

The Effect of Psychological Well-being Treatment on the Tolerance of Confusion in Mothers of Mentally Retarded Children

Mahnaz Talebi,¹ Farah Naderi², Saeed Bakhtiarpour³, Sahar Safar zadeh⁴

Abstract

Purpose: The aim of the present study was to investigate the effectiveness and stability of the effect of psychological well-being treatment on the tolerance of confusion in mothers of mentally retarded children.

Methodology: The present study was experimental with pre-test, post-test design and follow-up with control group. The statistical population of the study included all mothers of children with disabilities in Tehran in 2019-20, using a targeted sampling method, 30 of them were selected and placed in the experimental and control group (15 people in each group). The Simmons and Gauher Confusion Tolerance Questionnaire (2005) were used to collect information. The experimental group was treated with psychological well-being (10-120 minute sessions); But the control group did not intervene. Data were analyzed using descriptive statistics and statistical analysis of variance analysis with repeated measurements at a significance level of 0.05 using Spss23 software.

Results: According to the results, this treatment can be used to reduce the tolerance of confusion in mothers of mentally retarded children and thus help to reduce stress for these mothers ($P < 0.005$).

Conclusion: According to the obtained results, this treatment can be used to reduce the tolerance of confusion in mothers of mentally retarded children and thus help to reduce stress for these mothers.

Keywords: Mental retardation, tolerance of confusion, and treatment of psychological well-being

¹ Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

² Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. Corresponding Author. (nmafraah@yahoo.com)

³ Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

⁴ Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

تأثیر درمان بهزیستی روان‌شناختی بر تحمل آشفتگی در مادران کودکان کم توان ذهنی: بررسی تداوم اثر

مهناز طالبی^۱، فرح نادری^{۲*}، سعید بختیارپور^۳، سحر صفرزاده^۴

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی و پایداری تأثیر درمان بهزیستی روان‌شناختی بر تحمل آشفتگی در مادران کودکان کم توان ذهنی بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران کودکان کم توان شهر تهران در سال ۹۹-۱۳۹۸ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر از آنان انتخاب و در گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه تحمل آشفتگی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) استفاده شد. گروه آزمایشی تحت درمان بهزیستی روان‌شناختی (۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از آماره‌های توصیفی و آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در سطح معناداری ۰/۰۵ با استفاده از نرم افزار Spss23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که اثربخشی درمان بهزیستی روان‌شناختی بر افسردگی در مادران کودکان کم توان ذهنی در طول زمان پایدار بود ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج به دست آمده، می‌توان از این درمان در جهت کاهش تحمل آشفتگی در مادران کودکان کم توان ذهنی بهره برد و از این راه به کاهش تنش برای این مادران کمک نمود.

کلیدواژه: کم توان ذهنی، تحمل آشفتگی و درمان بهزیستی روان‌شناختی.

^۱ گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

^۲ گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (نویسنده مسئول). ایمیل: nmafrah@yahoo.com

^۳ گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

^۴ گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

مقدمه

حدود سه درصد از کل جمعیت هر کشور را کودکان استثنایی^۱ تشکیل می‌دهند. به علت وجود این کودکان، خانواده‌ها و اعضای آن، بار هیجانی بسیار سنگینی را تحمل می‌کنند (ویز،^۲ ۲۰۱۸)؛ از میان کودکان استثنایی، کم‌توانی ذهنی^۳ اختلالی است که با عملکرد هوشی زیر حد طبیعی و اختلال در مهارت‌های انطباقی مشخص می‌گردد. سن شروع کم‌توانی ذهنی زیر ۱۸ سال است. کم‌توانی ذهنی به این صورت تعریف می‌شود، عملکرد شناختی که بر اساس آزمون استاندارد هوش، معادل دو انحراف معیار زیر میانگین جمعیت عمومی باشد (کوچینک^۴ و همکاران، ۲۰۱۶). به طور کلی، تولد فرزند سازگاری‌های جدیدی را در خانواده طلب می‌کند، در حالی که، تولد کودک با ناتوانی ذهنی، علاوه بر مشکلات ویژه ای چون تغذیه، نگهداری، پرستاری و مانند آن، فشارهای روانی بسیاری را بر والدین و به ویژه مادران تحمیل می‌کند (یاموکا^۵؛ ۲۰۱۶)، زیرا مادران این کودکان در مقایسه با پدران به دلیل اینکه زمان بیشتری را به مراقبت از فرزند خود اختصاص می‌دهند و به علت شرایط و مسئولیت‌هایی که این کودکان از لحاظ شناختی، اجتماعی و هیجانی دارند، تنش و آسیب‌های روانی بیشتری قرار می‌گیرند (ستینباکیس، باستوگ و اوزل-کیزیل^۶؛ ۲۰۲۰). تشخیص غیرمنتظره کم‌توانی ذهنی از سوی پزشک، تجارب مختلفی از جمله شوک، امید، بی‌ارزشی و یا پذیرش کودک می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تحمل آشفتگی^۷ در این مادران بسیار پایین است و موجب ایجاد استرس والدگری و کاهش رضایت زناشویی در آنها می‌شود (بن-نعیم و همکاران^۸؛ ۲۰۱۸؛ ژو، یان، وانگ و وانگ^۹؛ ۲۰۱۹).

الیس و همکاران^{۱۰} (۲۰۱۸) تحمل آشفتگی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کرده‌اند. این سازه یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند (وان ایک، وارن و فلوری^{۱۱}؛ ۲۰۱۷). تحمل آشفتگی به طور فزاینده‌ای، به عنوان یک ساختار مهم در رشد بینشی جدید درباره شروع و ابقاء آسیب‌های روانی و همچنین پیشگیری و درمان مشاهده شده است (ولن اسکای، برنستین و وجانویک^{۱۲}؛ ۲۰۱۱). افراد با تحمل آشفتگی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند (کیوک و همکاران^{۱۳}؛ ۲۰۱۰) و گاه با پرداختن به برخی رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد درصدد تسکین درد هیجانی خود برمی‌آیند. این راهبرد، خصوصاً برای کسانی که تحمل آشفتگی پایینی دارند، شیوه‌ای مناسب به شمار می‌رود (کوزاک و همکاران^{۱۴}؛ ۲۰۱۷).

درمان‌های مختلفی بر روی تحمل آشفتگی افراد انجام شده است. یک رویکرد جدید در زمینه درمان، درمان بهزیستی روان‌شناختی می‌باشد (مور و هاول^{۱۵}؛ ۲۰۱۷). یک راهبرد درمانی نوین و نشأت گرفته از درمان شناختی-رفتاری (یوسفی،

^۱ exceptional children

^۲ Weiss

^۳ Intellectual disability

^۴ Kochinke

^۵ Yamaoka

^۶ Cetinbakis, Bastug & Ozel-Kizil

^۷ distress tolerance

^۸ Ben-Naim, Gill, Laslo-Roth & Einav

^۹ Zhou, Yin, Wang & Wang

^{۱۰} Ellis, Salgari, Miklowitz & Loo

^{۱۱} Van Eck, Warren & Flory

^{۱۲} Zvolen-Sky, Bernstein & Vujanovic

^{۱۳} Keough, Riccardi, Timpano, Mitchell & Schmidt

^{۱۴} Kozak, Davis, Brown & Grabowski

^{۱۵} Moore & Howell

۲۰۱۵) برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی و درمان اختلالات عاطفی (خلقی و اضطرابی) (فاوا و تومبا؛ ۲۰۰۹) درمان بهزیستی است که در تحقیقات مختلفی چه به صورت تنهایی (فاوا، سوسکی، گویدی و تومبا؛ ۲۰۱۷) و چه به همراه رفتاردرمانی شناختی به کار رفته است (فاوا و تومبا؛ ۲۰۰۹). درمان بهزیستی بر مدل چندبعدی ریف^۵ (۱۹۸۹) از بهزیستی روان‌شناختی استوار می‌باشد. مشخص شده است که مدل ریف از بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند آسیب‌های ویژه بیماران مبتلا به اختلالات عاطفی را تبیین نماید. بهزیستی روان‌شناختی عامل مؤثری در ایستادگی در برابر افسردگی و بیماری‌ها و همچنین موجب تعامل مناسب با فرزندان و همسر شده و به طور کلی موجب حفظ تعادل کیان خانواده و سلامت روان اعضاء می‌شود (لاورنس و همکاران؛ ۲۰۱۹). بهزیستی روان‌شناختی به معنی کارکرد روانی بهینه است. به عبارت دیگر، بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان واکنش‌های عاطفی و شناختی به توانمندی‌های شخصی و پیشرفت بسنده، ادراک ویژگی‌ها، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان و پیوند با جمع تعریف کرد. این حالت دربرگیرنده مؤلفه‌هایی مانند رضایت از زندگی نیز هست (آقابابی و تقوی، ۲۰۲۰). هدف درمان بهزیستی، تغییر عقاید و نگرش‌های تخریب‌کننده بهزیستی روان‌شناختی، تحریک کردن خودآگاهی بیمار از رشد فردی، بهبود اختلالات عاطفی و تقویت رفتارهایی است که موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شوند (رویینی و همکاران؛ ۲۰۰۶). تکنیک اصلی مورد استفاده در این درمان، خویشتن‌نگری با استفاده از دفترچه یادداشت روزانه و تعامل مثبت و سازنده میان درمانگر و بیمار است (قندهاریزاده، اقا محمدی شعر باف و باقری، ۱۳۹۷).

تکنیک‌هایی که در درمان برای بهبود بهزیستی روان‌شناختی استفاده می‌شود، شامل بازسازی شناختی (اصلاح افکار خودآیند و غیرمنطقی)، فعالیت‌های زمان‌بندی شده (فعالیت‌های لذت‌بخش و نمره‌گذاری شده)، آموزش جرأت‌ورزی و حل مسئله است. درمان بهزیستی ساخت‌دار، هدفمند، مشکل‌مدار و بر اساس الگوی آموزشی است. پژوهش‌های مختلف به اثربخشی درمان بهزیستی روان‌شناختی بر کاهش نشانگان بالینی و عاطفه مثبت و منفی بیماران مبتلا به وسواس شستشو (قندهاریزاده و همکاران، ۱۳۹۷)؛ بهبودی وسواس فکری- عملی و ترس از ارزیابی منفی زنان مبتلا به وسواس شستشو (قندهاریزاده و همکاران، ۱۳۹۷)؛ کاهش استرس و افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور (ظریف گلبار یزدی و همکاران، ۱۳۹۱)؛ کاهش سندرم بالینی و تأثیر مثبت و منفی بیماران وسواس فکری (آقامحمدیان شعر باف و باقری؛ ۲۰۱۹)؛ کاهش افسردگی در زنان نابارور (معین زاده و ظریف؛ ۲۰۱۷)؛ ظریف؛ ۲۰۱۷)؛ کاهش علائم اضطراب، استرس و افسردگی در مردان (منصور، نجفی و ریحانی؛ ۲۰۱۶) اشاره داشته‌اند.

با وجود شرایط موجود، می‌توان از طریق افزایش تحمل آشفتگی شرایط زندگی این مادران را بهبود بخشید. تحمل آشفتگی در واقع ظرفیت افراد خانواده و به خصوص مادران را برای پاسخ دادن و حتی شکوفا شدن در شرایط فشارزای مثبت و منفی افزایش می‌دهد (سوتومارکوئیز، آیالا و ماتا؛ ۲۰۱۳). در زمینه تأثیر مثبت تحمل آشفتگی بر سلامت جسمی و روانی، بر ویژگی‌های اساسی افراد تاب‌آور که سلامت روان را ارتقاء می‌بخشد، مانند سلامت اجتماعی، توانمندی در حل مسئله،

^۱ Yosefi

^۲ Fava & Tomba

^۳ Fava, Cosci, Guidi & Tomba

^۴ Fava & Tomba

^۵ Ryff

^۶ Lawrence, Rogers, Zajacova & Wadsworth

^۷ Ruini, Belaise, Brombin, Caffo & Fava

^۸ Aghamohammadian Sharbaf & Bagheri

^۹ Moeenizadeh & Zarif

^{۱۰} Zarif

^{۱۱} Mansour, Najafi & Reyhani

^{۱۲} Soto Márquez, Ayala & Mata

خودگردانی و احساس هدفمندی و باور به آینده روشن تأکید دارند. کاهش میزان تحمل آشفتگی در برابر رویدادهای زندگی، در فرد با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب یا افسردگی همراه است (پرز اولوا و همکاران، ۲۰۱۹). تحمل آشفتگی از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت، باعث تقویت عزت نفس به عنوان یک مکانیسم واسطه‌ای به انطباق‌پذیری مثبت و بهزیستی روانی منتهی می‌شود و افرادی که از بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردارند توانایی سازگاری آن‌ها با مشکلات، بیشتر از کسانی است که از این مزیت برخوردار نیستند. با ارتقای سطح تحمل آشفتگی، مادران می‌توانند در برابر عوامل استرس‌زا و همچنین عواملی که سبب بوجود آمدن بسیاری از مشکلات روان‌شناختی می‌شوند، از خود مقاومت نشان داده و بر آن‌ها غلبه کنند. تحقیقات نشان داده است که تحمل آشفتگی با تعدیل و کمرنگ کردن عواملی چون استرس و افسردگی، بهزیستی روانی افراد خانواده را تضمین می‌کند (دوس سانتوس و ریپولد، ۲۰۱۴). با توجه به اهمیت شناخت عوامل روان‌شناختی به عنوان عوامل مرتبط و مؤثر وضعیت جسمی و علائم کاهش تحمل آشفتگی در مادران کودکان کم توان ذهنی، اهمیت پژوهش حاضر، بیش از پیش احساس می‌شود. با توجه به مطالب و مطالعات انجام شده، هدف انجام این پژوهش بررسی اثربخشی روش درمان بهزیستی روان‌شناختی بر تحمل آشفتگی در مادران کودکان کم توان ذهنی است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران کودکان کم توان ذهنی شهر تهران در سال ۹۹-۱۳۹۸ بودند. از میان کودکان کم توان ذهنی حاضر در مدارس استثنایی شهر تهران، ۳ مدرسه انتخاب شد و تعداد ۲۰۰ مادر این کودکان به صورت تصادفی انتخاب و پرسشنامه تحمل آشفتگی در اختیار مادران قرار داده شد، تعداد ۳۰ مادر به روش نمونه‌گیری هدفمند^۱ انتخاب شدند به این ترتیب که ملاک‌های ورود شامل، نمره پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه تحمل آشفتگی، سن بین ۲۵ تا ۴۸ سال، مصرف داروی همزمان به جهت اختلال دیگری نداشته باشند و حداقل سواد سیکل را دارا باشند. ملاک خروج از پژوهش نیز شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و یا غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی در نظر گرفته شد. بعد از اتمام جلسات، از گروه‌های آزمایشی و کنترل در شرایط یکسان پس‌آزمون به عمل آمد. و یک ماه پس از مرحله پس‌آزمون، مرحله پیگیری روی دو گروه اجرا شد. هم‌چنین برای رعایت اصول اخلاقی، بعد از اتمام جلسات آموزشی و اجرای مرحله پیگیری بر روی گروه‌های آزمایشی و کنترل، خلاصه جلسات درمان بهزیستی روان‌شناختی بر روی گروه کنترل نیز اجرا گردید. داده‌های به دست آمده در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تک متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس تحمل آشفتگی^۲، یک شاخص خودسنجی تحمل آشفتگی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر^۳ (۲۰۰۵) ساخته شد. گویه‌های این مقیاس، تحمل آشفتگی را بر اساس توانمندی‌های فرد برای تحمل آشفتگی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجان‌ات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین آشفتگی مورد سنجش قرار می‌دهند. این مقیاس دارای ۱۵ ماده است و بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ نمره گذاری می‌شوند. نمرات بالای هر فرد در این مقیاس نشانگر تحمل آشفتگی بالا است. سازندگان ضریب آلفا برای کل سؤالات را ۰,۸۲ گزارش کرده‌اند. همبستگی درونی پس از گذشت ۶ ماه، ۰,۶۱ بود. هم‌چنین، مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و هم‌گرای اولیه خوبی است. در پژوهش‌سگری، پاشا و امینیان (۱۳۸۸) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰,۸۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر، برای

^۱ Pérez Ulloa, García Sánchez, Rodríguez Jorge & Ramos Cuellar

^۲ dos Santos & Reppold

^۳ purposive sampling

^۴ Distress Tolerance Scale

^۵ Simmons & Gahr

تعیین پایایی پرسشنامه تحمل آشفتگی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰,۸۶ به دست آمده است.

محتوای جلسات درمان بهزیستی روان‌شناختی، توسط ریف (۱۹۸۹) در ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به شرح زیر ارائه شد.

جدول ۱. شرح جلسات درمان بهزیستی روان‌شناختی

| جلسات | هدف | محتوا | تکالیف خانگی |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسات آغازین (۱-۲) | برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه و انعقاد قرارداد درمانی اتحاد درمانی با مادران، بیان قواعد، اهداف و تعداد جلسات درمانی، اجرای پیش آزمون در جلسه اول | -خوش آمد گویی، -معرفی هریک از اعضای گروه، -تعریف بهزیستی روان‌شناختی و جایگاه آن در موقعیت‌های زندگی، -بیان منطق درمان | از مادران خواسته می‌شود که حوادث روزانه زندگیشان را در یک دفتر به طور منظم یادداشت نموده و هر حادثه، اتفاق یا مشکل را براساس بهزیستی روان‌شناختی که برای خود در آن موقعیت متصور هستند از صفر تا صد نمره‌گذاری کنند. |
| جلسات میانی (۶-۲) | مشخص کردن موانع موجود در راه بهزیستی روان‌شناختی | - بیرون کشیدن عقاید غیرمنطقی با هدف خوب‌شدن‌نگری درمان‌جویان | مشخص کردن افکار و باورهای خود کار که سبب انقطاع زودهنگام بهزیستی روان‌شناختی می‌شود. |
| جلسات پایانی (۶-۱۲) | معرفی ابعاد شش گانه مدل بهزیستی روان‌شناختی، اجرای پس آزمون در جلسه آخر | بحث درباره حوزه‌های بهزیستی روان‌شناختی و تغییر شش بعد آسیب‌دیده بهزیستی روان‌شناختی | آموزش مراجع در جهت تغییر از سطح آسیب دیده و رسیدن به سطح بهینه در ابعاد تسلط بر محیط، رشد فردی، زندگی هدفمند، خودمختاری، پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران و ثبت روزانه تغییرات |

یافته های پژوهش

در پژوهش حاضر، میانگین سنی نمونه‌ها $۳۳/۵ \pm ۶/۳۲$ سال بود. در ادامه، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

| متغیر وابسته | سنجش | گروه درمان بهزیستی روان‌شناختی | | گروه کنترل | |
|--------------|-----------|--------------------------------|--------------|------------|--------------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| تحمل آشفتگی | پیش آزمون | ۳۳,۵۳ | ۷,۴۱ | ۳۱,۲۰ | ۵,۸۲ |
| | پس آزمون | ۵۳,۲۶ | ۵,۸۶ | ۳۲,۲۶ | ۵,۹۰ |
| | پیگیری | ۵۴,۶۶ | ۶,۶۰ | ۳۱,۶۰ | ۴,۹۹ |

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش گروه‌های آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. بررسی میانگین دو گروه نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و همچنین نسبت به گروه کنترل کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته است. به منظور مقایسه میانگین پس‌آزمون و پیگیری گروه درمان بهزیستی روان‌شناختی و گروه کنترل از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده گردید. برای رعایت فرض همگنی واریانس‌های دو گروه، از آزمون لوین استفاده شد ($F=1/۸۰۲$ و $p=0/۱۹۰$). نتایج این آزمون نشان داد فرض صفر برای همگنی واریانس دو گروه تأیید می‌گردد. همچنین نتایج نشان داد که پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نیز رعایت شده است ($F=0/۶۰۸$ و $p=0/۵۲۰$).

در ادامه برای مقایسه گروه‌های آزمایشی و کنترل بر اساس نمره‌های پس‌آزمون‌ها، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، جهت تعیین تأثیر مداخله درمان بهزیستی روان‌شناختی بر تحمل آشفتگی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شده است، نتایج در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری روی نمره‌های پس‌آزمون تحمل آشفتگی

| متغیرهای وابسته | مجموع مجزورات | Df | میانگین مجزورات | F | سطح معناداری | مجزوراتا | توان آزمون |
|-----------------|---------------|----|-----------------|---------|--------------|----------|------------|
| پیش آزمون | ۳۸۹,۴۵۳ | ۱ | ۳۸۹,۴۵۳ | ۱۸,۱۱۵ | ۰,۰۰۱ | ۰,۴۰۲ | ۰,۹۸۴ |
| گروه | ۲۸۱۶,۶۲۱ | ۱ | ۲۸۱۶,۶۲۱ | ۱۳۱,۰۲۱ | ۰,۰۰۱ | ۰,۸۲۹ | ۱,۰۰ |
| خطا | ۵۸۰,۴۳۲ | ۲۷ | ۲۱,۴۹۷ | | | | |

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد، تفاوت میانگین تحمل آشفتگی گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون در سطح ۰,۰۰۱ معنادار است و درمان بهزیستی روان‌شناختی در کاهش تحمل آشفتگی مادران تأثیر معنادار داشته است. در ادامه جهت بررسی پایداری اثر درمان بهزیستی روان‌شناختی بر تحمل آشفتگی در مادران کودکان کم توان ذهنی، نتیجه تحلیل کوواریانس تک متغیری در مرحله پیگیری در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری روی نمره‌های پیگیری تحمل آشفتگی

| متغیرهای وابسته | مجموع مجذورات | Df | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجذور اتا | توان آزمون |
|-----------------|---------------|----|-----------------|---------|--------------|-----------|------------|
| پیش آزمون | ۱۹۷,۶۳۵ | ۱ | ۱۹۷,۶۳۵ | ۶,۹۹۱ | ۰,۰۱۳ | ۰,۲۰۶ | ۰,۷۲۲ |
| گروه | ۳۵۵۸,۴۵۵ | ۱ | ۳۵۵۸,۴۵۵ | ۱۲۵,۸۷۲ | ۰,۰۰۱ | ۰,۸۲۳ | ۱,۰۰ |
| خطا | ۷۶۳,۲۹۹ | ۲۷ | ۲۸,۲۷۰ | | | | |

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، تفاوت میانگین تحمل آشفتگی گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری در سطح ۰,۰۰۱ معنادار است و درمان بهزیستی روان‌شناختی در کاهش تحمل آشفتگی مادران، تداوم اثر داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی و پایداری تأثیر درمان بهزیستی روان‌شناختی بر تحمل آشفتگی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام شد. نتایج نشان داد درمان بهزیستی روان‌شناختی بر افزایش تحمل آشفتگی مؤثر بود و این نتیجه در مرحله پیگیری نیز، تداوم اثر داشته است. به عبارت دیگر در گروه آزمایش درمان توانسته است از مرحله پس آزمون تا مرحله پیگیری اثر خود را حفظ نماید. پژوهشی همسو با یافته حاضر، یافت نشد اما اثربخشی روش درمانی بهزیستی روان‌شناختی در پژوهش‌های سابق به اثربخشی درمان بهزیستی روان‌شناختی بر کاهش نشانگان بالینی و عاطفه مثبت و منفی بیماران مبتلا به وسواس شستشو (قندهاریزاده و همکاران، ۱۳۹۷)؛ بهبودی وسواس فکری- عملی و ترس از ارزیابی منفی زنان مبتلا به وسواس شستشو (قندهاریزاده و همکاران، ۱۳۹۷)؛ کاهش استرس و افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور (ظریف گلبار یزدی و همکاران، ۱۳۹۱)؛ کاهش سندرم بالینی و تأثیر مثبت و منفی بیماران وسواس فکری (آقامحمدیان شهرباف و باقری، ۲۰۱۹)؛ کاهش افسردگی در زنان نابارور (معین زاده و ظریف، ۲۰۱۷؛ ظریف، ۲۰۱۷)؛ کاهش علائم اضطراب، استرس و افسردگی در مردان (منصور، نجفی و ریحانی، ۲۰۱۶) اشاره داشته‌اند.

در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که، یکی از مسائل مهم انسان در گستره زندگی، سلامت روان و بهداشت روانی است. به عبارت دیگر برای زندگی سالم و کارآمد، دارا بودن سلامت روانی مطلوب امری اجتناب‌ناپذیر است. فرایند تولد کودک برای والدین لذت‌آور است. اگرچه این فرایند با ناراحتی‌های فراوانی همراه است، امید به سالم بودن و طبیعی بودن کودک معمولاً احساس اعتماد در آنان ایجاد می‌کند و کودک خود را می‌پذیرند، ولی به محض آگاهی والدین از معلولیت فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها به یاس مبدل می‌گردد و مشکلات شروع می‌شود. والدین کودکان دچار ناتوانی‌های جسمی، به دلیل مشکل فرزند خود، معمولاً با عوامل استرس‌زا و فشارهای روانی و اجتماعی متفاوتی مواجه می‌شوند. به عنوان مثال مادران کودکان دچار ناتوانی، استرس و افسردگی بیشتری را نسبت به مادران کودکان عادی، تجربه می‌کنند. از طرف دیگر، تحمل آشفتگی به وسیله پاسخ فرد به حوادث استرس‌زای زندگی و یا مواجهه مستمر با استرس مشخص می‌شود. تحمل آشفتگی 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 دارای تحمل آشفتگی بالا، سازگاری فردی بالایی با عوامل استرس‌زای محیطی در زندگی شان دارند. در زمینه تأثیر مثبت تحمل آشفتگی بر بهزیستی روان‌شناختی بر ویژگی‌های اساسی افراد تاب‌آور که بهزیستی روان‌شناختی را ارتقا می‌بخشد، مانند توان اجتماعی، توانمندی در حل مسئله، خودگردانی و احساس هدفمندی و باور به آینده روشن تأکید دارد. والدین این کودکان نیاز به الگوهای سازگاری و حمایتی دارند؛ زیرا پدر و مادرها مجبور به ایجاد تغییراتی در زندگی خود می‌شوند و در زندگی اجتماعی خود نیز سطوح بالایی از سرخوردگی و نارضایتی و تلاش زیادی برای حفظ زندگی عادی و قبلی خود می‌کنند.

۱ Aghamohammadian Sharbaf & Bagheri

۲ Moeenizadeh & Zarif

۳ Zarif

۴ Mansour, Najafi & Reyhani

تحمل آشفتگی می‌تواند به عنوان یک وضعیت و حالت روانی باشد، که نشانگر عدم احساس کسالت و کمبود انرژی، ناامیدی یا بی‌علاقگی است. این پدیده گاه به عنوان یک تجربه و گاه یک نگرش به زندگی محسوب می‌شود. مواجهه با بحران‌های گوناگون زندگی اعم از بحران‌های رشدی که بیشتر درونی است و یا بحران‌های عارضی که جنبه بیرونی دارد و رویارویی با وقایع اطراف و حوادث محیطی مانند سوگ، اندوه، شکست‌های شغلی، اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی به طور طبیعی می‌تواند منجر به کاهش تحمل آشفتگی گردد. مادران کودکان کم توان ذهنی برای اینکه بتوانند در برابر شدت افکار منفی داشتن کودکان خود دوام بیاورند، نیاز به توانایی مقابله با این فشارها را دارند که این امر با درمان بهزیستی روان‌شناختی میسر است. افزایش بهزیستی روان‌شناختی باعث افزایش توانمندی افراد در مقابله با برخورد با مشکلات روانی می‌شود و بدین صورت راهبردهای مبتنی بر بهزیستی می‌تواند به عنوان عامل میانجی افزایش تحمل آشفتگی مؤثر باشد. براساس نظریه لازاروس و فولکمن^۱ (۱۹۸۴) فردی که بهزیستی بالاتری دارد در مقابله با مشکلات از مهارت‌های شناختی برای حل مشکلات استفاده می‌کند.

همچنین بهزیستی روان‌شناختی از طریق افزایش اعتماد به نفس، منجر به افزایش تحمل آشفتگی در مادران شده و این مساله احتمالاً توانسته است بر کاهش افکار و رفتارهای تنش‌زا اثر بگذارد. در واقع پایین بودن سطح تنش روانی باعث می‌گردد که فرد در سایه آرامش روانی بهتر بتواند از مهارت‌های شناختی برای مقابله با مشکل استفاده کند. به طور کلی، درمان بهزیستی روان‌شناختی با توجه به منطق و بنیان اولیه خود، با افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران و توجه به احساسات مثبت و سازنده آنان، در پی کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی است. در واقع محققان تحت تأثیر فرهنگ غالب مردم، تنها به بررسی جنبه‌های منفی تحمل آشفتگی پرداخته، تلاش می‌کنند تا آن را کاهش دهند. حال آن که طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی انسان چیزی فراتر از فقدان نشانه‌های منفی و بیماری‌زا می‌باشد. از طرفی احساسات مثبت مثل شادکامی و احساسات منفی (مانند کاهش تحمل آشفتگی) عمود بر هم هستند. به این معنا که افراد می‌توانند هر دوی آنها را همزمان با هم تجربه کنند. بنابراین، نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که درمان بهزیستی روان‌شناختی در افزایش تحمل آشفتگی در مادران کودکان کم توان ذهنی مؤثر است و از این روش مداخله‌ای می‌توان به عنوان یک شیوه کارآمد در درمان تحمل آشفتگی این مادران استفاده کرد.

از آنجا که پژوهش حاضر در میان مادران کودکان کم توان شهر تهران صورت گرفته در خصوص تعمیم نتایج بایستی با احتیاط عمل شود و نسبت به تعمیم نتایج به در مادران کودکان کم توان ذهنی در دیگر شهرها و با فرهنگ‌های متفاوت جانب احتیاط رعایت گردد. برای رفع این محدودیت می‌توان پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی مادران کودکان کم توان ذهنی به اجرا درآورد. با توجه به اثربخشی درمان بهزیستی روان‌شناختی، پیشنهاد می‌شود درمانگران با اجرای صحیح درمان آشنا شده و از آن بر روی افراد مبتلا به بیماری‌های روان‌شناختی استفاده نمایند تا از این طریق تحمل آشفتگی را در آنها افزایش داده و درمان از تداوم بیشتری برخوردار گردد. پیشنهاد می‌گردد، در پژوهش‌های آتی از درمان بهزیستی روان‌شناختی در پدران این کودکان نیز پرداخته شود تا محدودیت پرداختن در مادران در این پژوهش رفع گردد.

References

- Aghababaei S, Taghavi M. (2020). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on mothers' psychological well-being of children with Autism and reduction of symptoms these children. *Shenakht journal of psychology & psychiatry*; 6(6): 88-100. [[Link](#)].
- Aghamohammadian Sharbaf H, Bagheri F. (2019). The Effectiveness of Psychological Well-being Treatment on Clinical Syndrome and Positive and Negative Affect of Obsessive-Compulsive Patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*; 6(1): 53-62. [[Link](#)].
- Asgari P, Pasha Gh, Aminian M. (2009). The relationship between emotional regulation, stress in life and the image of the body with eating disorders. *Quarterly Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology (Thought and Behavior) (Applied Psychology)*; 4(13): 65-78. [[Link](#)].
- Ben-Naim S, Gill N, Laslo-Roth R, Einav M. (2018). Parental stress and parental self-efficacy as mediators of the association between children's ADHD and marital satisfaction. *Journal of attention disorders*, 23(5), 506-516. [[Link](#)].
- Cetinbakis G, Bastug G, Ozel-Kizil E T. (2020). Factors contributing to higher caregiving burden in Turkish mothers of children with autism spectrum disorders. *International Journal of Developmental Disabilities*, 66(1), 46-53. [[Link](#)].
- Dos Santos E M A L, Reppold C T. (2014). Estudo sobre resiliência de mães em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Contextos Clínicos*; 7(2): 229-239. [[Link](#)].
- Ellis A J, Salgari G, Miklowitz D, Loo S K. (2018). Is distress tolerance an approach behavior? An examination of frontal alpha asymmetry and distress tolerance in adolescents. *Psychiatry research*; 267: 210-214. [[Link](#)].
- Fava GA, Cosci F, Guidi J, Tomba E. (2017). Well-being therapy in depression: New insights into the role of psychological well-being in the clinical process. *Depress Anxiety*; 34(9): 801-8. [[Link](#)].
- Fava GA, Tomba E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *J Pers*; 77(6): 1903-34. [[Link](#)].
- Ghandaharizadeh A, Agha Mohammadian Sharbaf H R, Bagheri F. (2018). The effectiveness of psychological well-being treatment on clinical symptoms and positive and negative emotions of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Nursing*; 6(1): 62-53. [[Link](#)].
- Ghandaharizadeh A, Agha Mohammadian Sharbaf H R, Bagheri F. (2018). The effectiveness of psychological well-being treatment on the recovery of obsessive-compulsive disorder and fear of negative evaluation of women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Nursing*; 6(4): 27-34. [[Link](#)].
- Keough M E, Riccardi C J, Timpano K R, Mitchell M A, Schmidt N B. (2010). Anxiety Symptomatology: The Association with Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity. *Behavior Therapy*; 41: 567-574. [[Link](#)].
- Kochinke K, Zweier C, Nijhof B, Fenckova M, Cizek P, Honti F, Webber C. (2016). Systematic phenomics analysis deconvolutes genes mutated in intellectual disability into biologically coherent modules. *The American Journal of Human Genetics*; 98(1): 149-164. [[Link](#)].
- Kozak A T, Davis J, Brown R, Grabowski M. (2017). Are overeating and food addiction related to distress tolerance? An examination of residents with obesity from a US metropolitan area. *Obesity research & clinical practice*; 11(3): 287-298. [[Link](#)].
- Lasarus R, Flkman S. (1984). *Sterss appraisal and coping*. New York: Springer. [[Link](#)].
- Lawrence E M, Rogers R G, Zajacova A, Wadsworth T. (2019). Marital happiness, marital status, health, and longevity. *Journal of Happiness Studies*; 20(5): 1539-1561. [[Link](#)].

- Mansour S, Najafi E, Reyhani R. (2016). Effectiveness of Well Being Therapy on Symptoms of Anxiety, Stress and Depression in Men on Therapeutic-Community. *Community Health Journal*; 10(4): 47-56. [[Link](#)].
- Moeenizadeh M, Zarif H. (2017). The efficacy of well-being therapy for depression in infertile women. *International journal of fertility & sterility*; 10(4): 363. [[Link](#)].
- Moore K A, Howell J. (2017). Depression and OCD: Yes, they are discrete and not negative affect. *Frontiers in Clinical Psychology*. 8, doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00753. [[Link](#)].
- Pérez Ulloa L E, García Sánchez D, Rodríguez Jorge B, Ramos Cuellar L. (2019). Resiliencia en madres de pacientes pediátricos con enfermedades hematológicas. *Acta Médica del Centro*; 13(3): 378-389. [[Link](#)].
- Ruini C, Belaise C, Brombin C, Caffo E, Fava G A. (2006). Well-being therapy in school settings: a pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 75(6): 331-336. [[Link](#)].
- Ryff C D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069. [[Link](#)].
- Simons J S, Gaher R M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102. [[Link](#)].
- Soto Márquez M, Ayala L V, Mata D I M. (2013). Factores de la resiliencia en las parejas de padres y tutores de niños con discapacidad. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*; 25(3-4): 100-104. [[Link](#)].
- Van Eck K, Warren P, Flory K. (2017). A variable-centered and person-centered evaluation of emotion regulation and distress tolerance: links to emotional and behavioral concerns. *Journal of youth and adolescence*, 46(1), 136-150. [[Link](#)].
- Weiss M P. (2018). How to review for TEACHING Exceptional Children. *TEACHING Exceptional Children*, 50(3), 123-129. [[Link](#)].
- Yamaoka Y, Tamiya N, Izumida N, Kawamura A, Takahashi H, Noguchi H. (2016). The relationship between raising a child with a disability and the mental health of mothers compared to raising a child without disability in japan. *OT OTSSM-Population Health, OT OT2*; 542-548. [[Link](#)].
- Yosefi J. (2015). The Relationship between Emotional Regulation and Positive and Negative Emotions with Psychological Well-being of Students. *J Neyshabur Univ Med Sci*; 3(1): 66-74. [[Link](#)].
- Zarif Golbar Yazdi Haniyeh, Agha Mohammadian Sharbaf Hamidreza, Mousavi Far Nazhat, Moeiniazadeh, Majid. (1391). Effectiveness of Welfare Treatment on Stress and Psychological Welfare of Infertile Women. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*; 15(2): 55-48. [[Link](#)].
- Zarif H. (2017). The Efficacy of Well-Being Therapy for Depression in Infertile Women. *International Journal of Fertility & Sterility*; 10(4): 363. [[Link](#)].
- Zhou Y, Yin H, Wang M, Wang J. (2019). The effect of family-focused psychoeducational therapy for autism spectrum disorder children's parents on parenting self-efficacy and emotion. *Archives of psychiatric nursing*, 33(1), 17-22. [[Link](#)].
- Zvolensky M J, Leyro T. M, Bernstein A, Vujanovic A A. (2011). Historical perspectives, theory, and measurement of distress tolerance. *Distress tolerance: Theory, research, and clinical applications*, 3-27. [[Link](#)].