C.(2007).The relationship between Autism and parenting stress.*Pediatrics.* Feb 119(suppl 1). 114-121.
- Segerstrom, S., & Miller, G. (2004). "Psychological stress and the human immune system : A metaanalytic study of 30 years of inquiry". *Psychological Bulletin*, 130, 610-630.

Archive of SID