بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلالات رشدی و اختلالات رفتاری مخرب و فلج مغزی

* **حسین جناابادی**: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران (* نویسنده مسئول). hjenaabadi@ped.usb.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۵/۱/۲۱ تاریخ پذیرش: ۹۵/۵/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: تولد فرزند سلامت روان خانواده را تحت تأثیر خود قرار داده و باعث بروز تغییراتی می‌شود و جهت سازگاری با این تغییرات، والدین متحمل استرس‌های زیادی خواهند شد. لذا هدف از انجام این مطالعه، اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی‌رفتاری بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلالات رشدی و اختلالات رفتاری مخرب و فلج مغزی بود.

روش کار: از بین مادران دارای کودکان مبتلا به اختلالات رشدی و اختلالات رفتاری مخرب و فلج مغزی مراجعه کننده به کلینیک‌ها و مراکز بهزیستی شهر زاهدان و خصوصی ۴۸ مادر با ۱ انحراف معیار بالاتر از میانگین در افسردگی، اضطراب و استرس انتخاب شدند. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس، افراد انتخاب و در دو گروه آزمایش (۲۴ نفر) و کنترل (۲۴ نفر) قرار گرفتند. با استفاده از یک طرح آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون، گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۲ تا ۲/۵ ساعته تحت آموزش مدیریت استرس قرار گرفتند، در حالی که در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. هر دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لاویبوند و لاویبوند (DASS) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که نمرات مادران گروه آزمایش در متغیر افسردگی و اضطراب پیش آزمون در درجه شدید و در پس‌آزمون در درجه متوسط بودند و در متغیر استرس در پیش‌آزمون در درجه شدید بود که بعد از درمان به درجه خفیف کاهش پیدا کرد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی درمان شناختی رفتاری، این درمان می‌تواند جزء برنامه‌های مداخلاتی در مادران کودکان دارای نیازهای ویژه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: مدیریت استرس، سلامت روان، اختلالات رشدی، اختلالات رفتاری مخرب، فلج مغزی

مقدمه

مراقبت از کودک بیمار اثر چشمگیری بر خانواده داشته و والدین این کودکان در مقایسه با والدین کودکان دارای رشد سالم، استرس و اضطراب فزاینده‌ای را تجربه می‌کنند (۱-۳). بااین‌حال، این اثر بر اساس ماهیت اختلال و برخی از متغیرهای خانواده متغیر است. اختلالات ناگهانی که دارای آغاز حاد هستند، در مقایسه با اختلالات مزمن اثر متفاوتی بر زندگی خانواده دارند (۴).

اختلالات روانی نه‌تنها سبب ناکارآمدی بیماران روانی می‌شوند، بلکه خانواده‌های آن‌ها را نیز به شدت تحت تأثیر قرار داده و عملکرد آن‌ها را مختل می‌سازند (۵). این تأثیرگذاری در ابعاد مختلفی قابل مشاهده بوده و در مجموع، بهزیستی خانواده را کاهش داده و فشار زیادی بر آن تحمیل می‌کند و همه اعضای خانواده به‌نوعی درگیر بیماری و پیامدهای آن می‌شوند (۶). حضور در این خانواده‌ها، اغلب فشار عینی و ذهنی عمده‌ای را بر سایر اعضای خانواده (به‌خصوص مادران) تحمیل می‌کند (۷).

اصلاح فشار مراقبت اغلب دامنه وسیعی از مشکلات را دربر می‌گیرد که ممکن است مراقبان خانوادگی تجربه کنند (۱). پرورش کودک مبتلا به اختلالات روانی مانند فشار زیادی را بر همه اعضای خانواده تحمیل می‌کند (۸). این فشارها شامل مشکلات مربوط به تعاملات والدین و کودک، خواهران و برادران و کودک و ناسازگاری زناشویی فزاینده می‌شود (۲). علاوه بر این، پژوهش‌ها نشان داده‌اند مادران کودکان مبتلا به اختلالات روانی، شایستگی والدینی و رضایت زناشویی کمتر و استرس خانوادگی و مشکلات سازگاری بیشتری در مقایسه با مادران کودکان

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

طبیعی تجربه می‌کنند (۳).

والدین این کودکان، نه‌تنها با مشکل مراقبت از کودک بیمار مواجهه هستند، بلکه باید از خواهر و برادران کودک بیمار که نسبت به دیگران به میزان بیشتری دچار اختلال یا اختلالات زیرآستانه‌ای هستند مراقبت نمایند (۶). لینهارت (۹) وقوع مشکلات روانی را در والدین و خواهر و برادران کودکان مبتلا به اختلالات روانی را بررسی نمود و بیان داشت این خانواده‌ها به دلیل استرس و فشار ناشی از مراقبت در معرض خطر فزاینده مشکلات مربوط به سلامت روان هستند. از آنجائی که میزان استرس والدینی و رضایت زناشویی تجربه شده با شدت اختلال رفتاری کودک رابطه مستقیم دارد (۱) از این نظر، ماهیت اختلال نقش مهمی دارد، بدین معنی که اختلالات بیرونی نسبت به اختلالات درونی استرس بیشتری ایجاد می‌کنند (۶).

مشکلات سلامت روان در این خانواده‌ها به‌قدری است که سلامت روان سایر اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۶). مطالعات دیگری نشان داد خانواده‌ی کودکان مبتلا به اختلالات روانی به میزان بیشتری به اختلالات خلقی، اضطرابی مبتلا بوده و از بیماری‌های نیمه بالینی رنج می‌برند (۴).

به‌طورکلی هر فردی در زمان و شرایط خاص دارای آستانه‌ی تحمل معینی در مقابل استرس می‌باشد. وقتی فشار از حد توان شخص بگذرد ناچار اختلال‌های روانی و هیجانی نشان خواهد داد (۹). یکی از استرس‌هایی که فشار روانی زیاد ایجاد می‌کند، استرس ناشی از فرزند بیمار داشتن است که می‌تواند اثرات بلندمدت داشته باشد و بنیادهای اساسی خانواده فرد را نیز در معرض خطر جدی قرار می‌دهد (۱۰).

باوجوداینکه داشتن فرزند به مادر احساس لذت، غرور و رشد شخصی می‌بخشد امّا چالش‌هایی را نیز به وجود می‌آورد و به همین دلیل استرس-زاست (۱۱). این چالش‌ها می‌توانند عوارض منفی به همراه داشته باشند به‌طوری این والدین نسبت به افرادی که فرزند ندارند از سطح بیشتری از اضطراب و افسردگی برخوردارند (۱۲). علاوه بر این، مادران کودکان بیمار و دارای نیازهای ویژه تحت فشار و استرس زیادی قرار دارند (۱۳).

در برخی مطالعات میزان استرس فرزندپروری با شدت ناتوانی و نوع مشکل (۱۴) مرتبط دانسته شده است و مادران کودکان با نیازهای ویژه استرس بیشتری را نسبت به مادران کودکان عادی تجربه می‌کنند (۱۵) و افزایش میزان استرس فرزندپروری بر توانایی والدین در مراقبت از کودکان تأثیر می‌گذارد که با پیامدهای منفی برای کودک همراه است (۱۶).

برخی از پژوهش‌ها، بر اساس اینکه بعضی از ناتوانی‌ها از برخی دیگر شدیدتر هستند و با توجه به سطح کارکرد تحولی (۱۶) یا میزان فراوانی اختلالات و مشکلات رفتاری (۱۷) در کودکان اقدام می‌کنند و پژوهش‌های دیگر، بر اساس ادراک والدین از شرایط کودک بدون توجه به شرایط موجود به بررسی استرس فرزندپروری پرداخته‌اند (۱۸) و نشان دادند که میزان استرس فرزندپروری با شدت ناتوانی کودک پیوند بالایی دارد (۱۹). گوپتا (۲۰) با مقایسه استرس والدین کودکان با اختلال فلج مغزی، اختلالات تحولی به این نتیجه رسید که استرس در والدین کودکانی که اختلال آن‌ها علائم رفتاری بیشتری دارد، بیشتر است (۶) با توجه به مطالب گفته شده می‌توان نتیجه گرفت که با بررسی و مقایسه میزان استرس در والدین کودکان با نیازهای ویژه می‌توان اولویت‌های مداخلات درمانی را در این والدین تعیین و با استفاده از روش‌های مداخله‌گرانه مدیریت استرس فرزندپروری از بسیاری مشکلات والدین در فرزندپروری ممانعت نمود.

اضطراب مؤلفه دیگری است که به دنبال استرس‌های زیاد بروز می‌کند (۲۱) و وجود کودک مشکل‌دار باعث ایجاد اضطراب و استرس جسمانی و روحی و روانی بر خانواده و به‌ویژه مادر شده و والدین کودکان مبتلا به ناتوانایی‌های رشدی، استرس زیادی را متحمل می‌شوند (۲۲). از طرفی بین وقوع استرس‌های منفی و شروع افسردگی رابطه مثبتی وجود دارد و حدود ۲۰ تا ۵۰ درصد افرادی که استرس‌های شدیدی تجربه می‌کنند دچار افسردگی می‌شوند (۲۳) میزان شیوع افسردگی در مادران کودکان مبتلا به اختلالات

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

رشدی نسبت به مادران کودکان سالم بیشتراست (۲۴). مشکل رفتاری کودک بیشتر از خود ناتوانایی کودک برای مادر، استرس‌زا است (۲۵).

از میان درمان‌های مؤثر بر افسردگی، اضطراب و استرس، رفتاردرمانی شناختی، آن‌گونه که توسط بک و همکارانش معرفی شده، بیش از حد مورد استقبال و همچنین مورد ارزیابی قرار گرفته و اثرآفرین بوده است، فرض اساسی رفتاردرمانی شناختی این است که افراد با نحوه تعبیر رویدادها و موقعیت‌ها، در مشکلات روان‌شناختی خود و نشانه‌های خاص، دخالت زیادی دارند. این درمان براین اساس استوار است که شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتارها به نحو چشمگیری بر یکدیگر تأثیر داشته، رابطه علت و معلولی دارند (۲۶). در این روش افراد بیشتری شرکت می‌کنند و گروه فرصتی برای آموزش‌های میان‌فردی فراهم می‌کند؛ همچنین تجربه‌های گروهی به واقعیت زندگی روزمره مراجعه‌کنندگان نزدیک‌تر است و می‌توان به ایجاد امید، عمومیت، انتقال اطلاعات، نوع‌دوستی، رشد مهارت‌های اجتماعی، رفتار تقلیدی، یادگیری همنشینانه، تجربه عاطفی تصحیحی و تخلیه روانی اشاره کرد (۲۷).

این درمان در اصل برای غلبه بر افسردگی، آسیمگی، هراس‌ها، اضطراب، خشم، مسائل ارتباطی طراحی و همواره موفقیت‌آمیز بوده است و پژوهش‌های هاوتون، سالکوس و کلارک (۲۶) و تاد، بوهارت (۲۸)، اثربخشی رفتاردرمانی شناختی را در کاهش افسردگی، اضطراب و اختلالات خلقی را نشان دادند. با توجه به مطالبی که عنوان شد، موج سوم درمانی نوپاست که در مراکز علمی معتبر جهان بسیار مورد توجه و کاربرد برای فوریت‌ها و مداخله در بحران‌ها و درمان بیماران آشفته و اختلال‌های پیچیده قرار گرفته است. انجام این پژوهش نیز می‌تواند زمینه‌ای مناسب برای بررسی و آموزش مدیریت استرس بر سلامت روان باشد. از آنجا که در زمینه کیفیت زندگی این گروه از مادران تابه‌حال در ایران هیچ‌گونه تحقیقی صورت نگرفته است، چنین پژوهشی برای تعیین میزان آسیب‌ها و حیطه‌های آسیب‌دیده احتمالی لازم به نظر می‌رسد تا با توجه به اطلاعات به دست آمده بتوان برنامه‌ریزی مناسبی برای این گروه از افراد به عمل آورد و هدف اساسی این پژوهش بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر سلامت روان (افسردگی، اضطراب و استرس) مادران کودکان مبتلا به اختلالات رشدی شامل عقب‌ماندگی ذهنی، اختلالات نافذ رشد، اختلالات یادگیری و زبانی و اختلالات رفتاری مخرب شامل اختلالات سلوک، اختلال بیش فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای و فلج مغزی است.

روش کار

طرح این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی با گروه کنترل، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری این تحقیق شامل مادران کودکان مبتلا به اختلالات رشدی و اختلالات رفتاری مخرب و فلج مغزی بودند که در کلینیک‌ها و مراکز بهزیستی و خصوصی زاهدان پذیرش شده و طبق تشخیص پزشک متخصص طبق نیازهایشان از خدمات کاردرمانی جسمی ذهنی، فیزیوتراپی و گفتاردرمانی استفاده می‌کردند شناسایی و با جلب رضایت مادران و جلسه توجیهی گروهی (که شامل ارزیابی هدف بود) از افرادی که تمایل به شرکت در آزمون داشتند آزمون گرفته و افراد واجد شرایط (اکتساب نمرات ۱ انحراف معیار بالاتر از میانگین) دعوت به عمل آمد و درصورت رضایت شرکت در آزمون از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و طبق منشور اخلاق بهزیستی حق مراجع برای آنان محفوظ شمرده شد تا در هر زمانی که نیاز به ترک گروه داشتند از گروه خارج شوند.

با توجه به اینکه در پنجمین طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی آمریکا اختلالات دوران کودکی به اختلالات عصبی و رشدی تقسیم شده است لذا در این پژوهش که بر اساس پنجمین طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی آمریکا انجام شده است از همان طبقه‌بندی استفاده می‌گردد تا تأثیر درمان واحد را بر اختلالاتی که با یکدیگر شباهت بسیاری دارند بررسی گردد.

گروه نمونه شامل ۴۸ مادر کودکان مبتلا به اختلالات رشدی و اختلالات رفتاری مخرب و فلج

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

مغذی بودند که بعد از ریزش به‌صورت ۴۲ نفر رسید. ابتدا به‌واسطه جدول اعداد تصادفی افراد به‌صورت کاملاً تصادفی به دو گروه A و B تقسیم شدند و در هر گروه ۲۴ بیمار اختصاص یافت. در این مرحله دو گروه از نظر وضعیت تحصیلات، شغل و سنین ابتلا به بیماری و سال‌های بیماری همسان‌سازی گروهی شدند. در نهایت، به‌صورت تصادفی به دو گروه مداخله و یک گروه کنترل انتساب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱- دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلالات رشدی و اختلالات رفتاری مخرب و فلج مغزی در فرزندان؛ ۲- حداقل تحصیلات راهنمایی؛ ۳- دامنه سنی ۱۹ تا ۳۶ سال؛ ۴- عدم دریافت درمان روان‌شناختی هم‌زمان با هدف درمان اختلال اضطراب، افسردگی و استرس؛ ۵- داشتن کودکان بیمار زیر ۱۲ سال که پس از جلب رضایت آزمودنی‌ها، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را دریافت کردند.

ابزار پژوهش شامل مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لاویبوند و لاویبوند (DASS، Lovibond & Lovibond) مجموعه‌ای از ۳ مقیاس‌گذاری دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است (۲۸) آنتونی و همکاران (۲۹) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آن‌ها حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. ضریب آلفا برای عوامل افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۰،۹۲/۹۷ و ۰/۹۵ بود. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه انتونی و همکاران (۲۹) حاکی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۲۸ ببین اضطراب و افسردگی بود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۳۰) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی و اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به‌ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش نموده‌اند. هریک از خرده مقیاس‌های آزمون شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هرکدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به ان به دست میاید.

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش در مورد ۴۲ نفر در دو گروه آزمایش و گروه کنترل اجرا گردید، که هریک از گروه‌ها به ترتیب شامل ۲۱ آزمودنی بود. دامنه سنی افراد شرکت‌کننده در آزمایش ۱۹ تا ۳۶ سال بود. میانگین سنی گروه آزمایش ۶/۷۱ ±۲۵/۷۱ و گروه کنترل ۵/۳۷ ± ۲۷/۳۲ سال بود. تحصیلات گروه آزمایش به ترتیب با ۳۸/۰۹ در مقطع دیپلم، ۲۸/۵۸ مقطع راهنمایی، ۲۳/۸۰ مقطع لیسانس و ۹/۵۳ درصد در مقطع فوق‌لیسانس و در گروه کنترل به ترتیب بیشترین درصد مربوط به مقطع دیپلم با ۴۲/۸۵، مقطع راهنمایی با ۳۳/۳۳ درصد، مقطع لیسانس با ۱۹/۰۵ درصد و مقطع فوق‌لیسانس با ۱۴/۲۸ درصد کمترین میزان را به خود اختصاص دادند. بیشترین درصد مادران در هر دو گروه خانه‌دار بودند و در هر دو گروه بیشتر خانواده‌ها تک‌فرزند داشتند ولی در گروه آزمایش ۳ فرزند و بیشتر بعد از تک‌فرزندی بالا بود ولی در گروه کنترل خانواده‌های ۲ و ۳ فرزند بعد از تک‌فرزندی با یکدیگر مساوی بودند. شدت بیماری در فرزندان آزمودنی‌ها موردنظر آزمایشگران نبود و این متغیر کنترل نشد. نتایج حاصل از بررسی اطلاعات جمعیت شناختی در بین دو گروه نشان داد که خانواده‌های مورد مطالعه از نظر تحصیلات، شغل و تعداد فرزندان بین دو گروه از خانواده‌ها تفاوت معناداری دیده نمی‌شود (با توجه به اینکه گروه‌های نیمه آزمایشی شباهت‌هایی به یکدیگر دارند و ما نمی‌توانیم قطعاً گروه‌های مشابه یکدیگر انتخاب کنیم لذا گروه‌های انتخاب شده را مقایسه می‌کنیم و متوجه می‌شویم تفاوت معناداری بین آنان وجود ندارد).

همان‌گونه که جدول شماره ۱ می‌توان مشاهده نمود، بررسی وضعیت نوع اختلال نشان داد که در این پژوهش در گروه آزمایش فرزندان مبتلا به اختلالات رفتاری مخرب بیشترین و در گروه کنترل اختلالات رشدی بیشتر از سایر خانواده‌ها

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول ۱- وضعیت کودکان مورد مطالعه

متغیر			گروه آزمایش	گروه کنترل
			فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
نوع اختلال	اختلالات رشدی	عقبماندگی ذهنی	۲ (۹/۵۳)	۳ (۱۴/۲۸)
		اختلالات نافذ رشد	۴ (۱۹/۰۵)	۴ (۱۹/۰۵)
		اختلالات یادگیری و زبانی	۱ (۴/۷۷)	۱ (۴/۷۷)
		اختلالات سلوک	۲ (۹/۵۳)	۳ (۱۴/۲۸)
	اختلالات رفتاری مخرب	اختلال بیش فعالی	۵ (۲۳/۸۰)	۴ (۱۹/۰۵)
		اختلال نافرمانی مقابله ای	۱ (۴/۷۷)	۰
	فلج مغذی		۶ (۲۸/۵۸)	۶ (۲۸/۵۸)
رتبه تولد	اول		۱۱ (۵۲/۳۹)	۱۰ (۴۷/۶۲)
	دوم		۵ (۲۳/۸۰)	۶ (۲۸/۵۸)
	سوم		۵ (۲۳/۸۰)	۵ (۲۳/۸۰)
جنسیت	دختر		۱۲ (۵۷/۱۵)	۱۱ (۵۲/۳۹)
	پسر		۱۰ (۴۷/۶۲)	۱۱ (۵۲/۳۹)

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون

شاخص		تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
متغیر			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	گروه آزمایش	۲۱	۲۶/۵۴	۹/۳۷	۱۶/۵۲	۵/۶۳
	گروه کنترل	۲۱	۲۵/۳۶	۶/۰۶	۲۵/۳۱	۵/۴۸
اضطراب	گروه آزمایش	۲۱	۱۸/۱۲	۷/۲۶	۱۲/۳۱	۳/۴۷
	گروه کنترل	۲۱	۱۸/۶۴	۵/۱۶	۱۹/۷۴	۴/۶۲
استرس	گروه آزمایش	۲۱	۲۸/۳۳	۳۱/۱۴	۱۹/۲۱	۴/۲۵
	گروه کنترل	۲۱	۲۷/۰۷	۶/۷۴	۲۶/۴۸	۴/۰۲

شرکت داشتند و فرزند مبتلا به اختلالات روانی در خانواده بیماران نشان داد که بیشتر فرزندان مورد بررسی در این پژوهش، فرزندان مبتلا به اختلالات نافذ رشد بودند و درصد فرزندان مبتلا به اختلالات روانی در دختران بالاتر از پسران بود، بیشتر فرزندان در مدارس خاص و استثنایی تحصیل می‌کردند؛ و یا در مراکز خصوصی (کاردرمانی ذهنی) آموزش می‌دیدند.

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای استرس، اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

نمرات پیش‌آزمون در این جدول نشان داد که نمره پیش‌آزمون در گروه آزمایش افسردگی در درجه شدید (۲۶/۵۴) و در پس‌آزمون (۱۶/۵۲) در درجه متوسط و اضطراب با (۱۸/۱۲) در درجه شدید و در پس‌آزمون (۱۲/۳۱) درجه متوسط و استرس در پیش‌آزمون گروه آزمایش (۲۸/۳۳) در درجه شدید بود که بعد از درمان به (۱۹/۲۱) در درجه خفیف قرار گرفت ولی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل تغییری نکرد و در برخی متغیرها افزایش نیز یافت.

قبل از استفاده از تحلیل ANCOVA پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. همان‌طور که نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان می‌دهد، توزیع نمرات در جامعه نرمال بود. از این رو پیش فرض نرمال بودن نمرات تائید شد. همچنین پیش فرض تساوی واریانس با آزمون Leven مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که پیش فرض تساوی واریانس‌ها برای نمرات پس آزمون ۳ متغیر افسردگی، اضطراب و استرس مورد تائید است ($p<۰/۰۵$). با توجه به این نتایج و تساوی حجم نمونه در دو گروه استفاده از تحلیل ANCOVA به‌عنوان یک آزمون پارامتریک بلامانع است. نتایج تحلیل ANCOVA در جدول ۴ ارائه شده است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول ۳- نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در بررسی فرض نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	شاخص	آماره	درجه آزادی	سطح معنی داری
افسردگی	گروه آزمایش	۰/۹۷۲	۲۱	۰/۶۹۸
	گروه کنترل	۰/۷۲۳	۲۱	۰/۵۹۲
اضطراب	گروه آزمایش	۰/۹۴۰	۲۱	۰/۶۲۲
	گروه کنترل	۰/۹۲۳	۲۱	۰/۵۸۹
استرس	گروه آزمایش	۰/۸۳۳	۲۱	۰/۵۱۲
	گروه کنترل	۰/۹۱۲	۲۱	۰/۶۰۱

جدول ۴- نتایج تحلیل ANCOVA نمرات افسردگی، اضطراب و استرس

مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
افسردگی	۱۳۲۴/۶۵۷	۱	۱۳۲۴/۶۵۷	۴۹/۵۰۹	۰/۰۰۱	۰/۶۵۹	۱
اضطراب	۹۲۳/۰۱۹	۱	۹۲۳/۰۱۹	۳۷/۳۵۶	۰/۰۰۱	۰/۵۳۷	۱
استرس	۱۴۴۷/۱۷۸	۱	۱۴۴۷/۱۷۸	۵۳/۱۹۸	۰/۰۰۱	۰/۷۲۱	۱

نتایج جدول ۴ نشان داد بین میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس هر دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر بالا نشان داد بیشترین تفاوت بین دو گروه ناشی از مداخله مدیریت استرس است. توان آماری ۱ نشان می‌دهد که احتمال خطای نوع دوم صفر است و نتایج قابلیت تعمیم دهی بالایی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش مهارت مدیریت استرس منجر به کاهش با ثبات علائم در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس شدند. این امر احتمالاً به دلیل تأکید روش‌های شناختی رفتاری بر افکار ناکارآمد، باورهای هسته‌ای و زیر بنایی است که در مادران کودکان مبتلا به اختلالات روانی معیوب شده است.

نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیماران به وضوح کاهش در خرده مقیاس‌های سلامت روان؛ استرس، اضطراب و افسردگی را بعد از اجرای مدیریت استرس به شیوه رفتاردرمانی شناختی در مقایسه با گروه کنترل نشان داد که خود مؤید اثربخشی آن است. این درمان در اصل برای غلبه بر افسردگی، آسیمگی، هراس‌ها، اضطراب، خشم، مسائل ارتباطی طراحی و همواره موفقیت‌آمیز بوده است (۲۶) و امروزه از میان درمان‌های مؤثر بر افسردگی و اضطراب رفتاردرمانی شناختی، آن‌گونه که بک و همکارانش معرفی کردند بیش از حد مورد استقبال و ارزیابی قرار گرفته و اثرآفرین بوده است.

در راستای این نتیجه می‌توان از پژوهش‌های تیلور و مارشال، بک، بلینی، وایس من، کووکس، لتی مر و سوویت والیس و تیزدیل نام برد که نشان دادند، رفتاردرمانی شناختی اثر فوری و سودمندی بر خلق و هیجان و افسردگی دارد (۳۱). علاوه بر این، قدسی و ماکسول، اتو، پاورز و فیشمن، اسپادا، نیک و بک، مونتا و ابرسون نشان دادند که گروه رفتاری شناختی در درمان اختلالات افسردگی و اضطراب و استرس مؤثرند (۲۶، ۶).

این در صورتی است که این پژوهش‌ها در بیمارانی صورت گرفته است که دچار افسردگی، اضطراب و استرس شدیدی بوده‌اند و دلیل نواوری این پژوهش این است که در بیمارانی صورت گرفت که در حالت بحران به سر نمی‌بردند و در زندگی روزمره خود رفتارهای مخاطره‌آمیز خودکشی را نداشتند ولی به خاطر مزمن بودن بیماری کودکانشان از لحظه تولد این احساس‌ها را با خود حمل کرده و همراه داشتند.

عدم دسترسی به خانواده‌ها با شدت بیماری متفاوت در فرزندان، محدودیت زمانی، پیگیری تداوم زمانی و انتقال بلندمدت مهارت‌ها بر بهبود عملکرد از محدودیت‌های این پژوهش هستند. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش به آن دسته از مادرانی قابل تعمیم است که درصد درمان برمی‌آیند، در نهایت، این‌که گروه نمونه تنها از زنان تشکیل شده بود. بنابراین، یافته‌های این پژوهش

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

تنها به مادران مبتلا به اضطراب، استرس و افسردگی قابل تعمیم است. به‌منظور بررسی دقیق‌تر اثربخشی این رویکرد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌هایی با کنترل و جایگزینی تصادفی استفاده شود و زیرگروه‌های بیماران مدنظر قرار گیرد. اثربخشی این رویکرد با رویکردهای دیگر مقایسه شود .دوره طولانی‌تر پیگیری در نظر گرفته شود، اثربخشی این رویکرد در پدران مبتلا به اضطراب، استرس و افسردگی نیز مطالعه گردد.

این پژوهش نشان داد که مهارت‌های مدیریت استرس بر سلامت روان مادران با کودکان مبتلا به اختلال رشدی، اختلال رفتاری مخرب و همچنین فلج مغزی مؤثر است. با توجه به اثربخشی مهارت‌های مدیریت استرس در بهبود عملکرد این مادران، این راهبرد می‌تواند به‌عنوان بخشی از درمان بیماران به‌صورت یک برنامه مکمل اجرا شود.

تقدیر و تشکر

نویسنده مقاله وظیفه خود می‌داند از تمامی مادران شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال سپاسگزاری را داشته باشد که با قدرت تمام در برابر بیماری فرزندانشان مقاومت کردند.

منابع

1. Dowdell EB. Caregiver burden: grandmothers raising their high risk grandchildren. J psychology. Nurs. Ment. Health Serv; 1995. 33: 27-30.

2. Hankin CS. ADT-ID and its impact on the family. Drug Benefits Trends; 2001. 13: 15-16.

3. Sanders JL, Morgan SM. Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome: implicatiations for intervention child. Pam. Behay. Then; 1997. 19: 15-32.

4. Sartorius N, Leff J, Lopez J, Ibor L, Maj M, Okasha A. Family & Mental Disorders. RC, translated by A Borjali, B AjilChi, M Salimi; 2012. [Persian].

5. Zamani N, Habibi M. Compare the influence of both dialectic and cognitive behavior therapies to maintain mothers' mental health whose children with Special needs. Journal of Research & Health Center; accept in 2015. [Persian].

6. Kogel RL. Consistent stress Profile in mothers of children with autism. J autism and Dev Dis; Jun 1992. 22(2): 205-216.

7. Barlow DH, Durand VM. Abnormal psychology (Third ed.), and Belmont: Wadsworth; 2002.

8. Lainhart JE. Psychiatric problems in individuals with autism, their parents and siblings. Int. Rev. Psychiatry; 1999. 11: 278-198.

9. Hakimjavadi M, Lavasani MGH, Haghighatgi M, Zebardast O. Relationship among depression,anxiety,stress and personality in veteran children. IJWPH; 2010. 3(1):9-16. [Persian].

10. Sajedi F, Vameghi R, Alizad V, Malek Khosravi G, Karimloo M, Ravarian A, et al. Is Anxiety More Common in Mothers of children with Cerebral Palsy? J Rehabil; 2011. 11 (5):15-20. [Persian].

11. Ostberg M. Parental stress, psychosocial problems, and responsiveness in helpseeking parents with small (2-45 months old) children. Acta Peadiatrica; 1998. 87: 69-76.

12. Crinc K, Greenberg MT. Minor parenting stresses with young children. Child development; 1997. 54:209-217.

13. Khodayarifard M, Parand A. Stress. Publication Teharn university; 1386. [Persian]

14. Baxter C A, Lotspeich LJ, Spiker D, Martin J L, Grether JK, Hallmayer JF. Brief report: Effect of maternal age on severity of autism. J Autism Dev Disord; 2007. 37:976-982.

15. Beck A, Hastings RP, Daley D, Stevenson J. Pro-social behaviour and behaviour problems independently predict maternal stress. J Pol Pract Intellect Disabil; 2004. 29(4): 339-349.

16. Hanson MJ, Hanline MF. Parenting a child with a disability: A longitudinal study of parental stress and adaptation. JEI; 1990. 14(3):234-248.

17. Briggs G, Margaret J. Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1-and 2-year-old children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr; 2001. 40(7): 811-819.

18. Plant KM, Sander MR. Predictors of caregiver stress in families of preschool-aged children with developmental disabilities. J Intellect Disabil Res; 2007. 51(2):109-124.

19. Fidler DJ, Hodapp RM, Dykens EM. Stress in families of young children with Down syndrome, Williams syndrome, and Smith-Magenis syndrome. Early Educ Dev; 2000. 11(4):395-406.

20. Gupta VB. Comparison of parenting stress in different developmental disabilities. J Dev Phys Disabil; 2007. 19(4): 417-425.

21. Schieve LA, Blumberg SJ, Rice C, Visser SN, Boyl C. The relationship between Autism and parenting stress. Pediatrics; 2007. 119 (1):114-121.

22. Hedov G, Anneren G, Wikblad K. Self-perceived health in Swedish parents of children

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

with Down syndrome. Qual Life Res; 2000. 9(4):415-22.

23. Barlow DH, Durand VM. Abnormal psychology (Third ed.), and Belmont: Wadsworth; 2002.

24. Olsson MB, Hwang CP. Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. J Intellect Disabil Res; 2001. 45(6): 535-543.

25. Zamani N, Zamani S, Habibi M. Comparison effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy and Cognitive Behavior Therapy on emotion regulation in the mother of Children with neurodevelopmental disorder. Journal of Research & Health Center; accept in 2015. [Persian].

26. Hawton K, Salkous K, Clarc K. Cognitive Behavior Therapy for psychiatric problems, a practical guide. Translated by: Ghasemzadeh H. Tehran: Arjomand Publication; 2002. [Persian].

27. Tad J, Bouhart A. Clinical psychologic principles and consultation. Translated by: Firooz Bakht M. Tehran: Rasa Publicatio; 1991. [Persian].

28. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety stress Scale (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behav Res Ther; 1995. 33(3):335-343.

29. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinton RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item version of the depression anxiety stress scale in clinical group and a community sample. Psychol Assess; 1998. 2:176-181.

30. Samani S, Jokar B. Reliability and validity of depression, anxiety, and stress scale-DASS. UMJ. 2007. 26(3):65-75. [Persian]

31. Hawton K, Salkovkis PM, Kirk J, Clark DM. Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems A Practical Guide: Press Oxford Universi; 1989.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

Survey on effectiveness of cognitive-behavioral stress management on mental health of mothers of children with developmental disorders, disruptive behavior disorders and cerebral palsy

***Hossein jenaabadi**, Associate Professor, Department of Educational and Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran (*Corresponding author). hjenaabadi@ped.usb.ac.ir

Abstract

Background: The purpose of this study was to determine the effectiveness of cognitive behavioral stress management on mothers of Children with developmental disorders, disruptive behavior disorders and cerebral palsy.

Methods: Of all mothers of children with developmental disorders, disruptive behavior disorders and cerebral palsy who referred to Behzisti clinics and private counseling centers Zahedan city and obtained 1 standard deviation upper than normal in depression, anxiety and stress 48 ones were selected. Samples were selected using convenient sampling and assigned into two experimental (n=24) and control (n=24) groups. Next, based on an experimental, pre and post-test method with control group, experimental participants received eight 2-2.5 hours stress management sessions while the control group received no intervention. The experimental and control individuals were assessed for depression, anxiety, and stress using Lovibond & Lovibond's Depression Anxiety Stress Scales (DASS).

Results: Covariance analysis showed that experimental mothers' depression and anxiety were severe in pretest and moderate in post-test, and their stress was severe in pretest and low in post-test ($p<0.001$).

Conclusion: Due to the effectiveness of cognitive behavioral stress management, it can be used as an interventional treatment in groups of mothers of children with special needs.

Keywords: Stress Management, Mental health, Developmental disorder, Disruptive behavior disorder, Cerebral palsy

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]