

## فرا تحلیل اثربخشی مداخلات روانشناختی بر سلامت روانی خانواده کودکان با نقص ذهنی (۱۳۹۰-۱۳۹۱)

سالار فرامرزی<sup>۱</sup>، ولی الله کرمی منش<sup>۲</sup>، مرتضی محمودی<sup>۳</sup>

تاریخ وصول: ۹۲/۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۱۷

### چکیده

نقص ذهنی فرزند به عنوان منبع فشار روانی، سلامت روان خانواده را به خطر می‌اندازد و در جنبه‌های مختلف زندگی تأثیر خود را بروز می‌دهد. روش‌های متنوعی برای کمک به این خانواده‌ها پیشنهاد شده است که در این میان روش‌های روانشناختی بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. هدف از این پژوهش نیز فرا تحلیل بررسی اثر بخشی مداخلات روانشناختی بر سلامت روان خانواده کودکان با نقص ذهنی است.

**روش:** در این مقاله از روش فرا تحلیل استفاده شده است. از بررسی ۲۵ مقاله و تحقیق ۱۱ تا به صورت گزینشی انتخاب شده که در آن حجم نمونه ۷۱۲ نفر بوده است.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که اندازه اثر به دست آمده ۰/۲۵ می‌باشد و مطابق جدول کوهن در سطح متوسط به پایین ارزیابی می‌شود.

---

۱. استادیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان (نویسنده

مسئول) salarfamarzi@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه اصفهان valikarami22@yahoo.com

۳. کارشناس ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه اصفهان m.mahmodi2010@yahoo.com

**نتیجه:** بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مداخلات روانشناختی بر سلامت روان خانواده کودکان با نقص ذهنی تأثیر دارد و از این روش می‌توان به عنوان یک روش مداخله‌ای در راستای کمک به سلامت و بهداشت روانی خانواده آنها استفاده نمود. اما در کنار آن می‌بایست مداخلات حمایتی را نیز مورد استفاده قرار داد.

**واژگان کلیدی:** نقص ذهنی، مداخلات روانشناختی، خانواده.

### مقدمه

در دنیای امروز علی‌رغم تمام پیشرفت‌ها، ناتوانی ذهنی یک ناراحتی و وضعیت مادام‌العمر است. حدود ۳٪ از جمعیت جهان دارای ضریب هوشی کمتر از ۶۸ می‌باشند و عملکرد ۸۰ تا ۹۰ درصد از آنها در دامنه کند ذهنی خفیف یا آموزش‌پذیر قرار دارند و مشکلات همراه با این کودکان یکی از عوامل بحران ساز برای آنها و خانواده‌هایشان می‌باشد. در تعریف ارائه شده از ناتوانی ذهنی توسط<sup>۱</sup> DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، ضوابط زیر در نظر گرفته شده است: ۱- عملکرد هوشی بسیار کمتر از حد متوسط (کمتر از ۷۰). ۲- اختلال و نقص در مهارت‌های سازشی حداقل در دو زمینه، ۳- شروع قبل از سن ۱۸ سالگی. ناتوان ذهنی سبب شکل‌گیری مسائل گسترده‌ای از جمله مشکلات هیجانی و رفتاری برای خانواده‌های آنها می‌گردد.

هر چند نبود فشار روانی مساوی با سکون و نتیجه آن مشکل رشد و بالندگی در انسان است و علی‌رغم اینکه مقداری فشار روانی برای ایجاد تلاش و تحرکت در انسان ضروری است، لکن فشار روانی مداوم و همه‌جانبه فرد را در معرض خطر قرار می‌دهد. فشار روانی زیاد یا مداوم تأثیرات منفی بر عملکرد و فعالیتها خواهد داشت. افرادی که دچار فشار روانی می‌شوند و توان مقابله با آن را از دست می‌دهند، از نظر جسمانی، روانی و رفتاری دچار مشکل می‌گردند (کوپر<sup>۲</sup>، ۱۹۸۴، ترجمه قراچه داغی و شریعت زاده، ۱۳۷۳).

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition-Text Revised

2. Coper

فشار روانی می‌تواند از عوامل و منابع گوناگونی به وجود آید. یکی از عوامل فشار روانی در زندگی خانوادگی، تولد فرزندان ناتوان است. شواهد نشان می‌دهد والدین دارای کودکان ناتوان رشدی اغلب به گونه‌ای زیان‌آور سطح بالایی از فشار روانی را تجربه می‌کنند و این سبب ایجاد مشکلات مراقبتی برای خانواده و به ویژه تجربیات استرس‌زا برای والدین می‌گردد (هندریک، دمور و ساولبرگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). فرزندان که از نظر جسمانی یا ذهنی کم‌توان هستند، مسایل و مشکلاتی را برای خانواده‌های خود به وجود می‌آورند. مهمترین مسائل و مشکلاتی که این خانواده‌ها با آن روبرو هستند عبارتند از: مشکل پذیرش کم‌توان فرزند، خستگی ناشی از پرستاری و مراقبت از کودک، مسائل مربوط به اوقات فراغت، مشکلات مالی خانواده، مسائل پزشکی، آموزش و توانبخشی (ویترا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳).

فشار روانی به وجود آمده برای خانواده کودکان با نقص ذهنی گستردگی بیشتری دارد. در تحقیقی که توسط ملک‌پور (۱۳۷۵) صورت گرفته است نشان داده که میزان فشار روانی بر مادران کودکان با نقص ذهنی بیشتر از کودکان نابینا بوده است و تأثیرات آن به مراتب عمیق‌تر و شدیدتر است. کوهسالی و همکارانش (۱۳۸۶) نشان دادند که سازگاری مادران دختران ناتوان ذهنی نسبت به مادران کودکان عادی تفاوت معنی‌داری را دارا می‌باشند. در این پژوهش نشان دادند که میانگین نمرات مادران عادی در همه مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی از جمله: فعالیت‌های روزمره، عملکردهای اجتماعی و فوق برنامه، روابط با خویشاوندان و غیره، از مادران کودکان ناتوان بالاتر بوده است. این استرس تحت تأثیر عواملی مثل: جنسیت، سن و شدت مشکلات، متغیرهای وابسته به اجتماع از قبیل طبقه اجتماعی، مسکن و منابع و استراتژیهای کنار آمدن خانواده مانند: درک بر چسب مرتبط با اختلال کودک (برسفورد<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴) و نیز استرس کشمکش‌های زناشویی که به ندرت با کودک در ارتباط است، قرار می‌گیرد. دینی‌ترکی و همکارانش (۱۳۸۵) در پژوهش خود به

---

1. Hendriks & DeMoor & Savelberg  
2. Witter  
3. Beresford

این نتیجه رسیدند که وجود کودک ناتوان ذهنی باعث افزایش فشار روانی در بین والدین و به تبع آن کاهش رضایت زناشویی می‌گردد. نه تنها شخصیت کودکان بر استرس والدین تأثیر گذار است، بلکه نگاه‌های منفی دیگران می‌تواند یک منبع دیگر استرس والدین باشد. والدین کودکان با ناتوانی استرسشان افزایش می‌یابد و زندگی‌شان غیر قابل کنترل‌تر می‌شود، همچنین مسئولیت‌های مراقبتی‌اشان سنگین‌تر می‌گردد (گوپتا و سیگهال<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). مجموعه این عوامل سبب گسترش مشکل کودک و والد می‌شوند.

همه موارد ذکر شده فوق ناراحتی‌ها و فشار روانی مضاعف و مستمری را بر خانواده‌های کودکان با نقص ذهنی به خصوص والدین آنها وارد می‌آورد؛ هرچند که والدین در مقابل ویژگی‌های خاص خود و نیز محیط پیرامون خود واکنش‌های گوناگونی نشان می‌دهند اما به ندرت می‌توان این واکنش‌ها را پیش بینی کرد. تئوری عمومی سیستم‌ها نیز به این موضوع توجه دارد که خانواده یک گروه به هم پیوسته است. هنگامی که بحران، تعادل این سیستم را به هم بزند این گروه ضعیف می‌گردد. فیش من و ولف<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) معتقدند خانواده‌های دارای کودک مبتلا به ناتوان ذهنی، خرده نظام‌های والدینی، زناشویی، خواهر و برادری و حتی نظام‌های برون خانوادگی مثل دوستان، همسایه‌ها، مدرسه و مؤسسات را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب فشار بیشتری در درون نظام می‌شود، قوام‌سازی درون نظام را به ویژه در خانواده‌های هسته‌ای به خطر می‌اندازد و احتمال وجود اختلال نظام را بالا می‌برد. این تأثیرات در دوره‌های گذر خانواده همچون ارزیابی ناتوانی، شروع مدرسه، انتقال از کودکی به بزرگسالی و نیز در زمان افزایش سن و کهولت والدین بیشتر می‌گردد. این تأثیرات منفی متقابلاً کودک ناتوان ذهنی را نیز در بر خواهد گرفت (کرامر و بلکر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱).

- 
1. Gupta & sigal
  2. Fishman & Wolf
  3. Kraemer & Blacher

ابزارهای حمایتی متنوعی برای خانواده کودکان با نقص ذهنی به کار برده می‌شود که شامل سه دسته خدمات می‌گردد: خدمات حمایتی، مدل‌های حمایتی دوستان و اطرافیان و مداخلات روانی-آموزشی (هستینگ و بک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). در زمینه مداخلات حمایتی می‌توان به حمایت‌های توان‌بخشی و حمایت‌های مالی اشاره کرد. یکی از درگیری‌های عمده خانواده کودکان ناتوان نگرانی آنها نسبت به آینده کودک با توجه به وابستگی کامل کودک به والدین به این علت است که آنان نمی‌دانند در نبود یا دوران کهولت‌شان چه کسی و به چه نحوی از کودک ناتوان ذهنی آنها مراقبت می‌کند، او چگونه تأمین می‌شود و بالاخره چه آینده‌ای در انتظارش می‌باشد (یزدانی و همکاران، ۱۳۷۹). یکی دیگر از مشکلات هزینه‌های مالی است که این خانواده‌ها تحمل می‌کنند. هزینه‌های مداوم اغلب خانواده را از نظر مالی فرسوده، تنش را مضاعف و منابع سازگاری را کاهش می‌دهد، (باوسر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). از طرف دیگر در زمینه حمایت‌های دوستان و اطرافیان مودجیل و همکاران<sup>۳</sup> (۱۹۸۵) نشان دادند، والدینی که بیشترین حمایت اجتماعی و عاطفی را از همسر، اعضای خانواده، والدین، وابستگان و دوستان کسب می‌کنند کمترین میزان استرس و درگیری را تجربه می‌کنند.

اما در زمینه مداخلات روانی-آموزشی روش‌های مختلفی استفاده شده، که در این میان روش‌های شناختی-رفتاری<sup>۴</sup> (CBT) بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. روش‌های شناختی-رفتاری (CBT) مورد استفاده برای این خانواده‌ها شامل عناصر زیر می‌باشد: حل مسئله، دست‌یابی به اهداف شخصی، بازسازی شناختی، مشاهده افکار و احساسات، آموزش ریلکسیشن، درمان نظام‌دار خانواده و ... است. در این زمینه در ایران پژوهش‌های زیادی برای مداخله این دسته از خانواده‌ها با استفاده از روش‌های شناختی رفتاری به خصوص برای مادران کودکان با نقص ذهنی صورت گرفته است. در پژوهشی ملک پور و همکاران

- 
1. Richard & Hastings & Beck
  2. Bauser
  3. Moudgil & et al
  4. Cognitive Behavioral Therapy

(۱۳۸۵) نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش فشار روانی مادران کودکان با نقص ذهنی تأثیرگذار است. همچنین نشان می‌دهد، آموزش می‌تواند سبب تغییر در نگرش‌ها و باورها شود که خود سبب کاهش فشار روانی می‌گردد. همچنین آموزش گروهی می‌تواند حس همدلی را در والدین تقویت کرده و این خود باعث می‌شود احساس کنند دیگر تنها نیستند.

گرایورز<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) در پژوهشی با استفاده از روش درمان عقلانی-هیجانی<sup>۲</sup> (RET) برای مادران کودکان با سندرم داوون انجام داده بود، که در آن هدف جایگزین کردن عقاید نامناسب والدین با عقاید مناسب و استفاده از روش تحلیل رفتار کاربردی<sup>۳</sup> (ABA) بوده است. بعد از مداخله درمانی مقدار استرس گزارش شده به وسیله مادران به میزان قابل توجهی کاهش پیدا کرده بود و این استرس نیز در زمینه برخورد مادران با کودکان‌شان نیز بهبودی قابل توجهی را نشان می‌دهد است. شقاقی و همکاران (۱۳۸۹) در بررسی خود نشان دادند که با استفاده از آموزش خانواده می‌توان سلامت روان والدین دارای کودک ناتوان ذهنی را ارتقاء داد. این آموزش در کاهش اضطراب و بی‌خوابی، علائم جسمانی، کارکرد اجتماعی و افسردگی مؤثر بوده است و آن را بهبود بخشیده است و در کل تأثیر این دسته از مداخلات برای، خانواده‌هایشان اثر بخش بوده است.

گامون<sup>۴</sup> (۱۹۹۱) در پژوهشی به این نتیجه رسیده است که با استفاده از برنامه آموزش مهارت‌های کنار آمدن<sup>۵</sup> (CSTP) برای والدین کودکان با نقص ذهنی می‌توان استرس در چهار زمینه: حل مسئله، دست‌یابی به اهداف شخصی، مهارت‌های بین فردی و بازسازی شناختی را به میزان قابل توجهی بهبود بخشید. علاقه‌بند و همکارانش (۱۳۸۹) بیان کردند که استفاده از آموزش مقابله‌ای سبب می‌گردد تا والدین از شیوه‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار

- 
1. Greaves
  2. Rational Emotive Therapy
  3. Applied Behavior Analysis (ABA)
  4. Gammon & Ross
  5. Coping Skills Training Program (CSTP)

که به عنوان سازگارترین روش مقابله‌ای شناخته شده است - بیشتر استفاده کنند. در تحقیقی دیگر ملک پور و پیام (۱۳۷۹) که به دنبال آموزش والدین بر رفتار اجتماعی دانش‌آموزان ناتوان ذهنی آموزش‌پذیر بودند، به این نتیجه رسیدند که مداخلات روانشناختی و آموزشی با استفاده از تغییر و اصلاح رفتار سبب بهبود رفتار اجتماعی والدین و به تبع آن بهبود در رشد و سازگاری کودک ناتوان ذهنی نیز می‌گردد.

شکوهی یکتا و زمانی (۱۳۸۷) نشان دادند که آموزش مدیریت خشم به مادران کودکان با نقص ذهنی، سبب بهبود در مهارت‌های ارتباطی آنها شده است. همچنین آموزش سبب افزایش امید به زندگی در بین این افراد شده بود. شریفی درآمدی (۱۳۸۷) نشان داد که با استفاده از آموزش هوش عاطفی می‌توان سلامت عمومی مادران کودکان با نقص ذهنی را از لحاظ مؤلفه‌های اضطراب، بی‌خوابی و نارساکنش‌وری بهبود بخشید. آرمان و فیروزکوهی مقدم (۱۳۸۳) در بررسی خود مبتنی بر اثر بخشی مداخلات روانشناختی بر مشکلات خواهر و برادران کودکان با نقص ذهنی، به این نتیجه رسیدند که تأثیر وجود خواهر یا برادر ناتوان و معلول می‌تواند اثرات روانی ویژه‌ای بر کودکان سالم بگذارد و در صورتی که خواهر و برادران سالم به موقع از مداخلات روانشناختی بهره‌مند گردند به میزان قابل توجهی می‌توان مشکلات آنها را کاهش داد. اما در صورت عدم دریافت این مداخلات، با گذشت زمان مشکلات بیشتری و به تبع آن ناسازگاری‌های رفتاری برای کودکان خانواده‌ها پدید می‌آید.

بنابراین، بر اساس مطالب ذکر شده و با توجه به اینکه درصد شیوع ناتوانی ذهنی تقریباً ۲/۳ درصد جمعیت را تشکیل می‌دهد (سیف نراقی، ۱۳۷۹)، اگر جمعیت ایران را بر اساس آخرین سرشماری نفوس و مسکن سال ۹۰، ۷۵ میلیون در نظر بگیریم حدود یک میلیون و هشتصد هزار نفر دچار ناتوانی ذهنی هستند و جمعیت هر خانواده را چهار نفر در نظر بگیریم چیزی حدود شش میلیون و هشتصد هزار نفر به صورت مستقیم با آن درگیر هستند و این لزوم ارائه خدمات مناسب را ایجاب می‌کند.

با توجه به پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه اثربخشی مداخلات روانشناختی بر سلامت روان این خانواده‌ها ضرورت این بررسی را می‌رساند که آیا مداخلات روانشناختی بر سلامت خانواده کودکان با نقص ذهنی تأثیر گذار می‌باشند و مداخلات روانشناختی می‌تواند به عنوان اصلی در مداخلات با خانواده کودکان با نقص ذهنی به کار برده شود. همچنین درکی کلی از تأثیرات روش‌های مختلف به منظور انجام مداخلات بهتر، تا بتوان مداخله ای مناسب با کمترین میزان اتلاف انرژی را ارائه کرد. هدف از این پژوهش نیز بررسی اثربخشی مداخلات روانشناختی بر سلامت روان خانواده کودکان با نقص ذهنی به روش فراتحلیل است.

### روش

در این بررسی با توجه به هدف پژوهش از روش فراتحلیل استفاده شده است. در فراتحلیل اصل اساسی عبارت است از محاسبه اندازه اثر برای تحقیقات مجزا و برگرداندن آنها به یک ماتریس مشترک (عمومی) و آنگاه ترکیب آنها برای دستیابی به میانگین تأثیر می‌باشد (عابدی، ۱۳۸۳). این پژوهش به دنبال این است تا با کنار هم گذاشتن نتایج حاصل از پژوهش‌های مختلف، به یک نتیجه کلی در مورد تأثیر مداخلات روانشناختی بر والدین کودکان با نقص ذهنی دست یافت. جامعه آماری مورد استفاده پایان نامه‌ها و مقالات چاپ شده در مجلات و پایگاه‌های معتبر که در زمینه تأثیر مداخلات روانشناختی بر خانواده‌های کودکان استثنایی در داخل کشور انجام شده که حجم نمونه مناسبی داشته‌اند و از لحاظ روش شناسی (فرضیه سازی، روش تحقیق، حجم نمونه و روش نمونه گیری، ابزار اندازه گیری، روایی و پایایی ابزار اندازه گیری، فرضیه‌های آماری، روش تحلیل آماری، و صحیح بودن محاسبات آماری) شرط لازم را داشته‌اند. این بررسی روی ۲۰ پایان‌نامه و مقاله صورت گرفته است و از بین آنها ۱۱ تا که ویژگی‌های درون‌گنجی را داشته‌اند، انتخاب شده است. به عبارتی ملاک‌های "درون‌گنجی" برای فراتحلیل عبارت بودند از: ۱- داشتن



شرایط لازم از نظر روش شناسی (فرضیه سازی، روش تحقیق، حجم نمونه و روش نمونه گیری، ابزار اندازه گیری، روایی و پایایی ابزار اندازه گیری، فرضیه های آماری، روش تحلیل آماری، و صحیح بودن محاسبات آماری). ۲- موضوع پژوهش تأثیر مداخلات روانشناختی بر خانواده کودکان با نقص ذهنی باشد و بررسی در قالب یک پژوهش گروهی صورت گرفته باشد (موردی و منفرد نباشد). ۳- تحقیقات از نوع آزمایشی، نیمه آزمایشی و همبستگی باشد. ملاک های خروج نیز پژوهش هایی بودند که شرایط روش شناختی را نداشتند و یا به صورت موردی، مروری، صورت گرفته بودند.

چک لیست تحلیل محتوا (از لحاظ روش شناختی): از این چک لیست برای انتخاب پایان نامه ها و مقاله های که دارای ویژگی های درون گنجی بودند و نیز استخراج اطلاعات برای فراتحلیل استفاده شد و چک لیست مزبور شامل موارد زیر بوده است: عنوان پژوهش - هایی که در این مورد انجام شده است، پژوهشگر، نوع پژوهش، سال اجرای پژوهش، حجم نمونه، سطح معناداری، ابزار جمع آوری اطلاعات، جامعه، حجم نمونه و سطح معناداری آزمونهایی به کار گرفته شده. در این پژوهش شیوه محاسباتی فراتحلیل، براساس مراحل فراتحلیل کوهن صورت گرفته است (پاشا شریفی و پاشا شریفی، ۱۳۸۰). روش فراتحلیل، چهار گام اساسی را باید در بر داشته باشد: شناسایی، انتخاب، انتزاع، تجزیه و تحلیل برای به دست آوردن میزان اثر از نرم افزارهای استفاده نشده و اندازه اثر هر یک از پژوهش ها که بصورت دستی حساب شده است. به همین منظور ابتدا باید آنچه که اندازه اثر نامیده می شود را در هر یک از پژوهش ها به صورت جداگانه محاسبه کرد. اندازه اثر بیانگر تفاوت میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل بر واریانس ادغام شده ی کل نمرات را بدست آورد.

$$r = \frac{z}{\sqrt{n}}$$

فرمول ۱- محاسبه ی اندازه اثر برای هر مطالعه:

$$R = \frac{\sum Z_r}{N}$$

فرمول ۲- ترکیب نمودن اندازه اثرهای مطالعات:

جدول ۱. چک لیست تحلیل محتوا

عنوان	منبع	پژوهشگر	الگوی درمانی	سال اجرا	حجم نمونه	آماره مورد نظر	مقدار آماره	سطح معناداری	r	d
بررسی مقایسه ای عوامل تنش زا و راهکارهای سازگاری در والدین کودکان عقب مانده ذهنی	مقاله	یزدانی، همتی، ولی زاده و حمیدی	شناختی رفتاری	۷۹	۹۶	k		۰/۰۵	۰/۱۶	۰/۳۲
برسی تأثیر آموزش والدین بر رفتار اجتماعی دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر دختر	مقاله	ملک پور و پیام	شناختی رفتاری	۷۹	۸۰	-	۲/۰۴	۰/۰۱	۰/۲۶	۰/۵۴
میزان تأثیر آموزش به شیوه‌های مقابله ای مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی آموزش پذیر	مقاله	سلاری، کاشانی نیا، دواچی و بابایی	شناختی رفتاری	۸۰	۶۴	مستقل t		۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۸۲
تأثیر مداخلات روانشناختی بر مشکلات خواهر و برادران کودکان عقب مانده	مقاله	آرمان و فیروزکوهی مقدم	شناختی	۸۳	۳۲	-		۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۴۶
بررسی و مقایسه اثر بخشی دو تکنیک تنش زدایی و رفتار درمانی شناختی در کاهش اضطراب مادران کودکان کم توان ذهنی شهر تهران	پایان نامه	ترابی	رفتاری شناختی	۸۴	۴۰	-	-	۰/۰۵	۰/۰۰۷	۰/۱۴
تأثیر آموزش خانواده و مشاوره بر کاهش فشار روانی والدین کودکان کم توان ذهنی	مقاله	زاهدی	شناختی رفتاری	۸۴	۶۰	t		۰/۰۵	۰/۰۶۴	۰/۱۲
تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش فشار روانی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و عادی	مقاله	ملک پور، فراهانی، آقایی و بهرامی	شناختی رفتاری	۸۵	۱۲۰	کوواریانس		۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۵۸
بررسی اثر بخشی آموزش هوش عاطفی بر سلامت عمومی مادران فرزندان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر ۱۱ تا ۱۵ سال	مقاله	شریفی در آمدی	شناختی رفتاری	۸۷	۱۱۱	T	۳/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۲۲	۰/۴۵

۰/۴۹	۰/۲۴	۰/۰۵	۴/۸۴	F	۴۶	۸۷	شناختی رفتاری	شکوهی یکتا و زمانی	مقاله	اثر بخشی آموزش مدیریت خشم بر ارتباط مادران با فرزندان کم توان ذهنی دیر آموز
۰/۵۴	۰/۲۶	۰/۰۵	-	T	۴۰	۸۹	شناختی - رفتاری	علاقه بند، آقا یوسفی، کمالی، دهستانی، حقیر السادات، نظری و شیخها	مقاله	تأثیر مقابله درمانگری بر سلامت عمومی مادران دارای فرزند عقب مانده ذهنی ژنتیکی و غیر ژنتیکی
۰/۷۷	۰/۳۶	۰/۰۵	۶/۴	-	۲۲	۸۹	شناختی رفتاری	شقاقتی، کاکوجویبار ی و سلامی	مقاله	تأثیر آموزش خانواده بر سلامت روانی والدین دارای کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر

### یافته‌ها

پس از محاسبه اندازه اثر هر یک از پژوهش‌ها، میزان آن را جمع کرده که این جمع کل برابر با ۰/۲۵ در جدول کوهن بوده است و نشان دهنده این نکته است که مداخلات روانشناختی بر سلامت روان خانواده کودکان عقب مانده تأثیر گذار است، اما این تأثیر در حد متوسط بوده است.

جدول ۲. محاسبه اندازه اثر

R	d	اندازه اثر
۰/۱	۰/۲	اندازه اثر کم
۰/۳	۰/۵	اندازه اثر متوسط
۰/۵	۰/۸	اندازه اثر زیاد

### بحث و نتیجه گیری

فرا تحلیل با یک پارچه کردن نتایج حاصل از پژوهش‌های مختلف، که بر روی نمونه‌های متعددی اجرا شده اند، دیدگاه جامع تری از اثر متغیرهای مختلف به دست می‌دهد. در واقع

با در کنار هم قرار دادن نتایج حاصل از انجام یک پژوهش روی نمونه‌ای از یک جامعه، افراد مختلف مورد بررسی قرار می‌گیرند. چنین یافته‌هایی در جوامعی چون جامعه ما که گوناگونی بیشتری را دارد مهم تر است، چرا که این گوناگونی، تفاوت‌های بیشتری را به همراه دارد و به ناچار باید اطلاعات متعددی را از نمونه‌های مختلف این جامعه در دست داشت و با یک پارچه کردن این اطلاعات، شباهت‌ها را به دست آورد و با تفاوت‌ها به شکل مناسبی برخورد کرد.

هم‌چنان‌که نتایج این بررسی نشان می‌دهد، مداخلات روانشناختی بر سلامت روان خانواده کودکان با نقص ذهنی تأثیر گذار است و این یافته با نتایج پژوهش‌های مختلف همسو می‌باشد، از جمله؛ پژوهش آرمان و فیروزکوهی مقدم (۱۳۸۵) که بر روی خواهران و برادران این دسته از کودکان صورت گرفته و ملک پور (۱۳۷۵) که بر روی مادران کودکان با نقص ذهنی انجام داده است و این فرض را تأیید می‌کند که استفاده از مداخلات به هنگام برای خانواده‌های با کودک ناتوان ذهنی بسیار مؤثر است. همچنین نتایج به دست آمده با نتایج پژوهش ملک پور و پیام (۱۳۷۹) مبنی بر اینکه آموزش‌ها می‌تواند سبب سلامت روان کودکان با نقص ذهنی نیز گردد به گونه‌ای که زمانی که این آموزش بتواند بر رفتار والدین مؤثر باشد به تبع آن می‌تواند عامل پیش‌بینی در سازگاری فرزندان ناتوان ذهنی نیز باشد. نتایج حاصل از پژوهش همفیل و لیتل فیلد<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) در بررسی برنامه گروهی شناختی- رفتاری کوتاه مدت، برای والدین با کودکان دارای مشکلات رفتاری بیرونی، نشان داد که آموزش والدین و کودکان بر کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان و بهبود تعامل والد-کودک تأثیر مثبت داشته است. همچنین فرزند پروری مطلوب تر، خودکارآمدی بالاتر، پریشانی والدینی کمتر، تعارض ارتباطی کمتر، و رضایت مندی بیشتر، کاهش انتظارات نابجای والدین از فرزندان، کاهش سوءاستفاده از کودکان و ارتقاء سازگاری والدین از نتایج برنامه‌های مداخله‌ای والد محور گزارش شده است (سندرس و

---

1. Hemphill & Littlefield

همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). نتایج حاصل از پژوهش با پژوهش‌های گریورز (۱۹۹۷) مبتنی بر استفاده از درمانهای عقلانی-هیجانی برای مادران کودکان با نشانگان داون و بررسی گامون (۱۹۹۱) مبتنی بر برنامه‌های آموزش مهارت‌های کنار آمدن (CSTP) برای والدین کودکان با ناتوان ذهنی هماهنگی دارد.

نتایج به دست آمده با بررسی هستینگ و بک (۲۰۰۸) به میزان زیادی تعارض دارد. آنها نشان داده اند که استفاده از شیوه‌های روانشناختی بیشترین تأثیر را بر والدین کودکان با نقص ذهنی داشته است. در این زمینه می‌توان گفت که عوامل خاص فرهنگی در جامعه ایران و نیز وجود دغدغه‌های مالی و خدماتی عامل تعیین کننده تری در این زمینه است. در جامعه ما اثر بخش بودن این برنامه‌ها وابسته به عوامل دیگری نیز می‌باشد که عدم توجه به آنها برنامه‌های مداخله ای را با مشکل مواجه می‌سازد.

با توجه به اینکه عامل مداخلات روانشناختی تنها کمتر از نیمی از سلامت روان خانواده کودکان با نقص ذهنی در جامعه ما را تأمین می‌کند پس باید به عوامل تأثیرگذار دیگری توجه کرد. در اینجا می‌توان به دو دسته دیگر از مداخلات-خدمات حمایتی و مدل‌های حمایت دوستان و اطرافیان- که مورد استفاده برای این خانواده‌ها است، پرداخت. آشومپ و نیدهی<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) بیان می‌کنند تا زمانی که خانواده نگاهی مثبت نسبت به رویداد مشکل آفرین نداشته باشد نمی‌توان از ابزار و وسایل موجود به طرز مناسبی استفاده کرد. همچنین بیان می‌دارند که چگونه است یک خانواده با وجود فرزند معلول سازگاری خود را از دست نمی‌دهند و در عین حال از موقعیت خود نیز به شکل مناسبی استفاده می‌کند. پس هدف پرداختن به این درک مثبت و کشف راه‌هایی که سبب کسب این نگاه مثبت می‌گردند. لویید و هستینگ<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) بیان می‌کنند که بین پذیرش منفی فرزند و استرس، افسردگی و

---

1. Sanders & et al.  
2. Ashomp & Nidhi  
3. Lloyd & Hastings

اضطراب مادران رابطه قوی وجود دارد و مادرانی که فرزند خود را به صورت کلی پذیرفته بودند مشکلات روانی کمتری را تجربه کرده بودند.

هوداپ و زیگلر<sup>۱</sup> (۱۹۹۳) بیان می‌کنند که ما باید از خانواده های دارای فرزندان معلول نیز حمایت کنیم تا این خانواده‌ها خود نیز معلول نگردند. آنها تأکید می‌کنند زمانی که از این خانواده‌ها حمایت می‌شود میزان استرس آنها نیز کاهش پیدا می‌کند. در این بررسی نشان می‌دهد که بیشترین حمایت می‌تواند از جانب همسر باشد. مودجیل و همکاران (۱۹۸۵) تأکید می‌کنند والدینی که بیشترین حمایت اجتماعی و عاطفی را از همسر، اعضای خانواده، والدین، وابستگان و دوستان کسب می‌کنند کمترین میزان استرس و مشکل را تجربه می‌کنند.

عابدی و مولایی (۲۰۱۰) بیان می‌کنند که استفاده از فیلم‌ها می‌تواند در کاهش افسردگی و بهبود کیفیت سلامت افراد مؤثر باشد. دیدن فیلم می‌تواند در ایجاد یک نگاه مثبت نسبت به فرزند ناتوان مؤثر باشد. مشاهده یک الگوی موفق مشخص مانند آن این پیام مثبت را درونی را به مادران می‌رساند که می‌توانند نقش مثبت و مادرانه ای را بازی کنند، به فرزندانشان دلبستگی بیشتری داشته باشند و محدودیت نقششان را کمتر کنند و احساس عزت نفس را در والدین احیا کند. این روش می‌تواند سطح انگیزه، شناخت و رفتار آنها را تغییر دهد.

یکی دیگر از درگیریهای عمده خانواده کودکان با نقص ذهنی نگرانی آنها نسبت به آینده کودک با توجه به وابستگی کامل کودک به والدین به این علت است که آنان نمی‌توانند در نبود یا دوران کهولتشان چه کسی و به چه نحوی از کودک کم توان ذهنی آنها مراقبت می‌کند، او چگونه تأمین می‌شود و بالاخره چه آینده ای در انتظار او می‌باشد. بنابراین با اجرای طرح توان بخشی مبتنی بر جامعه و آموزش به معلولان ذهنی تا حدی می‌توان مشکلات آنها را کاهش داده و امکان رشد آنها را در جهت خودگردانی بیشتر و

1. Hodapp & Zigler

کسب مهارت‌های زیستی فراهم کرد. رسیدن به این خود کفایی موجب کاهش تنشهای ناشی از نگرانی نسبت به آینده کودک می‌شود (یزدانی و همکاران، ۱۳۷۹). از دیگر مشکلات هزینه‌های مالی است که این خانواده‌ها تحمل می‌کنند. هزینه‌های مداوم اغلب خانواده را از نظر مالی فرسوده، تنش را مضاعف و منابع سازگاری را کاهش می‌دهد، که با در نظر گرفتن امکانات ویژه لازم برای این کودکان و حمایت مالی خانواده آنها، تا حدی می‌توان از مشکلات خانواده‌ها کاست (باوسر، ۲۰۰۰).

با توجه به نتایج حاصل از این بررسی می‌توان گفت که مداخلات روانشناختی می‌تواند به عنوان یک مداخله در کنار سایر منابع حمایتی مورد استفاده گردد. می‌توان نتیجه گرفت، که در صورتی یک مداخله مناسب و مؤثر است، که مجموعه‌ای از منابع حمایتی در کنار یکدیگر برای این خانواده‌ها به کار برده شود. این منابع حمایتی به صورت مجموعه‌ای از حمایت‌های اجتماعی، دولتی، مشاوره‌ای، فرهنگی، مالی و آموزشی را شامل می‌گردد. اما در این زمینه می‌بایست به شرایط خانوادگی و منابع در دسترس نیز توجه کرد زیرا این منابع و موانع یکی از ارزشمندترین ابزارهایی است که در دست مداخله گر می‌باشد.

از محدودیتهای پژوهش می‌توان به میزان کم مقالات و پایان نامه‌های که در داخل کشور در این زمینه صورت گرفته و نیز کمبود منابعی که به صورت واحد به این مسأله پرداخته اند اشاره کرد، بنابر این باید در تعمیم و استفاده گسترده این نتایج احتیاط کرد. از طرفی با توجه به نتایج پیشنهاد می‌شود که تأثیر مداخلات روانشناختی بر سایر گروههای کودکان استثنایی نیز مورد بررسی قرار گیرد. و بین پژوهش‌های داخلی و خارجی در این زمینه مقایسه‌ای نیز صورت گیرد. همچنین میزان تأثیر سایر روش‌های به کار برده شده مورد بررسی قرار گیرد تا بتوان یک آگاهی کلی از ابزارها و روش‌هایی که می‌توان از آنها در کمک به این خانواده‌ها بهره جست، به دست آورد.

## منابع

- آرمان، س؛ فیروزکوهی مقدم، م. (۱۳۸۳). تأثیر مداخلات روانشناختی بر مشکلات خواهر برادران کودکان عقب مانده ذهنی. دانشکده علوم پزشکی تهران، ۳۲، ۳-۳۵.
- احدی، ف. (۱۳۸۴). تأثیر آموزش خانواده و مشاوره بر کاهش فشار روانی والدین کم توان ذهنی. *مجله تعلیم آموزش پذیر دختر. دانش و پژوهش*، ۶، ۸۳-۹۲.
- ترابی، م. (۱۳۸۴). بررسی و مقایسه اثر بخشی دو تکنیک تنش زدایی و رفتار درمانی شناختی در کاهش اضطراب مادران کودکان کم توان ذهنی شهر تهران. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۶، ۴۲-۴۳.
- دینی ترکی، ن؛ بهرامی، ه؛ داورمنش، ع؛ بیگلریان، ا. (۱۳۸۵). رابطه فشار روانی با رضامندی زناشویی در والدین کودکان عقب مانده ذهنی. *دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی. مجله پژوهشی و توان بخشی*، ۷، ۴-۲۷.
- سالاری، م؛ کاشانی نیا، ز؛ دواچی، ا؛ بابایی، غ. (۱۳۸۰). میزان تأثیر آموزش به شیوه‌های مقابله‌ای بر مادران دارای کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر، *ارمغان دانش*، ۶، ۳۲.
- سیف‌نراقی، م؛ نادری، ع. (۱۳۷۹). روانشناسی کودکان عقب مانده ذهنی و روشهای آموزش آنها. تهران: انتشارات سمت.
- شریفی‌درآمدی، پ. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی آموزش هوش عاطفی بر سلامت روان عمومی مادران فرزندان کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر ۱۱ تا ۱۵ سال. *فصلنامه خانواده پژوهشی*، ۱۶(۴)، ۲۳-۴۳۹.
- شقاقی، ف؛ کاکوجویباری، ع؛ سلامی، ف. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش خانواده بر سلامت روان والدین دارای کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر. *مجله علوم رفتاری*، ۲(۴)، ۶۹-۵۷.
- شکوهی‌یکتا، م؛ زمانی، ن. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر ارتباط مادران با کودکان کم توان ذهنی و دیرآموز. *فصلنامه خانواده پژوهی*، ۱۵(۴)، ۲۳۱-۲۴۶.



عابدی، ا. (۱۳۸۳). بررسی فراتحلیل عوامل موثر بر افزایش کاربست یافته‌های پژوهشی، کاربرد آن در آموزش و پرورش استان اصفهان. طرح تحقیقاتی شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان.

علاقه‌بند، م؛ آقاییوسفی، ع؛ کمالی، م؛ دهستانی، م؛ حقیرالسادات، ب؛ نظری، ط؛ شیخها، م. (۱۳۹۰). تأثیر مقابله درمانگری بر سلامت عمومی مادران دارای فرزندان عقب مانده ذهنی ژنتیکی و غیر ژنتیکی. پژوهش در پزشکی ۱ (۱۹)، ۱۰۴-۱۱۳.

کوپر، کاری ال. (۱۳۷۳). فشار روانی: راههای شناخت و مقابله. ترجمه مهدی قراچه‌داغی و ناهید شریعت‌زاده. تهران: انتشارات رشد.

ملک پور، م؛ فراهانی، ح؛ آقایی، ا؛ بهرامی، ع. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش فشار روانی مادران کودکان عقب مانده ذهنی وعادی. پژوهش در زمینه کودکان استثنایی، ۲(۶)، ۶۶۱-۶۷۶.

ملک‌پور، م؛ پیام، ا. (۱۳۷۹). بررسی تأثیر آموزش والدین بر رفتار اجتماعی دانش آموزان عقب مانده ذهنی. تعلیم و تربیت استثنایی، ۴۴، ۱۶-۱۸.

یزدانی، م؛ همتی، م؛ ولی‌زاده، س؛ حمیدی، ا. (۱۳۷۹). بررسی مقایسه ای عوامل تنش زا و راههای سازگاری در والدین کودکان عقب مانده ذهنی. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۸، ۷ (۲)، ۷۴-۶۵.

Abedin, A., Molaie, A. (2010). The effectiveness of group movie therapy (GMT) on parental stress reduction in mothers of children with mild mental retardation in Tehran. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 988–993.

Ashum, G., Nidhi, S. (2004). Positive perceptions in parents children with disabilities. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 1, 15.

Bauser, B. B., Hill, S. S. (2000). *Mental health nursing: An introductory text*. W. B. Saunders co, 6, 85-86.

Beresford, B. (1994). Resources and strategies. How parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 171-209.

Fishman, L., Wolf, D. (1997). *Family lifestyle*. London: Sage Publication.

Gammon, E. A., Rose, S. D. (1991). The coping skills training program for parents of children with developmental disabilities: an experimental evaluation. *Research on Social Work Practice*, 1, 244–256.

- Greaves, D. (1997). The effect of rational-emotive parent education on the stress of mothers of young children with down syndrome. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 15, 249–267.
- Gupta, A., Singhl, N. (2004). Positive perceptions in parents of children with disability. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 15 (1), 22-34
- Hastings, R., P, Beck, A. (2004). Practitioner review: stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1338–49.
- Hemphill, S. A., Littlefield, L. (2001). Evaluation of a short-term group therapy program for children with behavior problems and their parents. *Behavior Research and Therapy*, 39, 823- 841.
- Hendriks, A. H. C., DeMoor, J. M. H., Oud, J. H. L., Savelberg, M. H.W. (2001). "Perceived changes in well-being of parents with a child in a therapeutic toddler class". *Research in Developmental Disabilities*, 21, 455-468.
- Hodapp, R. M., Zigler, E. (1993). Commentaries on Brenham and Cohen. *Mental Retardation*, 2,12-15.
- Kraemer, B. R., & Blacher, J. (2001). Transition for young adults with severe 7mental retardation: School preparation, parent expectations, and family involvement. *Mental Retardation*, 39, 423–435.
- Moudgil, A. C., Kumar, H., Sharma, S. (1985). Buffering effect of social emotional support on parents of mentally retarded children. *Indian Journal of Clinical Psychology*,3,44-49.
- Sanders, M. R., Pidgeon, A. M., Gravestock, F., Connors, M. D., Brown, S., & Young, R. W. (2004). Does parental attribution retraining and anger management enhance the effects of the Triple P- positive parenting program with parents at risk of child maltreatment? *Behavior Therapy*, 35, 513-535.
- Richaard, P., Hasting beck, A. (2008). Stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28.59-68.
- Lloyd, R., Hastings P. (2008). Psychological variables as correlates of adjustment in mothers of children with intellectual disabilities: Cross-sectional and longitudinal relationships. *Journal of Intellectual Disability Research*:3, 37–48.
- Witter, D. D., Dianne, S. (2003). *Parent reactions to having a child with disabilities*. U.S.A: Education Publisher.