
مقایسه اثربخشی روش‌های شناختی - رفتاری در
مقابل روش‌های القای خلق بر خلق مادران کودکان
کم‌توان ذهنی

حمید رضائیان*، سیمین حسینیان** و میترا اثناعشری***

چکیده

در پژوهش حاضر اثربخشی دو روش شناختی - رفتاری و القای خلق بر خلق مادران کودکان کم‌توان ذهنی بررسی شد. بدین منظور ۳۶ نفر از مادران کودکان کم‌توان ذهنی مدرسه شهید صیاد شیرازی منطقه ۴ آموزش و پرورش به صورت نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند و در ۳ گروه (۲ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل)، به صورت تصادفی جایگزین شدند. گروه آزمایشی ۱ با روش شناختی رفتاری و گروه آزمایشی ۲ با روش‌های القای خلق تحت مداخله قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه افسردگی (بک، ۱۹۶۰) استفاده شد. گروه اول، ۸ جلسه آموزش روش‌های شناختی رفتاری و گروه آزمایشی دوم ۵ جلسه آموزش روش‌های القای خلق را گذراندند. نتایج تحلیل واریانس کاهش بیش‌تر افسردگی در گروه‌های آزمایشی را نسبت به گروه کنترل نشان داد. نتایج آزمون بونفرونی نیز نشان داد که روش‌های شناختی رفتاری نسبت به روش‌های القای خلق کارآمدتر است.

کلید واژه‌ها

روش شناختی - رفتاری؛ روش القای خلق؛ مادران کودکان کم‌توان ذهنی

* استادیار دانشگاه الزهراء(س)

** استاد دانشگاه الزهراء(س)

*** کارشناسی ارشد دانشگاه الزهراء(س)

مقدمه

کم‌توانی ذهنی^۱ از عمده‌ترین و پیچیده‌ترین مسائل و مشکلات در کودکان و نوجوانان در جوامع بشری امروزی است که تا سن بزرگسالی باقی می‌ماند (لوکاسون^۲، ۲۰۰۱؛ نقل از زارعی‌مش، ۱۳۸۸)

شنیدن این خبر که کودک نورسیده یا کودکی که به مدرسه می‌رود، مبتلا به کم‌توان ذهنی است، برای خانواده و به‌طور خاص برای والدین، می‌تواند یک تجربه استرس‌آور باشد (بارلول^۳ و همکاران، ۲۰۰۷، به نقل از عابدین و مولایی، ۲۰۱۰). شواهد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد والدین کودکان کم‌توان ذهنی از مشکلات اقتصادی، اجتماعی و هیجانی - روانی بیش‌تری رنج می‌برند و از سلامت و بهزیستی پایین‌تری بهره‌مند هستند (هستینگز^۴، ۲۰۰۲؛ خمیس^۵، ۲۰۰۷؛ هرینگ^۶ و همکاران، ۲۰۰۶؛ بروملی^۷ و همکاران، ۲۰۰۴؛ مک کانکی^۸ و همکاران، ۲۰۰۸؛ میکائیلی منبع، ۱۳۸۸) نتیجه پژوهش خمیس (۲۰۰۷) میزان استرس بالای والدین کودکان کم‌توان ذهنی را گزارش می‌کند. او معتقد است والدین بلندپرواز این کودکان بیش‌تر در معرض آسیب‌های روانی قرار دارند.

گرچه همه اعضای خانواده در این شرایط آسیب می‌بینند (هرینگ و همکاران، ۲۰۰۶) اما مادر به خاطر نقش خاصی که در بارداری و تولد، مراقبت و تربیت کودک دارد، فشارهای روانی، عاطفی مضاعفی را متحمل می‌شود (بیکر و هلر^۹، ۱۹۹۶؛ نقل از خیراللهی، ۱۳۹۰)؛ طوری که این فشار عاطفی مضاعف علاوه بر تهدید کردن سلامت جسمی و روحی آن‌ها، سلامت و آسایش همسران، فرزندان سالم و نیز فرزند ناتوانشان را و البته در سطحی وسیع‌تر سلامت و بهداشت روانی کل جامعه را متأثر خواهد کرد (ملک پور و همکاران، ۱۳۸۵؛ آهنی^{۱۰}

-
1. mentally retarded
 2. Luckasson
 3. Baroal
 4. Hastings
 5. Khamis
 6. Herring
 7. Bromley
 8. McConkey
 9. Baker & Heler
 10. Ahani

و همکاران، ۲۰۱۱).

از مهم ترین مسائل و مشکلاتی که مادران کودکان کم توان ذهنی با آن روبرو هستند، افسردگی و خلق پایین است (بلاچر^۱ و همکاران، ۱۹۹۷؛ دumas^۲ و همکاران، ۱۹۹۱؛ نقل از عباسی، ۱۳۹۰). آذر و بدر در پژوهشی که در لبنان (۲۰۰۶) انجام داده اند، سطح استرس، علائم درد و افسردگی بالا را در مادران کودکان ناتوان ذهنی گزارش کردند.

یلدریم و باسباکال^۳ (۲۰۱۰) در بررسی ۳۵۰ مادر دارای فرزند کم توان ذهنی از ۲۴ مرکز کودکان خاص در ترکیه با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک، اکثریت آنها را افسرده یافت. در حالی که پژوهش های دیگری گزارش می کنند که برخی خانواده ها به ویژه مادران، وجود کودک ناتوان را تجربه ای توانمندساز تلقی کرده و او را منبع سرشار عشق، حس هدف و معنی داشتن در زندگی و افزایش تحمل و انسجام خانواده به شمار آورده اند (جاکز^۴، ۲۰۰۶). وجود این تناقضات در پژوهش های مختلف، نشان می دهد که شناخت و برداشت مادر کودک کم توان ذهنی از عقب ماندگی کودک خود و از سایر وقایع جانبی آن، عامل زمینه ساز اصلی در ابتلاء به افسردگی است.

درمان شناختی - رفتاری^۵ (CBT) یکی از انواع روش ها در درمان افسردگی است که در دهه ۶۰ میلادی، آرون بک آن را توسعه داده است (بیهات نیگر^۶، ۲۰۱۰). رویکرد شناختی - رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رویکردهای رفتاری است که از جنبه شناختی آن به تشخیص و تغییر الگوهای تفکر تحریف شده و در جنبه رفتاری آن، به شناخت تغییر رفتار ناکارآمد از طریق فعالیت های لذت بخش، آرمیدگی، رفتارهای جرأت مندانه و سایر رفتارهای کارآمد و مناسب دست می یابد (باغبان و همکاران، ۱۳۸۸). از درمان گروهی شناختی رفتاری نیز از همان آغاز شکل گیری درمان شناختی - رفتاری، استفاده شده است.

از انواع دیگر روش های درمانی که برای کاهش غمگینی و افزایش خلق افراد می توان به کار

-
1. Blacher
 2. Dumas
 3. Yildirim & Basbakkal
 4. Jacques
 5. Cognitive-behavior therapy
 6. Bhatnagar

برد، روش‌هایی تحت عنوان روش‌های القای خلق^۱ است. نظریه شبکه تداوی خلق و حافظه^۲ روش‌های القای خلق را تبیین می‌کند. این نظریه را باور^۳ (۱۹۸۴) مطرح کرده است. او معتقد است حافظه به صورت شبکه‌ای از گره‌های پنهان^۴ از مفاهیم است و هیجان‌ها گره‌هایی در شبکه معنایی^۵ هستند که با عقاید، فیزیولوژی، حوادث، عضلات و الگوهای ابراز رفتار، پیوندهای چندگانه دارند. بر اساس این نظریه که یک رویکرد شناختی درباره القای خلق است، نشان داده شده است که مردم خاطره‌هایی را به یاد خواهند آورد که با حالات هیجانی آن‌ها سازگار است. چرا که حالت خلقی و هیجانی آن دسته از اطلاعات ذخیره در حافظه را پردازش می‌کند که با خلق همسو است (تولونینگ و پرستون^۶، ۱۹۶۶؛ نقل از حاتمی و زمانی، ۱۳۸۲).

مطالعات زیادی اثربخشی روش‌های القای خلق را بررسی کرده‌اند، از جمله یک مطالعه فراتحلیلی درباره اثربخشی و اعتبار روش‌های القای خلق در آلمان با بررسی ۲۵۰ مطالعه انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که پژوهش‌هایی که از روش القای خلق توسط یک فیلم یا داستان استفاده شده است، نسبت به روش‌های دیگر تأثیر بیشتری بر القای خلق شاد، القای خلق مثبت و منفی دارد (وسترمن^۷ و همکاران، ۱۹۹۶). مبانی نظری اثر فیلم بر فکر و رفتار انسان، بر اساس نظریه یادگیری جانشینی بندورا و نیز همانندسازی روانکاوی فروید است. به نظر می‌رسد اثرپذیری فیلم درمانی گروهی از طریق تسهیل کردن سر مشق‌گیری رفتاری، عاطفی و شناختی است (عابدین و مولایی، ۲۰۱۰). به این دلیل است که انتظار می‌رود فیلم‌های پرخاشگرانه خشم، فیلم‌های تراژیک غم و فیلم‌های کمدی، شادی را برانگیزد.

به دلیل، وجود تناقضات در پژوهش انجام شده، مبنی بر اثر مثبت یا منفی وجود کودک کم‌توان ذهنی بر مادران و نیز فقدان وجود یک پژوهش، به منظور مقایسه اثربخشی روش CBT با روش‌های القای خلق، برای بهبود سطح خلق مادران کودکان عقب مانده ذهنی، این

-
1. mood induction
 2. network model of mood & memory
 3. Bower
 4. Discreet nodes
 5. Semantic
 6. Tulving & Pearistone
 7. Westerman

پژوهش تلاش دارد اثربخشی این دو روش را بر بهبود سطح خلق مادران کودکان کم‌توان ذهنی بررسی و مقایسه کند، لذا ۳ فرضیه زیر ارزیابی شد:

۱. روش شناختی - رفتاری در افزایش خلق مادران کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر دارد.
۲. روش القای خلق مثبت در افزایش خلق مادران کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر دارد.
۳. اثربخشی روش شناختی - رفتاری با روش القای خلق بر افزایش خلق مادران کودکان کم‌توان ذهنی متفاوت است.

روش

طرح این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. آزمودنی‌های پژوهش شامل سه گروه از مادران کودکان کم‌توان ذهنی بودند. یک گروه در معرض آموزش روش‌های شناختی رفتاری، یک گروه آموزش روش‌های القای خلق قرار گرفتند و یک گروه نیز به عنوان کنترل در نظر گرفته شد. روش‌های شناختی رفتاری و روش‌های القای خلق به عنوان متغیر مستقل در گروه‌ها اعمال شد و خلق متغیر وابسته بود. پیش‌آزمون قبل از مداخله، پس‌آزمون پس از اعمال مداخلات و اتمام جلسات انجام شد. در جهت حفظ مسائل اخلاقی پژوهش، قبل از شروع کار آموزش، آزمودنی‌ها از محرمانه بودن اطلاعات خصوصی مطرح شده در طی جلسات اطمینان یافتند و یک نمای کلی از کل جلسات به آن‌ها داده شد. این آموزش‌ها را کارشناس ارشد مشاوره دارای سابقه آموزش‌های مشاوره‌ای ارائه داد. در این مطالعه از دو بسته آموزشی شناختی - رفتاری و القای خلق به عنوان متغیر مستقل استفاده شد که بسته آموزشی شناختی - رفتاری در ۸ جلسه به مدت یک ساعت و بسته القای خلق در ۵ جلسه یک ساعت و نیم اجرا شد. از آنجا که بر اساس مرور مطالعاتی انجام شده در اکثر پژوهش‌ها از یک یا دو روش القای خلق استفاده شده است، در پژوهش حاضر سعی شد محتوای مربوط به القای خلق را که امکان استفاده از آن وجود داشت شامل روش تصویرسازی ذهنی مثبت^۱، القای موسیقایی، تکرار جملات مثبت، آموزش آرام‌سازی عضلانی^۲ و نمایش فیلم به همراه یادآوری خاطرات خوشایند، به صورت گروهی در ۵ جلسه

1. positive mental imagery

2. relaxation

استفاده شد.

جامعه آماری پژوهش، تمام مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهر تهران بودند. نمونه به صورت داوطلبانه از میان مادران کودکان کم‌توان ذهنی مدرسه شهید صیاد شیرازی منطقه ۴ آموزش و پرورش شهر تهران انتخاب شد. در میان افراد داوطلب، تعداد ۴۵ نفر که شرایط لازم (داشتن حداقل یک فرزند کم‌توان ذهنی، استفاده نکردن از مشاوره به صورت همزمان در طی مدت برگزاری کلاس‌ها، مصرف نکردن داروهای آرام‌بخش و ضد افسردگی به‌طور همزمان با شرکت در گروه‌ها، داشتن حداقل سواد سوم راهنمایی (سیکل)، داشتن حداقل سطح افسردگی خفیف ۱۴ به بالا) را برای شرکت در گروه‌ها دارا بودند، برای پژوهش دعوت شدند. سپس اعضاء گروه نمونه به شیوه تصادفی در ۳ گروه جایگزین شدند. ۱۲ نفر در گروه شناختی رفتاری و ۱۲ نفر در گروه القای خلق و ۱۲ نفر در گروه کنترل قرار داده شدند. میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها به ترتیب ۶/۷۱ و ۴۲/۸۶ بود.

در این پژوهش، از فرم ۲۱ سؤالی مقیاس افسردگی یک استفاده شد. آزمون افسردگی بک، یک آزمون خودسنجی برای تعیین شدت افسردگی است که بک در دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، آن را بر اساس ۲۱ علامت افسردگی، به منظور سنجش و ارزیابی وجود یا فقدان وجود و شدت افسردگی نوجوانان و بزرگسالان تهیه کرده است. (کاش، ۱۹۸۴؛ نقل از عباسی، ۱۳۹۰). این آزمون روایی نسبتاً خوبی دارد. بک (۱۹۶۱) ضریب پایایی این پرسشنامه را با روش بازآزمایی حدود ۰/۸۶ و با روش تنصیف حدود ۰/۹۳ اعلام کرده است. نتایج فرا تحلیل انجام شده درباره این پرسشنامه حاکی از آن است که ضریب همسانی درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ است (بک و همکاران، ۱۹۸۸؛ نقل از فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۹).

خلاصه‌ای از جلسات شناختی رفتاری

جلسه اول: جلسه معارفه و آشنایی با قوانین و ساختار و اهداف گروه (شفیع آبادی، ۱۳۸۶)، انجام پیش‌آزمون، شناخت افسردگی و علل و علائم آن (باتلرو هوپ، ۱۳۸۹)، آموزش تنفس عمیق دیافراگمی (آنتونی و همکاران، ۱۳۸۸) ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.

جلسه دوم: مرور خلاصه‌ای از مطالب جلسه قبل و تکالیف انجام شده. آشنایی با درمان شناختی- رفتاری و آموزش چرخه تفکر، احساس، جسم و رفتار (باتلرو هوپ، ۱۳۸۹)، آموزش تصور هدایت شده، ارائه تکالیف، دریافت بازخورد.

جلسه سوم: مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با نحوه عمل شناخت درمانی و مدل A-B-C، آموزش استفاده از برگه ثبت افکار منفی و تعیین وقت برای پرداختن به افکار منفی (لیهی، ۱۳۸۸)، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد

جلسه چهارم: مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با لایه‌های شناخت و انواع خطاهای شناختی، آموزش تکنیک توقف فکر و تکنیک نمونه‌گیری از فکر به همراه ارزیابی از افکار (مفید یا مضر بودن آن‌ها) (لیهی، ۱۳۸۸).

جلسه پنجم: مرور تکالیف جلسه قبل، تبدیل قواعد زندگی بایددار به ترجیحات و آموزش فنون بازسازی شناختی (لیهی، ۱۳۸۸)، تکنیک برگ‌های سطح رودخانه و تکنیک خودگویی مثبت با جملات آرام بخش، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.

جلسه ششم: مرور تکالیف جلسه قبل، فن پیکان رو به پایین (لیهی، ۱۳۸۸)، مشغول نگه داشتن ذهن و تهیه لیستی از فعالیت‌ها، غذاها و مکان‌های مورد علاقه در دوران کودکی و اکنون (روزنتال، ۱۳۸۹)، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.

جلسه هفتم: مرور تکالیف و آموزش‌های تمام جلسات قبل و آموزش رفتار جرأت‌مندانه، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.

جلسه هشتم: مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش شیوه حل مسئله، دریافت بازخورد درباره اثرات آموزش‌ها در نحوه زندگی اعضا، توزیع پرسشنامه افسردگی بک به‌عنوان پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها.

خلاصه‌ای از جلسات گروه القای خلق

جلسه اول: جلسه معارفه آشنایی اعضا با یکدیگر و با قوانین و ساختار گروه (شفیع‌آبادی، ۱۳۸۶)، اجرای پیش‌آزمون، شناخت افسردگی، علل و علائم آن (آنتونی و همکاران، ۱۳۸۸) و آموزش آرام‌سازی عضلانی (آنتونی و همکاران، ۱۳۸۸). ارائه تکالیف و

دریافت بازخورد.

جلسه دوم: مرور تکالیف جلسه قبل، توضیح درباره موسیقی، نحوه تأثیر موسیقی بر جسم و روان و چگونگی کاربرد موسیقی به عنوان یک درمان (اندروز، ۱۳۸۲) و پخش موسیقی آماده شده (موسیقی مورد استفاده یک قطعه دو نوازی سنتور و دف با عنوان قطعه‌ای برای سنتور از کاست دود عود، اثر پرویز مشکاتیان و تنظیم کامبیز روشن روان است. این اثر در پژوهشی توسط حاتمی و زمانی (۱۳۸۲) برای القای خلق شادی به‌کاررفته و روایی و اعتبار آن تأیید شده است)؛ ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.

جلسه سوم: مرور مطالب جلسه قبل، نمایش فیلم کم‌دی (فیلم استفاده شده در این پژوهش فیلم « جویندگان طلا » از سینماگران معروف آمریکا «چارلی چاپلین» است که عریضی و خیاطان (۱۳۸۸) برای القای خلق شادی از آن استفاده و روایی و اعتبار آن را تأیید کرده‌اند و سپس درخواست از اعضاء برای یادآوری خاطرات خوش و زیبایشان و نوشتن آن‌ها با جزئیات کامل مربوط به آن خاطره و تعریف کردن آن خاطره برای بقیه اعضاء. ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.

جلسه چهارم: مرور مطالب جلسه قبل، انجام دادن تمرین‌های مربوط به تصویرسازی ذهنی مثبت (بر اساس پژوهش اسماعیلی، ۱۳۸۹)، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.

جلسه پنجم: مرور مطالب جلسه قبل، ارائه فهرستی از جملات مثبت به آزمودنی‌ها و درخواست از آن‌ها برای قرار گرفتن در حالت آرام و تنفس عمیق دیافراگمی و خواندن جملات با تمرکز و تکرار آن‌ها در ذهن برای چندین بار (بر اساس پژوهش اسماعیلی، ۱۳۸۹)، دریافت بازخورد و اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از تحلیل کوواریانس یک متغیره و آزمون بونفرونی استفاده شد. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره‌های پرسشنامه افسردگی بک در گروه‌های مختلف را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار مقدار افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها

گروه‌ها	موقعیت	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
روش شناختی - رفتاری	۲۳/۶۷	۱۰/۱۳	۸	۲/۷۳	
روش القای خلق مثبت	۲۴/۷۳	۸/۷۳	۱۳/۲۷	۸/۷۳	
گروه کنترل	۲۲/۷۵	۱۰/۲۳	۲۴/۹۲	۱۰/۲۷	

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین هر ۳ گروه در مرحله پیش‌آزمون تقریباً مشابه یکدیگر است و تفاوت مشاهده شده ناشی از خطای نمونه‌گیری و اندازه‌گیری است. میانگین گروه‌های آزمایش در افسردگی کاهش معناداری را در نمرات پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون و گروه کنترل نشان می‌دهند.

به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهشی، از آنجایی که سه گروه (گروه کنترل، دو گروه آزمایش) برای مقایسه وجود دارد و از طرفی قصد حذف اثر پیش‌آزمون در نمرات پس‌آزمون را داریم، از تحلیل کوواریانس یک متغیری استفاده می‌شود. به این منظور متغیر گروه‌بندی به عنوان تنها عامل (متغیر مستقل) و نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش و نمرات افسردگی در اندازه‌گیری پس‌آزمون به عنوان متغیر وابسته وارد تحلیل می‌شود.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، نرمال بودن توزیع متغیر افسردگی با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف بررسی شد ($Z=1/09, P>0/05$) و بین توزیع نرمال و توزیع متغیر افسردگی تفاوت معناداری مشاهده نشد. بنابراین، می‌توان ادعا کرد که توزیع افسردگی نرمال است. همچنین با استفاده از آزمون لوین همگنی واریانس گروه‌ها در متغیر وابسته بررسی شد ($F=2/19, df1=33, df2=2, P>0/05$). از سویی دیگر برای بررسی خطی بودن رابطه متغیر وابسته و متغیر همراه از آزمون خطی بودن استفاده شد. آماره F این آزمون برابر $10/93$ است که در سطح $0/04$ ($p<0/05$) معنادار است و این بدان معناست که رابطه پس‌آزمون و پیش‌آزمون خطی است.

همچنین برای بررسی یکسان بودن شیب خط رگرسیون از تحلیل واریانس یک راهه

استفاده شد. آماره F، برای تعامل گروه و پیش‌آزمون برابر (۲/۱۲) است که در سطح ۰/۰۵ با درجه آزادی ۲ و ۱۸ معنادار نیست. این نتایج به معنای آن است که تفاوت معناداری میان ضرایب مشاهده نمی‌شود، در نتیجه فرض یکسان بودن شیب خط رگرسیون نیز برقرار است.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر افسردگی

منابع تغییر شاخص	df	SS	MS	F	η^2
پیش‌آزمون (همپراش)	۱	۹۳۴/۱۴	۹۳۴/۱۴	۳۷/۳۱**	۰/۵۴
گروه	۲	۱۹۵۴/۷۰	۹۷۷/۳۵	۳۹/۰۴**	۰/۷۱
خطا	۳۲	۸۰۱/۰۱	۲۵/۰۳		
کل	۳۵	۳۵۳۴/۵۵			

** $P < 0/01$ ، * $P < 0/05$

نتایج جدول ۲ آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل با حذف عامل پیش‌آزمون را نشان می‌دهد. با توجه به سطر اول و ضریب مجذور ای‌تا (۰/۵۴) برای پیش‌آزمون مشاهده می‌شود که ۵۳٪ از واریانس متغیر وابسته (پس‌آزمون) به وسیله پیش‌آزمون (متغیر همپراش) تبیین می‌شود. همچنین با توجه به سطر دوم همین جدول و با کنترل اثر پیش‌آزمون مشاهده می‌شود که دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در پس‌آزمون دارند ($p < 0/05$ و $F = 39/04$). به منظور بررسی دقیق تفاوت‌ها دو به دو گروه‌ها از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

جدول ۳: نتایج آزمون بنفرونی برای بررسی تفاوت دو به دو گروه‌ها در متغیر افسردگی بعد از برداشتن اثر پیش‌آزمون

گروه i	گروه j	تفاوت میانگین دو گروه i-j	خطای استاندارد	P
درمان شناختی- رفتاری	درمان القای خلق مثبت	-۵/۲۷	۲/۰۴	۰/۰۲۱
درمان شناختی- رفتاری	گروه کنترل	-۱۶/۹۲	۲/۰۴	۰/۰۰۰۱
درمان القای خلق مثبت	گروه کنترل	-۱۱/۶۵	۲/۰۴	۰/۰۰۰۱

همان‌گونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، تفاوت میانگین افسردگی گروه درمان به شیوه شناختی رفتاری با گروه کنترل در سطح خطای کم‌تر از ۰/۰۵ معنادار است، بنابراین، فرض

اول پژوهش مبنی بر تأثیر درمان شناختی- رفتاری به افزایش خلق مادران کودکان کم‌توان ذهنی تأیید می‌شود. همچنین تفاوت میانگین افسردگی گروه درمان به شیوه القای خلق مثبت با گروه کنترل در سطح خطای کم‌تر از ۰/۰۵ معنادار است، بنابراین، فرض دوم پژوهش مبنی بر تأثیر درمان القای خلق مثبت به افزایش خلق مادران کودکان کم‌توان ذهنی تأیید می‌شود. نهایتاً تفاوت میانگین افسردگی گروه آموزش به شیوه شناختی رفتاری با گروه آموزش به شیوه القای خلق مثبت در سطح خطای کم‌تر از ۰/۰۵ معنادار است، بنابراین، فرض سوم پژوهش تأیید می‌شود مبنی بر اینکه اثربخشی روش شناختی - رفتاری با روش القای خلق بر افزایش خلق مادران کودکان عقب مانده ذهنی متفاوت است. و از آنجایی که میانگین افسردگی با شیوه درمان شناختی- رفتاری کم‌تر از درمان القای خلق مثبت است با اطمینان ۹۵٪ می‌توان بیان داشت که شیوه شناختی رفتاری بهتر از شیوه القای خلق مثبت عمل می‌کند.

بحث و نتیجه گیری

به منظور بررسی فرضیه اول تحت عنوان «روش شناختی - رفتاری به افزایش خلق مادران کودکان کم‌توان ذهنی منجر می‌شود» از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین گروه شناختی - رفتاری با گروه کنترل تفاوت معنادار در سطح ۰/۰۵ وجود دارد.

در بررسی‌های متعدد، سودمندی رویکرد شناختی- رفتاری برای درمان بیماران افسرده گزارش شده است. اثربخشی روش شناختی رفتاری مذهب‌محور بر افسردگی زنان مطلقه را حمید و همکاران در سال ۱۳۹۰ تأیید کردند. رجیبی و همکاران (۱۳۸۹) کاهش افسردگی و افزایش خشنودی زناشویی زنان، کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان افسرده در مطالعه باغبان و همکاران (۱۳۸۸) و عباسی (۱۳۹۰) کاهش افسردگی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و یارمحمدیان و عابدی (۱۳۸۷) در افزایش شادی دانش‌آموزان این اثربخشی را گزارش کرده‌اند. براون^۱ و همکاران (۲۰۱۱)، هانلی، آرایا و سالیسبوری^۲ (۲۰۱۲) و بلاتر و بک^۳

-
1. Brown
 2. Huntley, Araya & Salisbury
 3. Blater & Beck

(۲۰۰۰) اثربخشی روش‌های شناختی رفتاری را در کاهش افسردگی تأیید می‌کنند که همه مطالعات یاد شده از این منظر با نتایج پژوهش حاضر همسو هستند.

در تبیین فرضیه اول می‌توان گفت که کاهش افسردگی گروه ناشی از تغییر معنادار در افکار ناکارآمد و منفی، از طریق مداخلات CBT بوده است. به اعتقاد محقق جلسات گروهی CBT توانست با جمع کردن والدینی که یک مشکل مشترک داشتند، با مشاهده نحوه تفکر و برخورد سایرین با مشکلات و مسائل مربوط به کودک کم‌توان و سایر مشکلات زندگی، شیوه درست‌تر را در برخورد با مسائل خود بیاموزند. برخی متخصصان معتقد هستند که اکثر مشکلات ماهیت اجتماعی دارند. هنگامی که افراد در گروه قرار می‌گیرند، قادر می‌شوند با ویژگی‌های سازنده سایر افراد در گروه همانندسازی کنند و از طریق مشاهده رفتار دیگران، درکی صحیح از مشکلات خود به دست آورند. آن‌ها متوجه می‌شوند که افراد دیگری هم مشکلات و ناراحتی‌های مشابه را تجربه کرده‌اند. اغلب والدین از طریق گفتگو درباره مسائل مختلف، درک احساسات هم و حمایت متقابل و طلب کمک، به بزرگ‌ترین نتایج درمانی دست پیدا می‌کنند.

در بررسی فرضیه دوم «روش القای خلق مثبت به افزایش خلق مادران کم‌توان ذهنی منجر می‌شود» نیز از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین گروه القای خلق با گروه کنترل تفاوت معنادار در سطح ۰/۰۵ وجود دارد.

مطالعات بسیاری اثربخشی روش‌های مختلف القای خلق را در افزایش میزان شادی افراد افسرده و همچنین خانواده‌ها تأیید کرده‌اند (آرگایل و لو، ۱۹۹۰؛ گوتلیب و لوینسون، ۱۹۹۵؛ هویزولوینسون، ۱۹۹۵؛ تیزدل و راسل، ۱۹۸۳؛ یارمحمدیان و عابدی، ۱۳۸۷؛ فینگان و سلیگمن، ۲۰۰۲). لیبومیراسکی و سین (۲۰۱۰) نیز اثربخشی مداخلات روانی مثبت (شامل نوشته‌ها و قدردانی مثبت یا همان روش بازخورد و روش شادی فردایس) را بر افزایش رفاه و آسایش و در مقابل بر کاهش علائم افسردگی (شامل افزایش احساسات مثبت، رفتارهای مثبت و شناخت‌های مثبت) تأکید کردند. کازوتوکی و همکاران (۲۰۰۹) از طریق القای خلق مثبت به بهبود خلق دانش‌آموزان ابتدایی اقدام کردند. در پژوهش‌های پیشین اثر روش القای خلق بر

افسردگی تأیید شده است و نتایج آن‌ها نشان داد که گروه القای خلق افسرده با استفاده از القای خلق موسیقایی به‌طور معناداری نسبت به گروه القای خلق شاد، غمگین‌تر بودند (نقل از روگوسکی، ۱۹۹۱). پژوهش مارتین شرر در آوریل ۲۰۰۹، حاکی از اثر القای خلق منفی بر افزایش نشانه‌های افسردگی در افراد افسرده و افزایش نشانه‌های اضطراب فراگیر در افراد مبتلا است.

به اعتقاد محقق تبیین اثربخشی شیوه MIP می‌تواند از آنجا باشد که روش‌های القایی بر سازه‌های روان‌شناختی از جمله بر نوع اسناددهی و هدف‌گزینی فرد (عریضی و خیاطان، ۱۳۸۸) بر حافظه (محمودعلیلو، ۱۳۷۷؛ محمودعلیلو و عشایری، ۱۳۷۳؛ خسروی، ۱۳۷۸؛ حسن شاهی و گودرزی، ۱۳۸۳) بر شناخت (عریضی و گل‌پرور، ۱۳۸۵؛ حامدی و کاویانی، ۱۳۸۳) بر نوع یادآوری (بلینی، ۱۹۸۶) بر نوع یادآوری خاطرات خوشایند و ناخوشایند (یونگ و همکاران، ۲۰۰۶) و بر سایر فرایندهای شناختی نظیر توجه، یادگیری، قضاوت، استنباط و تفسیر و استناد اثر می‌گذارند. در نتیجه گروه MIP ضمن اثرگذاری روش‌های القایی به کار گرفته شده بر مؤلفه‌های مذکور، فرصتی هر چند کوتاه برای بهره‌مندی از حمایت اجتماعی و غلبه بر احساس انزوای آن‌ها ایجاد کرد. صرف نظر از نوع گروه وقتی والدین در گروه‌هایی متجانس قرار می‌گیرند احساس آرامش پیدا می‌کنند.

فرضیه سوم با عنوان « اثربخشی روش شناختی - رفتاری بیش‌تر از روش القای خلق بر افزایش خلق مادران کودکان کم‌توان ذهنی است»، مطرح شد؛ به‌منظور بررسی صحت آن از آزمون تی مستقل استفاده شد و این آماره، با مقدار ۲/۳۴- و سطح معناداری ۰/۰۳۷ حاکی از تفاوت دو روش مورد بررسی برای بهبود و افزایش خلق مادران است.

همسو با نتیجه این فرضیه، از جمله پژوهش‌هایی که به برتری اثربخشی روش‌های شناختی رفتاری بر روش‌های القای خلق دست یافته‌اند، اسماعیلی (۱۳۸۹) در گروه‌های مبتلا به PTSD است. او در مطالعه خود از اثربخشی روش‌های القای خلق (ترکیبی از تصویرسازی ذهنی مثبت، آرام‌سازی عضلانی، تکرار جملات مثبت و حالت چهره بشاش) و روش‌های درمان شناختی - رفتاری در کاهش علائم استرس پس از حادثه خبر می‌دهد، اما اگر مقایسه

شود، دو روش تفاوت معناداری دارند به نحوی که اثر روش شناختی رفتاری از روش‌های القای خلق بیش‌تر گزارش شده است.

یارمحمدیان و عابدی (۱۳۸۷) در افزایش خلق گروه دانش‌آموزان متوسطه در ایران، روش شناختی رفتاری را نسبت به روش القای خلق که شامل تصویرسازی ذهنی مثبت، تکرار جملات مثبت و ایجاد حالت خندان بود، اثربخش‌تر گزارش کرده‌اند. نتایج پژوهش‌های آرگایل و لو (۱۹۹۰)، هویز و لوینسون (۱۹۹۵) با نتیجه پژوهش حاضر همسو است. در یک مرور نظام‌مند و فراتحلیلی، که هانلی و همکاران (۲۰۱۲) گزارش کرده‌اند، درمان شناختی- رفتاری گروهی نسبت به سایر روش‌های درمان افسردگی اثربخشی بیشتری دارد و این مسئله در نتایج پس‌آزمون پژوهش حاضر نیز مشاهده می‌شود.

تبیین فرض سوم به نظر محقق آن است که در گروه CBT با روش‌های بازسازی شناختی به تغییر باورها و قواعد زندگی، اصلاح خطاهای شناختی و افکار منفی و آشنایی با مهارت‌های زندگی اقدام می‌شود. این در حالی است که با وجود این‌که روش‌های القای خلق از لحاظ نظری از دیدگاه شناختی نشأت می‌گیرد، اما عملی خلاف جهت کار در CBT توسط آن‌ها انجام می‌شود. به این صورت که، از آنجا که افسردگی باعث محدودیت تفکر و خزانه رفتاری - شناختی می‌شود، در این روش‌ها سعی می‌شود با ایجاد عاطفه و هیجان مثبت و به تبع آن افزایش عزت نفس به افزایش خزانه رفتاری و شناختی و توجه اقدام شود و فرصت‌هایی را در اختیار افراد بگذارند تا روابط بهتری را داشته باشند و بارآوری بیش‌تری از خود بروز دهند. با گذشت زمان و تغییر محرک‌های محیطی، خلق فرد تغییر می‌کند و در نتیجه باورها و شناخت‌های همسو با خلق نیز تغییر می‌کند.

در راه اجرای هر پژوهشی محدودیت‌هایی هم وجود دارد که روند کار را کند و چه بسا در مواردی بر نتایج نیز اثر می‌گذارند. این پژوهش نیز شامل محدودیت‌هایی بود که از آن جمله، دشواری در جلب همکاری مادران برای تکمیل پرسشنامه و فقدان حضور منظم آن‌ها در تمامی جلسات به دلیل مسائل ناشی از فرزند کم‌توان، افت آزمودنی‌ها و اشکال در تعمیم یافته‌ها به کل جامعه با توجه به تعداد آزمودنی‌ها است.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی با در نظر گرفتن سایر متغیرهای سلامت روان و عوامل مؤثر بر بهبود کیفیت زندگی مادران انجام شود. پژوهش‌ها در این زمینه با درگیر کردن سایر اعضای

خانواده به ویژه پدران انجام شود. این پژوهش ها با سایر موضوعات از جمله سازگاری زناشویی، رضایت زندگی، روابط والد و فرزندی استفاده شود و نیز پژوهش هایی با تمیز قائل شدن بین والدین کودکان کم توان ذهنی در گروه های مختلف سنی و جنسی و میزان معلولیت اجرا شود.

می توان نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر را در فضاهای عمومی، آموزشی، اجتماعی و درمانی کشور به کار برد. از آنجا که پژوهش های مربوط به شادی و افزایش خلق نشان داده است که افراد شاد و ناشاد از لحاظ نحوه تفکر، انگیزش، عملکردهای فردی، خانوادگی، تحصیلی، شغلی و اجتماعی بالاتری دارند. با توجه به این مسئله، باید از روش های افزایش خلق ارائه شده در این پژوهش و سایر روش های موجود (مانند موسیقی های شاد و آرامش بخش و...) در اماکن عمومی و مراکز اداری، دولتی و خصوصی (از جمله اتوبوس ها، مترو، آسانسورهای عمومی و سایر مکان هایی که مردم به دلیل فشار روانی زیاد پرخاشگرتر می شوند) استفاده شود تا افراد شاد بیشتر تر و در نتیجه کارآمدتری در جامعه داشته باشیم و به جامعه موفق تری دست یابیم.

منابع

- آنتونی، مایکل، ایرنسون، گیل و اشنایدرمن، نیل (۱۳۸۸). *راهنمایی عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری*، ترجمه سید جواد آل محمد، سولماز جوکار و حمید طاهر نشاط دوست، اصفهان: جهاد دانشگاهی.
- اسماعیلی، مریم (۱۳۸۹). *مقایسه اثربخشی روش‌های مداخله رفتاری شناختی و روش‌های القای خلق و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهزیستی روان‌شناختی فرزندان جانبازان مبتلا به PTSD*، رساله دکترا، دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان.
- اندروز، تد (۱۳۸۲). *موسیقی درمانی برای همه*. ترجمه آذر عمرانی گرگری. تهران: روان.
- باتلر، گیلیان؛ هوپ، تونی (۱۳۸۹). *درمان سرماخوردگی روانی*. ترجمه کوشیار کریمی طاری. تهران: نسل نو اندیش.
- باغبان، امیران، فاتحی زاده، مریم و جزایری، رضوان السادات (۱۳۸۸). *تأثیر ۳ روش درمانی شناختی رفتاری، آموزش ارتباطات و خودیاری روان‌شناختی بر میزان افسردگی دختران دانشجوی دانشگاه اصفهان*. فصلنامه و تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۸ (۳۰)، ۲۹-۴۴.
- حاتمی، جواد و زمانی، رضا (۱۳۸۲). *تأثیر حالات خلقی بر سرعت پردازش ذهنی*. مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، ۳۳ (۲)، ۱-۲۵.
- حامدی، رباب و کاویانی، حسین (۱۳۸۳). *بررسی ارتباط بین استعاره‌ها و خلق افسرده*. مجله تازه‌های علوم شناختی، ۶ (۱ و ۲).
- حسن شاهی، محمدمهدی و گودرزی، محمدعلی (۱۳۸۳). *اثر خلق بر عملکرد سیستم حافظه*. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۶ (۲۱ و ۲۲)، ۴۷-۳۷.
- حمید، نجمه، بشلیده، کیومرث، عیدی بایگی، مجید و دهقانی زاده، زهرا (۱۳۹۰). *بررسی اثربخشی روان‌درمانی شناختی رفتاری مذهب محور بر افسردگی زنان مطلقه*. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱ (۱۳۹۰)، ۵۴-۶۴.
- خسروی، زهره (۱۳۷۸). *تأثیر شرایط مختلف خلق بر حافظه کودکان ایرانی*. مجله علمی پژوهشی پژوهش‌های روان‌شناختی، ۳ (۴)، ۴۸-۶۲.

خیراللهی، محمد (۱۳۹۰). مقایسه رابطه سطوح تنیدگی و رضایت زناشویی در والدین کودکان عقب مانده ذهنی با والدین کودکان عادی در شهرستان بناب. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

روزنتال، سارا (۱۳۸۹). ۵۰ راه مقابله با افسردگی بدون دارو، ترجمه ترمه نوروزی، تهران: ارجمند.

رجبی، غلامرضا، ستوده، سید امید و خجسته مهر، رضا (۱۳۸۹). بررسی اثر درمان شناختی - رفتاری گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش میزان خشنودی زناشویی زنان. فصلنامه مطالعات زنان، ۲۴(۱۳۸۹)، ۲۵-۳۸.

زارعی منش، قاسم (۱۳۸۸). بررسی رابطه فشارروانی با تعارضات زناشویی در والدین دارای فرزند عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و مقایسه آن با والدین دارای فرزند مرزی شهر ایلام. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی

شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۸۶). پویایی گروه و مشاوره گروهی. تهران: رشد.

عباسی، سمیه (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه بازسازی شناختی مبتنی بر تمثیل بر کاهش افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

عریضی، حمیدرضا و خیاطان، فلور (۱۳۸۸). مقایسه اثر القای خشم، غم و شادی در استادهای علمی. فصلنامه علمی-پژوهشی روان شناسی دانشگاه تبریز، ۱۶(۴) ۲۲۸-۲۰۵.

عریضی، حمیدرضا و گلپور، محسن (۱۳۸۵). تفاوت افراد دارای هیجان های بالا و پایین در عملیات شناختی، تجرید گزینشی، شخصی سازی و تعمیم افراطی. مجله پژوهش های روان شناختی، ۳(۴)، ۱۰-۲۸.

فتحی آشتیانی، علی و داستانی، محبوبه. (۱۳۸۹). آزمون های روان شناختی، ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. چاپ چهارم، تهران: بعثت.

محمود علیلو، مجید (۱۳۷۷). سوءگیری حافظه در افسردگی، پردازش طرحواره ای یا تسهیل عاطفی. مجله پژوهش های روان شناختی، دوره سوم، ۱ و ۲(۳)، ۵۳-۴۶.

محمود علیلو، مجید و عشایری، حسن (۱۳۷۳). بررسی آزمایشی اثر خلق بر حافظه. مجله پژوهش های روان شناختی، ۱ و ۲(۱۳۷۳)، ۲۵-۱۱.

لیهی، رابرت. ل. (۱۳۸۸). فنون شناخت درمانی. ترجمه لادن فتی و همکاران، تهران: دانژه. ملک پور، مختار، فراهانی، محب الله، آقایی، اصغر و بهرامی، علی (۱۳۸۵). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش فشار روانی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و عادی.

فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۲، (۶)، ۶۶۱-۶۷۶.

میکائیلی منیع، فرزانه (۱۳۸۸). روابط ساختاری بین بهزیستی روان‌شناختی با هوش هیجانی ادراک شده، توانایی کنترل تفکر منفی و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و مقایسه آن با مادران کودکان عادی. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۲، (۹)، ۱۲۰ - ۱۰۳.

یارمحمدیان، احمد و عابدی، احمد (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی روش‌های شناختی رفتاری در مقابل روش‌های القای خلق در افزایش میزان شادی دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر اصفهان. فصلنامه علمی - پژوهشی تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۲۶ (۷)، ۷۴ - ۵۹.

Abedin, A., Molaie, A. (2010). The effectiveness of group movie therapy (GMT) on parental stress reduction in mothers of children with mild mental retardation in Tehran. *Procedia social and behavioral sciences*, 5 (2010), 988-993.

Ahani, S., Talebi, M., Meri, M.R., Allahviridiyani, kh., Barzegar K.S., & Rahmanpour, M. (2011). An investigation of the relationship between quality of life and self-efficacy of mothers of students with retardation. *Birjand country procedia social and Behavioral sciences J.* 15(2011), 3038-3041.

Azar, M., & KurdahiBadr, L. (2006). Predictors of coping in parents of children with an intellectual disability: comparison between Lebanese mothers and fathers. *Journal of pediatric nursing* (2010) 25, 46-56.

Argyl, M., Lu.L. (1990). happiness of extroverts. *Personality and individual differences*, 11, 1011 - 1017.

Bhatnagar, K.A.C. (2010). Effectiveness and feasibility of a cognitive-behavioral group intervention for body image disturbance in women with eating disorders. Thesis for the degree of doctor of philosophy, department of psychology in western reserve university. Available online in www.proquest.com.

Blater, A.C., Beck, J.S. (2000). Cognitive therapy outcomes: A review of meta analyses. *Journal of the Norwegian psychological association*, 37, 1-9.

Blaney, P.H. (1986). *Affect and Memory: A review*, *Psychological Bulletin*, 99, 229-246.

Bromley, J., Hare, D., Darison, K., & Emerson, E. (2004). *Mothers supporting children with autistic spectrum disorders*, 8, 404-423.

Brown, J.S., Sellwood, K., Slade, M., Andiappan, M., Johnson, T., & Smith, R. (2011). *Outcome, costs and patient engagement for group and individual CBT for depression : a naturalistic clinical study*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(3), 355-358.

- Fingan, G., & Seligman, C. (2002). *In defense of velten mood induction procedure*. Internet, Velten mood induction.
- Gotlib, I.H. & Lewinsohn, P.M. (1995). *Behavioral theory and treatment of depression*, In E.E. Beckham & W.R. Leber (Eds), *Handbook of Depression* (2nd ed., pp. 252-375). New York: Guilford Press.
- Hastings R.P. (2002). *Parental stress and behavior problems of children with developmental disability*. *Journal of intellectual & developmental disability*, 27, 149-160
- Herring, S., Gray, J., Taffe, K., Sweeney, D, & Eifeld, S. (2006). Behavior and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay. Associations with parental mental health and family functioning. *Journal of intellectual disability research*, 12, 874-882.
- Hops, H., Lewinsohn, P.M. (1995). *A course for the treatment of depression in adults and children*. In K.D. craig and K.S Dobson (Eds). *Anxiety and depression in adults and children*, 230-245. Thousand out, CA: sage
- Huntley, AL., Araya, R., Salisbury, C. (2012). Group psychological therapies for depression in the community: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200(3):184-190.
- Jacques, R. (2006). *Family issues*. *Psychiatry*, 5, 337-340.
- Johnston, C., Hessel, D., Blasey, C. Eliez, S. & Erba, H. (2003). *Factors associated with parenting stress in mothers of children with fragile syndrome*, *J Der Behar preditratr*, 24 (4), 267-275.
- Khamis, V. (2007). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the united Arab Emirates. *Social science & medicine*, 64, 850-857
- Kazutoki, H., Masahiko, K., & Yasaku, O. (2009). An examination of causal attribution model about academic achievement of elementary school children (in Japanese). *the Japanese journal of educational psychology*: 31 (1), 18-27.
- Lyubomirsky, S., Sin, NL. (2010). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology intervention: a practice-friendly meta-analysis. *Journal Of Clinical Psychology*, 65(5):467-487.
- Mcconkey, R., Truesdale-kennedy, M., chang, M., yarrah, S., and shukri, R. (2008). The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross - cultural study. *International journal of Nursing studies*, 45(2008)65-74.
- Rogowski, John. P. (1991). *Comparison of the effects of musical and cognitive mood induction on self-report and behavioral mood measures*. Pro quest dissertations and theses.
- Teasdale, J.D. & Russell, M.L. (1983). Differential effect of induced mood on recall of positive, negative, and neutral words. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 163-171.
- Westermann, R., Spies, K., Stahl, G. & Hesse, F. (1996). Relative effectiveness and validity of mood induction procedures: a meta analysis. *European journal of social psychology*, 26 (1996), 557 - 580.
- Yeung, A.C., Dalgleish, T., Golden, AM & Scharfan, P. (2006). Reduced specificity of autobiographical memories following a negative mood induction. *Behavior*

- research and therapy journal*.44 (2006).1481-1490.
- Yildirim, H., &Basbakkal, Z. (2010).Depression among mothers of children and adults with an intellectual disability in Turkey. *International of Nursing practice*, 16: 248-253.

