DOI: *10.29252/rbs.18.1.70*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2020, Volume 18, Issue 1

The Effect of Family Rehabilitation on Psychological Well-Being of Mothers whit Slow- learner Children Based on Moos and Tsu Model

Somayeh Kazemian[1], Azam Moradi[2], Fahimeh Fadakar[3]

1. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.
2. MSc Student, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
3. Lecturer in Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Abstract

Aim and Background: Different models of family psychological education, including the Moos and Tsu model, can have a significant effect on families with Slow-learner children. In this study, the effectiveness of family rehabilitation program in promoting psychological well-being of mothers with Slow- learner children has been investigated.

Methods and Materials: This study was a quasi-educational study with pretest and posttest and control group. The sample of the present study included 30 mothers with Slow- learner children, 15 of whom were in the experimental group and the other 15 in the control group. The family rehabilitation program was performed according to the Moos and Tsu model in 8 sessions of one to one and a half hours for the experimental group. All participants completed a short form of the Reef Psychological Well-Being Questionnaire and the results were analyzed through multivariate analysis of covariance.

Findings: The analysis of the results showed that the rehabilitation program with the Moos and Tsu model has improved psychological well-being and its components in the mothers of the experimental group. This effect of family empowerment according to the Moos and Tsu model can be seen on the subscales of improving self-acceptance, positive relationships with others, autonomy, mastery of the environment, purposeful living and personal growth.

Conclusions: Findings showed that the rehabilitation program with the Moos and Tsu model with emphasis on cognitive-behavioral approach can be effective to improve the psychological well-being of mothers with Slow-learner children. Therefore, therapists can help these mothers in their well-being by using this model and its effectiveness.

Keywords: Family rehabilitation, psychological well-being, slow- learner children.

Citation: Kazemian S, Moradi A. **The Effect of Family Rehabilitation on Psychological Well-Being of Mothers whit Slow- learner Children Based on Moos and Tsu Model.** J Res Behav Sci 2020; 18(1): 70-77.

*** Somaye Kazemian,**
Email: azammoraadi@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.1.1.1]
[DOI: 10.52547/rbs.18.1.7]

اثربخشی توان‌بخشی خانواده طبق مدل موس و تسو بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان دیرآموز

سمیه کاظمیان[۱]، اعظم مرادی[۲]، فهیمه فداکار[۳]

۱- (نویسنده مسئول) * استادیار، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۲- کارشناس ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۳- مدرس دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: مدل‌های مختلف آموزش روانی خانواده ازجمله مدل موس و تسو برای خانواده‌های دارای یک عضو دیرآموز می‌تواند اثر چشم‌گیری داشته باشد. در این پژوهش اثربخشی برنامه توان‌بخشی خانواده در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان دیرآموز موردبررسی قرارگرفته است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه آموزشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر از مادران کودکان دیرآموز بود که ۱۵ نفر آن‌ها در گروه آزمایش و ۱۵ نفر دیگر در گروه کنترل قرار گرفتند. برنامه توان‌بخشی خانواده طبق مدل موس و تسو در ۸ جلسه یک الی یک و نیم ساعت برای گروه آزمایش به اجرا درآمد. تمام شرکت‌کنندگان فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف را تکمیل نمودند و نتایج از طریق تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحلیل نتایج نشان داد که برنامه توان‌بخشی با مدل موس و تسو، بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن را، در مادران گروه آزمایش ارتقا داده است. این اثر توان‌بخشی خانواده طبق مدل موس و تسو را ، بر خرده مقیاس‌های ارتقای پذیرش خود ، روابط مثبت با دیگران ، خودمختاری ، تسلط بر محیط ، زندگی هدفمند و رشد فردی می توان مشاهده کرد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان داد که برنامه توان‌بخشی با مدل موس و تسو با تأکید بر رویکرد شناختی_ رفتاری، می‌تواند جهت ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودک دیرآموز مؤثر واقع شود. بنابراین درمانگران می‌توانند در ارتباط با این مادران با استفاده از این مدل و کار آیی آن، به بهزیستی آنان کمک کنند.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، توان‌بخشی خانواده، کودکان دیرآموز.

ارجاع: کاظمیان سمیه، مرادی اعظم، فداکار فهیمه. **اثربخشی توان‌بخشی خانواده طبق مدل موس و تسو بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان دیرآموز.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸(۱): ۷۷-۷۰

*- سمیه کاظمیان

رایان نامه: azammoraadi@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.1.1.1]

[DOI: 10.52547/rbs.18.1.7]

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی توان‌بخشی را: «مجموعه اقداماتی که در راستای بهبود بخشی وضعیت افراد مبتلا به معلولیت انجام می‌گیرد، اطلاق می‌کند». انسان عادی همانند هر موجود زنده دیگری به‌طور دائم در معرض ابتلا به عوارض ژنتیکی، اختلال‌های مادرزادی، حوادث و سوانح و عوامل آسیب‌رسان محیطی-زیستی قرار دارد (۱). توان‌بخشی با کمک فنون خود به انسان مبتلا، شیوه زیستن با آن نقص را آموخته تا توانایی‌های حاصل از آن نقص را به طرق مختلف جبران کند. به این مجموعه خدمات که به بهبود وضعیت افراد با یک نیاز خاص منجر می‌شود، توان‌بخشی اطلاق می‌گردد (۲).

ازجمله کسانی که به این خدمات نیاز دارند کودکان دیرآموز و خانواده‌های آن‌ها هستند. دانش آموزان دیرآموز بهره هوشی بین ۱ تا ۲ انحراف معیار زیر هوش متوسط دارند. کارکرد هوش مرزی اصطلاحی است برای تفکیک سطح قوای هوشی افراد با عملکرد طبیعی و مستقل در اجتماع از افراد کم‌توان ذهنی. این دانش آموزان مشکلی در حوزه رفتارهای سازشی مانند برقراری ارتباط یا رفتارهای اجتماعی ندارند، اما هوش آن‌ها در محدوده ۷۰ تا ۸۵ است و مشکل اصلی آن‌ها در زمینه تحصیلی می‌باشد (۳). امروزه ۱/۲ درصد از جمعیت جوامع را افراد دارای ناتوانی هوشی تشکیل می‌دهند. درصد کودکان مرزی (بهره هوشی ۷۱ تا ۸۴) ۱۳/۵ تا ۱۴ درصد می‌باشد که شمار زیادی از افراد جامعه را تشکیل می‌دهد (۴). هم‌چنین در پژوهشی دیگر پیرامون شیوع اختلال رفتاری در مراجعه‌کنندگان به یک مرکز توان‌بخشی پزشکی، ۴۳ درصد آن‌ها دارای اختلال ذهنی در سطح دیرآموز تشخیص داده شدند (۵). از طرفی، وجود یک کودک دیرآموز به سبب وجود مشکلات ویژه خود و اشاره‌ای روانی وارده از سوی اجتماع به خانواده می‌تواند سلامت اعضای خانواده را دچار مشکل نموده و خطر عملکرد نادرست را افزایش دهد. عملکرد نادرست خانواده بر روابط اعضا تأثیر آشکار و یا پنهان می‌گذارد. این تأثیر بر اعضای خانواده، برای خود افراد و گاهی برای مشاورین به‌آسانی قابل‌تشخیص نیست و می‌تواند به شکل‌های گوناگونی ازجمله بیماری‌های روان‌تنی، احساس گناه در پدر و مادر، گناهکار دانستن یک نفر یا سپر بلا شدن یک عضو خانواده که اغلب کودک ناتوان ذهنی، پدر یا مادر است، انکار، ناامیدی، افراط‌وتفریط رفتاری پدر یا مادر (مثل توجه و مراقبت زیاد، چشم‌داشت‌های فراتر از توان کودک، دلسوزی بیش‌ازحد و یا طرد) بروز نماید (۶). تحقیقات نشان داده‌اند که والدین کودکان کم‌توانی ذهنی در معرض خطر مواجهه با انواع مسائل خانوادگی و مشکلات هیجانی قرار دارند (۷). استرس، افسردگی و خشم ازجمله هیجاناتی هستند که این والدین تجربه می‌کنند (۸).

افسردگی مادران کودکان استثنایی بیش از سایرین است؛ عاملی که باعث ناکارآمدی تعامل مادر-کودک و اختلال در تحول کودک می‌شود (۹). مادران دارای فرزندان با نارسایی رشدی و هوشی در روابط بین فردی خود دچار آسیب می‌شوند که با دوری گزینی از دریافت خدمات اجتماعی محروم می‌شوند. ادامه این روند و نیز کاهش سلامت روانی در آنان امیدواری برای مدیریت رفتارهای چالش‌برانگیز کودکان را دچار مشکل می‌سازد (۱۰).

تولد یک کودک با ناتوانی، به‌ویژه ناتوانی ذهنی، خرده نظام‌های درون خانواده و نظام‌های بیرون از خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب فشار بیشتری در درون خانواده می‌شود و سازگاری درون نظام را به خطر می‌اندازد. درنتیجه احتمال نارسایی در کارکرد خانواده افزایش می‌یابد و موجب تنش در خرده نظام‌های خانواده می‌شود (۱۱).

تحقیقات تأکید می‌کنند که، وجود اختلال یا شرایط مزمن کودکان، نگرانی‌ها و تنش‌های زیادی را برای خانواده‌ها به دنبال دارد. هزینه‌های زیادی که نارسایی‌های رشدی و هوشی به‌واسطه ویژگی‌هایی از قبیل مشکلات یادگیری، ضعف در تعامل با همسالان، مهارت‌های اجتماعی ضعیف، طرد از سوی همسالان و مشکلات سازگاری با محیط بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کنند، ممکن است بافت خانواده را در معرض مشکلات سلامت روانی، رضایت زناشویی، کیفیت زندگی و مشکلات تعاملی بین والدین و کودک قرار دهد (۱۲).

امروزه در مقابل توجه و تمرکز سنتی که منجر به آسیب‌شناسی و روان‌شناسی مرضی شده است، دیدگاهی نو در علوم وابسته به‌سلامت در روان‌شناسی، در حال شکل‌گیری و گسترش است. در این دیدگاه و رویکرد علمی تمرکز بر سلامتی و بهزیستی از جنبه‌های مثبت و نیز توضیح و تبیین ماهیت روان‌شناختی بهزیستی است (۱۳).

درباره فرایند انطباق خانواده‌ها با کودکان دیرآموز خود، موس و تسو اظهار می‌کنند که به‌محض تشخیص بیماری، افراد به‌تدریج به بررسی نقاط قوت شبکه حمایتی و در مرحله بعدی به ارزیابی مفهوم بیماری در زندگی خود می‌پردازند. این ارزشیابی شناختی که جریانی پیوسته دارد، ادراک تکالیف ضروری در فرآیند سازگاری را تشکیل می‌دهد و به‌نوبه خود، انتخاب مهارت‌های

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.1.1.1]
[DOI: 10.52547/rbs.18.1.7]

مقابله‌ای کارآمد را رقم می‌زند (۱۴). این مهارت‌های مقابله‌ای عبارت‌اند از: ۱- تجزیه‌وتحلیل منطقی و جست‌وجوی هدف، ۲- ارزیابی مجدد، ۳- طلب حمایت و راهنمایی، ۴- حل مسئله، ۵- گریز و اجتناب (از تسلیم شدن نسبت به شرایط موجود)، ۶- پذیرش، ۷- جستجوی راهی دیگر و ۸- تخلیه احساسی (۱۵). بر اساس الگوهای نظام‌مند خانواده، خانواده همانند یک نظام به حوادث آسیب‌زا پاسخ می‌دهد و به دنبال حوادث آسیب‌زا، پیوستگی و بهزیستی روان‌شناختی اعضا نیز آسیب می‌بینند (۱۶). در مدل موس و تسو (۱۵) بیماری‌های تهدیدکننده‌ی زندگی به‌عنوان بحرانی در نظر گرفته می‌شوند که وضعیت باثبات زندگی فرد را بر هم می‌زنند و ابعاد مختلف کارکرد فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. مفروضه اصلی این مدل آن است که انسان‌ها دارای گرایش فطری به دستیابی و حفظ پایداری روانی و اجتماعی هستند. پژوهش موس و تسو چهارچوبی مفهومی از توصیف جستجوی بیمار برای دستیابی به مفهوم جدید «بهنجار» در زندگی روزمره در پی بیماری ارائه می‌دهد.

با توجه به این‌که در خصوص مدل روان آموزشی موس و تسو تاکنون در ایران پژوهشی انجام نگرفته است، لذا این سؤال برای محققان مطرح شد، آیا برنامه توان‌بخشی خانواده مبتنی بر مدل موس و تسو می‌تواند بر میزان بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان دیرآموز اثربخش باشد یا خیر؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دانش آموزان دیرآموز شاغل به تحصیل در مقطع ابتدایی مدارس استثنایی شهر تهران بود. گروه نمونه از بین مادرانی انتخاب شدند که فرزندانشان در مدرسه شهید زارعی در سال تحصیلی ۹۶- ۱۳۹۵ مشغول به تحصیل بودند. برای انتخاب نمونه پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. سپس به‌تصادف ۱۵ نفر از این مادران در گروه آزمایش و ۱۵ نفر دیگر در گروه کنترل قرار داده شدند. در هر گروه سه نفر از شرکت‌کنندگان به دلیل عدم امکان شرکت در جلسات افت داشتند. معیار ورود در پژوهش داشتن فرزند دیرآموز، تمایل به شرکت در جلسات آموزشی و همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها بود. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های آماری از نرم‌افزار آماری SPSS و روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه زیر استفاده شد.

فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (Riff): این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۹ ساخت. فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف ۱۸ گویه دارد و نمره‌گذاری این مقیاس در یک پیوستار شش‌درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم صورت می‌گیرد (۱۷). این پرسشنامه شش بعد بهزیستی روان‌شناختی شامل پذیرش خود (توانایی دیدن و پذیرفتن نقاط قوت و ضعف خود)، تسلط بر محیط (توانایی تنظیم و مدیریت امور زندگی به‌ویژه مسائل زندگی روزمره)، روابط مثبت با دیگران (داشتن ارتباط نزدیک و ارزشمند با افراد مهم زندگی)، هدفمندی در زندگی (داشتن غایت‌ها و اهدافی که به زندگی فرد جهت و معنا می‌بخشد)، رشد شخصی (احساس اینکه توانایی‌ها و استعدادهای بالقوه فرد در طی زمان و در طول زندگی بالفعل خواهد شد) و استقلال (توانایی و قدرت پیگیری خواسته‌ها و عمل بر اساس اصول شخصی) را می‌سنجد. نمره بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بالاتر است (۱۸). همبستگی فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با فرم اصلی از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (۱۹). ضریب آلفای کرونباخ ابعاد نام‌برده شده به ترتیب ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ و برای کل آزمون ۰/۷۱ گزارش‌شده است. به‌علاوه تحلیل عاملی تأییدی برازش خوب الگوی شش عاملی را نشان داده است (۲۰).

برنامه آموزشی و مداخله طبق مدل موس و تسو: این برنامه در ۸ جلسه و هر جلسه آموزشی به مدت یک الی یک و نیم ساعت اجرا شد. فرآیند اجرای برنامه آموزشی بدین شرح است: جلسه اول: معرفی، بیان اهداف و قوانین گروه، هدف‌گذاری بر اساس ارزش‌ها و دیدگاه افراد نسبت به بیماری و شرایط ایجاد، ایجاد چشم‌انداز مثبت. جلسه دوم: برنامه‌ریزی با مرور تجربیات قبلی و تدوین برنامه آموزشی مناسب که فرد جهت درک بهتر شرایط دریافت می‌کند. جلسه سوم: تأکید بر واقعیت‌ها و درعین‌حال بازبینی آن در شرایط جدید، تغییر ارزش‌ها و عقاید قبلی، بررسی راه‌حل‌های تکراری با تأکید بر نکات مثبت. جلسه چهارم: وارد عمل شدن فعالانه فرد، تمرکز بر موقعیت جدید، یادگیری برنامه جدید، درجه‌بندی کردن اهداف و تعیین اقدامات اولیه جلسه پنجم: شناخت توانایی‌ها و تعمیم راه‌حل به موقعیت‌های جدید، کاهش احساس درماندگی جهت

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.1.1.1]
[DOI: 10.52547/rbs.18.1.7]

افزایش تسلط و قدرت بر موقعیت جلسه ششم: بازخورد دادن اعضا به یکدیگر، در میان گذاشتن تجارب مشترک و برنامه‌ریزی برای اهداف مهم. جلسه هفتم: برجسته‌سازی تغییرات و گفتگو در مورد آن‌ها و بررسی تمرکز بر جهت‌گیری‌های مثبت. جلسه هشتم: مرور دستاوردها، اجرای پس‌آزمون، تعیین جلسه پیگیری و ملاقات با رهبر گروه (ترجیحاً شش هفته پس از برگزاری آخرین جلسه گروه).

یافته‌ها

در این بخش ابتدا اطلاعات مربوط به آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و سپس اطلاعات مربوط به آمار استنباطی ارائه‌شده است. قبل از تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره، مفروضه‌های این آزمون (نرمال بودن متغیر وابسته، یکسانی واریانس‌ها در گروه‌های موردمطالعه، برابری ماتریس‌های کوواریانس) بررسی شدند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در جدول ۱ ارائه‌شده است.

قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های موردنیاز موردبررسی قرار گرفتند. طبق یافته‌های پژوهش مفروضه نرمال بودن متغیر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن تأیید شد ($p>۰/۰۵$). آزمون لوین جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های خطا انجام شد. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده سطح معناداری برای متغیرهای پژوهش بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود. نتیجه آزمون ام باکس جهت بررسی ماتریس کوواریانس‌ها نشان داد که سطح معناداری برای هر یک از متغیرهای پژوهش بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است؛ درنتیجه می‌توان از تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه دو گروه استفاده کرد. شاخص‌های آزمون چند متغیره یعنی لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ، بزرگ‌ترین ریشه اختصاصی روی و اثر پیلایی نشان داد که بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن) تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۵$، ۵/۳۶ =F).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

مؤلفه‌ها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	**پس‌آزمون**
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	**میانگین (انحراف معیار)**
پذیرش خود	۷(۲/۱۰)	۸/۸۶(۱/۴۵)	۸/۲۶(۱/۹۴)	**۷/۹۳(۱/۷۹)**
روابط مثبت با دیگران	۶/۵۳(۱/۴۵)	۱۰/۸۰(۲/۳۰)	۸/۶۶(۱/۱۱)	**۸/۳۳(۲/۳۱)**
خودمختاری	۸/۴۰(۲/۲۹)	۱۰/۴۶(۱/۸۸)	۸/۲۰(۲/۲۴)	**۷/۷۳(۱/۷۹)**
تسلط بر محیط	۳/۷۳(۵۷/۲)	۱۰/۱۳(۳/۰۲)	۹/۲۰(۲/۲۷)	**۸/۸۶(۲/۳۱)**
زندگی هدفمند	۷/۱۳(۲/۴۷)	۱۰/۰۶(۲/۸۴)	۸/۱۳(۲/۶۱)	**۷/۷۳(۲/۴۰)**
رشد فردی	۷/۶۰(۳/۳۷)	۱۱/۳۳(۴/۲۵)	۹/۲۶(۳/۶۷)	**۷/۱۳(۳/۰۲)**
نمره کل بهزیستی	۵۱/۰۶ (۱۳/۸۴)	۴۹/۵۳ (۱۵/۵۹)	۶۵ (۱۵/۸۸)	**۴۸/۸۰ (۱۴/۸۹)**

جدول ۲. تحلیل کوواریانس یکراهه تک متغیره

منابع تغییر	SS	df	MS	F	*P*	اندازه اثر
گروه	۸۷۵/۳	۱	۸۷۵/۳	۹/۷۳	۰/۰۰۴	۰/۲۴
خطا	۲۴۲۸/۹	۲۷	۹۶/۸۹			

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمره پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر هم پراش مداخله توان‌بخشی خانواده طبق مدل موس و تسو بر نمره کل تنظیم هیجان میان فردی و بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و کنترل مشاهده می‌شود. به‌منظور بررسی تأثیر مداخله توان‌بخشی خانواده طبق مدل موس و تسو بر خرده مقیاس‌های

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.1.1.1]
[DOI: 10.52547/rbs.18.1.7]

بهزیستی روان‌شناختی از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۳ ارائه‌شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون بونفرونی برای متغیر اختلالات جنسی در دو گروه

گروه	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	p
تجربی	پیش‌آزمون (۱۱/۸۶۶)	پس‌آزمون (۲۲/۳۳۳)	−۱۰/۴۶۷	۱/۲۰۷	<۰/۰۰۱
		پیگیری (۳۰/۰۶)	−۱۸/۲۰۰	۱/۸۶۰	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون (۲۲/۳۳۳)	پیگیری (۳۰/۰۶)	−۷/۷۳۳	۱/۱۶۹	<۰/۰۰۱
کنترل	پیش‌آزمون (۱۸/۱۴۲)	پس‌آزمون (۱۷/۷۸۵)	۰/۳۵۷	۰/۲۴۸	۰/۵۲۲
		پیگیری (۱۷/۵)	۰/۶۴۳	۰/۳۸۷	۰/۳۶۱
	پس‌آزمون (۱۷/۷۸۵)	پیگیری (۱۷/۵)	−۰/۲۸۶	۰/۲۸۶	۰/۹۰۶

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که پس حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون اثر توان‌بخشی خانواده طبق مدل موس و تسو بر خرده مقیاس‌های ارتقای پذیرش خود ($F=۵/۹۹$، $p<۰/۰۲$)، روابط مثبت با دیگران ($F=۷/۴۹$، $p<۰/۰۱$)، خودمختاری ($F=۵/۹۹$، $p<۰/۰۲$)، تسلط بر محیط ($F=۷/۱۱$، $p<۰/۰۱$)، زندگی هدفمند ($F=۶/۵۷$، $p<۰/۰۲$) و رشد فردی ($F=۹/۱۷$، $p<۰/۰۰۶$) معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی توان‌بخشی خانواده با مدل موس و تسو بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان دیرآموز بود. نتایج این پژوهش نشان داد که توان‌بخشی خانواده بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان دیرآموز اثربخش است. نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش با تحقیقات دیگر مثل کوپر (۲۱)، ابات و مک‌کانکی (۲۲)، کابات زین (۲۳) و سلیمانی، به پژوه و افروز (۲۴) منطبق است و حاکی از آن است که توان‌بخشی خانواده بر بهزیستی روان‌شناختی مادران مبتلا به یادگیری تأثیر دارد. تحقیقات در این زمینه نشان داده است که وضعیت بهداشتی، روانی و خانوادگی کودکان دیرآموز نسبت به دانش آموزان عادی در مقاطع سه‌گانه تحصیلی نامطلوب‌تر است (۲۵). در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت مواجهه با استرس‌های ناشی از داشتن فرزندی که شرایط عادی را تجربه نمی‌کند، می‌تواند با میانجی‌گری فعالیت‌های شناختی تعدیل شود. فرد با بررسی و تحلیل موقعیت می‌تواند در کاهش استرس‌ها و یا افزایش آن‌ها مؤثر واقع شود. مدل موس و تسو به فرد کمک می‌کند تا تحلیلی شناختی و درخور موقعیت داشته باشد. توان مدیریت استرس محقق نخواهد شد، مگر اینکه فرد بتواند شرایط استرس‌زا را درک کند و بداند این شرایط چه تأثیری بر افکار و جسمش دارد و چگونه از پس این شرایط با توجه به مهارت‌های حل مسئله‌اش بر خواهد آمد. همچنین اگر موقعیت قابل‌کنترل نبود، بتواند با استفاده از شیوه‌های مدیریت که دربرگیرنده تلاش‌هایی در کمینه‌سازی، طفره رفتن، مدارا کردن و پذیرفتن شرایط پراسترس است، به تعادل جسمی و روانی خود کمک کند (۲۶).

همان‌طور که قبلاً گفته شد در این مدل توان‌بخشی به افراد کمک می‌شود که تحلیل شناختی دقیق‌تری، نسبت به موقعیت داشته باشند و همچنین نگاه خود را از تمرکز بر بیمار به فرد بهنجار تغییر دهند که این مسئله نقش بسزایی در بهزیستی روان‌شناختی آنان خواهد داشت (۱۵). پژوهش‌ها نشان داده است تحلیل‌های شناختی و رویکردهای شناختی به‌خوبی می‌توانند ابعاد بهزیستی روان‌شناختی زنان را تغییر دهند (۲۷) و اجرای مداخلات آموزشی بر مادران می‌تواند بر عملکرد خانواده بسیار مؤثر باشد (۲۸). یافته‌های این پژوهش با یافته‌های آنان همسو بوده است.

بهزیستی ترکیبی از رضایت از زندگی، یا چگونگی تفکر ما از زندگی مطلوب و آنچه ما در رابطه با زندگی روزمره احساس و یا فکر می‌کنیم، تعریف‌شده است (۲۹). داشتن فرزندی با شرایط خاص می‌تواند بر کاهش ابعاد بهزیستی تأثیرگذار باشد. درواقع بهزیستی روان‌شناختی با سلامت فرزندان تحت تأثیر قرار می‌گیرد. بهزیستی از شناختن نقاط قوت و استعدادها و نیز رشد علایق شخصی به دست می‌آید که این امر نیز موجب می‌شود که فرد موجودی خلاق و سرزنده باشد و به‌طور فعال امورات روزمره خود را انجام دهد. بهزیستی یک معیار کلیدی سلامت روان است (۲۶) و نشان داده شد که با آموزش مدل موس و تسو افزایش می‌یابد. تغییر نگرش نسبت به فرزند، تحلیل شناختی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.1.1.1]
[DOI: 10.52547/rbs.18.1.7]

درست و بهره‌مندی از شبکه اجتماعی حمایت‌کننده که در این مدل بر آن تأکید شده، از عوامل مؤثر بر بهزیستی مادران است که پژوهش‌ها نیز، بر مؤثر بودن آن‌ها صحه می‌گذارند.

همانند سایر پژوهش‌ها، این پژوهش نیز با محدودیت‌هایی همراه بوده است که در تفسیر و تعمیم نتایج می‌بایست آن‌ها را در نظر گرفت. استفاده از مادران دانش آموزان مدرسه استثنایی، در شهر تهران نام برد که تعمیم‌پذیری پژوهش را کاهش می‌دهد؛ زیرا به دلیل امکانات تهران و مرکزیت آن این مادران از حمایت بیشتری نسبت به شهرستان برخوردارند. با توجه به تأثیر این مدل بر بهزیستی روان‌شناختی مادران، پیشنهاد می‌شود تا از این مدل در آموزش روانی مادران دارای فرزند مبتلا به سایر اختلال‌ها نیز استفاده شود.

تقدیر و تشکر

انجام این کار پژوهشی نیازمند همکاری مادرانی بود که کودک دیرآموز داشتند و با توجه به کمبود وقتشان، برای پژوهش انرژی گذاشتند. بدون همکاری و مساعدت آن‌ها این کار به انجام نمی‌رسید، از آن‌ها تشکر می‌کنیم. هم‌چنین از اولیای مدرسه که زمینه تعامل ما با مادران را فراهم کردند قدردانی می‌کنیم.

References

1. Nel L. The Psychofertological Experiences of Master s Degree Students in Professional Psychology Programs. An Interpretative Phenomenological Analysis. Thesis in Fulfillment Of The requirements For the Degree: Department Of Psychology Faculty Of The Humanities: University Of The Free State Bloemfontein. 2011; 48-84.
2. Kharazi B. Rehabilitation of People with Special Need. Tehran: Savalan Publications: 2016.
3. Jankowska A, Bogdanowicz M, Shaw S. Strategies of memorization & their influence on the learning process among individuals with borderline intellectual function. Neuropsychological ACTA, 2012: 10(2): 271-290.
4. Kaplan HI, Sadok BJ. Comprehensive textbook of psychiatry (5 ed). Baltimore: Williams & Wilkins: 1995.
5. Rasouli A, Khosrowpour M. The Study of Behavioral Disorders in Referrals of Dynamic Mental Disorders Center: Tehran University of Medical Sciences. Tehran, Iran: 2000. [In Persian].
6. Behnia F. Evaluation of Behavioral Disorder in Child with Maternal Anxiety. MSc in Occupational Therapy. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences: 1996.
7. Bigner JJ. Parent-Child Relations: An Introduction Parenting. New York: Macmillan.1989; 34:77-65.
8. Beckman PJ. Comparison of mothers and fathers perception of the effect of young children with and without disabilities. American Journal on Mental Retardation. 1991: 95, 585-595.
9. Petterson N. Albers AM. Effect of poverty and maternal depression on childhood development. Child Development. 2001; 77: 1794- 1813.
10. Olsson MB, Hwang CP. Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research: 2001; 45(6): 535-543.
11. Yekta MS, Beh-Pajooh A, Ghobari Bonab B, Zamani N, Parand A. Anger Management Skills Training for Mothers of Educable Mentally Retarded and Slow Learner Children. JOEC: 2009; 8 (4): 358-369. [In Persian].
12. Hallahan DP, Kauffman JM, Pullen PC. Exceptional learners: introduction to special education (15 ed.), Boston: Allyn & Bacon: 2017.
13. Hamidi F, Ansari S. The Relationship between Parenting Parents 'Parenting Styles and Students' Psychological Well-being. Family Quarterly and Research. No. 2015; 32: 31-7.
14. Moos RH Tsu VD. The crisis of physical illness: an overview. In Moos RH (ed) Coping with physical illness. Plenum Medical Book Company: New York/London: 1997: 4, 3-21.
15. Kazemian S. Family Rehabilitation and Counseling. Tehran: Dangeh Publications: 2016. [In Persian].
16. Weine S, Muzurovic N, Kulauzovic Y, Besic S, Lezic A, Mujagic A, Muzurovic J, Spahovic D, Feetham S, Ware N, Knafl K, Pavkovic I. Family consequences of refugee trauma. Family Process: 2004: 43: 147–160.
17. Michaeli Manee F. The Study of Undergraduate Students' Psychological Well-being Status in Uremia University. Horizon Med Sci: 2011: 16 (4). [In Persian].
18. Riff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. J Soc Psychology: 1999: 57: 1069-1081.
19. Sephidi F, Farzad V. Validation of psychological well-being test in students in Ghazvin University. J Ghazvin Med Sci Univercity: 2012: 7, 66-71. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.1.1.1]
[DOI: 10.52547/rbs.18.1.7]

20. Khanjani M. Shahriar Sh, FathAbadi J. Mazaheri MA, Shokri O. Factor Structure and Psychometric Properties of the Short Form of Reef Psychological Well-being Scales in Male and Female Students. Quarterly journal of thought and behavior in clinical psychology. 2017: 38: 36-27.

21. Cooper S. Mental ill health in adults with instinctual disabilities: prevalence and associated factors. The British journal of psychiatry: 2007: 190- 270.

22. Abbot S, McConkey R. The barriers to asocial inclusion perceived by people with intellectual disabilities. Journal of intellectual disabilities: 2006: 10:275-287.

23. Kabat-zinn J. Mindfulness-based intervention in context: past. Present and future. Clinical psychology. Science and practice. 2003: 10:144-156.

24. Behpajooh A, Soleymani M, Afrooz Gh, Gholam Ali Lavasani MA. Study on the Impact of Social Skill Training on Social Adjustment and Academic Performance in Slow Learners. Journal of Educational Innovations: Spring 2010: 9(33), 33; 163 - 186. [In Persian].

25. Rahnama A, Gholami MA. The Survey of Mental and Physical Health of Slow Learners and Normal Students in Hamedan Province. Daneshvar Raftar: 2005: 11(9); 35-48. [In Persian].

26. Motamedi A, Borajali A, Sadeghpour M. Predicting the psychological well-being of the elderly on the basis of the power of stress management and social support. Elderly magazine: 2018: 13: 109-98. [In Persian].

27. Richardson GE. The met theory of resilience and resiliency. Journal of clinical psychology: 2002; 56(3): 227-238.

28. Holekian F, Gholamali Lavasani M. theeffectiveness of role therapy based group counseling on family function of families whit slow- learning children. Journal of family therapy research: summer 2014: 10 (38):197-215. [In Persian].

29. Boehm JK, Peterson C, Kivimaki M, Kubzansky LD. Heart health when life is satisfying: evidence from the Whitehall II cohort study: 2011; 32(21): 2672-2677.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.1.1.1]
[DOI: 10.52547/rbs.18.1.7]