©2021 ASP Ins., Afarand Scholarly Publishing Institute, Iran

ISSN: 2322-2166: Journal of Islamic Life Style, 2021:5: 86-92

The Effectiveness of Integrated Monotheistic Treatment on the Tolerance of Disturbance of Mothers with Mentally Retarded Children with a Moderating Role of Religious Beliefs

ARTICLE INFO

Article Type
Analytical Review

Authors
Mahnaz Talebi[1],
Farah Naderi[*2],
Saeed Bakhtiarpour[3],
Sahar Safarzadeh[4]

How to cite this article
Mahnaz Talebi, Farah Naderi, Saeed Bakhtiarpour, Sahar Safarzadeh, The Effectiveness of Integrated Monotheistic Treatment on the Tolerance of Disturbance of Mothers with Mentally Retarded Children with a Moderating Role of Religious Beliefs. Islamic Life Style. 2021; 5 :86-92

1. PhD Student in Exceptional Child Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2. Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

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

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

* *Correspondence:*
Address:
Phone:
Email: nmafrah@yahoo.com

Article History
Received: 2020/11/30
Accepted: 2021/05/10

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to determine the effectiveness of integrated monotheistic treatment on the tolerance of disturbances of mothers with mentally retarded children with a moderating role of religious beliefs.

Materials and Methods: The present study was a subset of quantitative research in terms of practical purpose in terms of data collection. The present research method was quasi-experimental and its design was pretest-posttest with a control group. The statistical population of the study included all mothers of mentally retarded children in Tehran in 2019. Among the above statistical population based on the available sampling method, 30 people (15 in the experimental group and 15 in the control group) in accordance with the inclusion criteria And were selected by random substitution in experimental and control groups. Both groups were assessed by Simmons and Gahr turbulence tolerance scale and religious beliefs questionnaire by Sirajzadeh. Then the experimental group underwent 15 sessions of integrated monotheistic treatment and the control group did not receive any intervention. Was done. And research data were analyzed using analysis of covariance.

Findings: The results of data analysis showed that integrated monotheistic treatment has a significant effect on increasing the disturbance tolerance of mothers with mentally retarded children. Religious beliefs also have a significant moderating role on disturbance tolerance in mothers with low children .It has mental potential. Thus, integrated monotheistic treatment has been more effective on subjects with higher religious beliefs than subjects with lower religious beliefs (P <.01).

Conclusion: Considering the effectiveness of integrated monotheistic treatment in increasing the disturbance tolerance of mothers with mentally retarded children, the present approach can be used by psychologists and counselors as an effective approach to improve the psychological well-being of mothers with exceptional children

Keywords: Monotheistic integrated treatment, Perturbation tolerance, Mentally retarded children, Religious beliefs

[Downloaded from islamiclifej.com on 2024-03-29]

اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر تحمل آشفتگی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی با نقش تعدیل کننده باورهای مذهبی

مهناز طالبی[۱]،
دانشجوی دکتری روانشناسی کودکان استثنایی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
فرح نادری*[۲]،
استاد، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
سعید بختیار پور[۳]،
دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
سحر صفر زاده[۴]
استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

چکیده
هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر تحمل آشفتگی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی با نقش تعدیل کننده باورهای مذهبی انجام شد.
مواد و روش ها: پژوهش حاضر از نظر هدف کابردی از نظر گرد آوری داده ها زیر مجموعه پژوهش های کمی بود، روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح آن پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران داری کودکان کم توان ذهنی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود، از میان جامعه آماری فوق براساس روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) با رعایت ملاک های ورود به پژوهش و با جایگزینی تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل انتخاب شدند. هر دو گروه با مقیاس تحمل آشفتگی سیمونز و گاهر و پرسشنامه باورهای مذهبی توسط سراج زاده مورد سنجش قرار گرفتند سپس گروه آزمایش تحت ۱۵ جلسه درمان یکپارچه توحیدی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد پس از اتمام دره از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. و با استفاده از تحلیل کواریانس داده های پژوهش مورد تحلیل قرار گرفتند.
یافته‌ها: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که درمان یکپارچه توحیدی در افزایش تحمل آشفتگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی تاثیر معنا دار دارد.هم چنین باورهای مذهبی نقش تعدیل‌کننده‌ی معناداری بر تحمل آشفتگی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی دارد.به این صورت است که درمان یکپارچه توحیدی بر روی آزمودنی هایی که باورهای مذهبی بالاتری داشتند، به نسبت آزمودنی هایی که باورهای مذهبی پایین تری داشتند، اثربخشی بیشتری داشته است($P<.01$)
نتیجه‌گیری: با توجه به اثر بخشی درمان یکپارچه توحیدی در افزایش تحمل آشفتگی مادرن دارای کودک کم توان ذهنی، رویکرد حاضر می تواند از طرف روانشناسان و مشاوران به عنوان رویکردی موثر در زمینه بهبود بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودکان استثنایی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: درمان یکپارچه توحیدی، تحمل آشفتگی، کودکان کم توان ذهنی،باورهای مذهبی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۱۰
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۲۰

***نویسنده مسئول:** nmafrah@yahoo.com

مقدمه
خانواده سیستمی پویا و متشکل از افرادی است که با احساس تعلق و هویت منحصربه فرد در صدد ایجاد یک محیط امن می باشند، این سیستم، افراد را از لحاظ عاطفی، اقتصادی و اجتماعی حمایت می‌کند و وجود یک اختلال در خانواده عملکرد کل خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد(۱). کودک عامل گسترش نسل در خانواده است و تولد و حضور کودکی با کم توانی ذهنی در هر خانواده ای می تواند رویدادی نامطلوب و چالش زا تلقی شود که احتمال تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و نومیدی را به دنبال خواهد داشت. بنابراین تولد کودک کم توان ذهنی کانون خانواده را با مسائل متعددی روبه رو می سازد(۲).از این رو مراقبان کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی، بار فیزیکی و ذهنی زیادی را تجربه می کنند و نسبت به والدین دارای فرزند عادی، سطح بالاتری از بار مسئولیت، فشار روانی و همچنین مشکلات سلامت روان را گزارش می دهند(۳).

در سیستم خانواده ای که دارای کودک با کم توانی ذهنی است، مادران بیشتر از پدران استرس می گیرند و احتمالاً این ناشی از درگیری بیشتر مادر با کودک است (۴). زیرا مادران این کودکان در مقایسه با پدران 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، در معرض تنش و آسیب‌های روانی بیشتری قرار می‌گیرند (۵). بنابراین تنش های عمده ای از این جهت متوجه مادر است(۶)، بدین ترتیب کودک دارای معلولیت و چالش های ذاتی آن می تواند منجر به احساساتی، در مادر از قبیل احساس خشم، عصبانیت، گناه، تنهایی و ناامیدی تنیدگی روانی شود(۷). اضطراب و فشار روانی که به مادران این کودکان وارد می شود منجر به ایجاد مشکلاتی در نقش والدگری ایشان شده و سلامت روان آنان را تهدید می کند و در نتیجه منجر به افزایش پریشانی این مادران می شود(۸).

چنانچه نتایج پژوهش های مختلف حاکی از پایین بودن تحمل آشفتگی[۱] در این مادران است (۹). کاهش سطح تحمل پریشانی یکی از علائم روانشناختی مهم در خانواده های دارای فرزند بیمار است که در رابطه با توانایی تجزیه وتحلیل موقعیت های روانشناختی، نمود می یابد. آشفتگی ممکن است حاصل فرایندهای فیزیکی و شناختی باشد، ولی بازنمایی آن به صورت حالات هیجانی منفی است که اغلب با تمایل به واکنش جهت رهایی از تجربه هیجانی منفی آشکار می شود(۱۰). چنانچه باکر و هرگر تحمل آشفتگی[۲] والدین را یکی از مواردی می داند که بر رابطه والدین با فرزند تأثیر می گذارد.افراد با تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی نظمی رفتاری می شوند و تجربه آشفتگی هیجانی را توان فرسا و

[۱]. distress tolerance

[۲] distress tolerance

[Downloaded from islamiclifej.com on 2024-03-29]

غیرقابل پذیرش ارزیابی می کنند و در نتیجه برای تسکین این حالت هیجانی منفی، کوشش می کنند ولی اغلب مواقع قادر به تمرکز توجه خود به موضوعی غیر از احساس پریشانیشان نیستند، سطوح بالای پریشانی والدین سبب می شود که به استفاده از شیوه های انعطاف ناپذیر و پرخاشگرانه، گرایش بیشتری داشته باشند و کمتر از برنامه های درمانی و خدمات ارائه شده برای تربیت کودکان بهره ببرند، که همین موضوع تأثیرات منفی بر تحول کودکان گذاشته و پیامدهای مخرب بیشتری را منجر می شود(۱۱).

در همین راستا استفاده از رویکرد هایی که بتواند منجر به توانمندسازی مادران دارای کودک کم توان ذهنی شود، ضروری به نظر می رسد از آنجا که معنویت به عنوان یک مکانیسم مقابله ای ارزشمند عمل می کند و به افراد در کنارآمدن با استرس کمک می نماید و روشی است که افراد به جستجو و بیان معنا، هدف و تعالی می پردازد و غالباً با احساس اتصال به لحظه، خود، خانواده، دیگران، جامعه، طبیعت و ... گره خورده است(۱۲). لذا رویکرد های مبتنی بر معنویت می تواند تأمین کننده نیازهای شخصیتی از قبیل تندرستی، امید، نیروی درونی و آرامش است(۱۳). بنابراین در پژوهش حاضر از رویکرد، درمان یکپارچه توحیدی[۳] استفاده شده است. این روش با تأکید بر ارتقای رشد و تحول انسانی، به فرد امکان می‌دهد تا با جست و جوی معنای متعالی برای زندگی و تلاش برای درک خویشتن خویش، به توسعهٔ روشی برای زندگی خود بپردازد. ایجاد خود آگاهی و بینش، بازسازی سبک زندگی، کمک به مراجع برای بازیابی تجربه‌های اولیه و حل تعارض‌های سرکوب شده و کسب ایمان معنوی، بخشی از این تحولات هستند. به چالش طلبیدن مفروضات و اهداف بنیادی مراجع، ایجاد نشاط، امید و دلگرمی در وی، تغییر انگیزه‌های معیوب و کمک به او برای افزایش توان خودمهارگری و تسلط بر خویشتن، ایجاد حس مسئولیت پذیری، بالا رفتن عزت نفس و اعتماد به استعدادها، توانایی‌ها و امکاناتش و تشویق وی برای استفادهٔ بهینه از آنها بخش دیگری از تحولات بهبودی بخشند که در این رویکرد مورد توجه هستند (۱۴). تلاش‌های اولیه در درمان یکپارچه توحیدی، عمدتاً برای کاهش فشار نشانه‌ها و موقعیت‌های مشکل ساز هستند؛ و با گذشت درمان در ابعاد عمیق تر رفتاری، شناختی، عاطفی، خانوادگی، اجتماعی و معنوی تغییرات پایدارتری ایجاد می‌شود. دستیابی به اهداف درمانی یاد شده نیازمند وقوع تحولات گسترده، در ابعاد گوناگون زندگی مراجع است. پژوهش‌های مختلف به اثربخشی این روش درمانی بر سلامت روان مادران باتجربه زیسته سوگ فرزند؛ بهبود خود متمایزسازی و خشونت زوجین؛ کاهش افکار خودکشی و تغیرشناختی هیجان در افراد اقدام کننده به خودکشی؛ تغییر پاسخ‌های مقابله‌ای دانشجویان دختر مضطرب؛ درمان اختلالات روانی؛ بهبود بهزیستی معنوی و افزایش کنار آمدن در بیماران مبتلا به سرطان پستان اشاره داشته‌اند(۱۶).

از طرفی، ذکر این نکته لازم است که درمان‌های مذهبی در صورتی بر افراد مختلف اثرگذار خواهند بود که فرد، از حدی از ویژگی‌ها و اعتقادات مذهبی برخوردار باشد و از آنجا که مذهب نقش جدایی ناپذیری در مقابله افراد با حوادث استرس زا بازی می‌کند ،نقش مهمی در مقابله با رویدادهای منفی زندگی دارد و سلامت جسمانی و روانی افراد را پیش بینی می کند. در واقع عقاید و اعمال دینی در قالب شیوه های خاصی از مقابله دینی نمایان می شود و به طور مستقیم بر سلامتی فرد در موقعیت های تنیدگی زای روانی- اجتماعی تاثیر می گذارد(۱۷). بهرامی و رضاپور در پژوهشی نشان دادند جهت گیری مذهبی نقش مهمی در تبیین سلامت روان مادران کودکان کم توان ذهنی دارد. پس می توان گفت به این علت که مادران کودکان کم توان ذهنی فشارهای روانی خاصی را تجربه می کنند در مواجهه با موقعیت های استرس زای زندگی خود و همچنین یافتن معنا در زندگی، از مذهب به عنوان یکی از شیوه های مقابله ای استفاده می کنند. لذا با توجه به مطالب ذکر شده و نقش بار های مذهبی در مقابله با شرایط استرس زای زندگی و اثر بخشی درمان یکپارچه توحیدی در زمینه های مختلف پژوهش حاضر در صدد بررسی اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر تحمل آشفتگی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی با نقش تعدیل کننده باورهای مذهبی می باشد(۱۸).

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نظر هدف کابردی از نظر گرد آوری داده ها زیر مجموعه پژوهش های کمی بود، روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح آن پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران داری کودکان کم توان ذهنی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود، از میان جامعه آماری فوق براساس روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) با رعایت ملاک های ورود به پژوهش و با جایگزینی تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل انتخاب شدند. بدین صورت که پس از کسب مجوزهای لازم و هماهنگی با اداره آموزش و پرورش استثنایی شهر تهران به مدارس کودکان کم توان ذهنی مراجعه شد و ضمن بیان اهداف ، اهمیت و ضرورت پژوهش از مسولان مدارس درخواست همکاری شد، سپس با مادران تماس گرفته شد و پس از توضیح اهداف پژوهش و جلب رضایت آنان ،مادرانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شده و برای شرکت درپژوهش ازآنها دعوت به عمل آمد و به صورت در دسترس تعداد ۳۰ نفر از مادران دارای کودک کم توان ذهنی که واجد شرایط لازم برای ورود به پژوهش بودند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل جایگزین شدند، گروه آزمایش ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای دو بار مداخله ای مبتنی بر درمان یکپارچه توحیدی را دریافت نمودند. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش برای گروه کنترل بعد از

[۳]. Monotheist Cal Integrated Therapy

[Downloaded from islamiclifej.com on 2024-03-29]

پژوهش جلسات درمانی برگزار شد. ملاک های ورود به پژوهش شامل:۱. نمره پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه تحمل آشفتگی ،۲. دارای حداقل یک فرزند معلول،۳. سن بین ۲۵ تا ۴۵ سال،۴. حداقل سواد سیکل، ۵. رضایت آگاهانه، ۶. عدم استفاده از روش های آموزشی دیگر به طور همزمان بود. 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. بود. در این مقاله کلیه اصول اخلاقی مورد بررسی قرار گرفت.شرکت کننده گان از اجرای مراحل هدف تحقیق مطلع شدند، فرم رضایت آگاهانه را امضا کردند. همچنین آنها از محرمانه بودن اطلاعات خود اطمینان حاصل کردند علاوه بر این، به آنها اجازه داده شد که هر زمان بخواهند مطالعه را ترک کنند و در صورت تمایل، نتایج تحقیق در دسترس آنها خواهد بود، تحلیل داده ها با استفاده از آزمون لوین و تحلیل کواریانس در افزار نرم SPSS نسخه۲۲ انجام شد.

محتوای جلسات درمان یکپارچه توحیدی محتوای جلسات مبتنی بر روش درمان یکپارچه توحیدی طبق پروتکل تهیه شده توسط شریفی نیا در قالب یک برنامه گروهی ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شرح زیر اجرا شد.

جدول ۱. جلسات درمانی یکپارچه توحیدی بر اساس پروتکل شریفی نیا

جلسه	موضوع و هدف جلسه
۱	معارفه و آشنایی با مقررات گروه درمانی آشنایی اعضاء با هم و قوانین گروه درمانی یکپارچه توحیدی
۲	آموزش تن آرامی: توانایی انجام تن آرامی در جلسات و موقعیت‌های بحرانی و بررسی انگیزه تغییر در اعضا
۳	بررسی مشکلات اعضا و تعیین اولویت‌های درمانی: تشخیص مشکلات و توانایی اولویت بندی
۴	شناسایی علل گرایش به خودکشی و راهکارهای متعدد جهت جلوگیری از خودکشی
۵	شکستن انکار و تقویت صداقت و راستگویی و پذیرش اشتباه‌های خود و انتقادهای دیگران و افزایش آستانه تحمل
۶	نقش رابطه با خدا در احساس نشاط و خودشکوفایی
۷	توبه یا بازگشت به خدا و درگیر نمودن بعد معنوی در فرایند تغییر
۸	تقویت حالات معنوی و ارتقای رابطه با خدا
۹	تعمیق روح خداپرستی
۱۰	وظایف و مسئولیت‌های فرد در زندگی
۱۱	بررسی معنا و اهداف زندگی و گسترش شبکه حمایت اجتماعی
۱۲	اشتغال و کار آفرینی و افزایش خود کار آمدی
۱۳	مراقبه و نیایش و رشد احساس معنوی و خود مهارگری
۱۴	بخشایشگری، آموزش بخشایشگری، فواید و پیامدهای عفو و گذشت، فرایند بخشیدن، کاربردهای عملی عفو و گذشت
۱۵	جمع بندی و نتیجه گیری، ارزیابی نتایج گروه درمانی از سوی اعضای گروه

۴. Distress Tolerance Scale

۵. Simmons & Gahr

– مقیاس تحمل آشفتگی[۴]

مقیاس تحمل آشفتگی، یک شاخص خودسنجی تحمل آشفتگی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر[۵] (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 تنظیم کننده 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 کرده اند. همبستگی درونی پس از گذشت ۶ ماه، ۰,۶۱ بود. هم چنین، مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرای اولیه خوبی است. در پژوهش اندامی خشک آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰,۸۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر، برای تعیین اعتبار پرسشنامۀ تحمل آشفتگی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰,۸۶ به دست آمده است.

–پرسشنامه باورهای مذهبی[۶]:پرسشنامه باورهای مذهبی توسط سراج زاده (۱۳۷۸) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۲۶ عبارت است که چهار بعد (زیر مقیاس) دینداری شامل بعد اعتقادی (عبارات ۱ تا ۷)، بعد تجربه ای یا عواطف دینی (عبارات ۸ تا ۱۳)، بعد پیامدی (عبارات ۱۴ تا ۱۹)، بعد مناسکی (عبارات۲۰ تا ۲۶) را می‌سنجد. هر چه نمره فرد در بعدی بالاتر باشد شدت نگرش مذهبی فرد در آن بعد خاص بیشتر است. همین تفسیر در مورد شاخص نمره کل نیز صدق می‌کند. شریفی (۱۳۸۱) اعتبار کل این آزمون به روش تصنیف و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۸ و اعتبار آن ۰/۴۵ برآورد شد. هم چنین روایی و اعتبار همه ابعاد نیز معنادار و در سطح رضایت بود.اعتبار این ابزار در پژوهش حاضر حاضر ۰/۸۰ به دست آمد.

یافته ها

تحلیل ها برای ۳۰ نفر از مادران دارای کودک کم توان ذهنی(گروه آزمایش ۱۵ نفر معادل ۵۰ درصد و گروه کنترل ۱۵ نفر معادل ۵۰ درصد) انجام شد. از این تعداد ۵۳,۳۳ درصد از مادران گروه آزمایش ۶۰ درصد از مادران گروه کنترل دارای تحصیلات کارشناسی، ۳۳,۳ درصد از مادران گروه آزمایش ۲۰ درصد از مادران گروه کنترل دارای تحصیلات دیپلم و ۱۳,۳۳ درصد از مادران گروه آزمایش و ۲۰ درصد از مادران گروه کنترل

۶. Religious Beliefs Questionnaire

[Downloaded from islamiclifej.com on 2024-03-29]

دارای تحصیلات بالاتر از کارشناسی ارشد بودند، بحث و نتیجه گیری:همچنین اکثر مادران در گروه آزمایش(۴۰ درصد) و گروه کنترل(۳۳,۳۳ درصد) در رده سنی ۳۵-۳۱ سال بودند اکثر مادران در هر دو گروه خانه دار بودند.

جدول ۲. نتایج آزمون بهنجاری توزیع نمره‌های تحمل آشفتگی گروه آزمایشی و کنترل

گروه	شاخص های آماری	آزمون کولموگروف - اسمیرنف	
	متغیر	Z	سطح معنی داری
گروه آزمایش	تحمل آشفتگی	۰,۱۸۹	۰,۵۸۳
گروه کنترل	تحمل آشفتگی	۰,۳۲۶	۰,۲۰۰

همان طور که در جدول (۲) نشان داده شده است، با توجه به سطح عدم معنی داری در گروه‌های آزمایشی و کنترل در آزمون کولموگروف- اسمیرونوف، فرض بهنجاری توزیع نمره‌های متغیردر گروه مورد پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. بمابراین میتان از تحلیل کورایانس استفاده کرد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس روی میانگین پس‌آزمون تحمل آشفتگی گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
تحمل آشفتگی	۳۹۵۰,۴۲۳	۲	۱۹۷۵,۲۱۲	۶۶,۶۷	۰,۰۰۱	۰,۵۱۹	۰,۹۹

همان طور که در جدول (۲) ملاحظه می‌شود نسبت F تحلیل کواریانس تک متغیری برای متغیر تحمل آشفتگی (F=۶۶,۶۷ و P<۰,۰۱) که به عبارت دیگر، درمان یکپارچه توحیدی با توجه به میانگین خ تحمل آشفتگی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش تحمل آشفتگی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۱۹ می‌باشد. به عبارت دیگر، ۵۱,۹ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون تحمل آشفتگی مربوط به تاثیر درمان یکپارچه توحیدی می‌باشد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی نقش تعدیل کننده باورهای مذهبی در اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر تحمل آشفتگی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
تحمل آشفتگی	۶۴۰,۶۳۰	۲	۳۲۰,۳۱۵	۱۵,۶۱۷	۰,۰۰۱	۰,۳۸۹	۰,۹۹

مطابق جدول (۳) نتایج تحلیل کواریانس نشان می دهد که متغیر باورهای مذهبی نقش تعدیل کننده معناداری بر تحمل آشفتگی (F=۱۵,۶۱۷ و P<۰,۰۱)، تفسیر نقش تعدیل کننده به این صورت است که درمان یکپارچه توحیدی بر روی آزمودنی هایی که باورهای مذهبی بالاتری داشتند، به نسبت آزمودنی هایی که باورهای مذهبی پایین تری داشتند، اثربخشی بیشتری داشته است.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی درمان یکپارچه توحیدی بر تحمل آشفتگی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی با نقش تعدیل کننده باورهای مذهبی انجام شد، نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که درمان یکپارچه توحیدی در افزایش تحمل آشفتگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی تاثیر معنا دار دارد این یا فته همسو با نتایج تحقیقات طیبی، موحدی و همکاران بود(۲۰-۱۹).

هم چنین باورهای مذهبی نقش تعدیل‌کننده‌ی معناداری بر تحمل آشفتگی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی دارد. در تبیین اثر بخشی درمان یکپارچه توحیدی بر تحمل آشفتگی مادران می توان چنین گفت که درمان یکپارچه توحیدی از طریق تقویت خدامحوری در افراد و هم چنین پرورش معانی معنوی محور این امکان را در اختیار آن‌ها قرار می‌دهد که در مسیر تحقق اهداف زندگی خود گام بردارند و در برخورد با مصائب سرسختی بیش-تری از خود نشان دهند. درواقع این رویکرد درمانی با پرورش صبر در اعضا، این بینش را در آن‌ها درونی می‌سازد که زندگی با مصائب و دشواری‌های خاص خود همراه است که رفع آن‌ها در آغاز مستلزم مواجهه پذیرش‌محور و صبرگونه است. تقویت قدرت صبر، افزایش توان پذیرش و ایجاد انگیزه در مسیر تحقق اهداف ارزش‌محور از جمله عواملی است که سرسختی افراد را تقویت کرده و توانایی آن‌ها را در تحمل آشفتگی‌ها و مشقات زندگی افزایش می‌دهد. طیبی و همکاران در پژوهش خود گزارش کرد با هدایت افراد در مسیر مراقبه و افزایش در عبادات و نیایش-های اخروی، امنیت روان شناختی آن‌ها را تقویت کرده و توانایی ان‌ها را برای کنارآمدن با استرس و تحمل آشفتگی‌های روزمره تا حد زیادی افزایش می‌دهد(۱۹). کیم در پژوهشی که در سال انجام داد گزارش کرد که پرورش ابعاد توحیدی و معنوی‌محور در افراد نه‌تنها در پیشگیری از ناراحتی‌های هیجانی و روان شناختی در

[Downloaded from islamiclifej.com on 2024-03-29]

آن‌ها موثر است، بلکه با ایجاد معانی ارزشی در وجود آن‌ها، تمایل شان را به تداوم زندگی افزایش داده و توانایی‌شان را برای مقابله با مشکلات و مشقات زندگی و تحمل دشواری‌های غیرقابل انکار و اجتناب افزایش می‌دهد. کریمی و احیایی نیز در پژوهش خود گزارش کردند که درمان یکپارچه‌محور توحیدی، بر بهبود کارکرد روان شناختی و تعاملی افراد، به‌ویژه افرادی که از بنیه‌ی مذهبی برخوردار هستند از تاثیرگذاری بسیار زیادی برخوردار است و با هدایت آن‌ها در مسیر اهداف معنوی و خدامحور، نه-تنها لذت زندگی را افزایش می‌دهد، بلکه تاب تحمل دشواری‌های پیش‌آمده را نیز تقویت کرده و توان سازگاریَ آن‌ها را بالا می‌برد. همچنین در تبیین نقش تعدیل کنندَگی باور های مذهبی در اثر بخشی درمان یکپارچه توحیدی بر تحمل آشفتگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی می توان گفت.در درمان یکپارچه‌محور توحیدی، بر آموزش و پرورش اصول اعتقادی و ارزش‌های دینی تاکید دارد. درمان یکپارچه‌محور توحیدی، در آموزش تمامی اصول خود و درمان بدکارکردی‌های مدنظر، ماهیت و ساختار دینی را حفظ کرده و اصول ارزشی را اولویت فرایند درمانی قرار می‌دهد. از این جهت است که کارآیی این درمان به‌ویژه برای افرادی که دارای اعتقاد دینی و پای‌بندی به ارزش‌های معنوی هستند بیش‌تر است. افرادی که دارای باورهای مذهبی هستند زندگی در این دنیا را با بامعنی می‌دانند و معتقد هستند که پس از مرگ، نه‌تنها از بین نمی‌روند بلکه وارد دنیایی دیگر به‌صورت جاودانه می‌شوند. وقتی فرد دارای باورهای مذهبی باشد تعیین ارزش‌های معنوی برایش راحت‌تر است و وی به این ارزش‌ها و اجرایی‌کردن آن‌ها پای‌بندی بیش‌تری نشان می‌دهد. متاثر از همین عامل است که می‌توان نقش تعدیل‌کنندگی باورهای مذهبی را، در تاثیرگذاری درمان یکپارچه‌محور توحیدی بر کاهش سرگردانی ذهنی مادران شرکت‌کننده مورد تایید قرار داد. ابراهیمی در پژوهش خود گزارش کرد که برخورداری از باورهای مذهبی، سبب می‌شود که تاثیرگذاری اصول درمانی رویکرد یکپارچه-محور توحیدی بر افراد بیش‌تر باشد و بهتر بتواند در کاهش ناراحتی‌های روان شناختی نظیر نشانه‌های افسردگی و اضطراب در آن‌ها نقش ایفا کند. فرانسیس و کالدور در پژوهش خود نشان دادند افراد مذهبی در قیاس با افراد غیرمذهبی، از بهزیستی روان شناختی بیش‌تری برخوردار هستند و کارآمدی‌شان در تحمل آشفتگی و ناراحتی‌های کارکردی در سطح بالاتری قرار دارد(۲۱). از جمله محدودیت های پژوهش حاضر این بود که یافته ها فقط قابل به تعمیم به مادرانی است که ملاک های ورود به این پژوهش را دارا بوده اند و برای افرادی که از نظر ویژگی های جمعیت شناختی و ملاک های ورود ، متفاوت از شرکت کننده گان پژوهش حاضر هستند، قابلیت تعمیم ندارد همچنین با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می گردد مراکز بهزیستی و سایر مراکز حمایت‌کننده از کودکان کم‌توان ذهنی از جمله مدارس کودکان استثنایی، می‌توانند با استفاده از برنامه‌های آموزشی و درمانی توحیدی و مبتنی بر معنویت ، به بهبود سلامت روان شناختی والدین این کودکان کمک‌کرده و توانایی آن‌ها را در رسیدگی به نیازها، خواسته‌ها و تمایلات این فرزندان تقویت کنند. فرایندی که قطعا احتمال بروز نارضایتی‌های ارتباطی و سایر ناراحتی‌های روان شناختی را در این گروه کاهش می‌دهد. همچنین مشاورین و سایر مسئولین تربیتی فعال در مدارس کودکان کم‌توان ذهنی، می‌توانند برنامه‌های آموزشی و درمانی توحیدی را در مدارس درونی‌سازی کنند و با اجرایی‌کردن آن‌ها بر روی والدین این کودکان و حتی معلمین همراه با این کودکان، از میزان دشواری تربیتی این گروه کاسته و با تقویت توانایی‌های روان شناختی و تعاملی در آن‌ها، تا حدی از احتمال بروز بدکارکردی‌های روان شناختی و مشکلات تعاملی با این گروه پیشگیری کرده و در تربیت آن‌ها، موفقیت‌های بیش‌تری بدست بیاورند.

References

1. Kavanagh D J. (2013). Schizophrenia: An overview and practical handbook. Springer.
2. Rezaei Z, Behpajooh A, Ghobari-Bonab B. (2019). The Effectiveness of Nonviolent Communication Program Training on Mother-Child Interaction in Mothers of Children With Intellectual Disability. jrehab.20 (1): 40-51.
3. Safara M, Khanbabaei M, Khanbabaei M. (2020). The effect of spiritual skills training on improving the quality of life and life expectancy of mothers with mentally retarded children. Psychology of Exceptional People, 10 (37), 161-180.
4. Hastings R P. (2003). "Child behavior problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism". Journal of Intellectual Disability Research, 47(4-5), 231-237.
5. Cetinbakis G, Bastug G, Ozel-Kizil ET. (2018). Factors contributing to higher caregiving burden in Turkish mothers of children with autism spectrum disorders, International Journal of Developmental Disabilities, 10(14).1-10.
6. Gupta R K, Kaur H. (2010). "Stress among parents of children with intellectual disability". Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal, 21(2), 118-126.
7. Alon, R. (2019). Social support and post-crisis growth among mothers of children with autism spectrum disorder and mothers of children with Down syndrome. Journal of Research in Developmental Disabilities, 90, 22-30.

[Downloaded from islamiclifej.com on 2024-03-29]

8. Ghadampor E, Ghasemzade F, Zolfaghare S, Padervand H. (2020). Effectiveness of positive thinking group education on tolerance of distress and social adjustment of mothers of children with mental retardation. SJNMP. 6 (2) :11-21.
9. Ben-Naim Sh, Gill N, Laslo-Roth R, Einav M. (2019). Parental Stress and Parental Self-Efficacy as Mediators of the Association between Children's ADHD and Marital Satisfaction. Journal of Attention Disorders, 23(5).83-96.
10. Banducci AN, Bujarski SJ, Bonn-Miller MO, Patel A, Connolly KM. (2016). The impact of intolerance of emotional distress and uncertainty on veterans with co-occurring PTSD and substance use disorders. J Anxiety Disord, 41: 73–81.
11. Baker CN, Hoerger M. (2012). Parental child-rearing strategies influence self-regulation, socio-emotional adjustment, and psychopathology in early adulthood: evidence from a retrospective cohort study. Pers Individ Dif. 52(7): 800–805.
12. Willemse S, Smeets W, Leeuwen E & et al. (2020). Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research. Journal of Critical Care, 57, 55-78.
13. Cornish M, Wade N, Post B. (2012). Attending to Religion and Spirituality in Group Counseling: Counselors' Perceptions and Practices, Group Dynamics Theory Research and Practice 16(2):122-137.
14. Hakak Y. (2016). Battling Against Interfaith Relations in Israel: Religion, Therapy, and Social Services Journal marital and family therapy, 42(1)-45-57.
15. Zare Ahmadabadi F, Dehghan Manshadi M, Fallah M H. (2019). The effectiveness of integrated monotheistic treatment on the mental health of experienced mothers living in mourning in Yazd, the first international conference on new research in psychology, counseling and behavioral sciences, Tehran. https://civilica.com/doc/913069.
16. Phenwan T, Peerawong T, Tulathamkij K. (2019). The Meaning of Spirituality and Spiritual Well Being among Thai Breast Cancer Patients: A Qualitative Study, Indian Journal of Palliative Care 25(1):119-123.
17. Rajabi, M., Saremi, A., Bayazi, M. (2012). The Relationship between Religious Coping Patterns, Mental Health and Happiness. , 8(32), 363-371.
18. Bahrami E, Rezapour H. (2010). The Relationship between Confrontational Style, Religious Orientation and Personality Dimensions with Mental Health of Mothers of Mentally Retarded Children, Journal of Research in Exceptional Children, 2 (10), 1993, 258-245.
19. Taybi H, Ali Ghanbari Hashemabadi B. (2011). Comparison of the effectiveness of integrated monotheistic and cognitive-behavioral group therapy in reducing the stress of spouses of post-traumatic stress disorder veterans. Psychology and Religion, 13: 23-35.
20. Movahedi M, Mohammad KHani S, Hasani J, Moghadasin M. The relationship between the coping strategy and the psychological well-being among the women with breast cancer. yafte. 2019; 20 (4) :40-50.
21. Ebrahimi A. (2007). Comparison of the integrated effectiveness of religious psychotherapy, cognitive-behavioral and pharmacological therapy on depression and dysfunctional attitudes of patients with depressive mood, PhD Thesis, Clinical Psychology, Isfahan, University of Isfahan.

[Downloaded from islamiclifej.com on 2024-03-29]