

May- June 2020, Volume 9, Issue 2

The Effect of Psychological Well-being training on Distress Tolerance, Mind Wandering and Depression of Mothers with Mentally Retarded Children

Mahnaz Talebi¹, *Farah Naderi², Saeid Bakhtiyarpour³, Sahar Safarzadeh⁴

1-PhD Student of Psychology of Exceptional Children, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

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

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

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

* **Corresponding Author:** Farah Naderi, Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Email: nmafrah@yahoo.com

Received: 27 April 2020

Accepted: 8 July 2020

Abstract

Introduction: Mothers of mentally retarded children have many psychological problems and psychological well-being training is one of the relatively new training methods for improving psychological characteristics. Therefore, present research aimed to determine the effect of psychological well-being training on distress tolerance, mind wandering and depression of mothers with mentally retarded children.

Methods: This study was a semi-experimental with pretest and posttest design with control group. The research population was mothers of mentally retarded students of 15 region of Tehran city in 2019-20 academic years, which 30 mother were selected by available sampling method after reviewing the criteria for entering the study and randomly divided into two experimental and control groups (15 mothers in each group). The experimental group trained 10 sessions of 90-minutes with the method of psychological well-being (two sessions a week) and the control group didn't receive training. Data collected with the Simons and Gaher distress tolerance scale and questionnaires of Mrazek and et al mind wandering and Beck and et al depression and analyzed with the methods of chi-square, independent t and multivariate analysis of covariance in SPSS version 19.

Results: The findings showed that the experimental and control groups in the pretest stage didn't have any significant difference in terms of distress tolerance, mind wandering and depression ($P>0.05$), but the groups in the posttest stage had a significant difference in terms of all three variables ($P<0.05$). In the other words, the psychological well-being training led to increase distress tolerance and decrease mind wandering and depression of mothers with mentally retarded children ($P<0.001$)

Conclusions: Regarded to the effective of psychological well-being training in improving the psychological characteristics in mothers of mentally retarded children, it is recommended that health professionals and therapists used from psychological well-being training method to increase distress tolerance and decrease mind wandering and depression.

Keywords: Psychological Well-being, Distress Tolerance, Wandering, Depression, Mentally Retarded.

تأثیر آموزش بهزیستی روانشناختی بر تحمل آشفتگی، سرگردانی ذهنی و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی

مهناز طالبی^۱، *فرح نادری^۲، سعید بختیارپور^۳، سحر صفرزاده^۴

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی کودکان استثنایی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

* نویسنده مسئول: فرح نادری، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

ایمیل: nmafrah@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۸

چکیده

مقدمه: مادران کودکان کم‌توان ذهنی دارای مشکلات روانشناختی بسیاری هستند و آموزش بهزیستی روانشناختی یکی از روش‌های آموزشی نسبتاً جدید برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش بهزیستی روانشناختی بر تحمل آشفتگی، سرگردانی ذهنی و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام شد. **روش کار:** این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی منطقه ۱۵ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بودند که ۳۰ مادر پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با روش تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ مادر در هر گروه) تقسیم شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) با روش بهزیستی روانشناختی آموزش دید و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. داده‌ها با مقیاس تحمل آشفتگی Simons and Gaher و پرسشنامه‌های سرگردانی ذهنی Merazek و همکاران و افسردگی Beck و همکاران جمع‌آوری و با روش‌های خی‌دو، تی مستقل و تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون از نظر تحمل آشفتگی، سرگردانی ذهنی و افسردگی تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P > 0/05$)، اما گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون از نظر هر سه متغیر تفاوت معنی‌داری داشتند ($P < 0/05$). به عبارت دیگر، آموزش بهزیستی روانشناختی باعث افزایش تحمل آشفتگی و کاهش سرگردانی ذهنی و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی شد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر آموزش بهزیستی روانشناختی در بهبود ویژگی‌های روانشناختی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی توصیه می‌شود که درمانگران و متخصصان سلامت از روش آموزش بهزیستی روانشناختی برای افزایش تحمل آشفتگی و کاهش سرگردانی ذهنی و افسردگی استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی روانشناختی، تحمل آشفتگی، سرگردانی، افسردگی، کم‌توان ذهنی.

مقدمه

ترس، افسردگی، انکار، پرخاشگری و خجالت می‌کند [۲]. این احساس‌ها در مادران در مقایسه با سایر اعضای خانواده از جمله پدران که مسئول مستقیم مراقبت از کودکان هستند، بیشتر است؛ به طوری که مادران دارای کودک معلول در مقایسه با مادران دارای کودکان عادی بیشتر هیجان‌ها و احساس‌های منفی و کمتر هیجان‌ها و احساس‌های مثبت را تجربه می‌کنند [۳]. یکی از مشکلات مادران کودکان

کم‌توانی ذهنی شرایطی مادام‌العمر با شیوع یک درصد است که در سال‌های رشد نمایان می‌شود و با عملکرد متوسط و محدودیت‌های ذهنی عمومی در عملکردهای انطباقی مشخص می‌شود [۱]. وجود کودکان کم‌توان ذهنی و دارای تأخیر رشدی در خانواده، همه اعضای خانواده به‌ویژه والدین را متحمل احساس گناه، استرس، اضطراب،

مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود [۱۸]. پژوهشگر و همکاران (۱۳۹۸) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که تاثیر آموزش باعث کاهش افسردگی و افزایش خودمدیریتی و کنترل قند خون مبتلایان به دیابت نوع دو شد [۱۹]. در پژوهشی دیگر معینی‌زاده و ظریف (۲۰۱۷) گزارش کردند که تاثیر آموزش باعث کاهش افسردگی شد [۲۰]. در مقابل، پیرنیا و همکاران (۱۳۹۵) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که تاثیر آموزش باعث کاهش اضطراب شد، اما تاثیر معنی‌داری بر استرس و افسردگی نداشت [۲۱]. همچنین، نتایج پژوهش Johannes و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که بهزیستی روانشناختی با سرگردانی ذهنی رابطه منفی و معنی‌دار داشت [۲۲]. علاوه بر آن، نتایج پژوهش قندهاری‌زاده و همکاران (۱۳۹۷) حاکی از تاثیر آموزش بهزیستی روانشناختی بر کاهش نشانگان بالینی وسواس و عاطفه منفی و افزایش عاطفه مثبت بیماران مبتلا به وسواس شستشو بود [۱۵]. پیرنیا و همکاران (۱۳۹۵) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بهزیستی درمانی باعث بهبود شاخص‌های سلامت روان (سلامت شناختی، سلامت اجتماعی و سلامت هیجانی)، آسیب روانی و شادکامی شد [۲۳]. در پژوهشی دیگر Xu و همکاران (۲۰۱۹) گزارش کردند که آموزش بهزیستی باعث افزایش سازگاری و بهزیستی روانشناختی و کاهش آشفتگی هیجانی شد [۲۴]. Otto and Linden (۲۰۱۸) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مداخلات سلامتی درمانی باعث کاهش عدم تحمل پریشانی (افزایش تحمل آشفتگی) شد [۲۵].

از یک سو عملکرد متوسط و محدودیت‌های ذهنی در سازگاری کودکان کم‌توانی ذهنی و از سوی دیگر مشکلات روانشناختی فراوانی که مادران کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با سایر اعضای خانواده دارند، حاکی از لزوم مداخله‌های روانشناختی برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی است. از آنجایی که یکی از روش‌های نسبتاً جدید و برگرفته از روانشناسی مثبت‌نگر، روش آموزش بهزیستی روانشناختی است و درباره آن پژوهش‌های اندکی انجام شده و حتی گاهی نتایج متفاوت هستند، پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش بهزیستی روانشناختی بر تحمل آشفتگی، سرگردانی ذهنی و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام شد.

روش کار

این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش مادران دانش‌آموزان

کم‌توان ذهنی افت تحمل آشفتگی است [۴]. تحمل آشفتگی به چگونگی پاسخ به عواطف و هیجان‌های منفی گفته می‌شود [۵] و آشفتگی می‌تواند نتیجه فرایندهای شناختی، اجتماعی یا جسمانی نامناسب باشد که به صورت یک حالت هیجانی بروز می‌کند [۶]. افراد دارای تحمل آشفتگی بالا می‌توانند حالات روانشناختی منفی را بیشتر تحمل کنند [۷]. به نظر می‌رسد که سرگردانی ذهنی مادران کودکان کم‌توان ذهنی بیشتر از والدین کودکان عادی باشد و سرگردانی ذهنی یکی از سازه‌های فراتشخیصی در بروز و تداوم اختلال‌های روانی است [۸]. این سازه به معنای تغییر توجه از محرک مرتبط با تکلیف اصلی به افکار و محرک‌های غیرمرتبط با آن می‌باشد [۹]. سرگردانی ذهنی باعث افزایش پریشانی ذهنی و روانشناختی و افت عملکردهای شناختی و هیجانی می‌شود [۱۰].

یکی دیگر از مشکلات مادران کودکان کم‌توان ذهنی افزایش افسردگی است [۳]. اختلال افسردگی به حیطه بزرگی از عوامل مربوط به والدین و خانواده از جمله آسیب‌شناسی مربوط به والدین مربوط می‌شود [۱۱]. شیوع این اختلال پانزده درصد در طول عمر است که این میزان در والدین کودکان کم‌توان ذهنی بیشتر نیز می‌باشد [۱۲]. ویژگی‌های اصلی افسردگی شامل فقدان احساس لذت، تغییر در اشتها، وزن و خواب، حداقل دو هفته خلق افسرده، احساس گناه و بی‌ارزشی، دشواری در تفکر و تصمیم‌گیری و افکار پیشرونده خودکشی و مرگ است [۱۳].

یکی از روش‌های آموزشی نسبتاً جدید و مثبت‌نگر برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی، آموزش بهزیستی روانشناختی است [۱۴] که نوعی روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری می‌باشد و برای بهبود بهزیستی در کاهش اختلال‌های عاطفی (خلقی و اضطرابی) بوجود آمده است [۱۵]. این شیوه سازمان‌یافته، رهنمودی، مشکل‌محور و مبتنی بر الگوی آموزشی است که از خویشتن‌نگری با استفاده از یادداشت روزانه و تعامل مثبت و سازنده با درمانگر استفاده می‌کند [۱۶]. تکنیک‌های اصلی آموزش بهزیستی روانشناختی شامل بازسازی شناختی افکار خودکار و غیرمنطقی با تاکید بر افکار مثبت، زمان‌بندی فعالیت‌هایی که احساس لذت و کنترل ایجاد می‌کنند و آموزش جسارت و حل مساله است [۱۷]. درباره تاثیر آموزش بهزیستی روانشناختی بر بهبود ویژگی‌های روانشناختی پژوهش‌های اندکی انجام شده و گاهی نتایج پژوهش‌ها متفاوت بوده است. برای مثال نتایج پژوهش سرابندی و همکاران (۱۳۹۹) حاکی از تاثیر آموزش بهزیستی بر کاهش افسردگی بیماران

شدند. در این روش نمونه‌گیری پژوهشگر تعداد ۳۰ نفر از مادران کودکان کم‌توان ذهنی را در صورت تمایل جهت شرکت در پژوهش، پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه به عنوان نمونه انتخاب کرد.

کم‌توان ذهنی منطقه ۱۵ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بودند. حجم نمونه بر اساس پژوهش‌های پیشین [۲۱، ۲۶] و با توان ۹۰ درصد و آلفای ۰/۰۵، ۱۴/۰۳ نفر برآورد و در این پژوهش حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب

$$n_1 = n_2 = \frac{(s_1^2 + s_2^2)(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2} = \frac{(2.08^2 + 5.07^2)(1.96 + 1.28)^2}{(24.54 - 19.80)^2} = \frac{(30.0313)(10.4976)}{22.4676} = 14.03$$

به شرکت‌کنندگان درباره رعایت نکات اخلاقی، تعداد ۳۰ مادر پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه به روش در دسترس انتخاب و به روش تصادفی ساده به کمک قرعه‌کشی در دو گروه مساوی (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) جایگزین شدند. گروه آزمایش آموزش بهزیستی را طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) توسط یک متخصص روانشناسی به صورت گروهی در یکی از کلینیک‌های خدمات روانشناختی با روش‌های سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی و تمرین عملی مهارت‌ها آموزش دید و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. محتوی آموزش بهزیستی روانشناختی مبتنی بر نظریه Ryff توسط فالاحیان و همکاران [۱۴] طراحی شد (جدول ۱).

در این مطالعه ملاک‌های ورود به مطالعه شامل حداقل تحصیلات دیپلم، داشتن فقط یک فرزند کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر، سن ۲۶-۴۵ سال، زندگی همراه با شوهر در یک خانه، عدم ابتلاء به اختلال‌های روانشناختی و مصرف داروهای روان‌پزشکی، عدم استفاده از روش‌های آموزشی دیگر به‌طور همزمان و عدم سابقه دریافت آموزش بهزیستی روانشناختی و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت دو جلسه یا بیشتر از آن و انصراف از ادامه همکاری بودند. نحوه اجرای پژوهش این‌طور بود که پس از تصویب پروپوزال و دریافت کد اخلاق با شماره IR.IAUAhvaz.REC.1398.50 و کسب مجوزهای لازم و هماهنگی با اداره آموزش و پرورش استثنایی شهر تهران به مدارس کم‌توان ذهنی مراجعه و پس از بیان هدف، اهمیت و ضرورت پژوهش و اطمینان خاطر دادن

جدول ۱: محتوی آموزش بهزیستی روانشناختی برای مادران کودکان کم‌توان ذهنی

جلسه	محتوی
اول	آموزش و معرفی بهزیستی روانشناختی و اینکه چرا این سازه ساخته شد؟ و نظرسنجی درباره اینکه چه چیزی باعث خوشبختی و بهزیستی روانشناختی می‌شود.
دوم	آموزش پذیرش خود از طریق اینکه چگونه خود را با ویژگی‌های مثبت و منفی بپذیریم، چگونه بتوانیم آنچه هستیم را بپذیریم و با گذشته خویش و اشتباه‌هایمان کنار بیاییم و خودمان را دوست داشته باشیم.
سوم	آموزش پذیرش خود از طریق خودشناسی یعنی اینکه چگونه خود را بشناسیم، نگرش صحیح نسبت به خود پیدا کنیم و ویژگی‌های شخصیتی خود را بشناسیم.
چهارم	آموزش ارتباط مثبت با دیگران از طریق معرفی مفهوم ارتباط و انواع آن، آشنایی با مهارت‌های ارتباطی و روش‌های برقراری ارتباط موثر
پنجم	آموزش ارتباط مثبت با دیگران از طریق آموزش خوش‌بینی و تفکر مثبت و بررسی نقش و اهمیت خوش‌بینی و تفکر مثبت در ایجاد ارتباط مثبت با دیگران
ششم	آموزش ارتباط مثبت با دیگران از طریق آموزش اینکه هوش هیجانی چیست؟ چگونه هوش هیجانی خود را افزایش دهیم؟ و چرا افراد دارای هوش هیجانی بالا در برقراری ارتباط با دیگران موفق‌تر هستند؟
هفتم	آموزش استقلال و خودمختاری از طریق آموزش مهارت اعتمادکردن به رأی و نظر خود و آموزش مهارت جرأت‌وری، آموزش مهارت نه گفتن و تقویت این مهارت‌ها
هشتم	معرفی مفهوم رشد شخصی و آموزش آن از طریق اینکه یادگیری تجرب جدید باعث ارتقای رشد شخصی می‌شود
نهم	آموزش تسلط بر محیط از طریق آموزش چگونگی مدیریت بر زندگی خویش، مدیریت بر شرایط و محیط، توضیح فواید مدیریت زمان و نحوه برنامه‌ریزی صحیح
دهم	آموزش هدفمندی در زندگی از طریق یافتن معنا، هدف و جهت‌گیری در زندگی، تشریح فواید هدفمندی و تنظیم اهداف و اولویت‌بندی آنها

بالاتر نشان‌دهنده سرگردانی ذهنی بیشتر است. Mrazek و همکاران (۲۰۱۳) روایی صوری ابزار و روایی همگرایی آن را با نمره‌های افکار غیرمرتبط با تکلیف تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند [۲۹]. در ایران جلالیان و آهی (۱۳۹۸) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه کردند [۳۰]. در مطالعه حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد.

پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه توسط Beck و همکاران (۱۹۸۸) با ۲۱ گویه ساخته شد. گویه‌ها با استفاده از مقیاس چهار درجه‌بندی لیکرت از صفر تا سه نمره‌گذاری و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه، لذا دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ و نمره بالاتر نشان‌دهنده افسردگی بیشتر است. Beck و همکاران (۱۹۸۸) روایی پیش‌بین ابزار را تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند [۳۱]. در ایران عرب مارکده و دهقانی (۱۳۹۷) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹۶ محاسبه کردند [۳۲]. در مطالعه حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمد.

داده‌های حاصل از اجرای ابزارهای فوق در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون با روش‌های خی‌دو، تی مستقل و تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شدند.

یافته‌ها

نتایج تحلیل‌ها برای ۳۰ نفر از مادران کودکان کم‌توان ذهنی (هر گروه ۱۵ نفر معادل ۵۰ درصد) صورت پذیرفت. جدول ۲ نشان داد، بر اساس آزمون خی‌دو گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر تحصیلات، سن و شغل تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P > ۰/۰۵$).

برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی، از پرسشنامه‌های خودگزارشی تحمل آشفتگی سیمونز و گاهر، سرگردانی ذهنی کریر و همکاران و افسردگی بک و همکاران استفاده شد که آزمودنی‌های هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به آنها پاسخ دادند. در این پژوهش، پژوهشگر در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون (دو روز پس از اتمام آموزش به گروه آزمایش) پرسشنامه‌ها را در اختیار آزمودنی‌ها قرار داد و آنان بدون محدودیت زمانی اقدام به تکمیل کردن پرسشنامه‌ها کردند که زمان تقریبی برای هر آزمودنی حدود ۱۵ الی ۲۰ دقیقه بود. سپس، پژوهشگر پرسشنامه‌ها را جمع‌آوری و پس از بررسی اجمالی از آزمودنی‌ها تشکر و قدردانی کرد.

مقیاس تحمل آشفتگی: این مقیاس توسط Simons and Gaher (۲۰۰۵) با ۱۵ گویه ساخته شد. گویه‌ها با استفاده از مقیاس پنج درجه‌بندی لیکرت (۱=کاملاً مخالف تا ۵=کاملاً موافق) نمره‌گذاری (البته گویه ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود) و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه، لذا دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ و نمره بالاتر نشان‌دهنده تحمل آشفتگی بیشتر است. Simons and Gaher (۲۰۰۵) روایی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کردند [۲۷]. در ایران یوسفی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۸) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه کردند [۲۸]. در مطالعه حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمد.

پرسشنامه سرگردانی ذهنی: این پرسشنامه توسط Mrazek و همکاران (۲۰۱۳) با ۵ گویه ساخته شد. گویه‌ها با استفاده از مقیاس شش درجه‌بندی لیکرت از (۱= تقریباً هرگز تا ۶= تقریباً همیشه) نمره‌گذاری و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه، لذا دامنه نمرات بین ۶ تا ۳۰ و نمره

جدول ۲: مقایسه فراوانی و درصد فراوانی تحصیلات، سن و شغل مادران کودکان کم‌توان ذهنی

متغیرها	سطوح	گروه آزمایش	گروه کنترل	معنی‌داری
		درصد	درصد	
تحصیلات	دیپلم	۳۳/۳۳	۳	۰/۶۸۴
	کارشناسی	۵۳/۳۳	۹	
	بالاتر از کارشناسی	۱۳/۳۳	۳	
سن (سال)	۲۶-۳۰	۲۶/۶۷	۴	۰/۹۷۲
	۳۱-۳۵	۴۰	۵	
	۳۶-۴۰	۲۰	۴	
	۴۱-۴۵	۱۳/۳۳	۲	
شغل	خانه‌دار	۸۰	۱۱	۰/۶۶۶
	آزاد	۲۰	۴	

پس آزمون از نظر هر سه متغیر تفاوت معنی داری داشتند ($P < 0.001$).

بر اساس (جدول ۳) گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون از نظر تحمل آشفتگی، سرگردانی ذهنی و افسردگی تفاوت معنی داری نداشتند ($P > 0.05$)، اما در مرحله

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار تحمل آشفتگی، سرگردانی ذهنی و افسردگی در مادران کودکان کم توان ذهنی و مقایسه آنها بر اساس آزمون تی مستقل

متغیرها	مراحل	گروه آزمایش Mean±SD	گروه کنترل Mean±SD	معنی داری
تحمل آشفتگی	پیش آزمون	۳۷/۲۹±۴/۸۱	۳۸/۱۶±۴/۷۳	۰/۱۸۴
	پس آزمون	۴۶/۳۲±۴/۵۵	۳۷/۹۵±۴/۷۴	۰/۰۰۱
سردردانی ذهنی	پیش آزمون	۱۹/۰۸±۳/۲۴	۱۸/۷۲±۳/۲۰	۰/۱۳۹
	پس آزمون	۱۳/۴۶±۲/۰۵	۱۸/۸۶±۳/۳۶	۰/۰۰۱
افسردگی	پیش آزمون	۲۸/۶۷±۴/۱۳	۲۹/۵۱±۴/۲۷	۰/۲۳۵
	پس آزمون	۲۱/۱۸±۳/۲۲	۳۰/۱۶±۴/۳۸	۰/۰۰۱

روانشناختی باعث تغییر معنی دار هر سه متغیر تحمل آشفتگی، سرگردانی ذهنی و افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی شد که با توجه به مقدار میانگین‌ها می توان گفت که این شیوه آموزشی باعث افزایش تحمل آشفتگی ($F=۷۶/۷۴۸, P<۰/۰۰۱$) و کاهش سرگردانی ذهنی ($F=۹۷/۰۰۸, P<۰/۰۰۱$) و افسردگی ($F=۹۶/۵۸۸, P<۰/۰۰۱$) آنان گردید. همچنین با توجه به اندازه اثر می توان گفت ۶۸/۲ درصد تغییرات تحمل آشفتگی، ۷۹/۱ درصد تغییرات سرگردانی ذهنی و ۷۹/۸ درصد تغییرات افسردگی در مادران کودکان کم توان ذهنی ناشی از روش مداخله یعنی آموزش بهزیستی روانشناختی بوده است ($P < 0.001$).

مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که فرض نرمال بودن طبق آزمون‌های کولموگوروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک، همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس طبق آزمون ام‌باکس و همگنی واریانس‌ها طبق آزمون لویین تایید شد. چون مقدار معنی داری آزمون‌های ذکر شده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود. نتایج آزمون لامبدای ویلکز از مجموعه آزمون‌های چندمتغیری نشان داد که آموزش بهزیستی روانشناختی حداقل باعث تغییر معنی دار یکی از متغیرهای تحمل آشفتگی، سرگردانی ذهنی و افسردگی در مادران کودکان کم توان ذهنی شد ($F=۸۶/۲۴۳, P<۰/۰۰۱$). همان‌طور که (جدول ۴) نشان داد، آموزش بهزیستی

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت تعیین تاثیر آموزش بهزیستی روانشناختی بر هر یک از متغیرها در مادران کودکان کم توان ذهنی

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
تحمل آشفتگی	پیش آزمون	۴۸۴/۲۱۰	۱	۴۸۴/۲۱۰	۱۲۶/۵۹۰	< ۰/۰۰۱	۰/۸۳۵	۰/۹۲۳
	گروه	۲۹۳/۵۶۳	۱	۲۹۳/۵۶۳	۷۶/۷۴۸	< ۰/۰۰۱	۰/۶۸۲	۰/۸۵۶
	خطا	۹۵/۶۲۵	۲۵	۳/۸۲۵				
سردردانی ذهنی	پیش آزمون	۱۹۶/۷۱۵	۱	۱۹۶/۷۱۵	۱۰۷/۲۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۸۰۳	۰/۹۱۲
	گروه	۱۷۷/۲۳۹	۱	۱۷۷/۲۳۹	۹۶/۵۸۸	< ۰/۰۰۱	۰/۷۹۱	۰/۹۰۷
	خطا	۴۵/۸۷۵	۲۵	۱/۸۳۵				
افسردگی	پیش آزمون	۴۳۲/۸۸۰	۱	۴۳۲/۸۸۰	۸۸/۱۴۴	< ۰/۰۰۱	۰/۷۶۲	۰/۸۹۳
	گروه	۴۷۶/۴۱۱	۱	۴۷۶/۴۱۱	۹۷/۰۰۸	< ۰/۰۰۱	۰/۷۹۸	۰/۹۱۱
	خطا	۱۲۲/۷۷۵	۲۵	۴/۹۱۱				

روانشناختی بر تحمل آشفتگی، سرگردانی ذهنی و افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی انجام شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که آموزش بهزیستی روانشناختی باعث کاهش افسردگی مادران کودکان کم توان

بحث

با توجه به شیوع بالای کم توانی ذهنی، مشکلات روانشناختی فراوان مادران و تفاوت در نتایج پژوهش‌ها، مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش بهزیستی

ارتقای هوش هیجانی را آموزش می‌دهد. این شیوه در مرحله بعد با آموزش استقلال، خودمختاری، جرأت‌ورزی، تسلط بر محیط، مدیریت خویشتن و هدفمندی در زندگی باعث بهبود رشد شخصی افراد می‌شود، لذا این شیوه می‌تواند از طریق فرایندهای توضیح داده شده باعث کاهش افسردگی شود.

دیگر یافته‌های این مطالعه نشان داد که آموزش بهزیستی روانشناختی باعث کاهش سرگردانی ذهنی مادران کودکان کم‌توان ذهنی شد که این نتیجه با نتایج پژوهش Johannes و همکاران [۲۲] همسو بود. در تبیین این یافته بر مبنای پژوهش Stawarczyk و همکاران [۳۳] می‌توان گفت که علت سرگردانی ذهنی بسیاری از مبتلایان به اختلال‌های روانی (و خانواده‌های آنان به‌ویژه مادران) ناتوانی در مشخص کردن احساس‌ها و هیجان‌ها مثبت و یادآوری آنهاست. چون آنان احساس‌ها و هیجان‌های منفی را بیشتر تجربه، ارزیابی منفی‌تری از آنها دارند و بهتر و بیشتر آنها را یادآوری می‌کنند، تا احساس‌ها و هیجان‌های مثبت. روش آموزش بهزیستی روانشناختی بر کاهش توجه و یادآوری تجربه‌های منفی و افزایش توجه و یادآوری تجربه‌های مثبت تأکید می‌کند. این فرایند در آموزش بهزیستی از طریق تشویق افراد به ثبت حوادث مثبت زندگی و تعیین میزان شدت بهزیستی ناشی از آن صورت می‌پذیرد. بنابراین شیوه آموزش بهزیستی روانشناختی از طریق توجه به تجربه‌ها و خاطره‌های مثبت و سازنده در زندگی افراد به جای توجه به تجربه‌ها و خاطره‌های منفی باعث کاهش آسیب‌پذیری روانشناختی افراد در شرایط مختلف زندگی می‌شود. در نتیجه این شیوه آموزشی از طریق فرایندهای توضیح داده شده باعث کاهش سرگردانی ذهنی می‌شود.

همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که آموزش بهزیستی روانشناختی باعث افزایش تحمل آشفتگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی شد که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های قندهاری‌زاده و همکاران [۱۵]، پیرنیا و همکاران [۲۳]، Xu و همکاران [۲۴] و Otto and Linden [۲۵] همسو بود. در تبیین این یافته بر مبنای پژوهش ژو و همکاران [۲۴] می‌توان گفت که آموزش بهزیستی به افراد روش دستیابی به سلامت را از طریق کاهش شکایت جسمانی، استرس، پرخاشگری، اضطراب و افسردگی فراهم می‌نماید. مهم‌ترین محتوای این شیوه آموزشی بر پذیرش خود،

ذهنی شد که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های سرابندی و همکاران [۱۸]، پژوهشگر و همکاران [۱۹] و معینی‌زاده و ظریف [۲۰] همسو و با نتیجه پژوهش پیرنیا و همکاران [۲۱] ناهمسو بود. در تبیین عدم همسویی پژوهش حاضر با پژوهش پیرنیا و همکاران [۲۱] می‌توان گفت که این مطالعه بر روی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی انجام، اما مطالعه آنان بر روی معتادان مت‌امقمامین انجام شد. بر اساس نظر خود آنان تفاوت در ماهیت دوپامینی مواد محرک تبیین‌کننده تفاوت نشانگان خلقی از جمله افسردگی در مصرف‌کنندگان مواد نسبت به سایر گروه‌ها است. دلیل دیگر دوره زمانی پرهیز از مصرف و انعکاس این دوره در مولفه‌های روانشناختی است و در این دوره معمولاً شاهد افزایش انرژی و اعتماد به نفس بالا هستیم که نقطه مقابل نشانگان افسردگی می‌باشد. بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که نتایج پژوهش آنان برخلاف پژوهش حاضر حاکی از عدم تأثیر آموزش بهزیستی روانشناختی بر افسردگی باشد. همچنین در تبیین تأثیر آموزش بهزیستی بر کاهش افسردگی بر مبنای پژوهش پژوهشگر و همکاران می‌توان گفت که آموزش بهزیستی به افراد می‌آموزد تا در جهان موضوعی فعال اتخاذ نمایند، زندگی خود را مشخص شکل دهند، تصویری از زندگی خوب را به روشنی بیان کنند و در هر موقعیت بهترین چیز را ببینند و خود آن موقعیت را بازسازی نمایند. در نتیجه این شیوه آموزشی باعث می‌شود که افراد محدودیت‌های ناشی از اختلال خود و یا اعضای خانواده را بپذیرند، با شناخت بیشتر قابلیت‌ها و توانایی‌های خود در هر موقعیت با علم به قابلیت‌ها و توانایی‌های خود عمل کنند، با توجه به موفقیت‌های کسب شده تسلط بیشتری در محیط زندگی خود احساس نمایند، در مقابله با دشواری‌های روانی و در مواجهه با استرس‌ورهای موضوعی فعال داشته باشند و بهتر بتوانند شرایط استرس‌زای زندگی را مدیریت نمایند که این عوامل می‌توانند نقش مهمی در کاهش افسردگی داشته باشند [۱۹]. علاوه بر آن، این شیوه آموزشی پس از برقراری ارتباط مناسب با شرکت‌کنندگان به بررسی وضعیت خوشبختی و بهزیستی آنان و عوامل موثر در آنها می‌پردازد، سپس از طریق پذیرش خود تلاش می‌کند تا افراد ویژگی‌های مثبت و منفی خود را بشناسند، بپذیرند و دیدگاه مناسبی نسبت به آنها پیدا کنند و پس از آن با آموزش ارتباط مثبت با دیگران به افراد مهارت‌های ارتباط موثر، خوش‌بینی و تفکر مثبت نسبت به دیگران و

لازم به ذکر است که این پژوهش به بررسی تاثیر آموزش بهزیستی روانشناختی بر مادران کودکان کم‌توان ذهنی با حجم محدود پرداخت و نتایج را در بلندمدت بررسی نکرد و قضاوت دقیق‌تر نیاز به در نظر گرفتن هر دو جنس با حجم وسیع‌تر و در محدوده زمانی طولانی‌تر و استفاده از مراحل پیگیری دارد. بنابراین انجام پژوهش با نمونه بیشتر و مربوط به هر دو جنس و انجام پیگیری‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت جهت افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج پیشنهاد می‌شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود که تاثیر آموزش بهزیستی روانشناختی با سایر روش‌های برگرفته از روانشناسی مثبت مثل آموزش شادکامی، آموزش امید و غیره مقایسه شود.

سیاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از مسئولان آموزش و پرورش اداره استثنایی شهر تهران و آموزدنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی کنند. این مقاله نتیجه بخشی از رساله دکتری مصوب در شورای تخصصی پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز با کد ۱۳۹۸/۱۷۲۵۲۸۹۴۵۶۲۶/۲۱ و تاریخ ۱۳۹۸/۰۴/۳۰ و کد اخلاق IR.IAUAhvaz.REC.1398.50 است و تمام هزینه‌های این پژوهش توسط دانشجو تأمین شده است.

تضاد منافع

در انجام، استخراج و گزارش نتایج این مطالعه هیچ‌گونه تضاد منافی وجود نداشت.

References

1. McKenzie K, Milton M, Smith G, Ouellette-Kuntz H. Systematic review of the prevalence and incidence of intellectual disabilities: Current trends and issues. *Curr Dev Disord Rep*. 2016;3:104-15. <https://doi.org/10.1007/s40474-016-0085-7>
2. Heifetz M, Brown HK, Chacra MA, Tint A, Vigod S, Bluestein D, Lunsy Y. Mental health challenges and resilience among mothers with intellectual and developmental disabilities. *Disabil Health J*. 2019;12(4):602-7. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.06.006> PMID:31235446
3. Weiber I, Tengland PA, Berglund JS, Eklund M. Everyday life when growing up with a mother with an intellectual or developmental disability: Four retrospective

روابط مثبت با دیگران، تاکید بر مسئولیت‌پذیری جهت رشد شخصی، هدفمندی، تسلط بر محیط و استقلال متمرکز شده است. علاوه بر آن آموزش بهزیستی با توجه به منطق و بنیان اولیه خود با افزایش بهزیستی روانشناختی و توجه به احساس‌ها و هیجان‌های مثبت و ارتقای آنها در پی کاهش پریشانی‌های روانشناختی است. در نتیجه آموزش بهزیستی با آموزش محتواهای ذکر شده از طریق افزایش رضایت از زندگی، شادکامی، خوش‌بینی، سازگاری و عاطفه مثبت و کاهش، ترس، ناامیدی و عاطفه منفی باعث پذیرش و تحمل پریشانی‌های روانشناختی می‌شود، لذا این شیوه آموزشی می‌تواند نقش موثری در افزایش تحمل آشفتگی داشته باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد آموزش بهزیستی روانشناختی در افزایش تحمل آشفتگی و کاهش سرگردانی ذهنی و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی موثر بود. بنابراین می‌توان از این شیوه آموزشی که برگرفته از روانشناسی مثبت‌نگر است و درباره آن پژوهش‌های اندکی انجام شده به عنوان یک شیوه کارآمد و کاربردی در آموزش خانواده‌های مبتلا به معلولیت‌های ذهنی در مراکز مشاوره بهره برد. در نتیجه به درمانگران و متخصصان سلامت استفاده از روش آموزش بهزیستی روانشناختی در کنار سایر روش‌های آموزشی برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی به ویژه افزایش تحمل آشفتگی و کاهش سرگردانی ذهنی و افسردگی توصیه می‌شود.

- life-stories. *Scand J Occup Ther*. 2019;20:1-13. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1554087> PMID:30661438
4. Hosseinik SS, Amiri F, MirzaeiRad R. Comparison of distress tolerance and adjustment of mothers of intellectual disability children and mothers of normal children in Yasouj city (Iran). *NeuroQuantology*. 2018; 16(1):7-13. <https://doi.org/10.14704/nq.2018.16.1.1163>
 5. Gallego A, McHugh L, Villatte M, Lappalainen R. Examining the relationship between public speaking anxiety, distress tolerance and psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020;16:128-33. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.003>
 6. Ellis AJ, Salgari G, Miklowitz D, Loo SK. Is distress tolerance an approach behavior? An examination

- of frontal alpha asymmetry and distress tolerance in adolescents. *Psychiatry Res.* 2018;267-210-4. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.083> PMID:29933213
7. Veilleux JC. The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: A systematic review and synthesis. *Clin Psychol Rev.* 2019; 71:78-89. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.01.003> PMID:30691959
 8. Walpola IC, Muller AJ, Hall JM, Andrews-Hanna JR, Irish M, et al. Mind-wandering in Parkinson's disease hallucinations reflects primary visual and default network coupling. *Cortex.* 2020;125:233-45. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2019.12.023> PMID:32058090
 9. Chaieb L, Antal A, Derner M, Leszczynski M, Fell J. New perspectives for the modulation of mind-wandering using transcranial electric brain stimulation. *Neuroscience.* 2019;409:69-80. doi: 10.1016/j.neuroscience.2019.04.032 <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2019.04.032> PMID:31047978
 10. Helfer B, Cooper RE, Bozhilova N, Maltezos S, Kuntsi J, Asherson P. The effects of emotional lability, mind wandering and sleep quality on ADHD symptom severity in adults with ADHD. *Eur Psychiatry.* 2019;55:45-51. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.09.006> PMID:30384113
 11. Johnco C, Rapee RM. Depression literacy and stigma influence how parents perceive and respond to adolescent depressive symptoms. *J Affect Disord.* 2018;241:599-607. doi: 10.1016/j.jad.2018.08.062 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.062> PMID:30172212
 12. Gallagher S, Pilch M, Hannigan A. Prior depressive symptoms and persistent child problem behaviours predict future depression in parents of children with developmental disabilities: The growing up in Ireland cohort study. *Res Dev Disabil.* 2018;80:170-9. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.07.001> PMID:30032060
 13. Airaksinen J, Gluschkoff K, Kivimaki M, Jokela M. Connectivity of depression symptoms before and after diagnosis of a chronic disease: A network analysis in the U.S. *Health and Retirement Study. J Affect Disord.* 2020; 266:230-4. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.170> PMID:32056882
 14. Fallahian R, Aghaei A, Atashpoor H, Kazemi A. The effect of subjective well-being group training on the mental health of students of Islamic Azad University of Khorasgan (Isfahan). *Knowledge & Research in Applied Psychology.* 2014;15(2):14-24. [Persian]
 15. Ghandaharizadeh A, Aghamohammadian Sharbaf H, Bagheri F. The effectiveness of psychological well-being treatment on clinical syndrome and positive and negative affections in patients with obsessive-compulsive disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing.* 2018;6(1):52-61. doi: 10.21859/ijpn-06017 [Persian]
 16. Hirisave U. Well-being therapy: Treatment manual and clinical applications. *Indian J Med Res.* 2018;148(1):120-2. https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_117_18 PMID:32056882
 17. Fava GA. Well-being therapy: Current indications and emerging perspectives. *Psychother Psychosom.* 2016;85(3):136-45. <https://doi.org/10.1159/000444114> PMID:27043240
 18. Sarabandi H, Toozandehjani H, Nejat H. The effect of well-being therapy method on the clinical syndrome of patients with major depressive disorder. *J Neyshabur Univ Med Sci.* 2020;In Press. [Persian]
 19. Pajoheshgar M, Rajaei A, Khoienejad G, Bayazi M. Effect of well-being therapy on depression, self-management, and blood glucose level in females with type II diabetes. *J Diabetes Nurs.* 2019;7(4):943-57. [Persian]
 20. Moeenizadeh M, Zarif H. The efficacy of well-being therapy for depression in infertile women. *Int J Steril.* 2017;10(4):363-70. doi: 10.22074/ijfs.2016.5087
 21. Pirnia B, Mansour S, Najafi E, Reyhani R. Effectiveness of well-being therapy on symptoms of anxiety, stress and depression in men on therapeutic-community, a randomized clinical trial. *Community Health Journal.* 2017;10(4):47-56. [Persian]
 22. Moeenizadeh M, Zarif H. The efficacy of well-being therapy for depression in infertile women. *Int J Steril.* 2017;10(4):363-70. doi: 10.22074/ijfs.2016.5087

23. Pirnia B, Mansour S, Najafi E, Reyhani R. Effectiveness of well-being therapy on symptoms of anxiety, stress and depression in men on therapeutic-community, a randomized clinical trial. *Community Health Journal*. 2017;10(4):47-56. [Persian]
24. Johannes N, Weling H, Dora J, Meier A, Reinecke L, Buijzen M. Mind-wandering and mindfulness as mediators of the relationship between online vigilance and well-being. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2018;21(12):1-7. <https://doi.org/10.1089/cyber.2018.0373> PMID:30499683
25. Pirnia B, Rezayi AM, Rahimianbogar E. The Effectiveness of well-being therapy in mental health, psychopathology, and happiness in methamphetamine-dependent men. *Journal of Research on Addiction*. 2016;10(37):227-40. [Persian]
26. Xu Y, Wu T, Yu Y, Li M. A randomized controlled trial of well-being therapy to promote adaptation and alleviate emotional distress among medical freshmen. *BMC Medical Educatio*. 2019;19:1-10. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1616-9> PMID:31159796 PMCID:PMC6547604
27. Otto J, Linden M. Reduction of distress intolerance with saluotherapeutic interventions: Results from a randomized controlled clinical trial. *Chronic Stress*. 2018;2:1-7. <https://doi.org/10.1177/2470547018800484> PMID:32440585 PMCID:PMC7219888
28. Farajzadeh Z, KeramatiNia F, Saadatjoo SA, Khazaie K. The effect of cognitive-behavioral teaching on depression of nurses in the teaching hospitals of Birjand. *Journal of Nursing Education*. 2019;7(6):39-46. [Persian]
29. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*. 2005; 29 (2):83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
30. Usefynezhad A, Safara M, salmabadi M. The role of forgiveness and tolerance of distress on life satisfaction in elderly people in Qazvin. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2019;6(2):41-7. [Persian]
31. Mrazek MD, Phillips DT, Franklin MS, Broadway JM, Schooler JW.. Young and restless: validation of the Mind-Wandering Questionnaire (MWQ) reveals disruptive impact of mind-wandering for youth. *Front Psychol*. 2013;4:1-7. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00560 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00560>
32. Jalalian MT, Ahi Q. The role of mind wandering and mental time travel in predicting of fear of happiness. *J Res Behav Sci*. 2019;17(1):12-21. doi: 10.22122/rbs.v17i1.2478 [Persian]
33. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988;8(1):77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
34. Arab Markadeh R, Dehghani A. The effectiveness of group-based dialectic behavioral therapy on depression and perceived stress of female students. *Journal of Nursing Education*. 2018;7(6):24-30. doi: 10.21859/jne-07604 [Persian]
35. Stawarczyk D, Majerus S, Vander Linden M, D'Argembeau A. Using the daydreaming frequency scale to investigate the relationships between mind-wandering, psychological well-being, and present-moment awareness. *Front Psychol*. 2012; 3:1-15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00363> PMID:23055995 PMCID:PMC3457083