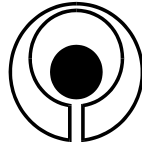


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
گروه مشاوره

پایان نامه کارشناسی ارشد
رشته مشاوره توانبخشی

عنوان:

اثربخشی گشتالت درمانی گروهی بر کاهش خشم و افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی

پژوهشگر:

محمد داودی

استاد راهنما:

دکتر سید جلال یونسی

استاد مشاور:

دکتر اصغر دادخواه

استاد مشاور آمار:

دکتر بهروز دولتشاهی

شماره ثبت: ۲۳۶-۳۰۰۰

اسفند ۱۳۹۲

گذشته‌گرا، غصه‌ی قصه‌ی گذشته را می‌خورد
و آینده‌گرا در حسرت روزهای نیامده است
هیچ وقت فراموش نکنیم، اولین کسی که باید
دوستش داشته باشیم خودمان هستیم

تقدیم به جامعه‌ی کم‌توانی ذهنی کشور



دانشگاه علوم پزشکی گوان

دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی
تأییدیه اعضای هیات داوران

محمد داودی

دانشجوی رشته مشاوره مقطع کارشناسی ارشد به شماره دانشجویی ۹۰۱۹۰۳۰۰۳ از پایان نامه خود تحت عنوان: "اثر بخشی گشتالت درمانی گروهی بر کاهش خشم و افسردگی در مادران کودکان کم توان ذهنی" در تاریخ ۹۲/۱۲/۲۴ در حضور هیات داوران دفاع نموده و بر اساس مصوبات شورای تحصیلات تکمیلی نمره ۱۸٫۵ (حجیره رنج) با امتیاز عالی به ایشان تعلق گرفت.

هیات داوران

استاد راهنما: دکتر سید جلال یونسی

استاد مشاور: دکتر اصغر دادخواه

استاد مشاور آمار: دکتر بهروز دولتشاهی

اساتید داور:

دکتر سیامک طهماسبی

دکتر منوچهر ازخوش

کارشناس تحصیلات تکمیلی: معصومه چای خولی



تعهد نامه چاپ مطالب و مقالات مستخرج از پایان نامه / رساله دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

با عنایت به اینکه هر گونه مقاله استخراج شده از پایان نامه یا رساله و/ یا چاپ و انتشار بخشی یا تمام مطالب آن مبین قسمتی از فعالیتهای علمی- پژوهشی دانشگاه می باشد، بنابراین اینجانب **محمد داودی** دانش آموخته رشته مشاوره متعهد می شوم که موارد ذیل را کاملاً رعایت نمایم:

۱. در صورت اقدام به چاپ هر مقاله ای از مطالب پایان نامه/رساله، خود را بعنوان دانش آموخته دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و مقاله را برگرفته از پایان نامه دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی معرفی نموده و از درج نام و آدرس دیگر خودداری کنم.

۲. در صورت اقدام به چاپ بخشی از /یا تمام پایان نامه یا رساله خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به اطلاع "انتشارات" و "دفتر تحصیلات تکمیلی" دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برسانم.

۳. در صورت اقدام به چاپ هر گونه متن علمی اعم از مقاله، کتاب، پمفلت و ... مستخرج از تمام یا بخشی از پایان نامه/ رساله خود، حتماً اسامی کلیه افرادی را که در انجام آن به صورت راهنما، مشاور، مشاور آمار و افتخاری بطور رسمی همکاری داشته اند، ذکر می کنم.

۴. در صورت اقدام به چاپ پایان نامه یا رساله در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه) عبارت ذیل را درج نمایم:

" کتاب حاضر حاصل پایان نامه/رساله کارشناسی ارشد محمد داودی رشته مشاوره می باشد که در سال ۱۳۹۲ در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به راهنمایی دکتر سید جلال یونسی و مشاوره دکتر اصغر دادخواه انجام و در سال ۱۳۹۲ از آن دفاع شده است."

۵. به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اهداء نمایم. (دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد).

۶. در صورت عدم رعایت بند ۵، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تادیه می کنم.

۷. قبول می کنم که در صورت خودداری از پرداخت بهای خسارت، یا عدم رعایت هر یک از مواد این تعهدنامه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی می تواند مورد را از طریق دفتر حقوقی دانشگاه مطالبه و پیگیری قانونی نماید.

اینجانب محمد داودی دانشجوی رشته مشاوره مقطع کارشناسی ارشد کلیه مفاد تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را بدون قید و شرط قبول می نمایم، و به انجام آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی
امضاء و تاریخ

محمد داودی

چکیده

مقدمه: تولد و حضور کودک با کم‌توانی ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود که احتمالاً تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و نومیدی را به دنبال خواهد داشت. در چنین موقعیتی گرچه همه اعضای خانواده و کارکرد آن، آسیب می‌بیند اما مادران به علت داشتن نقش سنتی "مراقب"، مسئولیت‌های بیشتری در قبال فرزند کم‌توان خود به عهده می‌گیرند که در نتیجه، با مشکلات روانی بیشتری از جمله خشم و افسردگی مواجه می‌شوند.

از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر گروه‌درمانی گشتالتی بر کاهش خشم و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام شده است.

روش و ابزار: جامعه آماری پژوهش، کلیه مادران کودکان کم‌توان ذهنی مراجعه‌کننده به سازمان بهزیستی و مدرسه‌ی کودکان کم‌توان ذهنی شهرستان دهگلان بودند. نمونه‌گیری این پژوهش هدفمند، و بر مبنای داوطلب بودن آزمودنی‌ها بوده است. ۳۰ آزمودنی، بر مبنای داوطلب‌بودن‌شان در دو گروه شاهد و مداخله گمارش شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه خشم نواکو و افسردگی بک استفاده شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه مداخله در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروه‌درمانی گشتالتی شرکت کردند؛ اما گروه گواه در زمان اجرای مداخله، مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و دو ماه پس از پس‌آزمون، آزمون پی‌گیری از هر دو گروه گرفته شد.

یافته‌ها: از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر و t تفاضل به منظور آزمون اختلاف میانگین‌های گروه‌ها، استفاده شد. یافته‌ها، نشان‌دهنده تأیید شدن سوال پژوهشی خشم و رد سوال پژوهشی افسردگی پژوهش است (خشم: $p < 0.001$)، (افسردگی: $p > 0.05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که شیوه‌ی مداخله‌ی مورد استفاده بر کاهش خشم مادران کودکان کم‌توان ذهنی موثر و معنی‌دار بوده و این تأثیرگذاری در مورد افسردگی هم وجود داشته اما در مرحله‌ی پیگیری تأثیرگذاری معنی‌دار نبود.

کلیدواژگان: درمان گشتالتی، مادران کودکان کم‌توان ذهنی، خشم، افسردگی.

فهرست مطالب ۱

فصل اول: کلیات پژوهش

- ۱-۱- مقدمه..... ۲
- ۲-۱- بیان مساله..... ۳
- ۳-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش..... ۶
- ۴-۱- تعریف مفاهیم و واژگان..... ۸
 - ۱-۴-۱- گروه‌درمانی گشتالتی..... ۹
 - ۱-۴-۱-۱- تعریف نظری:..... ۹
 - ۱-۴-۱-۲- تعریف عملیاتی:..... ۹
 - ۱-۴-۱-۳- خشم..... ۹
 - ۱-۴-۱-۴- تعریف نظری:..... ۹
 - ۱-۴-۱-۵- تعریف عملیاتی:..... ۱۰
 - ۳-۴-۱- افسردگی..... ۱۰
 - ۱-۳-۴-۱- تعریف نظری:..... ۱۰
 - ۲-۳-۴-۱- تعریف عملیاتی:..... ۱۰
- ۵-۱- اهداف پژوهش..... ۱۰
 - ۳-۵-۱- اهداف کاربردی..... ۱۰
- ۶-۱- سوال‌های پژوهش..... ۱۱

فصل دوم: پیشینه‌ی تحقیق

- ۱۲-۱-۲- مقدمه..... ۱۲
- ۱۳-۱-۱-۲- سیر تاریخی تغییر اصطلاحات و تعاریف عقب‌ماندگی ذهنی ۱۳
- ۱۸-۲-۱-۲- طبقه‌بندی عقب‌ماندگی ذهنی ۱۸
- ۱۹-۱-۲-۱- الف) طبقه‌بندی بر اساس دیدگاه انجمن روانپزشکی آمریکا..... ۱۹
- ۱۹-۲-۱-۲- ب) طبقه‌بندی بر اساس دیدگاه سازمان بهداشت جهانی ۱۹
- ۲۰-۱-۲-۳- ج) طبقه‌بندی بر اساس انجمن عقب‌مانده ذهنی آمریکا..... ۲۰
- ۲۰-۱-۲-۴- د) طبقه‌بندی عقب‌ماندگی ذهنی از دیدگاه متخصصان آموزش و پرورش ۲۰
- ۲۱-۱-۲-۳- سبب‌شناسی و انواع عقب‌ماندگی ذهنی ۲۱
- ۲۲-۲-۲- مادران کودکان کم‌توان ذهنی ۲۲
- ۲۵-۳-۲- خشم ۲۵
- ۲۷-۱-۳-۲- دیدگاه‌های جدید در مورد خشم ۲۷
- ۲۷-۴-۱-۲- نظریه تکامل ۲۷
- ۲۷-۲-۳-۲- نظریه فروید ۲۷
- ۲۸-۳-۳-۲- نظریه سائق ۲۸
- ۲۹-۴-۳-۲- نظریه یادگیری اجتماعی و خشم ۲۹
- ۳۰-۵-۳-۲- دیدگاه آلبرت ایس در مورد خشم ۳۰
- ۳۱-۶-۳-۲- دیدگاه بک در مورد خشم ۳۱
- ۳۲-۴-۲- افسردگی ۳۲
- ۳۵-۱-۴-۲- علایم افسردگی ۳۵

- ۳۷..... نظریه‌های افسردگی ۲-۴-۲
- ۳۷..... نظریه‌ی زیستی ۳-۴-۲
- ۴۳..... نظریه‌ی روانکاوی ۴-۴-۲
- ۴۵..... نظریه‌ی بین فردی ۵-۴-۲
- ۴۸..... نظریه‌های شناختی ۶-۴-۲
- ۴۹..... نظریه‌ی بک ۷-۴-۲
- ۵۲..... گشتالت درمانی ۸-۴-۲
- ۵۳..... معرفی گشتالت درمانی ۵-۲
- ۵۴..... علل اضطراب ۱-۵-۲
- ۵۵..... ماهیت درمان گشتالتی ۲-۵-۲
- ۵۶..... آغاز درمان ۳-۵-۲
- ۵۷..... موضوع اصلی درمان گشتالتی ۴-۵-۲
- ۵۸..... جایگاه تکنیک‌ها در درمان ۵-۵-۲
- ۵۸..... ویژگی‌های درمانگر گشتالتی ۶-۵-۲
- ۶۰..... اهداف عمده‌ی گشتالت‌درمانی ۷-۵-۲
- ۶۰..... مشاوره گروهی: ۸-۵-۲
- ۶۱..... قواعد اساسی در گروه گشتالت درمانی ۹-۵-۲
- ۶۲..... فنون گشتالت درمانی ۱۰-۵-۲
- ۶۸..... پیشینه پژوهش ۶-۲
- ۶۸..... پژوهش‌های انجام شده در ایران ۱-۶-۲

۶۸..... ۲-۶-۱-۱-خشم

۶۹..... ۲-۶-۱-۲-افسردگی

۷۰..... ۲-۶-۱-۳-گروه‌درمانی گشتالتی

۷۱..... ۲-۶-۲-پژوهش‌های انجام شده در خارج از کشور

۷۱..... ۲-۶-۱-۲-خشم

۷۱..... ۲-۶-۲-۲-افسردگی

۷۲..... ۲-۶-۲-۳-گروه‌درمانی گشتالتی

فصل سوم: روش پژوهش

۷۵..... ۳-۱-طرح پژوهش

۷۶..... ۳-۲-جامعه آماری

۷۶..... ۳-۳-نمونه و روش نمونه‌گیری

۷۷..... ۳-۳-۲. روش نمونه‌گیری

۷۷..... ۳-۴-ملاکهای ورود

۷۷..... ۳-۵-ملاکهای خروج

۷۸..... ۳-۶-ملاحظات اخلاقی

۷۸..... ۳-۷-ابزارهای پژوهش

۷۸..... ۳-۷-۱-پرسشنامه خشم نواکو:

۷۹..... ۳-۷-۲-پرسشنامه افسردگی بک

۷۹..... ۳-۸-شیوه اجرای پژوهش

۸۱..... ۳-۹-روش جمع‌آوری داده‌ها

۳-۱۰- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها ۸۲

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها

۴-۱- داده‌های توصیفی ۸۴

۴-۲- داده‌های استنباطی ۸۵

۴-۲-۱- پیشفرض نرمال بودن گروه‌ها ۸۵

۴-۲-۲- سوال اختصاصی ۱: آیا گشتالت‌درمانی گروهی خشم مادران کودکان کم‌توان ذهنی را کاهش می‌دهد؟ ۸۶

۴-۲-۳- سوال اختصاصی ۲: آیا گشتالت‌درمانی گروهی افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی را کاهش می‌

دهد؟ ۸۸

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۵-۱- بحث و نتیجه‌گیری ۹۰

۵-۱- مقدمه ۹۰

۵-۲- بحث و بررسی یافته‌ها ۹۰

۵-۲-۲- سوال اختصاصی ۱: آیا مداخله "گشتالت‌درمانی گروهی" خشم مادران کودکان کم‌توان ذهنی را کاهش

می‌دهد؟ ۹۰

۵-۲-۳- سوال اختصاصی ۲: آیا مداخله "گشتالت‌درمانی گروهی" افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی را

کاهش می‌دهد؟ ۹۳

۵-۳- نتیجه‌گیری ۹۷

۵-۴- محدودیت‌ها ۹۸

۵-۵- پیشنهادها ۹۸

۵-۵-۱- پیشنهاد کاربردی ۹۸

۵-۵-۲- پیشنهاد پژوهشی ۹۹

منابع و مأخذ..... ۱۰۰

پیوست ۱: طرح جلسه‌های درمانی ۱۱۰

پیوست ۲: پرسشنامهٔ خشم نواکو و پرسشنامه افسردگی بک ۱۱۵

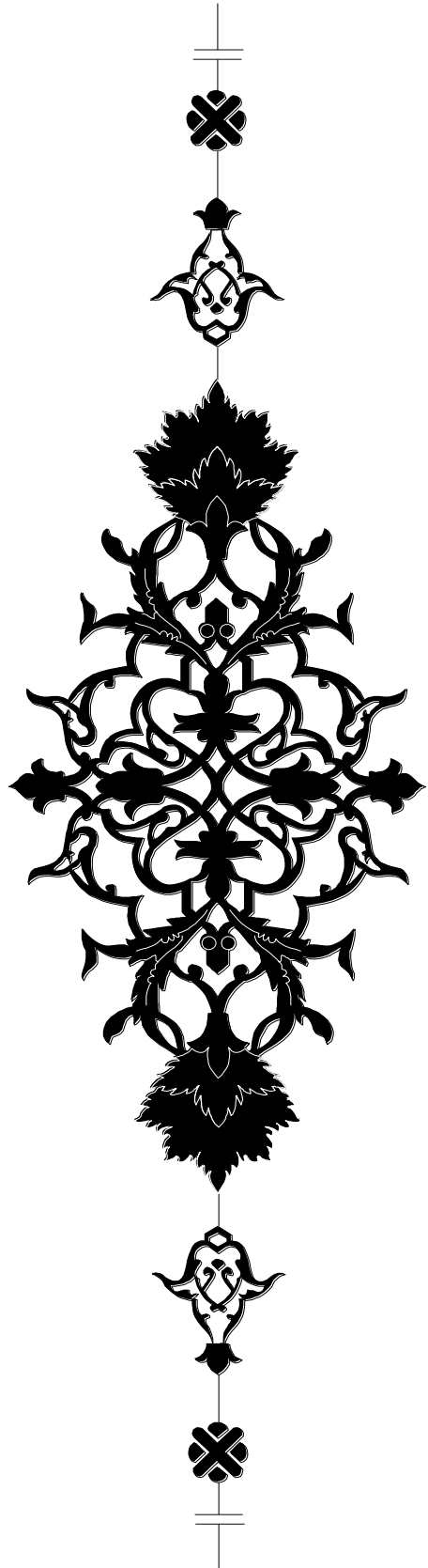
قدردانی ۱۲۰

چکیده انگلیسی

فهرست جدول‌ها

- جدول ۴-۱: شاخص‌های توصیفی متغیر سن آزمودنی‌ها ۸۴
- جدول ۴-۲: شاخص‌های توصیفی نمره خشم و افسردگی دو گروه مداخله و شاهد در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری... ۸۵
- جدول ۴-۳: آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای نمره خشم در دو گروه مداخله و شاهد..... ۸۶
- جدول ۴-۴: آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای نمره افسردگی در دو گروه مداخله و شاهد ۸۶
- جدول ۴-۵: نتیجه آزمون اندازه‌های مکرر برای نمره خشم ۸۷
- جدول ۴-۶: نتایج تحلیل آماری t تفاضل در نمرات خشم ۸۷
- جدول ۴-۷: نتیجه آزمون اندازه‌های مکرر برای نمره افسردگی ۸۸
- جدول ۴-۸: نتایج تحلیل آماری t تفاضل برای نمره افسردگی ۸۸

فصل اول: کلیات پژوهش



۱-۱- مقدمه

مطالعات آماری در آمریکا نشان می‌دهد هوش افراد کم‌توان ذهنی دو یا بیشتر از دو انحراف معیار زیر میانگین است، که این افراد تقریباً ۳ درصد از جمعیت این کشور را تشکیل می‌دهند (موریس^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). با توجه به آمار اعلام شده از سوی معاونت توانبخشی سازمان بهزیستی ایران در سال ۱۳۸۵، در کشور حدود ۲ میلیون و هشت هزار معلول وجود داشته که از این تعداد ۲۸۷۹۵ نفر معلول ذهنی هستند (آمار رسمی کشور نقل از اکبر زاده و همکاران، ۱۳۸۴).

علیرغم پیشرفت فناوری و تلاش‌های اصولی در جهت کاهش میزان تولد این قبیل کودکان، متأسفانه با تعداد قابل توجهی از آنان مواجه هستیم. این کودکان از بدو تولد و در خلال رشد و تحول تا زمان مرگ نیازمند مراقبت‌های ویژه از جانب خانواده و نهادهای ذیربط در جامعه هستند (حسینی و همکاران، ۲۰۰۳). بنابراین، تعداد قابل توجهی از خانواده‌ها در جامعه‌ی ایرانی، از اثرات ناخوشایند داشتن یک کودک معلول، همچنین از بار مراقبتی بسیار زیاد و فشارهای روانی، اجتماعی و مالی ناشی از داشتن چنین کودکی رنج می‌برند که این عوامل می‌توانند تأثیرات نامطلوبی را بر ساختار و عملکرد خانواده داشته و باعث شود که پدر و مادر تحت تنش‌های جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی قرار گیرند تا حدی که روند طبیعی زندگی خود را از دست داده و منجر به فروپاشی خانواده شود (امرسون^۲، ۲۰۰۳).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی، در مقایسه با مادران کودکان عادی، سطح سلامت عمومی پایین‌تر و اضطراب بیشتر (دوماس^۳ و همکاران، ۱۹۹۱)، احساس شرم و خجالت بیشتر (احمدپناه، ۱۳۸۰) و سطح بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری (آیزنهاور و همکاران، ۲۰۰۵) دارند شواهد پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهند حوادث نامطبوع زندگی بهزیستی روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار می‌دهند و می‌تواند مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب و خشم، ایجاد کنند (سگسترورم^۴ و

۱. Morris
۲. Emerson
۳. Dumas
۴. Segerstrom

میلر^۵، ۲۰۰۴). بر این اساس داشتن فرزند کم‌توان ذهنی که ماهیتی تقریباً ثابت و تنش‌زا دارد (مانند بیکر^۶ و بلاچر^۷ و اولسون^۸، ۲۰۰۵؛ خمیس^۹، ۲۰۰۷) می‌تواند با ایجاد تنیدگی به کاهش بهزیستی روان‌شناختی بینجامد.

فشار روانی وارد بر این خانواده‌ها مخصوصاً مادران به دلیل استمرار، علاوه بر سلامت جسمی و روانی آن‌ها، سلامت و آسایش همسران، فرزندان سالم و نیز فرزند کم‌توان آنها و در سطحی وسیع‌تر سلامت و بهداشت روان کل جامعه را تحت تاثیر قرار می‌دهد (ملک پور و همکاران، ۲۰۰۶).

۱-۲- بیان مساله

کم‌توانی ذهنی یک وضعیت و حالت خاص ذهنی است که در اثر شرایط مختلف قبل از تولد و یا پس از تولد کودک پدید می‌آید حضور کودک کم‌توان ذهنی در هر خانواده ساختار آن خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهد و سلامت روانی خانواده به خصوص والدین را تحت الشعاع قرار می‌دهد، کودک بر اثر تعارض‌های شدید میان اعضای خانواده، کل خانواده را درگیر بحران می‌کند. مراقبت مداوم از کودک عقب مانده ذهنی اغلب برای والدین استرس‌زا می‌باشد زیرا این دشواری‌های کودکان به طور اجتناب‌ناپذیری بر زندگی آن‌ها اثر می‌گذارد (کرنیک و همکاران، ۱۹۸۳). تحقیقات نشان داده است که والدین کودکان کم‌توان ذهنی عموماً در خطر مشکلات زندگی خانوادگی و دشواری‌های عاطفی قرار دارند (بکمن، ۱۹۹۱).

بررسی آمار و اطلاعات نشان می‌دهد که در چند دهه اخیر، خشم و پرخاشگری افزایش یافته است و شواهد تجربی زیادی آثار مخرب خشم را در روابط انسانی نشان داده‌اند (کوپ^{۱۰} و لندبرگ^{۱۱}، ۱۹۹۲؛ نولو^{۱۲}، شواسکی^{۱۳} و فرالکه^{۱۴}، ۱۹۹۲).

-
۵. Miller
 ۶. Baker
 ۷. Blacher
 ۸. Olsson
 ۹. Khamis
 ۱۰. Koop
 ۱۱. Lundberg
 ۱۲. Novello
 ۱۳. Shosky
 ۱۴. Froehlke

خشم هیجانی دوگانه است. در عین حالی که می‌تواند مفید باشد و ما را از خطرات محیط پیرامون مان آگاه سازد، می‌توان بسیار مخرب و نگران کننده باشد. تایلر و نوکو خشم را به مثابه مقاوم‌ترین و صعب‌العلاج‌ترین مشکلات بشر به حساب آورده‌اند (تایلر و نوکو، ۲۰۰۵) رافضی (۱۳۸۶) به نقل از نتیجه‌ی تحقیق پست (۲۰۰۲) می‌نویسد که خشم در زنان ممکن است حتی منجر به رفتارهای خود تخریبی شود از طرفی دیگر مشکلات جسمی چون دردهای عودکننده کمر، بیماری اتروسکلروز قلبی_عروقی، دیس ریتمی قلبی، افزایش فشار خون و چربی خون، کاهش توان و آمادگی و کاهش احساس خوب بودن افراد نیز با خشم همبستگی داشته‌اند.

به همین دلیل، این مسئله توجه متخصصان به ویژه روان‌شناسان را به خود جلب کرده است. تحقیقات نشان می‌دهند که خشم از جمله هیجان‌هایی است که والدین به طور معمول در فرایند تربیت فرزندان آن را تجربه می‌کنند (کلارک^{۱۵}، نوک^{۱۶}، دوپری^{۱۷}، ۲۰۰۲؛ جونز^{۱۸} و همکاران، ۱۹۹۲؛ سدلر^{۱۹} و هنسن^{۲۰}، و خشم کنترل نشده والدین نسبت به کودکان‌شان به شدت با بد رفتاری آنان با کودک (استرن^{۲۱} ۱۹۹۹؛ لم^{۲۲}، ۱۹۹۹) و تعارض‌های خانوادگی مرتبط است (کالا ماری^{۲۳} و پینی^{۲۴}، ۲۰۰۳) تروستر^{۲۵} (۲۰۰۱) اظهار می‌دارد که خشم به کودک، خشم به همسر و خشم ناشی از بدشانس بودن در مادران کودکان کم‌توان ذهنی امری شایع است.

در پژوهش‌های مختلف وجود واکنش‌های خشم آلود شدید در زنان به مثابه یک پیش‌بین مهم افسردگی شناخته شده است (پرلیز^{۲۶} و همکاران، ۲۰۰۴؛ مام من^{۲۷} و همکاران، ۱۹۹۹). تحقیقات نشان می‌دهد که وجود اختلال افسردگی یا حتی وجود تنها چند علامت از علائم افسردگی به کاهش معناداری در عملکرد

-
۱۵. Clark
 ۱۶. Novok
 ۱۷. Dupree
 ۱۸. Jones
 ۱۹. Sedlar
 ۲۰. Hansen
 ۲۱. Stern
 ۲۲. Lam
 ۲۳. Calamari
 ۲۴. Pini
 ۲۵. Trostre
 ۲۶. Perlis
 ۲۷. Mammen

اجتماعی و جسمی منتهی می‌گردد. افرادی که افسردگی غیر بالینی^{۲۸} دارند در مقایسه با این افراد فاقد این علائم کیفیت زندگی پایین‌تری را نشان می‌دهند (گولدن، فیشر، دالگراند و تیلور^{۲۹} ۲۰۰۴؛ نقل از طاهری، ۱۳۸۸) افراد به طور معناداری بیشتر دچار فشار و وظایف خانگی، تحریک‌پذیری اجتماعی، مشکلات مالی، کاهش عملکرد جسمی یا شغلی، کاهش فعالیت‌های روزانه، در بستر ماندن و وضعیت سلامتی ضعیف می‌شوند. حدود ۳۵ درصد مادران کودکان کم‌توان ذهنی نمرات بالایی در آزمون‌های افسردگی دریافت کرده‌اند و دارای علائم بالینی مربوط به افسردگی هستند (ویسون^{۳۰}، ۲۰۰۱). مادران علاوه بر تحمل مشکلات ناشی از مراقبت کودک کم‌توان ذهنی باید با مشکلات مربوط به هزینه‌های اقتصادی، کاهش روابط اجتماعی با آشنایان و بستگان، احساس گناه از به دنیا آوردن فرزندی مشکل‌دار و نگرش‌های منفی اطرافیان نیز کنار بیایند که این موارد می‌توانند افسردگی ناتوان کننده ایجاد کنند (سینگر^{۳۱}، ۲۰۰۶). که باعث ناکارآمدی تعامل مادر - کودک می‌شود و تحول کودک را نیز متأثر می‌سازد (پترسون^{۳۲} و آلبرز^{۳۳}، ۲۰۰۱).

مادران با توجه به ساختار شخصیتی خود بیشتر احساس مسئولیت و یا گاهی احساس گناه می‌کنند که این موضوع باعث کسب اطلاعات بیشتر در زمینه ناتوانی و معلولیت فرزند و حمایت افراطی از کودک معلول می‌شود. از طرفی چون مادران بیشتر وقت و انرژی خود را صرف کودک می‌کنند، بیشتر از پدران با همسایگان، اطرافیان و فامیل ارتباط داشته و در معرض توضیح دادن وضعیت کودک قرار می‌گیرند و بیشتر بر حسب مسایل هیجانی، روابط خانوادگی و خارج از خانواده واکنش نشان می‌دهند (حسینی و همکاران، ۲۰۰۳).

پژوهش‌ها بیانگر آن هستند که به کارگیری روش‌های گشتالت‌درمانگری در کاهش پرخاشگری و افسردگی موثر است (یوسفی و همکاران، ۱۳۸۸). گشتالت‌درمانگری از جمله روش‌هایی است که از دیر باز سهم بسزایی در کاهش رنج انسان‌ها داشته است، در درمان گشتالتی از روش‌های تمرین طرح بزرگ‌نمایی و

۲۸. subsyndromal

۲۹. Goldney, Fisher, Dal Grande, & Taylor

۳۰. vison

۳۱. Singer

۳۲. Petterson

۳۳. Albers

اغراق، طرح، مسئولیت می‌پذیرم، کار یا موضوع ناتمام، تکنیک صندلی خالی، تکنیک خیال بافی، تکنیک بیان افکار، تکنیک افزایش آگاهی، اظهارات و سؤالات آگاهی بخش، تخلیه هیجانی، گفتگو بین قطبیت‌ها و متمرکز بودن بر زمان حال استفاده می‌شود (شفیع آبادی، ۱۳۸۰).

با توجه به موارد فوق که شاهد بر اثر بخشی روش‌های گشتالت درمانی بر کاهش خشم و افسردگی می‌باشد و از طرفی تحقیقات نشان می‌دهد که مادران کودکان کم‌توان ذهنی دارای حالت‌های مربوط به خشم و افسردگی می‌باشند سوالی که مطرح می‌شود این است که از طریق گشتالت درمانی می‌توان خشم و افسردگی مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی را کاهش داد.

۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهش

حضور کودک کم‌توان ذهنی در خانواده فشار روانی زیادی بر والدین، مخصوصاً مادر وارد می‌کند و می‌تواند سلامت روان آنان را به مخاطره اندازد. بسیار حائز اهمیت است که والدین کودکان دارای نیازهای ویژه با نوع احساسات خود در برخورد با کودکان آشنا شوند. برای سازش با کودک خود نیاز دارند که احساس نسبتاً خوبی در مورد خود پیدا کنند. زندگی، ازدواج و کار والدین این گونه کودکان ایجاب می‌کند تا حدی رضایت‌مندی را احساس کنند، ممکن است با توجه به این واقعیت که کودک ناتوان دارند احساس غم و ناراحتی کنند، اما نیازی نیست که کل زندگی آنها را هاله‌ای از غم فرا گیرد (مفیدی، ۱۳۷۶).

خشم و افسردگی از هیجانات رایجی هستند که در مادران کودکان کم‌توان ذهنی وجود دارند (بیگنر، ۱۹۸۹). خشم ممکن است به صورت واکنش تکانشی منفی، در برابر یک موقعیت خاص در محیط، تجربه شود و در طول زمان یا در مقابل موقعیت به طور مزمن باقی بماند. تخریب اموال و مشکلات ارتباطی، دردهای جسمانی، نقص در مهارت‌های حل مسأله، افزایش خطر برای ابتلا به مشکلات مرتبط با سلامتی، رفتار پرخاشگرانه یا خشونت آمیز و سوء رفتار با کودکان و همسر، از جمله مشکلاتی می‌باشند که با مدیریت نامناسب خشم مرتبط است. رفتارهای همراه با خشم و پرخاشگری و عدم کنترل خشم در فضای خانواده علاوه بر این که رابطه والدین با فرزندان را مختل می‌کند باعث الگو برداری نامناسب کودکان از بزرگسالان