

- elementary school students. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, 112, 652-655.
- Oluwaseyi, S. D., & Fotso, A. S. (2020). The effect of family and neighbourhood social capital on youth mental health in South Africa. **Journal of Adolescence**, 83, 22-26.
- Ozturk, H., Sayhgil, O., & Yildiz, Z. (2019). New concept in clinical care: Proposal of a moral intelligence scale. **Acta Bioethica**, 25(2), 265-281.
- Pagliacci, F., Zavalloni, M., Raggi, M., & Viaggi, D. (2020). Coordination in the agri-food sector: The role of social capital and remoteness in the emergence of Italian network contracts. **Journal of Rural Studies**, 77, 93-104.
- Pajak, K. (2006). A tool for measuring bridging social capital. proceedings of the research network for the sociology of culture conference. **Ghent Belgium Het**, 1, 15-17.
- Putnam, R. D. (2000) **Bowling alone: The collapse and revival of American Community**. New York: Simon and Schuster.
- Saleh, K. (2018). Moral intelligence and its role in formulating children characters. **Multi-Knowledge Electronic Comprehensive Journal For Education And Science Publications**, 7, 301-313.
- Toprak, M., & Karakus, M. (2018). Teachers' moral intelligence: A scale adaptation into Turkish and preliminary evidence. **European Journal of Educational Research**. 7(4), 901-911.

مجله روان‌شناسی اجتماعی

سال چهاردهم، شماره ۵۶، پاییز ۱۳۹۹

صفحات مقاله: ۲۲-۱۳

تاریخ وصول: ۹۹/۰۲/۰۱ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۶/۱۹

تأثیر آموزش بهزیستی روانشناختی بر امید به زندگی، بهزیستی روانشناختی و اضطراب اجتماعی در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی

غلامرضا ثناگوی محرر^۱محمود شیرازی^{۲*}علیرضا میرشرف‌الدین^۳زهرا میری قلعه‌نو^۳

چکیده

هدف این پژوهش تعیین تأثیر آموزش بهزیستی روانشناختی بر امید به زندگی، بهزیستی روانشناختی و اضطراب اجتماعی بود. این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان ورامین در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بودند. نمونه پژوهش ۵۰ نفر بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با روش تصادفی ساده در دو گروه مساوی جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش بهزیستی روانشناختی دریافت کرد و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های امید به زندگی (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱)، بهزیستی روانشناختی (ریف، ۱۹۸۹) و اضطراب اجتماعی (کانور و همکاران، ۲۰۰۰) بودند و داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم‌افزار SPSS-۲۵ تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر هر سه متغیر امید به زندگی، بهزیستی روانشناختی و اضطراب اجتماعی تفاوت معنی‌داری داشتند ($P < 0/001$). به این ترتیب که این شیوه آموزشی باعث افزایش امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی و کاهش اضطراب اجتماعی در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شد. با توجه به نتایج متخصصان سلامت و درمانگران می‌توانند از روش آموزش بهزیستی روانشناختی برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: آموزش بهزیستی روانشناختی، امید به زندگی، بهزیستی روانشناختی، اضطراب اجتماعی

۱. استادیار، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران (نویسنده مسئول)
mshirazi@edpsy.usb.ac.ir

۳. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

مقدمه

کم‌توانی ذهنی^۱ یک آسیب روانشناختی غیرپیشرونده است که حدود ۳-۲ درصد جمعیت جهان به آن مبتلا هستند (دمیراک و بسگول^۲، ۲۰۱۵). این کودکان همه اعضای خانواده از جمله مادران را که مسئول مراقبت مستقیم از آنها هستند را دچار احساس گناه، استرس، اضطراب، ترس، افسردگی، انکار، پرخاشگری و خجالت می‌کند (کومار، رانجان، پاندی و کیران^۳، ۲۰۱۸). یکی از مشکلات مادران کودکان کم‌توان ذهنی، افزایش اضطراب اجتماعی^۴ است (نادری، صفرزاده و مشاک، ۱۳۹۰). اضطراب اجتماعی به معنای ترس شدید و افراطی از موقعیت‌هایی است که احتمال توجه به شخص و تجزیه و تحلیل رفتارهای وی وجود داشته باشد (فلین، بوردیتری و برکوت^۵، ۲۰۱۹). این سازه حالتی هیجانی است که با نگرانی و ترس مشخص و ثابت از ارزیابی‌های منفی در موقعیت‌های اجتماعی مشخص می‌شود (کوبیزاک و گیب^۶، ۲۰۲۰). افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی معمولاً روابط اجتماعی ضعیف و توانایی اندکی در سازگاری و تطابق با موقعیت‌های مختلف دارند و در نحوه پاسخگویی به انتظارات و خواسته‌های دیگران با مشکل مواجه هستند (هوانگ، لین و وانگ^۷، ۲۰۱۸). یکی دیگر از مشکلات مادران کودکان مبتلا به ناتوانی، افت بهزیستی روانشناختی^۸ است (بنزیس، تروت، ورثینگتون و ریدون^۹، ۲۰۱۱). بهزیستی روانشناختی یکی از سازه‌های برگرفته از رویکرد روانشناسی مثبت می‌باشد که به دنبال رشد و ارتقای ویژگی‌ها و توانمندی‌های مثبت و مرتبط با سلامت است (جورج، ماسیجوسکی، اپشتیان، شن و پریگرسون^{۱۰}، ۲۰۲۰). این سازه جزء روانشناختی کیفیت زندگی و نشان‌دهنده سرزندگی و خلق مثبت و به معنای تلاش برای استعلا و ارتقای در زمینه تحقق استعدادها و توانایی‌های بالقوه فرد است (پیلر و تسانیوا^{۱۱}، ۲۰۱۸). افراد دارای بهزیستی روانشناختی بیشتر هیجان‌های مثبت مثل شادکامی، لذت و غیره را تجربه کرده و از رویدادهای پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین حوادث و وقایع زندگی خود را نامطلوب ارزیابی کرده و بیشتر هیجان‌های منفی مثل اضطراب، افسردگی، خشم و غیره را تجربه می‌کنند (آریزا-مونتز، هرناندز-پرلینز، هان و لاو^{۱۲}، ۲۰۱۹). از دیگر مشکلات مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌توان به کاهش امید به زندگی^{۱۳} اشاره کرد (صمدایی و دوستی، ۲۰۱۸). امید به زندگی یک ویژگی مثبت ذهنی و یک جهت‌گیری در زندگی است که نقش مهمی در سلامت و کیفیت زندگی دارد (پارکر، بوکنال، جاگر و ویلکی^{۱۴}، ۲۰۲۰). این سازه شامل فرایندی است که طی آن افراد اهداف خود را تعیین، راهکارهایی برای رسیدن به اهداف خود شناسایی و خلق و در نهایت انگیزه لازم برای اجرای راهکارها را در خود ایجاد و حفظ می‌نمایند

1. mentally retarded
2. Demirok & Besgul
3. Kumar, Ranjan, Panday & Kiran
4. social anxiety
5. Flynn, Bordieri & Berkout
6. Kobezak & Gibb
7. Huang, Lin & Wang
8. psychological well-being
9. Benzies, Trute, Worthington & Reddon
10. George, Maciejewski, Epstein, Shen & Prigerson
11. Pailler & Tsaneva
12. Ariza-Montes, Hernandez-Perlines, Han & Law
13. life expectancy
14. Parker, Bucknall, Jagger & Wilkie

(واچون^۱، ۲۰۱۹). افراد دارای امید به زندگی پایین احساس می‌کنند که راهی وجود ندارد، هیچ کاری از آنها ساخته نیست، تمایل به خودکشی دارند و بیشتر هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند (ساگنا، کمپ، دی‌نیتو و چوی^۲، ۲۰۲۰).

یکی از روش‌های نسبتاً جدید و موثر در بهبود ویژگی‌های روانشناختی، روش آموزش بهزیستی روانشناختی^۳ است (جوئیدی، رافانیلی و فاوا^۴، ۲۰۱۸). این شیوه یک روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری است و برای بهبود بهزیستی روانشناختی در درمان اختلال‌های عاطفی (خلقی و اضطرابی) بوجود آمده است (قندهاری‌زاده، آقامحمدیان شعرباف و باقری، ۱۳۹۷). آموزش بهزیستی روانشناختی روشی سازمان‌یافته، رهنمودی، مشکل‌محور و مبتنی بر الگوی آموزشی است که از خویشتن‌نگری با استفاده از یادداشت روزانه و تعامل مثبت و سازنده با آموزش‌دهنده استفاده می‌کند (هیریساو^۵، ۲۰۱۸). تکنیک‌های اصلی این شیوه شامل بازسازی شناختی افکار خودکار و غیرمنطقی با تاکید بر افکار مثبت، زمان‌بندی فعالیت‌هایی که احساس لذت و کنترل ایجاد می‌کنند و آموزش جسارت و حل مساله است (فاوا، ۲۰۱۶).

درباره اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر بهبود ویژگی‌های روانشناختی پژوهش‌های اندکی انجام شده و گاهی نتایج پژوهش‌ها متفاوت است. برای مثال پیرنیا، ملکی، کاظمی و ملکان‌مهر (۱۳۹۹) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بهزیستی درمانی باعث افزایش بهزیستی روانی، خوشبینی و امید شد. همچنین، نتایج پژوهش ویس، وسترهاف و بهلمیجر^۶ (۲۰۱۶) مداخلات روانشناسی مثبت از جمله بهزیستی درمانی باعث افزایش سلامت و بهزیستی روانشناختی شد. در پژوهشی دیگر خزایی، شمس‌پور و دوازده امامی (۱۳۹۷) گزارش کردند که بهزیستی درمانی گروهی باعث افزایش رضایت زناشویی و بهزیستی روانشناختی زنان شد. پیرنیا، رضایی، رحیمیان‌بوگر و سلیمانی (۱۳۹۵) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بهزیستی درمانی باعث بهبود سلامت روان، آسیب روان و شادکامی شد. علاوه بر آن، نتایج پژوهش ژو، وو، یو و لی^۷ (۲۰۱۹) نشان داد که بهزیستی درمانی باعث افزایش سازگاری و کاهش پریشانی (اضطراب) هیجانی شد. قندهاری‌زاده و همکاران (۱۳۹۷) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان بهزیستی روانشناختی باعث کاهش وسواس فکری و عملی و عاطفه منفی و افزایش عاطفه مثبت شد. در پژوهشی دیگر پیرنیا، منصور، نجفی و ریحانی (۱۳۹۵) گزارش کردند که بهزیستی درمانی باعث کاهش اضطراب شد، اما تاثیر معناداری بر استرس و افسردگی نداشت. فلاحیان، آقایی، آتش‌پور و کاظمی (۱۳۹۳) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش بهزیستی روانشناختی باعث بهبود سلامت روان و کاهش مولفه‌های اضطراب و افسردگی آن شد.

با توجه به شیوع نسبتاً بالای ۲-۳ درصدی کم‌توان ذهنی (دمیراک و بسگول، ۲۰۱۵) و از آنجایی که مادران این کودکان در مقایسه با مادران کودکان فاقد کم‌توانی ذهنی با مشکلات روانشناختی بیشتری مواجه هستند (کومار و همکاران، ۲۰۱۸)، لذا مداخله با هدف بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت آنان ضروری است. یکی از روش‌های درمانی نسبتاً جدید و برگرفته از رویکرد روانشناسی مثبت

1. Vachon
2. Sagna, Kemp, DiNitto & Choi
3. psychological well-being training
4. Guidi, Rafanelli & Fava
5. Hirisave
6. Weiss, Westerhof & Bohlmeijer
7. Xu, Wu, Yu & Li.

که پژوهش‌های اندکی درباره آن انجام شده و گاهی نتایج پژوهش‌ها درباره آن متفاوت است، روش آموزش بهزیستی روانشناختی است. نتایج پژوهش حاضر در صورت اثربخشی روش مداخله می‌تواند برای درمانگران و متخصصان سلامت تلویحات کاربردی داشته باشد. در نتیجه، سوال پژوهش این است که آیا آموزش بهزیستی روانشناختی تأثیر معناداری بر امید به زندگی، بهزیستی روانشناختی و اضطراب اجتماعی در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی دارد؟

روش پژوهش

این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان ورامین در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بودند. نمونه پژوهش ۵۰ نفر بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با روش تصادفی ساده در دو گروه مساوی جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن فقط یک فرزند استثنایی، داشتن کودک مبتلا به اختلال کم‌توانی ذهنی، حداقل تحصیلات دیپلم و سن ۳۰-۴۵ سال و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل انصراف از ادامه همکاری و غیبت بیشتر از دو جلسه بود. روند اجرای پژوهش این‌طور بود که پس از هماهنگی با مسئولان اداره آموزش و پرورش استثنایی شهرستان‌های استان تهران و هماهنگی با مدارس دخترانه و پسرانه کم‌توان ذهنی شهرستان ورامین، اقدام به نمونه‌گیری شد و پس از اتمام نمونه‌گیری، نمونه‌ها با روش تصادفی به دو گروه ۲۵ نفری شامل گروه‌های آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) به صورت گروهی توسط پژوهشگر آموزش بهزیستی روانشناختی دریافت کرد و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. محتوی مداخله آموزش بهزیستی روانشناختی مبتنی بر مدل ریفا^۱ (۱۹۸۹) توسط فلاحیان و همکاران (۱۳۹۳) ساخته شد که در جدول ۱ خلاصه محتوی آن گزارش شد.

جدول ۱. محتوی جلسات آموزش بهزیستی روانشناختی

جلسات	محتوی
اول	آموزش و معرفی بهزیستی روانشناختی و اینکه چرا این سازه ساخته شد؟ و نظرسنجی درباره اینکه چه چیزی باعث خوشبختی و بهزیستی روانشناختی می‌شود
دوم	آموزش پذیرش خود از طریق اینکه چگونه خود را با ویژگی‌های مثبت و منفی بپذیریم، چگونه بتوانیم آنچه هستیم را بپذیریم و با گذشته خویش و اشتباه‌هایمان کنار بیاییم و خودمان را دوست داشته باشیم
سوم	آموزش پذیرش خود از طریق خودشناسی یعنی اینکه چگونه خود را بشناسیم، نگرش صحیح نسبت به خود پیدا کنیم و ویژگی‌های شخصیتی خود را بشناسیم
چهارم	آموزش ارتباط مثبت با دیگران از طریق معرفی مفهوم ارتباط و انواع آن، آشنایی با مهارت‌های ارتباطی و روش‌های برقراری ارتباط موثر
پنجم	آموزش ارتباط مثبت با دیگران از طریق آموزش خوش‌بینی و تفکر مثبت و بررسی نقش و اهمیت خوش‌بینی و تفکر مثبت در ایجاد ارتباط مثبت با دیگران
ششم	آموزش ارتباط مثبت با دیگران از طریق آموزش اینکه هوش هیجانی چیست؟ چگونه هوش هیجانی خود را افزایش دهیم؟ و چرا افراد دارای هوش هیجانی بالا در برقراری ارتباط با دیگران موفق‌تر هستند؟

هفتم	آموزش استقلال و خودمختاری از طریق آموزش مهارت اعتماد کردن به رأی و نظر خود و آموزش مهارت جرأت‌وری، آموزش مهارت نه گفتن و تقویت این مهارت‌ها
هشتم	معرفی مفهوم رشد شخصی و آموزش آن از طریق اینکه یادگیری تجارب جدید باعث ارتقای رشد شخصی می‌شود
نهم	آموزش تسلط بر محیط از طریق آموزش چگونگی مدیریت بر زندگی خویش، مدیریت بر شرایط و محیط، توضیح فواید مدیریت زمان و نحوه برنامه‌ریزی صحیح
دهم	آموزش هدفمندی در زندگی از طریق یافتن معنا، هدف و جهت‌گیری در زندگی، تشریح فواید هدفمندی و تنظیم اهداف و اولویت‌بندی آنها

ابزارهای پژوهش فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل تحصیلات و سن و پرسشنامه‌های زیر بودند. پرسشنامه امید به زندگی^۱: این پرسشنامه توسط اسنایدر، هریس، اندرسون، هالیران، ایروینگ، سیگمون و همکاران^۲ (۱۹۹۱) با ۱۲ عبارت ساخته شد. عبارت‌ها بر اساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت از یک تا پنج نمره گذاری و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه می‌شود، لذا دامنه نمرات بین ۱۲ الی ۶۰ و نمره بالاتر نشان‌دهنده امید به زندگی بیشتر است. اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) روایی واگرایی ابزار با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۴۴- و پایایی آن با روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش کردند. در ایران، ایزدپناه کاخک، ثمری و توزنده‌جانی (۱۳۹۸) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش کردند. در مطالعه حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی^۳: این پرسشنامه توسط ریف (۱۹۸۹) با ۱۸ عبارت ساخته شد. عبارت‌ها بر اساس مقیاس شش گزینه‌ای لیکرت از یک تا شش نمره‌گذاری و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه می‌شود، لذا دامنه نمرات بین ۱۸ الی ۱۰۸ و نمره بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی روانشناختی بیشتر است. ریف (۱۹۸۹) روایی همگرایی ابزار با فرم بلند بهزیستی روانشناختی ۱۲۰ عبارتی برابر با ۰/۷۰ و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند. در ایران، حسن‌زاده نمین، پیمانی، رنجبری‌پور و ابوالمعالی الحسینی (۱۳۹۸) روایی صوری و محتوایی ابزار را با نظر متخصصان تایید و پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش کردند. در مطالعه حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد.

پرسشنامه اضطراب اجتماعی^۴: این پرسشنامه توسط کانور، دیویدسون و چرچیل^۵ (۲۰۰۰) با ۱۷ عبارت ساخته شد. عبارت‌ها بر اساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت از یک تا پنج نمره‌گذاری و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه می‌شود، لذا دامنه نمرات بین ۱۷ الی ۸۵ و نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب اجتماعی بیشتر است. کانور و همکاران (۲۰۰۰) روایی همگرایی ابزار را تایید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کردند. در ایران، مقدسی، گلپور و حسن‌آبادی (۱۳۹۷) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش کردند. در مطالعه حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با ابزارهای فوق در دو سطح توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS-۲۵ تحلیل

1. life expectancy questionnaire
2. Snyder, Harris, Anderson, Holleran, Irving, Sigmon & et al
3. psychological well-being questionnaire
4. social anxiety questionnaire
5. Connor, Davidson & Churchill

شدند. در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی برای توصیف نحوه توزیع متغیرها و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای آزمون فرض‌های آماری استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

آزمودنی‌های پژوهش ۵۰ نفر در دو گروه ۲۵ نفری بودند؛ به طوری که از نظر تحصیلات در گروه آزمایش ۸ نفر دیپلم (۳۲٪)، ۳ نفر کاردانی (۱۲٪)، ۱۰ نفر کارشناسی (۴۰٪) و ۴ نفر کارشناسی ارشد (۱۶٪) و در گروه کنترل ۹ نفر دیپلم (۳۶٪)، ۱ نفر کاردانی (۴٪)، ۱۲ نفر کارشناسی (۴۸٪) و ۳ نفر کارشناسی ارشد (۱۲٪) بودند. همچنین، از نظر دامنه سنی در گروه آزمایش ۱۵ نفر ۳۱-۳۵ سال (۶۰٪)، ۸ نفر ۳۶-۴۰ سال (۳۲٪) و ۲ نفر ۴۱-۴۵ سال (۸٪) و در گروه کنترل ۱۳ نفر ۳۱-۳۵ سال (۵۲٪)، ۱۱ نفر ۳۶-۴۰ سال (۴۴٪) و ۱ نفر ۴۱-۴۵ سال (۴٪) داشتند. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون امید به زندگی، بهزیستی روانشناختی و اضطراب اجتماعی گزارش شد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیرها	مراحل	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
امید به زندگی	پیش‌آزمون	۲۶/۴۳	۳/۱۵	۲۵/۷۶	۳/۰۹
	پس‌آزمون	۳۳/۲۹	۳/۵۷	۲۵/۹۴	۲/۹۶
بهزیستی روانشناختی	پیش‌آزمون	۴۵/۱۹	۴/۷۷	۴۶/۵۰	۴/۵۶
	پس‌آزمون	۵۶/۱۱	۴/۸۳	۴۶/۲۳	۴/۶۱
اضطراب اجتماعی	پیش‌آزمون	۴۷/۱۲	۴/۴۳	۴۸/۶۶	۴/۵۲
	پس‌آزمون	۴۳/۵۳	۳/۹۱	۴۸/۷۲	۴/۴۳

مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری حاکی از نرمال بودن متغیرها بر اساس مقادیر آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بر اساس مقادیر آزمون ام.باکس و برابری واریانس‌ها بر اساس مقادیر آزمون لوین بودند ($P < 0/05$). بنابراین، شرایط استفاده از این روش تحلیل وجود دارد. نتایج آزمون لامبدای ویلکز از مجموعه آزمون‌های چندمتغیری نشان داد که بین گروه‌ها حداقل از نظر یکی از متغیرهای امید به زندگی، بهزیستی روانشناختی و اضطراب اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=41/27, P < 0/001$). در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثربخشی آموزش بهزیستی روانشناختی بر امید به زندگی، بهزیستی روانشناختی و اضطراب اجتماعی گزارش شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثربخشی آموزش بهزیستی روانشناختی بر متغیرها

متغیرها	منبع	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	مقدار F	معنی‌داری
امید به زندگی	گروه	۴۲۸/۳۴	۱	۴۲۸/۳۴	۵۱/۲۷	۰/۰۰۱
بهزیستی روانشناختی	گروه	۷۲۵/۱۱	۱	۷۲۵/۱۱	۴۳/۹۱	۰/۰۰۱
اضطراب اجتماعی	گروه	۴۶۹/۸۰	۱	۴۶۹/۸۰	۳۵/۴۶	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود روش آموزش بهزیستی روانشناختی باعث تغییر معنی‌دار هر سه متغیر امید به زندگی، بهزیستی روانشناختی و اضطراب اجتماعی شده که با توجه به جدول میانگین‌ها می‌توان گفت که این شیوه آموزشی باعث افزایش امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی و کاهش اضطراب اجتماعی شده است ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به شیوع نسبتاً بالای کم‌توانی ذهنی و مشکلات فراوانی که مادران این کودکان با آن مواجه هستند، این پژوهش با هدف تعیین تاثیر آموزش بهزیستی روانشناختی بر امید به زندگی، بهزیستی روانشناختی و اضطراب اجتماعی در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش بهزیستی روانشناختی باعث افزایش امید به زندگی شد. این نتیجه با نتیجه پژوهش پیرنیا و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین این نتایج بر مبنای پژوهش استوارژیک، میجاروس، وندر لیندن و دارگیمبیو^۱ (۲۰۱۲) می‌توان گفت که علت اضطراب بسیاری از مبتلایان به اختلال‌های روانی (و خانواده‌های آنان به‌ویژه مادران) ناتوانی در مشخص کردن احساس‌ها و هیجان‌ها مثبت و یادآوری آنها است. چون آنان احساس‌ها و هیجان‌های منفی را بیشتر تجربه، ارزیابی منفی‌تری از آنها دارند و بهتر و بیشتر آنها را یادآوری می‌کنند، تا احساس‌ها و هیجان‌های مثبت. روش آموزش بهزیستی روانشناختی بر کاهش توجه و یادآوری تجربه‌های منفی و افزایش توجه و یادآوری تجربه‌های مثبت تاکید می‌کند. این فرایند در آموزش بهزیستی از طریق تشویق افراد به ثبت حوادث مثبت زندگی و تعیین میزان شدت بهزیستی ناشی از آن صورت می‌پذیرد. بنابراین شیوه آموزش بهزیستی روانشناختی از طریق توجه به تجربه‌ها و خاطره‌های مثبت و سازنده در زندگی افراد به جای توجه به تجربه‌ها و خاطره‌های منفی باعث کاهش آسیب‌پذیری روانشناختی افراد در شرایط مختلف زندگی و افزایش امیدواری به زندگی می‌شود.

دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش بهزیستی روانشناختی باعث افزایش بهزیستی روانشناختی شد. این نتیجه با نتیجه پژوهش‌های ویس و همکاران (۲۰۱۶)، خزایی و همکاران (۱۳۹۷) و پیرنیا و همکاران (۱۳۹۵) همسو بود. در تبیین این نتایج بر مبنای پژوهش خزایی و همکاران (۱۳۹۷) می‌توان گفت که آموزش بهزیستی روانشناختی از طریق کاهش علائم روانشناختی منفی و افزایش سلامت و کیفیت زندگی باعث افزایش بهزیستی روانشناختی افراد می‌شود. این شیوه علاوه بر کاهش اضطراب و افسردگی می‌تواند باعث ایجاد هیجان‌های مثبت شود و این هیجان‌ها بر روابط

1. Stawarczyk, Majerus, Vander Linden & D'Argembeau

خانوادگی تاثیر می‌گذارد. علاوه بر دو بخش اصلی آموزش بهزیستی روانشناختی شامل عاطفه مثبت و روابط بین‌فردی (خانوادگی)، بخش‌هایی از پروتکل آموزش بهزیستی مانند دیدگاه‌های خود در جمع و دریافت بازخورد از اعضا ممکن است باعث اصلاح الگوی ارتباطی مراجعه‌کنندگان در زندگی واقعی شود؛ به این ترتیب که خود گرفتن به دریافت بازخورد دیگران هنگام بیان نظرات خود به افزایش ظرفیت در نظر گرفتن دیدگاه‌های دیگران کمک کرده و این نیز به نوبه خود بر روابط بین‌فرد با اعضای خانواده تاثیر می‌گذارد که این عوامل ابتدا باعث افزایش سلامت جسمی، هیجانی و روانی و در نهایت باعث افزایش بهزیستی روانشناختی می‌شوند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش بهزیستی روانشناختی باعث کاهش اضطراب اجتماعی شد. این نتیجه با نتیجه پژوهش‌های ژو و همکاران (۲۰۱۹)، قندهاری‌زاده و همکاران (۱۳۹۷)، پیرنیا و همکاران (۱۳۹۵) و فلاحیان و همکاران (۱۳۹۳) همسو بود. در تبیین این نتایج بر مبنای پژوهش فلاحیان و همکاران (۱۳۹۳) می‌توان گفت که آموزش بهزیستی روانشناختی به افراد راه و روش دستیابی به سلامت روان را از طریق کاهش شکایت جسمانی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و غیره فراهم می‌آورد. چنین دستاوردی برای آموزش بهزیستی روانشناختی دور از انتظار نبود. چون که محتوی و مضمون آموزش‌های این رویکرد عموماً سلامت روان محور محسوب می‌شوند. برای پی بردن به سازوکار تاثیرگذاری آموزش بهزیستی روانشناختی بر کاهش اضطراب می‌توان نگاهی به محورهای آموزشی این شیوه انداخت که مهم‌ترین آنها شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تاکید بر مسئولیت‌پذیری در رشد شخصی، تاکید بر هدفمندی در زندگی، تسلط‌یابی محیطی و استقلال‌جویی متمرکز بوده است و این محورها برگرفته از متون حوزه بهزیستی روانشناختی می‌باشند. در نتیجه منطقی است که آموزش بهزیستی روانشناختی بتواند از طریق بهبود سلامت روان میزان اضطراب اجتماعی را کاهش دهد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و عدم پیگیری نتایج اشاره کرد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی استفاده و اثربخشی نتایج در بلندمدت یعنی پیگیری‌های سه تا شش ماهه بررسی شود. نتایج این پژوهش برای متخصصان سلامت و درمانگران تلویحات کاربردی دارد و آنان می‌توانند از روش آموزش بهزیستی روانشناختی برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت به‌ویژه برای افزایش امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی و کاهش اضطراب اجتماعی استفاده کنند.

منابع

ایزدپناه کاخک، محمدرضا؛ ثمری، علی‌اکبر و توزنده‌جانی، حسن. (۱۳۹۸). بررسی نقش احساس تنهایی و فراهیجان مثبت در پیش‌بینی امید به زندگی مردان سالمند. **مجله روان پرستاری**، ۷(۴)، ۳۱-۲۵.

پیرنیا، بیژن؛ ملکی، فائزه؛ کاظمی، مریم و ملکان‌مهر، پرستو. (۱۳۹۹). اثربخشی بهزیستی درمانی بر شاخص بهزیستی روانی، خوش‌بینی و امید در مردان ایرانی وابسته به مت‌آفتمین در فاز پرهیز از مصرف، یک کارآزمایی بالینی تصادفی. **مجله علوم پزشکی رازی**، ۲۷(۲)، در حال چاپ.

پیرنیا، بیژن؛ رضایی، علی محمد؛ رحیمیان‌بوگر، اسحاق و سلیمانی، علی. (۱۳۹۵). اثربخشی بهزیستی درمانی باعث بر سلامت روان، آسیب روان و شادکامی در مردان وابسته به مت‌آفتمین. **فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد**، ۱۰(۳۷)، ۲۲۷-۲۴۰.

- پیرنیا، بیژن؛ منصور، ستاره؛ نجفی، الهه و ریحانی، رضا. (۱۳۹۵). اثربخشی بهزیستی درمانی بر نشانگان اضطراب، استرس و افسردگی در مردان تحت درمان اجتماع‌مدار. *مجله سلامت جامعه*، ۱۰(۴)، ۴۷-۵۶.
- حسن‌زاده نمین، فرزانه؛ پیمانی، جاوید؛ رنجبری‌پور، طاهره و ابوالمعالی‌الحسینی، خدیجه. (۱۳۹۸). مدل پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجان با نقش میانجی استرس ادراک‌شده. *مجله روانشناسی اجتماعی*، ۱۳(۵۱)، ۵۵-۶۷.
- خزایی، امیر؛ شمسی‌پور، حمید و دوازده‌امامی، محمدحسن. (۱۳۹۷). اثربخشی بهزیستی درمانی گروهی بر رضایت زناشویی و بهزیستی روانشناختی زنان خانه‌دار. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۵(۵)، ۴۳-۵۲.
- فلاحیان، رویا؛ آقایی، اصغر؛ آتش‌پور، حمید و کاظمی، آذر. (۱۳۹۳). تاثیر آموزش بهزیستی روانشناختی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان). *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۵(۲)، ۱۴-۲۴.
- قندهاری‌زاده، افسانه؛ آقامحمدیان‌شعرباف، حمیدرضا و باقری، فریبرز. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر نشانگان بالینی و عاطفی مثبت و منفی بیماران مبتلا به وسواس شستشو. *مجله روان پرستاری*، ۶(۱)، ۵۳-۶۱.
- مقدسی، ریحانه؛ گلپور، محسن و حسن‌آبادی، حسین. (۱۳۹۷). اثربخشی تصویرسازی بر افسردگی، اضطراب اجتماعی و کیفیت خواب دانشجویان. *مجله روانشناسی اجتماعی*، ۱۳(۴۹)، ۱-۱۰.
- نادری، فرح؛ صفرزاده، سحر و مشاک، رویا. (۱۳۹۰). مقایسه خودبیمارانگاری، حمایت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و سلامت عمومی بین مادران با کودک عقب‌مانده ذهنی و عادی. *مجله سلامت و روانشناسی*، ۱(۱)، ۱۵-۴۱.

- Ariza-Montes, A., Hernandez-Perlines, F., Han, H., & Law, R. (2019). Human dimension of the hospitality industry: Working conditions and psychological well-being among European servers. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 41, 138-147.
- Benzies, K., Trute, B., Worthington, C., & Reddon, J. (2011). Assessing psychological well-being in mothers of children with disability: Evaluation of the parenting morale index and family impact of childhood disability scale. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(5), 506-516.
- Connor, K. M., Davidson, J., & Churchill, L. E. (2000). Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN): new self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Demirok, M. S., & Besgul, M. (2015). Examination of preschool teacher and teacher of mentally retarded candidates' opinions about mainstreaming. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 190, 169-179.
- Fava, G. A. (2016). Well-being therapy: Current indications and emerging perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(3), 136-145.
- Flynn, M. K., Bordieri, M. J., & Berkout, O. V. (2019). Symptoms of social anxiety and depression: Acceptance of socially anxious thoughts and feelings as a moderator. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 11, 44-49.
- George, L. S., Maciejewski, P. K., Epstein, A. S., Shen, M., & Prigerson, H. G. (2020).

- Advanced cancer patients' changes in accurate prognostic understanding and their psychological well-being. **Journal of Pain and Symptom Management**, 59(5), 983-989.
- Guidi, J., Rafanelli, C., & Fava, G. A. (2018). The clinical role of well-being therapy. **Nordic Journal of Psychiatry**, 72(6), 447-453.
- Hirisave, U. (2018). Well-being therapy: Treatment manual and clinical applications. **Indian Journal of Medical Research**, 148(1), 120-122.
- Huang, Y., Lin, P., & Wang, J. (2018). The influence of bus and taxi drivers' public self-consciousness and social anxiety on aberrant driving behaviors. **Accident Analysis & Prevention**, 117, 145-153.
- Kobezak, H. M., & Gibb, B. E. (2020). Prospective associations between social anxiety and depression in youth: The moderating role of maternal major depressive disorder. **Journal of Adolescence**, 82, 19-22.
- Kumar, N., Ranjan, L. K., Panday, R., & Kiran, M. (2018). Parenting stress among mentally retarded children with normal control. **Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences**, 9(2), 157-160.
- Pailler, S., & Tsaneva, M. (2018). The effects of climate variability on psychological well-being in India. **World Development**, 106, 15-26.
- Parker, M., Bucknall, M., Jagger, C., & Wilkie, R. (2020). Population-based estimates of healthy working life expectancy in England at age 50 years: analysis of data from the English longitudinal study of ageing. **The Lancet Public Health**, 5(7), 395-403.
- 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), 1069-1081.
- Sagna, A. O., Kemp, M. L. S., DiNitto, D. M., & Choi, N. G. (2020). Impact of suicide mortality on life expectancy in the United States, 2011 and 2015: age and sex decomposition. **Public Health**, 179, 76-83.
- Samadaei, A., & Dousti, Y. (2018). Comparing of general health, life expectancy and happiness between mothers of mentally retarded children and mothers of normal children. **European Journal of Social Sciences Studies**, 2(12), 36-44.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, S. A., Sigmon, S., & et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope. **Journal of Personality Social Psychology**, 60(4), 570-585.
- Stawarczyk, D., Majerus, S., Vander Linden, M., & D'Argembeau, A. (2012). Using the daydreaming frequency scale to investigate the relationships between mind-wandering, psychological well-being, and present-moment awareness. **Frontiers in Psychology**, 3, 1-15.
- Vachon, P. J. (2019). Life expectancy expert reports: Common mistakes and appropriate process. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America**, 30(3), 611-619.
- Weiss, L. A., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Can we increase psychological well-being? The effects of interventions on psychological well-being: A meta-analysis of randomized controlled trials. **Plos One**, 4, 1-16.
- Xu, Y., Wu, T., Yu, Y., & Li, M. (2019). A randomized controlled trial of well-being therapy to promote adaptation and alleviate emotional distress among medical freshmen. **BMC Medical Education**, 19, 1-10.