

Effectiveness of Group Interpersonal Psychotherapy on Increasing the Resiliency of Disabled Children's Mothers

Kaveh Qaderi Bagajan: PhD student, department of clinical psychology, Allameh Tabataba'i university, Tehran, Iran. kawe.ghaderi@gmail.com

Navid Yousefi*: Master of clinical psychology, department of psychology and educational science, Allameh Tabataba'i university, Tehran, Iran. socialworkers.atu@gmail.com

Somayeh Akbari: Master of social work, department of social science, Allameh Tabataba'i university, Tehran, Iran. somayeh.a@yahoo.com

Rahman Sadeghi: MA student of social service, department of social science, Allameh Tabataba'i university, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Having a disabled child as a major stressor has affected the psychological health of parents, especially mothers; accordingly, this investigation was conducted to study the effectiveness of Group interpersonal psychotherapy on increasing the resiliency of disabled children's mothers.

Methods: The research method is quasi-experimental designed with a pretest, posttest, control group and six months follow up. The population of the present study included all mothers of disabled children who were under the aegis of Gorveh Welfare Organization. Based on the Cochran formula one hundred and eighteen mothers were selected through the simple random method; then the questionnaire was applied. Thirty mothers with criteria of entering and resilience score lower than the average of others were selected as the study sample; divided into experimental and control groups Fifteen people for each. The experiential group received twelve weekly sessions of standard interpersonal psychotherapy protocol. The control group did not receive any intervention. Connor and Davidson's 2003 resilience scale questionnaire was administered to collect data at the pretest, posttest and follow-up stage. And at the end covariance analysis was used to examine the research hypotheses.

Results: The results of covariance analysis between two groups showed that group interpersonal psychotherapy could be effective in improving the resiliency of mothers with disabled children in the experimental group in the posttest and follow-up stage.

Conclusions: It can be concluded that group interpersonal psychotherapy is an effective method to increase the resiliency of mothers with disabled children. This method is suggested to psychologists, counselors and other mental health professionals.

Keywords

Group Interpersonal Psychotherapy

Resiliency

Mothers

Disabled Children

*Corresponding Author
Study Type: Original
Received: 15 Sep 2017
Accepted: 25 Jan 2020

Please cite this article as follows:

Qaderi Bagajan K, Yousefi N, Akbari S, and Sadeghi R. Effectiveness of group interpersonal psychotherapy on increasing the resiliency of disabled children's mothers. Quarterly journal of social work. 2019; 8 (3); 12-19

اثربخشی روان‌درمانی بین فردی گروهی بر ارتقای تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول

کاوه قادری بگه‌جان: دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی تهران، ایران. kaweh.ghaderi@gmail.com

نوید یوسفی*: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، ایران. socialworkers.atu@gmail.com

سمیه اکبری: کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، ایران. somayeh.a@yahoo.com

رحمان صادقی: دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، ایران.

واژگان کلیدی

روان‌درمانی بین فردی گروهی

تاب‌آوری

مادران

فرزندان معلول

چکیده

مقدمه: وجود فرزند معلول در خانواده سلامت روانی اجتماعی والدین، به خصوص مادران را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بر همین اساس هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی روان‌درمانی بین فردی گروهی بر ارتقای تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول بود. **روش:** در این پژوهش نیمه‌آزمایشی از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری شش‌ماهه استفاده شده است. جامعه‌آزمایی پژوهش را تمامی مادران دارای فرزند معلول تحت حمایت بهزیستی شهرستان قروه تشکیل داده است. با بهره‌گیری از فرمول کوکران صد و هجده مادر از طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و توسط پرسشنامه تاب‌آوری مورد بررسی قرار گرفتند. سی نفر از مادرانی که نمره تاب‌آوری آن‌ها کمتر از میانگین بود و معیارهای ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش، هر گروه پانزده نفر جایگزین شدند. روان‌درمانی بین فردی بر اساس پروتکل استاندارد دوازده جلسه‌ای درمان برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. در این پژوهش از پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون ۲۰۰۳ استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، آزمون تحلیل کوواریانس مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج: نتایج آزمون کوواریانس ($P < 0/001$) نشان داد، روان‌درمانی بین فردی در ارتقای تاب‌آوری مادران دارای کودک معلول (گروه آزمایش) موثر بوده است. **بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به تاثیر روان‌درمانی بین فردی گروهی در افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول، به روانشناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی و مراکز درمانی پیشنهاد می‌شود از این مداخله برای ارتقاء تاب‌آوری والدین دارای فرزند معلول بهره‌گیرند.

* نویسنده مسوول

نوع مطالعه: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۰۵

کاوه قادری بگه‌جان، نوید یوسفی، سمیه اکبری و رحمان صادقی. اثربخشی روان‌درمانی بین فردی گروهی بر ارتقای تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۸؛ ۸ (۳): ۱۹-۱۲

نحوه استناد به مقاله:

مقدمه

معلولیت وضعیتی مرتبط با پاتولوژی و دیگر محدودیت‌های روانی و اجتماعی است. اخیراً مدل‌های نوین روان‌شناختی تمرکز خود را بر بهبود و ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان‌شناختی معلولین و خانواده‌هایشان قرار داده‌اند. (۱) یکی از دلایل توجه به این مساله چالش‌ها و استرس‌های متعددی است که والدین دارای کودک معلول در مراقبت از کودکان خود آن را تجربه می‌کنند و بسته به شدت و میزان معلولیت، کودکان نیاز به مراقبت‌های ویژه برای حفظ سلامت و ایمنی دارند (۲) و از آنجا که والدین ارائه‌دهنده اصلی این مراقبت‌ها هستند و علاوه بر مسوولیت مراقبت از فرزندان معلول مسوولیت‌های شغلی و اجتماعی دیگری نیز بر عهده‌دارند که فشارهای ناشی از آن می‌تواند موجب استرس، فشار روان‌شناختی شده و توانایی والدین را در مراقبت از فرزندان به مقدار زیادی کاهش دهد. (۳) بر اساس یافته‌های سینگی و همکاران ۱۹۹۰ والدین دارای کودک معلول چالش‌ها و نگرانی‌های متعددی را تجربه می‌کنند و در مقایسه با والدین کودکان عادی از سلامت جسمی و روانی کمتری برخوردارند. همچنین یافته‌ها حاکی از آن است که والدین دارای فرزند معلول مستعد ابتلا به اختلالات و عوارض روان‌شناختی متعددی هستند. (۴) استرس‌های ناشی از مراقبت از کودکان معلول نه تنها توانایی والدین برای مراقبت از این کودکان را مختل می‌کند بلکه بر سلامت روحی و جسمی و همچنین کیفیت ارتباط با فرزندان نیز تاثیر نامطلوب می‌گذارد (۲) میدوریچ و هوداپ (۵) در بررسی جامع در این حوزه به این نتیجه دست یافتند که مراقبت از کودکان معلول تاثیر منفی بر سلامت روان والدین دارد و این تاثیرات نامطلوب بر سلامت مادران شدیدتر بوده است. همسو با این یافته، نتایج پژوهش کرام و نیبر (۶) نیز حاکی از آن است که تاثیرات مراقبت از کودکان معلول اضطراب و افسردگی مادران را به میزان بیشتری تشدید می‌کند. بر این اساس با در نظر داشتن خطرات و پیامدهای روان‌شناختی منفی مراقبت از فرزند دارای معلولیت بر سلامت مادران، توجه به متغیرهای محافظتی که اثرات عامل‌های استرس‌سزا را تعدیل می‌کند ضروری است. تاب‌آوری در پژوهش‌های پیشین به‌عنوان عامل حفاظتی مثبت در سلامت روان‌شناختی والدین در برابر خطرات مراقبت از فرزندان معلول مطرح شده (۷) و در کار با والدین بر ارتقای آن تاکید گردیده است. (۸) تاب‌آوری فرآیند سازگاری مثبت در مقابله با سختی‌ها و رنج‌های معنادار زندگی است و یک عنصر مثبت و مهم در زمینه سلامت روان است. (۹) ماستن (۱۰) معتقد است که تاب‌آوری در برابر عوامل استرس‌سزا و وقایع تروماتیک به‌عنوان یک عامل محافظتی عمل می‌کند. لودار و همکاران (۱۱) نیز تاب‌آوری را به‌عنوان فرایندی پویا شامل سازگاری مثبت در بافتی حاکی از مصیبت مهم و معنادار تعریف می‌کنند. لذا مداخلاتی که بتوانند روند سازگاری را تسهیل کنند، رشد تاب‌آوری را سبب می‌شوند و با ارتقای آن پیامدهای منفی مشکلات محیطی و استرس‌آورها را کم می‌کنند. (۹) در همین راستا لودار و زیگلر (۱۲) معتقدند مداخلاتی که سازگاری مثبت را در زمینه‌های هیجانی و بین فردی سبب شوند نقش تاب‌آوری را تقویت می‌کنند. یکی از مداخلاتی که به نظر می‌رسد موثر عمل کند درمان بین فردی است. درمان بین فردی IPT یک مداخله کوتاه مدت مبتنی بر نظریه دلبستگی است که هدفش کاهش رنج مراجعان و بهبود عملکرد بین فردی آنان است. IPT بافت بین فردی را که اختلال در آن روی می‌دهد بیش از علائم، افکار و رفتارهایی که با هر اختلال خاص مرتبط‌اند، هدف قرار می‌دهد. (۱۳) هدف IPT این است که به بیمار کمک کند تا روابط بین فردی خود را بهبود بخشیده و مهارت درخواست حمایت عاطفی و عملی را به دست آورد. علاوه بر این، یکی دیگر از اهداف IPT کمک به مراجعان برای بهبود حمایت اجتماعی است تا بتوانند پریشانی فعلی را بهتر مدیریت کنند (۱۳) چهار حوزه مشکل عمده که توسط درمانگران بین فردی شناخته شده و مورد توجه قرار گرفته است عبارتند از: سوگ، که بیمار عواطف ناشی از فقدان زندگی را با تاخیر بسیار انجام داده یا برون‌ریزی نکرده است. اختلافات نقش، زمانی که بیمار و افراد مهم در زندگی او انتظارات و توقعات متفاوتی از یکدیگر دارند. انتقالات نقش، اختلال می‌تواند در طول گذار از زندگی و تغییر نقش و موقعیت فرد و زمانی که وی نمی‌داند چگونه با تغییر کنار آید، شکل گیرد. کمبودها یا نقص‌های بین فردی، زمانی است که فرد در شکل دادن و حفظ یک رابطه خوب و موثر احساس کمبود یا نقص کند. (۱۴)

در خصوص تناسب این مداخله با مراقبین کودکان معلول و به‌ویژه مادران می‌توان گفت، از آنجا که تولد کودک معلول زندگی خانوادگی را به شکل ویژه‌ای تحت تاثیر قرار می‌دهد. لازم است هر یک از اعضا خانواده بتوانند به حل و فصل استرس‌ها، سوگ ناشی از تولد فرزند معلول و غم و اندوه ناشی از آن پرداخته، با وضعیت جدید کنار آمده و با آن سازگار

شوند (۱۵) لذا به نظر می‌رسد تکنیک‌های ارائه‌شده در این درمان بتواند در این زمینه موثر واقع شود. IPT با تسریع سازگاری بین فردی و کنار آمدن با بحران‌های زندگی می‌تواند تاب‌آوری را تقویت نماید. (۱۲) ماکدو و همکاران (۱۶) طی پژوهشی نشان دادند که درمان بین فردی به‌عنوان یکی از این مداخلات در ارتقای تاب‌آوری موثر است. بر اساس آنچه ذکر شد به دلیل در معرض خطر بودن مادران دارای فرزند معلول

از یکسو و نقش محافظتی و تعدیل‌کننده تاب‌آوری در سلامت این مادران، از سوی دیگر، سنجش مداخلات موثر در ارتقای آن را ضروری می‌کند. در این میان درمان بین فردی به‌واسطه تاکید بر بهبود حمایت اجتماعی، حل مشکلات بین فردی، رفع سوگ، برونی‌سازی مشکلات، سازگاری با تغییرات و حل اختلافات نقش دارد؛ به نظر می‌رسد مداخله متناسبی در ارتقای سازگاری و نهایتاً تاب‌آوری مادران باشد. بر این اساس از آنجا که تاکنون پژوهشی مستقیماً این مساله را در خصوص مادران دارای فرزند معلول مورد بررسی قرار نداده است، پژوهش حاضر به بررسی این سوال پرداخت. آیا روان‌درمانی بین فردی گروهی در ارتقای تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول موثر است؟

روش

پژوهش حاضر به‌منظور بررسی تاثیر روان‌درمانی بین فردی گروهی در ارتقای تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول شهرستان قروه استان کردستان در نیمه دوم سال ۱۳۹۵ به روش نیمه‌آزمایشی و به‌صورت اجرای پیش‌آزمون-پس‌آزمون بر روی دو گروه آزمایش و کنترل همراه با پیگیری شش ماهه انجام شد. جامعه‌آماري پژوهش را تمامی مادران متاهل دارای یک فرزند معلول که تحت حمایت بهزیستی شهرستان قروه قرار دارند تشکیل داده است، مادران مطلقه و یا سرپرست خانوار مورد بررسی قرار نگرفتند. با بهره‌گیری از فرمول کوکران صد و هیجده مادر از طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و توسط پرسشنامه تاب‌آوری مورد بررسی قرار گرفتند. سی نفر از مادرانی که نمره تاب‌آوری آن‌ها کمتر از میانگین بود و معیارهای ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش، هر گروه پانزده نفر جایگزین شدند. **ملاک‌های ورود:** مادران متاهل دارای فرزند معلول (اعم از معلولیت‌های جسمی حرکتی، ذهنی و...). تحصیلات حداقل ابتدایی. گروه آموزشی دوازده جلسه یک ساعت و نیمه به‌صورت گروهی تحت آموزش (بر اساس برنامه‌ای که در پژوهش طاولی و همکاران ۱۳۹۲ نقل از (۱۳) با مقداری تعدیل توسط اساتید تایید شده بود) قرار گرفتند. درمان بین فردی بر اساس پروتکل استاندارد شده ارائه گردید، لازم به ذکر است که روایی پژوهش طاولی و همکاران توسط اساتید این حوزه مورد تایید قرار گرفت و در پژوهش اصلی سلیمانی (۱۳) نیز روایی آن مطلوب گزارش شده است. این جلسات توسط یکی از نگارندگان این پژوهش که دارای مدرک کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی است در انجمن حمایت از حقوق معلولان شهرستان قروه اجرا شد. لازم به ذکر است که به دلیل اینکه آزمودنی‌ها در زمان اجرای پژوهش به شکل تمام‌وقت در شهرستان حضور داشتند در تعداد اعضا کاهش صورت نگرفت و ریزشی ایجاد نشد. در طول مراحل مختلف پژوهش، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان برای مشارکت جلب شد. پژوهشگران از اینکه مداخله ضروری برای مشارکت‌کنندگان ندارد، اطمینان حاصل نمودند. مشارکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش می‌توانستند آزادانه به همکاری خود با تیم پژوهش خاتمه دهند. ملاحظات مربوط به محرمانه بودن اطلاعات افراد نیز صورت گرفت. مراقبت‌های لازم در مورد مشارکت‌کنندگان برای جلوگیری از بروز هرگونه خطر و صدمه ناشی از شرکت در پژوهش انجام و درمان بین فردی هم‌تایان به‌صورت رایگان ارائه شد. نهایتاً به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون ۲۰۰۳ استفاده شد. این پرسشنامه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط روانشناس بالینی مورد استفاده قرار گرفت. پس‌آزمون بلافاصله بعد از پایان جلسات گروهی و آزمون پیگیری شش ماه بعد از پایان جلسات انجام شد. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌های پژوهش، از آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس که با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون: تاب‌آوری به‌وسیله مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون ۲۰۰۳ اندازه‌گیری شد این مقیاس توانایی سازگاری با تنش و مدیریت شرایط آسیرا را اندازه می‌کند. طراحی اولیه این ابزار با دو هدف انجام شد، یکی

و در طیف لیکرت سنجیده می‌شود نسخه خلاصه‌تر آن منعکس کننده توانایی تحمل تجاری مانند تغییرات، مشکلات فردی، فشار بیماری، شکست و احساس درد (توانایی سازگاری با تغییرات و گرایش به عقب‌نشینی از بیماری و سختی) است. (۹) در این پژوهش از نسخه اولیه و بلند استفاده شده است، محمدی ۱۳۸۴ این مقیاس را برای استفاده در ایران هنجاریابی کرده است، وی این مقیاس را بر روی دویست و چهل و هشت نفر اجرا کرد. پایایی این مقیاس با بررسی همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ نود و یک درصد به دست آمد. (۹) جوکار (۱۹) نیز پس از ترجمه و سنجش، پایایی نود و سه درصد را گزارش نمود و برای تعیین روایی آن از روش تحلیل عاملی استفاده کرد. نتایج تحلیل عاملی به روش مولفه‌های اصلی بیانگر وجود یک عامل کلی در مقیاس بود. ملاک استخراج، عوامل بالاتر از یک بود. شاخص KMO شیب منحنی اسکری و ارزش ویژه برابر نود و یک درصد و ضریب کروییت بارتلت برابر دوهزار و صد و هفتاد و چهار و در سطح یک ده هزارم معنادار بود که نشان‌دهنده کفایت نمونه‌گیری سوال‌ها و ماتریس همبستگی بودند. در پژوهش حاضر نیز جهت محاسبه پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار آن نود و دو درصد به دست آمد که نشان از پایایی مطلوب این پرسشنامه است.

تهیه مقیاسی برای سنجش تاب‌آوری در نمونه‌های بالینی و بهنجار و همچنین ارزیابی میزان تغییر نمرات تاب‌آوری در پاسخ به درمان. (۱۷) این مقیاس دارای دو نسخه است، نسخه اصلی از بیست و پنج آیتم تشکیل شده است که تاب‌آوری را در ماه گذشته می‌سنجد و نمره بالاتر، تاب‌آوری بیشتر را نشان می‌دهد. هرکدام از آیتم‌ها در پنج رتبه از کاملاً غلط تا کاملاً صحیح رتبه‌بندی می‌شوند دامنه امتیازات نیز از صفر تا صد است. این مقیاس به خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور را از غیر تاب‌آور جدا کند همچنین می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به کار برده شود. پنج خرده مقیاس شایستگی، استحکام شخصی، پذیرش مثبت تغییر، غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی، کنترل، روابط ایمن و معنویت این مقیاس مورد تایید قرار گرفته اما چون پایایی و روایی زیرمقیاس‌ها هنوز به طور نهایی تایید نشده است، در حال حاضر فقط نمره کلی تاب‌آوری برای اهداف پژوهشی، معتبر محسوب می‌شود. (۱۸) مطالعه اولیه این آزمون در جمعیت عمومی و بیماران، همسانی درونی و پایایی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و اعتبار همگرا و واگرایی مناسبی را نشان داده است. اسکالی و همکاران ۲۰۱۲ نیز آلفای کرونباخ هشتاد و هشت صدم را گزارش نمودند. کومپل سیل و استین نیز در سال ۲۰۰۷ نسخه کوتاه‌تر آن را تهیه نمودند که ده آیتم دارد

جدول (۱) محتوای خلاصه جلسات آموزشی، ساختار جلسات IPT، طاولی و همکاران ۱۳۹۲ نقل از (۱۳)

| | | | | |
|--------------|------------------------------------|---|---|----------|
| ردیف | هدف برنامه | تکنیک‌های مداخله | زمان | |
| جلسه اول | آشنایی اعضا با اهداف و قوانین گروه | برقراری اتحاد درمانی و مرور علائم اختلال اضطراب و افسردگی، مشکلات سازگاری با معلولیت فرزندان، ایجاد پیوستگی گروهی، خلاصه‌ای از طرح درمانی | ۹۰ دقیقه | |
| جلسه دوم | تبیین مشکلات سازگاری | تبیین اختلال سازگاری و مشکلات مراقبت از کودک‌کان معلول با تأکید بر عوامل تشدیدکننده و تعدیل‌کننده | ۹۰ دقیقه | |
| جلسه سوم | ارزیابی در خصوص مشکلات بین فردی | ارزیابی روابط بین فردی گذشته و روابط کنونی، تکمیل سیاهه‌ی روابط بین فردی، برقراری ارتباط بین فشار تربیت و مراقبت از فرزندان معلول و روابط بیمار، کمک به بیماران برای مشارکت و تعامل با اعضای گروه | ۹۰ دقیقه | |
| جلسه چهارم | تعیین هدف بین فردی | کاهش نقض‌های بین فردی | فرمول‌بندی حیطه‌ی بین فردی و تعیین یک حیطه‌ی نایمنی نقش و یک هدف بین فردی کاملاً اختصاصی به‌عنوان یک هدف ابتدایی | ۹۰ دقیقه |
| جلسه پنجم | تغییر الگوهای ارتباطی | بین فردی | تحلیل تعاملات و ارتباطات افراد، تسهیل ابراز واکنش‌های هیجانی نسبت به آنچه در درون و بیرون از گروه تجربه می‌کنند، آمادگی برای تغییر الگوهای بین فردی و ارتباطی به‌ویژه در خصوص مشارکت در مراقبت از فرزندان معلول | ۹۰ دقیقه |
| جلسه ششم | جلسه هفتم | آمادگی برای انتقال نقش و پردازش آن | از طریق فرایندهای: تغییر انتظارات منفی- آماده کردن مراجع برای سازگاری بهتر به‌وسیله‌ی در نظر گرفتن گزینه‌های راهبردی بین فردی- رسیدگی به تجربه‌های مراجع | ۹۰ دقیقه |
| جلسه هشتم | حل مؤثر اختلافات نقش | کار روی موضوع‌های بین فردی انفعال، عدم قاطعیت، ابراز خشم، ترس از مخالفت به‌ویژه در مسائل مرتبط با فرزندان | ۹۰ دقیقه | |
| جلسه نهم | حل مؤثر سوگ | کار روی آگاهی، پذیرش و تحمل احساسات خود در مورد داشتن فرزند معلول و مشکلات ناشی از آن از طریق مواجهه سالم با احساساتی از قبیل احساس گناه، غم و خشم | ۹۰ دقیقه | |
| جلسه دهم | تصریح تغییرات در عملکرد نقش | تحریک جرئت و خودمختاری در صورت اجتناب گروه از تمرکز بر مشکلات بین فردی، ارزیابی کار روی نایمنی نقش، تصریح تغییرات کسب‌شده در عملکرد نقش و تصریح پیامدهای تغییر | ۹۰ دقیقه | |
| جلسه یازدهم | یادگیری کسب حمایت اجتماعی | کارآمد | بررسی پیشرفت درمان، آماده‌سازی برای انتقال و خاتمه‌ی گروه، آموزش چگونگی جلوگیری از انزوای اجتماعی و دریافت حمایت اجتماعی | ۹۰ دقیقه |
| جلسه دوازدهم | خلاصه و نتیجه‌گیری | تحکیم تغییرات حاصله و آماده کردن مراجع جهت مقابله با تجارب و موقعیت‌های چالش‌انگیز آینده، ابراز احساسات در مورد خاتمه‌ی جلسات و ارائه‌ی شاخص‌های هشدار جهت مراجعه به درمانگر | ۹۰ دقیقه | |

نمودار (۱) نمودار Consort



یافته ها

همان طور که در جدول شماره دو ملاحظه می شود میانگین سنی افراد مورد مطالعه در گروه آزمایش برابر چهل و چهار و چهار دهم است و انحراف معیار سن برابر با سیزده و شصت و نه صدم است همچنین میانگین سنی گروه کنترل برابر چهل و شش و نه دهم و انحراف معیار آن برابر با چهارده و دو دهم است. در جدول شماره سه به بررسی میزان تاب آوری مادران مورد مطالعه در دو گروه کنترل و آزمایش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری پرداخته شده است و حداقل، حداکثر، میانگین و انحراف معیار میزان تاب آوری افراد مورد مطالعه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه نشان داده شده است. همان طور که از مقایسه میانگین تاب آوری افراد گروه کنترل در سه مرحله مذکور و میانگین تاب آوری گروه آزمایش ملاحظه می شود، تغییرات میانگین تاب آوری این گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون به طرز قابل ملاحظه ای افزایش یافته است. در حالی که تغییرات میانگین تاب آوری گروه کنترل در هر سه مرحله چندان قابل توجه نیست. پس از بررسی پیش فرض های آزمون کوواریانس و برقراری فرض ها از آزمون کوواریانس جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده گردید. که نتایج آن در جدول شماره چهار آمده است. در جدول شماره چهار به بررسی مقایسه میانگین تاب آوری گروه کنترل و آزمایش در مرحله پس آزمون افزایش قابل توجهی داشته است $P < 0/001$ ، $F = 100/68$ ، بعد از تعدیل اثر نمره های پیش آزمون، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در میانگین نمرات تاب آوری در پس آزمون به دست آمد. لذا فرضیه پژوهش تایید می گردد و با اطمینان نود و نه درصد می توان تغییرات میزان تاب آوری گروه آزمایش در مرحله پس آزمون را ناشی از این دوره درمانی دانست. به منظور کنترل اثر پیش آزمون از کوواریانس بهره گرفته شد. جدول شماره پنج کوواریانس تفاوت میزان تاب آوری گروه کنترل و آزمایش با کنترل اثر پیش آزمون در مرحله پیگیری را نشان می دهد. همان طور که ملاحظه می شود، بعد از تعدیل اثر نمره های پیش آزمون، $P < 0/001$ ، $F = 110/70$ ، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در میانگین نمرات تاب آوری در پیگیری به دست آمد. بنابراین با اطمینان نود و نه درصد می توان بیان کرد که اثر دوره روان درمانی بین فردی در مرحله پیگیری شش ماهه همچنان پایدار مانده و میزان تاب آوری اعضای گروه پس از گذشت شش ماه از دوره آموزش از ثبات نسبی برخوردار بوده است.

جدول (۳) میزان تاب آوری افراد در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

| مرحله | گروه | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف معیار |
|-----------|--------|-------|--------|---------|--------------|
| پیش آزمون | کنترل | ۱۶ | ۵۲ | ۳۸/۳۴ | ۱۱/۶۲ |
| | آزمایش | ۲۱ | ۵۳ | ۳۷/۴۷ | ۹/۷ |
| پس آزمون | کنترل | ۱۹ | ۵۶ | ۳۹/۷۴ | ۱۲/۸۴ |
| | آزمایش | ۵۶ | ۸۱ | ۶۶/۷۳ | ۸/۲۲ |
| پیگیری | کنترل | ۱۸ | ۵۵ | ۴۰/۲۸ | ۱۲/۰۶ |
| | آزمایش | ۵۵ | ۸۰ | ۶۵/۴۸ | ۷/۰۲ |

جدول (۵) نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت میانگین های نمره تاب آوری در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری

| منابع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | اندازه اثر | توان پیش آزمون |
|---------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|------------|----------------|
| پیش آزمون | ۱۳۷۶/۸۷ | ۱ | ۱۳۷۶/۸۷ | ۳۸/۰۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۹۸ | ۰/۸۹ |
| گروه | ۴۰۰۸/۳۸ | ۱ | ۴۰۰۸/۳۸ | ۱۱۰/۷۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۶۱ | ۰/۹۷ |

جدول (۲) شاخص های توصیفی ویژگی های جمعیت شناختی مادران دارای فرزند معلول

| متغیر | گروه آزمایش | | گروه کنترل | |
|---------|--------------------|-------|------------|---|
| | تعداد | درصد | | |
| سن | میانگین | ۴۴/۴ | ۴۶/۹ | |
| | انحراف معیار | ۱۳/۶۹ | ۱۴/۲ | |
| | مقدار P | ۰/۰۰۰ | | |
| متغیر | تعداد | درصد | تعداد | |
| | آزاد | ۴ | ۲۶/۶ | ۳ |
| | کارمند | ۵ | ۳۳/۳ | ۴ |
| | دانشجو | ۲ | ۱۳/۳ | ۳ |
| تحصیلات | خانهدار | ۴ | ۲۶/۶ | ۵ |
| | ابتدایی و راهنمایی | ۳ | ۲۰ | ۵ |
| | دبیرستان و دیپلم | ۴ | ۲۶/۶ | ۵ |
| | فوق دیپلم و لیسانس | ۵ | ۳۳/۳ | ۳ |
| | فوق لیسانس و دکتری | ۳ | ۲۰ | ۲ |

جدول (۴) نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت میانگین های نمره تاب آوری در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون

| منابع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | اندازه اثر | توان پیش آزمون |
|---------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|------------|----------------|
| پیش آزمون | ۱۶۰۸/۱۱ | ۱ | ۱۶۰۸/۱۱ | ۳۵/۳۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۲۳ | ۰/۹۷ |
| گروه | ۴۵۸۵/۵۹ | ۱ | ۴۵۸۵/۵۹ | ۱۰۰/۶۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۱۲ | ۰/۹۸ |

همان طور که در جدول شماره دو ملاحظه می شود میانگین سنی افراد مورد مطالعه در گروه آزمایش برابر چهل و چهار و چهار دهم است و انحراف معیار سن برابر با سیزده و شصت و نه صدم است همچنین میانگین سنی گروه کنترل برابر چهل و شش و نه دهم و انحراف معیار آن برابر با چهارده و دو دهم است. در جدول شماره سه به بررسی میزان تاب آوری مادران مورد مطالعه در دو گروه کنترل و آزمایش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری پرداخته شده است و حداقل، حداکثر، میانگین و انحراف معیار میزان تاب آوری افراد مورد مطالعه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه نشان داده شده است. همان طور که از مقایسه میانگین تاب آوری افراد گروه کنترل در سه مرحله مذکور و میانگین تاب آوری گروه آزمایش ملاحظه می شود، تغییرات میانگین تاب آوری این گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون به طرز قابل ملاحظه ای افزایش یافته است. در حالی که تغییرات میانگین تاب آوری گروه کنترل در هر سه مرحله چندان قابل توجه نیست. پس از بررسی پیش فرض های آزمون کوواریانس و برقراری فرض ها از آزمون کوواریانس جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده گردید. که نتایج آن در جدول شماره چهار آمده است. در جدول شماره چهار به بررسی مقایسه میانگین تاب آوری گروه کنترل و آزمایش در مرحله پس آزمون افزایش قابل توجهی داشته است $P < 0/001$ ، $F = 100/68$ ، بعد از تعدیل اثر نمره های پیش آزمون، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در میانگین نمرات تاب آوری در پس آزمون به دست آمد. لذا فرضیه پژوهش تایید می گردد و با اطمینان نود و نه درصد می توان تغییرات میزان تاب آوری گروه آزمایش در مرحله پس آزمون را ناشی از این دوره درمانی دانست. به منظور کنترل اثر پیش آزمون از کوواریانس بهره گرفته شد. جدول شماره پنج کوواریانس تفاوت میزان تاب آوری گروه کنترل و آزمایش با کنترل اثر پیش آزمون در مرحله پیگیری را نشان می دهد. همان طور که ملاحظه می شود، بعد از تعدیل اثر نمره های پیش آزمون، $P < 0/001$ ، $F = 110/70$ ، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در میانگین نمرات تاب آوری در پیگیری به دست آمد. بنابراین با اطمینان نود و نه درصد می توان بیان کرد که اثر دوره روان درمانی بین فردی در مرحله پیگیری شش ماهه همچنان پایدار مانده و میزان تاب آوری اعضای گروه پس از گذشت شش ماه از دوره آموزش از ثبات نسبی برخوردار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان درمانی بین فردی بر ارتقای تاب آوری مادران دارای فرزند معلول انجام شد. نتایج نشان داد که نمرات تاب آوری مادران گروه آزمایش به طور معنی داری بیشتر از این نمرات در گروه شاهد بودند. بنابراین می توان نتیجه گرفت که مداخله درمان بین فردی به طور معناداری در ارتقای تاب آوری مادران دارای

دریافت حمایت‌های اجتماعی دارد؛ توانسته است با کاهش فشارهای مراقبت و تسریع سازگاری، تاب‌آوری را ارتقا بخشد. همچنین با تاکیدى که بر رفع سوگ و سازگاری با تروماها دارد، با برونی‌سازی مشکلات حل و فصل آن‌ها را بهبود بخشیده و این امر نهایتاً سبب تقویت تاب‌آوری گردیده است.

محدودیت‌ها: از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت زمانی اجرای پژوهش و دور بودن فاصله محل سکونت برخی از اعضا با محل برگزاری جلسات اشاره کرد. برای کاهش محدودیت دور بودن فاصله اعضا، از مرکز بهزیستی درخواست شد در طول اجرای پژوهش سرویس برای اعضای شرکت‌کننده در نظر گرفته شود که خوشبختانه این مهم صورت پذیرفت.

پیشنهادها: با توجه به نتایج پژوهش حاضر به روانشناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی توصیه می‌شود در کار با مادران دارای کودک معلول و جهت ارتقای تاب‌آوری این افراد نقش مداخله بین فردی را در نظر داشته باشند و از این مداخله بهره‌جویند. به پژوهشگران آتی نیز توصیه می‌شود با مقایسه مداخله بین فردی با سایر مداخلات موثر در حوزه ارتقای تاب‌آوری زوایای بیشتری از اطلاعات را موردبررسی قرار دهند.

سپاسگزاری: در پایان از کلیه شرکت‌کنندگان که با صبر و بردباری خود، ما را در انجام این پژوهش حمایت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود همچنین از زحمات‌ها و تلاش‌های انجمن حمایت از حقوق معلولین باران شهرستان قروه در جهت عملی شدن این پژوهش تشکر به عمل می‌آید.

کودک معلول موثر بوده است. همان‌گونه که بانانو، وستفال و مانسینی (۲۰) اشاره کرده‌اند هیچ فردی به‌طور کامل از دغدغه‌ها و مشکلات زندگی مصون نیست لذا توجه به عواملی که باعث تعدیل اثرات منفی این مشکلات می‌شود واجد اهمیت است. در این میان داشتن فرزند معلول به‌عنوان یک عامل استرس‌زای عمده، توانایی والدین را در مراقبت از فرزندان تا حد زیادی کاهش می‌دهد (۳) و سبب آشفتگی‌های روان‌شناختی والدین می‌گردد. (۴) این مساله به‌ویژه در مورد مادران برجسته‌تر است. با در نظر داشتن این موارد و از آنجا که تاب‌آوری در برابر استرسورها و وقایع تروماتیک؛ به‌عنوان یک عامل محافظتی مثبت نقش ایفا می‌کند (۱۰) و در تحقیقات پیشین بر ارتقای آن تاکید شده است؛ (۸) لذا در این پژوهش نیز ارتقای تاب‌آوری در مادران موردبررسی قرار گرفت. همسویی یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش لودار و زیگلر (۱۲) نشان داد مداخلاتی که سازگاری مثبت را در زمینه‌های هیجانی و بین فردی تقویت می‌کنند می‌توانند در ارتقای تاب‌آوری موثر واقع شوند. در این میان روان‌درمانی بین فردی با توجه به تکنیک‌هایی که ارائه می‌دهد توانسته است در ارتقای تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول موثر عمل کند. در واقع مداخله بین فردی با تسریع سازگاری بین فردی و کنار آمدن با بحران‌های زندگی تاب‌آوری را تقویت می‌نماید. (۱۲) همچنین نتایج این پژوهش با یافته‌های ماکدو و همکاران (۱۶) همسویی دارد. آن‌ها در فرا تحلیلی به بررسی سیستماتیک مداخلات موثر در ارتقاء و ساختن تاب‌آوری جمعیت غیربالی‌نی در برابر مشکلات و بحران‌های آینده پرداختند. این مداخلات شامل درمان شناختی رفتاری، ریلکسیشن، روانشناسی مثبت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و نهایتاً درمان بین فردی بود. ماکدو و همکاران ۲۰۱۴ نتیجه گرفتند که درمان بین فردی به‌عنوان یکی از این مداخلات در ارتقا تاب‌آوری موثر است و این اثربخشی را از طریق حل مشکلات بین فردی، ارتقای حمایت اجتماعی دریافتی و برونی‌سازی مشکلات اعمال می‌کند. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر در اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر بهبود و ارتقای تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول با یافته‌های الماسی و همکاران، (۲۱) خدابخشی و درخشنده (۲۲) نیز همسو است. نهایتاً در تبیین اثربخشی مداخله بین فردی در ارتقای تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول می‌توان گفت مداخله بین فردی با تاکیدى که بر عوامل پراهمیت در زندگی این مادران ازجمله: حل و فصل بحران‌های بین فردی، اختلافات نقش (۱۵) و



References:

1. Lara EB, Pinos CC. Families with a disabled member: impact and family education. *Procedia social and behavioral sciences* 2017;2(37):25-418.
2. Peer JW, Hillman S.B. Stress and resilience for parents of children with intellectual and developmental

disabilities: a review of key factors and recommendation for practitioners. *Journal of policy and practice in intellectual disabilities*. 2014;11(2):8-92.

3. Cushner-Weinstein S DK, Salpekar JA, Henderson SE, Pearl PL, Gaillard WD, SL. W. Parenting stress and childhood epilepsy: the impact of depression, learning, and seizure-related factors. *Epilepsy Behav*. 2008;13(1):9-114

4. Hussain A J I. Stress appraisal and coping strategies among parents of physically challenged individuals. *Journal of the Indian academy of applied psychology*. 2007;32(2):79-182.

5. Miodrag N HR. Chronic stress and health among parents of children with intellectual and developmental disabilities. *Curr Opin psychiatry*. 2010;23(5):11-408.

6. Cramm JM NA. Longitudinal study of parents' impact on quality of life of children and young adults with intellectual disabilities. *Journal of applied research in intellectual disabilities*. 2012;25(1):8-25.

7. Bayat M. Evidence of resilience in families of children with autism. *Journal of intellectual disability research*. 2007;51(9):14-702.

8. Heiman T. Parents of children with disabilities: resilience, coping, and future expectations. *Journal of developmental and physical disabilities*. 2002;14(2):59-171.

9. Qaderi Bagajan K. (Dissertation). The effectiveness of group dialectical behavior therapy on increasing the resiliency of people with physical disability. Tehran, Allameh Tabataba'i university; 2016.

10. Masten A. Ordinary magic: resilience processes in development. *American psychologist*. 2001;56(3):27-238.

11. Luthar SS, Cicchetti D, & Becker B. The construct of resilience: the construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*. 2015;7(1):43-562.

12. Luthar SS, Zigler E. Vulnerability and competence: a review of research on resilience in childhood. *American journal of orthopsychiatry*. 1991;61(1):6-22.

13. Asle S, Z. (Dissertation). The Effectiveness of group interpersonal psychotherapy (IPT) on emotion regulation strategies use in girls with social anxiety disorders. Tehran, Allameh Tabataba'i university faculty of psychology & education; 2016.

14. Weissman MM, Markowitz JC, & Klerman GL. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. 1, editor. New York; Basic Books; 2000.

15. Kandel I, Merrick J. The birth of a child with disability coping by parents and siblings. *The scientific world journal*. 2003;3(1):41-751.

16. Macedo T, Livia W, Raque LG, Evandro S, Liliane V, Ivan F, et al. Building resilience for future adversity: a systematic review of interventions in non-clinical samples of adults. *BMC Psychiatry*. 2014;14(227):1-8.

17. Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC): validation of a thirteen-item measure of resilience. *Journal of traumatic stress*. 2007;20(6):19-1028.

18. Connor KM. Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of clinical psychiatry*. 2006;67(2):6-49.

19. Jowkar B. The mediating role of resilience in the relationship between general and emotional intelligence and life satisfaction. *Contemporary psychology*. 2007;2(2):3-12.

20. Bonanno GA WM, Mancini AD. Resilience to loss and potential trauma. *Annual review of clinical psychology*. 2011;7(1):35-511.

21. Almasi A, Hatami F, Sharifi A, Ahmadijouybar T, & Ebrahimzadeh F. Effectiveness of stress coping skills training on the resiliency of mothers of handicapped children. *Scientific journal of Kurdistan university of medical sciences*. 2016;21(2):34-42.

22. Khodabakhshi Koolae A, Derakhshandeh M. Effectiveness of hope-oriented group therapy on life meaning and resilience in mothers with physical-motor disabled children. *Iranian journal of pediatric nursing*. 2015;1(3):15-25.