

## اثر بخشی گروه درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری بر سبک مقابله ای و تاب‌آوری مادران کودکان کم توان ذهنی

فاطمه فرمانی

کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

زینب کاویانی

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران،

نفیسه دورودیان

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران،

### The Effectiveness of Rational, Emotive and Behavior Therapy With Group Method on Coping Style and Resilience of Mothers of Mentally Retarded Children

Fatemeh Farmani

MSc. Student in personality psychology, Department of psychology, Isalmic Azad University, Karaj, Iran,

Zeinab Kaviani \* (Correspongin Author)

Assistant Prof., Department of psychology, Isalmic Azad University, Karaj, Iran,

Nafiseh Durodian

Assistant Prof., Department of psychology, Isalmic Azad University, Karaj, Iran,

#### Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of rational, emotive, behavior group therapy on the coping style and resilience of mothers of mentally retarded children. The research method was semi-experimental with pre-test-post-test and control group. The statistical population included 60 mothers with mentally retarded children of Shafa rehabilitation center in Qazvin city with low resilience and coping styles, which were selected using available sampling method. These people are homogenous in terms of age, socio-economic status, lack of physical diseases, having a lower standard deviation in the questionnaires of coping style by Lazarus and Folkman (1985) and resilience by Konver and Davidson (2003) and other variables of the research. Then the subjects were randomly divided into two experimental and control groups. In the case of the experimental group, 8 sessions of 90-minute rational, emotive, behavior group therapy were implemented, but no intervention was done in the case of the control group. The resulting data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA). The research findings showed the effectiveness of rational, emotional and behavioral group therapy on coping style components and resilience components of mothers of mentally retarded children (significance level less than or equal to 0.05).

**Keywords:** Rational, emotive, behavior group therapy, Coping style, Resilience, Mental retardation

### چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی گروه درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری بر سبک مقابله ای و تاب‌آوری مادران کودکان کم توان ذهنی بود. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بوده است. نمونه این پژوهش شامل ۶۰ مادر دارای کودک کم توان ذهنی مرکز توانبخشی شفا شهر قزوین با تاب‌آوری و سبک مقابله ای کم بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به طور هم‌متاسازی انتخاب شدند. این افراد از نظر سن، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی، دارا بودن یک انحراف معیار پایین تر در پرسشنامه‌های سبک مقابله ای فولکمن و لازاروس (۱۹۸۶) و تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و سایر متغیرهای مورد نظر پژوهش همگون بودند. سپس گروه نمونه به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. در مورد گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروه درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری، اجرا گردید اما در مورد گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. داده‌های حاصل با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) تجزیه و تحلیل شده است. یافته‌های پژوهش نشان دهنده اثربخشی گروه درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری بر مولفه‌های سبک مقابله ای و مولفه‌های تاب‌آوری مادران کودکان کم توان ذهنی بود (سطح معناداری کمتر یا مساوی ۰,۰۵).

**کلید واژه‌ها:** گروه درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری، سبک مقابله ای، تاب‌آوری، کم توان ذهنی

### مقدمه

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت نه تنها نبود بیماری یا معلولیت بلکه حالت بهینه خوب بودن جسمی، روانی و اجتماعی تعریف شده است. با توجه به این که کودک عامل گسترش نسل می باشد، تولد هر کودک می تواند بر پویایی خانواده اثر گذارده و والدین و دیگر اعضای خانواده را متحمل تغییرات متعددی جهت سازگاری با عضو جدید خانواده نماید. اما تولد یک کودک ناتوان ذهنی بر خانواده می تواند اثرات عمیقی داشته باشد (نورمحمدی، عارفی، افشائینی و کربلایی ۲۰۱۹). کودک کم توان ذهنی به فردی گفته می شود که برای به فعل رسانیدن استعدادهای بالقوه خود، نیازمند آموزش و پرورش و خدمات ویژه می باشد. خانواده‌هایی که دارای یک یا چند فرزند کم توان ذهنی می باشند، درجات مختلفی از اضطراب و فشار روانی را تجربه می کنند (اسماعیل پور، دیلمقانی، پناهی، اقدسی و خادمی ۲۰۲۲). نتایج مطالعات نشان داده است که مادران دارای کودک کم توان ذهنی در مقایسه با پدران مشکلات بیشتری را تجربه می کنند و همچنین بیشتر از پدر با مشکلات کودک مواجه هستند و به همین دلیل دارای تنش بالاتری خواهند بود و نیازمند کمک بیشتری نیز میباشند (برجیس حکیم جاویدی، طاهر لوسانی و حسین خانزاده ۲۰۱۳). یکی از عواملی که می تواند عملکرد روانی خانواده را در قالب تفکر، خلق و رفتار بهبود دهد و توان مقابله با مشکلات را افزایش دهد، تاب‌آوری است. تاب‌آوری یکی از سازه‌های اصلی روانشناسی مثبت است (اسناتی، آلپرت، مک لین و فوآ ۲۰۱۵). تاب‌آوری، به توانایی فرد در برقراری تعادل زیستی - روانی در شرایط خطرناک گفته میشود (کانر و دیویدسون ۲۰۰۳). کامپفر (۲۰۰۲) باور داشت که تاب‌آوری، بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر در سختی‌ها است و ازاینرو موجب سازگاری موفق در زندگی می شود. بنا به تعریفی از اولسون، بوند، برنز، ولا-برودریک و ساویر (۲۰۰۳) تاب‌آوری به انطباق موفقیت یافته می شود که در مصائب و استرس‌های ناتوان ساز آشکار می شود. با توجه به تعریف تاب‌آوری، والدین دارای کودکان کم توان ذهنی هرچقدر تاب‌آورتر باشند، توان عملکرد مثبت در شرایط ناگوارشان بالاتر می رود و در برابر رنج ناشی از نگهداری فرزندان شان مقاومتر خواهند بود و کیفیت زندگی شان هم بالاتر خواهد رفت (اده، اوکک، چینوبا، اونا و ناکپادول ۲۰۲۲). یکی دیگر از متغیرهایی که می تواند در تاب‌آوری مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی حائز اهمیت باشد سبک‌های مقابله ای است. فولکمن و لازاروس (۱۹۸۶) مقابله را چنین تعریف کرده اند: «تلاش‌های رفتاری و شناختی که به طور مداوم در حال تغییرند تا از عهده خواسته‌های خاص بیرونی یا درونی شخص که ورای منابع و توان‌وی ارزیابی می شوند برآیند» بر اساس این تعریف: الف) مقابله فرآیندی است که دائماً در حال تغییر است؛ ب) مقابله به طور خودکار انجام نمی شود، بلکه الگوی آموخته شده ای است برای پاسخگویی به موقعیتهای تنش‌زا؛ ج) مقابله نیازمند تلاش فرد برای مواجهه با استرس است. فولکمن و لازاروس (۱۹۸۶) بر اساس مسائل شناختی، هیجانی و رفتاری فرآیند مقابله را در دو گروه عمده قرار می دهند بدین صورت که نخست فرد می تواند به مشکل یا موقعیت خاص که ایجاد شده است تمرکز کند، و سعی کند روش‌های تغییر یا اجتناب از آن را پیدا کند. این نوع برخورد بنام مقابله مسئله مدار معروف است. دیگر اینکه اگر موقعیت قابل تغییر نباشد شخص می تواند بر آرام سازی هیجان‌ات مرتبط با موقعیت مشکل متمرکز شود این شیوه رویارویی با مسائل نیز مقابله هیجان مدار نامیده شود. اکثر مردم زمانی که با موقعیت دشوار رو به رو میشوند هر دو نوع مقابله را به کار میگیرند (اوگوانی و همکاران ۲۰۲۲). در سال‌های اخیر، درمان‌های مختلف پزشکی برای درمان سلامت روان مورد استفاده قرار گرفته است، یکی از درمان‌ها گروه

ذهنی شد. تحقیقات صورت گرفته در ایران نیز نشان می‌دهد که مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی از سلامت روانی پایین‌تر برخوردارند (رانی، قناعی، چمن‌آباد، کیمیایی و منصوری ۲۰۲۰). بنابراین با توجه به اهمیت موضوع، با در نظر گرفتن ماهیت گروه‌درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری و از سوی دیگر ماهیت کودکان کم‌توان ذهنی که شرایط زندگی مادر را تحت تأثیر قرار می‌دهد، و خلأ پژوهشی که احساس می‌شود، هدف اصلی این پژوهش، تعیین اثربخشی گروه‌درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری بر سبک مقابله‌ای و تاب‌آوری مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بود.

#### فرضیه‌های تحقیق عبارت بودند از:

گروه‌درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری بر مولفه‌های سبک مقابله‌ای مادران کودکان کم‌توان ذهنی اثر معنادار دارد.

گروه‌درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری بر مولفه‌های تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی اثر معنادار دارد.

#### روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه

طرح این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش کلیه مادران کودکان کم‌توان ذهنی مرکز توانبخشی شفا شهر قزوین در زمستان ۱۴۰۱ به تعداد ۸۰ نفر بود. نمونه این پژوهش شامل ۶۰ مادر دارای کودک کم‌توان ذهنی در این مرکز، با تاب‌آوری و سبک مقابله‌ای کم بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به طور همتاسازی انتخاب شدند. این افراد از نظر سن، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، عدم ابتلا به بیماریهای جسمانی، دارا بودن یک انحراف معیار پایین‌تر در پرسشنامه‌های سبک مقابله‌ای فولکمن و لازاروس (۱۹۸۶) و تاب‌آوری کان و دیویدسون (۲۰۰۳) و سایر متغیرهای مورد نظر پژوهش همگون بودند.

#### ابزار سنجش

پرسشنامه تاب‌آوری کان و دیویدسون (۲۰۰۳): این مقیاس دارای ۲۵ سؤال و ۵ خرده مقیاس (تحمل عواطف منفی/اعتماد به غرایز شخصی، شایستگی/استحکام شخصی، پذیرش عواطف مثبت/روابط امن، مهار، معنویت) می‌باشد و در یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری شده است. برای اندازه‌گیری تاب‌آوری یک نمره کل محاسبه می‌شود. روایی مقیاس (تحلیل عاملی و روایی همگرا و واگرا) و پایایی مقیاس (بازآزمایی و آلفای کرونباخ) در گروه‌های مختلف (عادی و در مخاطره) احراز شده است (کان و دیویدسون ۲۰۰۳). در ایران، جوکار، فریبرگ و هجمدال (۲۰۱۰) پایایی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ گزارش کرده است.

پرسشنامه سبک مقابله‌ای فولکمن و لازاروس (۱۹۸۶)

این آزمون دارای ۶۶ گویه و ۸ زیر مقیاس مقابله مستقیم؛ فاصله

درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری می‌باشد. این درمان یک روش روان‌درمانی است که توسط آلبرت الیس ایجاد شده است. درمان رفتاری، عقلانی و هیجانی با استفاده از یک رویکرد فلسفی در تلاش است یک تغییر کلی در سیستم باور و فلسفه زندگی مراجع به وجود آورد و کارکرد او را در خارج از محیط درمان بهبود بخشد. در این درمان اعتقاد بر این است که اگرچه رویدادهای فعال‌کننده، به طور قابل توجهی به پیامدهای هیجانی و رفتاری کمک می‌کنند، با وجود این باورهای افراد در مورد رویدادهای فعال‌کننده مهم‌تر می‌باشند و به طور مستقیم علت پیامدهای هیجانی و رفتاری هستند. از اینرو، پیامدهای مختل‌کننده می‌توانند به واسطه چالش عقلانی و رفتاری باورهای غیرعقلانی کاهش می‌یابند (رانایی قناعی چمن‌آباد، کیمیایی و منصوری ۲۰۲۰).

گروه درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری برای شناسایی و رفع سریع مشکلات هیجانی در طی یک تا ده جلسه طراحی شده است. گروه درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری به دو نوع باور در سیستم اعتقادی توجه می‌کند: باورهای عقلانی و غیرعقلانی (بیرا و چیریانکالو ۲۰۲۲). باورهای غیرعقلانی که باورهای اغراق آمیز، سختگیرانه، جانبدارانه، غیرواقعی، نادرست و مبنای مشکلات روانی هستند، می‌توانند به افراد و روابط آنها با دیگران آسیب وارد کنند. باورهای عقلانی، باورهای سالم و منطقی هستند که با واقعیت سازگار هستند و منجر به واکنش‌های هیجانی و رفتاری سازنده می‌شوند (هایلند، شولین، آدامسون و بودوزک ۲۰۱۴). این رویکرد، افکار غیرمنطقی بیماران را با قدرت به سمت آگاهی آنها سوق داده و بیماران را نسبت به آنها آگاه می‌کند و به بیماران نشان می‌دهد که چگونه این افکار غیرمنطقی باعث ناراحتی هیجانی آن‌ها شده است و به وضوح نشان می‌دهد که چگونه جملات درونی دقیقاً غیرمنطقی هستند، و به بیماران می‌آموزد که چگونه این جملات غیرمنطقی را بازاندیشی و بازسازی کنند و آن‌ها را به افکار منطقی تبدیل کنند (باکلیر و دورو ۲۰۱۹).

در مورد بررسی اثر گروه درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری بر تاب‌آوری و سبک مقابله‌ای مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی مطالعه‌ای یافت نشد. اما در خصوص اثرات این درمان رانایی قناعی چمن‌آباد، کیمیایی و منصوری (۲۰۲۰) نشان دادند که گروه درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری نقش مهمی در بهبود کنش‌های اجرایی و افزایش سلامت روان مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی دارد. در پژوهش اسدپور (۲۰۲۲) تأثیر درمان عقلانی، هیجانی و رفتاری بر تاب‌آوری مادران دارای کودک فینیل کتونوری مورد تأیید قرار گرفت اوگوانی و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که مداخله عقلانی هیجانی منجر به کاهش معنی‌دار افسردگی والدین در والدین دارای کودک ناتوان

جلسه سوم: توضیح رابطه ABC؛ سنجش مداخلات B (باورهای غیرعقلانی) در مورد هر یک از شرکت‌کنندگان.

تکلیف خانگی: یادداشت چند مورد از موقعیت‌های ناراحت‌کننده در منزل.

جلسه چهارم: ارتباط باورها با هیجانها و اصول شناخت درمانی؛ بررسی تکلیف و مروری از جلسه قبل، مرتبط ساختن باورهای غیرعقلانی با هیجان‌های پریشان‌کننده.

تکلیف خانگی: یادداشت باورهای عقلانی و غیرعقلانی در مورد حداقل چهار اتفاق به وقوع پیوسته در منزل.

جلسه پنجم: مجادله و رویارویی با عقاید غیرمنطقی؛ چالش با باورهای غیرعقلانی با استفاده از روشهای مختلف مثل ایفای نقش، شوخ‌طبعی و الگوسازی؛ بررسی تکلیف جلسه قبل جهت افزایش آگاهی مادران در مورد شیوه برخوردشان.

جلسه ششم: ترغیب مادران جهت تغییر باورهایشان؛ بررسی طروحه‌های مادران و کمک به آنها جهت تغییر باورهایشان، جایگزینی باورهای غیرعقلانی با باورهای عقلانی.

تکلیف خانگی: جایگزینی باورهای غیرعقلانی با باورهای عقلانی طی جلسات و یادداشت نتیجه برخورد فرزند برای جلسه بعد.

جلسه هفتم: بررسی رابطه ABC در رابطه با موارد موجود در منزل برای هر یک از شرکت‌کنندگان؛ بررسی هر یک از موارد یادداشت شده جهت آگاهی شرکت‌کنندگان از غیرعقلانی بودن عقاید و جایگزینی عقاید عقلانی به جای آنها جهت رفتار بهتر در منزل.

جلسه هشتم: کمک شرکت‌کنندگان به یکدیگر و تعمیم موارد آموخته‌شده؛ در این جلسه از یکی از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود یک مشکل (باور غیرعقلانی) را توضیح دهد و بقیه جهت حل آن راه‌حل ارائه دهند. در صورت موفقیت در این مرحله، درمان خاتمه یافته و همچنین پس‌آزمون اجرا می‌شود.

#### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات مقیاس‌های سبک مقابله‌ای و تاب‌آوری در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱ نشان داده شده است.

گرفتن؛ خودکنترلی؛ طلب حمایت اجتماعی؛ پذیرش مسئولیت؛ گریز-اجتناب؛ حل مسأله برنامه‌ریزی شده؛ ارزیابی مجدد مثبت است. نمره گذاری پرسشنامه طبق طیف لیکرت و گویه‌های پرسشنامه در یک مقیاس چهار درجه‌ای ارزیابی میشود. ۱۶ عبارت این آزمون انحرافی هستند و ۵۰ عبارت دیگر شیوه مقابله فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. این پرسشنامه در دو خوشه راهبردهای مقابله‌ای مسأله مدار و هیجان مدار طبقه‌بندی می‌شود. پایایی این آزمون تحقیقی با استفاده از آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۹ به‌دست آمده است. همچنین همبستگی متوالی هر مقیاس مقابله در پنج رخداد استرس‌زا محاسبه شد که دامنه آن از ۰/۱۷ تا ۰/۴۷ به دست آمد (فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۶). در تحقیق شیرازی، خان و خان (۲۰۱۱)، نیز پایایی این آزمون برابر ۰/۸۵ به دست آمده است.

#### روش اجرا و تحلیل داده‌ها

پس از هماهنگی و کسب مجوز از مراجع ذیربط، با رعایت ملاحظات اخلاقی و آگاه سازی مادران و مسئولان مربوطه و کسب اجازه از آنها، از بین کلیه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مراجعه‌کننده به مرکز توانبخشی شفا شهر قزوین، به روش نمونه‌گیری در دسترس ۶۰ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل به طور مساوی قرار گرفتند. ابتدا از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد و پرسشنامه تاب‌آوری و سبک مقابله برای آنها تکمیل شد. در ادامه گروه آزمایش تحت هشت جلسه آموزش ۹۰ دقیقه‌ای گروه‌درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری، قرار گرفتند که دو ماه طول کشید و گروه کنترل مداخله دریافت نکرد. در انتها از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) تجزیه و تحلیل شد. پروتکل گروه درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری بر اساس رعایتی و همکاران (۱۳۹۹) مطابق با جدول ۱ تدوین و اجرا شد.

#### خلاصه محتوای جلسات آموزش گروه‌درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری

جلسه اول: ایجاد ارتباط اولیه؛ خوش‌آمدگویی و آشنایی اعضای گروه با درمانگر و یکدیگر، ایجاد ارتباط با اعضای گروه، شرح اهداف و قوانین گروه از جمله عدم غیبت، شرکت به‌موقع در جلسات، انجام تکالیف، بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر، توصیف کلی از رویکرد درمانی.

جلسه دوم: توضیح ارزش‌های درمان؛ توضیح ۱۰ ارزش گروه‌درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری که عبارت‌اند از: خطر جویی، واقع‌بینی (عدم آرمانگرایی)، تحمل زیاد ناکامی، مسئولیت فردی در قبال آسفتگی، نفع شخصی، خودگردانی، تحمل، قبول عدم قطعیت، انعطاف‌پذیری و تعهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات مقیاس‌های سبک مقابله‌ای و تاب‌آوری در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	کنترل		آزمایش	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	تاب‌آوری	۳۶/۵۳	۴/۸۶	۳۸/۵۰	۳/۹۶
	سبک مقابله‌ای	۶۴/۱۶	۸/۰۲	۶۴/۳۶	۶/۵۵
پس‌آزمون	تاب‌آوری	۳۷/۵۶	۵/۶۴	۶۱/۵۳	۴/۷۱
	سبک مقابله‌ای	۶۶/۱۶	۵/۵۹	۱۳۱/۱۶	۶/۹۴

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمرات در گروه کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تغییر محسوسی نداشته است اما در گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است که نشان‌دهنده اثربخشی آموزش‌ها است.

قبل از تحلیل داده‌ها توسط تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) پیش فرض‌های این نوع تحلیل آماری بررسی شد. بر اساس نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف، پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برای متغیرها در گروه کنترل و آزمایش تایید شد. نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که مفروضه همگنی واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون نیز رعایت شده است. در نهایت مفروضه همگنی شیب رگرسیون با استفاده از آزمون تجزیه و تحلیل کواریانس تعامل بین متغیر همپراش و متغیر مستقل نشان داد که تعامل متغیر مستقل و همپراش معنادار نیست و می‌توان نتیجه گرفت که مفروضه همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. به منظور مقایسه میانگین نمرات مولفه‌های سبک مقابله‌ای مادران کودکان کم‌توان ذهنی در پس‌آزمون از آزمون مانکوا استفاده شد. به این صورت که نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش کنترل شد و سپس نمرات پس‌آزمون مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون در مورد متغیر سبک مقابله‌ای در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون متغیر سبک مقابله‌ای

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین آماره F مجذورات	سطح معناداری	مجذور
پیش‌آزمون مقابله مستقیم	۱۱/۳۱	۱	۱۱/۳۱	۰/۰۴۳	۰/۳۰۶
پس‌آزمون مقابله مستقیم	۱۵/۱۵	۱	۱۵/۱۵	۰/۰۳۷	۰/۴۳۳
پس‌آزمون فاصله گرفتن	۲۰/۲۸	۱	۲۰/۲۸	۰/۰۲۷	۰/۵۶۱
پس‌آزمون خودکنترلی	۳۲/۱۱	۱	۳۲/۱۱	۰/۰۰۶	۰/۶۰۰
پس‌آزمون حمایت اجتماعی	۲۱/۲۹	۱	۲۱/۲۹	۰/۰۰۹	۰/۶۱۰
پس‌آزمون پذیرش مسئولیت	۲۶/۰۷	۱	۲۶/۰۷	۰/۰۳۲	۰/۶۸۹
پس‌آزمون اجتناب	۳۱/۳۰	۱	۳۱/۳۰	۰/۰۱۳	۰/۴۰۱
پس‌آزمون حل مسأله	۳۵/۳۷	۱	۳۵/۳۷	۰/۰۰۴	۰/۴۲۰
پس‌آزمون ارزیابی مجدد مثبت پس‌آزمون ارزیابی مجدد مثبت گروه	۴۶۹/۷۱	۱	۴۶۹/۷۱	۰/۰۰۰	۰/۶۹۶
پس‌آزمون مقابله مستقیم	۴۳۸/۹۹	۱	۴۳۸/۹۹	۰/۰۰۰	۰/۷۴۴
پس‌آزمون فاصله گرفتن	۷۱۰/۲۵	۱	۷۱۰/۲۵	۰/۰۰۰	۰/۸۱۸
پس‌آزمون خودکنترلی	۶۳۲/۰۵	۱	۶۳۲/۰۵	۰/۰۰۰	۰/۷۳۳
پس‌آزمون حمایت اجتماعی	۲۱۰/۲۵	۱	۲۱۰/۲۵	۰/۰۰۰	۰/۶۱۲
پس‌آزمون پذیرش مسئولیت	۸۳۵/۹۵	۱	۸۳۵/۹۵	۰/۰۰۰	۰/۷۵۷
پس‌آزمون اجتناب	۴۳۹/۱۳	۱	۴۳۹/۱۳	۰/۰۰۰	۰/۶۶۶
پس‌آزمون حل مسأله	۶۹۰/۴۳	۱	۶۹۰/۴۳	۰/۰۰۰	۰/۷۲۶
پس‌آزمون ارزیابی مجدد مثبت					

به منظور مقایسه میانگین نمرات مولفه‌های تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی در پس‌آزمون از آزمون مانکوا استفاده شد. نتایج تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون در مورد متغیر تاب‌آوری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون متغیر تاب‌آوری

منبع	مجموع درجه	میانگین	آماره سطح	مجذور
	مجذورات آزادی	مجذورات F	معناداری	اتا
پیش‌آزمون تحمل عواطف منفی - پس‌آزمون تحمل عواطف منفی	۱	۲۵/۲۶	۱۲/۹۴	۰/۳۱۷
پیش‌آزمون شایستگی - پس‌آزمون شایستگی	۱	۲۱/۹۴	۱۳/۳۵	۰/۳۰۷
پیش‌آزمون پذیرش عواطف مثبت - پس‌آزمون پذیرش عواطف مثبت	۱	۱۶/۰۰	۲۱/۰۳	۰/۵۱۹
پیش‌آزمون مهارت - پس‌آزمون مهارت	۱	۳۲/۶۰	۲۹/۳۷	۰/۷۰۷
پیش‌آزمون معنویت - پس‌آزمون معنویت	۱	۳۱/۹۸	۳۰/۲۵	۰/۷۰۵
گروه				
پس‌آزمون تحمل عواطف منفی	۱	۳۴۵/۹۵	۶۱/۸۵	۰/۵۳۹
پس‌آزمون شایستگی	۱	۳۷۴/۴۵	۶۸/۱۲	۰/۵۶۲
پس‌آزمون پذیرش عواطف مثبت	۱	۲۸۰/۴۸	۴۸/۳۳	۰/۴۷۷
پس‌آزمون مهارت	۱	۲۵۳/۱۹	۳۶/۶۴	۰/۴۰۹
پس‌آزمون معنویت	۱	۴۱۲/۱۱	۵۲/۲۰	۰/۴۹۶

همانطور که در جدول ۲ و ۳ مشاهده می‌شود تأثیر نمرات پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون معنی‌دار است (سطح معناداری بیشتر و مساوی ۰/۰۵). میتوان گفت همبستگی متغیر همپراش و مستقل رعایت شده است. نتایج بررسی گروه نیز نشان داد که مقدار F در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ معنادار گزارش شد (سطح معناداری بیشتر و مساوی ۰/۰۵). یعنی پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات دو گروه در پس‌آزمون وجود دارد. بنابراین فرضیه‌های پژوهش تأیید می‌شود. به این معنا که گروه درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری بر مولفه‌های سبک مقابله‌ای و مولفه‌های تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی اثر معنادار دارد. همچنین نتایج آزمون اثر پیلای نشان داد که سطح معنی‌داری آزمون، از ۰,۰۵ کمتر است (سطح معناداری کمتر و مساوی ۰/۰۵ و آماره F برابر با ۱۱۵/۹۷ و میزان تأثیر ۰/۶۵۶ برای متغیر سبک مقابله‌ای)، (سطح معناداری کمتر و مساوی ۰/۰۵ و آماره F برابر با ۶۱/۰۰ و میزان تأثیر ۰/۶۶۲ برای متغیر تاب‌آوری)، به این معنی که تفاوت پیش‌آزمون، پس‌آزمون، با یکدیگر معنی‌دار است.

#### بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد که گروه درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری بر مولفه‌های سبک مقابله‌ای و مولفه‌های تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی اثر معنادار دارد.

نتایج این پژوهش در مورد تأثیر گروه درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری بر مولفه‌های سبک مقابله‌ای (مقابل مستقیم، فاصله گرفتن، خودکنترلی، حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، اجتناب، حل مسأله، ارزیابی مجدد مثبت، مقابل مستقیم) مادران کودکان کم‌توان ذهنی با یافته‌های تحقیق اندینی، هافینا و فریدا (۲۰۲۰) اده، اوککه، چینوویا، اونا و ناکپادلو (۲۰۲۲) و دین، ترنر و وانگ (۲۰۱۷) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که به نظر لازاروس - فولکمن، مقابل فرآیندی است که بر حسب ارزیابی فرد از میزان موفقیت آمیز بودن تلاش‌هایش تغییر میکند، و این مقابل خودکار نبوده و الگو و آموخته‌ای از پاسخ دهی تلاشمند فرد به موقعیت تنیدگی‌هاست. آنها معتقدند نه رویدادهای محیطی و نه پاسخ فرد، هیچ یک نمیتواند تنیدگی را تعریف کند. بلکه ادراک فرد از موقعیت هاست که تنیدگی و شدت آن را تعیین میکند (فولکمن و لازاروس ۱۹۸۶). گروه درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری نیز به دنبال افزایش دانش افراد در مورد علت هیجانات و رفتارهای مخرب است. این روش درمان، باورهای عقلانی و غیرعقلانی را اساسی‌ترین عوامل آسیب‌پذیری و انعطاف‌ناختی می‌داند و به باورهای عقلانی و غیرعقلانی در سیستم اعتقادی توجه می‌کند (بایرا و چیرینکالو ۲۰۲۲). باورهای عقلانی می‌تواند باعث بهبود سبک‌های مقابل شود به صورتی که باعث افزایش تمایلات انعطاف‌پذیر، کاهش باورهای غیر فاجعه‌آمیز (اشاره به ارزیابی واقعیت‌های منفی زندگی به معنای واقعی)، تحمل سرخوردگی بالا (می‌توان بردبار بود و در برابر رویدادهای غیرقابل تحمل مقاومت کرد) و پذیرش بدون قید و شرط خود و دیگران (پذیرش بی‌قید و شرط خود،

دیگران و جهان، حتی اگر چیزی برخلاف میل فرد اتفاق بیافتد) در آنها شوند (هایلند، شولین، آدامسون و بودزک ۲۰۱۴). مادران دارای کودک کم توان ذهنی از طریق گروه درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری، افکار و باورهای غیرمنطقی خود را اصلاح نموده و افکار غیرمنطقی خود را با قدرت به سمت آگاهی آنها سوق داده و نسبت به آنها آگاه شدند. به آنها نشان داده شد که چگونه این افکار غیرمنطقی باعث ناراحتی هیجانی آنها شده است و به آنها آموزش داده شد که چگونه این جملات غیرمنطقی را بازاندیشی و بازسازی کنند و آنها را به افکار منطقی تبدیل کنند. بنابراین، آنها توانستند از خود تحریبی دست برداشته و به فلسفه زندگی انعطاف پذیرتر و واقع بینانه دست یابند. به علت قالب گروهی، مادران به اعضای گروه کمک نمودند تا به آسانی باورهای غیر منطقی و طرحواره‌های شناختی را که موجب حفظ آشفتگی شده است، شناسایی کنند و سبک‌های مقابله خود را بهبود بخشند. چرا که خود مادران دارای کودک کم توان ذهنی نسبت به دیگر مادران بهتر می‌توانند در درک شناخت‌های اساسی که موجب هیجانات تجربه شده ناسالم شده است، کمک کننده باشند. این مادران به واسطه بهبود سبک‌های مقابله، یاد گرفتند که از موقعیت‌های فشار زا اجتناب کنند و راه‌حلی را برای تنیدگی و فشار روانی خود بیابند. همچنین آنها قادر شدند از طریق تفکرات عقلانی و پذیرش شرایط زندگی، موقعیت نامطلوب را کنترل کنند و فعالیت‌های خود را اولویت بندی نموده تا به همه امور زندگی برسند و با شرایط زندگی خود سازگار شوند.

همچنین نتایج این پژوهش در مورد تأثیر گروه درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری بر مولفه‌های تاب‌آوری (تحمل عواطف منفی، شایستگی، پذیرش عواطف مثبت، طلب مهار، معنویت) مادران کودکان کم توان ذهنی، با یافته‌های تحقیق

رعنا، غنایی، چمن آباد، کیمیایی و منصور (۲۰۲۰)، اسدپور (۲۰۲۲)، نورمحمدی، عارفی، افشاینی و کاکابرایی (۲۰۱۹) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که طبق نظریه توانمندی محور، تاب‌آوری باعث تحول مثبت فرد شده و بر رشد توانمندی‌ها، استعدادها، طبیعی، صلاحیت و شایستگی فرد برای ایجاد یک سازگاری موفقیت آمیز و مثبت در تعامل با دنیای بیرونی تأکید دارد (ماستن، لوک، نلسون و استالوورثی ۲۰۲۱). والدین دارای کودکان کم توان ذهنی هرچقدر تاب‌آورتر باشند، توان عملکرد مثبت در شرایط ناگوارشان بالاتر می‌رود و در برابر رنج ناشی از نگهداری فرزندان‌شان مقاومت خواهند بود و کیفیت زندگی‌شان هم بالاتر خواهد رفت (اده، اوکک، چینووبا، اونا و ناکپادلو ۲۰۲۲). طی جلسات گروه درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری، مادران دارای کودک کم توان ذهنی یاد گرفتند که تمام انسان‌ها راه خود را می‌روند و شرایط افراد با یکدیگر متفاوت است؛ بنابراین خوب است که افراد بدون آنکه برای اثبات خود احساس اجبار کنند، خودشان را بدون قید و شرط قبول کنند. همچنین این مادران یاد گرفتند که ناکامی و موانع بخشی از زندگی طبیعی است و آنها به تحمل ناکامی و تأخیر خواسته‌ها تشویق شدند و توان سازگاری و انعطاف پذیری آنها افزایش یافت. همچنین مادران دارای کودک کم توان ذهنی یاد گرفتند که اعمال خود را ارزش گذاری نکنند و قضاوت منفی در مورد وجود خود، خصلت‌ها و رفتارهای خود نداشته باشند (اوگوو ۲۰۱۸). در جلسات گروه درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری هنگامی که مادران فهمیدند که اعضای دیگر گروه در بعضی از مشکلات آنها شریک اند، به یکدیگر کمک نمودند که در این تلاش، کمتر احساس انزوا کنند. به این ترتیب آنها در گروه درمانی توانستند

حمایت بالایی برای یکدیگر فراهم کنند. مادرانی که قبلاً پیشرفت‌هایی برای غلبه بر مشکلات‌شان داشته‌اند توانستند از طریق پذیرش عواطف مثبت برای کسانی که هنوز درگیر رنج هستند، امید و القا فراهم کنند و تاب‌آوری آنها را از طریق تحمل عواطف منفی افزایش دهند.

پژوهش حاضر در فرایند خود با محدودیت‌هایی رو به رو بود. از محدودیت‌های این تحقیق، جامعه آماری منحصر به مادران کودکان کم توان ذهنی می‌باشد که باید در تعمیم نتایج به دیگر افراد احتیاط نمود. از جمله محدودیت‌های دیگر پژوهش عدم انتخاب افراد نمونه به صورت تصادفی و عدم وجود دوره پیگیری است. پیشنهاد می‌شود این تحقیق بر روی سایر افراد جامعه، جنسیت مرد و همراه با دوره پیگیری نیز انجام شود و اثر بخشی گروه درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری بر سایر متغیرهای روانشناختی نیز بررسی شود.

با توجه به نتایج پیشنهاد می‌شود که با توجه به تأثیر گروه درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری بر جنبه‌های مختلف روان در مادران دارای کودک با نیازهای ویژه، از این روش برای این دسته از افراد استفاده شود. همچنین به منظور آگاهی بخشی و پذیرش این مادران، جلساتی در خصوص آگاهی بخشی و اطلاع رسانی در خصوص افراد کم توان ذهنی و مراقبت‌های مورد نیاز و واقعیت نگری نیز برگزار شود تا احساس عدم قطعیت و ناامیدی در خصوص این کودکان از بین رفته و در نتیجه اثر بخشی این روش افزایش یابد. پیشنهاد می‌شود که مادران دارای کودک کم توان ذهنی، پس از بهبودی در جلسات گروه درمانی عقلانی، هیجانی و رفتاری طی جلساتی در خصوص بیماری کودکان خود و همچنین ترس‌ها و استرس‌های خود صحبت کنند تا از طریق بهبود حس کنترل و تسلط بر بیماری فرزندان‌شان، تأثیر جلسات افزایش یابد.

## References:

- Andini, R., Hafina, A., & Farida, E. (2020). Rational Emotive Behaviour Therapy Counselling with Imagery Technique to Improve Resilience of Teenage as Victims of Divorce. In International Conference on Elementary Education. 2, (1), 220-236. e-ISSN: 2808-8263
- Asadpour, S. (2022). The Effect of of Rational-Emotive-Behavioral Therapy (REBT) on Resiliency of Mothers of Children with Phenylketonuria (PKU). Pars Journal of Medical Sciences, 15(4), 29-35. DOI:10.52547/jmj.15.4.29. [Persian].
- Asnaani, A., Alpert, E., McLean, C. P., & Foa, E. B. (2015). Resilient but addicted: the impact of resilience on the relationship between smoking withdrawal and PTSD. Journal of psychiatric research, 65, 146-153. DOI:10.1016/j.jpsychires.2015.03.021.
- Balkis, M., & Duru, E. (2019). The protective role of rational beliefs on the relationship between irrational beliefs, emotional states of stress, depression and anxiety. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 37(1), 96-112. DOI:10.1007/s10942-018-0305-7.
- Berjis, M., Hakim Javadi, M., Taher, M., Lavasani, M. G., & Hossein Khanzadeh, A. (2013). A comparison of the amount of worry, hope and meaning of life in the mothers of deaf children, children with autism, and children with learning disability. Journal of Learning Disabilities, 3(1), 6-27. doi: jld-3-1-92-7-1. [Persian]
- Byra, S., & Ćwirynkało, K. (2022). Resilience, coping, and posttraumatic growth in fathers of children with intellectual disabilities: Stress as moderator. Family Relations. 8(2), 106. doi.org/10.1111/fare.12750.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and anxiety, 18(2), 76-82. DOI: 10.1002/da.10113 .
- Deen, S., Turner, M. J., & Wong, R. S. (2017). The effects of REBT, and the use of credos, on irrational beliefs and resilience qualities in athletes. The Sport Psychologist, 31(3), 249-263.
- Ede, M. O., Okeke, C. I., Chinweuba, N. H., Onah, S. O., & Nwakpadolu, G. M. (2022). Testing the efficacy of family health-model of REBT on family values and quality of family life among parents of children with visual impairment. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 40(2), 252-277. DOI: 10.1007/s10942-021-00409-z .
- Esmailpour Dilmaghani, R., Panahali, A., Aghdasi, A. N., & Khademi, A. (2022). The Effectiveness of Group Logo Therapy on Death Anxiety, Feeling of Loneliness and Meaning of Life in the Elderly Women with Fear of Coronavirus. Aging Psychology, 8(2), 147-135. doi: 10.22126/jap.2022.7755.1622. [Persian]
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. Journal of abnormal psychology, 95(2), 107. DOI: 10.1037//0021-843x.95.2.107.
- Hyland, P., Shevlin, M., Adamson, G., & Boduszek, D. (2014). The moderating role of rational beliefs in the relationship between irrational beliefs and posttraumatic stress symptomatology. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 42(3), 312-326. DOI:10.1017/S1352465813000064
- Jowkar, B., Friborg, O., & Hjemdal, O. (2010). Cross-cultural validation of the Resilience Scale for Adults (RSA) in Iran. Scandinavian journal of psychology, 51(5), 418-425. doi.org/10.1111/j.1467-9450.2009.00794.x
- Kumpfer, K. L. (2002). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. Resilience and development: Positive life adaptations, 179-224. DOI:10.1007/0-306-47167-1\_9.
- Masten, A. S., Lucke, C. M., Nelson, K. M., & Stallworthy, I. C. (2021). Resilience in development and psychopathology: Multi-system perspectives. Annual Review of Clinical Psychology, 17, 521-549. doi.org/10.1146/annurev-climpsy-081219-120307.
- Noormohamadi, S. M., Arefi, M., Afshaini, K., & Kakabaraee, K. (2019). The effect of rational-emotive behavior therapy on anxiety and resilience in students. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 34(1), 20190099. doi.org/10.1515/ijamh-2019-0099. [Persian].
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. Journal of adolescence, 26(1), 1-11. DOI: 10.1016/s0140-1971(02)00118-5 .
- Ranaee, Z., Ghanaei Chamanabad, A., Kimiaee, S. A., & Mansouri, A. (2020). The effectiveness of rational emotive behavior group therapy on the executive functions and mental health in mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Clinical psychology and personality, 15(2), 133-142. 10.22070/cpap.2020.2823.[P]
- Shirazi, M., Khan, M. A., & Khan, R. A. (2011). Coping strategies: a cross-cultural study. Romanian Journal of Psychology, Psychotherapy and Neuroscience, 1(2), 284-302. DOI:10.52547/jmj.16.3.30. [Persian].
- Ugwu, J. C. (2018). Rational emotive behaviour therapy (REBT): An intervention strategy for counselling parents of children living with disability. American Journal of Educational Research, 6(3), 214-219. DOI: 10.12691/education-6-3-9.
- Ugwuanyi, L. T., Egbe, C. I., Nnamani, A. P., Ubah, J. C., Adaka, T. A., Adama, G. N., ... & Otu, M. S. (2022). Rational emotive health therapy for the management of depressive symptoms among parents of children with intellectual and reading disabilities in English language. Medicine, 101(32), e30039. DOI: 10.1097/MD.00000000000030039.