

اثربخشی آموزش تلفیقی مهارت های ارتباطی و تاب آوری بر بهداشت روان والدین کودکان معلول

ذهنی شهرستان تربت جام

الهه سرفرازی^۱، مهدی نیری^{۲*}

(۱) کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

(۲) استادیار گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

* مسئول: Mahdi.nayyeri@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله ۱۴۰۰/۱۲/۰۳

تاریخ دریافت مقاله ۱۴۰۰/۰۱/۲۶

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش تلفیقی مهارت های ارتباطی و تاب آوری بر بهداشت روان والدین کودکان معلول ذهنی بود. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه والدین معلولین ذهنی شهرستان تربت جام در سال ۱۳۹۹ بود. با استفاده از نمونه گیری تصادفی ساده از بین والدین معلولین ذهنی که در فراخوان سازمان بهزیستی شرکت کردند، ۳۰ والد انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۱۵ نفر) و گروه آزمایش (۱۵ نفر) قرار داده شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه سلامت روانی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) و بسته آموزشی تلفیقی مهارت های ارتباطی و تاب آوری که در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده های به دست آمده با روش تحلیل کوواریانس تک متغیره و چندمتغیره تحلیل گردید. نتایج نشان داد که بین دو گروه کنترل و آزمایش از لحاظ بهداشت روان تفاوت معناداری وجود دارد ($p \leq 0.05$). همچنین نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که آموزش تلفیقی مهارت های ارتباطی و تاب آوری باعث بهبود نشانه های جسمانی، نشانه های اضطرابی و اختلال خواب، افسردگی و کارکرد اجتماعی والدین کودکان معلول ذهنی شده است. با توجه به یافته های به دست آمده می توان از آموزش تلفیقی مهارت های ارتباطی و تاب آوری برای ارتقای بهداشت روان والدین کودکان معلول ذهنی استفاده نمود.

کلید واژه گان: بهداشت روان، مهارت های ارتباطی، تاب آوری.

مقدمه

می تواند رویدادی تلخ و چالش زا محسوب گردد (احمدی، خدادادی، انیسی و عبدالمحمدی، ۱۳۹۰). بر اساس تعریف انجمن روانشناسی آمریکا، معلول ذهنی به کسی اطلاق می شود که بهره هوشی او زیر ۷۰ و دارای نقص در کارکردهای تطابقی باشد و قبل از ۱۸ سالگی اتفاق بیفتد (فریتون، جاکوبی، بورکه، کلرک و لئونارد^۱، ۲۰۱۵)؛ بنابراین با توجه به این تعریف، معلولیت ذهنی یکی از فرزندان، بر کل نظام خانواده و کارکردهای مختلف آن اثرات بسیار عمیقی خواهد گذاشت، به طوری

خانواده یک جامعه کوچک و جایگاهی امن برای ارضای نیازهای گوناگون اعضا است (ملکشاهی، ۱۳۹۵)، که هرگونه تغییر و اختلال در خانواده و اجزای آن علاوه بر تنیدگی و به هم ریختگی در اعضای خانواده، ممکن است منجر به مختل شدن کل نظام خانواده گردد (جنابادی، ۱۳۹۳)، که به نوبه خود اختلالات مربوط به اعضاء خانواده را تشدید و مشکلات جدیدی را ایجاد خواهد نمود. با عنایت به این موضوع، تولد یا حضور یک کودک معلول بالأخص معلول ذهنی در هر خانواده ای

¹ Fairthorne, Jacoby, Bourke, de Klerk & Leonard

تنش‌زای زندگی است (کرسینی^۵، ۱۹۹۹). انجمن کانادایی بهداشت روانی^۶، سلامت روان را به سه دسته تقسیم کرده است: الف) نگرش‌های مربوط به خود (تسلط بر هیجان‌های خود، آگاهی از ضعف‌های خود، رضایت از خوشی‌های ساده؛ ب) نگرش‌های مربوط به دیگران (علاقه به دوستی‌های طولانی و صمیمی، احساس تعلق به یک گروه، احساس مسئولیت در مقابل محیط انسانی و مادی؛ ج) نگرش‌های مربوط به زندگی (پذیرش مسئولیت‌ها، ذوق توسعه امکانات و علایق خود، توانایی اخذ تصمیمات شخص، ذوق خوب کار کردن). به عقیده این انجمن، نشانه‌هایی پیدا می‌شوند که افراد را از دشواری‌های روانی، بویژه در خود فرورفتن، پرخاشگری، خودمداری، بی‌اعتمادی شدید، بی‌خوابی، اضطراب، خیال‌بافی، هیپوکندری، ضعف در کنترل هیجان، نوسان‌های خلقی، احساس ناتوانی و وابستگی مطلع می‌سازند (گنجی، ۱۳۹۳). بنابراین امروزه سلامت روانی یکی از موضوعات و مقولاتی است که ذهن بسیاری از کارشناسان حوزه‌های گوناگون را به خود مشغول کرده است و علت این امر هم ارتباط و تأثیر سلامت روانی بر کارکردهای گوناگون انسانی است (شیرازی، رضوانی، حقیقی و فرزام فر، ۱۳۹۲).

نتایج تعداد زیادی از تحقیقات بیانگر این واقعیت است که والدین دارای کودکان عقب مانده ذهنی در مقایسه با سایر والدین، اضطراب و فشار زیادی را تحمل می‌کنند (ملکشاهی و فلاحی، ۱۳۹۵). این مشکلات روانی ممکن است ناشی از نگرانی آن‌ها درباره مشکلات آینده کودک، شدت معلولیت ذهنی، هزینه‌های سنگین مالی، آرزوهای بر باد رفته، نگاه‌ها و رفتارهای ترحم‌انگیز اطرافیان، باورهای غلط جامعه، اطلاعات کم، محدودیت دسترسی به خدمات آموزشی و توان بخشی و تضاد مربوط به وجود فرزندان دیگر باشد (توکلی زاده، یزدی و اکبری، ۱۳۹۸). وجود این عامل‌ها باهم، فشار روانی زیادی را بر والدین وارد می‌کند که زندگی شخصی و خانوادگی آن‌ها را تحت

که بر انسجام و ساختار خانواده آسیب وارد نموده و پیامد آن ایجاد تغییرات در نقش‌ها، عملکرد و سازگاری خانواده است (علی اکبر زاده امینی و همکاران، ۱۳۹۱). در این میان والدین بیشتر از سایر اعضای خانواده تحت تأثیر معلولیت قرار می‌گیرند، لذا والدین بایستی تغییرات متعددی را جهت سازگاری با عضو جدید تحمل نمایند و این موضوع بهداشت روان آن‌ها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (شقایق، کاکوجویباری و سلامی، ۱۳۸۹). به عبارت دیگر وجود یک کودک ناتوان در خانواده مشکلات روانی برای اعضای خانواده خصوصاً مادران ایجاد می‌کند که می‌تواند بر نگرش والد - کودک و در نهایت بر سلامت روان مادر و کودک تأثیرگذار باشد (امام دوست، تیموری، خوبی نژاد و رجایی، ۱۳۹۸).

بهداشت روان^۱ نقش پررنگی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند. سلامت روان یکی از مقوله‌های مهم در مباحث روان‌شناسی و روان‌پزشکی است که هر ساله حجم زیادی از تحقیقات را به خود اختصاص می‌دهد و عوامل مؤثر بر آن همواره مورد توجه روانشناسان بوده است. بهداشت روان به عنوان یکی از ملاک‌های تعیین‌کننده سلامت عمومی^۲ افراد در نظر گرفته می‌شود که به عنوان احساس خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکاء به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و خود شکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری، هیجانی و غیره تعریف شده است (سازمان بهداشت جهانی^۳، ۲۰۱۶).

به عقیده آدلر^۴ (۱۹۹۴) سلامت روان یعنی داشتن هدف‌های مشخص، روابط خانوادگی و اجتماعی مطلوب، کمک به هم‌نوعان و کنترل عواطف و احساسات خود (معروفی، یوسف زاده و بخشکار، ۱۳۹۱). به بیانی دیگر بهداشت روان را حالت ذهنی، همراه با سلامت هیجانی نسبتاً رها شده از نشانه‌های اضطراب و ناتوانی در برقراری روابط سازنده، مقابله با خواسته‌ها و محرک‌های

¹ mental health

² general health

³ World health organization

⁴ Adler

⁵ Corsini

⁶ Canadian Mental Health Association

تأثیر قرار می‌دهد. از سوی دیگر تجربیات تمامی متخصصین مربوطه در دنیا نشان می‌دهد که خانواده نه تنها بیشترین سهم را در توان‌بخشی معلولین داراست، بلکه در بسیاری از موارد مناسب‌ترین محل برای رشد و پرورش عقب‌ماندگان ذهنی است (جوی، محمد و جسیا-جروج^۱، ۲۰۲۰). به خاطر همین اثرات کودکان معلول ذهنی در خانواده می‌تواند زیاد باشد، مسئولیت‌های مالی، مختل شدن زندگی زناشویی، انزوای اجتماعی و کاهش زمانی که والدین بایستی صرف کودکان سالم خود نمایند به عنوان عوامل تنش‌زا در این خانواده‌ها شناخته شده است (کایاما و هایقت^۲، ۲۰۱۴). به هر حال وجود یک کودک عقب‌مانده ذهنی به عنوان یک فشار خردکننده روی والدین است؛ بنابراین والدین برای داشتن سلامت روان بیشتر نیاز به یک سری آموزش‌های ویژه دارند (کومار و همکاران^۳، ۲۰۱۸).

یکی از این آموزش‌ها، آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌باشد. مهارت‌های ارتباطی یکی از بخش‌های مهم مهارت‌های زندگی است که به عنوان توانایی برقراری ارتباط مؤثر و کارآمد با دیگران که منجر به بروز پاسخ می‌شود، تعریف می‌شوند (مولایی فینی و شیخی فینی، ۱۳۹۵). انسان در طول رشد خود همواره برای بقاء و رشد خود نیازمند ارتباط است. افراد از طریق ارتباطات، نیازهای اساسی خود یعنی تشنگی، گرسنگی و نیازهای جنسی را برطرف می‌کنند. ارتباطات، نیاز انسان به امنیت و آرامش را نیز برطرف می‌نماید. در سومین سطح سلسله‌مراتب نیازها، نیاز به تعلق خاطر داشتن و نیازهای اجتماعی وجود دارد. اگر به زندگی افراد انسانی نگاه کنیم، به خوبی متوجه می‌شویم که همه ما نیاز به معاشرت با دیگران و پذیرش آن‌ها داریم و همه به دنبال کسانی هستیم که با آن‌ها احساس آرامش و خوشبختی کنیم (امامی نائینی، ۱۳۸۵).

مهارت‌های ارتباطی یعنی ایجاد روابط بین فردی مناسب، مؤثر، انجام مسئولیت‌های اجتماعی، تصمیم‌گیری‌های صحیح و حل تعارض‌ها و کشمکش‌ها بدون توسل به اعمالی که به خود فرد یا دیگران صدمه می‌زند. یکی از اشتراکات در تعاریف مختلف ارتباط این است که همگی ارتباط را فرایند ارسال و دریافت پیام می‌دانند. ارتباط به منزله مبادله افکار و اطلاعات است؛ گرچه این اصطلاح معمولاً توجه افراد را به ارتباط کلامی معطوف می‌کند اما پیام‌ها می‌توانند به گونه‌های دیگر مانند نوشتن، خواندن، تلگراف و تلفن، حالات چهره و به خصوص علائم زبانی که برای انتقال بهتر معنا با حرکت‌های منظمی همراه هستند نیز، منتقل شوند. به هر حال، برای برقراری یک نظام ارتباطی، وجود یک فرستنده، یک پیام و گیرنده پیام، ضروری است (هارجی و دیکسون^۴، ۲۰۰۴) و والدین کودکان دارای معلولیت ذهنی می‌توانند به عنوان گیرنده یا فرستنده پیام باشند. از آنجایی که والدین نقش مهمی در زندگی این کودکان دارند و ارتباط بین افراد دارای نارسایی هوشی و خانواده‌هایشان و روابط اجتماعی آن‌ها با دیگران، مسئله مهمی است لازم است مورد توجه قرار گیرد (ورما، سیریواستاوا و کومار^۵، ۲۰۱۷). خانواده، می‌تواند نقش مهمی در افزایش مهارت‌های ارتباطی کودکان با نارسایی هوشی داشته باشد یا می‌تواند آن را محدود کند، ثابت نگه دارد و یا ارتباطات اجتماعی کودک را با افراد عادی، افزایش دهد (فیرمانساه و همکاران^۶، ۲۰۲۰). بنابراین ارتباطات والدین می‌تواند بر نگرش آن‌ها نسبت به فرزند خود و میزان تحمل و تاب‌آوری آنان نیز نقش داشته باشد. همان طور که عابدی و شعاع کاظمی (۱۳۹۲)، بیان کرده اند که پشتیبانی از خانواده در برابر مشکلات و حفظ آن به عنوان معیاری برای پیشرفت، تمدن و تعالی مادی و معنوی انسان امری ضروری است؛ زیرا خانواده سنگ بنای جامعه بزرگ انسانی است و در استحکام روابط اجتماعی و رشد و تعالی یکایک اعضای

⁴ Hargie & Dixon

⁵ Verma, Srivastava & Kumar

⁶ Firmansyah & et al

¹ Joy, Muhammed & Jisa George

² Kayama & Haight

³ Kumar & et al

عاطفی رو به رو است. این مسائل همگی بر والدین فشارهایی وارد می‌کند که باعث برهم خوردن آرامش و یکپارچگی خانواده می‌شود و در نتیجه سازگاری و انطباق آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ لذا توجه به مداخلات زودرس و مشاوره با خانواده‌های کودکان عقب‌مانده ذهنی که هم بر مسائل ارتباطی و هم روان‌شناختی تأکید داشته باشند، پیامدهای مهمی را بر کودک، والدین و جامعه به دنبال دارد. در مطالعات گذشته آموزش‌های مهارت‌های زندگی و تاب‌آوری به صورت جداگانه بر روی این قشر انجام شده است به طور نمونه صولتی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان دادند که آموزش تاب‌آوری هم بر کیفیت زندگی و هم بر سلامت روان والدین کودکان دارای عقب‌ماندگی ذهنی تأثیر معنی‌داری دارد. مقیمی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی بیان کردند که آموزش تاب‌آوری می‌تواند استرس را در مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر کاهش دهد. مرادی کیا و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی تنظیم احساسات و آموزش تاب‌آوری بر بهزیستی روان‌شناختی مادران دانش‌آموزان دارای معلولیت ذهنی نشان دادند که میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی در گروه آموزش تاب‌آوری در مقایسه با گروه آموزش تنظیم هیجان افزایش بیشتری یافته است. آکیس و کایهان^۷ (۲۰۱۶) در پژوهشی نشان دادند مهارت‌های ارتباطی کودکان دارای معلولیت ذهنی با همسالان آنها متفاوت است و آنها محدودیتهایی در زبان‌پذیری و زبان‌بیانی دارند و آموزش مهارت‌های ارتباطی به مادران آنها باعث کاهش سطح اضطرابشان شده است؛ درحالی‌که این مشکلات هم بر بعد اجتماعی و هم روان‌شناختی والدین تأثیر می‌گذارد و تاکنون پژوهشی به طور هم‌زمان به بررسی اثربخشی آموزش رویکرد تاب‌آوری که مربوط به بعد روان‌شناختی والدین و رویکرد مهارت‌ارتباطی که مربوط به بعد اجتماعی و بین‌فردی والدین است، نپرداخته است؛ بنابراین با عنایت به

جامعه نقش بنیادین دارد؛ بنابراین یکی از آموزش‌های دیگر که می‌تواند کارکردهای روانی در قالب تفکر، خلق و رفتار والدین را بهبود دهد و توان مقابله با مشکلات هیجانی و روان‌شناختی را افزایش دهد، تاب‌آوری^۱ است. گارمزی و ماستن^۲ (۱۹۹۱) تاب‌آوری را یک فرآیند توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده تعریف نموده‌اند (ماستن و بارنز^۳، ۲۰۱۸). تاب‌آوری را سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار (آسیب‌ها و تهدیدات) می‌دانند. البته تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی، در شرایط خطرناک است افزون بر این اکثر پژوهشگران بر این باورند که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی می‌باشد (میکائیلی، گنجی و طالبی جویباری، ۱۳۹۱).

تاب‌آوری عاملی است که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط سخت و استرس‌زای زندگی کمک می‌کند و آنها را در برابر اختلالات روانی و مشکلات زندگی محافظت می‌کند. افراد تاب‌آور، سازگاری فردی بالایی با عوامل استرس‌زای محیطی در زندگی‌شان دارند (کارامان و ایفلتای^۴، ۲۰۱۹). برخی مطالعات نشان داده‌اند که احساس یکپارچگی و تاب‌آوری در والدین کودکان دارای شرایط خاص مانند کم‌توان ذهنی، از والدین کودکان عادی پایین‌تر است و نیازمند مداخله‌هایی در این زمینه هستند (ماپلدر، هودز، کف و اشونگل^۵، ۲۰۱۵؛ موهان و کالکارنی^۶، ۲۰۱۸).

بنابراین خانواده کودک عقب‌مانده ذهنی به لحاظ داشتن فرزندی با این معلولیت، با دیگر خانواده‌ها متفاوت و با مشکلات فراوانی در زمینه‌های نگهداری، مالی، آموزشی و

¹resilience

²Garnezy & Masten

³ Masten & Barnes

⁴ Karaman & Efilati

⁵ Meppelder, Hodes, Kef & Schuengel

⁶ Mohan & Kulkarni

⁷ Akmeşe & Kayhan

این امر که معلولیت ذهنی کودکان مشکلات قابل توجهی را در همه زمینه ها برای والدین به وجود می آورد؛ پژوهش حاضر در راستای پاسخگویی به این فرضیه پژوهشی است که آموزش تلفیقی مهارت های ارتباطی و تاب آوری بر بهداشت روان و زیرمولفه های آن (نشانه های جسمانی، نشانه های اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی) در والدین کودکان معلول ذهنی مؤثر است.

روش شناسی

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه والدین معلولین ذهنی شهرستان تربت جام در سال ۱۳۹۹ که در سازمان بهزیستی پرونده داشتند (حدود ۵۰۰ نفر) بود که با استفاده از نمونه گیری تصادفی ساده از بین والدین معلولین ذهنی که در فراخوان سازمان بهزیستی شرکت کردند، ۳۰ والد انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۱۵ نفر) و گروه آزمایش (۱۵ نفر) قرار داده شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه سلامت روان (GHQ)^۱ بود. فرم اصلی پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر^۲ ساخته شده در سال ۱۹۷۹ و اعتبار و روایی آن بارها مورد بررسی قرار گرفته است. نسخه اصلی این آزمون ۶۰ سؤال دارد ولی فرم های کوتاه آن ۲۸، ۳۰، ۱۲ و ۱۲ سؤالی می باشد که در پژوهش حاضر از ۲۸ سؤالی استفاده شد که دارای ۴ زیر مقیاس نشانه های جسمانی (سؤال ۱-۷)، نشانه های اضطرابی و اختلال خواب (سؤال ۸-۱۴)، کارکرد اجتماعی (سؤال ۱۵-۲۱) و نشانگان افسردگی (سؤال ۲۲-۲۸) می باشد. روش نمره گذاری پرسشنامه سلامت روان بدین ترتیب است که از گزینه به هیچ و ج=۰ تا خیلی زیاد=۳ تعلق می گیرد، در نتیجه نمره هر فرد در هر یک از زیرمولفه ها ۰ تا ۲۱ و در کل از ۰ تا ۸۴ است که نمره بالاتر به خاطر منفی بودن مولفه ها، نشان دهنده سلامت روان پایین تر است. نمرات هر مقیاس به طور جداگانه محاسبه و پس از آن نمرات

مقیاس ها با هم جمع و نمره کلی به دست می آید. این پرسشنامه در ایران مورد استفاده قرار می گیرد و اعتبار همسانی درونی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ در پژوهش معتمدی، غباری بناب و ابرغم (۱۳۹۵) ۰/۸۷ گزارش شده است. برای تهیه بسته آموزشی تلفیقی از بسته آموزش تاب آوری برگرفته از پژوهش مریمی و احمدی (۱۳۹۴) و کتاب های مهارت های ارتباطی استفاده شد و بسته محقق ساخته به تأییدیه ۳ نفر از اساتید گروه روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام رسید و روایی آن تأیید گردید.

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که بعد از هماهنگی های لازم با سازمان بهزیستی، از والدین دارای فرزند معلول ذهنی برای شرکت در انجام این پژوهش دعوت به عمل آمد. بعد از بیان اهداف پژوهش از بین والدینی که مایل به همکاری بودند به صورت تصادفی ساده ۳۰ نفر انتخاب و در دو گروه کنترل (۱۵ نفر) و گروه آزمایش (۱۵ نفر) قرار داده شدند. در ابتدا از اعضای هر دو گروه پرسشنامه سلامت روان به عنوان پیش آزمون گرفته شد. سپس افراد گروه آزمایش تحت آموزش تلفیقی تاب آوری و مهارت های ارتباطی که با استفاده از منابع مربوطه در این زمینه تهیه شده بود، قرار گرفتند (آموزش ها به صورت گروهی در فضای مجازی برگزار گردید)، در حالی که در این مدت زمان گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. در پایان جلسات دوباره بر روی دو گروه پرسشنامه سلامت روان به عنوان پس آزمون اجرا شد. شرح خلاصه محتوای جلسات آموزشی تلفیقی در جدول ۱ ارائه شده است:

¹ General Health Questionnaire

² Goldberg & Hiller

جدول ۱- محتوای جلسات آموزشی تلفیقی مهارت‌های ارتباطی و تاب‌آوری

جلسه اول	آشنایی اعضا با هم و با موضوع جلسات: انجام پیش‌آزمون، معارفه با اعضای گروه، آشنایی با برنامه و هدف، آشنایی اعضای گروه با مفهوم تاب‌آوری و مهارت‌های ارتباطی
جلسه دوم	آگاهی نسبت به توانمندی‌های خود، آشنایی با مفهوم ارتباط و انواع آن (بیان تعریف ساده از ارتباط، بیان روش‌های برقراری ارتباط صحیح با اطرافیان، بیان پی بردن به اهمیت ارتباط در زندگی)
جلسه سوم	آموزش گوش دادن فعال، همدلی و ارتباط قاطعانه (برقراری روابط اجتماعی، تعریف ساده از مفهوم ارتباط، نقش حمایت اجتماعی در شرایط دشوار، تشخیص ویژگی‌های روابط اجتماعی صحیح)
جلسه چهارم	ارائه درک روشنی از عزت‌نفس، شناسایی علل و عوامل مؤثر در تقویت عزت‌نفس، شناسایی ضعف‌های خود و تلاش برای برطرف کردن آن‌ها؛
جلسه پنجم	آموزش مهارت‌های ابراز وجود، خودکارآمدی از طریق تصمیم‌گیری، حل مسئله و مسئولیت‌پذیری
جلسه ششم	تعیین هدف و چگونگی دستیابی به آن: بیان مفهوم هدف، تمییز دادن اهداف کوتاه و بلندمدت، تعیین چند هدف کوتاه و بلند و برنامه‌ریزی برای رسیدن به آن‌ها؛
جلسه هفتم	آموزش مبانی ارتباط اثربخش، مدیریت خشم، اضطراب و استرس، بیان مفهوم خشم، اضطراب و استرس و نشانه‌های آن‌ها، ارائه چند راهبرد رفتاری برای کنترل خشم، آموزش ریلکسیشن و تمرکز بر تنفس؛
جلسه هشتم	بیان موانع ارتباط و جمع‌بندی آموزش مهارت‌های ارتباطی با ارائه مفهوم خوش‌بینی و امیدواری در زندگی، بحث در مورد تأثیر خوش‌بینی و امیدواری بر بهداشت روان

۳۰ سال (۶,۶۶ درصد) و در گروه کنترل سن بین ۴۱ تا ۵۰ سال (۲۰ درصد) را داشتند. میزان مادران شرکت‌کننده در گروه آزمایش ۹ نفر (۶۰ درصد) و پدران ۸ نفر (۵۳ درصد) و در گروه کنترل میزان مادران و پدران به ترتیب برابر با ۱۱ نفر (۷۳ درصد) و ۴ نفر (۲۷ درصد) بود. بیشتر والدین شرکت‌کننده در هر دو گروه دارای تحصیلات دیپلم (گروه کنترل ۴۶,۶۶ درصد و گروه آزمایش ۵۳,۳۳ درصد) بودند.

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد بهداشت روان و زیرمؤلفه‌های آن قبل و بعد از آموزش تلفیقی مهارت‌های ارتباطی و تاب‌آوری به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه ارائه شده است:

داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار spss نسخه ۲۴ در دو سطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس تک متغیره و چندمتغیره با رعایت پیش‌فرض‌های آماری آزمون لوین و آزمون کالموگروف-اسمیریونف) تحلیل گردید.

یافته ها

نتایج ویژگی‌های جمعیت شناختی نشان داد که بیشتر والدین شرکت‌کننده در هر دو گروه دارای سن بین ۳۶ تا ۴۰ سال (گروه کنترل ۳۳,۳۳ درصد و گروه آزمایش ۴۰ درصد) بودند و کمترین شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش دارای سن بین ۲۵ تا

جدول ۲- نتایج آمار توصیفی بهداشت روان و زیرمؤلفه های آن

مؤلفه ها	گروه کنترل		گروه آزمایش	
	پیش ازمون	پس ازمون	پیش ازمون	پس ازمون
بهداشت روان	۳۰,۳۱	۵,۷۱	۳۰,۱۸	۶,۴۰
نشانه های جسمانی	۶,۲۵	۱,۳۳	۶,۵۹	۱,۳۶
نشانه های اضطرابی و اختلال خواب	۸,۰۲	۲,۷۳	۸,۶۲	۱,۹۳
حساسیت در کارکرد اجتماعی	۶,۵۹	۱,۵۴	۶,۶۲	۱,۲۹
			انحراف	میانگین
			انحراف	میانگین
			انحراف	میانگین
			انحراف	میانگین

۱,۶۳	۴,۵۹	۲,۷۰	۸,۱۱	۱,۳۸	۸,۱۶	۲,۳۶	۷,۶۳	افسردگی
------	------	------	------	------	------	------	------	---------

با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف بررسی شد که نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون با توزیع نرمال وجود ندارد. لذا فرض نرمال بودن توزیع نمرات رد نگردید. همچنین آزمون لوین برای بررسی یکسانی واریانس‌ها انجام شد که با توجه به معنادار نبودن نتایج حاصله، یکسانی واریانس نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل رد نشد. با تأیید مفروضه‌های فوق، امکان تحلیل کوواریانس فراهم گردید.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که نمره بهداشت روان و زیرمؤلفه های آن (نشانه‌های جسمانی، نشانه‌های اضطرابی و اختلال خواب، افسردگی و عملکرد اجتماعی) در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری داشته است. در این پژوهش برای تحلیل استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. از این رو ابتدا پیش‌فرض‌های آن یعنی نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس در گروه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. بدین ترتیب نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون

جدول ۳- تحلیل کوواریانس تأثیر آموزشی مهارت‌های ارتباطی و تاب‌آوری بر بهداشت روان والدین کودکان معلول ذهنی

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا	توان آماری
گروه	۳۹۳,۲۱	۱	۳۹۳,۲۱	۶۲,۹۷	۰,۰۰۰	۰,۶۸	۰,۸۲
پیش‌آزمون	۷۴۲,۶۴	۱	۷۴۲,۶۴	۲۷,۲۲	۰,۰۰۰	۰,۹۹	۱
خطا	۴۲۸,۲۹	۲۷	۱۵,۸۶				
کل	۱۱۰۹,۶۲	۳۰					

به تاثیر آموزش‌ها و اجرای مداخله است. برای بررسی اثربخشی آموزش تلفیقی بر زیرمؤلفه های بهداشت روان از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است:

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمره بهداشت روان از نظر آماری معنادار می‌باشد ($P < 0/001$)، لذا آموزش تلفیقی مهارت‌های ارتباطی و تاب‌آوری بر افزایش بهداشت روان والدین معلولین ذهنی تأثیر دارد و با توجه به ضریب اتا حدود ۶۸ درصد از واریانس متغیر بهداشت روان مربوط

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر روی زیرمؤلفه های بهداشت روان گروه های آزمایش و گواه

متغیر	میانگین مجدورات	درجه آزادی	آماره F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان
نشانه‌های جسمانی	۱۹,۲۹	۱	۷,۲۲	۰,۰۱۲	۰,۶۳	۰,۷۰
نشانه‌های اضطرابی و اختلال خواب	۴۲,۱۴	۱	۱۳,۴۸	۰,۰۱۰	۰,۶۶	۰,۸۹
کارکرد اجتماعی	۳۸,۳۱	۱	۱۱,۶۴	۰,۰۰۱	۰,۶۸	۰,۶۹
افسردگی	۱۴۵,۳۰	۱	۹,۴۳	۰,۰۰۵	۰,۵۸	۰,۸۸

کارکرد اجتماعی و افسردگی با کنترل پیش‌آزمون شده است و با توجه به ضریب اتا یا میزان تأثیر می‌توان بیان کرد آموزش‌ها به ترتیب بیشترین تأثیر را بر روی مؤلفه کارکرد اجتماعی با ۶۸

با توجه به نتایج جدول ۴ می‌توان مشاهده کرد که سطح معناداری در تمام مؤلفه‌ها زیر ۰,۰۵ می‌باشد و این نشان می‌دهد که آموزش گروهی مهارت‌های ارتباطی و تاب‌آوری بهبود نشانه‌های جسمانی، نشانه‌های اضطرابی و اختلال خواب،

آور که در این دست آموزش‌ها مورد هدف قرار می‌گیرد، همچون: افزایش بهره‌مندی از حمایت و توان اجتماعی، افزایش قدرت حل مسئله به‌خصوص در شرایط بحرانی و دشوار، خودگردانی و مدیریت هیجانات و احساس هدفمندی و باور به آینده‌ای روشن، تعیین‌کننده کیفیت و سطح بالاتری از سلامت روان هستند. به عبارت دیگر و با تعبیری که ماستن (۱۹۹۵) ارائه می‌دهد، در نتیجه فرایند تاب‌آوری، اثرات ناگوار، اصلاح، تعدیل یا حتی ناپدید می‌شود و این مهم، مانع افت سطح سلامت در شرایط ناگوار و پیش‌بینی نشده خواهد بود. طبیعی است که سلامت روان شناختی بالاتر در والدین، با به حداقل رساندن تنش‌های ناشی از عدم تعادل خلقی، عدم مسئولیت‌پذیری و عدم هماهنگی بین نیازها، به افزایش سلامت روان والدین معلولین ذهنی کمک بسزایی خواهد کرد. کاهش استرس نیز یکی دیگر از مسیریابی است که آموزش تاب آورانه می‌تواند از طریق آن، بر بهبود وضعیت زندگی والدین معلولین ذهنی تأثیرگذار باشد. آموزش تاب‌آوری، ایجادکننده راهبردهای کنار آمدن و سازوکارهای دفاعی بهتر در افراد است. همچنین مداخله‌های تاب آورانه با تغییر در سبک اسناد افراد، سبب می‌شوند که افراد با تاب‌آوری بالا، در مقابل رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی، ابراز وجود و اعتمادبه‌نفس برخورد کنند و در نتیجه، این رویدادها را با قابلیت کنترل بالاتری ببینند. بنابراین، تاب‌آوری انعطاف‌پذیری فرد را افزایش می‌دهد و این ویژگی باعث افزایش سازگاری افراد با شرایط مختلف زندگی از جمله پذیرش وظایف، مسئولیت‌ها و نقشه‌ای جدید در زندگی می‌شود. همچنین تاب‌آوری با کاهش هیجانات منفی، میزان سلامت روان والدین را نیز افزایش می‌دهد. به طور کلی به نظر می‌رسد تاب‌آوری باعث ایجاد عوامل محافظتی می‌شود که هم از جنبه روانی و هم از جنبه اجتماعی باعث رضایت والدین نسبت به وقایع می‌شود و در نتیجه حالت تسلط بر محیط افزایش می‌یابد و به بهبود عملکرد و بهداشت روانی مثبت در آینده می‌انجامد.

همچنین آموزش ارتباط به آن‌ها کمک می‌کند تا راه‌های پاداش‌دهنده‌تری را برای برخورد با تعارضات زندگی در پیش گیرند. بر پایه رویکرد شناختی- رفتاری، اسناد، انتظارات و باورهای منفی زیادی وجود دارد که مانع برقراری ارتباط

درصد، نشانه‌های اضطرابی و اختلال خواب ۶۶ درصد، نشانه‌های جسمانی ۶۳ درصد و افسردگی ۵۸ درصد داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

در عصر حاضر مشکل بیماری‌ها و معلولیت‌ها از جمله عقب‌ماندگی ذهنی از حادترین مسائل افراد جوامع بشری است. خانواده‌های بسیاری به دلیل داشتن چنین فرزندانی بار عاطفی سنگینی را بر دوش می‌کشند و نیازمند آموزش‌های لازم هستند، لذا هدف پژوهش بررسی اثربخشی آموزش تلفیقی مهارت‌های ارتباطی و تاب‌آوری بر بهداشت روان و زیرموفه‌های آن در والدین کودکان معلول ذهنی شهرستان تربت‌جام بود. نتایج نشان داد که آموزش تلفیقی مهارت‌های ارتباطی و تاب‌آوری باعث بهبود بهداشت روان و زیرموفه‌های آن (نشانه‌های جسمانی، نشانه‌های اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی) شده است. یافته‌های به دست آمده با نتایج پژوهش‌های صولتی و همکاران (۱۳۹۸)، مقیمی و همکاران (۱۳۹۷)، مرادی کیا و همکاران (۱۳۹۶) و آکیس و کایهان (۲۰۱۶) همسو و همخوان می‌باشد. در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت، مادران در مقابل فشار روانی ناشی از داشتن یک کودک با مشکلات جسمانی و یا ذهنی از شیوه‌های مثبت یا منفی مقابله با فشار روانی استفاده می‌کنند، بنابراین، آموزش تاب‌آوری باعث می‌شود که افراد در مواجهه با ناملایمات و تغییرات زندگی موفق شوند. آن‌ها قادر به اداره کردن و شناختن محیط برای غلبه بر فشارهای زندگی و برآورده کردن ضروریات آن می‌شوند. آن‌ها قادر به سازگاری سریع و شناخت وضعیت، فهم روشن وقایع، برقراری ارتباط و عمل انعطاف‌پذیر می‌شوند. آن‌ها مهارت‌های حل مسئله را به‌خوبی می‌دانند، اعتمادبه‌نفس بالایی دارند و بیش‌تر روی نقاط قوت خود متمرکز می‌شوند تا نقاط ضعف. تاب‌آوری نه تنها افزایش قدرت تحمل و سازگاری فرد در برخورد با مشکلات است، بلکه مهم‌تر از آن موجب حفظ سلامتی و ارتقاء آن می‌شود. تاب‌آوری به افراد توانایی می‌بخشد تا با مشکلات و ناملایمات مواجه شوند، بدون اینکه دچار آسیب شوند و این موقعیت‌ها را تبدیل به فرصتی برای رشد و ارتقاء شخصیت خود کنند. به عبارت دیگر؛ ویژگی‌های افراد تاب

می یابد و بهتر قادر خواهند بود، زندگی خود را مدیریت و مهار کنند و بر مشکلات فائق آیند و همین امر باعث کاهش مشکلات روان شناختی و در نهایت نشانه های جسمانی می شود. به خاطر اینکه روان و جسم بر روی هم دیگر تأثیر متقابل دارند و هنگامی که والدین معلولین ذهنی در این جلسات به پذیرش شرایط می پردازند و درک می کنند که تنها نیستند، نشانه های جسمانی مانند سردرد کاهش می یابد. به عبارت دیگر در تبیین احتمالی این نتیجه می توان گفت، سلامت جسمانی و روانی دو پدیده پیوسته و وابسته به یکدیگر هستند. در واقع بسیاری از بیماری های جسمانی دارای منشأ روانی بوده و از محیط بیرون و مسائل مربوط به فضای اطراف سرچشمه می گیرند. از آنجا که بهبود مهارت های ارتباطی در خانواده می تواند به افزایش سلامت خانواده کمک نماید و همچنین بهبود سلامت خانواده منجر به بهبود سلامت اعضای آن می شود. به نظر می رسد آموزش مهارت های ارتباطی به مادران بتواند سلامت روانی آن ها و متعاقباً سلامت جسمانی را افزایش دهد. وجود فرزند معلول ذهنی در خانواده منجر به کاهش سطح سلامت روان، افزایش استرس و متعاقب آن بروز نشانگان جسمانی در والدین می شود. آموزش مهارت های ارتباطی از طریق بهبود سلامت خانواده، بهبود ارتباط مادر فرزند، پذیرش رفتارهای مربوط به فرزندان معلول و کاهش عوامل تنش زا در خانواده می تواند نشانگان جسمانی والدین را کاهش دهد. در تبیین این یافته همچنین می توان گفت، فردی که دارای تاب آوری است، مشارکت فعال و سازنده ای دارد و این مسئله همان توانمندی فردی در برقراری تعادل زیستی - روانی در شرایط سخت است که چاره ساز و انعطاف پذیر بوده و خود را با محیط وفق می دهد و از این رو سازگاری موفق در زندگی را فراهم می کند و باعث کاهش مشکلات اضطرابی می شود. عوامل تأثیرگذار بر افزایش تاب آوری عواملی هستند که می توانند تأثیر منفی عوامل خطر ساز و آسیب رسان را به صورت مثبت تغییر دهند. بدین ترتیب تاب آوری از مهم ترین توانایی های انسان است که باعث سازگاری مؤثر با مشکلات می شود. بنابراین، ارتقاء تاب آوری عاملی است که می تواند منجر به انعطاف پذیری و مقابله مؤثر با عوامل و موقعیت های اضطراب آور شود. ضمناً زمانی که یک

اثربخش می شود، مهارت های ارتباطی به والدین معلولین ذهنی کمک می کند تا این دلایل بنیادین را شناسایی کرده و با ارتباطی مؤثرتر و همراه با تنش کمتر، سازگاری بیشتری را در زندگی با فرد معلول تجربه کنند. تمرین اصولی این مهارت ها موجب می شود تا والدین این عادت ها را به گنجینه رفتاری و شناختی خود اضافه کرده و در موقعیت های دشوار و کشمکش زا از مواجهه سازنده تری استفاده کنند. همچنین یادگیری مهارت های ارتباطی، منجر به مبادله رفتارهای مثبت و خوشایند و کاهش رفتارهای منفی، مقابله جویانه، کنایه آمیز و توأم با ابهام می شود. طبیعی است استمرار این بازخوردهای مثبت با ایجاد نگرش مثبت، افزایش ادراک احترام و ارزشمندی و ارضای هوشمندانه نیازهای عاطفی، زندگی این والدین را به محیطی با حداقل تعارضات و حداکثر حس رضایت تبدیل خواهد کرد. در این باره، پدرون^۱ (۱۹۹۴)، اظهار می دارد، مشاوره و آموزش حمایتی می تواند به والدین کمک کند تا احساسات منفی خود را در مسیر صحیح قرار دهند؛ به گونه ای که موجب تعاملات سازنده شوند. بدین ترتیب آنان قادر می شوند بیاموزند که چگونه منابعی را که برای کمک به کودک ناتوان خود نیاز دارند به دست آورند و نیز به راه های ابراز احساسات خود به گونه ای مؤثرتر دست یابند (به نقل از لیونگ و همکاران^۲، ۲۰۱۹). بخش اعظمی از مشکلات والدین بدون شک ناشی از ارتباط ناسالم بوده و حالت درخودماندگی و استیصال آن ها در ارتباط با فرزند معلول ذهنی به این مشکل می افزاید. در این پژوهش از طریق جلسات آموزش تلفیقی مهارت های ارتباطی کارآمد و تاب آوری به والدین کمک شد تا از این حالت استیصال بیرون آمده و به جای تمرکز بر فرزند خود به عنوان عامل مشکل آفرین بر رفتار خود متمرکز شوند. همچنین به آن ها کمک شد تا زنجیره ای ارتباطی خود را شناسایی کرده و از این طریق گام مؤثری در جهت بهبود بهداشت روان خود بردارند.

آموزش تاب آوری باعث می شود که والدین معلولین ذهنی بتوانند احساس همدلی را در خود تقویت کنند و رابطه اجتماعی بهتری با فرزندان و اعضای خانواده خود برقرار کنند و بنابراین، ارتباط های اجتماعی و مهارت های عملکرد اجتماعی آن ها بهبود

¹ Padron

² Liung & et al

منجر به تقویت روحیه سایر اعضا، کاهش تنش و افزایش سلامت آن‌ها می‌شود. در واقع مشکل اصلی خانواده‌ها این است که نمی‌توانند الگوهای ارتباطی مناسب را اجرا نمایند. هرگاه اعضای خانواده بتوانند به نحو مؤثر و کارآمد با یکدیگر ارتباط برقرار کنند و تاب اوی خود را بالا ببرند، در این حالت الگوهای ناسالم ارتباط جای خود را به الگوهای سالم می‌دهد و در نهایت سلامت روان اعضای خانواده افزایش می‌یابد. همچنین ماهیت سلامت روان اعضای خانواده افزایش می‌یابد. همچنین ماهیت آموزش گروهی، خود می‌تواند تأثیر مثبت در کاهش فشار روانی داشته باشد؛ زیرا جمع شدن افراد در گروه و اینکه تک تک افراد احساس کنند که دیگران نیز مشکلاتی مشابه با آن‌ها دارند، خود در کاهش فشار روانی و کاستن از روحیه منفی و در نتیجه افزایش قبول واقعیت و کنار آمدن با آن مؤثر است. در نتیجه یکی از گام‌ها آموزش مهارت‌های زندگی و ذیل آن، آموزش مهارت برقراری ارتباط است. بنابراین، مهارت‌های ارتباطی اساس و پایه‌ای برای تاب‌آوری است و افراد حتماً باید ابتدا مهارت ارتباطی داشته باشند تا بتوانند تاب آور شوند و تلفیق این دو آموزش با همدیگر، بهتر می‌تواند به افراد برای بهبود بهداشت روانی کمک کند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موارد اشاره کرد که این پژوهش بر روی والدین معلولین ذهنی شهر نایین انجام شده است، لذا در تعمیم نتایج به جوامع دیگر باید احتیاط کرد. نداشتن گروه پیگیری یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش می‌باشد. از محدودیت‌های دیگر پژوهش تعداد کم حجم نمونه و سنجش متغیرهای پژوهش از طریق پرسشنامه‌ها خودگزارش دهی بود که باعث سوگیری در پاسخ دهی می‌شود و همچنین عدم هم‌تاسازی گروه‌ها بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی است. با توجه به محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که با توجه به اینکه این پژوهش بر روی والدین معلولین ذهنی شهر نایین انجام شده است، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در شهرهای دیگر نیز با توجه به تفاوت فرهنگی و اجتماعی انجام شود و یافته‌های آن با پژوهش حاضر مقایسه شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی دوره‌های زمانی مشخصی برای پیگیری ثبات یا عدم ثبات نتایج لحاظ شود.

کودک با یک بیماری جدی یا معلولیت و ناتوانی حرکتی شدید تشخیص داده می‌شود، والدین این کودکان دچار اختلالات روحی و شناختی شدید می‌شوند و زندگی اجتماعی و شخصی آن‌ها شدیداً تحت تأثیر قرار می‌گیرد و در بسیاری از موارد تحت درمان‌های طولانی مدت روان‌پزشکی قرار می‌گیرند (ریسچ، میچل و تیموثی^۱، ۲۰۱۲). توجه به این نکته بسیار مهم است که داشتن کودک ناتوان تنها روی والدین تأثیرگذار نیست، بلکه روابط بین فامیلی را نیز در برمی‌گیرد و باعث تغییر در روابط فامیلی می‌شود. وجود یک کودک عقب‌مانده ذهنی سبب محدودیت روابط اجتماعی خانواده می‌گردد و هر قدر شدت معلولیت فرد بیشتر باشد، اوقات فراغت والدین و خانواده محدودتر شده و دامنه ارتباطات اجتماعی کمتر می‌گردد. نگرش منفی که خویشاوندان، دوستان و جامعه در مورد کودک معلول دارند نه تنها روی خود کودک بلکه بر سیستم جامعه نیز تأثیرگذار است. فقدان آگاهی عمومی درباره استعداد افراد معلول به عنوان مانعی در جهت مشارکت و پذیرش آن‌ها در جامعه محسوب می‌شود. آموزش مهارت‌های تاب‌آوری و مهارت‌های ارتباطی با همدیگر با استفاده از تکنیک‌هایی مانند مثبت‌اندیشی، ابراز وجود، رشد و افزایش اعتماد به نفس و عزت نفس، بازسازی خاطرات، یافتن معنا و مفهومی برای زندگی، ایجاد محیطی مثبت در زندگی خانوادگی و انعطاف‌پذیری افراد توانایی لازم برای کسب کارکرد اجتماعی بالا را در اختیار والدین معلولین ذهنی قرار می‌دهد.

همچنین آموزش‌ها به والدین معلولین ذهنی کمک می‌کند تا در بستری سالم و مثبت، بسیاری از مشکلات کوچک به خودی خود بر طرف می‌شوند و به تعارضات نیز به عنوان یک مسئله نگاه می‌شود که آنان می‌توانند این مشکلات و ناراحتی‌ها را با کم کردن توقعات خود از فرزندش برطرف نمایند. در این زمینه می‌توان اظهار داشت تأثیر مستقیم مؤلفه تاب‌آوری در شرایط ناخوشایند زندگی و بحران‌ها باعث ارائه راهکارهای مؤثر در هنگام وقوع مشکل و در نتیجه بهبود عملکرد خانواده می‌شود و در نهایت باعث کاهش نشانه‌های اضطرابی و اختلال خواب و افسردگی می‌شود. بهبود ارتباط و سالم‌سازی محیط خانواده

¹ Resch, Michael & Timothy

- احمدی نوده، خ؛ خدادادی، غ.ر؛ انیسی، ج؛ عبدالمحمدی، ا. (۱۳۹۰). مشکلات خانواده های دارای فرزند معلول، طب نظامی، ۱۳(۱)، ۴۹-۵۲.
- امام دوست، ز؛ تیموری، س؛ خوی نژاد، غور؛ رجایی، ع.ر. (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانی بر نگرش والد-فرزند مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، مجله دانشکده پزشکی، ۶۲، ۷۲۲-۷۳۱.
- امامی نائینی، ن. (۱۳۸۵). *ارتباطات*، تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.
- جنابآبادی، ح. (۱۳۹۳). رابطه دلبستگی به خدا با معناداری زندگی والدین کودکان کم توان ذهنی شهر زاهدان، طلوع بهداشت، ۱۳(۲)، ۹۹-۱۱۲.
- شقاقی، ف؛ کاکوجویاری، ع.ا؛ سلامی، ف. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش خانواده بر سلامت روانی والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی آموزش پذیر، علوم رفتاری، ۲(۴)، ۵۷-۶۹.
- شیرازی، ف؛ رضوانی، ش؛ حقیقی، ن؛ فرزاد فر، ا. (۱۳۹۲). رابطه سلامت روان مادران با میزان اضطراب و افسردگی فرزندان، چشم انداز/امین در روانشناسی کاربردی، ۲۱، ۱۰-۲۵.
- صولتی، ک؛ قاسمی، م و مظلوم، ع. (۱۳۹۸). *اثربخشی آموزش تاب آوری بر کیفیت زندگی و سلامت روان والدین کودکان عقب مانده (آموزش پذیر)*، نهمین همایش سراسری روانپزشکی کودک و نوجوان، تهران.
- عابدی، ف و شعاع کاظمی، م. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر تعارضات زناشویی، *زنان خانواده*، ۷(۲۲)، ۷-۲۹.
- علی اکبرزاده آرانی، ز؛ تقوی لاریجانی، ت؛ شریفی نیستانک، ن؛ نوغانی، ف؛ فقیه زاده، س؛ خاری آرانی، م (۱۳۹۱). تأثیر آموزش بر سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر بر اساس تئوری سازگاری روی، مجله فیض، ۱۶(۲)، ۱۲۹-۱۳۴.
- گنجی، ح. (۱۳۹۳). *بهداشت روانی*، تهران: نشر ارسباران.
- مرادی کیا، ح؛ ستارپور ایرانی، ف؛ امامقلیان، س (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی آموزش های تنظیم هیجان و تاب آوری بر بهزیستی روان شناختی مادران دانش آموزان کم توان ذهنی، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۵(۳)، ۲۱۳-۲۲۳.
- مریمی، ن و احمدیان، ح. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تاب آوری بر شادکامی مادران دارای فرزند معلول ذهنی شهرستان قروه، *فصلنامه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*، ۱(۱)، ۳۲-۴۲.
- معتمدی، ف؛ غباری بناب، ب و ابرغم، ز. (۱۳۹۵). بخشایشگری، رضایتمندی زناشویی و سلامت روان والدین کودکان کم توان ذهنی و عادی، *کودکان استثنایی*، ۱۶(۴)، ۲۷-۳۸.
- معروفی، ی؛ یوسف زاده، م. ر و بخشکار، ف. (۱۳۹۱). رابطه بین مهارت های تفکر انتقادی و سلامت روانی دانش آموزان دختر دوره پیش دانشگاهی شهر همدان، *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی همدان*، ۱۹(۱)، ۵۳-۶۱.
- ملکشاهی، ف (۱۳۹۵). *پرستاری سلامت خانواده*، تهران: آراد.
- ملکشاهی، ف و فلاحی، ش. (۱۳۹۵). مشکلات روانی اجتماعی والدین کودکان معلول ذهنی تحت پوشش مرکز بهزیستی خرم آباد، *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۱۸(۳)، ۴۲-۵۲.

- Science Practice and Research, 6(1), 32-36.
- Liung, S., Marchira, C. R., Supriyanto, I., Agusno, M., Soewadi, S., & Sumarni, S. (2019). Association of religious coping use with psychological well-being of mother of mentally retarded children. *Community Empowerment for Health*, 2(2), 181-189.
- Masten, A. S., & Barnes, A. J. (2018). Resilience in children: Developmental perspectives. *Children*, 5(7), 98.
- Meppelder, M., Hodes, M., Kef, S., & Schuengel, C. (2015). Parenting stress and child behaviour problems among parents with intellectual disabilities: the buffering role of resources. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(7), 664-677.
- Moghimi, M., Esmailpour, N., Karimi, Z., Zoladl, M., & Moghimi, M. A. (2018). Effectiveness of Resilience Teaching via Short Message Service on Stress of Mothers of Educable Mentally Retarded Children. *Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(4), 6347-6358.
- Mohan, R., & Kulkarni, M. (2018). Resilience in parents of children with intellectual disabilities. *Psychology and Developing Societies*, 30(1), 19-43.
- Resch, J., Michael, B., & Timothy, E. (2012). Evaluating a dynamic process model of wellbeing for parents of children with disabilities: A multi-method analysis. *Rehabilitation Psychology*, 57, 61-72.
- Tavakolizadeh, J., Yazdi, E. S., & Akbary, A. (2019). The Impact of Adler Lifestyle Education on Resiliency of Parents of Educable Mentally Retarded Students. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 10(3), 5-11.
- Verma, A., Srivastava, P., & Kumar, P. (2017). Stress among parents having children with mental retardation: a gender perspective. *Disability* میکائیلی، ن؛ گنجی، م و طالبی جویباری، م. (۱۳۹۱). مقایسه تاب آوری، رضایت از زناشویی و سلامت روان در والدین با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی، ناتوانی های یادگیری، ۲(۱)، ۱۲۰-۱۳۷.
- Akmeşe, P., & Kayhan, N. (2016). An Investigation of the Effect of the Communication Skills of the Children with Intellectual Disability to the Anxiety Level of Their Mothers. *Educational Research*, 4(10), 2423-2431.
- Corsini, R. J. (1999). *The dictionary of psychology*. Publishing office: Brunner/Mazel.
- Fairthorne, J., Jacoby, P., Bourke, J., de Klerk, N., & Leonard, H. (2015). Onset of maternal psychiatric disorders after the birth of a child with intellectual disability: a retrospective cohort study. *J Psychiatr Res*, 61, 223-230.
- Firmansyah, A., Andriani, A., Najamuddin, N., & Setiawan, H. (2020). RELATIONSHIP OF PARENTS ROLE WITH SOCIAL SKILLS OF MENTAL RETARDATION CHILDREN. *Pelita Health and Education*, 1(1), 1-5.
- Hargie, O., & Dixon, D. (2004). *Skilled interpersonal communication*. London: Routledge.
- Karaman, E., & Efiltili, E. (2019). Investigation of Social Support Perception and Self-Esteem as Predictors of Psychological Resilience of Parents Who Have Children with Special Educational Needs. *Asian Journal of Education and Training*, 5(1), 112-120.
- Kumar, N., Ranjan, L. K., Panday, R., & Kiran, M. (2018). Parenting stress among mentally retarded children with normal control. *Psychiatry & Allied Sciences*, 9(2), 157-160.
- Joy, T., Muhammed, J. P., & Jisa George, T. (2020). Parental Attitude and Involvement in Care Towards Their Mentally Retarded Children. *Nursing*

- differences. *Social Work*, 59(1), 24-33.
- Molaei fini, F., & Sheikhi fini, A.A. (2016). A Study on the Relationship between Communication Skills and Mental Health and Job Empowerment. *Exploratory Studies in Law and Management*, 3(2), 82-86.
- Management and Rehabilitation*, 2(2), 68-72.
- World health organization (WHO, MHP., 2016). WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP).
- Kayama, M., & Haight, W. (2014). Disability and stigma: how Japanese educators help parents accept their children's

Quarterly Journal of Educational Psychology

Islamic Azad University Tonekabon Branch

Vol. 12, No. 1, spring 2021, No 45



Journal of Educational
Psychology

The Effectiveness of Integrated Education on Communication Skills and Resilience on Mental Health of Parents of children with mental disabilities

Elahe Sarfarazi¹, Mahdi Nayyeri^{2*}

1) M.A. Department of Psychology, Torbat-e Jam branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran

2) Assistant Prof, Department of Psychology, Torbat-e Jam branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran

Abstract

The purpose of the study was to investigate the effectiveness of the Integrated education of communication and resilience skills on mental health of Parents of children with mental disabilities. The research method is semi-experimental using pre-test and post-test with control group. The statistical population consisted of all parents of of the mentally disabled parents of Torbat-jam city in 2020. Using random sampling, 30 parents of mentally disabled, who participated in the welfare organization's call, were selected by 30 parents and They were randomly assigned to control (15 subjects) and experimental (15 subjects) groups The data gathering tool was General health questionnaire (Goldberg & Hiller, 1979) and A Integrated of communication and resilience skills package developed during the 8 sessions of 90 minutes on the experimental group. Data were analyzed using single-variable and multi-variable covariance analysis. The results showed there was a significant difference between the control and experimental groups in terms of mental health ($p \leq 0.05$). The results of multivariate analysis of covariance also showed the combined training of communication skills and resilience improved physical symptoms, anxiety symptoms and sleep disorders, depression and social functioning of Parents of children with mental disabilities. According to the findings, can use the integrated training of communication skills and resilience to promote mental health of parents of children with mental disabilities.

Key words: Mental Health, Communication Skills, Resilience.
