



اثربخشی درمان راه حل محور بومی بر خودکارآمدی و نظم جویی هیجانی مادران دارای فرزند کم توان

ذهنی

مریم فراهانی: دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران
رحیم حمیدی پور: استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) r.hamidipour@cfu.ac.ir
حسن حیدری: دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمین، خمین، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

راه حل محوری،
خودکارآمدی،
نظم جویی هیجانی،
مادران،
کم توان ذهنی

زمینه و هدف: تحقیقات نشان داده است که از جمله متغیرهایی که مادر کودک ناتوان ذهنی می‌تواند با آن درگیر باشد، مدیریت و تنظیم هیجان است؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان راه حل محور بومی بر خودکارآمدی و نظمجویی هیجانی مادران دارای فرزند کم توان بود.

روش کار: روش تحقیق نیمه آزمایشی و طرح تحقیق پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل نابرابر استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران دارای فرزند کم توان ذهنی مراجعه کننده به واحد توانبخشی بهزیستی شهر اراک در سه ماه اول سال ۱۳۹۸ بود. نمونه تحقیق شامل ۴۰ نفر (۲۰ گروه کنترل و ۲۰ نفر آزمایش) بودند که به صورت نمونه گیری در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسش نامه تنظیم هیجان گارنفسکی و خودکارآمدی شرر استفاده شد. پس از اجرای پیش آزمون، مداخله (راه حل محوری دی سلازر) به گروه آزمایش ارائه گردید. پس از پایان برنامه مداخله‌ای، از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخله راه حل محور بر خودکارآمدی و نظمجویی هیجانی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی شهر اراک اثربخش بوده است ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: به نظر می‌رسد که «درمان راه حل محور بومی بر خودکارآمدی و نظمجویی هیجانی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی اثر گذار است؛ بنابراین جهت بالا بردن اعتبار بیرونی تحقیق در جوامع دیگر و با تعداد نمونه بیشتر مورد بررسی قرار گیرد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: حامی مالی نداشته است.

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۸/۱۰

تاریخ چاپ: ۹۹/۱۲/۱۱

شیوه استناد به این مقاله:

Farahani M, Hamidipour R, Heidari H. The effectiveness of native solution therapy on self-efficacy and emotional regulation of mothers with mentally retarded children. Razi J Med Sci. 2021;27(12):100-108.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) صورت گرفته است.



Original Article

The effectiveness of native solution therapy on self-efficacy and emotional regulation of mothers with mentally retarded children

Maryam Farahani: PhD Student of Psychology, Department of Education and Counseling, Khomain Branch, Islamic Azad University, Khomain, Iran

Rahim Hamidipour: Assistant Professor, Farhangian University, Tehran, Iran (* Corresponding author) r.hamidipour@cfu.ac.ir

Hassan Heidari: Associate Professor, Department of education and Counseling, Islamic Azad University, Khomain Branch, Khomain, Iran

Abstract

Background & Aims: Research has shown that one of the variables that the mother of a mentally retarded child may be involved with is emotion management and regulation. Mental retardation is one of the biggest, most complex and difficult issues and problems of children and adolescents in today's human societies. Mental retardation is a heterogeneous and lifelong disorder that is mostly associated with specific problems related to brain or sensory function and includes genetic disorders that affect cognition and behavior (1). Mothers are more affected by the processes that the presence of a disabled child in the family system than fathers due to more involvement and companionship with their children (2). The results showed that there is a significant difference between the mental disorders of mothers of mentally retarded children with learning and late learning (3) and the quality of life (4) of mothers of mentally retarded children with mothers of healthy and normal children. Picat and Dolan (5) also suggest that short-term, short-term treatment is an appropriate intervention for adolescents and adults in many areas. In addition, Adigozel and Goktiork (6) consider the use of solution-oriented perspective as a more effective way to solve psychological problems; so the aim of this study was to evaluate the effectiveness of native solution therapy on self-efficacy and emotional regulation of mothers with mentally retarded children.

Methods: The present study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with unequal control and experimental groups. Sample of this stage of research among mothers with mentally retarded children in Arak in the first quarter of 1398 who had referred to Arak Welfare who were available by voluntary sampling method Sampling was selected. For this purpose, after informing the mentioned community and informing them of the research objectives, the applicants were registered. After enrollment, 40 eligible mothers were randomly replaced in the experimental and control groups (20 in the experimental group, 20 in the control group) using the "individual assignment to group" method. Inclusion criteria include 1- one of their first-degree relatives is mentally retarded, 2- the minimum age of the participant is 18 years, 3- the maximum age of the participant is 55 years, 4- at least 5 years with a minor - has mental ability in direct contact, 5- has no extreme love or hatred for the person with mental disabilities, 6- has no mental or physical illnesses such as paranoid that affect their narratives, 7- Be willing to cooperate and participate in the interview session and 8- Other members of their family are also willing to cooperate and participate in the interview. Exclusion criteria include 1- Whenever it is determined for the researcher that the participant does not meet the conditions to enter the research and has entered the research illegally, 2- If they do not attend the interview, 3- Other families Do not participate in the research and 4- refrain from providing information in the interview session. Protocol therapy was developed based on the De Shazer-based solution therapy method, ie strengthening strengths, defining and praising clients, examining exceptions, using the special question "somewhere", scaling questions, and miracle questions. 90 minutes per week were performed for the experimental group.

Keywords

Solution Therapy,
Self-Efficacy,
Emotional Regulation,
Mothers,
Mental Retardation

Received: 31/10/2020

Published: 29/02/2021

Results: The results showed that There is a significant difference between the experimental and control groups in at least one of the dependent variables. To find out the difference, univariate analysis of covariance (ANCOVA) test was used. Also, there is a significant difference between the research groups in the variables of emotional regulation and self-efficacy and the value of the significant level obtained is less than the alpha value in both variables ($\alpha = 0.05$), thus with 95% probability of solution treatment. Axial, affects emotional regulation. Also, the observed effect coefficient is equal to 0.229 for the emotional regulation variable and 0.470 for the self-efficacy variable. There is a significant difference between the control and experimental groups in the post-test stage of the variables of emotional regulation and self-efficacy and the value of the significant level obtained is less than the alpha value ($\alpha = 0.05$), thus with a 95% probability between the two experimental groups. And control There is a difference in the post-test of the emotional regulation variable.

Conclusion: According to the results, after adjusting the pre-test scores, the difference in post-test scores between the experimental and control groups is significant for the self-efficacy variable. In other words, solution-oriented treatment, considering the mean of self-efficacy in the pre-test stage compared to the mean of self-efficacy of the control group, caused a significant increase in the self-efficacy of mothers with mentally retarded children in the experimental group. The effect or difference showed that the differences in the self-efficacy post-test scores were related to the effect of the solution-oriented treatment and this treatment caused the mean of the self-efficacy post-test scores to be higher in the experimental group than the control group. As a result, the increase in the mean scores of the experimental group compared to the control group in the post-self-efficacy test is due to receiving the solution-oriented treatment intervention in the experimental group. The result of this hypothesis is in line with the research of Zareinejad et al. (7), Moghaddamnia et al. (8), Fitzgerald et al. (9), Lloyd et al. (10) and Baldwin et al. (11). One of the techniques of solution-oriented treatment is problem normalization. This is a technique that assures the client that his problem is not unique. The therapist helps her to know that she is not the only one experiencing this problem, others have experienced this problem and there is hope for finding a solution to this problem. Finding exceptions to the problem as part of treatment allows clients to shift their focus from the problem to a time when there was no problem. The therapist asks the client to look for times when the problem was not in his life and how he did it. The exception question reminds the authorities that the authorities would have been difficult without it (12).

Therefore, it can be said that using the solution-oriented therapy technique, in which a person sets positive and negative goals, one can learn to evaluate the situation by relating to the environment and surroundings, and regulate emotion as a positive goal. Consider and choose low excitement as a negative goal; Therefore, solution-oriented therapy can be effective in regulating the emotions of mothers with mentally retarded children. In general, it can be said that the native solution-oriented intervention has an effect on self-efficacy and emotional regulation of mothers with mentally retarded children and it is recommended to use this intervention in different medical centers. It is also suggested that in similar cases it be placed in a relaxation plant to increase the external credibility of the research.

It seems that the treatment of indigenous solution-based solutions has an effect on self-efficacy and emotional regulation of mothers with disabled children, so to increase the external validity of the research in other communities and with a larger number of samples should be examined. In general, it can be said that the native solution-oriented intervention has an effect on self-efficacy and emotional regulation of mothers with mentally retarded children and it is recommended to use this intervention in different medical centers. It is also suggested that in similar cases be placed in the resting plant to increase the validity of the outer larvae of the research.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Farahani M, Hamidipour R, Heidari H. The effectiveness of native solution therapy on self-efficacy and emotional regulation of mothers with mentally retarded children. *Razi J Med Sci.* 2021;27(12):100-108.

*This work is published under [CC BY-NC-SA 3.0 licence](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

مقدمه

زندگی این مادران ارتباط معنا داری دارد. درمان راه حل محور به مراجع کمک می کند تا به جای، تأکید بر مشکلات، به توسعه موارد استثنا یعنی راه حل های مؤثری که قبلاً مراجع آن ها را بکار برده است، بپردازد (۱۰). اصول درمان راه حل مدار عبارتند: از تمرکز بر راه حل، رویکرد همیارانه و مبتنی بر تشریح مساعی داشتن، تغییرات کوچک می تواند به نتایج بزرگ بیانجامد، تأکید بر فرآیند، رویکرد تلفیقی راهبردی، دارای طرح مختصر و کوتاه مدت بودن اما نه همیشه، پاسخ گویی در برابر مسائل بین فرهنگی و تنوعات فرهنگی (۱۰).

کم توانی ذهنی یکی از کلان ترین، پیچیده ترین و دشوارترین مسائل و مشکلات کودکان و نوجوانان در جوامع بشری امروزی است. کم توانی ذهنی اختلال ناهمگن و مادام العمریست که بیشتر با مشکلات مشخص مربوط به کارکرد مغز و یا حواس همراه و دربرگیرنده اختلالات ژنتیکی است که شناخت و رفتار را تحت تأثیر قرار می دهد (۱۱). مادران به دلیل درگیری و همراهی بیشتر با فرزندان، درمقایسه با پدران، بیشتر تحت تأثیر فرآیندهایی قرار می گیرند که وجود کودک معلول در نظام خانواده ایجاد می کند (۱۲). نتایج پژوهش ها نشان داد که بین اختلالات روانی مادران کودکان کم توان ذهنی و ناتوان یادگیری و دیرآموز (۳) و کیفیت زندگی (۱۳) مادران کودکان ناتوان ذهنی با مادران کودکان سالم و بهنجار تفاوت معنا داری وجود دارد. همچنین پیکات و دولان (۱۴) مطرح می کنند که درمان راه حل مدار کوتاه مدت مداخله ای مناسبی برای نوجوانان و بزرگسالان در بسیاری از زمینه ها است. علاوه براین آدیگوزل و گوکتیورک (۱۵) استفاده از دیدگاه راه حل محور را شیوه ای موثرتری در جهت حل مسائل روانشناختی دانسته اند.

از این رو با توجه به آنچه که ذکر گردید و از آنجایی که درمان راه حل محور روی متغیرهای فوق با جامعه مادران کودکان کم توان ذهنی انجام نپذیرفته است، این پژوهش در پی تدوین الگوی بومی راه حل محوری بر اساس روایت خانواده های دارای فرزند کم توان ذهنی و اثربخشی راه حل محوری بر خودکارآمدی و نظم جوویی هیجانی می باشد. از این رو با توجه به آنچه که ذکر گردید و از آنجایی که درمان راه حل محور روی تاب

تنظیم هیجانی با به کار گماشتن افکار و رفتارهایی که در هیجان های آدمی تأثیر گذارند، دلالت دارد و منظور از تنظیم هیجان نحوه ی پردازش شناختی فرد در هنگام مواجهه با وقایع ناگوار و استرس زا می باشد (۱). به عقیده شیفمن، دانبر، اسکول و تیندل (۲) راهبردهای تنظیم هیجان نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگری، فاجعه انگاری و تمرکز مجدد مثبت، دیدگاه گیری، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و برنامه ریزی کردن هستند. پس از آنجایی که داشتن کودک ناتوان یکی از شرایط و موقعیت های سخت و تنیدگی زای زندگی والدین محسوب می شود، از جمله متغیرهایی که مادر کودک ناتوان ذهنی می تواند با آن درگیر باشد، مدیریت و تنظیم هیجان است. در این راستا نتایج پژوهش کریوند، وزیری و غفاری (۳) حاکی از آن است که شاخص کلی علائم مرضی و افکار پارانوئیدی در مادران کودکان کم توان ذهنی در سطح بالایی قرار دارد. همچنین پژوهش هایی همچون رنجبر (۴) نشان دادند تنظیم هیجانی مادران کودکان استثنایی در سطح پایین تری از مادران کودکان عادی قرار دارند. از طرفی نیز مطالعات نشان می دهد که پدر و مادر کودکان مشکل دار، احساس محرومیت و سطوح بالایی از اضطراب، استرس و افسردگی را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می کنند (۵). از سوی دیگر نتایج پژوهش حسن زاده و حجتی (۶) حاکی از آن است بین تاب آوری و بار مراقبتی مادران کودکان کم توان ذهنی رابطه ای معنا داری وجود دارد و جوزان و جوزان (۷) در بررسی رابطه تاب آوری با کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی بر اساس نوع دیدگاه آن ها دریافتند بین تاب آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی رابطه وجود دارد. مداخلات موفق در افزایش تاب آوری آن هایی هستند که عوامل خطر و تهدید را کاهش و عوامل محافظتی که اثر تعدیل کننده بر واکنش افراد سختی ها و تهدیدها را دارند را افزایش می دهند (۸) و در پژوهش ها و مطالعات دیگری ذکر شده است که مادران کودکان کم توان ذهنی در سطح پایینی از خودکارآمدی قرار دارند. در این راستا مهرافزا و جهانگیر (۹) با پژوهشی روی مادران کودکان کم توان گزارش کردند تاب آوری و خودکارآمدی با کیفیت

استفاده از سوال ویژه "یه جای"، پرسش های مقیاس گذاری، پرسش معجزه تدوین شد. در هر هفته ۹۰ دقیقه برای گروه آزمایش اجرا شد.

پرسش نامه نظم جویی شناختی هیجان گرانفسکی: مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی یک مقیاس ۳۶ آیتمی است که توسط گرانفسکی و همکاران طراحی شده است. دارای یک نمره کلی و ۶ نمره اختصاصی در زیر مقیاس هایی است که مربوط به ابعاد مختلف دشواری در تنظیم هیجانی است. این زیر مقیاس ها عبارتند از: عدم پذیرش هیجان ها، ناتوانی در به کارگیری رفتارهای متناسب با هدف، مشکل در کنترل تکانه، عدم آگاهی هیجانی، دسترسی کم به راهبردهای تنظیم هیجانی، نبود شفافیت هیجانی. نحوه پاسخ دهی به این مقیاس در اساس یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت است. این تحقیگران به بررسی پایایی و روایی این مقیاس در یک نمونه ۴۷۹ نفری از دانشجویان دوره لیسانس نیز پرداختند. این مقیاس در نمره کل (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳) و در همه زیرمقیاس ها (ضریب آلفا بزرگ تر از ۰/۸) ثبات درونی خوبی نشان داد و پایایی آزمون- باز آزمون آن نیز در یک دوره زمانی ۸-۴ هفته ای (زیر مقیاس ها $P < 0/01$ ، $P < 0/57$ و نمره کل $P = 0/01$) مناسب گزارش شد. پایایی این مقیاس در مطالعه اکبری و همکاران (۱۶) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بود که حاکی از اعتبار مناسب آن است. پایایی این پرسش نامه با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه شد که به ترتیب برابر ۰/۸۶ و ۰/۸ ($p < 0/01$) بود که بیانگر ضرایب قابل قبول پرسش نامه تنظیم هیجانی بود. اعتبار همزمان این پرسش نامه نیز با نمره هیجان خواهی ذاکرمن همبسته شد که مشخص شد همبستگی مثبت معناداری بین آن ها وجود دارد که بیانگر برخورداری پرسشنامه تنظیم هیجانی از اعتبار لازم بود.

پرسش نامه خودکارآمدی شرر (۱۹۸۲): این مقیاس دارای ۱۷ سؤال است که هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم، تنظیم میشود. نمره گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلقمی گیرد. سوال های ۱ و ۳ و ۸ و ۹ و ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه

آوری با جامعه مادران کودکان کم توان ذهنی انجام پذیرفته است، محقق درصدد پاسخگویی به این سوال است که آیا مداخله راه حل محوری بر اساس روایت خانواده های دارای فرزند کم توان ذهنی بر خودکارآمدی و نظم جویی هیجانی اثر گذار می باشد یا خیر؟

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون یا گروه کنترل و آزمایش نابرابر بود. نمونه این مرحله از پژوهش از میان مادران دارای فرزند کم توان ذهنی شهر اراک سه ماهه اول سال ۱۳۹۸ که به بهزیستی اراک مراجعه کرده بودند که به روش نمونه گیری دردسترس داوطلبانه نمونه گیری انتخاب شدند. بدین منظور پس از اطلاع رسانی به جامعه مذکور و آگاه سازی آنان از اهداف پژوهشی از متقاضیان ثبت نام به عمل آمد. پس از ثبت نام ۴۰ نفر از مادران واجد شرایط به شیوه تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل (۲۰ نفر گروه آزمایش، ۲۰ نفر گروه کنترل) به شیوه "اختصاص فرد به گروه" جایگزین شدند. معیارهای ورود به تحقیق شامل ۱- یکی از بستگان درجه یک آن ها کم توان ذهنی باشد، ۲- حداقل سن فرد شرکت کننده ۱۸ سال باشد، ۳- حداکثر سن فرد شرکت کننده ۵۵ سال باشد، ۴- حداقل ۵ سال با فرد کم توان ذهنی در تماس مستقیم بوده باشد، ۵- دارای حب و یا بغض بسیار شدید با فرد کم توان ذهنی نباشد، ۶- دارای بیماری های روانی و یا جسمانی مانند پارانویید که روایت های آنان را تحت تأثیر قرار دهند، نباشند، ۷- حاضر به همکاری و شرکت در جلسه مصاحبه باشد و ۸- سایر اعضای خانواده آن ها نیز حاضر به همکاری و شرکت در مصاحبه باشند. معیارهای خروج از تحقیق شامل ۱- هر زمانی که برای پژوهشگر مشخص شود که فرد شرکت کننده دارای شرایط ورود به پژوهش نبوده و به صورت غیرقانونی وارد پژوهش شده است، ۲- در صورتی که در جلسه مصاحبه حضور پیدا نکنند، ۳- سایر خانواده آن ها در پژوهش شرکت نکنند و ۴- در جلسه مصاحبه از ارائه اطلاعات خودداری نمایند. پرو تکل درمانی بر مبنای شیوه درمانی راه حل محور دی شازر یعنی تقویت نقاط قوت، تعریف و تمجید مراجعان، بررسی موارد استثناء،

سؤال‌ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره گذاری می شوند؛ بنابراین حداکثر نمره ای که فرد می تواند از این مقیاس به دست آورد نمره ۸۵ و حداقل نمر ۱۷ است. این مقیاس توسط براتی ترجمه و اعتباریابی شده است. بختیاری براتی (۱۳۷۶) رای سنجش روایی سازه ای مقیاس خودکارآمدی عمومی، نمرات به دست آمده از این مقیاس را با اندازه های چندین ویژگی شخصیتی مقیاس کنترل درونی و بیرونی راتر، خرده مقیاس کنترل شخصی، مقیاس درجه اجتماعی مارلو و کران و مقیاس شایستگی بین فردی روزنبرگ (همبسته کرد که همبستگی پیش بینی شده بین مقیاس خودکارآمدی و اندازه های خصوصیات شخصیتی متوسط (۰/۶۱) و در سطح (۰/۰۵) معنادار و در جهت تایید سازه مورد نظر بود (۱۷).

برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس چند متغیره و تک متغیره انجام شد و سپس آزمون های مذکور برای تجزیه تحلیل اطلاعات استفاده شد. همچنین برای عملیات تجزیه و تحلیل آماری مذکور از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج تحقیق نشان داد که میانگین سنی گروه آزمایش ۳۶/۷۰ و میانگین سنی گروه کنترل ۳۸/۷۰۵۰

می باشد. نتایج جدول ۱ نشان می دهد که بین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت، در ادامه از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری (ANCOVA) استفاده گردید.

با توجه به جدول ۲ مشاهده می گردد که تفاوت معناداری بین گروه های پژوهش در متغیر نظم جویی هیجانی و خودکارآمدی جود دارد و مقدار سطح معناداری به دست آمده از مقدار آلفا در هر دو متغیر ($\alpha=0/05$) کوچک تر است، در نتیجه با احتمال ۰/۹۵ درمان راه حل محوری، بر نظم جویی هیجانی موثر است. همچنین ضریب اثر مشاهده شده برابر با ۰/۲۲۹ برای متغیر نظم جویی هیجانی و ۰/۴۷۰ برای متغیر خودکارآمدی می باشد

با توجه به جدول ۳ مشاهده می گردد که تفاوت معناداری بین گروه های کنترل و آزمایش در مرحله پس آزمون متغیر نظم جویی هیجانی و خودکارآمدی جود دارد و مقدار سطح معناداری به دست آمده از مقدار آلفا ($\alpha=0/05$) کوچک تر است، در نتیجه با احتمال ۰/۹۵ بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون متغیر نظم جویی هیجانی تفاوت وجود دارد.

جدول ۱- نتیجه آزمون اندازه اثر لامبدای ویلکز برای متغیر وابسته ترکیبی

نام آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	میزان F	سطح معنی داری	اندازه اثر
آزمون اثر پیلاپی	۰/۵۴۴	۳	۳۳	۱۳/۱۲۷	۰/۰۰۰	۰/۵۴۴
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۵۶	۳	۳۳	۱۳/۱۲۷	۰/۰۰۰	۰/۵۴۴
آزمون اثر هتلینگ	۱/۱۹۳	۳	۳۳	۱۳/۱۲۷	۰/۰۰۰	۰/۵۴۴
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱/۱۹۳	۳	۳۳	۱۳/۱۲۷	۰/۰۰۰	۰/۵۴۴

جدول ۲- نتایج مربوط به آزمون تحلیل کواریانس

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر Eta
نظم جویی هیجانی	پیش آزمون	۳۳۴۴/۷۵۰	۱	۳۳۴۴/۷۵۰	۱۱۱/۴۷۷	۰/۰۰۰	۰/۷۶۱
	گروه	۳۰۲/۴۱۲	۱	۳۰۲/۴۱۲	۱۰/۳۹۰	۰/۰۰۳	۰/۲۲۹
	خطا	۱۰۱۸/۷۴۳	۳۵	۲۹/۱۰۷	-	-	-
خودکارآمدی	پیش آزمون	۵۰۵۷/۰۶۸	۱	۵۰۵۷/۰۶۸	۷۹۶/۵۸۲	۰/۰۰۰	۰/۹۵۸
	گروه	۱۹۶/۸۱۵	۱	۱۹۶/۸۱۵	۳۱/۰۰۲	۰/۰۰۰	۰/۴۷۰
	خطا	۲۲۲/۱۹۶	۳۵	۶/۳۴۸	-	-	-

جدول ۳- مقایسه میانگین‌ها

متغیر	گروه	گروه	اختلاف میانگین	انحراف استاندارد	سطح معناداری
پس آزمون نظم جویی هیجانی	آزمایش	کنترل	-۵/۷۲۸	۱/۷۷۷	۰/۰۰۳
پس آزمون خودکارآمدی	کنترل	آزمایش	۵/۷۲۸	۱/۷۷۷	۰/۰۰۳
	آزمایش	کنترل	۴/۶۲۱	۰/۸۳۰	۰/۰۰۰
	کنترل	آزمایش	-۴/۶۲۱	۰/۸۳۰	۰/۰۰۰

بحث

با توجه به نتایج تحقیق مشخص گردید پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل برای متغیر خودکارآمدی معنی‌دار می‌باشد. به عبارت دیگر درمان راه‌حل محور با توجه به میانگین خودکارآمدی در مرحله پیش‌آزمون نسبت به میانگین خودکارآمدی گروه کنترل، موجب افزایش معنی‌دار میزان خودکارآمدی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی گروه آزمایش شد. میزان تأثیر یا تفاوت نشان داد که تفاوت‌ها در نمرات پس‌آزمون خودکارآمدی مربوط به تأثیر درمان راه‌حل محور می‌باشد و این درمان باعث گردید تا میانگین نمرات پس‌آزمون خودکارآمدی در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل شود. در نتیجه، افزایش میانگین نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون خودکارآمدی به دلیل دریافت مداخله درمان راه‌حل محور در گروه آزمایش است.

نتیجه این فرضیه با نتیجه پژوهش زارعی نژاد و همکاران (۱۸)، مقدم‌نیا و همکاران (۱۹)، فیتزجرالد و همکاران (۲۰)، لوید و همکاران (۲۱) و بالدوین و همکاران (۲۲) همسو و هم‌جهت است.

یکی از تکنیک‌های درمان راه‌حل مدار، عادی‌سازی مشکل است این تکنیکی است که به مراجع اطمینان می‌دهد مشکل او بی‌همتا نیست. درمانگر به او کمک می‌کند که او بداند فقط او نیست که این مشکل را تجربه می‌کند، دیگران هم این مشکل را تجربه کرده‌اند و در پیدا کردن راه‌حلی برای این مشکل امید وجود دارد. جستجوی استثنائات مشکل در بخشی از درمان به مراجع اجازه می‌دهد تا توجه خود را از مشکل به زمانی تغییر جهت دهد که آن زمان مشکل وجود نداشته است. درمانگر از مراجع می‌خواهد تا زمان‌هایی را جستجو کند که مشکل در زندگی او حضور نداشته

است و او چگونه آن را انجام داده است. سؤال استثناء این نکته را به مراجع یادآور می‌شود که مراجع بدون آن مشکل بود (۲۳).

با توجه به نظریه‌های ذکر شده که بندورا بیان کرده و همچنین دیگر نظریه‌ها به عنوان مثال خودکارآمدی اینطور بیان شده یعنی اینکه یک فرد چگونه شیوه‌های مورد نیاز برای رسیدن به موقعیت‌های مورد انتظار را سازمان می‌دهد و آن‌ها را اجرا می‌کند و این موقعیت بر اساس مراحل درمان راه‌حل مدار و افزایش اعتبار و ارزش و همچنین شناخت راه‌حل و مهارت‌های لازم جهت موفقیت را در مادران کم‌توان ذهنی تقویت می‌کند و آن‌ها را به سمت کسب خودکارآمدی سوق می‌دهد و سبب می‌شود با خودکارآمد دانشتن و توانمند دانستن خود از پس این مشکی بر بیابند بنابراین می‌توان بیان کرد که راه‌حل محوری بر خودکارآمدی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی اثربخش بوده است.

با توجه به نتایج تحقیق مشخص گردید پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل برای متغیر تنظیم‌هیجان معنی‌دار می‌باشد. به عبارت دیگر درمان راه‌حل محور با توجه به میانگین تنظیم‌هیجان در مرحله پیش‌آزمون نسبت به میانگین تنظیم‌هیجان گروه کنترل، موجب افزایش معنی‌دار میزان تنظیم‌هیجان مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی گروه آزمایش شد. میزان تأثیر یا تفاوت نشان داد که تفاوت‌ها در نمرات پس‌آزمون تنظیم‌هیجان مربوط به تأثیر درمان راه‌حل محور می‌باشد و این درمان باعث گردید تا میانگین نمرات پس‌آزمون تنظیم‌هیجان در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل شود. در نتیجه، افزایش میانگین نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون تنظیم‌هیجان به دلیل دریافت مداخله درمان راه‌حل محور در گروه آزمایش است. نتیجه این فرضیه با نتیجه

References

1. Tang YY, Tang R, Posner MI. Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug Alcohol Depend.* 2016;163:S13-S8.
2. Shiffman S, Dunbar MS, Scholl SM, Tindle HA. Smoking motives of daily and non-daily smokers: a profile analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2012;126(3):362-8.
3. Kryvand B, Vaziri Goodarzi B, Kerivand N. Comparison of mental health and happiness in mothers of children with mental retardation, retardation and learning disabilities. 6th International Conference on Psychology and Social Sciences; Tehran 2016.
4. Ranjbar M. Comparison of emotional regulation of mothers with exceptional children with mothers with normal children. 2nd International Conference on Psychology, Counseling and Educational Sciences; Mashhad, 2018.
5. Ganji M, Mohammadi G, Tabriziyan S. Comparing emotional regulation and defense mechanisms in mothers of students with and without learning disabilities. *J Learn Disabil.* 2013;2(3):136-42.
6. Hassanzadeh F, Hojjati H. The relationship between resilience and parental care burden of mentally retarded students in Golestan province in 2016. *J Res Rehabil Sci.* 2016;12(5):252-8.
7. Jozan F, Jozan F. The study of the relationship between resilience and quality of life of mothers with mentally retarded children based on their philosophical views in Minab city. the fourth provincial scientific research conference "From the perspective of the teacher"; Bandar Abbas: 2018.
8. LaBelle B. Positive Outcomes of a Social-Emotional Learning Program to Promote Student Resiliency and Address Mental Health. *Contempor School Psychol.* 2019:1-7.
9. Mehrafraz P. The relationship between self-efficacy and resilience and quality of life of mothers of mentally retarded children of Tehran. *Appl Psychol Res Quart.* 2016;7(2):235-49.
10. Hosseini Tabatabaei R, Bolghan-Abadi M, Bazargan M. Investigating the Effectiveness of Group-Based Psychotherapy on Interpersonal Problems in Patients with Multiple Sclerosis. *Horiz Med Sci.* 2018;24(4):294-300.
11. Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ, Schieve LA, Blumberg SJ. Estimated prevalence of autism and other developmental disabilities following questionnaire changes in the 2014 National Health Interview Survey. 2015.
12. Mirsamadi F. Comparison of quality of life and mental health of mothers of children with disabilities and mothers of normal children. *Med E-J Drug Sci.* 2017;7:74-8.
13. Taghizadeh Hn, Asadi R. Comparative analysis

پژوهش استودارت (۲۴)، همسو و هم‌جهت است. بنابراین می‌توان گفت با استفاده از تکنیک درمان راه حل مدار که فرد هدف‌های مثبت و منفی را تعیین می‌کند، می‌توان با ارتباط با محیط و اطراف ارزیابی از موقعیت را یادبگیرد و تنظیم هیجان را به عنوان هدف مثبت در نظر بگیرد و هیجان پایین را به عنوان هدف منفی انتخاب کند، بنابراین درمان راه حل مدار می‌تواند بر تنظیم هیجان مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی موثر واقع شود.

با توجه به نظریه‌های ذکر شده که بندورا بیان کرده و همچنین دیگر نظریه‌ها به عنوان مثال خودکارآمدی اینطور بیان شده یعنی اینکه یک فرد چگونه شیوه‌های مورد نیاز برای رسیدن به موقعیت‌های مورد انتظار را سازمان می‌دهد و آن‌ها را اجرا می‌کند و این موقعیت بر اساس مراحل درمان راه حل مدار و افزایش اعتبار و ارزش و همچنین شناخت راه‌حل و مهارت‌های لازم جهت موفقیت را در مادران کم‌توان ذهنی تقویت می‌کند و آن‌ها را به سمت کسب خودکارآمدی سوق می‌دهد و سبب می‌شود با خودکارآمدی دانشتن و توانمند دانستن خود از پس این مشکی بر بیایند؛ بنابراین می‌توان بیان کرد که راه حل محوری بر خودکارآمدی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی اثربخش بوده است.

بنابراین می‌توان گفت با استفاده از تکنیک درمان راه حل مدار که فرد هدف‌های مثبت و منفی را تعیین می‌کند، می‌توان با ارتباط با محیط و اطراف ارزیابی از موقعیت را یادبگیرد و تنظیم هیجان را به عنوان هدف مثبت در نظر بگیرد و هیجان پایین را به عنوان هدف منفی انتخاب کند؛ بنابراین درمان راه حل مدار می‌تواند بر تنظیم هیجان مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی موثر واقع شود.

نتیجه‌گیری

در کل می‌توان گفت که که مداخله راه حل محور بومی بر خودکارآمدی و نظم جویی هیجانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی اثر گذار است و پیشنهاد می‌گردد از این مداخله در مراکز درمانی مختلف استفاده گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد که در موارد مشابه به بوته آزمایش قرار گیرد تا اعتبار بیرونی تحقیق افزایش یابد.

of Quality Of Life in Mothers of Children with Mental Disability and Mothers of Normal Children. *Disabil Stud.* 2014;4(8).

14. Pichot T, Dolan YM. *Solution-focused brief therapy: Its effective use in agency settings*: Routledge; 2014.

15. Adıgüzel İB, Göktürk M. Using the solution focused approach in school counselling. *Proced Socl Behav Sci.* 2013;106:3278-84.

16. Akbari B, Alipour G, Hosseinzadeh Farsei ZN. Comparison of dimensions of perfectionism, emotional regulation, and self-awareness in people with cardiovascular disease and healthy people. *Rooyesh-e-Ravanshenasi.* 2019;8(8):25-32.

17. Bakhtiari Barati S. *Investigating the simple and multiple relationship between self-efficacy, self-esteem and self-discovery variables with academic performance in third year students of the new system of Ahvaz city.* . Ahvaz: Shahid Chamran University of Ahvaz; 1996.

18. Zareinejad S, Norouzi K, Saajedi F, Rahgooy A, Norouzi M, Hemmati A. Evaluation of the Relationship Between Self-efficacy and Quality of Life in Mothers With Preterm Infants in Kamali Hospital of Karaj, Iran, 2015. *Iran J Rehabil Res Nurs.* 2018;4(3):54-61.

19. Moghaddamnia SS, Jahangir P. Predicting life satisfaction of mothers of children with mental disabilities based on resilience and self-efficacy in Tehran. the first international conference on modern research in the field of educational sciences and psychology and social studies in Iran; Tehran, 2016.

20. Fitzgerald P, Leudar I. On active listening in person-centred, solution-focused psychotherapy. *Journal of Pragmatics.* 2010;42(12):3188-98.

21. Lloyd H, Dallos R. Solution-focused brief therapy with families who have a child with intellectual disabilities: A description of the content of initial sessions and the processes. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2006;11(3):367-86.

22. Baldwin DR, Chambliss LN, Towler K. Optimism and stress: An African-American college student perspective. *College Stud J.* 2003;37(2):276-86.

23. Kim S, Lee H, Lee WY, editors. Improving resiliency of network topology with enhanced evolving strategies. *The Sixth IEEE International Conference on Computer and Information Technology (CIT'06)*; 2006: IEEE.

24. Stewart JW. A pilot study of solution-focused brief therapeutic intervention for couples. Thesis, Master of Science, Utah State University 2011.