مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۱۹ ، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۰
صفحه: ۱۱۳-۱۰۴

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 19, No.1, Mar-Apr 2011
Pages: 104-113

تاثیر مقابله درمانگری برسلامت عمومی مادران دارای فرزند عقب مانده ذهنی ژنتیکی و غیر ژنتیکی

مریم علاقبند[۱]، علی رضا آقایوسفی[۲]، محمود کمالی[۳]، مهدی دهستانی[۴]، بی‌بی فاطمه حقیرالسادات[۵]، طاهره نظری[۶]، محمد حسن شیخها[*۷]

۱- کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران
۲- استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور قم
۳- استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور یزد
۴- استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران
۵- کارشناس ارشد بیوشیمی، دانشگاه شهید بهشتی
۶- دانشجوی کارشناسی ارشد ژنتیک انسانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۷- دانشیار گروه ژنتیک، مرکز تحقیقاتی درمانی ناباروری یزد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۳/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۸/۱۳

چکیده

مقدمه: فرزند عقب مانده ذهنی به عنوان منبع فشار روانی، سلامت عمومی والدین بخصوص مادران را به خطرمی اندازد، ولی میزان تأثیر آن تا اندازه ای به ارزیابی شناختی و مهارت های مقابله ای فرد بستگی دارد. پژوهش حاضر با هدف مطالعه اثر مقابله درمانگری بر سلامت عمومی مادران کودکان عقب مانده ذهنی با علل ژنتیکی و غیرژنتیکی صورت گرفته است.

روش بررسی: این پژوهش از نوع شبه آزمایشی می باشد. در این تحقیق ۴۰ نفر از مادران دارای فرزند عقب مانده ذهنی شهر یزد که در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ فرزندان آنها زیر نظر بهزیستی مشغول به تحصیل بودند، به صورت روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با گمارش داوطلبانه به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. در مرحله پیش آزمون مادران به پرسشنامه سلامت عمومی پاسخ دادند و در مرحله بعدی، گروه آزمایش تحت درمان شیوه‌های مقابله‌ای قرار گرفتند، سپس هر دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون مجدداً با پرسشنامه فوق مورد آزمون و داده‌ها با استفاده از آزمون تی وآنالیز کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: یافته ها نشان داد که اثر مقابله درمانگری بر سلامت عمومی مادران دارای فرزند عقب مانده ذهنی ژنتیکی و غیر ژنتیکی یکسان است و سلامت عمومی مادران هر دو گروه را افزایش می‌دهد، علایم جسمانی و افسردگی مادران راکاهش می‌دهد و خواب و کارکرد اجتماعی آنها را بهبود می‌بخشد. همچنین بین سن و تحصیلات مادران مقابله درمانگری رابطه مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: پیشنهاد می‌شود مقابله درمانگری برای کلیه مادران دارای فرزند عقب مانده ذهنی اعم از ژنتیکی و غیر ژنتیکی جهت افزایش سلامت عمومی انجام شود.

واژه های کلیدی: مقابله درمانگری، سلامت عمومی، مادران، فرزند عقب مانده ذهنی ژنتیکی، عقب ماندگی ذهنی غیر ژنتیکی

[*](نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۸۲۴۷۰۸۵- ۰۳۵۱، پست الکترونیکی: sheikhha@ssu.ac.ir

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

عوامل و منابع گوناگونی میتوانند باعث فشار روانی گردد که یکی از این عوامل در زندگی خانوادگی، تولد فرزند ناتوان می‌باشد. تولد کودک عقب مانده ذهنی به خودی خود یک عامل فشارزا برای اعضای خانواده و یک عامل نگران کننده برای سازگاری خانواده می باشد(۱). با توجه به آمار اعلام شده از سوی معاونت توانبخشی سازمان بهزیستی در سال ۱۳۸۵، در کشور حدود دو میلیون و هشت هزار معلول وجود داشته که از این تعداد ۲۸۷۹۵ نفر معلول ذهنی بوده‌اند. بنابراین تعداد قابل توجهی از خانواده ها در جامعه ایرانی، از اثرات منفی داشتن یک کودک معلول و فشار روانی بسیار زیاد ناشی از آن رنج می‌برند(۲). وجود کودک مشکل دار باعث ایجاد استرس روحی و روانی بر خانواده و به ویژه مادر شده و والدین کودکان مبتلا به ناتوانی های رشدی، استرس زیادی را متحمل می‌شوند(۳). نشان داده شده که میزان استرس والدین با میزان شدت ناراحتی کودک و مشکل رفتاری همراه ارتباط دارد(۴). در حقیقت مشکل رفتاری کودک بیشتر از خود ناتوانی کودک برای مادر استرس‌زا است(۵)، همچنین مادران کودکان دارای مشکل، استرس بیشتری را در مقایسه با پدران گزارش کرده‌اند. دلیل احتمالی این امر این است که مادران با مشکلات کودک بیشتر درگیر بوده و تحت فشار های بیشتری قرار می‌گیرند(۶). در حقیقت وجود کودک ناتوان، سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی والدین بخصوص مادران را تهدید می کند و غالبا تاثیر منفی بر آنها دارد(۷). وجود کودک مشکل دار علاوه بر استرس های روانی که بر خانواده تحمیل می‌کند، شیوع خیلی از بیماری های جسمانی مانند درد و اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب را در خانواده ها به خصوص مادران افزایش می‌دهد(۸،۹) بطوریکه والدین اختلال روانی، حس بی ارزشی و احساس گناه، عملکرد جسمی مختل و خستگی را تجربه می‌کنند(۱۰). میزان شیوع افسردگی در مادران کودکان مبتلا به اختلالات رشدی وکودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر نسبت به مادران کودکان سالم بیشتر است و افسردگی از شایع ترین واکنش های والدین کودکان عقب مانده ذهنی می‌باشد(۱۱). داشتن کودک ناتوان تنها روی والدین تاثیر ندارد، بلکه روابط بین فامیل را نیز در بر می‌گیرد و باعث تغییر روابط با فامیل می‌شود(۱۲). وجود یک کودک عقب مانده ذهنی سبب محدودیت روابط اجتماعی خانواده میگردد و هر قدر شدت عقب ماندگی ذهنی فرد بیشتر باشد، اوقات فراغت محدودتر شده و دامنه ارتباطات اجتماعی تنگ‌تر می‌شود، هر چه سطح روابط اجتماعی این دسته از خانواده ها کمتر باشد، احساس درماندگی روانی والدین بیشتر می‌شود(۱۳). تولد یک کودک عقب مانده ذهنی به عنوان یک بحران، می‌تواند به شکل عمیق بر ارتباط ها و کنش‌های خانواده اثر بگذارد و خانواده‌هایی می توانند با بحران ها به خوبی سازگار شوند که روابط باز، موثر و دایمی داشته و در نقش‌هایشان انعطاف پذیر باشند. از طرفی سبک مقابله‌ای والدین با تنیدگی، درماندگی و سازگاری خانواده ارتباط دارد(۱۴). منظور از سبک مقابله‌ای، پاسخ های واقعی فرد به منبع تنیدگی در موقعیت های فشارزا است. در بین سبک های مقابله، سبک مقابله متمرکز بر مسأله بیش از روش متمرکز بر هیجان با سلامت عمومی ارتباط دارد. معمولاً افرادی که از روشهای متمرکز بر مسأله استفاده می‌کنند با موقعیت های تنش زا بهتر سازگار می شوند و نشانه‌های مرضی کمتری را بروز می‌دهند و در نتیجه از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند(۱۵). علاوه بر این بین سلامت عمومی و روشهای مقابله‌ای مانند رویارویی، خویشتن داری، حمایت اجتماعی، مسأله گشایی و ارزیابی مجدد همبستگی مثبت معنی دار وجود دارد و در مقابل، همبستگی آن با ویژگی های دوری گزینی و گریز و اجتناب، منفی و معنادار گزارش شده است. افراد دارای سلامت عمومی بالا، بیشتر از روشهای مقابله ای مسأله محور استفاده می‌کنند(۱۶). راهبردهای مقابله‌ای مسأله مدار و هیجان مدار به طور معناداری واریانس متغیرهای اضطراب، آسیب جسمانی، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی که از مولفه های سلامت عمومی هستند را پیش بینی می‌کنند، علاوه بر این سن مادر در سبک مقابله او تأثیر ندارد ولی با افزایش سن، تنیدگی آنها بالا می رود(۱۷). سبک های مقابله ای مساله مدار و منطقی، شاخص های سلامتی را پیش بینی می کنند در حالی که

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

سبک‌های مقابله ای هیجانی و ناکارآمد یا اجتنابی، شاخص‌های بیماری را پیش بینی می‌کنند. در پیش گرفتن سبک‌های مقابله ای مساله مدار و منطقی می تواند اثر مثبتی بر سلامت عمومی داشته باشد(۱۸). افراد متخصص که برای کودکان با ناتوانی رشدی خدماتی را فراهم می سازند، باید از یک طرف، به طور دقیق میزان فشار روانی را که والدین این کودکان تجربه می کنند، ارزیابی کنند و از طرف دیگر راهکارهایی را برای مقابله با فشار روانی به والدین آموزش دهند(۱۹). بر اساس این سوابق، تحقیق حاضر جهت بررسی تاثیر آزمایشی مقابله درمانگری بر سلامت عمومی مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی ژنتیکی و غیرژنتیکی انجام گرفت.

روش بررسی

این پژوهش از نظر روش‌شناسی، شبه آزمایشی و از لحاظ هدف پژوهش، کاربردی می باشد. حجم نمونه این تحقیق با توان آزمون ۹۵٪ و حدود اطمینان ۹۵٪ تعیین شد. در این تحقیق ۴۰ نفر از مادران دارای فرزند عقب مانده ذهنی شهر یزد که در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ فرزندان آنها زیر نظر بهزیستی مشغول به تحصیل بودند به صورت روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از آنکه مادران انتخاب شده فراخوانده شدند، آزمونگر که دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بود، مادران را به صورت داوطلبانه به دو گروه(کنترل و آزمایش) تقسیم کرد و سپس به هر دو گروه توضیح داد که از سوی دانشگاه در حال انجام پژوهش در مورد سلامت روان مادران کودکان عقب مانده ذهنی در شهر یزد میباشد و رضایت آگاهانه تمام آنها را جلب کرد. آزمونگر ابتدا سؤالات آزمون سلامت عمومی را در اختیار مادران قرار داد و از مادران خواست که سوالات را با دقت بخوانند و جوابی را برگزینند که منطبق بر احساس واقعی آنهاست، نه جوابی که مورد قبول دیگران است. این آزمون به صورت گروهی اجرا گردید و مادران محدودیتی از نظر زمان نداشتند. در مرحله بعد گروه آزمایش تحت جلسات درمانی قرار گرفتند (بمدت ۸ جلسه، هر جلسه ۱۲۰ دقیقه) در جلسه اول آسیب شناسی، نشانه شناسی و سلامت روان به مادران توضیح داده شد تا با منطق و هدف درمان آشنا شوند. در جلسه دوم ۴ راهبرد مقابله درمانگری شامل رویاروی گری، دوری جویی، خویشتن داری و حمایت اجتماعی آموزش داده شد. در جلسه سوم ضمن پاسخگویی به سوالات ایجاد شده برای مادران در جهت رفع ابهام از راهبردهای آموخته شده در جلسه قبل، ۴ راهبرد دیگر یعنی گریز و اجتناب، مسئولیت پذیری، حل مدبرانه مساله و باز برآورد مثبت(مجدد) آموزش داده شد. در جلسه چهارم بعد از رفع اشکال و روشن سازی مجدد راهبردها، از مادران خواسته شد تا نحوه استفاده از آموخته هایشان در طول هفته را عنوان کنند و توضیحات لازم داده شد که در هر مساله آیا مقابله ای صحیح صورت گرفته یا خیر؟ و سپس علت آن بیان شد و با سوالات هدایت شده(سقراطی)، خود مادران به انتخاب مقابله متناسب با موقعیت دست می یافتند. در جلسه پنجم تا هشتم، در هر جلسه به تجربیات هفته سپری شده مادران توجه و به بررسی مجدد هر یک از مقابله ها پرداخته می شد و تاکید بر این بود که در هر تجربه ای، باز برآورد مثبت در نظر گرفته شود. در پایان هر جلسه، مادران جمع بندی و بازخورد(فیدبک) را انجام می دادند. در صورتی که گروه کنترل هیچگونه پلاسبو و آموزشی دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات درمانی، در مرحله پس آزمون هر دو گروه مجدداً با پرسشنامه فوق مورد آزمون قرار گرفتند و پس از اتمام مراحل پاسخگویی، نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. پرسشنامه سلامت عمومی در فرم ۲۸ ماده ای با استفاده از روش تحلیل عاملی به منظور شناسایی اختلالات روانی غیرروان پریشی در سال ۱۹۷۹ توسط Goldberg و Hiller تدوین گردیده است. این پرسشنامه دارای ۴ مقیاس می‌باشد که هر مقیاس حاوی ۷ سوال است. در این ابزار نمره پایین دال بر سلامتی و نمره بالا حاکی از اختلال است. در اثر اجرای این روش ها برای هر فرد پنج نمره به دست می آید. چهار نمره به مقیاس های فرعی و یک نمره به کل مواد پرسش نامه مربوط می شود. پایایی این ابزار با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ ۸۶٪ به دست آمد. با توجه به اینکه هر یک از مقیاس های تشکیل دهنده پرسشنامه شامل ۷ ماده و کل مجموعه شامل ۲۸ ماده است، کسانی که طی یک ماه گذشته در زمینه های مورد نظر هیچ گاه احساس ناراحتی نکرده اند برای هر ماده نمره ۰ و جمعاً ۰= ۰×۷ نمره می گیرند. به همین ترتیب،

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

کسانی که مقدار بسیار زیادی در زمینه های مذکور احساس ناراحتی داشته اند برای هر ماده نمره ۳ وجمعا ۲۱=۳×۷ نمره می گیرند. هومن بهترین نقطه برش را با روش نمره گذاری ساده لایکرت نمره(۲۳<)تعیین نموده است(۲۰). برای نمره گذاری مقیاس های فرعی و تفسیر آنها به روش زیر عمل می شود: ابتدا نمره هر مقیاس به طور جداگانه به دست می آید سپس نمره هر مقیاس را به تعداد سوال های آن مقیاس(۷) تقسیم می کنند اگر نمره آزمودنی کمتر از ۱/۵(در روش نمره گذاری ساده لایکرت) بود به عنوان فرد سالم و اگر بالاتر از ۱/۵ بود به عنوان فرد مشکوک به اختلال روانی یا بیمار در آن مقیاس مشخص می شود.

نتایج

میانگین سنی افراد گروه آزمایش برابر با ۴۷/۴ و انحراف معیار آن ۹/۴۱ بوده است. از لحاظ سطوح تحصیلی به ترتیب ۲۰،۲۵ و ۴۰ درصد از افراد در سطوح تحصیلی ابتدایی، راهنمایی و دیپلم بودند. در مقایسه میانگین سلامت عمومی، در مرحله پیش آزمون این میانگین برابر با ۳۷/۳۵ بوده که در مرحله پس آزمون به ۲۳/۵۵ و پس از آن در مرحله پیگیری به ۲۴/۳ کاهش یافت(کاهش نمره سلامت عمومی نشانه بهبود پاسخ دهندگان است). نمره میانگین متناظر روی گروه کنترل در هر سه مرحله(با در نظر نگرفتن مقادیر اعشاری) برابر و معادل ۳۵ می باشد(جدول ۱). در مقایسه نمرات افراد گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون برای هر یک از ابعاد سلامت عمومی تغیر فاحشی وجود ندارد. اما در مرحله پس آزمون در حالیکه نمرات همه ابعاد سلامت عمومی گروه آزمایش کاهش یافته است، این نمرات در گروه کنترل تفاوتی نکرده است. در خصوص وضعیت سلامت عمومی مادران گروه آزمایش، میانگین اضطراب و اختلالات خواب از حیطه سلامت عمومی ۱۰/۲ بوده که از سایر حیطه ها بیشتر است. بنابراین داشتن فرزند عقب مانده ذهنی بیشترین اثر را بر اضطراب و اختلالات خواب مادران داشته است و کمترین اثر را بر افسردگی آنها با میانگین ۷/۵ داشته است. به طور کلی بر اساس این شاخص‌های توصیفی نمرات سلامت عمومی گروه آزمایش پس از اجرای دوره آموزشی و در دوره پیگیری در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است (جدول ۲).

جدول ۱: شاخص های توصیفی گروه های مورد مطالعه در سه مرحله تحقیق روی متغیر سلامت عمومی

	پیش آزمون			پس آزمون			پیگیری		
	میانگین	انحراف معیار	واریانس	میانگین	انحراف معیار	واریانس	میانگین	انحراف معیار	واریانس
گروه آزمایش	۳۷/۳۵	۱۷/۷۹	۳۱۶/۴۸	۲۳/۵۵	۱۲/۴۳	۱۵۴/۵۰	۲۴/۳	۱۱/۸۸	۱۴۱/۱۳
گروه کنترل	۳۵/۸۵	۱۳/۲۷	۱۷۶/۰۹	۳۵	۱۳/۸۹	۱۹۲/۹۳	۳۵/۴	۱۳/۵۱	۱۸۲/۵۲

جدول۲: اخص های توصیفی گروه های مورد مطالعه در سه مرحله آزمایش روی مولفه های سلامت عمومی

گروه های مورد مطالعه	مولفه های سلامت عمومی	پیش آزمون			پس آزمون			پیگیری		
		میانگین	انحراف معیار	واریانس	میانگین	انحراف معیار	واریانس	میانگین	انحراف معیار	واریانس
گروه آزمایش	علایم جسمانی	۹/۹۵	۵/۴۹	۳۰/۱۴	۵/۷	۳/۶۱	۱۳/۰۳	۵/۹	۳/۵۵	۱۲/۶۰
	اضطراب و اختلالات خواب	۱۰/۲	۴/۸	۳۳/۰۴	۶/۹	۳/۵۳	۱۲/۴۶	۷	۳/۴۷	۱۲/۰۴
	افسردگی اساسی	۷/۵	۶/۳	۳۹/۶۹	۴/۳	۴/۶۱	۲۱/۲۵	۴/۶	۴/۴۷	۱۹/۹۸
	اختلال در عملکرد اجتماعی	۹/۷	۴/۸۵	۲۳/۵۲	۶/۶۵	۳/۹۵	۱۵/۶۰	۶/۸	۳/۹۹	۱۵/۹۲
گروه کنترل	علایم جسمانی	۹/۹	۴/۴۵	۱۹/۸۰	۱۰/۲۵	۴/۹۷	۲۴/۷۰	۱۰/۴	۴/۵۲	۲۰/۴۳
	اضطراب و اختلالات خواب	۹/۵	۵/۶۴	۳۱/۸۰	۹/۲	۵/۱۹	۲۶/۹۳	۹/۳۵	۵/۱۸	۲۶/۸۳
	افسردگی اساسی	۶/۸۵	۱/۴۹	۲/۲۲	۵/۶	۲/۵۶	۶/۵۵	۵/۷	۲/۳۸	۵/۶۶
	اختلال در عملکرد اجتماعی	۹/۶	۳/۱۳	۹/۷۹	۹/۹۵	۳/۷۴	۱۳/۹۸	۱۰	۳/۶۱	۱۳/۰۳

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

نتایج آزمون نشان داد بین نمرات سلامت عمومی آزمودنی ها از مرحله پیش آزمون به پس آزمون تفاوت معنادار وجود دارد و اثر تعاملی زمان اندازه گیری(پیش آزمون–پس آزمون) با نوع گروه(گروه آزمایش و کنترل) معنادار به دست آمد. مشابه همین نتیجه برای وضعیت هر یک از مولفه های سلامت عمومی نیز تکرار شد(جدول ۳). نتایج تاثیر آموزش مقابله درمانگری بر سلامت عمومی مادران با توجه به متغیرهای نوع عقب ماندگی کودکان(ژنتیک و غیر ژنتیک) سن و سطح تحصیلات نشان داد که بین نمرات سلامت عمومی مادران در هر یک از مراحل پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین اثر تعاملی گروه بندی با مراحل آزمون و اثر تعاملی گروه بندی مراحل آزمون و نوع عقب ماندگی فرزندان، تاثیر معناداری بر سلامت عمومی مادران داشته است (جدول ۴).

جدول ۳: نتایج آزمون های چند متغیری (آماره لامبدای ویلکز) برحسب متغیرهای سلامت روان(درجه آزادی=۱و درجه آزادی خطا=۳۸)

متغیر	اثر	مقدار	F	معنی داری
کاهش اختلال در سلامت عمومی (فرضیه اول)	زمان (پیش آزمون-پس آزمون)	۰/۳۱۳	۸۳/۵۸	۰/۰۰۰۱
	تعامل زمان و گروه	۰/۳۶	۶۵/۳۱	۰/۰۰۰۱
کاهش علائم جسمانی (فرضیه سوم)	زمان	۰/۵۲	۳۴/۷۵	۰/۰۰۰۱
	تعامل زمان و گروه	۰/۴۴	۴۸/۳۵	۰/۰۰۰۱
کاهش اضطراب و اختلالات خواب (فرضیه چهارم)	زمان	۰/۵۷	۲۸/۵۶	۰/۰۰۰۱
	تعامل زمان و گروه	۰/۶۶	۱۹/۸۴	۰/۰۰۰۱
کاهش اختلال در عملکرد اجتماعی (فرضیه پنجم)	زمان	۰/۵۹	۲۶/۲	۰/۰۰۰۱
	تعامل زمان و گروه	۰/۴۷۷	۴۱/۶۳	۰/۰۰۰۱
کاهش افسردگی اساسی (فرضیه ششم)	زمان	۰/۵۲	۳۴/۶۸	۰/۰۰۰۱
	تعامل زمان و گروه	۰/۸۵	۶/۶۶	۰/۰۱۴

جدول ۴: نتایج آزمون های چندمتغیری(آماره لامبدای ویلکز) برحسب متغیرهای نوع عقب ماندگی، سن و تحصیلات(درجه آزادی=۱و درجه آزادی خطا=۳۸)

متغیر	اثر	مقدار	F	معنی داری
سلامت روان برحسب نوع عقب ماندگی ذهنی(فرضیه دوم)	زمان (پیش آزمون-پس آزمون)	۰/۳۰۹	۸۰/۴۷	۰/۰۰۰۱
	تعامل زمان و گروه	۰/۳۶۴	۶۲/۸۸	۰/۰۰۰۱
	تعامل زمان و نوع عقب ماندگی	۰/۹۸۴	۰/۵۹	۰/۴۴
	تعامل زمان، گروه و نوع عقب ماندگی	۱	۰/۰۰۱	۰/۹۸
سلامت روان برحسب گروههای سنی (فرضیه هفتم)	زمان (پیش آزمون- پس آزمون)	۰/۲۷۴	۹۰/۰۸	۰/۰۰۰۱
	تعامل زمان و گروه	۰/۳۳۲	۶۸/۴	۰/۰۰۰۱
	تعامل زمان و گروههای سنی	۰/۸۸۱	۲/۳	۰/۱۱۶
	تعامل زمان، گروه و گروههای سنی	۰/۹۷۵	۰/۴۴	۰/۶۴۶
سلامت روان برحسب میزان تحصیلات (فرضیه هشتم)	زمان (پیش آزمون-پس آزمون)	۰/۲۸	۸۹/۶۳	۰/۰۰۰۱
	تعامل زمان و گروه	۰/۳۴	۶۸/۹۴	۰/۰۰۰۱
	تعامل زمان و تحصیلات	۰/۹۳	۲/۷	۰/۱۰۹
	تعامل زمان، گروه و تحصیلات	۰/۹۵	۱/۵۲	۰/۲۲۵

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

نتیجه گیری

نتایج حاصل از مطالعه حاضر تقریباً با مطالعات مشابه پیشین مطابقت دارد. هر چند که سلامت روانی والدین کودکان عقب مانده ذهنی به طور معناداری از سلامت روانی والدین عادی پایین تر است(۲۱) ولی میزان تأثیر آن تا اندازه‌ای به ارزیابی شناختی و مهارت های مقابله ای فرد نیز بستگی دارد بطوریکه آموزش باعث می شود تا مادران گروه مورد مطالعه نسبت به گروه شاهد از شیوه مقابله ای مشکل مدار بیشتر استفاده کنند و از شیوه‌های مقابله‌ای مفیدتر و مؤثرتر استفاده نمایند. این شیوه های مقابله‌ای مشکل مدار به عنوان سازگارترین شیوه های مقابله ای بوده و با سلامت روانی ارتباط مثبتی دارد. با توجه به نتایجی که در این پژوهش بدست آمد مشاهده شد که در طی ۸ جلسه آموزش مقابله درمانگری با آماره لامبدای ویلکز(۸۳/۵۸) کاهش اختلال در سلامت عمومی از زمان پیش آزمون تا زمان پس آزمون در گروه آزمایش با این کاهش در گروه کنترل با خطای ۰/۰۵ دارای تفاوت معنی دار بوده و می توان نتیجه گرفت که مقابله درمانگری میتواند سلامت روان مادران کودک عقب مانده ذهنی را افزایش دهد. در راستای نتایج این پژوهش Arabi در تحقیقی بر روی نوجوانان دختر۱۴-۱۸ ساله شهر اصفهان تاثیر آموزش مهارتهای زندگی را بر افزایش سازگاری اجتماعی این نوجوانان تأیید کرده است. به نظر می‌رسد که می توان با استفاده از شیوه های شناختی برای حل مشکلات، به خانواده های دارای کودکان با ناتوانی کمک کرد تا با فشار روانی، افسردگی، ناسازگاری واحساس تنهایی مقابله کنند، به ویژه هنگامی که این احساسات توانایی والدین را برای کمک و مراقبت از کودک تضعیف می سازد(۲۲). در مقایسه گروه با عقب ماندگی ذهنی ژنتیکی با گروه با عقب ماندگی ذهنی غیرژنتیکی، نتایج نشان می دهد که آموزش مقابله درمانگری با احتمال خطای ۰/۰۵ و آماره لامبدای ویلکز(۰/۵۹) از نظر کاهش اختلال در سلامت عمومی از زمان پیش آزمون تا زمان پس آزمون در این دو گروه دارای اختلال معنی داری نبوده است که این میتواند ناشی از عدم آگاهی مادران در مورد تفاوتهای بیماریهای ژنتیکی با غیرژنتیکی باشد که بررسی این امر مستلزم انجام تحقیقات بیشتری است. البته این عدم تفاوت می‌تواند ناشی از عدم احساس گناه بیشتر در ماداران یکی از این دو گروه در مقایسه با گروه دیگر باشد. گر چه متاسفانه در راستای این پژوهش، تحقیقی صورت نگرفته است تا بتوان با نتایج حاضر مقایسه ای انجام داد. ولی به نظر میرسد که مطالعات بیشتری لازم است تا مشخص کند آیا مادرانی که آگاهی دارند که بیماری ژنتیکی از آنها به فرزندشان منتقل شده است نسبت به مادران دیگر دچار اختلال سلامت عمومی بیشتری می‌شوند یا خیر؟ همچنین مطالعه حاضر نشان داد که مقابله درمانگری علایم جسمانی مادران را از زمان پیش آزمون تا زمان پس آزمون در هر دو گروه آزمایش و کنترل کاهش می‌دهد. این امر با توجه به اینکه مادران کودکان عقب مانده، مشکلات جسمی را نیز گزارش کرده‌اند، دارای اهمیت می‌باشد. مطالعات نشان داده که وجود کودک مشکل دار علاوه بر استرس های روانی که بر خانواده تحمیل می‌کند، شیوع خیلی از بیماری‌های جسمانی مانند درد را در مادران موجب می‌شود. علاوه بر موارد فوق مطالعه حاضر نشان داد که مقابله درمانگری موجب کاهش اضطراب و اختلالات خواب در گروه مورد مطالعه می‌شود. در این راستا با توجه به آنکه نشان داده شده که کودک مشکل دار به علت استرس‌های روانی که بر خانواده تحمیل می‌کند باعث افزایش اختلالات روانی مانند اضطراب در خانواده ها به خصوص مادران می‌شود، اهمیت این مقابله مشخص می‌گردد(۲۳). توجه به این نکته بسیار مهم است که داشتن کودک ناتوان تنها روی والدین تاثیرگذار نیست، بلکه روابط بین فامیل را نیز در بر می‌گیرد و باعث تغییر در روابط فامیل می‌شود(۲۴). وجود یک کودک عقب ماده ذهنی سبب محدودیت روابط اجتماعی خانواده می‌گردد و هر قدر شدت عقب ماندگی ذهنی فرد بیشتر باشد، اوقات فراغت والدین و خانواده محدودتر شده و دامنه ارتباطات اجتماعی تنگ‌تر می‌شود(۱۳). لذا با توجه به آنکه مطالعه حاضر نشان داد که مقابله درمانگری کارکرد اجتماعی مادران را افزایش می‌دهد،

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

لازم است که این مقابله برای کلیه ایـن مـادران انجـام پـذیرد. افسردگی اساسی از دیگر مـسائل بـسیار مهـم در خـانواده هـا می‌باشد. مطالعات در مورد تـاثیر تولـد یـک کـودک مبـتلا بـه ناتوانی بر خانواده نشان می دهد کـه مـادران سـطوح بـالایی از فشار روانی را تحمل می کنند و لذا نشانگان افسردگی و از هـم گـسیختگی خـانوادگی در آنهـا بـسیار بیـشتر دیـده مـی‌شـود بطوریکه این مادران دارای خلقیات سطح پایین می‌باشـند(۱۱). لذا اهمیت مقابله درمانگری با توجـه بـه اینکـه مطالعـه حاضـر نشان داد که باعث کاهش افسردگی مـادران مـی‌شـود بـیش از پیش مشخص می‌شود. از دیگر نتایج این مطالعه می‌توان به این نکته اشاره کرد که سن مادران دارای فرزند عقب مانده ذهنی با مقابله درمانگری رابطه ندارد Afshari نیز در تحقیقـی بـه ایـن نتیجه دست یافته بود که بین سـن مـادر و راهبـرد مقابلـه ای ارتباط معناداری وجود ندارد(۲۵). همچنین مطالعه حاضر نشان داد که بین تحصیلات مادران دارای فرزند عقب مانده ذهنی بـا مقابله درمانگری رابطه ای وجود ندارد. در حالیکـه Afshari در تحقیق خود به نتایجی بر خلاف نتایج ما دست یافت که نـشان میداد بین تحصیلات و راهبردهای مقابله‌ای ارتبـاط وجـود دارد به این نحو که افراد تحصیل کرده بیشتر از راهبرد متمرکـز بـر حل مساله استفاده مـی‌کننـد(۲۶). اخـتلاف گـروه هـای مـورد مطالعه در این دو تحقیق و روشهای متفاوت بکـار گرفتـه شـده برای هر کدام از این تحقیقات می‌تواند دلیـل ایـن اخـتلاف در گزارش باشد. در نهایت مطالعه حاضر به همراه مطالعات مـشابه نشان می‌دهد که وجود فرزندان عقب مانده تاثیر بـه سـزایی در ایجاد اختلالات روانی در والدین به ویـژه در مـادران دارد و لـذا لازم است که مقابله درمانگری برای کـاهش ایـن اخـتلالات در مورد کلیه این مادران بکار گرفته شود.

منابع:

1- Seif naraghi M, Naderi A. ***Exceptional child education psychology.*** Tehran Publishing Arasbaran .2001.[Persian]

2- State welfare organization. ***formal statistic of Iranian disables people***. [document on the internet]; 2006. available from: http//www.behzisti.ir

3- Schieve LA, Blumberg SJ, Rice C, Visser SN, Boyle C. ***The relationship between Autism and parenting stress.*** Pediatrics 2007; 119(supp 1): 114-21

4- Hastings RP. ***Parental stress and behavior problems of children with developmental disability.*** J Intellect Dev Disability 2002; 27(3):149-60.

5- Baker BL, Blancher J, Olsson MB. ***Preschool children with and without developmental delay behavior problems, parents, optimism and well-being.*** J Intellect Disabil Res 2005; 49(8): 575-90.

6- Hastings RP. ***Child behaviour problems and parental mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism.*** J Intellect Disabil Res 2003;47(4):231-7.

7- Salovita T, Italinna M, Leinonen E. ***Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability. A Double ABCX Model.*** Journal Intellectual Disability Research 2003;47(4-5): 300-12.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

8- Arnaud C, White-Koning M, Michelsen SI, Parkes J, Parkinson K, Thyen U, et al. ***Parent reported Quality of Life of Children with cerebral palsy in Europe.*** Pediatrics 2008; 121(1): 54-64.

9- Motamedi SH, Seyednoor R, Noori M, Afgheh S. ***Study about depression among mothers of disabled children.*** Iran Rehab J 2007;5(5):3-7.[Persian]

10- Emerson E. ***Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, Mental health status and the self- assessed social and psychological impact of the child' difficulties.*** J Intellect Disabil Res 2003;47(4):385-99.

11- Olsson MB, Hwang CP. ***Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability.*** J Intellect disabil Res 2001; 45(6): 535-43.

12- Gupta A, Singhl N. ***Positive perceptions in parents of children with disability.*** Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal 2004;15 (1): 22-34.

13- ShariatiT, Davamanesh A.***The effect of child's retardation on the family*** .Tehran: welfare and rehabilitation science university;1996.[Persian]

14- Fery KS, Greenberg MT, Fewell RR. ***Stress and coping among parents of handicapped children.*** American Journal on Mental Retard 1989; 94(5):240-9.

15- Thoits PA. ***Stress, coping and social support processes: where are we? What next.*** Journal of Health and Social Behavior .1995;5(2):53-79.

16- Narimani M, Rafigh Irani S. ***Asurvey of relationship between coping styles and mental health in patients undergoing hemodialytic Treatment.*** Fundamentals of Mental Health 2008;10(38):117-22.

17- Flynt SW, Wood TA. ***Stress and coping of mothers of children with moderate mental retardation.*** American Journal on Mental Retardation 1989; 94(3): 278-83.

18- Goodarzi MA, Moien Roodbali Z. ***The relationship between coping styles and mental health in high school students.*** Daneshvar Rafter 2006;13 (19):23-32.[Persian]

19- Lessenberry BM, Rehfeldt RA. ***Evaluating stress levels of parents of children with disabilities.*** Exceptional Children 2004; 70(2):231-44.

20- Hooman A. ***Standardization of general health questionnaire***. Tehran: Tehran University Publishing. 1994. [Persian]

21- Narimani M, Agha Mohammadian HR, Rajabi S. ***Comparison between mother,s of exceptional children with mother,s of mental heaith children.*** Children with Principles of Mental Health Journal 2007;33(34):15-24.[Persian]

22- Arabi SH. ***Study of education effect on life skills on social adjustment of adolescents girls participanting in leisure programs relief iv isfahan organization***. MS [Tesis]. Islamic Azad University of Isfahan(khorasgan); 2001

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

23- Motamedi SH, Seyednoor R, Noori M, Afgheh S. ***Study about depression among mothers of disabled children.*** Iran Rehab J 2007;5(5):3-7.[Persian]

24- Gupta A, Singhl N. ***Positive perceptions in parents of children with disability.*** Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal 2004; 15 (1): 22-34.

25- Afshari R. ***Coping strategies and mental health in mothers of children Atystyk.*** Tehran, Shahid Beheshti University, Faculty of Psychology and Educational Sciences Psychology2006;2(7):285-92 [Persian]

26- Afshari R. ***Relationship between coping strategies and general health of mother with children Atystyk.*** phD [Dissertation]. Welfar and Rehabilitation Science University.2004.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

Effect of Coping-Therapy on Mental Health of Mothers with Genetic and Non Genetic Mentally Retarded Children

Alagheband M(MSc)[1*], Aghayousefi A(PhD)[2], Kamali M(PhD)[3], Dehestani M(PhD)[4], Haghiroalsadat F(MSc)[5], Nazari T(MSc)[6], Sheikha MH(PhD)[7]

[1]*Department of general Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran*
[2]*Department of general Psychology, Payam Noor University, Gom, Iran*
[3]*Department of general Psychology, Payam Noor University, Yazd, Iran*
[4]*Department of general Psychology, Payam Noor University Tehran, Iran*
[5]*Department of Biological Faculty, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran*
[6,7]*Department of Genetics, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran*

Received: *15 Jun 2009* ***Accepted:*** *4 Nov 2010*

Abstract

Introdution: Presence of mentally retarded children as a source of pressure can jeopardize the general health of parents, especially mothers. The range of effect depends on the recognitive evaluation and the individual. The aim of this study was to investigate the effect of coping-therapy on mental health of mothers with genetically and non genetically mentally retarded children referring to Yazd clinical center.

Methods: This study was semi experimental and included 40 mothers with mentally retarded children studying in schools supported by the welfare organization of Yazd in 2009- 2010 and were selected by available sampling method. They were divided to two groups; case and control. Before any therapy, all of the mothers answered a general health questionnaire(GHQ28). In the next step, coping-therapy was performed on the case group. In the end, all of the mothers answered the same questionnaire(GHQ28) and data were analyzed by covariance method and t test.

Results: The research indicated that coping-therapy has a positive effect on the mental health of mothers with genetically mentally retarded children. This effect is similar on mothers of children with non genetically mental retarded children. Coping-therapy decreases the somatic signs of depression in mothers and improves their sleeping and social efficacy. There was no association of age and educational level of mothers with coping-therapy.

Conclusion: Coping-therapy can improve the mental health of mothers of both genetically and non genetically mentally retarded children

Keywords: Mothers; Mental Health; Mentally Disabled Persons; Mental Retardation

Corresponding author: Tel:+98 351 8247085, Email: sheikhha@ssu.ac.ir

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]