



دانشگاه علامه طباطبائی
دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی

(گروه مشاوره)

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته مشاوره مدرسه

موضوع:

اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه بازسازی شناختی مبتنی بر تمثیل بر کاهش
افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی شهر تهران

استاد راهنما:

دکتر احمد اعتمادی

استاد مشاور:

دکتر حسین سلیمی

استاد داور:

دکتر شهلا پزشک

پژوهشگر:

سمیه عباسی

تابستان ۱۳۹۰

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فرستی برای یاد کردن از تمام عزیزانی که مرا در طول زندگی تحصیلی ام یاری نموده اند پیش آمده است که در

این فرصت از همه آنانی که پا به پای بودنم مرا همراهی نمودند تشکر می نمایم.

با کمال ادب و احترام از زحمات بی شائبه اساتید گرانقدر

جناب آقای دکتر احمد اعتمادی

که در تمام لحظات آموختنم با صبوری بسیار مرا هدایت و راهنمایی نمودند.

جناب آقای دکتر حسین سلیمی

که با توجهات ویژه و محبت بسیار به عنوان مشاور مرا یاری نمودند.

سرکار خانم دکتر پزشکی

که با داوری ارزشمند و نقد دقیق خود در این پژوهش مرا همراهی نمودند.

تشکر و قدر دانی می نمایم.

**تقدیم به پدر و مادرم که همواره پشتیبان و مشوق من در موفقیت‌های
زندگیم بودند،**

و تقدیم به همسر مهربانم که با بردباری خود مرا همراهی کرد

چکیده:

این پژوهش با هدف اثر بخشی الگوی مشاوره گروهی به روش بازسازی شناختی مبتنی بر تمثیل در کاهش افسردگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی انجام شده است. روش انجام این طرح پژوهشی نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل است. با توجه به محدودیت اجرا، جامعه پژوهشی حاضر در این پژوهش را مادران افسرده دارای کودک کم توان ذهنی در مدرسه شهید صیاد شیرازی واقع در منطقه ۴ آموزش و پرورش شهر تهران تشکیل می دهند که از بین آنها ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و دردوگروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه تحت مداخله درمانی قرار گرفت. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه افسردگی بک بود که به صورت پیش آزمون و پس آزمون به کار رفت. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آماری توصیفی (شاخص های مرکزی و پراکندگی، ویژگی های توصیفی متغیر های پژوهش مانند میانگین، انحراف استاندارد، رسم جداول و نمودارهای آماری) و دربخش بخش استنباطی از تحلیل کوواریانس با رعایت مفروضات لازم(نرمال بودن توزیع داده ها، وجود رابطه خطی بین متغیر کمکی و متغیر وابسته و همگنی شیب خط رگرسیون) استفاده شده است. براساس یافته های حاصله با اطمینان بیشتر از ۹۵٪ می توان گفت که مشاوره گروهی به روش بازسازی شناختی مبتنی بر تمثیل باعث کاهش افسردگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی شده است.

واژگان کلیدی: بازسازی شناختی، تمثیل، افسردگی

فهرست مطالب:

چکیده

فصل اول: کلیات

۱۰.....	مقدمه
۱۲.....	بیان مساله
۱۴.....	اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۶.....	هدفهای تحقیق
۱۶.....	فرضیه تحقیق
۱۶.....	تعریف مفهومی و عملیاتی

فصل دوم: پیشینه پژوهش

۱۹.....	افسردگی
۲۲.....	تاثیر معلولیت بر افسردگی مادران
۲۶.....	واکنشهای هیجانی والدین در برابر معلولیت فرزند
۲۷.....	عوامل موثر بر واکنشهای هیجانی والدین کودکان معلول
۲۷.....	خصوصیات کودک
۲۸.....	خصوصیات خانواده
۲۹.....	واکنشهای عاطفی نسبت به معلولیت
۲۹.....	انواع واکنشهای عاطفی والدین کودکان معلول
۳۰.....	(۱) مدل مرحله ای
۳۲.....	(۲) مدل اندوه مزمن
۳۲.....	(۳) مدل سازه شخصی
۳۳.....	(۴) مدل بی معنایی و توازن زدودگی
۳۳.....	(۵) مدل رویکرد مک کیت به واکنشهای عاطفی والدین
۳۴.....	بازسازی شناختی

فصل سوم: روش شناسی پژوهش

مقدمه.....	۵۰
روش پژوهش	۵۰
جامعه آماری، روش نمونه گیری، حجم نمونه.....	۵۱
ابزار گردآوری اطلاعات.....	۵۲
روائی و پایایی ابزار پژوهش.....	۵۳
روش تجزیه و تحلیل داده ها.....	۵۴

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها

مقدمه.....	۵۶
توصیف آماری.....	۵۷
آمار استنباطی.....	۶۵

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری کلی

مقدمه.....	۷۱
یافته های پژوهش.....	۷۱
بحث و نتیجه گیری کلی.....	۷۲
محدودیت های پژوهش.....	۷۳
پیشنهادات پژوهشی.....	۷۳
پیشنهادات کاربردی.....	۷۴

منابع:

منابع فارسی.....	۷۶
منابع لاتین.....	۸۲

ضمائم و جداول:

جدول شماره ۱-۳: دیاگرام طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل.....	۵۱
جدول ۱-۴ _ توصیف سن آزمودنی ها به تفکیک گروه.....	۵۷
جدول ۲-۴ _ توصیف وضعیت اشتغال آزمودنی ها به تفکیک گروه.....	۵۹

- جدول ۳-۴_ توصیف سطح تحصیلات آزمودنی ها به تفکیک گروه.....۶۰
- جدول ۴-۴_ تعداد فرزندان آزمودنی ها به تفکیک گروه.....۶۳
- جدول ۴-۵_ نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه ها.....۶۴
- جدول ۴-۶_ آزمون نرمال بودن (کالمو گروف - اسمیرنوف) نمرات افسردگی.....۶۶
- جدول ۴-۷_ بررسی همگنی شیب های رگرسیون فرضیه پژوهش.....۶۶
- جدول ۴-۸_ آزمون برابری واریانس ها(لوین) فرضیه پژوهش.....۶۸
- جدول ۴-۹_ نتایج تحلیل کوواریانس نمرات افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی.....۶۹
- نمودار ۱-۴_ هیستوگرام توزیع سن آزمودنی ها.....۵۸
- نمودار ۲-۴_ وضعیت اشتغال افراد نمونه به تفکیک گروه.....۶۰
- نمودار ۳-۴_ سطح تحصیلات آزمودنی ها به تفکیک گروه.....۶۲
- نمودار ۴-۴_ تعداد فرزندان افراد نمونه.....۶۳
- نمودار ۵-۴_ مقایسه نمرات درپیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه.....۶۵
- نمودار ۶-۴_ نمودار پراکندگی نمرات فرضیه پژوهش.....۶۷

پیوست:

- طرح مشاوره گروهی بازسازی شناختی مبتنی بر تمثیل۸۷
- پرسشنامه افسردگی بک.....۹۳

فصل اول

کلیات پژوهش

مقدمه

یکی از نعمت های بسیار ارزشمند پروردگار برخورداری از سلامت تن و روان است، و بهره مندی از این نعمت بی مانند در گرو رعایت موازین بهداشتی در طول زندگی است. افسردگی یکی از رایجترین انواع ناراحتی های روانی است که باعث مراجعه به روان پزشکان می گردد. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۳ از هر ۸ نفر یک نفر به نوعی از اختلالات افسردگی رنج برده و در سال ۱۹۹۷ افسردگی منجر به مرگ ۲۰۰۰۰۰ نفر شده است (ساراسون و ساراسون بی تا)، ترجمه اصغری مقدم، دهقانی، نجاریان، ۱۳۸۲).

مطالعاتی که در سالهای اخیر از سوی متخصصان سازمان جهانی بهداشت و کشورهای در حال توسعه آسیا و آفریقا صورت گرفته از افزایش دامنه شیوع افسردگی در میان کشورهای در حال رشد حکایت می کند (سازمان جهانی بهداشت^۱، ۱۹۷۳). به دلایل مختلفی معمولاً درصد بیشتری از بانوان دچار افسردگی می شوند. نسبت زنان به مردان افسرده در ممالک پیشرفته صنعتی تقریباً ۲ به ۱ است (براون و هریس^۲، ۱۹۸۷، به نقل از هاشم نژاد، ۱۳۸۶).

والدین به ندرت انتظار دارند که بچه ای معلول یا ناتوان داشته باشند، آنها همیشه در رویا هایشان فرزند آئینده خود را زیبا، جذاب، باهوش، و با درکل آرمانی مجسم می کنند. قطعی شدن تشخیص کم توانی ذهنی کودک در هنگام تولد می تواند منجر به بحران عظیمی در خانواده شود. با توجه به اینکه کم توانی ذهنی آثار و تبعات بسیاری در زندگی افراد می گذارد، والدین واکنش های عاطفی شدیدی نسبت به این نقص از خود نشان می دهند. بخشی به این علت می تواند باشد که کودک کم توان مسؤلیت های زیادی بردوش والدین می گذارد و همه خانواده را درگیر می کند. شواهد بسیار وجود دارد که والدین کودکان ناتوان به دلیل سازگاری با شرایط خاص، بیش از والدین دیگر، متحمل استرس و فشار می شوند (برسلاو و دیویس^۳، ۱۹۸۶، هانسون، الیس و دپه^۴، ۱۹۸۹، پال و کوئین^۵، ۱۹۸۷، سینگر و ایروین^۶، ۱۹۸۹، و تیزوکوتر^۷، ۱۹۸۶، به نقل از هاشم نژاد، ۱۳۸۶).

1 - World Health Organization

2 - Brown & Harris

3 - Breslav, Davis

4 - Hanson & Ellis & Deppe

5 - Pall & Quine

6 - Singer & Irvin

7 - Vetiz & Coates

افسردگی می تواند از طریق ایجاد اختلال در ظرفیت مادر برای ارتباط با فرزندش با مهارتهای فرزندپروری اوتداخل ایجاد کند. پژوهش ها نشان می دهند که ناتوانی در اجرای مهارتهای فرزندپروری در بیماران افسرده، می تواند پیامدها و عواقب جسمی در رشد روان شناختی ، بازداری اجتماعی و سازگاری کودکان داشته باشد(داونی و کوئینی^۱ ، ۱۹۹۰، کوچانسکی^۲ ، ۱۹۹۱ به نقل از شیارلو و اورواشل، ۱۹۹۵).

مطالعات دیگر، نیز نشان داده اند که خانواده های دارای کودک کم توان ذهنی نسبت به خانواده های کودکان عادی از سطوح استرس بالاتری برخوردارند(برای مثال دیسون^۳ ، ۱۹۹۱؛ انستی و اسپنس^۴ ۱۹۸۶). وایت(۱۹۷۱) اشاره کرده است مادر ممکن است از طریق انکار به افکار و احساسات آشفته اش راجع به واقعیت غم انگیز عقب ماندگی رفتار کند(رهسپار، ۱۳۷۷).

همچنین نتایج پژوهش ها حاکی از آن است که کودکان والدین افسرده در مقایسه با کودکان والدینی که اختلال خلقی ندارند بیشتر در معرض افسردگی هستند. مادران مبتلا به بیماری افسردگی در مقایسه با مادران گروه کنترل در روابط خود با کودکانشان بیشتر با خلق منفی عمل می کردند(لاووجی^۵، ۱۹۹۱) و پاسخدهی و درگیری عاطفی کمتری با فرزندانشان داشتند(گودمن و براملی^۶، ۱۹۹۰، به نقل از هاشم نژاد، ۱۳۸۶).

در دهه های اخیر برای کمک به سلامت روانی و تغییر رفتار ناسازگارانه از روشهای درمانی شناختی نیز بهره فراوان گرفته شده و توجه شناخت درمانگری بر بازسازی شناختی مراجعین بوده است(کوپ و کراو^۷، ۱۹۹۸). طرح مفهوم بازسازی شناختی برای نخستین بار در ادبیات بالینی به کارهای الیس^۸ (۱۹۶۲) و بک^۹ (۱۹۶۷ و ۱۹۷۶) نسبت داده می شود(زارب^{۱۰}، ۱۹۹۲). اغلب نظریه هایی که زیر بنای آنها درمان شناختی است(مک مولین و گیلز، ۱۹۸۹ و مک مولین^{۱۱}، ۱۹۸۱) از درمانهای الیس و بک مشتق شده اند. با وجود این در برخی زمینه ها بین آنها تفاوت وجود دارد(فری، ۱۹۹۱، ترجمه صاحبی و همکاران، ۱۳۸۲).

-
- 1- Dawney
 - 2 - kochanska2 -
 - 3 - Dyson
 - 4 - Anstey & spance
 - 5 - Lovejoy
 - 6 - Goodman & Brumley
 - 7 - Kopp,R.R & Craw.M.J
 - 8 - Ellis. A
 - 9 - Beck. A.T
 - 10 - Zarb.J
 - 11 - Mc mullin

بازسازی شناختی می تواند با بسیاری از اشکال درمانی ترکیب شود (کوری^۱، ۲۰۰۱، ترجمه اعتمادی و هاشمی، ۱۳۸۵). به طور مثال بهره گیری از ابزارهایی مانند تمثیلات روشن، داستانها، استعاره های مناسب، تصویر سازی ذهنی در به کاربردن خلاق و موثر شناخت درمانی کمک می کنند (نیومن، ۲۰۰۰، به نقل از نظیری، ۱۳۸۳). مضمون (باورهای هیجانی) در قالب کلام نمی گنجد و در چنین مواقعی استفاده از قصه تمثیل و شعر بیانگر مضمون یک اتفاق است (تیزدل^۲، ۱۹۹۳).

امروزه با استفاده از چارچوب نظری رویکردهای درمانی و در فرایند ضابطه بندی مشکل مراجع، می توان به طور دقیق تر از تمثیل در فرایند بازسازی شناختی (شناخت درمانگری) استفاده کرد. گاهی اوقات، می توان برای تغییر رنگ وضوح تصویر و دیدن جزئیات به طور روشن تر یا دیدن تصویر کلی و بزرگ تر، فیلترهای گوناگونی را آزمون کرد و تمثیل ها چنین نقشی را به راحتی ایفا می کنند. در سطح بسیار کارآمد و جادویی تمثیل ها می توانند چارچوب و معیارهای سنجش و ارزیابی و نقشه و برداشت های برخاسته از عادات ما از جهان را به چالش فرا خوانده و یا ما را از شیوه فکری محدود شده همیشگی مان دور کرده و به سوی یادگیری و کشف های جدید رهنمون شوند (صاحبی، ۱۳۸۷).

بیان مسأله

بدنیا آمدن یک کودک معلول و یا آگاهی از این امر در مقطع دیگری از زمان والدین را دچار یک شوک قوی عاطفی می نماید. به عبارت دیگر، والدین این کودکان یک واکنش سوگ تمام عیار را تجربه خواهند کرد. استرس معمولاً ناشی از رویدادهای مصیبت بار عمده نیست، بلکه بیشتر پیامد تحمیل های روزمره ای است که به مراقبت از کودک مربوط می شود. اما، در صورتی اثرات آن مخرب تر است که خانواه به لحاظ تعدد تقاضاهای روزانه تحت فشار باشد، پس مادربه لحاظ نقش مراقبتی که دارد بیشتر تحت فشار خواهد بود. با اینکه معدودی از آنها دچار آشفتگی های روانی می شوند، اما همیشه در معرض اشکال خفیف تر افسردگی هستند (هالاها و کافمن^۳، ترجمه ماهر، ۱۳۷۲).

¹ - Korey

² - Teasdale

³ - Hallahun & Kaffman

دو درمان اصلی تحت مقوله بازسازی شناختی عبارتند از: درمان عقلانی، هیجانی، رفتاری^۱ (الیس، ۱۹۶۲) که ادعا می‌کند منطقی نبودن، علت اصلی مشکلات عاطفی است و بر بازسازی باورهای غیر منطقی تاکید می‌کند و درمان شناختی (بک، ۱۹۷۹) که بر چالش با افکار خودآیند تاکید دارد تا باورهای غیر منطقی، در عین حال هدف هر دو بازسازی شناختی است (دابسون، ۲۰۰۱، به نقل از سلیمی، ۱۳۸۸).

بازسازی شناختی یکی از فنون رفتار درمانی شناختی است که از طریق آن به درمانجو کمک می‌شود نحوه ای که خود، دنیا و آینده را می‌بیند تغییر دهد. در این روش درمانگر عقاید منفی بیمار را در قالب عقاید مثبت تر بازنگری می‌کند و پرورش دادن روشهای مناسب تر مقابله کردن با مشکلات هیجانی را ترغیب می‌کند. نگرشهای کژکار و عقاید غیر منطقی درمانجو را زیر سوال می‌برد و درمانگر آنها را به چالش می‌طلبد و به درمانجو تکالیفی می‌دهد که آنها را خارج از جلسه درمان انجام می‌دهد (هالجن، ویتبورن، ۲۰۰۳، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۳).

به طور کلی در رویکرد شناختی ۱۰ خطای فکری (تحریف شناختی) و ۱۳ باور ناکارآمد به منزله عوامل اصلی شکل گیری و تداوم مشکلات هیجانی شناسایی شده اند که در فرایند درمان افراد مورد شناسایی قرار گرفته و بازسازی آنها آموزش داده می‌شود (مک مولین، ۲۰۰۱، به نقل از سلیمی، ۱۳۸۸).

در بازسازی شناختی می‌توان برای انتقال مفاهیم بنیادی و مولفه های اصلی درمان به مراجع از تمثیل و قصه کمک گرفت. تمثیل استدلالهای منطقی را در ذهن جایگزین می‌نماید، افراد به استعاره و تمثیل نیاز دارند تا چیزی که قابل دیدن و لمس کردن نیست را خوب درک کنند. بازسازی شناختی مبتنی بر تمثیل روشی است که با استفاده از تمثیل و داستانهای ادبی بومی و فرهنگی (که اساساً نوعی بازنگری و بازسازی تفکر را در دل خود دارند) به تسهیل، شناسایی و مواجهه خطاهای فکری، باورهای غیر منطقی، تحریفهای شناختی و افکار خودآیند کمک می‌کند. تمثیل به عنوان ابزار آموزش غیر مستقیم می‌تواند باعث تغییر خلق شنونده، تغییر چارچوب معنایی یک مساله، به چالش کشیدن رفتارهای نامناسب، فعال سازی نیمکره راست مغز، خلق تداعی های قدرتمند در ذهن شنونده، و تسهیل ارتباط گردد (صاحبی، ۱۳۸۷).

¹- Rational Emotional Behavior Therapy

بنابراین با توجه به تحقیقات فوق الذکر و اهمیت افسردگی و پیامدهای آن و ضرورت توجه به مادران کودکان کم توان ذهنی و نیز امکان ترکیب سایر درمانها با روش بازسازی شناختی، مسأله خاص این پژوهش این است که آیا مشاوره گروهی به روش بازسازی شناختی مبتنی بر تمثیل بر کاهش افسردگی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی موثر است؟

اهمیت و ضرورت پژوهش

نخستین شبکه روابطی که هریک از انسانها رادربر گرفته، خانواده است. خانواده یک نظام فعال و پویا است و همانند هر نظام دیگری هدف آن تعادل جویی است. در هر زمان یک عامل بحران زا می تواند تعادل این نظام را برهم زده و طیفی از مشکلات روانی رادر نظام خانوادگی برانگیزاند که اثرات بسیار زیانبار و بحران عظیمی را در خانواده به همراه دارد.

حضور کودک کم توان ذهنی با ایجاد مشکلات مراقبتی برای خانواده و بویژه تجربیات استرس زا برای والدین همراه است. چنین وضعیتی مانع از آن می شود که خانواده بتواند کارکردهای متعارف خود نظیر تربیت فرزندان، روابط اجتماعی، اشتغال، اوقات فراغت و روابط زناشویی را به نحو مطلوبی داشته باشد.

وسعت استرس وارد شده به والدین در هنگام اطلاع از وضعیت کودک بقدری شدید است که گاهی آن را با اندوه ناشی از مرگ یک فرزند برومند و سالم مقایسه می نمایند. باید توجه داشت که والدین کودکان کم توان ذهنی در تمام مراحل رشد کودک معلول خود، بارها و بارها مراحل شوک را تجربه نموده و بار استرس زیادی را متحمل می شوند. به این ترتیب سلامت و بهداشت روانی خانواده های کودکان معلول به شدت در معرض خطر قرار دارد.

قابل ذکر است که افراد کم توان ذهنی حدود ۲/۳ درصد جامعه برآورد شده اند و باتوجه به حضور چند نفر در خانواده هر یک از آنها، درصد قابل ملاحظه ای از جمعیت کشور با مشکلات کودکان کم توان ذهنی درگیر بوده و لذا نباید مورد غفلت قرار گیرند (سیف نراقی، ۱۳۸۲).

در شرایط فعلی و علی‌رغم یافته‌های فوق‌به‌خانواده‌های کودکان کم‌توان ذهنی به اندازه کافی توجه نمی‌شود و گاهی دست‌اندرکاران آموزش کودکان دارای نیازهای ویژه از کنار والدین- این مهمترین منبع اطلاعات درباره کودک و قویترین حامی کودک- به‌سادگی می‌گذرند. از آنجا که استرس و فشار روانی عملاً توانایی مادر را برای مقابله با مشکل کاهش می‌دهد لذا اهمیت این تحقیق از آن جهت است که با آشنایی به وضعیت استرس می‌توان با اتخاذ تدابیری از میزان آن کاست که این امر به نوبه خود موجب افزایش توان مادر در برخورد با مشکلات کودک کم‌توان ذهنی می‌شود. باتوجه به اینکه بیشتر پژوهش‌هایی که در زمینه کودکان استثنایی انجام گرفته بر کودکان معلول متمرکز شده است و در این میان والدین کودکان کم‌توان ذهنی افراد فراموش شده‌ای هستند که نقش و مسوولیت خطیر آنها در برابر کودک استثنایی شان کم‌اهمیت انگاشته شده است. و باتوجه به اینکه افسردگی همچنان به عنوان یک مساله چالشگر بهداشت روانی باقی‌است (به‌گونه‌ای که هنوز کارهای زیادی پیرامون آن بایستی انجام شود)، و از طرفی ضرورت خاص انجام این تحقیق به دلیل نیاز کودکان کم‌توان ذهنی به خانواده- بویژه مادر- به عنوان یک پایگاه حمایتی و تربیتی و آموزشی که می‌بایستی از سلامت روانی برخوردار باشند، لزوم انجام این پژوهش را بیشتر می‌کند. در نهایت با شناخت تاثیر این مساله و با آموزش فوق‌بتوان سطح کارآمدی والدین مخصوصاً مادران این کودکان را بالا برد. علاوه بر آن یافته‌ها می‌تواند دستاوردهایی برای متخصصان (بهداشت روانی، درمان و آموزشی) معلمان و والدین داشته باشد تا با انجام مداخلات زودهنگام از آسیب‌زایی و اثرات مخرب این مشکل بر والدین و دیگر اعضای خانواده مخصوصاً کودک کم‌توان ذهنی کاست و بهداشت روانی خانواده را ارتقا بخشید.

بررسی‌های انجام گرفته در ایران حاکی از آن است که بیشتر مطالعات و تحقیقات در مورد خانواده‌هایی که فرزند عقب‌مانده دارند. مربوط به مراقبت و توانبخشی فرزند معلول بوده و درمورد تجربه مادران از داشتن فرزند کم‌توان ذهنی تحقیق خاصی انجام نشده است. در راستای نقش مهم زنان در زمینه ارتقاء بهداشت کودک و خانواده و توانمندی لازم آنان در ارائه خدمات حرفه‌ای و تخصصی شان و کاهش اثرات آسیب‌پذیری آنان و ایفای نقش‌های همسری، مادری ضرورت انجام این تحقیق را توجیه می‌نماید.

هدفهای تحقیق

هدف این پژوهش، تعیین اثر بخشی آموزش بازسازی شناختی مبتنی بر تمثیل بر میزان افسردگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی است.

فرضیه ها

مشاوره گروهی به روش بازسازی شناختی مبتنی بر تمثیل بر کاهش افسردگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی موثر است.

تعاریف مفهومی و عملیاتی واژه ها و اصطلاحات

تعریف نظری افسردگی: احساس افسردگی یا دلتنگی تقریباً هر روز، کاهش کارآمدی در شغل و درکل زندگی، کاهش لذت بردن از فعالیتهایی که قبلاً لذت بخش بوده، کناره گیری از روابط اجتماعی، منفی گرایی و اختلال در عملکرد شناختی، اعتماد به نفس پائین، احساس ناامیدی و بی پناهی، افکار مرگ و خودکشی یا رفتار خودکشی گرایانه، احساس خستگی و فقدان انرژی، تغییر الگوی خواب، تغییر اشتها و عادات خوردن و سختی در تمرکز همراه است (جانگسما و پالچ، ۲۰۰۰).

تعریف عملیاتی افسردگی: در پژوهش حاضر منظور نمرات افسردگی در حد متوسط (۱۰ تا ۱۸) است که مادران کودک کم توان ذهنی در پاسخ به پرسشنامه افسردگی بک بدست می آورند.

تعریف نظری بازسازی شناختی:

بازسازی شناختی مبتنی بر تمثیل روشی است که با استفاده از تمثیل و داستانهای بومی و فرهنگی (که اساساً نوعی بازنگری و بازسازی را در دل خود دارند) به تسهیل شناسایی و مواجهه با خطاهای فکری، باورهای غیر منطقی، تحریف های شناختی و افکار خود آیند کمک می کند (صاحبی، ۱۳۸۷).

تعریف عملیاتی بازسازی شناختی: برنامه مداخلاتی که براساس رویکرد الیس و بک و با استفاده از تمثیلات مرتبط با افکار و باور های غیر منطقی تدوین شده و مطابق با راهنمای پیوست درگروه اجرا شده است.

فصل دوم:

پیشینه پژوهش

افسردگی

افسردگی یکی از رایجترین انواع ناراحتی های روانی است که باعث مراجعه به روان پزشکان، روان شناسان و دیگر متخصصان بهداشت روانی می گردد. امروزه افسردگی با سرماخوردگی در میان انواع ناراحتی های جسمی قابل مقایسه است (سلیگمن^۱، ۱۹۷۵).

گوتلیب و همکاران (۲۰۰۰) به اهمیت این موضوع متذکر شده اند و خاطر نشان کردند که میزان افسردگی آنقدر نگران کننده است که سازمان جهانی بهداشت تلاش همه جانبه و جهانی را برای مطالعه در مورد این بیماری _ که نقطه آغاز ناتوانی در اواسط زندگی است _ را شروع کرده است (هاشم نژاد، ۱۳۸۶).

دریک بررسی انجام شده، ۱۵ بیماری مهم از نظر اولویت تعیین شدند که از بین این بیماریها، افسردگی چهارمین اختلال مهم تا سال ۱۹۹۰ محسوب شده است. اما طبق برآوردهای سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۰۲ افسردگی به عنوان دومین علل مرگ و میر زودرس در جهان محسوب می شد (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۰۲).

سازمان جهانی بهداشت پیش بینی می کند تا سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین بیماری بزرگ جهانی خواهد بود (کنی، ۲۰۰۷، به نقل از امیدی، محمد خانی، دولتشاهی و پور شهباز، ۱۳۸۷).

در هر مقطع از زمان ۱۵-۲۰٪ از بزرگسالان، تا حدی از نشانه های افسردگی رنج می برند و حداقل ۱۲٪ به میزانی از افسردگی که آنها را در مرحله ای از زندگی به سمت درمان بکشاند، مبتلا هستند و حدس زده می شود که حدود ۷۵٪ موارد بستری در بیمارستانهای روانی را موارد افسردگی تشکیل می دهند (فنل ۱۹۸۹، ترجمه قاسم زاده، ۱۳۸۵).

در بررسی های متعددی شیوع افسردگی در زنان دو برابر مردان گزارش شده که ناشی از وضعیت بیولوژیک، سایکولوژیک و محیط روانی - اجتماعی و اقتصادی زنان می باشد (گنجی، ۱۳۷۹؛ لوری آلتشولر^۳، ۲۰۰۱). تقریباً در همه کشورهای صنعتی زنان دو برابر مردان افسردگی را تجربه می کنند. این موضوع در تحقیقات ویزمن و

1 - Seligman

2 - World Health Organization

3 - Altshuler lori

همکاران (۱۹۹۱) و ویزمن و کلرمن^۱ (۱۹۸۹) ثابت شده است (به نقل از احدی و حسن زاده، ۱۳۷۹). و نیز در مطالعات همه گیرشناسی در غرب (ویزمن و کلرمن^۲، ۱۹۷۷؛ بوید^۳ و سیمن، ۱۹۸۱) و در تایوان (شانگ^۴، ۱۹۸۹) نشان داده شده است که میزان افسردگی در زنان نسبت به مردان بیشتر است (سان فیلیپو^۵، ۱۹۹۴، به نقل از هاشم نژاد، ۱۳۸۶).

نتایج تحقیقات آنها نشان داد که ۲۶٪ از زنان افسردگی را در زندگی تجربه می کنند، در حالی که فقط ۲٪ از مردان آن را تجربه می کنند. افسردگی از عوامل متعددی می تواند ناشی شود. این عوامل شامل وراثت، اختلال در فعالیت شیمیایی و هورمونی بدن، تجارب خانوادگی، از دست دادن یکی از والدین و بسیاری دلایل دیگر است. یکی از نظریه های تبیین کننده در این مورد نظریه الگوی نرینگی است.

برطبق الگوی نرینگی^۶، نرینگی در سازگاری روانی اهمیت بیشتری دارد و بررسی ادبیات پژوهشی نشان می دهد که سطوح بالایی از نرینگی با سطوح پایینتری از افسردگی و با سازگاری روانی بیشتر ارتباط دارد (باسوف و گلاس^۷، ۱۹۸۲، تیلور و هال^۸، ۱۹۸۲، واتیلی^۹، ۱۹۸۵، به نقل از هاشم نژاد، ۱۳۸۶). در حالیکه سطوح بالاتری از مادینگی^{۱۰} با سطوح بالاتری از افسردگی و سازگاری روانی کمتر ارتباط دارد (والد و همکاران^{۱۱}، ۱۹۹۴، به نقل از احدی و حسن زاده، ۱۳۷۹).

نتایج پژوهش های مختلف در کشور ما نیز نشان می دهد که میزان شیوع اختلالات روانی (علایم جسمانی، اضطراب و اختلالات خواب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی) در زنان بیشتر از مردان است که با نتایج دیگر پژوهش های انجام گرفته در جهان هم خوانی دارد (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۰).

1- Weissman & Klerman

2 - Weissman & Klerman

3 - Boyd

4 - Chang

5 - Sanfilipo

6 - Masculinity

7- Bassoff & Glass

8 - Taylor & Hall

9 - Whitely

10 - Femininity

11 - Waelde & etal