

میزان تأثیر آموزش بر شیوه های مقابله ای مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی آموزش پذیر

محسن سالاری* زهرا کاشانی نیا** اقدس دواچی*** محمد ذوالعدل**** دکتر غلامرضا بابائی*****

چکیده

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که به منظور تعیین میزان تأثیر آموزش بر شیوه های مقابله ای مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی آموزش پذیر مدرسه استثنایی لاله یاسوج انجام شده است. جامعه پژوهش در این مطالعه ۶۲ نفر از مادرانی بود که کودک عقب مانده ذهنی آنها در مدرسه استثنایی لاله یاسوج مشغول تحصیل بوده‌اند و بر اساس معیارهای پژوهش انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شده بودند. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه قبل و بعد از آموزش استفاده گردید. سپس اطلاعات توسط آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته های پژوهش نشان داد که آموزش باعث می شود تا مادران گروه مورد نسبت به گروه شاهد از شیوه های مقابله ای مشکل مدار بیشتر استفاده کنند و از شیوه های مقابله ای کمتر مفید و غیر مؤثر کمتر استفاده نمایند ($P < 0/001$). لذا با توجه به نتایج اکثر تحقیقات مبنی بر اینکه شیوه های مقابله ای مشکل مدار به عنوان سازگارترین شیوه های مقابله ای بوده و با سلامت روانی ارتباط مثبتی دارد، پیشنهاد می گردد که بعد از تشخیص عقب ماندگی ذهنی کودک جهت کمک به مادران این

کودکان در استفاده از شیوه های مقابله ای مشکل مدار، آموزش کلاسیک در مورد عقب ماندگی ذهنی (بر اساس نیازهای آموزشی) جهت آنها برگزار گردد.

واژه های کلیدی: آموزش، شیوه های مقابله ای، کودک عقب مانده ذهنی آموزش پذیر، یاسوج

مقدمه

پیشرفت علوم باعث طولانی شدن عمر نوزادان پرخطر شده و یقیناً وضعیت های مزمن را در کودکان افزایش داده است (۱). تقریباً ۱۰ تا ۱۵ درصد کودکان زیر ۱۸ سال دارای یک وضعیت یا بیماری مزمن هستند (۲). افزایش کودکان ناتوان وابسته به سرویس های پزشکی و آموزشی، باعث

* مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پرستاری و مامایی
** مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پرستاری
*** مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی
**** مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پرستاری
***** استادیار و عضو هیأت علمی دانشگاه تربیت مدرس، گروه آمار

عديده ای را برای خانواده ایجاد می‌کند (۹). در اکثر تحقیقات شیوه های متمرکز بر مشکل یا مشکل مدار از سازگارترین شیوه های مقابله ای شناخته شده‌اند و افرادی که از این شیوه ها استفاده می‌کنند، افسردگی و اضطراب کمتری دارند و از سلامت روانی بیشتری برخوردارند (۱۰). شیوه‌های هیجان مدار و شیوه های کمتر مفید و غیرمؤثر کارایی خوبی در تغییر منابع فشارزا ندارند و گاهی اثرات منفی نیز در پی دارند (۱۱).

اگر در مقابل حادثه های تنیدگی آور، درک واقعی و صحیحی از حادثه و همچنین شیوه های مقابله ای و حمایت مناسب موقعیتی وجود نداشته باشد، مشکل حل نمی‌شود و باعث بحران و اثرهای منفی می‌گردد (۶). طبق تحقیقات اگر پرستار با آموزشهای مناسب به خانواده‌ها از وابستگی زیاد کودک عقب مانده به خانواده جلوگیری کند، باعث کمک به توانایی خانواده برای مقابله و سازگاری می‌شود (۱۲). افزایش آگاهی مادران یکی از سه جزء مهم برنامه های مداخلاتی در مانگران و افراد حرفه ای در مقابل آشفتگی های روانی می باشد (۱۳) و در صورتی که فرد موقعیت را خوب بشناسد، می‌تواند روی آن کنترل داشته باشد (۱۰). وظیفه مهم پرستار است که مفهوم عقب ماندگی ذهنی را به خانواده توضیح دهد و خانواده را در سازگاری کمک نماید (۶).

بنابراین با توجه به تحقیقات انجام شده و اهمیت نقش شیوه های مقابله ای مشکل مدار در تسهیل سازگاری و پیشگیری از اثرات سوء فشار روانی، اگر بتوانیم با آموزش، شیوه های مقابله ای مشکل مدار را ارتقاء و شیوه های هیجان مدار و کمتر مفید و غیرمؤثر را کاهش دهیم، به بهداشت روانی مادر، کودک و خانواده کمک خواهد شد؛ لذا با توجه به آمار فزاینده کودکان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی و اثر آنها بر مادران، مطالعه "میزان تأثیر

نیاز شدید به مراقبت های بهداشتی و پرستاری با تمرکز بر خانواده شده است. همین منبع اضافه می‌کند که تولد یک کودک ناتوان در خانواده همیشه به عنوان یک حادثه ناخوشایند محسوب می‌شود (۳).

در دنیای امروزی علی‌رغم تمام پیشرفت‌ها، عقب‌ماندگی ذهنی یک نارسااحتی و وضعیت مادام‌العمر است (۴). حدود ۳ درصد از جمعیت جهان دارای ضریب هوشی کمتر از ۶۸ می‌باشند و عملکرد ۸۰ تا ۹۰ درصد آنها در دامنه کند ذهنی خفیف یا آموزش پذیر قرار دارد (۵). سازمان آموزش و پرورش استثنائی کشور در سالنامه آماری ۷۷، تعداد کل کودکان استثنائی مشغول به تحصیل در ایران را ۷۰۳۴۹ نفر ذکر کرده است، که از این رقم تعداد ۴۵۸۲۳ نفر را کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر تشکیل داده است. طبق گزارش آماری آموزش و پرورش استثنائی استان کهگیلویه و بویراحمد سال ۱۳۸۰، ۶۰۱ نفر از جمعیت ۵۰۰۰۰۰ نفری آن را کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر مشغول به تحصیل تشکیل می‌دهد.

وضعیت های مزمن کودک روی توانایی مالی، اجتماعی، هیجانی، رفتاری و شناختی خانواده تأثیر می‌گذارد (۶). خانواده های دارای کودک عقب مانده ذهنی تحت فشار روانی قرار می‌گیرند و در این بین بیشترین فشار روانی (تنیدگی) گریبانگیر مادران است (۷). جهت کاهش فشار روانی و ایجاد سازگاری باید از شیوه های مقابله ای استفاده شود (۸). اگر فرد نتواند با استفاده از شیوه های مقابله ای مناسب تنیدگی را برطرف کند، فشار روانی مزمن می‌شود و سوء اثر روی بهداشت جسمانی و روانی والدین می‌گذارد، از جمله این اثرها می‌توان به اضطراب، پایین آمدن اعتماد به نفس و بروز علائم افسردگی اشاره کرد و کلاً فشار روانی مشکلات

تعیین پایایی پرسشنامه سنجش میزان آگاهی، از روش کوادر-ریچاردسون ۲۰ استفاده شده است. پس از تکمیل پرسشنامه ها، جامعه پژوهش به طور تصادفی به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. براساس پاسخ های پرسشنامه سنجش میزان آگاهی، برنامه آموزشی طراحی گردید و جهت جلوگیری از شلوغی کلاسها و بازدهی بهتر، گروه مورد به دو گروه ۱۶ نفره تقسیم شد و در طول سه هفته ۴ جلسه یک ساعته آموزش ترکیبی (۲۵ دقیقه سخنرانی، ۲۰ دقیقه بحث و پرسش و پاسخ و ۱۵ دقیقه نمایش فیلم) برای گروه مورد گذاشته شد. به هر نفر نیز یک جلد کتاب راهنمای عملی والدین کودکان استثنایی تألیف زیبنده مصلحی پس از قرائت داده شد، سپس برای هر نفر ۲۰ دقیقه آموزش چهره به چهره ترتیب داده شد. یک هفته پس از اتمام آموزش چهره به چهره، پرسشنامه مجدداً برای جامعه پژوهش، با روش مصاحبه منظم تکمیل شد. در مدت آموزش گروه مورد، به گروه شاهد هیچ گونه آموزشی داده نشد و در پایان تأثیر آموزش از طریق مقایسه نمرات پیش آزمون و پس آزمون بین دو گروه سنجیده شده است. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

یافته ها

یافته های مهم پژوهش به شرح ذیل می باشد: اکثر مادران هرگروه (مورد ۵۹/۴ درصد و شاهد ۵۰ درصد) در محدوده سنی ۳۰ تا ۳۹ سال قرار داشتند.

شغل اکثر همسران هر گروه (مورد ۴۳/۷ درصد و شاهد ۴۰/۶ درصد) کارگری بود و کلیه مادران خانه دار بودند و اکثر مادران هر گروه (مورد ۵۹/۴ درصد و شاهد ۵۰ درصد) بی سواد بودند. اکثر نمونه های پژوهش در هر گروه (مورد

آموزش بر شیوه های مقابله ای مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی آموزش پذیر انجام گرفت.

مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که نمونه ها به طور تصادفی در دو گروه (مورد و شاهد) قرار داده شده اند. نمونه این پژوهش همان جامعه پژوهش بود و کل ۶۴ نفر مادری که یک کودک عقب مانده ذهنی آموزش پذیر آنها در مدرسه استثنائی لاله یاسوج مشغول به تحصیل بوده اند، انتخاب شدند. نمونه های پژوهش آموزش کلاسیک در مورد عقب ماندگی ذهنی ندیده بودند و کودک آنها چند معلولیتی نبوده و اعضای درجه یک خانواده به بیماری روانی یا جسمانی عمده مشهور، مبتلا نبودند. همچنین در حین پژوهش مادر یا خانواده دچار بحران جدید نشدند. محیط پژوهش در این بررسی مدرسه استثنائی لاله یاسوج بود. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه میزان آگاهی (ساخته محقق) و پرسشنامه استاندارد تلفیقی شیوه های مقابله ای کارور، اسکیروینتراب (۱۹۸۹) و تجدید نظر محمد خانی و همکاران (۱۳۷۱) در خصوص مطابقت با فرهنگ ایرانی و مقیاس مطالعه اپستین و میر (۱۹۸۹) که توسط آنها ترجمه شده است، می باشد. امتیازبندی شیوه های مقابله ای براساس معیار درجه بندی لیکرت بوده و تکمیل پرسشنامه ها به صورت انفرادی، توسط پژوهشگر و به روش مصاحبه منظم صورت گرفت. البته از اعتبار و اعتماد علمی ابزار قبل از بررسی اطمینان حاصل شده بود که به این منظور برای تعیین اعتبار علمی ابزار از روش اعتبار محتوی و برای تعیین اعتماد علمی پرسشنامه شیوه های مقابله ای از روش ضریب آلفای کرونباخ با تأکید بر همسانی درونی استفاده شد. جهت

۴۰/۶ درصد و شاهد ۴۳/۸ درصد) با همسران خود نسبت فامیلی نداشتند. ۲۸/۱ درصد از گروه مورد و ۳۴/۴ درصد از گروه شاهد در فامیل، کودک عقب مانده ذهنی دیگری را گزارش کردند. اکثر نمونه‌های پژوهش در هر گروه (مورد ۷۵ درصد و شاهد ۷۱/۹ درصد) در خصوص عقب ماندگی ذهنی کودک اطلاعاتی کسب نکرده بودند. اکثر کودکان عقب مانده ذهنی نمونه‌های پژوهش در هر گروه (مورد ۴۶/۹ درصد و شاهد ۴۶/۹ درصد) در گروه سنی ۱۰ تا ۱۲ ساله قرار داشتند و همچنین اکثر آنها (مورد ۶۵/۶ درصد و شاهد ۶۲/۵ درصد) دختر بودند. بسته به نوع داده‌ها، آزمون کای نشان داد که بین مشخصات کلی گروه مورد و شاهد ارتباط یا اختلاف معنی دار آماری وجود نداشته است ($P > 0/05$).

میانگین نمرات آگاهی نمونه‌های پژوهش قبل و بعد از آموزش در نمودار ۱ نشان داده شده است. جهت تعیین اختلاف بین میانگین‌های نمرات آگاهی هر یک از دو گروه مورد و شاهد قبل و بعد از آموزش، از آزمون آماری تی زوجی استفاده شد که با $P < 0/001$ در مورد میانگین نمرات گروه مورد اختلاف معنی دار نشان داده است. به عبارتی آموزش در مورد عقب ماندگی ذهنی باعث افزایش آگاهی گروه مورد شده است، ولی در مورد میانگین نمرات گروه شاهد با $P > 0/74$ اختلاف معنی دار وجود نداشته است. آزمون تی مستقل با $P = 0/97$ نشان داد که بین میانگین نمرات آگاهی گروه مورد و شاهد قبل از آموزش اختلاف معنی دار آماری وجود نداشته است، ولی بعد از آموزش آزمون تی مستقل با $P < 0/001$ اختلاف معنی دار آماری بین میانگین نمرات آگاهی دو گروه مورد و شاهد نشان داده است.

میانگین نمرات شیوه‌های مقابله‌ای نمونه‌های پژوهش قبل و بعد از آموزش در نمودار ۲ نشان

داده شده است. جهت تعیین اختلاف بین میانگین نمرات شیوه‌ها در دو گروه مورد و شاهد قبل از آموزش از آزمون تی استفاده شده که با $P = 0/81$ در مورد میانگین نمرات شیوه‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار و با $P = 0/91$ در مورد میانگین نمرات شیوه‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و با $P = 0/49$ در مورد میانگین نمرات شیوه‌های مقابله‌ای کمتر مفید و غیرمؤثر اختلاف معنی داری نشان نداده است. دو گروه مورد و شاهد قبل از آموزش از شیوه‌های مقابله‌ای همگن استفاده کرده بودند. جهت بررسی اینکه از کدام شیوه مقابله‌ای بیشتر استفاده شده است، میانگین شیوه‌ها در هر گروه با هم مقایسه شد. آزمون آنالیز واریانس یک طرفه با $P < 0/001$ اختلاف معنی دار آماری بین شیوه‌های گروه مورد نشان داد و آزمون توکی نشان داده است که میانگین شیوه‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار گروه مورد به طور معنی داری در سطح $P = 0/05$ کمتر از میانگین شیوه‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و کمتر مفید و غیرمؤثر بوده است. میانگین نمره شیوه‌های مقابله‌ای کمتر مفید و غیرمؤثر بیشتر از هیجان‌مدار بوده است و میانگین نمره شیوه‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار به طور معنی داری در سطح $P = 0/05$ کمتر از میانگین نمره شیوه‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و کمتر مفید و غیرمؤثر بود.

جهت تعیین اختلاف بین میانگین‌های نمرات شیوه‌های مقابله‌ای در دو گروه مورد و شاهد بعد از آموزش از آزمون تی استفاده شد که با $P < 0/001$ در مورد میانگین نمرات شیوه‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار و با $P < 0/001$ در مورد شیوه‌های مقابله‌ای کمتر مفید و غیرمؤثر اختلاف معنی دار نشان می‌دهد. جهت بررسی اینکه از کدام شیوه‌های مقابله‌ای بیشتر استفاده شده است، میانگین نمرات شیوه‌ها در هر گروه با هم مقایسه

نشان نداد.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج، آموزش در مورد عقب ماندگی ذهنی باعث افزایش آگاهی گروه مورد شد. همچنین نتایج نشان داد که دو گروه مورد و شاهد قبل از آموزش از شیوه های مقابله ای همگن استفاده کرده اند و میانگین نمره شیوه های مقابله ای مشکل مدار در هر دو گروه پایین تر از نمره شیوه های مقابله ای هیجان مدار و کمتر مفید و غیر مؤثر بود. دیماثو (۱۹۹۱) به نقل از بیلینگ و موس (۱۹۸۱) می نویسد: خانمها تمایل دارند که بیشتر از شیوه های مقابله ای متمرکز بر هیجان استفاده کنند (۱۴). میلر و همکاران (۱۹۹۲) نیز در تحقیق خود به این مسأله پی بردند که مادران دارای کودک ناتوان در مقایسه با مادران دارای کودک سالم از شیوه های هیجان مدار بیشتر استفاده می کردند (۱۳). تحقیق ریحانی (۱۳۷۴) نیز مؤید این مطلب است که مادران و پدران دارای کودک عقب مانده ذهنی از شیوه های متمرکز بر هیجان بیشتر استفاده می کنند (۱۵). هیمن (۱۹۹۵) به نقل از وان کلو (۱۹۸۹) می نویسد: مادران بیشتر از پدران از شیوه های مقابله ای هیجان مدار استفاده می کنند (۳). همین منبع در ادامه می نویسد: مادران دارای کودک ناتوان بیشتر در جستجوی حمایت اجتماعی و ارزیابی مثبت هستند (۳)؛ در حالی که عباسی (۱۳۷۵) در تحقیق خود روی مادران دارای کودک فلج مغزی به این نتیجه رسید که مادران بیشتر از شیوه مشکل مدار استفاده کرده اند (۲). گلدر و همکاران (۱۹۹۶)، شیوه های هیجان مدار را عامل کاهش تلاش فرد در جهت حل مشکل می دانند و این شیوه ها را همیشه مناسب نمی دانند (۱۱). ابراهیمی (۱۳۷۱) نیز به نقل از بامباردیرو دانیکو، مقابله متمرکز بر هیجان و

شد آزمون آنالیز واریانس یک طرفه با $P < 0/001$ اختلاف معنی دار بین شیوه های مقابله ای گروه مورد را تأیید کرد و آزمون توکی نشان داد که در گروه مورد میانگین شیوه های مقابله ای مشکل مدار به طور معنی داری در سطح $P = 0/05$ بیشتر از میانگین شیوه های مقابله ای هیجان مدار و کمتر مفید و غیر مؤثر بود و میانگین شیوه های مقابله ای کمتر مفید و غیر مؤثر نیز به طور معنی داری در سطح $P = 0/05$ کمتر از میانگین شیوه های مقابله ای هیجان مدار بود. در گروه شاهد آزمون آنالیز واریانس یک طرفه با $P < 0/001$ اختلاف معنی دار آماری بین شیوه ها را تأیید کرد و آزمون توکی با $P = 0/05$ نشان داد که میانگین نمره شیوه های مقابله ای مشکل مدار کمتر از شیوه های مقابله ای هیجان مدار و کمتر مفید و غیر مؤثر بود.

جهت تعیین اختلاف بین میانگین نمرات شیوه های مقابله ای در هر یک از گروه های مورد و شاهد قبل و بعد از آموزش، از آزمون آماری تی زوجی استفاده شد که در گروه مورد با $P < 0/001$ در مورد میانگین نمرات شیوه های مقابله ای مشکل مدار و با $P < 0/001$ در مورد میانگین نمرات شیوه های مقابله ای کمتر مفید و غیر مؤثر اختلاف معنی دار آماری نشان داد، ولی با $P = 0/44$ در مورد میانگین نمرات شیوه های مقابله ای هیجان مدار اختلاف معنی دار آماری نشان نداد. به عبارتی آموزش در بکارگیری شیوه های مقابله ای مشکل مدار و کمتر مفید و غیر مؤثر در گروه مورد تأثیر داشت، ولی در بکارگیری شیوه های مقابله ای هیجان مدار در گروه مورد تأثیر نداشت. در گروه شاهد با $P = 0/37$ در مورد میانگین نمرات شیوه های مقابله ای مشکل مدار و با $P = 0/14$ در مورد میانگین نمرات شیوه های مقابله ای هیجان مدار و با $P = 0/71$ در مورد شیوه های مقابله ای کمتر مفید و غیر مؤثر اختلاف معنی دار آماری

مورد بیماریهای مزمن شیوه های مقابله ای مشکل مدار بیشتر و شیوه های مقابله ای هیجان مدار کمتر استفاده می شود (۱۹). عزیزنژاد (۱۳۷۶) به نقل از آستین و گیفت (۱۹۹۲) می نویسد: برنامه منظم فعالیتی در بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریوی، باعث افزایش شیوه های مقابله ای مشکل مدار و کاهش شیوه های نامناسب و هیجان مدار می گردد (۱۸).

دیماتئو (۱۹۹۱) می نویسد: کسب دانش و آگاهی در فرد ایجاد حس کنترل می نماید و باعث می شود که فرد از شیوه های مقابله ای مؤثر و سازگار کمک بگیرد (۱۴). گلدر و همکاران (۱۹۹۶) می نویسد: شیوه های مقابله ای کمتر مفید و غیرمؤثر کارایی خوبی در تغییر منابع فشارزا ندارند و گاه اثر منفی نیز در پی دارند (۱۱). از طرف دیگر میلر و همکاران (۱۹۹۲) در تحقیق خود به این مسأله پی بردند که بین شیوه های مشکل مدار و افزایش فشار روانی در مادران دارای کودک ناتوان ارتباط معکوسی وجود دارد ($P < 0.001$, $r = -0.43$) (۱۳). بنابراین افزایش استفاده از شیوه های مقابله ای مشکل مدار، به صورت غیر مستقیم در بهداشت روانی فرد و خانواده وی تأثیر می گذارد. همین (۱۹۹۵) همچنین به نقل از فلک من و لازاروس (۱۹۸۴) می نویسد: در موقعیت هایی که قابل تغییر نباشد افراد از شیوه های متمرکز بر هیجان بیشتر استفاده می کنند (۳). باپیری (۱۳۷۶) به نقل از دیماتئو (۱۹۹۱) می نویسد: در مسائل سلامتی، افراد از مقابله متمرکز بر هیجان استفاده می کنند (۱۷). با توجه به اینکه مادر، خود عقب مانده ذهنی نیست و کودک وی مبتلا است، از شیوه هیجان مدار بیشتر استفاده می کند. در هر صورت بنا به نظر همین (۱۹۹۵) با توجه به مزمن بودن وضعیت کودک، مادران تمایل دارند که از شیوه های مقابله ای هیجان مدار استفاده کرده و

مقابله کمتر مفید و غیرمؤثر را جزء شیوه های ناسازگارانه می دانند (۱۶). بنابراین مداخله جهت تغییر شیوه های مقابله ای به نوع سازگار یا مشکل مدار ضروری می باشد، همان طور که کلینک (۱۹۹۸) می نویسد: در اکثر تحقیقات شیوه های مقابله ای مشکل مدار به عنوان سازگارترین شیوه مقابله ای شناخته شده است (۱۰).

همان طور که در یافته ها ذکر شد بعد از آموزش، گروه شاهد بیشتر از شیوه های مقابله ای هیجان مدار و کمتر مفید و غیرمؤثر استفاده کرد، ولی گروه مورد بعد از آموزش بیشتر از شیوه های مقابله ای مشکل مدار استفاده کردند.

تحقیق باپیری (۱۳۷۶) مؤید این مطلب است که آموزش مهارت های حل مسأله به نوجوانان باعث افزایش استفاده از شیوه های مقابله ای مشکل مدار و کاهش شیوه های نامناسب و هیجان مدار می گردد (۱۷). ولی در تحقیق عزیزنژاد (۱۳۷۶) با آموزش مراقبت از خود به نوجوانان مبتلا به تالاسمی، تغییر معنی داری در به کارگیری روشهای مقابله ای حاصل نشد (۱۸). همین منبع به نقل از جین لی و همکاران (۱۹۹۲) می نویسد: آموزش مراقبت های بهداشتی ریه به بیماران مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریه باعث افزایش بعضی از بخش های شیوه مقابله ای مشکل مدار بعد از آموزش شد، ولی بین میانگین نمره کل شیوه های مقابله ای قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی داری وجود نداشت (۱۸).

نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات شیوه های مقابله ای مشکل مدار و کمتر مفید و غیر مؤثر گروه مورد قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی دار آماری وجود دارد، ولی گروه شاهد از شیوه های مقابله ای همگن استفاده کرده است.

زهری انبوهی (۱۳۷۳) نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسید که با آموزش اصول مراقبت از خود در

۵۱۹،۱۳۷۹-۵۳۱

۵- بهرمن، ر. درسنامه طب کودکان. ترجمه خسرو احسنی قهرمانی و همکاران، چاپ اول، تهران، انتشارات شهر آب آینده سازان، ۱۱۹،۱۳۷۳.

6-Betz D, et al. Family centered: nursing care of children. New York: WB Saunders Co 1994; p. 637-659, 976.

7-Rutter M, Taylor EK, Hersov L. Child and adolescent psychiatry: modern approaches. Oxford: Black Well 1994; p. 632-633.

8-Anti-otong D. Psychiatric nursing: biological and behavioral concepts. New York: WB Saunders 1995; p. 120.

9- Chitty KK. Professional nursing: concepts and challenges. New York: WB Saunders 1997; p. 199, 370-371.

10-Kleinke CH. Coping with life challenges. New York: Brookscole Publishing, 1998; p. 6-10.

11-Gelder M, et al. Oxford textbook of psychiatry. New York: Oxford University Press 1996; p. 11, 134.

12-Campell S, Glasper G. Whaley & Wong's children's nursing. New York: Mosby 1995; p. 409.

13-Miller A, et al. Stress-appraisal and coping in mothers of disabled and non-disabled children. Journal of Pediatric Psychology 1992; 17: 587- 605.

14-Dimatteo MR. The psychology of health, illness and medical care: an individual perceptive. New York: Brookscole Publishing 1991 p. 324.

آن را حفظ نمایند (۳). در عین حال اگرچه بالا بودن نمره بخش تمایل به مذهب، نمره شیوه مقابله ای هیجان مدار را تا حدودی بالا نگه می دارد، ولی در نهایت می تواند استفاده از شیوه های مقابله ای مشکل مدار را نیز بیشتر کند. در همین زمینه کافی (۱۳۷۵) به نقل از کوهن و پارک (۱۹۹۳) می نویسد: اگر افراد به انگیزه های درونی و ارزشهای والای مذهبی اعتقاد داشته باشند بیشتر از روشهای رویارویی متمرکز بر مسأله استفاده می کنند (۲۰).

تشکر و تقدیر

بدین وسیله از همکاری مدیر و کارکنان امور آموزشی دانشگاه، کتابخانه، آموزش و پرورش استثنایی و مادران عزیزی که ما را در رسیدن به نتیجه تحقیق یاری بخشیدند، قدردانی می گردد.

References

1-Youngblut JM, et al. Families with medically fragile children :an exploratory study. Pediatric Nursing 1994; 20: 463-468.

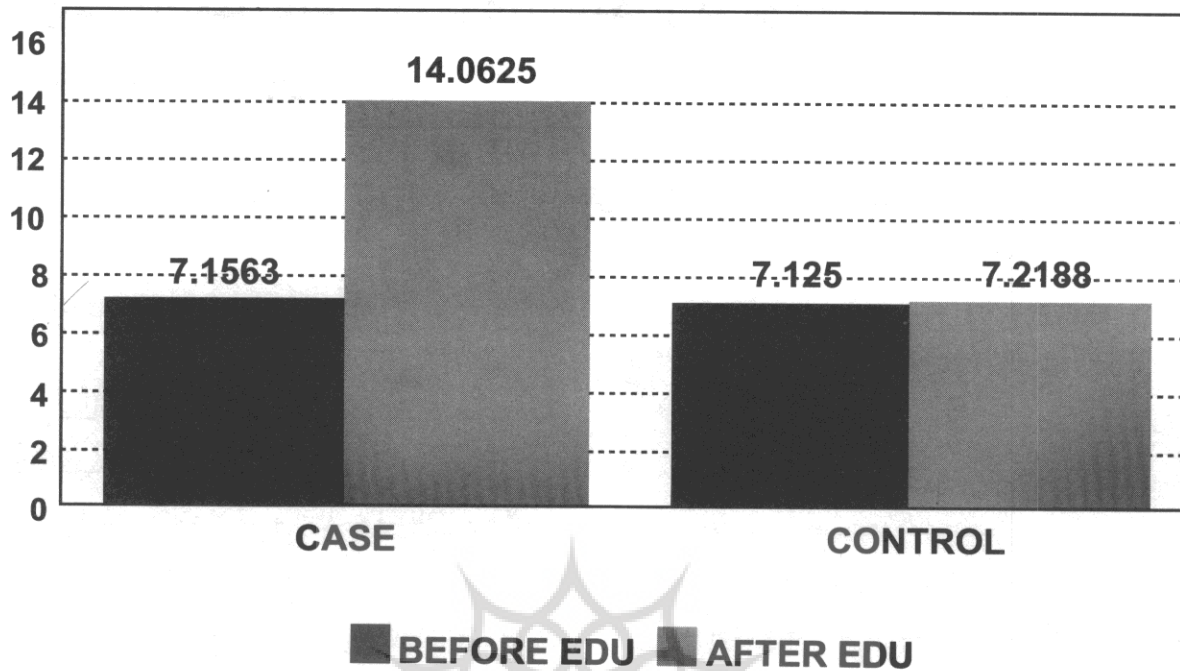
۲- عباسی، پ. بررسی میزان تنیدگی و شیوه های مقابله ای مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی مراجعه کننده به کلینیک های توان بخشی سازمان بهزیستی در شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، ۱۳۷۴، ۲، ۸-۹۶.

3-Heaman DJ. Percieved stressor and coping strategies of parents who have children with developmental disabilities : a comparison of mothers with fathers . Journal of Pediatric Nursing 1995; 10(5): 311-320.

۴- مارلود، پرستاری کودکان. ترجمه سونیا آرزومانیاس، چاپ ششم، تهران، نشر و تبلیغ بشری،

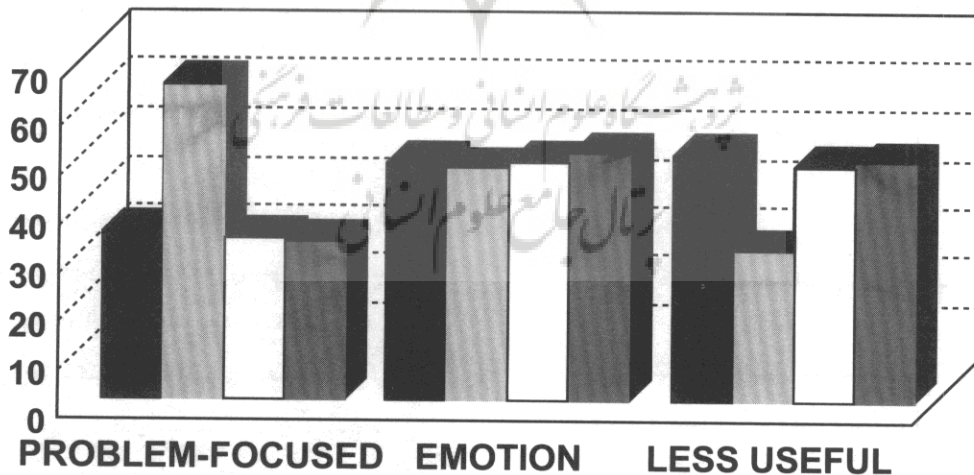
- ۱۵- ریحانی، ر. بررسی استرس و شیوه های مقابله ای خانواده های دارای کودک عقب مانده ذهنی. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، انستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۷۴، ۴۰.
- ۱۶- ابراهیمی، ا. مطالعه جنبه های روانشناختی، سازگاری پس از ضایعه مغزی. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، انستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۷۱، ۱۶، ۳۸.
- ۱۷- باپیری، ا. بررسی اثر بخشی روش آموزش گروهی مهارت حل مسأله در درمان نوجوانان اقدام کننده به خودکشی شهر ایلام. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، انستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۷۶، ۴۶.
- ۱۸- عزیززاد، پ. بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود در به کارگیری روشهای مقابله ای نوجوانان مبتلا به تالاسمی (گروه شاهد و آزمون) تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان بابل. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۷۶، ۵۴-۵۶، ۲۳۸.
- ۱۹- زهری انبوهی، س. بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود بر روشهای مقابله ای به کار گرفته شده توسط بیماران تحت درمان با همودیالیز در بیمارستانهای آموزشی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۲، ۱۲۴.
- ۲۰- کافی، م. بررسی شیوه های رویارویی با تنیدگی و ارتباط آن با سلامت روانی در نوجوانان مدارس عادی و خاص شهر تهران. پایان نامه دکتر، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۵، ۴۲.

KNOWLEDGE MEAN IN 2 GROUPS



نمودار ۱: مقایسه میانگین نمرات آگاهی نمونه‌های پژوهش در دو گروه مورد و شاهد، سال ۷۷

COPING STRATEGIES IN 2 GROUPS (BEFORE AND AFTER EDUCATION)



CASE BEF	■	34.4688	49	50.0781
CASE AFT	■	64.8438	47.5313	30.1758
CONTROL BEF	□	33.5	48.75	48.2031
CONTROL AFT	■	31.9688	49.8125	48.947

نمودار ۲: مقایسه میانگین نمرات شیوه‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار، هیجان‌مدار و کمتر مفید و غیر مؤثر نمونه‌های

پژوهش در دو گروه مورد و شاهد قبل و بعد از آموزش، سال ۷۷