

اثربخشی آموزش مهارت‌های حل مسئله بر افسردگی و اضطراب مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی

رضوان پناهی^۱، احمد غضنفری^۲، طیبه شریفی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: حضور کودک مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی در هر خانواده، ساختار و سلامت روانی آن خانواده به ویژه والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های حل مسئله بر افسردگی و اضطراب مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی در شهر شهرکرد انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع نیمه تجربی و طرح آن به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه شاهد بود. جامعه پژوهش را مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی شهر شهرکرد در سال ۱۳۹۵ تشکیل داد که از بین آن‌ها، ۳۰ نفر به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و شاهد تقسیم‌بندی شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل نسخه دوم پرسش‌نامه افسردگی Beck (Beck Depression Inventory-II یا BDI-II) و پرسش‌نامه اضطراب Beck (Beck Anxiety Inventory یا BAI) بود. ابتدا از افراد هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد و سپس گروه آزمایش به مدت ۷ جلسه گروهی دو ساعته، تحت آموزش مهارت‌های آموزش حل مسئله قرار گرفتند. پس از پایان برنامه آموزش نیز از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. در نهایت، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: آموزش مهارت حل مسئله در گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد، موجب کاهش افسردگی و اضطراب مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی شد ($P < 0/05$). همچنین، آموزش مهارت حل مسئله در کاهش افسردگی و اضطراب مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی تأثیر داشت و به ترتیب ۷۱/۹ و ۷۲/۷ درصد تغییرات واریانس افسردگی و اضطراب مادران ناشی از آموزش مهارت حل مسئله بود.

نتیجه‌گیری: آموزش مهارت حل مسئله می‌تواند به عنوان یک برنامه آموزشی مؤثر جهت کاهش افسردگی و اضطراب مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: حل مسئله، مهارت، افسردگی، اضطراب، عقب‌مانده ذهنی، مادران

ارجاع: پناهی رضوان، غضنفری احمد، شریفی طیبه. اثربخشی آموزش مهارت‌های حل مسئله بر افسردگی و اضطراب مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۴): ۴۲۶-۴۲۰

پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۷/۳۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۵/۲۸

مقدمه

یکی از طبیعی‌ترین گروه‌هایی که می‌تواند نیازهای انسان را ارضا کند، خانواده است. وظیفه خانواده، مراقبت از فرزندان و تربیت آن‌ها، برقراری ارتباطات سالم اعضا با یکدیگر و کمک به استقلال کودکان است، حتی اگر کودک کم‌توان ذهنی (Mental retardation) باشد. عقب‌ماندگی ذهنی با نقصان رشد در ابعاد مختلف جسمانی، روانی، تکاملی، اجتماعی و تربیتی همراه است. کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی، در یادگیری رفتارهای مورد انتظار ضعیف هستند و سعی و تلاش والدین برای آموزش مهارت‌های جدید و مهار رفتارهای نامناسب این کودکان، اغلب به نتیجه مطلوبی نمی‌رسد که پذیرش و سازگاری با این واقعیت برای والدین، تلاش بیشتری را در مقایسه با کودکان عادی می‌طلبد (۱). بنابراین، کودک عقب‌مانده ذهنی می‌تواند تأثیرات نامطلوبی بر ساختار و عملکرد خانواده بگذارد و باعث شود که خانواده تحت تنش‌های جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی قرار گیرد تا حدی که روند طبیعی زندگی مختل و منجر به فروپاشی نظام خانواده گردد (۲).

حضور کودک عقب‌مانده ذهنی در هر خانواده، ساختار و سلامت روانی آن خانواده به ویژه والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهد. کودک بر اثر تعارضات شدید میان اعضای خانواده، کل خانواده را درگیر بحران می‌کند. ممکن است روابط خانوادگی بر اثر افزایش فشارهای ناخواسته جسمی، هیجانی و مالی ضعیف شود. کودک عقب‌مانده ذهنی می‌تواند ضایعات و اثرات جبران‌ناپذیری بر وضعیت بهداشت روانی خانواده وارد کند که از آن جمله می‌توان به ایجاد و تشدید اختلافات زناشویی، جدایی، تحمل بار سنگین اقتصادی، افسردگی، ناامیدی، اضطراب، خجالت، خشم و بسیاری از مسایل دیگر اشاره نمود (۳).

نتایج بررسی‌ها نشان داده است که والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی در مقایسه با والدین کودکان عادی، سطح سلامت عمومی پایین‌تر و اضطراب و احساس شرم و خجالت بیشتر و سطح بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری دارند (۴). همچنین، مراقبت مداوم از کودک عقب‌مانده ذهنی اغلب برای والدین استرس‌زا می‌باشد؛ چرا که این دشواری‌های کودکان به طور اجتناب‌ناپذیری بر زندگی آن‌ها اثر می‌گذارد. همچنین،

۱- کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران

نویسنده مسؤول: احمد غضنفری

Email: ghazanfari@yahoo.com

خانواده‌های کودکان عقب‌مانده ذهنی، از احساس تنهایی، اضطراب، افسردگی، نگرانی، کسالت، بی‌پناهی، سرزنش خود و دیگران، خستگی عاطفی، غم مزمن و مهمم بودن آینده کودک خود رنج می‌برند (۵، ۴، ۱).

از آن‌جا که کودکان کم‌توان ذهنی با کودکان عادی تفاوت دارند، تعامل آن‌ها با خانواده‌هایشان نیز با تعامل یک کودک عادی و خانواده‌اش تفاوت دارد. بنابراین، در هر جامعه‌ای فقط وجود مراکز حمایتی، آموزشی و توان‌بخشی برای کودکان کافی نیست، بلکه خانواده‌های آن‌ها نیز به کمک، آموزش و مهارت نیاز دارند (۶).

مهارت‌های زندگی، به مهارت‌های شخصی و اجتماعی گفته می‌شود که به افراد در کنترل مشکلاتی مانند افسردگی، اضطراب، تنهایی، ترس از طرد شدن، کم‌رویی، خشم و عصبانیت کمک می‌کند و خانواده‌ها باید آن‌ها را یاد بگیرند تا بتوانند در مورد خود، انسان‌های دیگر و کل اجتماع به طور شایسته، مؤثر و مطمئن رفتار نمایند (۶).

از جمله مهارت‌های زندگی، مهارت حل مسأله (Problem solving skill) می‌باشد. این مهارت، نوعی مهارت مقابله‌ای و عملی است که منجر به افزایش اعتماد به نفس می‌شود و با سازگاری شخصی خوب ارتباط دارد و شامل پنج گام «درک خویشتن، تعریف مسأله، تهیه فهرستی از راه‌حل‌های مختلف، تصمیم‌گیری در مورد مناسب‌ترین راه‌حل و امتحان کردن راه‌حل انتخابی» می‌باشد (۷). آموزش مهارت حل مسأله، ارایه منظم آموزش مهارت‌های شناختی و رفتاری است که به فرد کمک می‌کند تا مؤثرترین راه‌حل مشکل را شناسایی کند و به طریق مؤثری با مشکلاتی که در آینده پیش می‌آید، برخورد نماید (۸). Retalis و Lazakidou در پژوهش خود بیان کردند که آموزش مهارت حل مسأله، باعث افزایش قدرت تصمیم‌گیری، خودگردانی و مسئولیت‌پذیری می‌گردد (۹).

شقایق و همکاران (۱۰) و امیریان (۱۱) با انجام تحقیقاتی به این نتیجه رسیدند که آموزش خانواده، در سلامت روانی والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر تأثیر مثبتی دارد. نتایج مطالعات فراتحلیلی Malouff و همکاران (۱۲) و Tezel و Gozum (۱۳) نشان داد که آموزش مهارت حل مسأله، در کاهش علائم بسیاری از حالات، اختلالات روانی و به خصوص افسردگی مؤثر است. نتایج پژوهش Huberty نشان داد که آموزش مهارت حل مسأله، درمان مؤثر و عملی برای افسردگی عمده، خفیف و اختلال خلقی در مراکز مراقبت اولیه و مراکز اجتماعی به شمار می‌رود (۱۴).

تحقیق حاضر با هدف بررسی اثربخشی مهارت‌های آموزش حل مسأله بر میزان افسردگی و اضطراب والدین دارای کودک عقب‌مانده ذهنی شهر شهرکرد انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع نیمه تجربی و طرح آن به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه شاهد بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه والدین دارای کودک عقب‌مانده ذهنی شهر شهرکرد بود که از خدمات مرکز فروغ استفاده می‌کردند (۸۰ دانش‌آموز). بدین ترتیب، از بین مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی، ۳۰ نفر از افرادی که معیارهای ورود را داشتند، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه شاهد) قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل دامنه سنی ۲۵ تا ۶۰ سال، کسب نمره بالاتر از ۲۹ در نسخه دوم پرسش‌نامه افسردگی Beck (Beck Depression Inventory-II یا BDI-II) و نمره بالاتر از ۲۶ در پرسش‌نامه اضطراب Beck (Beck Anxiety Inventory یا

BAI)، داشتن حداقل مدرک ابتدایی و رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه بود. ابتدا به بیماری فعال سایکوتیک، ابتدا به اختلال دوقطبی و اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و مرزی، رفتارهای فعال خودکشی و دیگرکشی و سابقه مصرف مواد مخدر در سه ماه گذشته نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. به منظور جمع‌آوری اطلاعات، از نسخه دوم پرسش‌نامه BDI استفاده شد. این نسخه شبیه ویرایش اول، از ۲۱ ماده تشکیل شده است که افراد برای هر ماده یکی از چهار گزینه را که نشان دهنده شدت آن علامت در خود است، انتخاب می‌کنند. برای هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ در نظر گرفته شده است و محدوده نمرات بین صفر تا ۶۳ می‌باشد. مقیاس BDI چهار ماده از ویرایش قبلی را ندارد و به جای آن‌ها ماده‌های دیگری به پرسش‌نامه افزوده شده است. در این پرسش‌نامه دو ماده به گونه‌ای ویرایش شده‌اند که به شدت افسردگی بیشتر حساس باشند (۱۵). این ابزار برای جمعیت ۱۳ سال به بالا با حداقل شش کلاس سواد قابل استفاده است و نقاط برش آن به گونه‌ای است که نمره صفر تا ۱۳ نشان دهنده عدم افسردگی یا افسردگی جزئی و نمرات ۶۳-۲۹ نشان دهنده افسردگی شدید می‌باشد و بقیه موارد بین این دو بازه قرار دارند (۱۵).

مطالعات انجام شده بر روی ویرایش دوم، اعتبار، روایی و ساخت عاملی مطلوبی را برای آن گزارش کرده‌اند و به طور کلی، جایگزین خوبی برای ویرایش اول می‌باشد، به ویژه به منظور ارزیابی نتایج درمان‌های روان‌شناختی و شناختی، به جای ویرایش اول توصیه شده است (۱۷، ۱۶). علاوه بر این، بررسی اعتبار آن بر روی جمعیت ایرانی با استفاده از ضریب Cronbach's alpha ۰/۹۲، برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی ۰/۹۳ به فاصله یک هفته، تأیید گردید. همچنین، ضریب Cronbach's alpha ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۷۳ بود (۱۸). اعتبار پرسش‌نامه مذکور در تحقیق حاضر با استفاده از روش ضریب Cronbach's alpha ۰/۹۳ محاسبه شد.

از پرسش‌نامه اضطراب BAI جهت اندازه‌گیری شدت اضطراب استفاده گردید. شیوه امتیازبندی پاسخ‌ها به صورت اصلاً (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) است. دامنه نمره فرد از صفر تا ۶۳ می‌تواند در نوسان باشد که نمره بین صفر تا ۷ هیچ یا کمترین حد، نمره بین ۸ تا ۱۵ اضطراب خفیف، نمره بین ۱۶ تا ۲۵ اضطراب متوسط و نمره بین ۲۶ تا ۶۳ اضطراب شدید را نشان می‌دهد. نتایج مطالعات انجام شده حاکی از آن است که این مقیاس از اعتبار و روایی بالایی برخوردار می‌باشد. ضریب همسانی درونی آن ۰/۹۲، پایایی آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر بود. روایی ابزار نشان دهنده کارایی بالایی آن در اندازه‌گیری اضطراب می‌باشد (۱۹). اعتبار این مقیاس در پژوهش حاضر بر اساس ضریب Cronbach's alpha ۰/۸۹ محاسبه گردید.

در مطالعه حاضر روش‌های درمانی در دو سطح آموزش حل مسأله و عدم آموزش (گروه شاهد) به عنوان متغیر مستقل و افسردگی و اضطراب به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی که در مرحله غربالگری نمره بالاتر از ۲۹ در مقیاس BDI و نمره بالاتر از نقطه برش ۲۶ در مقیاس BAI داشتند، به عنوان نمونه انتخاب شدند و سپس به طور تصادفی به دو گروه شاهد و آزمایش تقسیم شدند. سپس از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد و گروه آزمایش تحت مداخله ۷ جلسه آموزش مهارت حل مسأله قرار گرفتند و در پایان از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و داده‌ها

مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌های به دست آمده در دو سطح توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل گردید. در بخش توصیفی از شاخص‌هایی مانند میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی و در بخش استنباطی از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و شاهد استفاده شد. برای بررسی پایایی و روایی ابزارها، ضریب Cronbach's alpha مورد استفاده قرار گرفت و محاسبه‌های آماری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ (version 24, IBM Corporation, Armonk, NY) انجام شد. شیوه اجرای آموزش مهارت حل مسئله در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ساختار جلسات برنامه آموزش حل مسئله و شرح محتوای جلسات

جلسات	شرح جلسات
اول	معارفه: قواعد گروه، آشنایی اولیه و ایجاد جو توأم با اعتماد و تعامل با هدف درمانی اجرای پیش‌آزمون
دوم	ارایه منطق درمان و تأکید بر اهمیت مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری در حل مشکلات و چالش‌های زندگی و تأثیر آن بر افسردگی و اضطراب مادران و ویژگی‌های افراد دارای مهارت حل مسئله و افراد فاقد توان حل مسئله و تصمیم‌گیری جمع‌بندی، بازخورد و تکالیف خانگی: تلاش در یادآوری مسایل و مشکلات خود و یادداشت آن‌ها مرور جلسه قبل: بازخورد درمانجویان و بررسی تکالیف خانگی تشویق و ترغیب همه درمانجویان برای یادآوری و طرح چالش‌های زندگی خود ارزیابی و شناسایی نحوه حل مسئله و تصمیم‌گیری‌های مددجویان در مقابل چالش‌ها توضیح درباره نحوه حل مسئله و چگونگی به وجود آمدن هیجانات ناخوشایند بیان تفاوت و شباهت مهارت حل مسئله و مهارت تصمیم‌گیری بیان فرایند حل مسئله
سوم	جمع‌بندی مطالب، بازخورد درمانجویان و تعریف یک مسئله و یادداشت آن به عنوان تکالیف خانگی مرور جلسه قبل: بازخورد درمانجویان، مرور تکالیف و رفع موانع و چالش‌ها آموزش مرحله اول مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری (خودآگاهی هیجانی) بررسی افکار ناکارآمدی که در مواجهه با یک مشکل یا تصمیم فعال می‌شود و ارایه مثال توسط اعضا جمع‌بندی، بازخورد درمانجویان
چهارم	ارایه تکالیف خانگی و تمرین خودآگاهی هیجانی و یادداشت افکار ناکارآمد در مواجهه با یک مشکل مرور جلسه قبل: بازخورد درمانجویان، مرور تکالیف و رفع موانع و مشکلات تشویق و ترغیب همه درمانجویان برای طرح مسایل خود و بیان افکار ناکارآمد بحث درباره اهمیت افکار ناکارآمد و تأثیر آن بر افسردگی و اضطراب آموزش مرحله دوم مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری (تعریف دقیق مسئله یا تصمیم) بیان مشکلاتی که به دو صورت واضح و مبهم هستند و تشویق مددجویان برای تبدیل مشکلات مبهم به صورت اهداف عینی و شفاف جمع‌بندی، بازخورد درمانجویان
پنجم	ارایه تکالیف خانگی: ادامه تمرین گذشته با تأکید بر تبدیل شکلات مبهم به صورت اهداف عینی و شفاف مرور جلسه قبل، دریافت بازخورد درمانجویان، مرور تکالیف و رفع موانع و مشکلات آموزش مرحله سوم مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری (بارش فکری) تأکید بر اهمیت کمیت راه‌حل‌ها در تکنیک بارش فکری نه کیفیت آن‌ها تأکید بر سانسور نکردن ذهن در تکنیک بارش فکری جمع‌بندی، بازخورد درمانجویان
ششم	ارایه تکالیف خانگی: ادامه تمرین گذشته و اجرای تکنیک بارش فکری مرور جلسه قبل، دریافت بازخورد درمانجویان، مرور تکالیف و رفع موانع و مشکلات آموزش مرحله چهارم مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری (ارزیابی گزینه‌ها و انتخاب بهترین راه‌حل) ارزشیابی و قضاوت در مورد راه‌حل‌های ارائه شده در تکنیک بارش فکری و اندیشیدن در مورد مزایا و معایب راه‌حل‌ها آموزش نحوه نمره‌گذاری راه‌حل‌ها و تعیین میزان اثرگذاری آن‌ها و در آخر انجام ارزیابی کلی بیان مرحله پنجم مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری (اجرا و بازبینی راه‌حل‌ها) و بیان اهمیت مشورت با دیگران
هفتم	ارایه تکالیف خانگی: ارزیابی راه‌حل‌های ارائه شده، نمره‌گذاری و اجرای آن‌ها مرور جلسه قبل، دریافت بازخورد درمانجویان، مرور تکالیف جمع‌بندی و مرور مطالب همه جلسات تأکید بر اهمیت تداوم مهارت حل مسئله در زندگی روزمره و موقعیت‌های پیش‌رو ترغیب و تشویق به تعمیم روش‌های آموخته شده به موقعیت‌های واقعی زندگی جمع‌بندی، بازخورد کلی درمانجویان و اجرای پس‌آزمون آمادگی برای اتمام جلسات و خاتمه درمان

جدول ۲. آمارهای توصیفی نمرات افسردگی و اضطراب گروه‌های آزمایش و شاهد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش		گروه شاهد	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
اضطراب (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۱۶/۵۳ $\pm$ ۱۰/۸۰	۶/۳۳ $\pm$ ۴/۴۳	۲۲/۰۰ $\pm$ ۵/۵۷	۲۴/۰۰ $\pm$ ۵/۵۵
افسردگی (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۲۶/۶۰ $\pm$ ۱۱/۸۰	۱۳/۰۰ $\pm$ ۵/۸۳	۲۰/۲۶ $\pm$ ۱۱/۷۸	۲۱/۴۶ $\pm$ ۱۱/۶۳

یافته‌ها

در گروه آزمایش، ۱۳ نفر (۸۶/۷ درصد) متأهل و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) مطلقه و در گروه شاهد نیز ۱۴ نفر (۹۲/۳ درصد) متأهل و ۱ نفر (۶/۷ درصد) مطلقه بودند. در گروه آزمایش، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) تحصیلات ابتدایی، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) تحصیلات سیکل، ۶ نفر (۴۰/۰ درصد) تحصیلات دیپلم و ۱ نفر (۶/۷ درصد) تحصیلات کاردانی داشتند. در گروه شاهد نیز ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) دارای تحصیلات سیکل، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و ۱ نفر (۶/۷ درصد) دارای تحصیلات کاردانی بودند. در گروه آزمایش، ۱۲ نفر (۸۰/۰ درصد) در منزل شخصی ساکن بودند. ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) شغل آزاد داشتند و ۱ نفر (۷/۶ درصد) کارمند بود. در گروه شاهد نیز ۱۲ نفر (۸۰/۰ درصد) در منزل شخصی ساکن بودند و ۳ نفر (۲۰/۰ درصد) شغل آزاد داشتند.

میانگین سنی نمونه‌های گروه‌های آزمایش و شاهد به ترتیب $21/8 \pm 4/6$ و $21/8 \pm 4/6$ سال بود. میانگین تعداد فرزند در گروه آزمایش ۳/۳ و در گروه شاهد ۳/۵ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در جدول ۲ ارائه شده است. طبق یافته‌ها، میانگین نمرات افسردگی و اضطراب در مادران گروه شاهد در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تغییرات چندانی را نشان نداد، اما میانگین نمرات افسردگی و اضطراب در مادران گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافت.

ابتدا پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته افسردگی و اضطراب با استفاده از آزمون Shapiro-Wilk بررسی شد و نتایج نشان داد که تفاوتی بین توزیع نمرات نمونه و توزیع بهنجار جامعه وجود نداشت. همچنین، واریانس نمرات گروه‌ها در مورد متغیرهای افسردگی و اضطراب برابر بود. نتایج آزمون Box نیز حاکی از آن بود که کواریانس نمرات گروه‌ها در متغیرهای افسردگی و اضطراب برابر می‌باشد.

مطابق با داده‌های جدول ۳، بین گروه‌های آزمایش و شاهد از لحاظ متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری مشاهده گردید. بر این اساس، می‌توان بیان نمود که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (افسردگی و اضطراب) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت. اندازه اثربخشی آموزش مهارت حل مسأله در

پژوهش حاضر، ۰/۷۹۲ و توان آماری آزمون، ۱ به دست آمد. جهت بررسی نقطه تفاوت، دو تحلیل کواریانس یک‌طرفه روی متغیرهای وابسته انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. بر اساس داده‌ها، تحلیل کواریانس یک‌طرفه در متغیر اضطراب و افسردگی معنی‌دار بود. بنابراین، اثربخشی آموزش مهارت حل مسأله بر اضطراب و افسردگی مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی تأیید گردید و ضریب اندازه اثر نشان داد که ۷۱/۹ درصد تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون از نظر متغیر اضطراب و ۷۲/۷ درصد تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون از لحاظ متغیر افسردگی، به مداخله آزمایشی ارتباط داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مهارت حل مسأله بر افسردگی و اضطراب مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی بود. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های حل مسأله، افسردگی را کاهش می‌دهد که با یافته‌های مطالعات Malouf و همکاران (۱۲)، زنوزیان و همکاران (۲۰) و امیری برمکوهی (۲۱) همخوانی داشت. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که درمان حل مسأله گروهی، در کاهش علایم افسردگی مؤثر می‌باشد و آموزش مهارت‌های زندگی از جمله حل مسأله، نشانه‌های افسردگی، مشکلات اجتماعی و اشتغال ذهنی با بیماری و مرگ را به طور معنی‌داری کاهش می‌دهد (۲۱، ۲۰، ۱۲).

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت که بر اساس نظریه شناختی، افسردگی در نتیجه تحریف‌های شناختی خاص به وجود می‌آید که در افراد مستعد افسردگی وجود دارد. این تحریف‌ها، طرحواره‌های افسردگی‌زا نامیده می‌شود و الگوهای شناختی هستند که باعث می‌شود فرد داده‌های درونی و بیرونی را تحت تأثیر تجارب اولیه، به گونه تغییر یافته‌ای درک کند. Beck عوامل شناختی سه گانه‌ای را برای افسردگی فرض کرد که شامل «دیدگاه‌های مربوط به خود، دید منفی نسبت به خود»، «مربوط به محیط، تمایل به تجربه جهان به گونه متخاصم و پرتوقع» و «درباره آینده، انتظار رنج و ناکامی» می‌باشد. درمان افسردگی نیز عبارت از تعدیل و اصلاح این تحریف‌ها است (۲۲).

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و شاهد

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	اندازه اثر	توان آماری	مقدار P
Pillai's trace	۰/۷۹۲	۴۷/۵۶	۲	۲۵	۰/۷۹۲	۱	۰/۰۰۰۱
Wilks' lambda	۰/۲۰۸	۴۷/۵۶	۲	۲۵	۰/۷۹۲	۱	۰/۰۰۰۱
Hotelling's Trace	۳/۸۰۰	۴۷/۵۶	۲	۲۵	۰/۷۹۲	۱	۰/۰۰۰۱
Roy's Largest Root	۳/۸۰۰	۴۷/۵۶	۲	۲۵	۰/۷۹۲	۱	۰/۰۰۰۱

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس یک‌طرفه روی میانگین نمرات پس‌آزمون اضطراب و افسردگی گروه‌های آزمایش و شاهد

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	درجه آزادی	مقدار P
اضطراب	۴۸۴/۰۹	۱	۴۸۴/۰۹	۶۶/۵	۰/۷۱۹	۱	۰/۰۰۰۱
افسردگی	۱۱۳۵/۰۱	۱	۱۱۳۵/۰۱	۶۹/۳	۰/۷۳۷	۱	۰/۰۰۰۱

خویش شود (۲۳). به عبارت دیگر، هدف آموزش مهارت حل مسئله، یاددهی چگونگی فکر کردن درباره مسایل می‌باشد و این هدف، راهی برای تقویت استدلال و استفاده از ارزش‌های شخصی جهت تصمیم‌گیری درباره مشکلات پیش آمده است که در نهایت، باعث می‌شود فرد دارای مهارت حل مسئله شود و بر خلاف افرادی که فاقد این مهارت هستند، از خود پرخاشگری نشان ندهد (۲۶).

در مجموع، نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که آموزش مبتنی بر حل مسئله می‌تواند به عنوان مداخله مهمی در درمان و پیشگیری از افسردگی و اضطراب مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی در کنار درمان‌های رایج به کار گرفته شود. بر اساس نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌شود تا روش آموزش مهارت حل مسئله با سایر روش‌های درمانی افسردگی و اضطراب از جمله درمان شناختی- رفتاری (Cognitive behavioral therapy یا CBT) که اثربخشی آن به اثبات رسیده است، تلفیق گردد. همچنین، بهتر است آموزش مهارت حل مسئله در مراکز مشاوره بهزیستی و آموزش و پرورش و در جهت اقدامات پیشگیرانه ثانویه، جزء مباحث و موضوعات آموزشی مورد توجه قرار گیرد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به جامعه آماری پژوهش که تنها متشکل از مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی در شهرکرد بود و داوطلب استفاده از خدمات بازتوانی بودند و همچنین، فقدان دوره پیگیری اشاره نمود. محدودیت‌های مذکور باید در تعمیم نتایج تحقیق مد نظر قرار گیرد. تحقیق در سایر گروه‌ها با نیازهای خاص و همچنین، بررسی اثر تداوم درمان با اجرای آزمون پیگیری در مطالعات آینده توصیه می‌گردد. در پایان با توجه به تأثیر آموزش مهارت حل مسئله بر کاهش اضطراب و افسردگی مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی، پیشنهاد می‌شود که متخصصان حوزه روان‌شناسی و روان‌پزشکی از این رویکرد در جهت کاهش مشکلات هیجانی والدین دارای کودک عقب‌مانده ذهنی استفاده نمایند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کارکنان مرکز فروغ شهرکرد و همچنین، کلیه مادرانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

با توجه به مطالب مذکور، می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که جلسات آموزش مهارت حل مسئله، به افراد این توانایی را می‌دهد که با جمع‌آوری اطلاعات پیرامون مسایل و مشکلات، شناخت واقع‌بینانه‌ای از محیط اطراف کسب کنند و با توجه به شناخت و توانمندی‌های شخصی خود و ارزیابی صحیح از محیط، برای آینده برنامه‌ریزی و اقدام نمایند. از طرف دیگر، این آموزش‌ها با آرایه الگوها و شناخت‌های مفید و سازگارتر همچون شخصی‌سازی نکردن مسایل و مشکلات، مطلق‌گرا نبودن در برخورد با مسایل، عدم تعمیم افراطی و نتیجه‌گیری بر اساس تجارب بسیار اندک و بسیار محدود، تمرکز و تأکید نکردن بر بخشی از جزئیات و نادیده نگرفتن سایر جنبه‌های مهم‌تر یک تجربه و عدم نتیجه‌گیری دلخواه، به آزمودنی‌ها این امکان را می‌دهد که شناخت‌های ناکارآمد و معیوب اصلاح شود و در نتیجه، منجر به کاهش افسردگی می‌گردد. همچنین، چنانچه افراد مهارت حل مسئله داشته باشند، از مهارت‌های ارتباطی بهتری برخوردار هستند و به دنبال آن، کمتر دچار ناملایمات درونی می‌شوند و بنابراین، از میزان برخوردهای ناسازگارانه آن‌ها در محیط‌های اجتماعی کاسته می‌شود و همین امر، آرامش بیشتری را برای آنان به ارمغان می‌آورد.

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، آموزش مهارت حل مسئله در کاهش علایم اضطراب مؤثر است که با یافته‌های مطالعات Steger و همکاران (۲۳) و تارمیان و همکاران (۲۴) مشابهت داشت. آن‌ها آموزش مهارت‌های زندگی را بر افزایش سلامت جسمانی و روانی مانند اعتماد به خود، مقابله با فشارهای محیطی و روانی، کاهش اضطراب و افسردگی و کاهش افکار خودکشی مؤثر قلمداد کردند (۲۳، ۲۴). همچنین، برخی تحقیقات نشان داده است که شرکت در کلاس‌های آموزش مهارت‌های زندگی، موجب کاهش اضطراب دانشجویان می‌گردد (۲۵).

مطابق با نتایج پژوهش حاضر و یافته‌های به دست آمده از تحقیقات پیشین، می‌توان چنین استنباط کرد که آموزش مهارت حل مسئله به عنوان یک مکانیسم کنترل‌کننده و بازدارنده اضطراب در زندگی فردی، می‌تواند از بروز اضطراب و دلهره جلوگیری نماید. تجربه نشان داده است که آموزش مهارت حل مسئله به منع اضطراب می‌انجامد و روشی است که برای رفع اضطراب‌های ناشی از روابط اجتماعی متقابل افراد به کار برده می‌شود. این توانایی فرد را قادر می‌کند که محیط را به شیوه بهتری مهار نماید و مانع اضطراب‌های بی‌دلیل

References

1. Dini-Torki N, Bahrami H, Davarmanesh A, Biglarian A. The relationship between stress and marital satisfaction of parents with mental retarded children. J Rehab 2007; 7(4): 41-6. [In Persian].
2. Mohammadkhan-Kermanshahi S, Vanki Z, Ahmadi F, Azad-Fallah P, Kazem-Nezhad A. Mother's experiences of having mental retarded child. J Rehab 2006; 7(3): 26-33. [In Persian].
3. Burden RL. Measuring the effects of stress on the mothers of handicapped infants: must depression always follow? Child Care Health Dev 1980; 6(2): 111-25.
4. Ghasempour A, Akbari E, Taghipour M, Azimi Z, Refaghat E. Comparison of psychological well-being and coping styles in mothers of deaf and normally-hearing children. Auditory and Vestibular Research 2017; 21(4): 51-9.
5. Ali Nejad Makari N. Study and comparison of the priority of services to families with mentally retarded children in terms of

- parents and specialists in Dezful [MSc Thesis]. Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2007. [In Persian].
6. Sklad M, Diekstra R, Ritter M, Ben J, Gravesteyn C. Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychol Schs* 2012; 49(9): 892-909.
 7. Eizadi Fard R, Sepasi Ashtiani M. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy with problem solving skills training on reduction of test anxiety symptoms. *Journal of Behavioral Sciences* 2010; 4(1): 23-7. [In Persian].
 8. Mohammadi N. Effectiveness of problem solving skill training on normative behavior disorder. Tehran, Iran: Tarbiat Modares University; 2003. [In Persian].
 9. Lazakidou G, Retalis S. Using computer supported collaborative learning strategies for helping students acquire self-regulated problem-solving skills in mathematics. *Comput Educ* 2010; 54(1): 3-13.
 10. Shaghghi F, Kakoo Jooybari A, Salami F. The effect of family training on the mental health of educable mentally retarded children's parents. *Journal of Behavioral Sciences* 2010; 2(4): 57-69. [In Persian].
 11. Amirian K. The effect of family education on mental health of parents with mentally retarded children. *Proceedings of the 2nd National Conference on Psychology-Family Psychology*; 2011 Mar 7-9; Marvdasht, Iran. [In Persian].
 12. Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2007; 27(1): 46-57.
 13. Tezel A, Gozum S. Comparison of effects of nursing care to problem solving training on levels of depressive symptoms in post partum women. *Patient Educ Couns* 2006; 63(1-2): 64-73.
 14. Huberty TJ. Anxiety and anxiety disorders in children: information for parents. Bethesda, MD: National Association of School Psychologists; 2004.
 15. Ebrahimi A. Comparison of the effectiveness of integrated religious treatment, cognitive-behavioral therapy and drug therapy on depression and attitudes in patients with depressive disorder [PhD Thesis]. Isfahan, Iran: School of Educational Sciences, University of Isfahan; 2007. [In Persian].
 16. Dozois DJA, Dobson KS, Ahnberg JL. A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychol Assess* 1998; 10(2): 83-9.
 17. Beck AT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York, NY: Harper and Row; 1967.
 18. Gharaei B. Identification of identity status and its relationship with identity styles and depression in adolescents [PhD Thesis]. Tehran Iran: Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences; 2003. [In Persian].
 19. Fathi Ashtiani A. Psychological tests: Personality and mental health. Tehran, Iran: Beasat Publications; 2009. [Persian].
 20. Zonozyan S, Gharaei B, Yekkeyazdandost R. Evaluate the effectiveness of problem solving training in reducing depression and anxiety. *Proceedings of the 4th of University Student's Mental Health*; 2008 May 21-22; Shiraz, Iran. [In Persian].
 21. Amiri Baramkoohi A. Training life skills for decreasing depression. *Developmental Psychology* 2009; 5(20): 7-26. [In Persian].
 22. Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry* 2008; 165(8): 969-77.
 23. Steger MF, Mann JR, Michels P, Cooper TC. Meaning in life, anxiety, depression, and general health among smoking cessation patients. *J Psychosom Res* 2009; 67(4): 353-8.
 24. Taromyan F, Mahjoei M, Fathi. T. Life skills. Tehran, Iran: Tarbiat Publications; 2009. [In Persian].
 25. Hosseinkhanzadeh A, Rashidi N, Yeganeh T, Zareimanesh Q, Ghanbari N. The effects of life skills training on anxiety and aggression in students. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2013; 12(7): 545-58. [In Persian].
 26. Ghorban-Shirodi S, Khalatbari J, Todar SR, Moballegghi N, Salehi M. Comparison of effectiveness of the self-assertion training and problem solving on the aggression and adaption. *New Findings in Psychology* 2010; 5(15): 5-24. [In Persian].

The Effectiveness of Training Problem-Solving Skills on Depression and Anxiety in Mothers of Children with Mental Retardation

Rezvan Panahi¹, Ahmad Ghazanfari², Tayebeh Sharifi³

Original Article

Abstract

Aim and Background: The presence of a mentally retarded child in each family affects the structure and mental health of that family, especially the parents. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of training problem-solving skills on depression and anxiety in mothers of children with mental retardation.

Methods and Materials: This was a quasi-experimental study with pretest, posttest, and follow-up method along with the control group. The study population was mothers of children with mental retardation in Shahrekord City, Iran, in the year 2016. 30 mothers were randomly selected and assigned to two equal groups of experimental and control. The research instruments were as Beck Depression Inventory second edition (BDI-II) and Beck Anxiety Inventory (BAI). First, both groups were given pretest; then, experimental group was trained for 7 sessions of 2 hours twice a week according to training problem-solving skills; and after training, posttest was taken from both groups. Data were analyzed using covariance method.

Findings: Compared with the control group, problem-solving skills reduced depression and anxiety among experimental group ($P < 0.050$). Problem-solving skills reduced depression and anxiety in mothers of children with mental retardation with covariance changes of 71.9 and 72.7 percent, respectively.

Conclusions: Training problem-solving skill can be used as an effective educational program to decrease depression and anxiety in mothers of children with mental retardation.

Keywords: Problem solving, Skill, Depression, Anxiety, Intellectual disability, Mothers

Citation: Panahi R, Ghazanfari A, Sharifi T. **The Effectiveness of Training Problem-Solving Skills on Depression and Anxiety in Mothers of Children with Mental Retardation.** J Res Behav Sci 2018; 15(4): 420-6.

Received: 19.08.2017

Accepted: 22.10.2017

1- Department of Psychology, School of Humanistic, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychology, School of Humanistic, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

3- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Humanistic, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

Corresponding Author: Ahmad Ghazanfari, Email: ghazanfari@yahoo.com