





دانشگاه الزهراء (س)
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه
جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد
رشته مشاوره و راهنمایی

عنوان :

مقایسه اثربخشی روش درمان شناختی - رفتاری و روش القای خلق
بر افزایش خلق مادران افسرده کودکان کم توان ذهنی

استاد راهنما :

جناب آقای دکتر حمید رضائیان

استاد مشاور :

سرکار خانم دکتر سیمین حسینیان

دانشجو :

میترا اثناعشری

اسفند ۱۳۹۱

کلیه دستاوردهای این تحقیق
متعلق به دانشگاه الزهراء (س) است.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

رَبَّنَا وَلَا تَحْمِلْ عَلَيْنَا إِصْرًا كَمَا حَمَلْتَهُ عَلَى الَّذِينَ مِن قَبْلِنَا رَبَّنَا وَلَا
تَحْمِلْنَا مَا لَا طَاقَتَ لَنَا بِهِ ۗ وَاعْفُ عَنَّا وَارْحَمْنَا أَنْتَ مَوْلَانَا

پروردگارا تکلیف گران و طاقت فرسا چنانچه بر پیشینیان نهادی بر ما نگذار .

بار پروردگارا تکلیفی فوق طاقت ما را بر دوش ما منه و بیمارز و ببخش گناه ما را

و بر ما رحمت فرما، تنها سلطان ماو یار و یاور ما تویی

(آیه ۲۸۶، سوره بقره)

تقدیم به:

همسر مهربانم؛

امیرا ثنا عشری که در طول ۱۰ سال زندگی مشترک، اولین و بزرگترین مشوق و پشتیبان من
برای ادامه تحصیل بوده است و از خدایم می‌خواهم فرصت و لیاقت جبران خوبی‌هایش را به من عطا کند.

عزیزم دست‌هایم آقدر بزرگ نیست که چرخ دنیا را به کامت بچرخانم
اما کسی هست که بر همه چیز توانا است. تو را با تمام خوبیها و مهربانیها به او می‌سپارم.

تقدیر و سپاس:

بدین وسیله از زحمات استاد ارجمند جناب آقای حمید رضائیان که سمت استاد راهنمایی این پژوهش را پذیرفته و با راهنمایی های ارزنده و به موقع، صبر و حوصله و کمک های بی دریغ خود موجب تدوین آن را فراهم کردند، تقدیر و تشکر می کنم. وجود ایشان برای من مایه دلگرمی و آرامش بود؛

از استاد کرامت‌دور سرکار خانم دکتر سیمین حسینیان که استاد مشاور من در تدوین این پژوهش و مشوق اینجانب در انتخاب موضوع آن و الگویی من به عنوان یک استاد مهربان و به معنای واقعی یک آموزگار بودند، تقدیر و تشکر می کنم. حضور ایشان، باعث افتخار من بود؛

از استاد محترم سرکار خانم دکتر مه سیمین شهریارمی که در طول تحصیل زحمات فراوانی را برای آموزش اینجانب متحمل شدند و با پذیرش داوری این پایان نامه آن را به حد اعلی رساندند، تشکر می کنم؛

با سپاس و تقدیر فراوان از همه مادران شرکت کننده، معلمان، مسئولان و مشاور و به ویژه از مدیر محترم مجتمع آموزشی شهید صیاد شیرازی منطقه چهار آموزش و پرورش:

سرکار خانم عفت سونقرمی که با بهکاری و کمک های خواهرازد و دلسوزانه خود شرایط انجام این پژوهش را با تحمل کمترین سختی برای اینجانب فراهم کرد.

چکیده

تحقیق حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو روش درمانی شناختی - رفتاری و القای خلق بر افزایش خلق مادران کودکان کم توان ذهنی انجام گرفته است. روش انجام این طرح پژوهشی نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه پژوهش را تمام مادران کودکان کم توان ذهنی مدرسه دخترانه شهید صیاد شیرازی منطقه ۴ آموزش و پرورش شهر تهران تشکیل دادند که ۳۶ نفر به عنوان نمونه به صورت نمونه هدفمند مورد نظر محقق انتخاب شدند و در ۳ گروه (۲ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل)، به صورت تصادفی جایگزین شدند. یک گروه آزمایشی تحت مداخلات شناختی رفتاری و گروه دیگر تحت درمان با روشهای القای خلق قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک، بسته آموزشی شناختی - رفتاری و بسته آموزشی القای خلق بود. گروه اول، ۸ جلسه آموزش روش های درمان شناختی رفتاری و گروه آزمایشی دوم ۵ جلسه آموزش روشهای القای خلق را گذراندند و گروه کنترل هیچ آموزشی ندیدند. برای بررسی فرضیه های اول و دوم از تحلیل کواریانس و برای ارزیابی فرضیه سوم از آزمون T دو گروه مستقل استفاده گردید. نتایج نشان داد که هر دو روش شناختی رفتاری و روش های القای خلق بر افزایش خلق مادران کودکان کم توان ذهنی مؤثرند اما در مقام مقایسه، روش های درمانی شناختی رفتاری بر روشهای القای خلق دارای کارآمدی بیشتری هستند.

واژگان کلیدی : روش درمان شناختی - رفتاری، روش القای خلق، افزایش خلق مادران کودکان کم توان ذهنی

صفحه	عنوان
۱	فصل اول - کلیات پژوهش
۲	۱-۱- مقدمه
۷	۲-۱- بیان مسئله
۹	۳-۱- ضرورت و اهمیت پژوهش
۱۱	۴-۱- هدف کلی پژوهش
۱۱	۵-۱- اهداف جزئی پژوهش
۱۱	۶-۱- فرضیه های پژوهش
۱۲	۷-۱- تعاریف مفهومی متغیرهای پژوهش
۱۲	۱-۷-۱- متغیرهای مستقل
۱۲	۱-۱-۷-۱- درمان شناختی - رفتاری
۱۲	۲-۱-۷-۱- شیوه القای خلق
۱۲	۲-۷-۱- متغیر وابسته
۱۳	۸-۱- تعاریف عملیاتی متغیرهای پژوهش
۱۳	۱-۸-۱- متغیرهای مستقل
۱۳	۱-۱-۸-۱- درمان رفتاری شناختی
۱۳	۲-۱-۸-۱- شیوه القای خلق
۱۳	۲-۸-۱- متغیر وابسته
۱۳	۱-۲-۸-۱- خلق
۱۴	فصل دوم - ادبیات و پیشینه پژوهش
۱۵	۱-۲- مقدمه
۱۵	۲-۲- بخش اول: اختلال افسردگی
۱۵	۱-۲-۲- خلق
۱۶	۲-۲-۲- افسردگی
۱۷	۳-۲-۲- علائم افسردگی

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۲۰	۴-۲-۲- عوامل افسردگی
۲۱	۵-۲-۲- نظریه های شناختی افسردگی
۲۲	۶-۲-۲- شیوع افسردگی
۲۳	۷-۲-۲- افسردگی مادر و تولد کودک کم توان ذهنی
۲۶	۸-۲-۲- روش های درمان افسردگی
۲۷	۹-۲-۲- شادکامی و افزایش خلق
۲۹	۳-۲- بخش دوم) درمان شناختی - رفتاری و روش های افزایش خلق
۲۹	۱-۳-۲- درمان های شناختی - رفتاری
۲۹	۱-۱-۳-۲- تاریخچه
۳۰	۲-۱-۳-۲- فرضیه های اساسی رویکرد شناختی - رفتاری
۳۱	۳-۱-۳-۲- گروه درمانی شناختی - رفتاری
۳۵	۲-۳-۲- روش القای خلق
۳۵	۱-۲-۳-۲- القای خلق
۳۶	۲-۲-۳-۲- انواع روش های القای خلق
۴۱	۳-۲-۳-۲- زیربنای نظری القای خلق
۴۳	۴-۲-۳-۲- رابطه خلق و فرایندهای شناختی
۵۱	۵-۲-۳-۲- روش های استفاده شده القای خلق در این پژوهش
۵۶	۴-۲- پیشینه پژوهش
۵۶	۱-۴-۲- بخش اول: افسردگی و ارتباط آن با داشتن کودک کم توان ذهنی
۵۸	۲-۴-۲- بخش دوم: روش درمان شناختی - درمانی و روش القای خلق
۵۸	۱-۲-۴-۲- روش درمان شناختی - رفتاری
۶۰	۲-۲-۴-۲- روش القای خلق
۶۴	۵-۲- جمع بندی و نتیجه گیری
۶۵	فصل سوم - روش شناسی پژوهش
۶۶	۱-۳- مقدمه

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۶۶	۲-۳- روش پژوهش
۶۷	۳-۳- جامعه آماری
۶۸	۴-۳- نمونه آماری و روش نمونه گیری
۶۸	۳-۴-۱- معیار ورود به مطالعه
۶۸	۳-۵- ابزار گردآوری اطلاعات
۷۰	۳-۶- روایی و پایایی ابزار پژوهش
۷۰	۳-۷- روش اجرای پژوهش
۷۲	۳-۷-۱- خلاصه ای از جلسات شناختی رفتاری
۷۵	۳-۷-۲- خلاصه ای از جلسات گروه القای خلق
۷۶	۳-۸- روش تجزیه و تحلیل داده ها
۷۷	فصل چهارم - تجزیه و تحلیل داده ها
۷۸	۴-۱- مقدمه
۷۸	۴-۲- ویژگی های جمعیت شناختی
۸۰	۴-۳- شاخص های توصیفی
۸۱	۴-۴- تجزیه و تحلیل فرضیه های پژوهش
۸۸	فصل پنجم - بحث و نتیجه گیری کلی
۸۹	۵-۱- مقدمه
۸۹	۵-۲- یافته های پژوهش
۹۳	۵-۳- محدودیت های پژوهش
۹۴	۵-۴- پیشنهاد های پژوهشی
۹۴	۵-۵- پیشنهادات کاربردی
۹۶	فهرست منابع
۱۰۹	پیوست ها

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۱۹	جدول شماره ۱-۲
۱۹	جدول شماره ۲-۲
۶۶	جدول شماره ۱-۳
۶۷	جدول شماره ۲-۳
۶۹	جدول شماره ۳-۳
۷۸	جدول شماره ۱-۴
۷۹	جدول شماره ۲-۴
۷۹	جدول شماره ۳-۴
۸۰	جدول شماره ۴-۴
۸۰	جدول شماره ۵-۴
۸۱	جدول شماره ۶-۴
۸۲	جدول شماره ۷-۴
۸۲	جدول شماره ۸-۴
۸۳	جدول شماره ۹-۴
۸۴	جدول شماره ۱۰-۴
۸۴	جدول شماره ۱۱-۴
۸۵	جدول شماره ۱۲-۴
۸۶	جدول شماره ۱۳-۴
۸۶	جدول شماره ۱۴-۴
۸۷	جدول شماره ۱۵-۴

فصل اول

کلیات پژوهش

کم توانی ذهنی^۱ یکی از عمده ترین و پیچیده ترین مسائل و مشکلات در کودکان و نوجوانان در جوامع بشری امروزی است که تا سن بزرگسالی باقی می ماند (لوکاسون^۲، ۲۰۰۱؛ نقل از زارعی منش، ۱۳۸۸). بنا بر بررسی ها و تحقیقات انجام شده کم توانی ذهنی یک اختلال شایع است که حدود ۱ تا ۳٪ جمعیت را در کشورهای مختلف جهان در بر می گیرد (کرمانشاهی، ۱۳۸۶) و بر اساس آخرین آمارهای جهانی شیوع آن ۳ درصد جمعیت ذکر شده است (سیم، ۲۰۰۲؛ نقل از کرمانشاهی، ۱۳۸۶). از مهمترین موضوعات مطرح شده در حیطه روانشناسی کودکان کم توان ذهنی، والدین و خانواده آنهاست (هالاها و کافمن^۳، ترجمه ماهر، ۱۳۷۲). نارسایی های هوشی در هر سطحی که باشد، شدید یا مرزی، تأثیرات نامطلوبی را بر ساختار و عملکرد خانواده داشته و باعث ایجاد تنش های جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی والدین می شود (امرسون^۴، ۲۰۰۳؛ نقل از زارعی منش، ۱۳۸۸). شواهد متعددی وجود دارد که نشان می دهد والدین کودکان کم توان ذهنی از مشکلات اقتصادی، اجتماعی و هیجانی - روانی بیشتری رنج می برند و از سلامت و بهزیستی پایین تری برخوردارند (هستینگز^۵، ۲۰۰۲؛ خمیس^۶، ۲۰۰۷؛ هرینگ و همکاران^۷، ۲۰۰۶؛ بروملی و همکاران^۸، ۲۰۰۴؛ مک کانکی و همکاران^۹، ۲۰۰۷؛ میکائیلی منیع، ۱۳۸۸) نتیجه تحقیق خمیس (۲۰۰۷) میزان استرس بالای والدین کودکان کم توان ذهنی را گزارش می کند. او معتقد است والدین بلندپرواز این کودکان بیشتر در معرض آسیب های روانی می باشند.

گرچه همه اعضای خانواده در این شرایط آسیب می بینند (هرینگ و همکاران، ۲۰۰۶) اما مادر به خاطر نقش خاصی که در بارداری و تولد، مراقبت و تربیت کودک دارد، فشارهای روانی و عاطفی مضاعفی را متحمل می شود (بیکر و هلر^{۱۰}، ۱۹۹۶؛ نقل از خیراللهی، ۱۳۹۰). طوری که این فشار عاطفی مضاعف علاوه بر تهدید کردن سلامت جسمی و روحی آنان، سلامت و آسایش همسران، فرزندان سالم و نیز فرزند ناتوانشان را و البته در سطحی وسیع تر سلامت و بهداشت روانی کل جامعه را متأثر خواهد کرد. (ملک پور و همکاران، ۱۳۸۵؛ لیت و نی^{۱۱}، ۱۹۹۳؛ نقل از آهنی، ۲۰۱۱).

¹- mentally retarded(intellectually disabled)

²-Luckasson

³- Hallahan & Kaffman

⁴- Emerson

⁵-Hastings

⁶- Khamis

⁷-Herring et al

⁸-Bromley et al

⁹-McConkey et al

¹⁰- Heler & Baker

¹¹- Litt & Nye

از مهمترین مسائل و مشکلاتی که مادران کودکان کم توان ذهنی با آن روبرو هستند، افسردگی و خلق پایین است (بلاچر^۱ و همکاران، ۱۹۹۷؛ دوماس^۲ و همکاران، ۱۹۹۱؛ نقل از عباسی، ۱۳۹۰). در مطالعه ای که توسط السون و هوانگ^۳ (۲۰۰۱) انجام گرفته است، میزان افسردگی در مادران کودکان در خود فرو مانده^۴ و معلول ذهنی بالاتر از والدین کودکان عادی گزارش شده است (نقل از همان منبع). آذر و بدر در پژوهشی که در لبنان (۲۰۰۶) انجام داده اند، سطح استرس، علائم درد و افسردگی بالا را در مادران کودکان ناتوان ذهنی گزارش کردند.

یلدریم^۵ در بررسی و مطالعه ۳۵۰ مادر دارای فرزند کم توان ذهنی از ۲۴ مرکز کودکان خاص در ترکیه با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک، اکثریت آنان را افسرده یافت (۲۰۱۰). با اینکه معدودی از آنها دچار آشفتگی های روانی می شوند، اما اغلب آنان در معرض اشکال خفیف تر افسردگی قرار دارند (هالاها و کافمن^۶، ترجمه ماهر، ۱۳۷۲؛ کار^۷، ۱۹۸۸؛ سینگر و ایروین^۸، ۱۹۸۹؛ نقل از یعقوبی، ۱۳۷۲) گرین^۹ (۲۰۰۱) بر اساس نتایج تحقیق خود گزارش می کند که احساس خشم و افسردگی در مادران، سبب تأثیر همین حالات بر فرزندش می شود، زیرا کودک انرژی خود را از مادر می گیرد و مادر افسرده قادر به پاسخگویی به نیازهای کودک خود نیست (نقل از عباسی، ۱۳۹۰).

افسردگی بیماری شایع قرن حاضر است. بر اساس گزارش انجمن روانشناسی آمریکا (APA)^{۱۰} احتمال ابتلاء به افسردگی در میان زنان ۱۰ تا ۲۵٪ و در میان مردان ۵ تا ۱۲٪ در طول زندگیشان تخمین زده شده است. به عبارت دیگر زنان تقریباً، دو برابر بیشتر به نسبت مردان احتمال تجربه افسردگی را دارند (نقل از شرر^{۱۱}، ۲۰۰۹).

¹- Blacher et al

²- Dumas, J.E & et all

³- Olsson & Hwang

⁴- autism

⁵-Yildirim

⁶-Hallahun & Kaffman

⁷- Karr

⁸- Singer & Irvin

⁹- Green

¹⁰- American Psychiatric Association

¹¹- Scherrer

بنا به دلایل مختلف زنان بیش از مردان به افسردگی مبتلا می شوند. بررسی های متعددی بر صحت این امر تأکید دارد. در بین مردان از هر ۱۰ نفر و از بین زنان از هر ۴ نفر یک نفر به افسردگی مبتلا می شوند (باغبان و فاتحی زاده، ۱۳۸۴ به نقل از باغبان و همکاران، ۱۳۸۸). مطالعات آدامز^۱ (۲۰۰۶) حاکی از آن است که زنان تحت شرایط استرس زا تکاپوی کمتری را در خود نشان می دهند و به سبک های مقابله ای هیجان مدار و ناکارآمد گرایش پیدا می کنند، از این رو با ظهور مشکلات، درماندگی بیشتری تجربه می کنند و خلق شان پایین می آید.

مهمترین مسئله در افسردگی، افکار و عقاید غیرمنطقی و منفی فرد افسرده است (شمس، ۱۳۸۲)، تفکر منفی جنبه مسلط افسردگی است و فقط یک نشانه نیست، بلکه نقشی تعیین کننده در تداوم افسردگی دارد و با پیشرفت افسردگی افکار خودکار منفی هر چه بیشتر ظاهر می شوند و افکار منطقی هر چه بیشتر ناپدید می گردند، خود این فرایند به گسترش فزاینده دامنه خلق افسرده منجر می شود و بدین ترتیب دور باطلی شکل می گیرد (قاسم زاده، ۱۳۷۶) که با رهایی از فشار عاطفی و به تبع آن کاهش افسردگی و افزایش خلق، راه را برای تفکر منطقی در ارتباط با مسائل کودک هموار می سازد (شمس، ۱۳۸۲).

برای کاهش افسردگی روشهای درمانی مختلفی وجود دارد که درمانهایی نظیر دارو درمانی، شوک درمانی، روان تحلیل گری، شناخت درمانی، رفتار درمانی شناختی از آن جمله اند (باغبان و فاتحی زاده، ۱۳۸۴ به نقل از باغبان و همکاران، ۱۳۸۸).

در میان این روشها، به وسیله درمان های روانشناختی، علاوه بر اجتناب از آثار جانبی دارو درمانی و شوک درمانی می توان افکار فرد را در مقابله با فشار روانی بازسازی نمود و به بالا بردن خلق فرد و درمان افسردگی پرداخت. یکی از انواع روان درمانی ها که به بالا بردن خلق افراد کمک میکند و یک درمان تأیید شده تجربی و حمایت کننده برای افسردگی است، درمان رفتاری شناختی^۲ (CBT) است که در دهه ۶۰ میلادی توسط آرون بک توسعه یافته است (بیهاث نیگر^۳، ۲۰۱۰).

CBT ترکیبی از فنون شناختی و رفتاری است. در این رویکرد بر شناسایی افکار غیرمنطقی، باورهای نادرست تأثیرگذار بر عواطف و رفتارهای فرد و اصلاح این باورها تأکید می شود (خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۹). درمان گروهی شناختی رفتاری نیز که از همان آغاز شکل گیری درمان شناختی رفتاری، مورد استفاده قرار گرفت، در بسیاری زمینه ها، مؤلفه های مثبت و شفابخش شناخت - رفتاردرمانگری و درمان گروهی را توأمان برای اعضای خود فراهم می کند (وود^۴، ۲۰۰۳).

^۱-Adams

^۲ Cognitive-behaviour therapy

^۳-Bhatnagar

^۴-Wood

همان طور که بندورا^۱ (۱۹۸۹، نقل از وود، ۲۰۰۳) بیان می کند، اغلب یادگیری های اجتماعی، از طریق مشاهده دیگران و مشاهده پیامد فعالیت های آنان تحقق می یابد. در زمینه کارایی درمان شناختی رفتاری افسردگی بررسی های عمده ای انجام گرفته است. نتایج ۳۵۰ مطالعه در این زمینه نشان دهنده کارایی این شیوه درمانی در درمان اختلالات روانپزشکی مانند افسردگی، اختلالات اضطرابی است (بک و ویشار^۲، ۲۰۰۰، به نقل از خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۹). از جمله هین و همکاران^۳ (۲۰۰۵)، چن و همکاران^۴ (۲۰۰۶)، آزر و همکاران^۵ (۲۰۰۵) نشان داده اند که درمان شناختی- رفتاری در درمان افسردگی، اضطراب و برخی دیگر از شاخص های سلامت روان والدین مؤثرتر از روش های دیگر است (عباسی، ۱۳۹۰). در تحقیقی که توسط کامران پور جهرمی (۱۳۸۰) نیز انجام گرفته است، نشان می دهد که درمان شناختی رفتاری سبب کاهش افسردگی زنان نابارور می شود. اثرات مثبت شناخت درمانی در کاهش افسردگی مادران کودکان عقب ماندگی ذهنی در پژوهش عباسی (۱۳۹۰) تأیید شده است.

از انواع دیگر روش های درمانی را که برای کاهش غمگینی و افزایش خلق افراد می توان به کار برد، روش هایی تحت عنوان روش های القای خلق^۶ است. روش های القای خلق به طور گسترده، برای القاء کردن یک حالت خلقی خاص در شرایط آزمایشی استفاده شده است (ریشل و آندرسون^۷، ۲۰۰۴). این روش ها را عده ای با توجه به عاطفی بودن برخی اختلالات و تبیین های شناختی به عمل آمده از آنها پس از نظریه های شناختی و پس از آگاهی نسبت به نقش عواطف در تفکر و شناخت های افراد با عنوان اثرات متقابل عاطفه و شناخت ابداع کردند که از اولین متخصصانی که روش القایی برای ایجاد یک خلق خاص ابداع کرد ولتن^۸ (۱۹۶۷) بود. مطالعات زیادی اثربخشی روش های القای خلق را مورد بررسی قرار داده اند، از جمله یک مطالعه فراتحلیلی در مورد اثربخشی و اعتبار روش های القای خلق از ۲۵۰ مطالعه انجام شده بر روی روش های القای تجربی خلق مثبت، شاد، منفی یا افسرده در افراد بزرگسال در آلمان نشان می دهد که پژوهش هایی که از روش القای خلق توسط یک فیلم یا داستان استفاده شده است، نسبت به روش های دیگر القای خلق در ایجاد حالت خلق شاد تأثیر بیشتری را در القای خلق مثبت و منفی بر آزمودنی ها می گذارد (وسترمن و همکاران^۹، ۱۹۹۶).

¹- Bandura

²- Beck&Weishaar

³-Hyun et al

⁴-Chen et al

⁵-Asbahr et al

⁶- mood induction methods

⁷- Richell &Anderson

⁸- Velten

⁹- Westerman et al

برای القای خلق در مطالعات مختلف، از روش های متنوعی استفاده شده است، از یادآوری خاطرات شخصی تا ارائه مواد هیجانی مثل واژه، چهره، فیلم و موسیقی. گاهی اوقات خلق افسرده واکنشی به عاملی محیطی است از این رو وقوع حادثه مسرت بخشی مانند ملاقات یک دوست یا دیدن یک فیلم کمدی در تلویزیون،... میتواند خلق فرد را برای مدتی بهبود بخشد(شمس، ۱۳۸۲). در تحقیقی که توسط هسه^۱، هتفیلد^۲، کارسون^۳ و چمتاب^۴ (۱۹۹۰) انجام شد، مشخص گردید که افراد وقتی به تماشای شخصی که تجربه شادی را در تلویزیون توصیف می کند، می نشینند، احساس شادی بیشتری را گزارش کردند، در حالی که اگر فردی را که تجربه غمناکی را گزارش می کند، تماشا نمایند، احساس غمگینی می کنند (نقل از دوستکام، ۱۳۸۸). چرا که تصویر و چهره یا به عبارت بهتر القای خلق بصری در سیستم عصبی انسان تأثیر می گذارد، همان گونه که در تحقیقی که توسط ماسوهارو و توشیاکی^۵ (۲۰۰۸) انجام گرفت، نشان دادند که بچه ها چهره های شاد را سریع تر و درست تر از چهره های جدی قضاوت می کنند. افسردگی اختلالی است که اغلب با یک مشکل هیجانی دیگر به ویژه اضطراب و خشم همراه است. به طور معمول فردی که خشمگین است، افسرده هم هست و گاه افسردگی پشت خشم پنهان می شود و گاهی نیز افرادی که سال ها احساس اضطراب می کنند، افسرده می شوند (نوفرستی و خادمیان، ۱۳۸۶) و در اغلب موارد افراد افسرده دارای بدبینی و نگرانی نسبت به آینده هستند (هپبورن و همکاران^۶، ۲۰۰۶، بک^۷، ویسمن^۸، لستر^۹، ترکسلر^۹، ۱۹۷۹؛ نقل از هپبورن و همکاران، ۲۰۰۶) و آرون تی بک^{۱۰} (۲۰۰۱) بک^{۱۰} (۲۰۰۱) این افکار منفی فرد نسبت به خود، آینده و نسبت به تجربه جاری را علت اصلی نشانه های فرد افسرده می داند (عباسی، ۱۳۹۰). در نتیجه با استفاده از فیلم و موسیقی شاد و آرامبخش و سایر روش های القای خلق می توان عواطف منفی فرد را تسکین داد و متعادل کرد.

1- Hsee

2- Hatfield

3- Carlson

4- Chemtob

5- Masuharu & Toshiaki

6- Hepburn et al

7- Weissman

8- Lester

9- Trexler

10- A. T Beck

القای شادی وخلق شاد سبب بیرونی کردن اسنادهای افرادی است که به دلیل افسردگی و خلق پایین دارای اسنادهای درونی و معطوف به خود هستند و خود را مقصر رخداد حوادث نامطلوب زندگی خود (مانند تولد کودک کم توان خود) می دانند (عریضی و خیاطان، ۱۳۸۸). از سویی دیگر چگونگی حالات خلقی بر نوع ارتباط فرد با دیگران نیز مؤثر است. کاماراتا^۱ در دانشگاه مرکزی میشیگان در سال ۲۰۰۸ به بررسی اثر القای خلق بر اسناددهی افراد پرداخته است. نتایج آن نشان می دهد که کسانی که خلق شاد به آنها القاء شده است بیشتر به اطرافیان خود قصد مسالمت آمیز را نسبت می دهند، در حالی که افراد با خلق خشمگین، قصد و منظور خصومت آمیز را به دوستان خود نسبت می دهند. از این رو افزایش خلق علاوه بر کمک به بهبود سلامت روانی فردی، به روابط اجتماعی مطلوبتر نیز می انجامد.

۱-۲- بیان مسئله

تولد فرزند در هر سن و شرایطی حامل باری از فشار روانی است و این فشارها با معلولیت جسمی و یا ذهنی نوزاد تازه متولد شده برای خانواده چندین برابر می شود. (سیف نراقی و نادری، ۱۳۸۵؛ نقل از عباسی، ۱۳۹۰) تولد فرزند کم توان، رویدادی چالش زا قلمداد می شود که احتمالاً سبب تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم یا ناامیدی می شود. دوریس^۲ (۱۹۵۵) اظهار می دارد که داشتن کودک کم توان ذهنی باعث بحران و دوری گزینی خانواده از فامیل و در مواردی سبب جدایی والدین می گردد. (نقل از زارعی منش، ۱۳۸۸)

خانواده یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضاء آن می تواند کل خانواده را مختل کند و سبب بروز مشکلات جدید در خانواده شود (جانسون و همکاران^۳، ۲۰۰۳) و حتی در روابط زناشویی مشکلاتی را ایجاد می کند (دمایر^۴، ۱۹۹۱؛ گوپتا^۵، ۲۰۰۴؛ نقل از زارعی منش، ۱۳۸۸) که این خود می تواند موجب تشدید عقب ماندگی کودک و ظهور مشکلات دیگر برای وی گردد (جانسون و همکاران، ۲۰۰۳).

¹- Cammarata
²- Duriss
³- Johnston et all
⁴- Demier
⁵- Gupta

اما مادران به علت نقش سنتی «مراقب» مسئولیت بیشتری در قبال فرزند کم توان خود به عهده دارند که در نتیجه با مشکلات روانی بیشتری مواجه هستند (مک کانکی و همکاران، ۲۰۰۸). مراقبت های طولانی و ممتد از کودک ناتوان ذهنی برای آنها پر از استرس است و مسائل و مشکلات این بچه ها به طور حتم زندگی آنها را متأثر می کند (کرینک، فردریچ، گرین برگ^۱، ۱۹۸۳؛ اسدایل و گرین وود^۲، ۲۰۰۳ به نقل از خمیس، ۲۰۰۷). فرض بر این است که مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل دار، والدین به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلاء به مشکلات مربوط به سلامت روان قرار می دهد (السون و هوانگ، ۲۰۰۱، نقل از عباسی، ۱۳۹۰؛ مک کانکی و همکاران، ۲۰۰۸).

اکثر پژوهش ها افسردگی را شایع ترین مشکل مادران دارای کودکان کم توان ذهنی می دانند (السون و هوانگ، ۲۰۰۱، نقل از عباسی، ۱۳۹۰). این پژوهش ها نشان می دهد که حدود ۳۵ - ۳۰ درصد مادران این کودکان، نمرات بالایی در آزمون های افسردگی دریافت کرده اند و دارای علائم بالینی مربوط به افسردگی هستند (ویسون^۳، ۱۹۹۹، به نقل از میکائیلی منیع، ۱۳۸۸). تحقیقات متعدد در زمینه اثر کودک معلول بر مادران، سطح بالایی از استرس، از هم گسیختگی، فرصت کمتر برای خود، نشانگان افسردگی و خلق پایین را گزارش می کند (حسین نژاد، ۱۳۷۵). ولف و فیسمن^۴ (۱۹۸۹) مادران کودکان در خود فرو مانده و سندروم داون^۵ را افسرده تر از مادران عادی یافتند (به نقل از خیراللهی، ۱۳۹۰).

در حالی که پژوهش های دیگری گزارش می کنند که برخی خانواده ها به ویژه مادران، وجود کودک ناتوان را تجربه ای توانمندساز تلقی کرده و وی را منبع سرشار عشق، حس هدف و معنی داشتن در زندگی و افزایش تحمل و انسجام خانواده به شمار آورده اند. (جاکز^۶، ۲۰۰۶)

وجود این تناقضات در پژوهش های مختلف، نشان می دهد که شناخت و برداشت مادر کودک کم توان ذهنی از عقب ماندگی کودک خود و از سایر وقایع جانبی آن، عامل زمینه ساز اصلی در ابتلاء به غمگینی و خلق پایین و افسردگی است و تأثیرات خلق و عواطف بر اساس مطالعات گسترده ای که در چندین سال اخیر مورد علاقه پژوهشگران قرار گرفته است بر فرایندهای شناختی نظیر تفکر، توجه، بازشناسی، یادآوری، قضاوت، حافظه و سایر فرایندهای شناختی مورد تأکید قرار گرفته است (بروین^۷، ۱۹۸۸؛ ترجمه علیلو و همکاران، ۱۳۷۶)

1- Crinc,Friedrich&Greenberg

2- Esdaile&Greenwood

3- Veisson

4- Wolf & Fisman

5- Down Syndrome

6- Jacques

7- Berwin

تجربیات پژوهشگر نیز حاکی از آن است که اکثر مادران کودکان کم توان ذهنی، به خاطر تحمل قضاوت و صحبت های مردم، احساس گناه، احساس خجالت و نیز مشکلات زناشویی، دارای خلق غمگینی می باشند و آینده را روشن نمی بینند و از سویی دیگر از آنجا که باز به همین دلایل، کمتر در محیط های اجتماعی ظاهر می شوند، عدم تحرک و فعالیت و حضور در اجتماع و ارتباط متقابل عاطفه و شناخت یا همان شناختی بودن عاطفه (علیلو، ۱۳۷۶) این خلق پایین را تقویت می کند.

برای کمک به مادران کودکان کم توان ذهنی در کاهش افسردگی و افزایش خلق، روش های متفاوت و متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. از آن جمله می توان به انواع دارو درمانی و روان درمانی اشاره کرد. از میان انواع روان درمانی ها، درمان شناختی - رفتاری از روش های بسیار مؤثر در درمان افسردگی است.

در ایران تحقیقی که روش شناختی - رفتاری را به همراه روش های القای خلق با هدف افزایش خلق مادران کودکان کم توان ذهنی مورد استفاده قرار داده باشد، یافت نشد.

از این رو، با توجه به وجود تناقضات در تحقیقات انجام شده، مبنی بر اثر مثبت یا منفی وجود کودک کم توان ذهنی بر مادران و و خانواده و نیز عدم وجود یک پژوهش، در جهت مقایسه اثربخشی روش (CBT) با روش نسبتاً جدید القای خلق، برای بهبود سطح خلق مادران کودکان عقب مانده ذهنی، این پژوهش قصد دارد، اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و روش القای خلق را بر کاهش افسردگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی، بررسی نماید.

۱-۳- ضرورت و اهمیت پژوهش

وظایف والدین هیچ گاه کاملاً هموار نیست. از والدین انتظار می رود صبور، فهیم، زیرک و خوش خلق باشند. با وجود این، چنین موقعیتی برای خانواده یک کودک کم توان، پیچیده و مخاطره آمیز بوده و پاداش «والدین بودن» احتمالاً بسیار ناچیز است. معلولیت های کودک، کندی رشد و امکانات ویژه ای که برای مراقبت جسمی، آموزشی و همراهی لازم است، سرخوردگی و رویاهای بر باد رفته، جملگی بر والدین فشارهایی را وارد می کنند که موجب به هم خوردن آرامش و تعادل خانواده می گردد (رابینسون و رابینسون^۱، ترجمه ماهر، ۱۳۷۷).

^۱ - Robinson&Robinson