

تأثیر مداخلات به هنگام روانشناختی و آموزشی خانواده محور بر سلامت روانی پدران دارای فرزند با نشانیگان داون*

The Effect of Psychological and Educational Family-Centered Early
Intervention on Fathers, Mental Health of Children with Down Syndrome*

Salar Faramarzi,  Ph.D.

Gholamali Afrooz, Ph.D.

دکتر سالار فرامرزی**


دکتر غلامعلی افروز***

Abstract

The purpose of this study was to examine the effect of psychological and educational family-centered early interventions on fathers who have childrens with Down syndrome. An experimental group and a pretest-posttest control group design method were applied. The subjects of this study were all Isfahanian fathers who had children with Down syndrome in Isfahan. Accordingly, 36 fathers were randomly chosen and put into two control and experimental groups. In order to evaluate the fathers' mental health, the General Health Questionnaire was applied. The analysis of covariance revealed that the difference between the performance of the two groups in the mental health was statistically significant, and therefore psychological and

چکیده

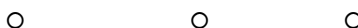
پژوهش حاضر به منظور بررسی تأثیر مداخلات به هنگام روانشناختی و آموزشی خانواده محور، بر میزان سلامت روانی پدران دارای فرزند با نشانیگان داون زیر ۵ سال در شهر اصفهان انجام گرفت. روش پژوهش آزمایشی و از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. بدین منظور از بین پدرانی که کودک با نشانیگان داون زیر ۵ سال داشتند ۳۶ پدر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. برای تعیین سلامت روانی پدران از پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی استفاده گردید. داده‌های حاصل از پژوهش با روش‌های آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد؛ بین عملکرد گروه مداخله و کنترل در آزمون سلامت روانی و خرده مقیاسهای آن تفاوت معنی دار می‌باشد و مداخلات به هنگام

* Faculty of Education & Psychology, University of Isfahan, I.R. Iran.  E-mail salarfaramarzi@yahoo.com, Tel: (+98)913 316 29 75

* دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۸/۱۹، تصویب نهایی: ۱۳۸۷/۷/۲۸
** دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان
*** دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

educational family-centered early interventions have positive effects on the fathers' mental health state.
Keywords: early intervention, family-centered early intervention, Down syndrome, mental health.

روانشناختی و آموزشی خانواده محور بر ارتقاء سلامت روانی پدران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد.
کلید واژه‌ها: مداخله به هنگام، مداخله به هنگام خانواده محور، نشانگان داون، سلامت روانی.



● مقدمه

«نشانگان داون» از متداول‌ترین اختلالات کروموزومی است که با درجاتی از عقب ماندگی ذهنی همراه است. این اختلال در همه جای دنیا و در میان همه اقوام وجود دارد و از زمانی که «جان لندن داون» پزشک انگلیسی در سال ۱۸۶۶ آن را برای اولین بار شناسایی کرد تا به امروز تحقیقات زیادی در مورد آن صورت گرفته است (افروز، ۱۳۷۹). تولد کودکانی با این نشانگان، پیامدهای زیانباری را برای خانواده بدنبال داشته باشد و بسیاری از پژوهشگران این مسئله را مورد توجه قرار داده و تحقیقاتی در خصوص آن و این که چگونه می‌توان به خانواده در زمینه‌های مربوطه کمک کرد انجام داده‌اند. نیزبو (۲۰۰۲) می‌گوید، با خبر تولد فرزند معلول، اولین احساس والدین، احساس گناه و تقصیر است و تقریباً تمامی والدین با «تندگی» روبه رو خواهند شد و معمولاً بیشترین اثر را بر مادر خواهد داشت و پدر ممکن است پس از گذشت مدتی تا حدودی بتواند خود را با مشکل سازگار کند.

به نظر فرویند، بن، بارلو و لیم (۲۰۰۵) وظایف فزاینده مراقبت از یک کودک معلول که دچار مجموعه‌ای از ناتوانی‌ها و نقص‌هاست، با میزان تنشی که والدین مجبورند بر آن غلبه کنند، در ارتباط است. گودمن و گت لیب (۲۰۰۲)، می‌گویند در برخی خانواده‌ها چالش‌های روزانه و فشارهای ناشی از بزرگ کردن یک کودک معلول ممکن است تأثیر منفی بر کیفیت زندگی باقی گذارد و احتمالاً برخی افراد خانواده دچار بدبینی، خشم، اضطراب، گناه، تندگی، ناامیدی و یا افسردگی می‌شوند.

اسکار (۱۹۸۲) در باره تأثیر معلولیت بر خانواده می‌نویسد، در این تراژدی انسان‌ها هم چون مواد پلاستیکی می‌مانند که تحت فشارهای محیطی خم می‌شوند و این مشکل با تشدید و غیر

قابل تحمل شدن فشارها و تجربه‌های ناپایدار تبدیل به مشکلات بدتری می‌شوند اما زمانی که محیط‌های بداصلاح شدند، آنگاه سازگاری بهتر شده و بهبود می‌یابد. تایلر (۱۹۸۹) نیز با اشاره به همین موضوع می‌گوید می‌توان به افراد کمک کرد تا به یک سطح کاملاً شادی از زندگی یا خوشنودی قبلی برسند، اگرچه هرکسی نمی‌تواند خود را با زندگی هماهنگ کند.

سندر و مورگان (۱۹۹۷) گزارش کرده‌اند که سطوح فشار برای خانواده‌های کودکانی که «نشانگان داون» دارند بیشتر از والدینی است که کودکان عادی دارند. راج، ارسمند و بارات (۱۹۹۹) هم ذکر کردند که والدین کودکانی که نشانگان داون دارند تنیدگی و افسردگی شدیدتری نسبت به والدین کودکان عادی دارند. وان ریپر، ریف و پریدهام (۱۹۹۲)، در یک تحقیق توصیفی به این نتیجه رسیده‌اند که تعامل و ارتباط متقابل ارائه‌کنندگان مراقبت‌های درمانی می‌تواند تأثیر مهمی بر شیوه واکنش خانواده‌ها بر تولد کودک با نشانگان داون داشته باشد.

به نظر واکا (۲۰۰۶) غالباً والدینی که یک کودک مبتلا به نقص را بزرگ می‌کنند، اندوخته عاطفی و احساسی پائینی دارند. وی با توجه به تحقیقات انجام شده الگویی را مطرح می‌کند که والدین کودکان معلول با طی مراحل پذیرش معلولیت نائل می‌شوند و عبارتند از: ۱. مرحله هنجاری؛ ۲. مرحله خودشناسی؛ ۳. مرحله پذیرش؛ ۴. مرحله تعیین کیفیت زندگی؛ ۵. مرحله برنامه‌ریزی برای آینده.

بارنت و همکاران (۲۰۰۳)، نیز گزارش می‌کنند؛ والدین کودکان معلول با بسیاری از شک‌ها و تردیدها راجع به آینده فرزندشان روبرو هستند، در نتیجه این راهبردهای مقابله‌ای است که می‌تواند احساس آسیب‌پذیری و عدم اطمینان را در مراحل بعدی از بین ببرد. هووکیلی (۲۰۰۳) می‌گویند، غالباً والدینی که یک کودک مبتلا به نقص را بزرگ می‌کنند، اندوخته عاطفی و احساسی پائینی دارند و شکل دهی یک ارتباط عاطفی و بیانی دوطرفه را کاری چالش‌انگیز می‌دانند.

فتوحی (۱۳۷۹) در پژوهش توصیفی مقایسه‌ای که به منظور شناسایی و مقایسه عوامل تنش‌زا و راهکارهای سازگاری در مادران و پدران کودکان عقب‌مانده ذهنی انجام داده، نتیجه گرفته که اکثر والدین (۷۰٪/۸) نسبت به آینده کودک نگران بوده و شدت عوامل تنش‌زای روانی در مادران بیشتر از پدران بوده و در استفاده از راهکارهای سازگاری هم متفاوت هستند. داورمنش و همکاران (۱۳۸۵) هم در تحقیقی دیگر به منظور بررسی رابطه میزان تنیدگی با رضامندی زناشویی در والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی به این نتیجه رسیده‌اند که افزایش تنیدگی والدین، تحت تأثیر حضور کودک عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر، منجر به کاهش رضامندی زناشویی

شده و با برگزاری جلسات آموزش و مشاوره می‌توان راه‌های کاهش تنیدگی را به آنها آموزش داد.

از طرفی از جمله مفاهیم و واژه‌هایی که در سال‌های اخیر وارد حوزه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص شده است و در ادبیات علمی ما به شکل‌های مختلفی تحت عناوین «مداخله اولیه»^۲، «مداخله به هنگام»، «مداخله زودهنگام»، «مداخله‌گری زودرس»، «مداخله جبرانی» و «مداخله به موقع» ترجمه شده است. برودر (۲۰۰۶)، بیان می‌دارد «مداخله به هنگام» برای کودکان دبستانی یا نوپایانی کاربرد دارد که در معرض خطر یک نقص یا مشکلی هستند که بر رشد آنها در آینده تأثیر می‌گذارد و خدماتی را به این کودکان و خانواده‌های آنها ارائه می‌کند و ممکن است تنها بر خود کودک متمرکز شده یا اینکه بر کودک و خانواده با هم تأثیر بگذارد و برنامه‌های مداخله ممکن است در مرکز، خانه، بیمارستان یا ترکیبی از اینها اجرا شوند. و هدف اولیه آن، کمک به رشد آگاهی والدین، سازگاری آنها و نقش اساسی آنها در مراقبت از کودک معلول است و کلید این هدف، شناخت تنیدگی فزاینده والدین و کمک به آنها در شناسایی و به کارگیری شبکه‌های حمایتی است. هم‌چنین، میسلز و شانکوف (۱۹۹۰) بیان می‌کنند «مداخله به هنگام» عبارت است از توافق بر سر تلاش‌های نظام‌مند و مستمر برای کمک به کودکان زیر ۵ سال که از نظر رشدی آسیب پذیر و ناتوان بوده و نیز خانواده‌های ایشان. میشل و براون (۱۹۹۱) نیز تعریفی مشابه دارند؛ «راهنمای نظام‌مند به منظور به حداکثر رساندن رشد نوزادان و کودکان دارای نیازهای خاص و تقویت عملکرد والدین و مراقبین ایشان». این راهنماد پیش‌گیرانه می‌تواند با پیش‌گیری اولیه و ثانویه مرتبط باشد. علاوه بر این در قانون عمومی ۱۷-۱۰۵، که بعدها با اصطلاحاتی «قانون تعلیم و تربیت افراد با ناتوانی»^۳ (IDEA) نام گرفت به خانواده اهمیت زیادی داده است. از نظر این قانون خانواده مهم‌ترین نقش را در «مداخله به هنگام» داشته و مرکزی است برای هماهنگ کردن خدمات مداخله به هنگام.

برودر و هانسون (۲۰۰۱)، ضمن توجه به پیامدهای مداخله به هنگام، می‌گویند خدمات مداخله به هنگام، تأثیر مهمی بر والدین، خواهران و برادران کودک استثنایی دارد. خانواده معمولاً احساس انزوا و ناامیدی داشته و خود را در مقابل مشکلات تنها می‌یابند. چنین تنیدگی‌هایی می‌توانند منجر به ایجاد مشکلاتی در رشد فرزند گردند و خانواده‌های چنین کودکانی بیشتر در معرض طلاق و خودکشی بوده و مداخله به هنگام می‌تواند منجر به داشتن دیدگاه‌های بهتر در مورد خود والدین و فرزندانشان شده تا آنها بتوانند با بدست آوردن اطلاعات لازم علاوه بر تربیت فرزند به تفریح خود نیز برسند.

کرک و همکاران (۱۹۹۳) بیان می‌دارند که برنامه مداخله به هنگام در خانه موجب ارائه خدمات فراگیر می‌شود. این برنامه‌ها در کمک به خانواده‌های با کودکان در معرض خطر، ناتوان و با تأخیر در رشد بسیار مؤثر می‌باشند. بررسی روی برنامه مداخله به هنگام در خانه نشان می‌دهد که این برنامه روی والدین به اندازه کودکان ایشان مفید می‌باشد. برون فینر (۱۹۷۷)، در یکی از اولین بررسی‌های انجام شده روی مداخله به هنگام به این نتیجه رسید که بدون مشارکت خانواده، مداخله به احتمال زیاد ناموفق است و تأثیرات خیلی کمی هم که ممکن است بدنبال داشته باشد بدون مشارکت خانواده از بین می‌روند.

رینولدز (۱۹۹۹)، بیان می‌کند که مشارکت والدین عاملی مهم در تأثیر گذاری مداخله به هنگام است و این فرضیه را حمایت می‌کند؛ والدینی که مشارکت فعال در برنامه فرزندانشان دارند، مهارت‌ها و گرایش‌هایی را می‌آموزند که به آنها در بالا بردن میزان موفقیت فرزندشان کمک خواهد کرد.

به نظر بروینسما و کوگل (۲۰۰۴) آموزش والدین در الگوی مشارکت و همکاری، نسبت به الگوی پزشکی، بهتر و مهمتر می‌باشد. برای مثال «بروکمن - فریز» نشان داده‌اند که در طول جلسات آموزشی که از الگوی مشارکتی و همکاری استفاده می‌کنند، عاطفه والدین بهتر و تنیدگی آنها کمتر می‌شود.

«کمیته کودکان مبتلا به ناتوانی‌ها»^۵ (۲۰۰۱) متذکر می‌شود که خانواده به عنوان مهره اصلی، نقش اساسی را در تضمین سلامت و رفاه کودکان بازی می‌کند و در الگوی خانواده - محوری سهم خانواده در نظر گرفته می‌شود به خصوص عوامل تنش‌زایی که خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد، خواه این عوامل اقتصادی باشند و یا اجتماعی. در این الگو به توانایی خانواده برای مقابله با تنیدگی پرداخته می‌شود.

دانست و تریوته (۱۹۹۶) می‌گویند «قانون تعلیم و تربیت افراد باناتوانی‌ها» شرکت والدین کودک را در تمام روندهای آموزشی الزامی کرده است و یکی از اهداف این است که خانواده و فرد گیرنده خدمات به سطح بالاتری از توانایی و شایستگی جهت احساس رضایت از خود برسند. دانست (۱۹۹۹)، تأکید می‌کند که والدین باید اطلاعات را به یک شیوه دلسوزانه دریافت کنند به طوری که آنها بتوانند نیازهای خاص کودکان را شناسایی و یادگیری کودک را تسهیل کنند، بدون اینکه اعتماد به نفس یا باورهای دینی یا فرهنگی خانواده تهدید شود.

بارنت و همکاران (۲۰۰۳) سه فرآیند رشدی هدفمند برای راهنمایی متخصصین بهداشت روانی که با کودکان معلول و خانواده‌های آنها کار می‌کنند را در جهت ارتقای سازگاری مثبت

مطرح کرده‌اند که عبارتند از: فرآیندهای اجتماعی، آن دسته از خدمات بهداشت روانی که می‌توانند حمایت‌ها گروهی و ارتباطات بین همسران را ترغیب و تشویق کنند. فرآیندهای عاطفی، آن دسته از خدمات بهداشت روانی که غم و غصه، پذیرش و گستره‌ای از احساسات را در بر می‌گیرد. فرآیندهای شناختی و رفتاری، آن دسته از خدمت بهداشت روانی که نگرش‌های مختلف، گستره‌ای از مهارت‌های مقابله‌ای و پیشرفت در تکالیف پدر و مادری را در بر می‌گیرد. شلدن و راش (۲۰۰۱)، بیان می‌کنند که منابع علمی نشان می‌دهند، خدمات خانوادگی از لحاظ هزینه به صرفه‌ترند، در شناخت عملکرد کودک موفق‌ترند و نسبت به کارهای بالینی توسط مادران و پدران بهتر و وسیع‌تر قابل انجام هستند. والدین از این طریق می‌توانند باطیف وسیعی از خدمات آشنا شده و نه تنها خدمات را ترجیح دهند بلکه مشخص شده است که هر چه خدمات در محیط خانواده بیشتر باشد تنیدگی والدین هم کمتر خواهد بود.

بوردن (۱۹۸۰)، در مورد تأثیر آموزش مبتنی بر خانواده می‌گوید، والدین اغلب روحیه بهتری از خود بروز می‌دهند و درک بهتری نسبت به فرزند خود پیدا کرده و به او علاقه مندتر می‌شوند. آپلین و پوگ (۱۹۸۳)، به فواید تمرکز حمایت روی خانواده‌ها اشاره می‌کنند و نقش پررنگ آنها را در رشد کودک نشان داده و می‌گویند شرکت مستقیم والدین در برنامه مداخله می‌تواند به عنوان یک عنصر مهم و مؤثر بر عملکرد کودک در نظر گرفته شود و برنامه‌های مربوط به کودکان زمانی موفقیت‌آمیز هستند که والدین در آن شرکت فعال داشته باشند. شریفی درآمدی و همکاران (۱۳۸۴)، در پژوهشی به تأثیر آموزش هوش هیجانی بر سلامت روانی مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی پرداخته و نتیجه می‌گیرند که آموزش بر سلامت روانی مادران تأثیر مثبت دارد.

از پژوهش‌ها و مطالعات فوق استنباط می‌شود که «مداخلات به هنگام»، بر سلامت روانی والدین دارای فرزند با نیازهای خاص مؤثر است. اگرچه تفاوت‌هایی در نوع، زمان و مقدار و میزان مداخله وجود دارد ولی به طور کلی برنامه‌های مداخله به هنگام پیامدهای مثبتی را برای کودکان و والدین بدنبال داشته است. این پژوهش نیز از نظر روش با سایر مطالعات انجام گرفته تفاوت دارد. مطالعات نشان می‌دهند که برنامه‌های مداخله به هنگام، عمدتاً مؤسسه محور بوده و بر خود کودک متمرکز بوده‌اند، و این در حالی است که این پژوهش، خانواده را مورد توجه قرار داده است. به علاوه با توجه به این که تاکنون در کشور ما کمتر کاری در این زمینه صورت گرفته است، انجام آن از اهمیت برخوردار است. لذا هدف و مسئله اساسی پژوهش؛ «بررسی اثربخشی مداخلات به هنگام روانشناختی و آموزشی خانواده محور، بر سلامت روانی پدران دارای فرزند با

نشانگان داون در شهر اصفهان» بود. بدین منظور فرضیه‌های زیر مورد بررسی و آزمون قرار گرفت:

۱. مداخلات به هنگام روانشناختی و آموزشی خانواده محور، بر سلامت روانی پدران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد.

۲. مداخلات به هنگام روانشناختی و آموزشی خانواده محور بر کاهش اختلالات جسمانی، اختلالات اضطرابی، اختلال در کنش اجتماعی و افسردگی پدران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد.

● روش

این طرح از نوع آزمایشی است زیرا پژوهشگر بدنبال تأثیر متغیر مستقل مداخله به هنگام روانشناختی و آموزشی مبتنی بر خانواده، روی سلامت روانی پدران دارای فرزند با نشانگان داون می‌باشد و دیاگرام طرح به شرح زیر است:

طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و گزینش تصادفی

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

○ «جامعه آماری» پژوهش راکلیه پدران کودکان با نشانگان داون زیر ۵ سال در شهر اصفهان تشکیل می‌دهد با توجه به آمارهای جهانی شیوع این نشانگان ۱/۶۶۰ می‌باشد (رابینسون، ۱۳۶۸) و نظریه این که از ابتدای سال ۱۳۸۱ تا پایان سال ۱۳۸۵ در کل ۱۲۱۳۴۰ نفر (۸۰۰۶۲۰ پسر و ۵۹۲۹۶ دختر) در شهر اصفهان متولد شده‌اند می‌توان گفت احتمالاً ۱۸۴ نفر دارای نشانگان داون (۹۴ پسر و ۹۰ دختر) می‌باشند. بنابر این، از بین پدران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال که تا اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۵ به «مرکز توان خواهان 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) بطور تصادفی گمارده و مورد بررسی قرار گرفتند.

○ برای بدست آوردن اطلاعات لازم در زمینه سلامت روانی پدران از پرسشنامه ۲۸ سؤالی «سلامت عمومی» استفاده شده است. این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ تدوین شده است. بالا بودن نمره در آن نشانه عدم سلامت روانی و پایین بودن نمره نشانه سلامت روانی فرد است. این پرسشنامه دارای ۴ مقیاس فرعی است که عبارتند از: علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کنش اجتماعی و افسردگی شدید (استورا، ۱۳۷۷). پرسشنامه دارای

روایی و اعتبار نسبتاً خوبی است. محققین مختلف روایی پرسشنامه را از ۷۲ تا ۸۸ درصد گزارش کرده‌اند از جمله ویلیامز، گلدبرگ و ماری (۱۹۸۸) به نقل از بختیارپور، (۱۳۸۰)، پالاهنگ (۱۳۷۵)، ابراهیمی (۱۳۸۴). در خصوص اعتبار پرسشنامه هم مطالعات متعددی صورت گرفته است و اعتبار آزمون از ۷۰ تا ۹۵ درصد گزارش شده است از جمله؛ گلدبرگ و ویلیامز، ۱۹۸۸؛ چان، ۱۹۸۵ (به نقل از بختیارپور، ۱۳۸۰)؛ هومن (۱۳۷۷) و ابراهیمی (۱۳۸۴).

○ نظر به اینکه 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 پدران مراجعه‌کننده به «مرکز حمایت از توان‌خواهان ذهنی و جسمی فردا» که دارای فرزند مبتلا به سندرم 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 پدران به عنوان پیش‌آزمون. ۴. اعمال متغیر مستقل که در این پژوهش عبارت است از مداخله به هنگام روانشناختی و آموزشی خانواده محور به شرح ذیل:

□ الف. منظور از مداخله روانشناختی تشکیل جلسات مشاوره فردی و گروهی برای پدران دارای فرزند مبتلا به سندرم داون زیر ۵ سال می‌باشد. فرآیند مشاوره با پدران کودکان با نشانگان داون با استفاده از الگوی مشاوره‌ای هورن بی به صورت فردی و گروهی طراحی شد. خلاصه مباحث و محورهای برنامه مداخله به هنگام روانشناختی خانواده محور به صورت ارائه خدمات مشاوره‌ای صورت گرفت:

۱. مشاوره فردی؛ در جلسات مشاوره فردی برای پدران، محور جلسه مشاوره با توجه به مواردی که پدران مطرح می‌نمودند، تعیین و در مجموع حول این موارد بود؛ چگونگی ارتباط با کودک و سایر فرزندان، روش برخورد با مشکلات خاص کودک مبتلا و سایر فرزندان، مشکلات ارتباطی همسران با هم مسائل خاص و ویژه کودک مبتلا در زمینه‌های درمانی توانبخشی و غیره.

۲. مشاوره گروهی؛ برای کلیه پدران ده جلسه مشاوره تعیین گردید، موضوع این جلسات تا حدی از قبل پیش‌بینی شده بود ولی از انعطاف لازم برخوردار بود. در این جلسات، مشاور نقش رهبری جلسه را به عهده داشت تا پدران به یک جمع بندی و اتفاق نظر دست پیدا کنند. مراحل بدین شرح بود ابتدا موضوع مطرح و کاملاً تبیین می‌شد سپس از پدران خواسته می‌شد تا بدون هیچگونه خود سانسوری به بیان احساس و نظر خود بپردازند و از آنها خواسته می‌شد 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 پدران اقدام می نمود و مطالب مورد توافق مطرح شده را فهرست کرده و از پدران 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؛ 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، مسائل مربوط به خواهران و برادران فرد مبتلا، مشارکت خانواده در فعالیت های اجتماعی.

□ ب. منظور از مداخله آموزشی برگزاری جلسات آموزشی در چهار محور مهارت های ارتباطی، مهارت های مقابله با بحران و تنیدگی، و شناخت ویژگی های کودک با نشانگان داون است که مجموعاً طول دوره آموزشی ۳۵ جلسه و به میزان ۲ تا ۳ ساعت (۱ تا دو جلسه) در هر هفته بود. 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 داشتند. ولی هدف پژوهش پدران کودکان 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 ضرورت های برنامه آشنا شده و در مورد برگزاری زمان جلسات و چگونگی اجرای برنامه هماهنگی و توافق انجام گرفت. جلسه دوم؛ آشنایی با نشانه های بالینی نشانگان داون. جلسه سوم؛ آشنایی با علل و عوامل نشانگان داون. جلسه چهارم؛ آشنایی با ویژگی های ذهنی و شناختی کودکان با نشانگان داون. جلسه پنجم؛ آشنایی با ویژگی های زبانی کودکان با نشانگان داون. جلسه ششم؛ آشنایی با ویژگی های گفتاری کودکان با نشانگان داون. جلسه هفتم؛ آشنایی با ویژگی های حرکتی کودکان با نشانگان داون. جلسه هشتم؛ آشنایی با مهارت های حرکتی کودکان نشانگان داون. جلسه نهم؛ آشنایی با ویژگی های عاطفی و رفتاری کودکان با نشانگان داون. جلسه دهم؛ آشنایی با مسائل آموزشی و تحصیلی کودکان با نشانگان داون. جلسه یازدهم؛ آشنایی با مسائل و مشکلات عمومی کودکان با نشانگان داون. جلسه دوازدهم؛ خانواده و مسائل اجتماعی کودکان با نشانگان داون.

□ محور ب: آموزش مهارت های ارتباطی. جلسه سیزدهم؛ اهمیت و ضرورت برقراری ارتباط با دیگران. جلسه چهاردهم؛ شناخت پنجره ارتباطی. جلسه پانزدهم؛ نقش افکار پنهانی مادر بر برقراری ارتباط با دیگران. جلسه شانزدهم؛ بیان حالات من کودکی، والدی و بالغی. جلسه هفدهم؛ شناخت

انواع ارتباط از نظر ماهیت. جلسه هیجدهم؛ 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 تنیدگی. جلسه بیست و پنجم تنیدگی و انواع آن. جلسه بیست و ششم: پیامدهای تنیدگی. جلسه بیست و هفتم؛ منابع تنیدگی. جلسه بیست و هشتم؛ تنیدگی و تفاوت‌های فردی. جلسه بیست و نهم؛ روشهای پیشگیری از تنیدگی. جلسه سی‌ام؛ روش‌های مواجهه و مقابله با تنیدگی.

□ 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 مؤثر بر شادی. جلسه سی و پنجم؛ روش‌های شادزیستن.

۵. پس از برگزاری جلسات منظم مشاوره و آموزش به مدت ۸ ماه، مجدداً «پرسشنامه سلامت عمومی» به منظور گردآوری اطلاعات در خصوص سلامت روانی پدران به عنوان پس‌آزمون روی هر دو گروه (کنترل و مقایسه) اجرا گردید.

○ 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 بدست آمده روش‌های تحلیل کواریانس مورد استفاده قرار گرفته است. با استفاده از نرم افزار آماری spss برای آزمون فرضیه ۱ از روش تحلیل کواریانس تک متغیره و آزمون فرضیه دوم از روش تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد.

● یافته‌های پژوهش

○ اولین فرضیه پژوهش بیان می‌دارد؛ مداخلات به هنگام روانشناختی و آموزشی خانواده محور، بر سلامت روانی پدران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد. جدول یک شاخص‌های توصیفی در رابطه با فرضیه اول را نشان می‌دهد.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی بدست آمده در رابطه با فرضیه اول

گروه	میانگین		انحراف معیار	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
آزمایش	۲۲/۰۷	۱۱/۲۵	۶/۶۷	۸/۰۶
کنترل	۲۲/۷۰	۲۳/۴۴	۱۰/۱۱	۱۲/۰۴

هم چنان که نتایج جدول ۲ نشان می دهد، با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، تفاوت بین عملکرد پدران، 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 روانشناختی و آموزشی خانواده محور، بر سلامت روانی پدران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور آتا، می توان گفت ۴۵٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.

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

شاخصها / منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	مجذوراتا	توان آزمون
پیش آزمون	۱۲۰۴۸۸۵	۱	۱۲۰۴۸۸۵	۳۲۲۹۴	۰/۰۰۱	۰/۶۴۲	۱
گروه	۵۵۳۲۱۷	۱	۵۵۳۲۱۷	۱۴۸۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵۲	۰/۹۵۳
خطا	۶۷۱۵۸۶	۱۸	۳۷۳۱۰				
کل	۸۳۴۲	۲۱					

○ فرضیه دوم پژوهش بیان می دارد؛ مداخلات به هنگام روانشناختی و آموزشی خانواده محور، بر کاهش اختلالات جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کنش اجتماعی و افسردگی شدید، پدران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد. جدول ۳ شاخص های توصیفی فرضیه دوم را نشان می دهد.

جدول ۳- شاخص های توصیفی بدست آمده در رابطه با فرضیه دوم

شاخصها	گروه	میانگین		انحراف معیار	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
اختلالات جسمانی	آزمایش	۴/۸۵	۲۰/۱۶	۲۰/۹۵	۱۰/۶۴
	کنترل	۵	۵۰/۲۲	۲۰/۴۹	۲۰/۲۷
اضطراب خواب	آزمایش	۶۰/۸۵	۳۰/۵	۲۰/۸۷	۲۰/۶۴
	کنترل	۸/۱	۷/۲۲	۳/۸۱	۳/۴۹
کنش اجتماعی	آزمایش	۷	۴/۳۳	۲/۱۴	۲/۴۲
	کنترل	۶/۷	۶/۷۷	۲/۹۰	۳/۳۰
افسردگی	آزمایش	۳/۲۱	۱/۲۵	۲/۶۹	۲/۸۳
	کنترل	۲/۹	۴/۲۲	۳/۲۸	۴/۰۸

براساس این فرضیه ابتدا عملکرد پدران در دو گروه مداخله و کنترل در خرده عوامل آزمون سلامت روانی (اختلالهای جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کنش اجتماعی و افسردگی شدید)، در آزمونهای آماری «اثر پیلاپی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگک و بزرگترین ریشه ری» مورد آزمون قرار گرفت و مشخص شد تفاوت بین عملکرد در سطح $p < 0/001$ معنی دار است. به عبارتی می توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه از پدران، بیان کننده این مطلب است که مداخلات به هنگام روانشناختی و آموزشی خانواده محور، در مجموع بر کاهش اختلالهای جسمانی، اضطراب و اختلال خواب و اختلال در کنش اجتماعی و افسردگی شدید پدران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد. و با در نظر گرفتن مجذور آتامی توان گفت ۶۲٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.

جدول ۴- نتایج تحلیل مانکوا مربوط به داده‌های فرضیه دوم

شاخصها منابع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	مجذور آتا	توان آزمون
۱- جسمانی	اختلالهای جسمانی	۸/۴۳۵	۱	۸/۴۳۵	۳/۴۷۷	۰/۰۴	۰/۱۸۸	۰/۴۱۵
	اضطراب و اختلال خواب	۵۸/۸۱۰	۱	۵۸/۸۱۰	۱۳/۶۷۳	۰/۰۰۲	۰/۴۷۷	۰/۹۳۲
	کنش اجتماعی	۱۴/۴۸۷	۱	۱۴/۴۸۷	۲/۷۶۷	۰/۰۳	۰/۱۵۶	۰/۳۴۴
	افسردگی شدید	۶۲/۵۶۳	۱	۶۲/۵۶۳	۲۱/۵۵۹	۰/۰۰۱	۰/۵۹۰	۰/۹۹۱
۲- اجتماعی	اختلالهای جسمانی	۳۲/۴۷۱	۱	۳۲/۴۷۱	۱۳/۳۸۶	۰/۰۰۲	۰/۴۷۲	۰/۹۲۷
	اضطراب و اختلال خواب	۴۱/۰۶۹	۱	۴۱/۰۶۹	۹/۵۴۸	۰/۰۰۷	۰/۳۸۹	۰/۸۲۳
	کنش اجتماعی	۲۳/۳۱۱	۱	۲۳/۳۱۱	۴/۴۵۳	۰/۰۴	۰/۲۲۹	۰/۵۰۶
	افسردگی شدید	۳۳/۲۲۴	۱	۳۳/۲۲۴	۱۱/۴۴۹	۰/۰۰۴	۰/۴۳۳	۰/۸۸۵

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

- تفاوت بین عملکرد پدران در دو گروه مداخله و کنترل در خرده مقیاس اختلالهای جسمانی در سطح $p < 0/002$ معنی دار است. به عبارت دیگر می توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه، بیان کننده این مطلب است که مداخلات به هنگام روانشناختی و آموزشی خانواده محور، بر کاهش اختلالهای جسمانی پدران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد. و با در نظر گرفتن مجذور آتامی توان گفت ۴۷٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.
- تفاوت بین عملکرد پدران در دو گروه مداخله و کنترل در خرده مقیاس اضطراب و

اختلالهای خواب در سطح $p < 0.007$ معنی دار است. به عبارت دیگر می توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه، بیان کننده این مطلب است که مداخلات به هنگام روانشناختی و آموزشی خانواده محور، بر کاهش اضطراب و اختلالهای خواب پدران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد. و با در نظر گرفتن مجذور اِتا، می توان گفت ۳۸٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.

۳. تفاوت بین عملکرد پدران در دو گروه مداخله و کنترل در خرده مقیاس و اختلال در کنش اجتماعی در سطح $p < 0.004$ معنی دار است. به عبارت دیگر می توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه، بیان کننده این مطلب است که مداخلات به هنگام روانشناختی و آموزشی خانواده محور، بر کاهش اختلال در کنش اجتماعی پدران 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 پدران در دو گروه مداخله و کنترل در خرده مقیاس افسردگی در سطح $p < 0.004$ معنی دار است. به عبارت دیگر می توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه، بیان کننده این مطلب است که مداخلات به هنگام روانشناختی و آموزشی خانواده محور، بر کاهش افسردگی شدید پدران دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد. و با در نظر گرفتن مجذور اِتا، می توان گفت ۴۳٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.

● بحث و نتیجه گیری

○ «نشانگان داون» از جمله اختلالهای کروموزومی است که از هر ۶۶۰ کودکی که متولد می شود یک نفر به آن مبتلاست. و این در حالی است که تولد این کودکان و یا هر کودک معلولی در خانواده، همراه با مشکلات عدیده ای است و تحقیقات نشان داده اند که تولد این کودکان خانواده را با بحران مواجه نموده و ساختار خانواده را دگرگون می نماید. هم چنانکه بسیاری از محققان و متخصصان این موضوع را مورد توجه قرار داده اند، نیزبو (۲۰۰۲)؛ واکا (۲۰۰۶)؛ فرویند، بارلو و لیم (۲۰۰۵)؛ گودمن و گت لیب (۲۰۰۲)؛ اسکار (۱۹۸۲)؛ تایلر (۱۹۸۸)؛ سندرو و مورگان (۱۹۹۷)؛ راج، ارسمند و بارات (۱۹۹۹)؛ وان ریپر، ریف و پریدهام (۱۹۹۲)؛ بارت و همکاران (۲۰۰۳)؛ هو و کیلی (۲۰۰۳)؛ فتوحی (۱۳۷۹)؛ داورمنش و همکاران (۱۳۸۵).

○ نتایج توصیفی این پژوهش هم نشان داد که سلامت روانی پدران کودکان با نشانگان داون در حد بالایی آسیب دیده است. همچنانکه در جدول ۱ آمده است، در پیش آزمون میانگین نمره پدران در گروه آزمایش ۲۲/۰۷ و در گروه کنترل ۲۰/۷۰ می باشد، ولیکن مقایسه این

نمرات با آنچه که پژوهشگران به عنوان نقطه برش اعلام کرده‌اند، نشان می‌دهد که پدران کودکان با نشانگان داون از سطح مطلوب سلامت روانی برخوردار نیستند اگرچه نمره آنان به نقطه برش که ابراهیمی (۱۳۸۴) و پالاهنگ (۱۳۷۴) اعلام کرده‌اند، نزدیک است. 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 می‌کند وی نقطه برش را به عنوان نقطه تشخیص بیماری برای زنان میانگین ۲۵/۲۲ و برای مردان ۲۳/۶ و در کل ۲۴ گزارش می‌کند در حالی که پالاهنگ (۱۳۷۴) نقطه برش را در کل، میانگین را ۲۲ اعلام کرده است. همچنانکه در گزارش ابراهیمی نیز آمده است، با توجه به نقطه برش در کل جامعه، زنان بیمارتر از مردان می‌باشند. در اکثر پژوهش‌های 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 پدران در خرده مقیاس‌های پرسشنامه (جدول ۳) نشان می‌دهد که پدران در خرده مقیاس «اختلالات اضطرابی» نمرات بیشتری کسب کرده‌اند، 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 بیشترین شیوع و اختلالات جسمانی کمترین شیوع را داشته است. در پژوهش افشاری منفرد و همکاران (۱۳۷۴) روی بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی بیشترین اختلالات مربوط به اختلالات اضطرابی بوده است.

○ از طرف دیگر با ملاحظه میانگین هر دو گروه در پس آزمون (گروه آزمایش با میانگین ۱۱/۲۵ و گروه کنترل با میانگین ۲۳/۴۴) و نیز مقایسه میانگین‌های هر دو گروه در خرده مقیاس‌ها (جدول‌های ۱ و ۳)، نتایج پژوهش نشان می‌دهد که مداخلات به هنگام روانشناختی و آموزشی خانواده محور بر سلامت روانی پدران تأثیر مثبت دارد. و همانگونه که سایر محققان و متخصصان بیان کرده‌اند «مداخله به هنگام» به عنوان یک رویکرد تازه نه تنها در درمان، آموزش و توانبخشی کودکان با نیازهای خاص (کودکان معلول) دارای جایگاه خاصی است بلکه به سلامت و سازگاری خانواده نیز کمک می‌نماید. با توجه به دیدگاه‌ها و تحقیقات انجام گرفته از جمله؛ بت برودر (۲۰۰۶)؛ میسلز (۱۹۹۰)؛ میشل و براون (۱۹۹۱)؛ هانسون و بت برودر (۲۰۰۱)؛ کرک و همکاران (۱۹۹۳)؛ برون فینرتر (۱۹۷۷)؛ میدل و رینولدز (۱۹۹۹)؛ بروینسماو کوئیل (۲۰۰۴)؛ دانست و تیویت (۱۹۹۶)؛ و دانست (۱۹۹۹)؛ بارت (۲۰۰۳)؛ شلدن و راش (۲۰۰۱)؛ بوردن (۱۹۸۰)؛ آپلین و پوگ (۱۹۸۳) و شریفی درآمدی و همکاران (۱۳۸۴)، می‌توان گفت مداخله بر

سلامت روانی پدران تأثیر دارد و نتیجه این پژوهش با دیدگاه و نتایج پژوهشگران همسو بوده و مداخلات به هنگام روانشناختی و آموزشی خانواده محور بر سلامت روانی پدران تأثیر دارد. ○ پیشنهاد می شود این پژوهش روی سایر گروه های کودکان با نیازهای خاص اجرا گردید تا نتایج آن بیشتر قابل تعمیم باشد و در نهایت این که الگوی مداخله به هنگام خانواده محور به عنوان یک الگوی جدید در مشاوره و درمان خانواده های کودکان معلول مورد توجه قرار گیرد.

○ ○ ○

یادداشت ها

- 1- Down syndrome
- 2- stress
- 3- Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)
- 4- Brookman Frazee
- 5- Committee on Children with Disabilities
- 6- General Health Questionnaire (GHQ)

منابع

- ابراهیمی، امراله. (۱۳۸۴). بررسی روان سنجی و تحلیل عوامل پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) در بیماران روانپزشکی مراکز روانپزشکی همدان. طرح پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- استورا، جان بنجامین. (۱۳۷۷). تنیدگی یا استرس. ترجمه پریرخ دادستان. تهران: انتشارات رشد.
- افروز غلامعلی. (۱۳۷۹). مقدمه ای بر روانشناسی و توانبخشی کودکان سندرم داون. انتشارات دانشگاه تهران.
- بختیارپور دشت بزرگ، پروین. (۱۳۸۰). بررسی وضعیت بهداشت روانی معلمان استان همدان. طرح پژوهشی سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان. کارشناسی تحقیقات.
- پالاهنگ، حسن. (۱۳۷۵). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- داورمنش، عباس؛ بیگلریان، اکبر؛ بهرامی، هادی؛ دینی ترکی، نوراله. (۱۳۸۵). رابطه فشار روانی با رضامندی زناشویی در والدین کودکان عقب مانده ذهنی. فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی. شماره ۲۷.
- رابینسون، نانسی ام؛ رابینسون، هالبرت بی. (۱۳۶۸). کودک عقب مانده ذهنی. ترجمه فرهاد ماهر. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- شریفی درآمدی، پرویز؛ مولوی، حسین؛ رضوانی، فاطمه. (۱۳۸۴). تأثیر آموزش هوش هیجانی بر سلامت روانی مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی در شهر اصفهان. فصلنامه دانش و پژوهش. سال هفتم. شماره ۲۶ ص ۶۳-۷۶.
- فتوحی، فرزانه. (۱۳۷۹). بررسی و مقایسه عوامل تنش زا و ر لکارهای سازگاری در مادران و پدران کودکان عقب مانده ذهنی. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز.
- هومن، عباس. (۱۳۷۷). استاندارد سازی پرسشنامه سلامت عمومی، انتشارات دانشگاه تهران.

- Alpin, G.; & Pugn, G. (1983). *Perspectives on pre-school home visitity*. London: National Childrens Bureau.
- Barnett, D.; Clements, M.; Kaplan-Estrin, M.; & Fialka, J. (2003). Building new dreams, supporting parents adaptation to their child with special needs. *Journal of Infants Young Children*. 16:184-199.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Is early intervention effective? *Teacher College Record* 76, 279-303 .
- Bruder, M. B.; & Hanson, M. J. (2001). Early intervention: Promises to keep. *Journal of Infants and Young Children* 13, (3) 47, 12.
- Bruder, M. B. (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, Y.; Koegel, R. L.; & Koegel, L. K. (2004). The effect of early intervention on the social and emotional development of young children (0-5) with autism. In: Tremblay R. E.; Barr, R. G. & Peters R., (Eds). *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Montreal, Quebec: Centre of excellence for early childhood development; Available at:<http://www.excellence-earlychildhood.ca/documents/Bruinsma-KoegelANGxp.pdf>.
- Burden, R. L. (1980). Measuring the effects of stress on the mothers of handicapped infants: Must depression always follow? *Child: Care, Health and Development*, 6.
- Committee on Children with Disabilities. (2001). Role of the Pediatrician in Family-Centered Early Intervention Services. *Journal of Pediatric*. 107, (5) 1155-1157.
- Dunst, C. J. (1999). Placing parent education in conceptual and empirical context. *Journal of Early Childhood Special Education*, 19, 141-147.
- Dunst, C. J.; & Trivette, C. M. (1996). Empowerment, effective help giving practices, and family centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 22 (4), 334-337.
- Goodman, S. H.; & Gottlieb, I. H. (Eds). (2002). *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. 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. *Journal of Infants and Young Children*, 18(1), 25-36.
- Hornby, G. (1994). *Counseling in child disability*. United Kingdom. Chapman-Hall.
- Ho, K.; M.; & Keiley, M. K. (2003). Dealing with Denial: A systems approach for family professionals working with parents of individuals with multiple disabilities. *The*

- Family Journal*, 11, (3), 239-247.
- Kirk, S. A.; Gallagher, J. J.; & Anastasiow, N. (1993). *Educating exceptional children*. (7th ed). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Meisels, S.; & Shankoff, J. (Eds.) (1990). *Handbook of early intervention*. New York: Cambridge University Press.
- Mitchel, D.; & Brown, R. I. (Eds). (1991). *Early intervention studies for young children with special needs*. London: Chapman and Hall.
- Niezio, L. (2000). *Introduction to special education*. New York: Park-Nill.
- Reynolds, A. J. (1999). *Success in early intervention: The Chicago Child-Parent Centers and youth through age 15*. University of Nebraska Press, Lincoln, NE.
- 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.
- Sander, J. L.; & Morgan, S. B. (1997). Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome: Implications for intervention. *Child and Family Behavior Therapy*, 19, 15-32.
- Scarr, S. (1982). Development is internally guided, not determined. *Journal of Contemporary Psychology*, 27, 852-853.
- Shelden, M.; Lisa L.; & Rush, Dathan D. (2001). The ten myths about providing early intervention services in natural environments. *Journal of Infants and Young Children*. 14, (1) 1, 13.
- Taylor, R. (1989). *Assessment of exceptional children* (2nd ed). Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- 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*, 2 (1).
- 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.