

تاثیر مداخلات به‌هنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده محور، بر سلامت روانی مادران دارای فرزند با نشانگان داون

دکتر غلامعلی افروز

استاد دانشگاه تهران

دکتر سالار فرامرزی

استاد یار دانشگاه اصفهان

دکتر محمود منصور

استاد دانشگاه تهران

دکتر مختار ملک پور

استاد دانشگاه اصفهان

چکیده

تاریخ دریافت ۱۳۸۶/۸/۸ - تاریخ تأیید ۱۳۸۶/۱۲/۲۵

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر مداخلات به‌هنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده محور، بر سلامت روانی مادران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال در شهر اصفهان بود. روش انجام پژوهش آزمایشی و از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. بدین منظور مادران ۳۶ کودک با نشانگان داون به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه (۱۸ نفر گروه آزمایش و ۱۸ نفر گروه کنترل) گمارده شدند. برای تعیین سلامت روانی مادران از پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی استفاده گردید. داده‌های حاصل از پژوهش، با روش‌های آماری تحلیل کواریانس یک متغیره (ANCOVA) و چند متغیره (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین عملکرد گروه مداخله و کنترل در آزمون سلامت روانی و خرده مقیاس‌های آن تفاوت معنی دار است، یعنی مداخلات به‌هنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده محور، بر ارتقای سلامت روانی مادران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تاثیر دارد.

کلیدواژه‌ها: مداخله به‌هنگام. مداخله به‌هنگام خانواده محور. سندرم داون. سلامت روانی

مقدمه

مفهوم مداخله به‌هنگام^۱ از جمله مفاهیم و واژه‌هایی است که در سال‌های اخیر وارد حوزه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص شده است. این مفهوم در ادبیات علمی ما به شکل‌های مختلفی ترجمه و مطرح شده است: مداخله اولیه، مداخله زودهنگام، مداخله‌گری زودرس، مداخله جبرانی و مداخله به موقع. در یکی دودهه گذشته اهمیت مداخله به‌هنگام مورد توجه قرار گرفته و آن گونه که «میسلز و شانکوف^۲» (۱۹۹۰) گفته اند: مداخله به‌هنگام در مورد کودکان، یک رشته و موضوع تازه و در حال رشد است که در مدتی کوتاه و در حدود یک دهه، از یک خدمات نو ظهور با طیف کاری محدود، به یک تئوری گسترده با تحقیقات و عملکرد بزرگ تبدیل شده است و عبارت است از: «توافق برسر تلاش‌های سازمان‌دهی شده و مستمر برای کمک به‌هنگام به کودکان زیر ۵ سال که از نظر رشدی آسیب پذیر و ناتوان بوده و نیز خانواده‌های ایشان». میشل و براون^۳ (۱۹۹۱) نیز گفته اند مداخله به‌هنگام یعنی «راهبردهای سازمان‌دهی شده، به منظور به حداکثر رساندن رشد نوزادان و کودکان دارای نیازهای خاص و تقویت عملکرد والدین و مراقبان ایشان».

«هانسون و بت برودر^۴» (۲۰۰۱)، با توجه به قسمت «C» از «قانون تعلیم و تربیت افراد با ناتوانی‌ها» می‌گویند: خدمات مداخله به‌هنگام طیف گسترده‌ای دارند مثل: آموزش خانواده، مشاوره و ملاقات در خانه، آموزش خاص، گفتار درمانی و... و پیامدهایی دارند مثل: (۱) ارتقا و بهبود رشد کودکان (۲) حمایت و کمک به خانواده (۳) کمک به جامعه. به نظر آنان، خدمات مداخله به‌هنگام تاثیر مهمی بر والدین، خواهران و برادران کودک استثنایی دارد. خانواده فرزند استثنایی معمولاً احساس انزوا و ناامیدی داشته و خود را در مقابل مشکلات تنها می‌یابند و مداخله به‌هنگام می‌تواند

-
1. Early Intervention
 2. Meisels & Shankoff
 3. Mitchel & Brown
 4. Bruder & Hanson

منجر به داشتن دیدگاه‌های بهتر در مورد خود والدین و فرزندان شده تا آن‌ها بتوانند با به دست آوردن اطلاعات لازم، علاوه بر تربیت فرزند به تفریح خود نیز برسند. «پرلف و همکاران»^۱ (۱۹۹۸)، بیان می‌دارند که برنامه‌های مداخله به‌هنگام نتایج بسیار زیادی برای کودکان و والدین دارد، از جمله در زمینه‌های سلامتی مادر، سلامتی محیط خانه و چگونگی تعامل والدین با کودک همانند: ۱) نگرش والدین نسبت به نقش فرزند پروری و پرورش کودک ۲) احساس کارآیی، اعتماد به نفس و رضایت والدین ۳) مساعد شدن محیط خانه برای رشد کودک ۴) ایمنی و امنیت در خانه ۵) زمان سپری شده با طفل ۶) مشارکت والدین در مورد فعالیت‌های مدرسه و فعالیت‌های آموزشی.

اطلاعات نشان می‌دهند والدین کودکان معلول و حتی والدین کودکان مستعد، نیاز به مهارت‌هایی دارند تا با نیازهای ویژه کودک به خوبی کنار بیایند و مداخله توانایی والدین برای اجرای برنامه‌های مربوط به فرزند خویش در خانه را افزایش داده و موجب کاهش استرس آنان شده که سلامت خانواده را تسهیل می‌کند. (بک من^۲ ۱۹۸۱، شانکوف و هاسر - کرام^۳، ۱۹۸۹).

به طور مشخص، هدف اولیه مداخله به‌هنگام، کمک به رشد آگاهی والدین، سازگاری آن‌ها و نقش اساسی آن‌ها در مراقبت از کودک معلول است. کلید این هدف، شناخت استرس فزاینده والدین و کمک به آن‌ها در شناسایی و به‌کارگیری شبکه‌های حمایتی است. فرض اساسی چنین حمایتی این است که با نیازهای خانواده هماهنگ شود و استفاده از چنین راهبردهایی، به وسیله خانواده جهت‌گیری شود. با کاهش تمرکز بر روی کودک و افزایش تمرکز بر خانواده، نتایج سودمندی در انتظار والدین و برنامه‌ها است (بت برودر^۴، ۲۰۰۶).

-
- 1.Perloff et al
 - 2.Beckman
 - 3.Shonkoff & Hauser-Cram
 - 4.Beth Bruder

پژوهش ها نشان داده اند که آموزش والدین در مدل مشارکت و همکاری، نسبت به مدل پزشکی، بهتر و مهم تر است. برای مثال، « بروکمن و فریزی^۱» نشان داده اند که در طول جلسات آموزشی که از مدل مشارکتی استفاده می کنند، عاطفه والدین بهتر و استرس آن ها کم تر می شود (بروینسماو کوئیل^۲، ۲۰۰۴).

در متن مداخله به هنگام خانواده محور، رویکرد اصلی کمک به خانواده هایی است که کودکانشان تاخیر در رشد دارند و به مشارکت دادن آن ها در خدمات و حمایت از آن ها در امر تصمیم گیری در خصوص انتخاب بهترین خدمات تاکید دارد (دانست و دیبل^۳، ۱۹۹۴).

«کمیتة کودکان مبتلا به ناتوانی ها^۴» (۲۰۰۱)، معتقد است که خانواده نقش اساسی را در تضمین سلامت و رفاه کودکان بازی می کند و به همین جهت است که امروزه توجه به خدمات بهداشتی و مربوط به رشد، از یک مدل کودک محوری سنتی، به یک مدل خانواده محوری تغییر شکل داده است. این مدل سهم خانواده را در نظر می گیرد، به خصوص عوامل استرس زایی که خانواده را مورد تاثیر قرار می دهد. در این مدل، به توانایی خانواده برای مقابله با فشارهای روانی پرداخته می شود.

«واکا» (۲۰۰۶) بیان می کند که بزرگ ترین چالش والدین کودکان معلول، پرورش کودکان معلول نیست، بلکه مشکلی است که در توانایی شان برای حفظ هویتشان دارند. غالباً والدینی که یک کودک مبتلا به نقص را بزرگ می کنند، اندوخته عاطفی و احساسی پایینی دارند و شکل دهی یک ارتباط عاطفی و بیانی دوطرفه را کاری چالش انگیز می دانند. همچنین مواردی از این دست، توانایی والدین را برای برقراری ارتباط با فرزندان و تطابق کامل با عواطف و احساسات خود دچار مشکل می کند.

وظایف فزاینده ی مراقبت از یک کودک که دچار مجموعه ای از ناتوانی ها و نقص هاست، با میزان تنشی که والدین مجبورند بر آن غلبه کنند، در ارتباط است و با

-
1. Brookman & Frazee
 2. insma & koeyel
 3. Dunst & Deal
 4. ittee on Children With Disabilities

مطالعه ادبیات مربوطه روشن می‌شود که این قبیل تنش‌ها، به طور منفی بر رابطه والدین و فرزندان تأثیر می‌گذارد (فروند، بن، بارلو و لیم^۱، ۲۰۰۵).

تحقیقات شواهد فراوانی را به دست می‌دهند مبنی بر این که اثرهای ناشی از داشتن کودک با نیازهای خاص، فراتر از مراقبت، آموزش و نیاز به خدمات است. ممکن است داشتن یک کودک با معلولیت شدید، منجر به عواقب فردی برای بسیاری از افراد خانواده شود. گاهی اوقات این عواقب، مثبت و سازنده هستند. مثل زمانی که والدینی که دارای یک کودک معلول هستند، نقش تازه‌ای نسبت به چیزهای مهم زندگی‌شان پیدا می‌کنند و تعریف مجددی از مفهوم هدف خواهند داشت (پاترسون و لئونارد^۲، ۱۹۹۴) و (اسکینر، بیلی، کورا و رودریگز^۳، ۱۹۹۹).

در برخی خانواده‌ها، چالش‌های روزانه و فشارهای ناشی از بزرگ کردن یک کودک معلول ممکن است تأثیر منفی بر کیفیت زندگی شخص باقی‌گذارد. احتمالاً برخی افراد خانواده دچار بدبینی، خشم، اضطراب، گناه، فشار روحی، ناامیدی و یا افسردگی می‌شوند. هر چند بروز این احساسات تقریباً در تمام خانواده‌ها طبیعی است، اما استقامت و قدرت آن‌ها می‌تواند باعث تحمل سازنده و لذت بردن از زندگی شود و در نهایت افسردگی و احساس ناامیدی ممکن است از توانایی برای مراقبت مناسب بکاهد و منجر به عواقب منفی برای کودکان گردد (گودمن و گت‌لیب^۴، ۲۰۰۲).

«بلایر و دیگران^۵» (۲۰۰۳)، در تحقیقی به بررسی پیامدهای مربوط به کودک و پویایی خانواده در برنامه مداخله‌ی به‌هنگام روی کودکان معلول و تاخیر در رشد پرداخته‌اند. در پژوهش آن‌ها روی رابطه بین مادر و کودک تأکید شده است. نتایج تحقیق آنان نشان داده است که مادرانی که مداخلات به‌هنگام را دریافت کرده‌اند، کمتر از استراتژی کنترل استفاده می‌کنند و بین آن‌ها و فرزندانشان همراهی و همدلی وجود

-
- 1.Fund, Boone, Barlow, & Lim
 - 2.Patterson & Leonard
 - 3.Skinner, Bailey, Correa, & Rodriguez
 - 4.Goodman & Gottlieb
 - 5.Blair, Peters, Lawrence

دارد. آن‌ها بیان می‌کنند که مداخله به‌هنگام ثمر بخش در خصوص کودکانی که به علت وضعیت نامطلوب محیطی و یا زیستی در خطر هستند، به دو روش متمایز بر خانواده تاثیر می‌گذارد: ۱) تاثیر روی ابعاد وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده همچون استخدام، تحصیلات و درآمد ۲) تاثیر روی فرآیندهای خانوادگی که به طور مستقیم با کودک رابطه دارد، مانند ارتباط پدر و مادر - کودک، محیط خانواده، نگرش والدین در ارتباط با کودک و آگاهی از پیشرفت کودک.

گزارش «زهر و همکاران»^۱ (۱۹۹۲)، نیز حاکی از آن است که این مداخلات محیط خانه را بهبود بخشیده و تعامل نوزاد - مادر را زیباتر می‌کند.

«ملک پور»^۲ (۱۳۷۷)، در پژوهشی به ارزیابی و شناخت نیازهای والدین کودکان عقب مانده ذهنی خردسال به منظور شرکت فعال والدین در برنامه های مداخله به‌هنگام پرداخته است. نتیجه تحقیق وی نشان داده که مهم‌ترین نیازهای والدین در رابطه با کودک عقب مانده ذهنی خود به ترتیب عبارتند از: نیاز به اطلاعات، نیاز به حمایت و نیاز خانوادگی.

نتایج پژوهش «واشینگتن»^۳ (۱۹۹۶) نشان داده که خدمات مداخله به‌هنگام می‌تواند اعتماد به نفس مادران را در نگهداری از فرزند خود افزایش دهد.

در یک مطالعه، در مورد مداخله به‌هنگام کودکان مبتلا به نشانگان داون «ریندرز، رند، فئورسیتن و کلین»^۳ (۱۹۸۸)، بیان می‌کنند که اهداف و تاثیرات متنوع و مختلفی از مداخلات به‌هنگام وجود دارند که به طور کامل توصیف ارزیابی نشده اند. برای مثال مداخلات به‌هنگام، اغلب حمایت عاطفی، اجتماعی و اطلاعاتی را برای خانواده فراهم می‌کنند، همان گونه که والدین خود را با وضعیت داشتن یک کودک معلول تطبیق می‌دهند. کمک به خانواده ها جهت داشتن یک تعامل لذت بخش با کودک، عامل اصلی برای تسهیل رشد کودک در آینده است که به عنوان هدف مهم و مناسب مداخله ی به‌هنگام به حساب می‌آید. علاوه بر این، بهبود و تقویت دانش والدین در مورد رشد

-
- 1.Zahr et al
 - 2.Washington
 - 3.Rynders, Rand, Feuerstein, and Klein

اولیه و ایجاد موقعیت هایی برای بالا بردن اعتماد به نفس در پرورش کودک، به عنوان یک نتیجه قابل اندازه گیری مداخلات به هنگام در نظر گرفته می شود. «راچ، ارسمند و بارات»^۱ (۱۹۹۹) نیز ذکر کردند که والدین کودکانی که نشانگان داون دارند، فشار و افسردگی شدیدتری نسبت به والدین کودکان عادی دارند. «تکینسون و چیشالم»^۲ (۱۹۹۵) گزارش کرده اند که آن دسته از مادران کودکانی که تمرکزشان بر روی دلایل فشارهاست، رنج بیش تری نسبت به مادرانی که بی توجه به این مطلب هستند، می کشند.

«وان ریپر، ریف و پریدهام»^۳ (۱۹۹۲)، در یک تحقیق توصیفی به بررسی تاثیر سایر افراد بر سلامت روانی والدین کودکان نشانگان داون پرداخته اند. یافته های تحقیق آنان نشان می دهد که تعامل و ارتباط متقابل ارایه کنندگان مراقبت های درمانی می تواند تاثیر مهمی بر شیو واکنش خانواده ها بر تولد کودک با نشانگان داون داشته باشد.

زمانی که کودک مبتلا به نشانگان داون به سنین نوجوانی می رسد، کاهش میزان احساس رضایت مادران از زندگی در گروه نشانگان داون «منچستر» گزارش شد (کانینگهام^۴، ۱۹۹۸). بیش تر مادران بیان کردند که نوجوان مبتلا به سندرم داون، تاثیر منفی بر خانواده دارد. طبق گفته ی «کانینگهام»، این مطلب ممکن است ناشی از این حقیقت باشد که نوجوانان مبتلا به این سندرم، نسبت به نوجوانان غیر معلول ممکن است محدودیت های بیش تری را بر زندگی خانوادگی تحمیل کنند.

از پژوهش ها و مطالعات فوق استنباط می شود که مادران کودکان داران نشانگان داون، از نظر سلامت روانی مشکلاتی دارند و مداخلات روان شناختی و آموزشی خانواده محور، بر سلامت روانی مادران دارای فرزند با نشانگان داون موثر است. بنابراین هدف و مساله ی اساسی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مداخلات به هنگام روان شناختی و آموزشی خانواده محور، بر سلامت روانی مادران دارای فرزند با

-
1. Roach, Orsmond, & Barratt
 2. Atkinson & Chisholm
 3. Van Riper, Ryff, & Pridham
 4. Cunningham

نشانگان داون در شهر اصفهان بود. بدین منظور، فرضیه های زیر مطرح و مورد آزمون قرار گرفت: ۱) مداخلات به‌هنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده محور، بر سلامت روانی مادران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تاثیر دارد. ۲) مداخلات به‌هنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده محور، بر کاهش اختلالات جسمانی مادران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تاثیر دارد. ۳) مداخلات به‌هنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده محور، بر کاهش اختلالات اضطرابی مادران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تاثیر دارد. ۴) مداخلات به‌هنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده محور، بر کاهش اختلال در کنش اجتماعی مادران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تاثیر دارد. ۵) مداخلات به‌هنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده محور، بر کاهش افسردگی مادران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تاثیر دارد.

روش پژوهش

از نظر روش شناسی، طرح فوق از نوع آزمایشی است، زیرا پژوهشگر به دنبال تاثیر متغیر مستقل مداخله به‌هنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده محور روی سلامت روانی مادران دارای فرزند با نشانگان داون است که دیاگرام طرح به شکل زیر است:
طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و گزینش تصادفی

(E) گروه آزمایشی (n-18)	R	T1	X	T2
(C) گروه کنترل (n-18)	R	T1	----	T2

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش را تمامی مادران بلافصل کودکان مبتلا به نشانگان داون زیر ۵ سال در شهر اصفهان تشکیل می دهد. با توجه به آمارهای جهانی، شیوع این نشانگان ۱/۶۶۰ است (رابینسون، ترجمه ماهر ۱۳۶۸). در این پژوهش، از بین مادران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال که تا اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۵ به «مرکز توان‌خواهان جسمی و ذهنی فردا» مراجعه نموده بودند، تعداد ۳۶ نفر به صورت تصادفی ساده

انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۸ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه کنترل)، به طور تصادفی گمارده و مورد بررسی قرار گرفتند. لازم به ذکر است که هر دو گروه از نظر دامنه سنی، تحصیلات و ویژگی‌های فرهنگی، با توجه به انتخاب و گمارش تصادفی کنترل شدند.

ابزار پژوهش

برای به دست آوردن اطلاعات لازم در زمینه سلامت روانی مادران، از پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی استفاده شده است. این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ تدوین شده است. بالا بودن نمره در آن، نشانه نبودن سلامت روانی و پایین بودن نمره، نشانه سلامت روانی فرد است. این پرسشنامه دارای ۴ مقیاس فرعی است که عبارتند از: علایم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کنش اجتماعی و افسردگی شدید (استورا، ۱۳۷۷). پرسشنامه دارای روایی و اعتبار نسبتاً خوبی است. محققان مختلف روایی پرسشنامه را از ۷۲ تا ۸۸ درصد گزارش کرده اند، از جمله: «ویلیامز، گلدبرگ و ماری، ۱۹۸۸» (نقل از بختیارپور، ۱۳۸۰) و در ایران «پالاهنگ» (۱۳۷۵)، «ابراهیمی» (۱۳۸۴) و «مولوی» (۲۰۰۲). همچنین در خصوص اعتبار پرسشنامه، مطالعات متعددی صورت گرفته است و اعتبار آزمون از ۷۰ تا ۹۵ درصد گزارش شده است، از جمله: «گلدبرگ و ویلیامز، ۱۹۸۸» و «چان، ۱۹۸۵» (نقل از بختیارپور، ۱۳۸۰)، «هومن» (۱۳۷۷)، «ابراهیمی» (۱۳۸۴) و «مولوی» (۲۰۰۲).

روش انجام پژوهش

نظر به این که طرح مذکور از نوع آزمایشی است، برای گردآوری اطلاعات و داده‌های مورد نیاز، مراحل و اقدام‌های زیر طراحی و انجام گرفته است:

۱. انتخاب گروه نمونه از میان مادران مراجعه کننده به مرکز حمایت، از توان خواهان ذهنی و جسمی فردا که دارای فرزند مبتلا به نشانگان داون زیر ۵ سال بودند.

۲. تقسیم گروه نمونه به تصادف به دو گروه: گروه آزمایش و گروه کنترل.
۳. اجرای آزمون روی هر دو گروه، به منظور گردآوری اطلاعات در خصوص سلامت روانی مادران، به عنوان پیش آزمون.
۴. اعمال متغیر مستقل، که در این پژوهش عبارت است از مداخله به‌هنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده محور، به شرح زیر:
 - الف. منظور از مداخله روان‌شناختی، تشکیل جلسات مشاور فردی و گروهی برای مادران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال است. فرآیند مشاوره با والدین کودکان مبتلا به نشانگان داون، با استفاده از مدل مشاوره ای «هورن بی» (۱۹۹۴)، به صورت فردی و گروهی طراحی شد. خلاصه مباحث و محورهای برنامه مداخله به‌هنگام روان‌شناختی خانواده محور، به صورت ارایه خدمات مشاوره ای به شرح زیر است:
 - ۱) مشاوره فردی: در جلسات مشاوره فردی، یکی از والدین و یا هر دو نفر حضور داشته و محور جلسه مشاوره، با توجه به مواردی که والدین مطرح می نمودند، تعیین و در مجموع پیرامون این موارد بود: چگونگی ارتباط با کودک و سایر فرزندان، روش برخورد با مشکلات خاص کودک مبتلا و سایر فرزندان، مشکلات ارتباطی همسران باهم، مسایل خاص و ویژه کودک مبتلا در زمینه های درمانی، توان بخشی و ...
 - ۲) مشاوره گروهی: برای کل خانواده ها ده جلسه مشاوره تعیین گردید، موضوع این جلسات تا حدی از قبل پیش بینی شده بود، ولی از انعطاف لازم برخوردار بود. در این جلسات، مشاور نقش رهبری جلسه را به عهده داشت تا والدین به یک جمع بندی و اتفاق نظر دست پیدا کنند. مراحل بدین شرح بود: ابتدا موضوع مطرح و به طور کامل تبیین می شد، سپس از والدین و شرکت کنندگان خواسته می شد تا بدون هیچ گونه خودسانسوری به بیان احساس و نظر خود پردازند و از آن‌ها خواسته می شد تا اجازه دهند دیگران نظر و احساسات خود را بیان کنند و سعی نمایند به دیگران فرصت داده و به یکدیگر احترام گذارند. در مرحله سوم، مشاور به جمع بندی نظر والدین اقدام می نمود و مطالب مورد توافق مطرح شده را فهرست کرده و از والدین می خواست تا اگر نظر اصلاحی دارند بیان کنند و در آخر، نتایج جلسه در یک یا چند جمله کوتاه خلاصه می شد.

موضوعات مطرح شده در جلسات عبارتند از: نگرش جامعه نسبت به معلولیت، نقش خانواده در ورود معلول به جامعه، بیان احساسات نسبت به معلولیت، مشکلات خانواده در رابطه با معلولیت فرزند، نقش پدران و مادران در فرآیند پذیرش معلولیت، تجربیات والدین در رابطه با تغذیه و بهداشت فرزندان، مسایل مربوط به خواهران و برادران فرد مبتلا، مشارکت خانواده در فعالیت‌های اجتماعی.

ب. منظور از مداخله آموزشی، برگزاری جلسات آموزشی در چهار محور مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های مقابله با بحران و استرس، مهارت‌های شادزیستن و شناخت ویژگی‌های کودک مبتلا به نشانگان است که در مجموع، طول دوره آموزشی ۳۵ جلسه و به میزان ۲ تا ۳ ساعت (۱ تا دو جلسه) در هر هفته بوده است. در این جلسات، پدر و مادر با هم حضور داشته و در بعضی موارد نیز علاوه بر پدر و مادر، سایر افراد خانواده نیز حضور داشته‌اند، ولی گروه هدف مادران کودک بوده است.

خلاصه مباحث و شرح تفصیلی برنامه آموزشی مداخله به هنگام خانواده محور

محور الف: شناخت کودکان دارای نشانگان داون

جلسه اول: بیان اهداف. در این جلسه ضمن برقراری ارتباط، والدین با اهداف، اهمیت و ضرورت‌های برنامه آشنا شده و در مورد برگزاری زمان جلسات و چگونگی اجرای برنامه هماهنگی و توافق انجام گرفت. جلسه دوم: آشنایی با نشانه‌های بالینی سندرم داون. جلسه سوم: آشنایی با علل و عوامل سندرم داون. جلسه چهارم: آشنایی با ویژگی‌های ذهنی و شناختی کودکان با سندرم داون. جلسه پنجم: آشنایی با ویژگی‌های زبانی کودکان با سندرم داون. جلسه ششم: آشنایی با ویژگی‌های گفتاری کودکان با سندرم داون. جلسه هفتم: آشنایی با ویژگی‌های حرکتی کودکان با سندرم داون. جلسه هشتم: آشنایی با مهارت‌های حرکتی کودکان سندرم داون. جلسه نهم: آشنایی با ویژگی‌های عاطفی و رفتاری کودکان با سندرم داون. جلسه دهم: آشنایی با مسایل آموزشی و تحصیلی کودکان با سندرم داون. جلسه یازدهم: آشنایی با مسایل و مشکلات عمومی کودکان با سندرم داون. جلسه دوازدهم: خانواده و مسایل اجتماعی کودکان با سندرم داون.

محور ب : آموزش مهارت‌های ارتباطی

جلسه سیزدهم: اهمیت و ضرورت برقراری ارتباط با دیگران. جلسه چهاردهم: شناخت پنجره ارتباطی. جلسه پانزدهم: نقش افکار پنهانی ما در برقراری ارتباط با دیگران. جلسه شانزدهم: بیان حالات من کودکی، والدی و بالغی. جلسه هفدهم: شناخت انواع ارتباط از نظر ماهیت. جلسه هجدهم: شناخت ارتباط صمیمی جلسه نوزدهم: شناخت مراحل ارتباط. جلسه بیستم: ارتباط کلامی و غیرکلامی. جلسه بیست و یکم: مهارت‌های ایجاد و حفظ ارتباط. جلسه بیست و دوم: شناخت سبک‌های ارتباطی. جلسه بیست و سوم: شناخت الگوهای ارتباطی همسران. جلسه بیست و چهارم: روابط والدین با فرزندان معلول (سندرم داون).

محور ج : آموزش مهارت‌های مقابله با بحران و استرس

جلسه بیست و پنجم: استرس و انواع آن. جلسه بیست و ششم: پیامدهای استرس جلسه بیست و هفتم: منابع استرس. جلسه بیست و هشتم: استرس و تفاوت‌های فردی. جلسه بیست و نهم: روش‌های پیش‌گیری از استرس. جلسه سی ام: روش‌های مواجهه و مقابله با استرس.

محور د: آموزش مهارت‌های شادزیستن

جلسه سی و یکم: شادی و تعریف آن. جلسه سی و دوم: اهمیت شادی و نقش آن در زندگی. جلسه سی و سوم: ویژگی‌های افراد شاد و ناشاد. جلسه سی و چهارم: عوامل موثر بر شادی. جلسه سی و پنجم: روش‌های شادزیستن.

۵. پس از برگزاری جلسات منظم مشاوره و آموزش به مدت ۸ ماه، دوباره آزمون سلامت عمومی، به منظور گردآوری اطلاعات در خصوص سلامت روانی مادران، به عنوان پس آزمون روی هر دو گروه (کنترل و آزمایش) اجرا گردید.

۶. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. با توجه به طرح تحقیق و با توجه به نوع فرضیه‌ها و داده‌های به دست آمده، روش‌های تحلیل کواریانس مورد استفاده قرار

گرفته است. با استفاده از نرم افزار آماری spss برای آزمون فرضیه یک، از روش تحلیل کواریانس تک متغیره^۱ و برای سایر فرضیه ها از روش تحلیل کواریانس چند متغیره^۲ استفاده شده است.

یافته های پژوهش

اولین فرضیه پژوهش بیان می دارد که مداخلات به هنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده محور، بر سلامت روانی مادران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تاثیر دارد.

جدول ۱. شاخص های توصیفی به دست آمده در رابطه با فرضیه اول

گروه	میانگین		انحراف معیار	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
آزمایش	۳۹.۸۸	۱۹.۶۰	۱۴.۴۳	۱۰.۲۸
کنترل	۳۶.۱۷	۳۴.۴۳	۱۶.۴۰	۱۳.۰۳

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس ANCOVA مربوط به داده های فرضیه ی اول

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آزمون
پیش آزمون	۱۹۱۰.۷۷	۱	۱۹۱۰.۷۷	۲۵.۲۵	۰.۰۰۱	۰.۴۷۴	۰.۹۹۸
گروه	۲۱۳۲.۶۴	۱	۲۱۳۲.۶۴	۲۸.۱۸	۰.۰۰۱	۰.۵۰۲	۰.۹۹۹
خطا	۲۱۱۸.۷۶	۲۸	۷۵.۶۷				
کل	۲۸۷۶۷	۳۱					

1.ANCOVA

2..MANCOVA

همچنان که نتایج جدول (۲) نشان می دهد، با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، تفاوت بین عملکرد مادران، دو گروه مداخله و کنترل در آزمون سلامت روانی در سطح $p < 0/001$ معنی دار است. به عبارت دیگر می توان گفت: تفاوت بین نمرات دو گروه از مادران، بیان کننده این مطلب است که مداخلات به هنگام روان شناختی و آموزشی خانواده محور، بر سلامت روانی مادران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تاثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اِتا می توان گفت: ۵۰٪ این تغییرات ناشی از تاثیر مداخله است.

در یک عبارت کلی، فرضیه های دوم تا پنجم پژوهش بیان می دارند که مداخلات به هنگام روان شناختی و آموزشی خانواده محور، بر کاهش اختلالات جسمانی، اختلالات اضطرابی، اختلال در کنش اجتماعی و افسردگی مادران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تاثیر دارد.

جدول ۳. شاخص های توصیفی به دست آمده در رابطه با فرضیه دوم تا پنجم

نام خرده آزمون	گروه	میانگین		انحراف معیار	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
اختلالات جسمانی	آزمایش	۹،۲۲	۴،۱۳	۴،۴۱	۲،۵۸
	کنترل	۸،۲۹	۸،۵۶	۴،۱۷	۳،۰۷
اضطراب خواب	آزمایش	۱۲،۱۶	۶،۵۳	۴،۸۵	۳،۲۹
	کنترل	۱۰،۵۲	۱۰،۳۱	۴،۰۴	۴،۰۹
کنش اجتماعی	آزمایش	۱۰،۷۷	۶،۲	۳،۹۴	۳،۱۶
	کنترل	۹،۸۲	۸،۸۷	۴،۵۵	۴،۳۷
افسردگی	آزمایش	۷،۸۳	۲،۷۳	۵،۱۳	۲،۶۸
	کنترل	۷،۵۲	۷،۳۱	۵،۸۸	۴،۵۵

ابتدا تفاوت بین عملکرد مادران در دو گروه مداخله و کنترل در خرده مقیاس های آزمون سلامت روانی (اختلالات جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، کنش اجتماعی و افسردگی شدید)، در آزمون های آماری « اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، لامبدای ویلکز و بزرگ ترین ریشه ری» مورد بررسی قرار گرفت که در سطح $p < 0/001$ معنی دار

بود. به عبارت دیگر، تفاوت بین نمرات دو گروه از مادران، بیان‌کننده این مطلب است که مداخلات به‌هنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده‌محور، در مجموع بر کاهش اختلالات جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، کنش اجتماعی و افسردگی شدید مادران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تاثیر دارد. سپس آزمون مانکوا انجام گرفت که نتایج در جدول (۴) آمده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به داده‌های فرضیه دوم تا پنجم

منابع تغییر	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	مجذورات	توان آزمون
تغییرات جسمانی	اختلالات جسمانی	۴۹،۹۵۹	۱	۴۹،۹۵۹	۱۲،۸۹۶	۰،۰۰۱	۰،۳۴۰	۰،۹۳۲
	اضطراب و اختلال خواب	۶۶،۰۷۲	۱	۶۶،۰۷۲	۵،۹۰۹	۰،۰۰۲	۰،۱۹۱	۰،۶۴۷
	کنش اجتماعی	۵۳،۸۸۲	۱	۵۳،۸۸۲	۴،۸۰۲	۰،۰۰۳	۰،۱۶۱	۰،۵۵۸
	افسردگی شدید	۱۰۷،۰۸۰	۱	۱۰۷،۰۸۰	۱۲،۶۱۸	۰،۰۰۲	۰،۳۳۵	۰،۹۲۷
تغییرات اجتماعی	اختلالات جسمانی	۱۵۹،۶۱	۱	۱۵۹،۶۳۱	۴۱،۲۰۷	۰،۰۰۱	۰،۶۲۲	۱
	اضطراب و اختلال خواب	۱۵۰،۵۶۱	۱	۱۵۰،۵۶۱	۱۳،۴۶۶	۰،۰۰۱	۰،۳۵۰	۰،۹۴۱
	کنش اجتماعی	۸۲،۶۴۸	۱	۸۲،۶۴۸	۷،۳۶۶	۰،۰۰۱	۰،۲۲۸	۰،۷۴۲
	افسردگی شدید	۱۶۹،۵۶۰	۱	۱۶۹،۵۶۰	۱۹،۹۸۰	۰،۰۰۱	۰،۴۴۴	۰،۹۹۹

همچنان که نتایج جدول (۴) نشان می دهد، با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون، به عنوان متغیرهای همپراش (کمکی) :

(۱) تفاوت بین عملکرد مادران در دو گروه مداخله و کنترل در خرده مقیاس اختلالات جسمانی در سطح $p < 0/001$ معنی دار است. به عبارت دیگر می توان گفت: تفاوت بین نمرات دو گروه، بیان کننده این مطلب است که مداخلات به هنگام روان شناختی و آموزشی خانواده محور، بر کاهش اختلالات جسمانی مادران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اِتا می توان گفت ۶۲٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.

(۲) تفاوت بین عملکرد مادران در دو گروه مداخله و کنترل در خرده مقیاس اضطراب و اختلالات خواب در سطح $p < 0/001$ معنی دار است. به عبارت دیگر می توان گفت: تفاوت بین نمرات دو گروه، بیان کننده این مطلب است که مداخلات به هنگام روان شناختی و آموزشی خانواده محور، بر کاهش اضطراب و اختلالات خواب مادران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اِتا می توان گفت ۳۵٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.

(۳) تفاوت بین عملکرد مادران در دو گروه مداخله و کنترل در خرده مقیاس کنش اجتماعی در سطح $p < 0/01$ معنی دار است. به عبارت دیگر می توان گفت: تفاوت بین نمرات دو گروه، بیان کننده این مطلب است که مداخلات به هنگام روان شناختی و آموزشی خانواده محور، بر کاهش اختلال در کنش اجتماعی مادران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اِتا می توان گفت: ۲۲٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.

(۴) تفاوت بین عملکرد مادران در دو گروه مداخله و کنترل در خرده مقیاس افسردگی در سطح $p < 0/001$ معنی دار است. به عبارت دیگر می توان گفت: تفاوت بین نمرات دو گروه، بیان کننده این مطلب است که مداخلات به هنگام روان شناختی و آموزشی خانواده محور، بر کاهش افسردگی شدید مادران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اِتا می توان گفت ۴۴٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش از دو منظر قابل بررسی است: یکی اهمیت مداخله به‌هنگام، به عنوان یک رویکرد جدید و کارآمد در درمان و توان‌بخشی والدین کودکان معلول و دیگری تاثیر مدل مداخله به‌هنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده محور بر سلامت روانی مادران دارای فرزند با نشانگان داون. همچنان که پیش‌تر بیان شد، مداخله به‌هنگام در یکی دو دهه اخیر رشد و گسترش یافته است و امروزه به یک تئوری گسترده و با عملکرد وسیع تبدیل شده است. این رویکرد درمانی و پیش‌گیرانه، پیامدهای مهمی را در ارتباط با کودک، والدین و جامعه به دنبال دارد و از جمله آن‌ها ارائه خدماتی به والدین است که با هدف بهبود سلامت عمومی و افزایش عملکرد آن‌ها در ابعاد مختلف، به خصوص در ارتباط با کودک معلول صورت می‌گیرد. همان‌گونه که «بلایر و دیگران» (۲۰۰۳)، در مطالعه خود بیان کردند، از جمله پیامدهای مداخله به‌هنگام خانواده محور، بهبود تعاملات ارتباطی بین مادر و کودک است. آنان در تحقیق خود به این نتیجه می‌رسند که بین مادران و فرزندان که مداخلات به‌هنگام را دریافت کرده‌اند، همراهی و همدلی وجود دارد.

از طرف دیگر، والدین کودکان با نشانگان داون همانند سایر والدینی که کودک معلول دارند از نظر سلامتی در معرض آسیب هستند، آن‌گونه که «واکا» (۲۰۰۶)، نیز بیان کرده است والدینی که یک کودک مبتلا به نقص را بزرگ می‌کنند، اندوخته عاطفی و احساسی پایینی دارند. «فروند، بن، بارلو و لیم» (۲۰۰۵)، میزان تنش فزاینده والدین را مورد بررسی قرار داده و معتقدند این تنش‌ها به طور منفی بر رابطه والدین - فرزندان تاثیر می‌گذارد. «گودمن و گت لیب» (۲۰۰۲)، افسردگی و احساس ناامیدی والدین را مورد بررسی قرار داده‌اند. «ملک پور» (۱۳۶۹)، نیز به عکس العمل‌های اولیه والدین نسبت به معلولیت توجه نموده و بیان می‌کند که اندوه از جمله عکس العمل‌های والدین است که حتی گذشت زمان نیز کم‌تر در تخفیف دادن آن تاثیر دارد. همچنین «راچ، ارسمند و بارات» (۱۹۹۹)، به افسردگی و فشارهای روانی والدین

کودکان سندرم داون پرداخته‌اند و «کانینگهام» (۱۹۹۸) نیز به تاثیر منفی نوجوان با نشانگان داون بر خانواده و محدودیت هایی که بر زندگی خانوادگی تحمیل می کند، توجه نمود.

نتایج توصیفی این پژوهش نشان داد که سلامت روانی مادران کودکان با نشانگان داون در حد بسیار بالایی آسیب دیده است. همچنان که در جدول (۱) آمده است، در پیش آزمون میانگین نمره مادران در گروه آزمایش ۳۹،۸۸ و در گروه کنترل ۳۶،۱۷ است، اگر چه نمره مادران گروه مداخله در پس آزمون، به ۱۹،۶۰ کاهش یافته، اما مقایسه این نمره با آن چه پژوهشگران به عنوان نقطه برش اعلام کرده اند، نشان می دهد که هنوز والدین کودکان با نشانگان داون با اعمال مداخلات به هنگام روان شناختی و آموزشی به سطح مطلوب سلامت روانی نرسیده اند. ابراهیمی (۱۳۸۴) در پژوهش خود روی بیماران و افراد سالم، میانگین ۱۰/۴۹ را برای افراد سالم و میانگین ۳۸،۴۶ را برای افراد بیمار گزارش می کند. وی نقطه برش را به عنوان نقطه تشخیص بیماری برای زنان میانگین ۲۵/۲۲ و برای مردان ۲۳/۶ و در کل ۲۴ گزارش می کند، در حالی که پالانگ (۱۳۷۴) نقطه برش را در کل، میانگین ۲۲ اعلام کرده است. همچنان که در گزارش ابراهیمی نیز آمده است، با توجه به نقطه برش در کل جامعه، زنان بیمارتر از مردان هستند. در بیش تر پژوهش های انجام شده، حتی بر روی جمعیت عادی، اختلالات روانی در بین زنان بیش از مردان گزارش شده است (بختیارپور، ۱۳۸۰، قاسمی و اسدالهی، ۱۳۷۵).

مقایسه عملکرد مادران در خرده مقیاس های پرسشنامه (جدول ۳) نشان می دهد که مادران در خرده مقیاس اختلالات اضطرابی نمرات بیشتری کسب کرده اند، سپس در خرده مقیاس اختلال در کنش اجتماعی و بعد در خرده مقیاس اختلالات جسمانی و در نهایت در خرده مقیاس افسردگی. در پژوهشی که بختیارپور (۱۳۸۰) در مورد سلامت روانی معلمان انجام داده است، اختلالات اضطرابی بیش ترین شیوع را داشته و اختلالات جسمانی کم ترین شیوع را داشته است. در پژوهش افشاری منفرد و همکاران (۱۳۷۴) روی بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی، بیش ترین اختلالات مربوط به اختلالات اضطرابی بوده است.

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان گفت مداخله به‌هنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده محور بر سلامت روانی مادران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تاثیر دارد و مداخلات به‌هنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده محور، موجب کاهش اختلالات جسمانی، اختلالات اضطرابی، اختلال درکنش اجتماعی و افسردگی شدید، مادران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال می‌گردد. با مروری بر مطالعات انجام گرفته، می‌توان گفت یافته‌های پژوهش با دیدگاه و نتایج یافته‌های سایر پژوهشگران هم‌خوانی دارد. «واشنگتن» (۱۹۹۶)، به این نتیجه رسیده است که مداخله به‌هنگام، اعتماد به نفس مادران را افزایش داده است. «برنامه تحقیقاتی و توسعه خانواده سیراکوز» (۱۹۹۶، ۱۹۹۷)، نیز موجب بهتر شدن محیط خانه، والدین و افزایش خودتکایی و اعتماد به نفس مادران شده. «بک من» (۱۹۸۱)، «شانکوف و هاسر - کرام» (۱۹۸۹) ذکر کرده اند که مداخله به‌هنگام نه تنها موجب توانمندتر شدن والدین می‌گردد، بلکه به کاهش استرس والدین کمک زیادی می‌نماید. «بت برودر» (۲۰۰۶)، نیز به نقش مداخله به‌هنگام در رشد آگاهی والدین، سازگاری آن‌ها توجه نموده است. «بروینسما و کوئیل» (۲۰۰۴)، به تاثیر آموزش بر بهتر شدن حالات عاطفی والدین و کاهش استرس آن‌ها اشاره دارند. «دانست و دیبل» (۱۹۹۴) هم بیان می‌کنند که مشارکت دادن والدین در خدمات و حمایت از آن‌ها به امر تصمیم‌گیری کمک می‌نماید. «کمیته کودکان مبتلا به ناتوانی‌ها» (۲۰۰۱)، به مدل خانواده محوری توجه نموده و معتقد است که این مدل به توانایی خانواده برای مقابله با فشارهای روانی کمک می‌کند. همچنین «زهر و همکاران» (۱۹۹۲)، به نقش مداخله به‌هنگام بر بهبود محیط خانه و تعامل نوزاد - مادر توجه نموده اند. «وان ریپر، ریف و پریدهام» (۱۹۹۲) نیز به تاثیر تعامل و ارتباط متقابل ارایه‌کنندگان مراقبت‌های درمانی بر شیوه واکنش خانواده‌ها نسبت به تولد کودک با نشانگان داون پرداخته است.

در پایان، لازم به ذکر است که پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بوده است که امکان تعمیم نتایج را با احتیاط روبرو می‌سازد و بعضی از آن‌ها عبارتند از: محدود کردن پژوهش به گروه خاصی از والدین، نوع خاصی از ابزار اندازه‌گیری، شیوه‌های خاصی از مداخله، اجرای مداخله در زمان و مکان خاصی، و همچنین محدودیت در

انتخاب نمونه پژوهش که تنها مراجعان به یک مرکز خاص بود. بنابراین بهتر است که پژوهش بر روی والدین دیگر گروه‌های کودکان با نیازهای خاص و با در نظر گرفتن سایر متغیرها و ابزارهای اندازه‌گیری اجرا گردد.

با مرور مطالعات انجام شده و با در نظر گرفتن محدودیت‌هایی که پژوهش با خود به همراه داشته است، در مجموع می‌توان گفت مداخله به‌هنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده محور، موجب سلامت روانی مادران می‌گردد و به عنوان یک راهبرد درمانی و مداخله‌ای، بهتر است مورد توجه قرار گیرد. همچنین توصیه می‌شود که مسوولان و متولیان امر آموزش و توان‌بخشی کودکان استثنایی، رویکرد مداخله به‌هنگام را مهم تلقی نموده و راهکارهای اجرایی شدن آن را با توجه به پیامدهای مهمی که دارد، در داخل کشور عملی نمایند. از طرفی مدل مداخله به‌هنگام خانواده محور به عنوان یک مدل کارآمد و میان‌بر می‌تواند خدمات را در دل خانه و خانواده برده و با آموزش و مشاوره به‌هنگام به والدین، نه تنها به سلامت روانی آنان کمک کرده، بلکه توان‌بخشی، درمان، و آموزش فرزندان دارای معلولیت را از همان آغازین روزهای زندگی و با صرف کم‌ترین هزینه میسر سازد.

مآخذ

- ابراهیمی، امراله. (۱۳۸۴). بررسی روان‌سنجی و تحلیل عوامل پرسشنامه سلامت عمومی GHQ در بیماران روان‌پزشکی مراکز روان‌پزشکی اصفهان. طرح پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان: مرکز تحقیقات علوم رفتاری
- استورا، جان بنجامین. (۱۳۷۷). تنیدگی یا استرس. ترجمه پریخ دادستان. تهران: انتشارات رشد.
- افشاری منفرد، ژاله و بوالهروی، جعفر و باقری یزدی، عباس. (۱۳۷۴). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در بین بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های عمومی شهر سمنان. خلاصه مقالات پنجمین کنگره پژوهش‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شهید بهشتی
- بختیارپور دشت بزرگ، پروین. (۱۳۸۰). بررسی وضعیت بهداشت روانی معلمان استان اصفهان. طرح پژوهشی سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان. کارشناسی تحقیقات.

تاثیر مداخلات به هنگام روان‌شناختی .../۲۱

- پالاهنگ، حسن. (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران: انستیتو روان‌پزشکی.
- رابینسون، نانسی ام و رابینسون، هالبرت بی. (۱۳۶۸). کودک عقب‌مانده ذهنی. ترجمه فرهاد ماهر. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- قاسمی، غلامرضا و اسدالهی، قربانعلی. (۱۳۷۵). بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در شهر اصفهان. طرح پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان: مرکز تحقیقات علوم رفتاری.
- گلاگر، جیمز جی و کرک، ساموئل ای. (۱۳۷۶). آموزش و پرورش کودکان استثنایی. ترجمه مجتبی جوادیان. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- ملک‌پور، مختار. (۱۳۶۹). بهداشت خانواده کودکان عقب‌مانده ذهنی. اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی اصفهان.
- ملک‌پور، مختار. (۱۳۷۷). طرح پژوهشی شناخت و ارزیابی نیازهای والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی خردسال به منظور شرکت فعال والدین در برنامه‌های مداخله‌جویانه به موقع. دانشگاه اصفهان.
- مولوی، حسین. (۲۰۰۲). روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی در دانشجویان ایرانی. مجله پژوهش‌های روان‌شناختی پاکستان، جلد ۱۷ شماره ۳ و ۴.
- مهرجانیان، بهرخ. (۱۳۷۶). ترجمه، انطباق مقدماتی فرهنگی و سنجش اعتبار و پایایی مقیاس رفتارهای انطباقی و اینلند: فرم کلاسی برای استفاده در ایران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی. دانشگاه شیراز.
- هومن، حیدرعلی. (۱۳۷۳). شناخت روش علمی در علوم رفتاری (پایه‌های پژوهش). تهران: نشر پارسا.
- هومن، عباس. (۱۳۷۷). استاندارد سازی پرسشنامه سلامت عمومی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- Atkinson, L., & Chisholm, V. (1995). Cognitive coping, affective distress, and maternal sensitivity: Mothers of children with Down syndrome. *Developmental Psychology*, 31, 668-676.
- Beckman-Bell, P. (1981). "Needs of Parents with Developmentally Disabled Children." In *A National Review Project Of Child Development Services: A State-Of-The-Art Series*, edited by R. Wiegink and J. M. Bartel. Chapel Hill, NC: University of North Carolina, Frank Porter Graham Child Development Center.

- Blair, Clancy, Peters, Rachel, Lawrence, Frank.* (2003). Family dynamics and child outcomes in early intervention: the role of developmental theory in the specification of effects. *Early Childhood Research Quarterly*. Volume 18, Issue 4, Winter 2003, P 446-467
- Bruder, Mary Beth, Hanson, Marci J.* (2001). Early intervention: Promises to keep. *Infants and Young Children*. Frederick: Jan 2001. Vol.13, Iss. 3; pg. 47, 12 pgs
- Bruder, Mary Beth.* (2006). Early Intervention For Children with Disabilities. *University of Connecticut School of Medicine, Child and Family Studies* For more articles on disabilities and special ed visit. www.bridges4kids.org.&
<http://www.worldbank.org/children/nino/basico/Beth.htm>
- Bruinsma YEM, Koegel RL, Koegel LK.* (2004). The effect of early intervention on the social and emotional development of young children (0-5) with autism. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2004:1-6.
Available at: <http://www.excellence-earlychildhood.ca/documents/Bruinsma-KoegelANGxp.pdf>.
- Committee on Children With Disabilities.* (2001). Role of the Pediatrician in Family-Centered Early Intervention Services. *PEDIATRICS* Vol. 107 No. 5 May 2001, pp. 1155-1157
- Cunningham, C.* (1998). Families of children with Down syndrome. *Down Syndrome: Research & Practice*, 4, 87-95.

- Dunst, C. J., & Deal, A. G. (1994).* A family-centered approach to developing individualized family support plans. In C. J. Dunst, C. M. Trivette, & A. G. Deal (Eds.), *Supporting and strengthening families* (pp. 73-89). Cambridge, MA: Brookline Books.
- Goodman, S. H., & Gottlieb, I. H. (Eds.). (2002).* Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment (pp. 59-88). Washington, DC: American Psychological Association.
- Freund, P.J., Boone, H. A., Barlow, J. H., & Lim, C. I. (2005).* Healthcare and early intervention collaborative supports for families and young children. *Infants and Young Children*, 18(1), 25-36.
- Hornby, G. (1994).* Counseling in child disability. United Kingdom. Chapman-Hall.
- Meisels, S., & Shankoff, J. (Eds.). (1990).* Handbook of early intervention. New York: Cambridge University Press.
- Mitchel, D. and Brown, R.I. (Eds) (1991).* Early intervention studies for young children with special needs. London: Chapman and Hall
- Patterson, J. M., & Leonard, B. J. (1994).* Caregiving and children. In E. Kahana, D. E. Biegel, & M. L. Wykle (Eds.), *Family caregiving across the lifespan*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Perloff, L., Butler, P., Berry, C., Budetti, P. (1998).* literature review of outcomes of early intervention programs. Institute for health services research and policy studies NORTHWESTERN UNIVERSITY
- Rynders, J.E., Rand, Y., Feuerstein, R., & Klein, P. (1988).* Early education for children with Down syndrome and their parents. In R. Feuerstein, Y. Rand, & J.E. Rynders (Eds.), *Don't accept me as I am: Helping "retarded" people to excel* (pp. 129-147), New York: Plenum.

- Roach, M. A., Orsmond, G. I., & Barratt, M. S. (1999).* Mothers and fathers of children with Down syndrome: Parental stress and involvement in childcare. *American Journal on Mental Retardation*, 104, 422-436.
- Shonkoff, J.P., & Hauser-Cram, P. (1989) .* Early intervention for disabled infants and their families . *Pediatrics*, 80,650-658 .
- Vacca,John J. (2006).*Parent perceptions of raising a child with a severe physical disability: implications for mental health providers. *Journal of Best practices in mental Health*, vol.2,no.1,winter 2006.
- Van Riper, M., Ryff, C., & Pridham, K. (1992).* Parental and family well-being in families of children with Down syndrome: A comparative study. *Research in Nursing & Health*. 15, 227-235.
- Washington K, Schwartz I.(1996).* Maternal perceptions on the effects of physical and occupational therapy services on caregiving competency. *Phys Occup Ther Pediatr*. 16: 33-54
- Zahr, LK., Parker, S., Cole, J. (1992).* Comparing the effects of neonatal intensive care unit intervention on premature infants at different weights . *Developmental and Behavioral Pediatrics*. Vol: 13. pp: 165-17.