

اثربخشی روایت‌درمانی بر احساس کهتری و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی

- یاسر رضاپور میرصالح، دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران
- مهدی شمالی احمدآبادی*، دکتری روان‌شناسی، سازمان آموزش و پرورش، اردکان، یزد، ایران
- عاطفه برخوردار احمدآبادی، کارشناسی، روان‌شناسی عمومی، واحد میبد، دانشگاه پیام نور، یزد، ایران
- سیدعلیرضا عمارتی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران
- الهه اکبری‌ان ترک‌آباد، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

• تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۲۶ • تاریخ انتشار: مرداد و شهریور ۱۴۰۱ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۹ - ۱۸

چکیده

زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر اثربخشی روایت‌درمانی بر احساس کهتری و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی بود.

روش: این مطالعه با رویکرد کمی و به روش نیمه‌آزمایشی و با بکارگیری طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری متشکل از تمام مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان کاشان در سال تحصیلی ۱۳۹۸ - ۱۳۹۹ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۲۴ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفری (آزمایشی و گواه) جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های استاندارد افسردگی بک (۱۹۶۱) و احساس کهتری یائو و همکاران (۱۹۹۷) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پاسخ دادند. گروه آزمایشی مداخله روایت‌درمانی را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته و هر هفته ۲ جلسه دریافت کردند، در صورتی که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را طی مدت زمان انجام پژوهش دریافت نکرد. در پایان نیز داده‌های پژوهش با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمرات افسردگی و احساس کهتری گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه، در مرحله پس‌آزمون کاهش معناداری پیدا کرده و این کاهش در مرحله پیگیری نسبتاً ثابت مانده است ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش، روایت‌درمانی می‌تواند به‌عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر در کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: احساس کهتری، افسردگی، روایت‌درمانی، کم‌توان ذهنی، مادران

مقدمه

کم‌توانی ذهنی^۱ زیرمجموعه اختلالات عصبی-رشدی^۲ به‌شمار می‌رود که در آن رشد و تحول صحیح مغز و دستگاه عصبی در دوران رشد کودک با مشکل مواجه می‌شود (۱). براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ میزان شیوع معلولیت ذهنی در حدود ۱٪ بوده (۲) و مشخصه اصلی این اختلال نقص‌هایی در توانایی‌های ذهنی همچون استدلال، حل مسئله، یادگیری از تجربه و هوش پائین است (۳). کودکان کم‌توان ذهنی مشکلات زیادی را برای خانواده‌ها و اطرافیان‌شان به‌همراه دارند (۴). از آنجایی‌که این کودکان در یادگیری توانایی لازم را ندارند، والدین با دشواری‌های زیادی در رابطه با تربیت و آموزش آنان مواجهند (۵) و این شرایط مشکلات زیادی را در ابعاد روانی، جسمانی، اقتصادی و اجتماعی به خانواده‌های این کودکان تحمیل می‌کند (۶، ۷). از سوی دیگر با توجه به اینکه وظیفه اصلی نگهداری از کودک بر عهده مادر است، بنابراین مادران کودکان کم‌توان ذهنی مشکلات بیشتری را در رابطه با فرزند خود متحمل می‌شوند (۸) به‌طوری‌که مادران کودکان کم‌توان ذهنی هیجانات منفی زیادی را همچون غم، خشم، سوگ و گریه را گزارش می‌دهند (۹).

احساس ناتوانی و کمبود در مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌تواند به احساس کهنتری^۴ در آنها منجر شود. مفهوم احساس کهنتری را آدلر^۵ مطرح کرد. آدلر معتقد بود احساس کهنتری نیروی برانگیزاننده‌ای است که در رفتار انسان‌ها وجود دارد. به‌نظر وی انسان بودن همراه با احساس کهنتری است؛ چراکه این حالت در تمامی انسان‌ها مشترک بوده و نشانه نابهنجاری به حساب نمی‌آید (۱۰). احساس کهنتری شامل عواطف و احساساتی است که افراد به‌صورت مداوم آن‌را به اشکال گوناگون تجربه می‌کند (۱۱) و باوری عمیق، دائمی و غیرواقعی در خصوص پایین بودن توانایی‌های عقلی و جسمی است که نتیجه آن کاهش سطح ارزش‌ها و همچنین نارزنده‌سازی فرد خواهد بود. (۱۲).

به‌طور کلی مادران انتظار دارند فرزندشان همچون سایر کودکان سالم باشد، اما زمانی که با تولد یک فرزند ناتوان

مواجه می‌شوند، احساس کهنتری را تجربه می‌کنند (۱۳). اما آنچه در خصوص احساس کهنتری مادران کودکان کم‌توان ذهنی اهمیت دارد شدت احساس کهنتری و برخوردی است که این افراد با این احساس دارند. براساس نظر آدلر در حالی که گروهی از مادران در صدد جبران کهنتری ایجاد شده برمی‌آیند اما گروهی نیز جبران کاذب یا انحرافی را در پیش می‌گیرند و دچار عقده حقارت می‌شوند که نتیجه آن طیف وسیعی از پاسخ‌های رفتاری و هیجانی مانند احساس گناه، مقایسه، احساس مسئولیت، انکار، خشم، اندوه، شرمساری، سرخوردگی و ترس خواهد بود (۳) و پیامدهای رفتاری و هیجانی منفی نیز به‌صورت یک چرخه تکرار شونده، احساس کهنتری را تشدید خواهد کرد (۱۴، ۱۵).

پیامدهای رفتاری و هیجانی منفی ناشی از احساس کهنتری می‌تواند به افسردگی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی منجر شود (۱۶). از افسردگی به‌عنوان سرماخوردگی روح یاد می‌شود و میزان شیوع آن برای زنان بین ۱۰ تا ۲۵ درصد و برای مردان بین ۵ تا ۱۲ درصد گزارش شده است (۲). افسردگی از شایع‌ترین واکنش‌هایی است که مادران کودکان کم‌توان ذهنی به شرایط خاص زندگی‌شان نشان می‌دهند (۱۷). این مادران با تجربه مکرر احساس بی‌ارزش بودن، خستگی روانی، احساس گناه، اختلال در عملکرد جسمی (۱۸) دچار اختلالات مختلفی از جمله اضطراب و افسردگی می‌شوند (۱۹). نتیجه مطالعه گوگی، کومار و دوری (۲۰۱۶) نشان می‌دهد که مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی، افسردگی و اضطراب بالاتری دارند. فاست و سیور^۶ (۲۰۰۸) نیز نشان دادند احساس غم و اندوه و افسردگی در بین مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بیشتر است (۲۰، ۲۱). تبسم و محسین^۷ (۲۰۱۳) نیز معتقدند که والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی افسردگی و اضطراب بیشتری را نسبت به والدین دارای کودک عادی تجربه می‌کنند و میزان افسردگی و اضطراب مادران نیز بیشتر از پدران است (۲۲).

عدم مداخله مناسب و به‌موقع در احساس کهنتری و افسردگی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌تواند پیامدهای منفی زیادی چون کودک‌آزاری، پرخاشگری، مشکلات زناشویی،

1. Intellectual Disability
2. neurodevelopmental disorders
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(dsm-5)
4. Inferiority Feeling

5. Adler
6. Faust & Scior
7. Tabassum & Mohsin

در بررسی پیشینه پژوهش، مطالعه‌ای که اختصاصاً بر تأثیر روایت‌درمانی بر احساس کهنتری و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مشاهده نشد. اما نتایج مطالعات مختلفی حاکی از اثربخشی مداخله روایت‌درمانی است. برای مثال سانگ و چیو^۱ (۲۰۱۷) در مطالعه خود نشان دادند که روایت‌درمانی بر پرخاشگری، افسردگی و تاب‌آوری نوجوانان با اختلال سلوک مؤثر است (۳۲). همچنین نتایج مطالعات رستگاری و مرادی (۱۳۹۳) (۲۷)، داسیلوا و همکاران (۲۰۱۹) (۲۸)، مونتسانو، گوکالوس و فیشس^۲ (۲۰۱۷) (۳۳)، کلویتر، گاروارد و وایس^۳ (۲۰۱۷) (۳۴) حاکی از تأثیر روایت‌درمانی بر افسردگی است. آنچه در خصوص پژوهش‌های عنوان شده حائز اهمیت است، این است که این پژوهش‌ها در جامعه‌ای غیر از مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی (برای مثال: سانگ و چیو، ۲۰۱۷) و مرتبط با جامعه پژوهش حاضر نیست. همچنین این پژوهش‌ها در روش اجرا، متغیرها و ابزارهای استفاده شده نیز با پژوهش حاضر متفاوت بوده و اهداف این پژوهش را در بر نمی‌گیرد. لذا با توجه به خلاء پژوهشی موجود، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر روایت‌درمانی بر احساس کهنتری و افسردگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی انجام شد.

روش اجرای پژوهش

این مطالعه با رویکرد کمی و به روش نیمه‌آزمایشی و با به‌کارگیری طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری متشکل از تمام مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان کاشان در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود. نمونه‌گیری به روش در دسترس صورت گرفت. به این صورت که ابتدا با کسب معرفی‌نامه از دانشگاه و ارائه آن به آموزش و پرورش شهرستان کاشان و اخذ مجوز و معرفی‌نامه از این اداره، اقدامات اولیه در خصوص کسب اطلاعات از جامعه و همچنین تعیین زمان و مکان اجرای پژوهش مشخص شد. سپس از اداره آموزش و پرورش اطلاعات اولیه در خصوص تعداد کودکان کم‌توان ذهنی که در مدارس این شهرستان در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ مشغول به تحصیل بودند اخذ شد که برابر با این آمار تعداد ۱۴۰ کودک کم‌توان ذهنی در مدارس استثنایی این شهرستان مشغول به تحصیل بودند. در مرحله بعد پژوهشگر به مراکز مشاوره تخصصی مشاوره و روان‌شناسی

احساس تنهایی و خودکشی را به دنبال داشته باشد. از این‌رو ضرورت دارد تا در خصوص این مادران مداخلات درمانی مناسبی صورت گیرد. از سوی دیگر اگرچه نظریه‌های روان‌شناسی در خصوص علت احساس کهنتری و افسردگی نگاه‌های متفاوتی دارند اما در دیدگاه پُست مدرن که هدف آن نقد عقل و واقعیت است، مشکلات روانی افراد ریشه در واقعیتی است که افراد برای خود ساخته‌اند (۲۳). در روایت‌درمانی که بازتابی درمانی از پُست مدرن به‌شمار می‌رود و تمامی الزامات هستی‌شناسانه پُست مدرن نیز در نظر گرفته شده است، واقعیت‌ها مستقل از فرایندهای مشاهده‌ای وجود ندارد؛ آگاهی‌های افراد از واقعیت بر مبنای زبان استوار و دانش آنها نیز به زمان و فرهنگ وابسته است و براساس این دیدگاه، شناخت‌های پذیرفته‌شده یا مفاهیم اجتماعی بر زندگی تأثیرگذارند و درمان نیز حاصل ساختارشکنی قدرت قصه‌های مراجعان و ایجاد معنایی تازه از زندگی خواهد بود (۲۴). در روایت‌درمانی با شکستن ساختارهای قدرت قصه‌ها، گفتن، گوش دادن، دوباره بازگو کردن و دوباره شنیدن داستان‌ها تأکید می‌شود (۲۵). در این حالت با بازنویسی عناصر اصلی روایت‌های زندگی به فرد کمک می‌شود تا داستان‌های خود را تغییر دهد (۲۶).

براساس روایت‌درمانی، داستان زندگی هر فرد تحت تأثیر افراد مختلفی است (۲۵) و روایت‌های زندگی اغلب چیزی است از سوی فرد و یا اطرافیان وی دیکته شده است (۲۷). بر این اساس احساس کهنتری و افسردگی حاصل روایت ناکارآمدی است که مادران کودکان کم‌توان ذهنی در خصوص خود، زندگی و فرزندشان ساخته‌اند (۲۸) چرا که مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی ممکن است یک الگوی اجتنابی را بواسطه شرایط ویژه‌ی فرزند خود آغاز کنند که به انزوای آنها از جامعه و افسردگی منجر شود (۲۹) در واقع روایت این مادران از زندگی‌شان بر احساس کهنتری و انزوا استوار شده و رفتارهای طفره‌آمیز حاصل از این روایت پیامدهایی چون افسردگی را در پی دارد (۳۰). از آنجاکه ساختارشکنی در قصه‌های این افراد و کمک به آنها برای ایجاد روایتی جدید و معنایی تازه از زندگی می‌تواند به بهبود مشکلات روانی آنها منجر شود (۳۱). بنابراین روایت‌درمانی یکی از مداخلاتی است که می‌تواند در بهبود احساس کهنتری و افسردگی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی مورد استفاده قرار گیرد.

1. Sung & Yeon

2. Montesano, Gonçalves & Feixas

3. Cloitre, Garvert & Weiss

انجام آن بررسی و همچنین راهکارهایی جهت بهبود انجام تکالیف ارائه می‌شد. در ادامه پروتکل مبتنی بر روایت‌درمانی به گروه آزمایشی ارائه و افراد تجارب خود را در قالب بحث گروهی مطرح می‌کردند. در پایان جلسه نیز پس دریافت بازخوردی کوتاه از جلسه تمرین‌هایی همسو با محتوای جلسه به اعضای گروه ارائه می‌شد. در طول مدت انجام پژوهش گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسه هشتم نیز مجدداً از هر دو گروه خواسته شد تا به پرسشنامه‌های مذکور مجدداً پاسخ دهند. در نهایت پس از گذشت دو ماه از آخرین جلسه، دوره پیگیری انجام شد و هر دو گروه در مرحله پیگیری به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. داده با استفاده از نرم‌افزار SPSS24 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل آماری قرار گرفت. ملاحظات اخلاقی نیز شامل: نداشتن بار مالی و قانونی، عدم تضاد مفاهیم مورد آموزش با نظام ارزشی مراجعان، بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها، محرمانه ماندن اطلاعات و حق انصراف در هر مرحله از پژوهش در هر دو گروه آزمایشی و گواه بود.

ابزار پژوهش

□ **پرسشنامه احساس کهرتی:** مقیاس کهرتی یاؤ و همکاران (۱۹۹۷) (۳۶)، دارای ۳۴ گویه شامل افکار منفی است که به‌طور مکرر به‌وسیله بیماران که از اختلال‌های اضطرابی (به‌ویژه هراس اجتماعی و وسواس-بی‌اختیاری) رنج می‌برند، گزارش شده است. این مقیاس یک ابزار خودگزارش‌دهی است که ۱۷ گویه آن ارزیابی فرد از کهرتی خویش و ۱۷ گویه دیگر آن کهرتی مرتبط با قضاوت‌های دیگران را می‌سنجد. از لحاظ محتوایی، از ۳۴ گویه مقیاس ۱۵ گویه‌ای آن با رویدادهای منفی نظیر ضعف، خستگی، اشتباه و انتقاد و ۱۵ گویه دیگر با رویدادهای مثبت نظیر ارزشمندی، موفقیت و تحسین مرتبطند و ۴ گویه دیگر منعکس‌کننده اصول موضوعه بی‌قید و شرط هستند. ضریب اعتبار مقیاس کهرتی برای پژوهش یوسفی، مظاهری و ادهمیان (۱۳۸۷) (۳۷) از طریق بازآزمایی $0/76 =$ و هماهنگی درونی گویه‌های مقیاس از طریق آلفای کرونباخ $0/89 =$ به‌دست آمد. همچنین همبستگی نمره‌های مقیاس کهرتی با پرسشنامه افسردگی بک و استیر (۱۹۸۷) و پرسشنامه اضطراب بک و استیر (۱۹۹۰) در گروه‌های هراسی به ترتیب $r=0/55$ و $r=0/37$ به‌دست آمد.

وابسته به آموزش و پرورش شهرستان کاشان مراجعه کرده و مسئولان این مراکز را در جریان روند پژوهش قرار داد. در ادامه پس از ارائه توضیحاتی در خصوص نحوه انجام پژوهش، شیوه کار، موانع احتمالی و ضرورت انجام آن، از آنها خواسته شد تا ضمن اعلام فراخوانی از مادران کودکان کم‌توان ذهنی دعوت نمایند تا در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این مرحله برای تمامی ۱۴۰ خانواده دارای کودک کم‌توان ذهنی پیامک دعوت شرکت در جلسه توجیهی ارسال شد و در نهایت ۷۳ نفر در جلسه توجیهی شرکت کردند. پس از برگزاری جلسه ۳۹ نفر اعلام کردند تمایل و شرایط لازم برای شرکت در جلسات را ندارند. از ۳۴ نفر باقی‌مانده مصاحبه انفرادی صورت گرفت و مشخص شد تنها ۲۴ نفر معیارهای ورود به پژوهش را دارند که در نهایت این افراد پس از توجیه تکمیلی به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفری (آزمایشی و گواه) جایگزین شدند. به گروه گواه این اطمینان داده شد که پس از اتمام دوره آموزشی گروه آزمایشی، جلسات آموزشی برای آنها نیز برگزار خواهد شد. ملاک‌های ورود نمونه به پژوهش شامل داشتن آمادگی شناختی برای فهم آموزش‌ها و علاقه‌مندی به شرکت در جلسات آموزشی، عدم ابتلا شرکت‌کنندگان به اختلالات حاد روانی و عدم شرکت در پژوهش همزمان و همچنین ملاک خروج نمونه از پژوهش هم غیبت بیش از ۲ جلسه، بیماری، عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و عدم پایبندی به قوانین گروه بود. پس از انتخاب گروه‌های آزمایشی و گواه، و ارائه توضیحاتی در خصوص اهمیت و نحوه صحیح پاسخگویی پرسشنامه‌ها، هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند.

پروتکل جلسات روایت‌درمانی همسو با برنامه درمانی وایت، ویجایا و اپستون^۱ (۱۹۹۰) (۳۵)، طراحی و پس از بررسی توسط ۶ نفر از خبرگان حوزه روان‌شناسی در دانشگاه‌های اردکان و یزد و انجام اصلاحات لازم، مورد استفاده قرار گرفت. برای اجرای جلسات مداخله، ابتدا برای افراد گروه نمونه جلسه‌ای به‌منظور آشنایی با اهداف درمان، مصاحبه‌ی اولیه، پیش‌آزمون، توافق و دریافت تعهد مبنی بر شرکت در تمامی جلسات درمانی برگزار شد. گروه آزمایشی پس از توجیه در خصوص قوانین، زمان و مکان جلسات و سایر توضیحات لازم، مداخله روایت‌درمانی را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته و هر هفته ۲ جلسه دریافت کردند. در ابتدای جلسات تکالیف ارائه شده در جلسه قبل بررسی و موانع

1. White, Wijaya & Epston

است و تمام عناصر افسردگی براساس نظریه شناختی را نیز پوشش می‌دهد. این پرسشنامه از روایی مطلوبی برخوردار است. ثبات درونی این ابزار ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین ثبات درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی ۰/۸۷ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۷۳ گزارش شده است (۳۸). نتایج پژوهش بک، استیر و براون (۱۹۹۶) نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (۳۹). فتی (۲۰۰۳)، نیز در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و اعتبار بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرده است (۴۰). خلاصه جلسات روایت‌درمانی همسو با برنامه وایت، ویجایا و اپستون (۱۹۹۰) در جدول (۱) ارائه شده است.

□ پرسشنامه افسردگی بک-۲ (BDI-II): از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای ارزیابی حالات افسردگی است و به‌عنوان یک ابزار خودگزارش‌دهی برای سنجش شناخت‌های وابسته به افسردگی به شکلی گسترده به‌کار گرفته شده است و دارای ۲۱ ماده چهارگزینه‌ای با مبنای نمره‌گذاری صفر تا ۳ می‌باشد که درجات مختلفی از افسردگی از خفیف تا شدید را تعیین و علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. بنابراین کمترین امتیاز صفر و بیشترین ۶۳ خواهد بود. تقسیم‌بندی درجات افسردگی به ترتیب افسردگی جزئی (عدم افسردگی) (نمرات بین ۱۳-۰)، افسردگی خفیف (۱۹-۱۴)، افسردگی متوسط (۲۸-۲۰) و افسردگی شدید (۶۳-۲۹) می‌باشد. نسخه بازنگری شده این پرسشنامه در مقایسه با نسخه نخست، بیشتر با DSM-IV همخوان

جدول (۱) خلاصه جلسات روایت‌درمانی مبتنی بر برنامه وایت، ویجایا و اپستون (۱۹۹۰)

جلسه	شرح جلسات
یکم	آشنایی، برقراری رابطه‌درمانی، آشنایی با قوانین کلی گروه، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات اعضا از جلسات، ارائه توضیحاتی درخصوص روایت‌درمانی، بررسی علل افسردگی و احساس کهنتری در زندگی، شرح چند داستان مشکل‌دار و ارزیابی نظر اعضا، ارائه تکلیف و اجرای پیش‌آزمون
دوم	بررسی تکلیف، گفتگو درخصوص ویژگی‌های کودکان کم‌توان ذهنی، ارزیابی تجارب مثبت و منفی اعضا در خصوص تربیت فرزند کم‌توان ذهنی، بررسی نقش داستان‌های اعضا در خصوص زندگی و بررسی مشکلات اعضا با محوریت افسردگی و احساس کهنتری، بررسی روایت‌های اعضا درخصوص زندگی و تولد فرزند کم‌توان ذهنی، ارائه تکلیف و دریافت بازخورد در خصوص جلسه
سوم	بررسی تکلیف، بررسی وضعیت اعضا درخصوص علائم افسردگی تأثیرپذیری آن از روایت‌های موجود زندگی، عینیت‌بخشی و برونی‌سازی مشکلات، نامگذاری مشکلات، مشخص کردن واژه‌های مشکل‌دار و آغاز استعاره‌سازی، بررسی روایت‌های اعضا درخصوص زندگی و تولد فرزند کم‌توان ذهنی در قالب آموزش ارائه شده در جلسه، ارائه تکلیف، گرفتن بازخورد
چهارم	بررسی تکلیف، ادامه‌ی استعاره‌سازی، بررسی استعاره‌های مشکل‌دار و ارتباط آنها با روایت زندگی و اتخاذ موضع نسبت به مشکل، آغاز ساختارشکنی، عملی کردن این آموزش‌ها در مورد روایت‌های اعضا درخصوص زندگی و تولد فرزند کم‌توان ذهنی، ارائه تکلیف، گرفتن بازخورد
پنجم	بررسی تکلیف، فاز تخریب: ساختارشکنی از مشکل توسط استثنائات زندگی، تحلیل روایت، نگرش نسبت به مشکل و اثرات متقابل فرد و مشکل، تمرین عملی این آموزش‌ها در مورد روایت‌های اعضا درخصوص زندگی و تولد فرزند کم‌توان ذهنی، ارائه تکلیف، گرفتن بازخورد
ششم	بررسی تکلیف، فاز بازسازی: استعاره‌های جدید، بازنمایی‌های ذهنی موقعیت‌های زندگی با استعاره‌ی جدید، خلق واقعیت توسط فرد و آغاز روایت‌سازی، انجام عملی آموزش‌های ارائه شده، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف
هفتم	بررسی تکلیف، غنی‌سازی داستان جدید با استفاده از راهبردهای بی‌همتا، بررسی داستان و معنادگی آن به آینده، انجام عملی آموزش‌های ارائه شده؛ ایجاد آمادگی برای اتمام جلسات، ارائه تکلیف
هشتم	بررسی تکلیف، فاز تثبیت: زندگی در داستان جدید، پاسخگویی به پرسش‌ها و بازنویسی داستان‌های گذشته، بررسی معنای زندگی، مستندات بیرونی، غنی‌سازی و تشویق فرد به پیمودن ادامه‌ی داستان، ارزیابی تغییرات و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

مادران شرکت‌کننده در گروه آزمایشی سطح تحصیلات دانشگاهی (۱۶/۷ درصد)، ۷ نفر دیپلم و سیکل (۵۸/۳ درصد)، و ۳ نفر سطح تحصیلات ابتدایی (۲۵ درصد) داشتند. چهار نفر از مادران شرکت‌کننده در گروه گواه سطح تحصیلات دانشگاهی (۳۳/۳ درصد) و ۷ نفر سطح تحصیلات دیپلم و سیکل (۵۸/۳ درصد) و ۱ نفر سطح تحصیلات ابتدایی (۸/۴ درصد) داشتند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک مراحل اجرای آزمون در جدول (۲) ارائه شده است.

میانگین و انحراف معیار سن در مادران شرکت‌کننده در گروه آزمایشی به ترتیب ۳۷/۱۲ و ۴/۱۴، و در مادران شرکت‌کننده در گروه گواه به ترتیب ۳۵/۸۷ و ۳/۷۶ بود. میانگین و انحراف معیار سن کودک نیز در گروه آزمایشی به ترتیب ۸/۴۴ و ۳/۲۹ و در گروه گواه به ترتیب ۸/۰۸ و ۲/۵۱ بود. همه مادران گروه آزمایشی و گواه فقط یک کودک ناتوان ذهنی داشتند. دو نفر از

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک مراحل اجرای آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	آزمایشی	۳۵/۳۳	۳/۳۹	۱۸/۶۷	۲/۰۱
	گواه	۳۵/۰۳	۲/۸۰	۳۵/۸۳	۴/۱۵
احساس کهنتری	آزمایشی	۹۰/۰۸	۷/۲۱	۷۰/۱۶	۸/۱۳
	گواه	۹۰/۹۱	۸/۴۵	۹۰/۵۸	۸/۹۱

بررسی تأثیر روایت‌درمانی افسردگی و احساس کهنتری مادران دارای کودک ناتوان ذهنی بود. قبل از انجام آزمون اندازه‌گیری مکرر برای آزمون این فرضیه‌ها، پیش‌فرض‌های این آزمون شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همسانی واریانس‌های دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، و همگنی شیب واریانس‌ها مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر در مورد تأثیر متغیر مستقل بر دو گروه آزمایشی و گواه در سه مرحله اندازه‌گیری در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول (۲)، به میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی و احساس کهنتری مادران شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک گروه آزمایشی و گواه و به تفکیک مراحل اجرای آزمون اختصاص یافته است. براساس یافته‌های جدول نمرات آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه با کاهش زیادی همراه بوده است، در حالی که شاهد چنین تغییری در گروه گواه نیستیم. به منظور بررسی معناداری این تغییرات از آزمون اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. فرضیه‌های پژوهش،

جدول (۳) نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر در مورد تأثیر متغیر مستقل بر دو گروه آزمایشی و گواه در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	گروه × عامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
افسردگی	گروه × افسردگی	۱۱۹۱/۰۰	۲	۵۹۵/۵۰	۶۸/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶
		۱۱۹۱/۰۰	۱/۹۸	۶۰۱/۶۱	۶۸/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶
احساس کهنتری	گروه × احساس کهنتری	۱۳۶۸/۰۸	۲	۶۸۴/۰۴	۳۵/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲
		۱۳۶۸/۰۸	۱/۶۱	۸۴۹/۲۹	۳۵/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲

اثر نیز همین موضوع را نشان می‌داد. با توجه به این یافته‌ها، فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اینکه روایت‌درمانی بر احساس کهنتری و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مؤثر است، تأیید می‌شود و با توجه به تغییرات نمرات می‌توان نتیجه گرفت که روایت‌درمانی موجب کاهش افسردگی و احساس کهنتری شده است. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای تعیین پایداری اثر مداخله بر متغیرهای وابسته در جدول (۴) ارائه شده است.

پیش‌فرض هم‌خوانی ماتریس کوواریانس خطا مورد نیز بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که تمامی مقادیر W کروییت غیرمعنادار است و این پیش‌فرض نیز تأیید می‌شود. با این وجود، علاوه بر گزارش مقادیر F با درجه آزادی معمول، از نتایج مربوط به معناداری گرینهاو-گیسر نیز استفاده شد. نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر در جدول (۳) نشان می‌دهد که تمامی مقادیر F هم در افسردگی و احساس کهنتری معنادار است ($p < 0/01$). هرچند مقادیر F در افسردگی بسیار بیشتر از احساس کهنتری بود، اندازه‌های

جدول (۴) نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای تعیین پایداری اثر مداخله بر متغیرهای وابسته

خرده‌مقیاس متغیر	پیش‌آزمون-پس‌آزمون			پیش‌آزمون-پیگیری			پس‌آزمون-پیگیری		
	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
افسردگی	۷/۹۱۷	۰/۸۱۰	۰/۰۰۱	۸/۹۱۷	۰/۸۸۳	۰/۰۰۱	۱/۰۰	۰/۸۶۲	۰/۷۷۶
منبع کنترل	۱۰/۱۲۵	۱/۲۳۱	۰/۰۰۱	۱۰/۱۶۷	۰/۹۸۶	۰/۰۰۱	۰/۰۴	۱/۵۲۶	۱/۰۰

اعضای گروه آزمایشی از نظر آماری معنادار بوده است. نتیجه به‌دست آمده در این بخش با یافته‌های پژوهش‌های پیشین از جمله پژوهش داسیلوا و همکاران (۲۰۱۹) (۲۸)، سانگ و چیو (۲۰۱۷) (۳۲)، مونتسانو، گوکالوس و فیشس (۲۰۱۷) (۳۳)، کلوتر، گاروارد و وایس (۲۰۱۷) (۳۴) و همچنین رستگاری و مرادی (۱۳۹۳) (۲۷) که نشان دادند روایت‌درمانی بر افسردگی مؤثر است، همسو بود. اگرچه این پژوهش‌ها (برای مثال سانگ و چیو، ۲۰۱۷) در روش پژوهش، ابزار و جامعه با پژوهش حاضر متفاوت بودند، اما نتایج این مطالعات نیز حاکی از اثربخشی روایت‌درمانی بر افسردگی بود.

در تبیین یافته‌های این بخش می‌توان اذعان کرد که افراد افسرده همواره از عدم احساس لذت، خلق پائین، احساس گناه و سایر علائم این اختلال گلایه دارند. آنها از این مسئله شکایت دارند که روابط اجتماعی‌شان کاهش یافته و علاقه‌ای برای ارتباطات اجتماعی ندارند. این مسئله بخصوص در مورد مادران کودکان کم‌توان ذهنی که ممکن است تصور کنند به دلیل داشتن فرزند معلول جایگاه خود را از دست داده‌اند و همچنین احساس گناه ناشی از به دنیا آوردن فرزند کم‌توان ذهنی، می‌تواند شدت بیشتری داشته باشد. براساس مبنای روایت‌درمانی داستانی که این مادران از زندگی خود ساخته‌اند

برای تعیین تفاوت نمرات متغیرهای وابسته در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌منظور مشخص کردن پایداری اثر روایت‌درمانی در پس‌آزمون، از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد (جدول ۴). نتایج این آزمون نشان می‌دهد که در همه متغیرها تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین تفاوت بین پیش‌آزمون و پیگیری معنادار است ($p < 0/001$) که نشان می‌دهد تأثیر روایت‌درمانی در کاهش افسردگی و احساس کهنتری در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است و این درمان اثر پایداری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف اثربخشی روایت‌درمانی بر احساس کهنتری و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد پس از اجرای مداخله مبتنی بر روایت‌درمانی کاهش معناداری در افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی ایجاد شده است. به این معنا که نمره‌های افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی در پایان مرحله مداخله به اندازه‌ای که از نظر آماری معنادار محسوب می‌شود، کاهش یافته بود. نتایج حاصل از مرحله پیگیری نیز نشان داد که ماندگاری بهبودی ایجاد شده برای

محتوایی مبتنی بر احساس گناه، مقایسه، سرزنش خود و باورهای ناکارآمدی دارد که پیامد آن برای این مادران افسردگی و احساس کهتری بوده است. روایت‌درمانی مداخله‌ای است که در یک فرایند سازمان‌یافته و در سه فاز تخریب، بازسازی و تثبیت نمایان شده و به افراد کمک می‌کند تا روایت‌های زندگی‌شان را به‌گونه‌ای بازنگری و تغییر دهند که نتایج بهتری را در زندگی برای آنها به‌دنبال داشته باشد (۲۹). همسو با اهداف روایت‌درمانی بسته آموزشی ارائه شده به این مادران به‌گونه‌ای طراحی شد تا در وهله اول آموزش‌هایی را در سه فاز تخریب، بازسازی و تثبیت دریافت و براساس آن، روایت‌هایی که از داشتن فرزند کم‌توان ذهنی برای خود ساخته بودند را در جهت یک زندگی بهتر اصلاح نمایند. از این رو محتوای جلسات بیشتر تمرینات عملی در جهت آموزش‌های ارائه شده بود. به‌منظور تثبیت این آموزش‌ها نیز در پایان هر جلسه تکالیفی هم‌سو با آموزش‌های ارائه شده به هریک از اعضا ارائه شد به طوری که هم‌زمان تغییرات شناختی و رفتاری را برای اعضا در پی داشته و آنها بتوانند پیامدهای این تغییرات را در زندگی خود مشاهده نمایند. بنابراین اعضای گروه آزمایشی در فاز تخریب از روایت زندگی خود که در واقع مشکل آنها بود ساختار شکنی کردند، در فاز بازسازی نیز با کمک درمان‌گر به آفرینش داستانی فارغ از مشکل زندگی‌شان که همان مشکلات ناشی از فرزند کم‌توان ذهنی بود، پرداختند و سپس در فاز تثبیت آموختند که با داستان جدید خود زندگی کنند. از این رو تغییر زیادی در باورها و رفتارهای آنها در زندگی به وجود آمد. آنها توانستند روابط خود با اطرافیان‌شان را بهبود بخشند. روابطی که با توجه به روایت تمامی آنها از زندگی مبنی بر اینکه «چون من فرزند کم‌توان ذهنی دارم باید از اجتماع دور باشم»، به شدت آسیب‌دیده و باعث شده بود که تنهایی و اجتناب از اجتماع را برگزینند و به افسردگی در آنها منجر شود. لذا با تغییر روایت اعضای گروه آزمایشی و در نتیجه بهبود روابط اجتماعی و همچنین کاهش احساس تنهایی، افسردگی در آنها نیز کاهش یافت.

نتیجه دیگر پژوهش نیز حاکی از این بود که روایت‌درمانی بر کاهش احساس کهتری مادران کودک کم‌توان ذهنی مؤثر است. بدین معنا که نمره‌های ابعاد احساس کهتری مادران کودک کم‌توان ذهنی در پایان مرحله پس‌آزمون به‌طور معناداری، کاهش یافته بود. نتایج حاصل از مرحله پیگیری نیز حاکی از این بود که ماندگاری تغییرات ایجاد شده معنادار بود. در بررسی پیشینه پژوهش، مطالعه‌ای که اختصاصاً این

مسئله را مورد بررسی قرار داده باشد، یافت نشد. در تبیین نتیجه به‌دست آمده می‌توان گفت یکی از روایت‌های زندگی مادران کودک کم‌توان ذهنی، احساس کهتری ناشی از داشتن فرزند ناتوان است. براساس نظر آدلر اگرچه احساس کهتری نیروی برانگیزاننده زندگی است اما انسان‌ها در برخورد با آن متفاوت رفتار می‌کنند. آدلر معتقد است در حالی که برخی کهتری ایجاد شده را جبران می‌کنند، اما عده‌ای نیز دچار عقده کهتری می‌شوند (۱۰). بر این اساس اگرچه مادران کودکان کم‌توان ذهنی به دلیل داشتن فرزند ناتوان، احساس کهتری را تجربه می‌کنند، اما بسته به اینکه چه روایتی را برای زندگی خود ایجاد کرده باشند، برخورد متفاوتی با این کهتری ایجاد شده خواهند داشت. در مداخله روایت‌درمانی، روایت‌های افراد از زندگی‌شان بررسی و اصلاح می‌شود (۲۸) این مداخله از ظرفیت افراد برای روایت‌سازی بهره می‌گیرد و مشکلات زندگی را در مشکلات ناشی از زبان و استعاره‌ها می‌داند. در این دیدگاه زبان و استعاره مکان ایجاد واقعیت‌های زندگی هستند، واقعیت‌های که اغلب افراد با آنها زندگی می‌کنند. در جلسات آموزشی، اعضای گروه آزمایشی آموختند چگونه استعاره‌های مشکل‌دار زندگی خود را شناسایی و اصلاح نمایند. در این مداخله افراد آموختند بیش از آنکه محصول محیط و شرایط زندگی‌شان باشد، محصول خود هستند و مشکلات‌شان را باید در خودشان جستجو کنند. از نظر روایت‌درمانی، فرآیند درمان، مبتنی بر انتقال از یک روایت به روایت دیگر است، روایت مادری حقیر و درمانده به روایت فردی که کمبودهای زندگی‌شان را جبران می‌کند. از این رو با تغییر در روایت‌های اعضای گروه آزمایشی، احساس کهتری در آنها نیز کاهش یافت.

به‌طور کلی نتایج این مطالعه نشان داد روایت‌درمانی بر احساس کهتری و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر معناداری دارد. این نتایج، ضمن ایجاد افق روشن و عملی برای درمانگران، می‌تواند راهنمایی مؤثری جهت طراحی الگوهای درمانی کارآمد و بهبود مشکلات مادران کودک کم‌توان ذهنی، به‌خصوص در مؤلفه‌های افسردگی و احساس کهتری باشد. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود برنامه مداخله‌ای روایت‌درمانی به‌عنوان یکی از درمان‌های حمایتی والدین کودکان کم‌توان ذهنی، از سوی مراکز روان‌درمانی و حمایتی به مادران کودکان کم‌توان ذهنی ارائه شود. ارائه آموزش‌های ضمن خدمت به روان‌درمانگران، مشاوران و یا مددکاران مرتبط با مراکز آموزشی کودکان کم‌توان ذهنی، در زمینه دانش‌افزایی

8. Faramarzi S, Karamimanesh V, Mahmoudi M. Meta-Analysis of effectiveness of psychological interventions in mental health of families with children with mental disabilities (2012-2013). *Clinical Psychology Studies*. 2013;4(13):89-106. [Persian]
9. Maryami N, Ahmadian H. The effectiveness of resilience training on happiness of mothers with mentally disabled children in Qorveh. *J Educ Psychol Sci Stud*. 2015;1(1):32-42. [Persian]
10. Schultz D, Schultz SA. *Theories of Personality*, translated by Yahya Seyed Mohammadi, twenty. Tehran: Viraish Publications; 2012.
11. Payam R, Agdasi A. The relationship between the mental health and the inferiority complex with social anxiety among female students. 2017. [Persian]
12. Ryckman RM. *Theories of personality*: Cengage Learning; 2012.
13. Sayadi G, Golmohammadian M, Rashidi A. The effectiveness of schema therapy on the feeling of inferiority among the adolescent girls of divorced families. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2017;7(1):89-100. [Persian]
14. Hasper J. Management of inferior feelings and addictive behaviors. Available at: 2Twww.alfredadler.edu/Hasper. 2013;20.
15. Shahverdi j, ahmadi sm, sadeghi k, bakhtiari m, rezaei m, veisy f, et al. A comparative study of the level of mental health, happiness, inferiority feelings, marital satisfaction and marital conflict in fertile and infertile women in Kermanshah. 2015. [Persian]
16. Akça F, Özyürek A. Zihinsel Yetersizlikten Etkilenmiş ve Normal Gelişen Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Sıkıntıyı Tolere Etme, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyleri/The Distress Toleration Status, Depression, Anxiety and Stress Levels of Parents Who Have Normally Developed Children and Who Have Intellectual Disability Children. *Journal of History Culture and Art Research*. 2019;8(1):347-61.
17. Das A, Jain P, Kale VP. A cross-sectional study to assess anxiety and depression in parents of children with intellectual disability. *Indian J Psychiatry*. 2018;60(1):S125.
18. Emerson E. Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2003;47(4-5):385-99.
19. Arnaud C, White-Koning M, Michelsen SI, Parkes J, Parkinson K, Thyen U, et al. Parent-reported quality of life of children with cerebral palsy in Europe. *Pediatrics*. 2008;121(1):54-64.
20. Azar M, Badr LK. Predictors of coping in parents of children with an intellectual disability: comparison between Lebanese mothers and fathers. *Journal of pediatric nursing*. 2010;25(1):46-56.

در روایت‌درمانی، می‌تواند به ارائه مداخلات درمانی بهتر برای این مادران، کمک کند. تعداد کم حجم نمونه، عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر چون وضعیت اجتماعی و اقتصادی و محدود شدن جامعه پژوهش به مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهرستان کاشان از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که می‌تواند روی نتایج تأثیرگذار باشد و لزوم احتیاط در تعمیم نتایج را نشان می‌دهد.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی با یکدیگر ندارند.

References

1. Taghizadeh S, Narimani M, Sadeghi Hashjin G, Basharpour S. The effectiveness of visual perception training on improving attention in students with ADHD. *Journal of School Psychology*. 2018;7(1):102-20. [Persian]
2. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry*: Williams & Wilkins Co; 1988.
3. Gogoi RR, Kumar R, Deuri SP. Anxiety, depression, and quality of life in mothers of children with intellectual disability. *Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences*. 2017;8(1):71-5.
4. Rassouli M, Yaghmaei F, Mohajeri S, Ghodssi-Ghassemabadi R, Mehrabi Y, Naderlou M, et al. The correlation between the quality of life of mothers of children with special needs and their demographic characteristics in Tehran, Iran. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2018;6(2):72-9. [Persian]
5. Panshi, R, Ghazanfari, A, Sharifi, T. The Effectiveness of Training Problem-Solving Skills on Depression and Anxiety in Mothers of Children with Mental Retardation. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2017;15(4):420-6. [Persian]
6. Gilson KM, Davis E, Johnson S, Gains J, Reddihough D, Williams K. Mental health care needs and preferences for mothers of children with a disability. *Child: care, health and development*. 2018;44(3): 384-91.
7. Dillon-Wallace JA, McDonagh SH, Fordham LA. How stable is the well-being of Australian mothers who care for young children with special health care needs? *Journal of Child and Family Studies*. 2014;23(7):1215-26.

21. Faust H, Scior K. Mental health problems in young people with intellectual disabilities: the impact on parents. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2008;21(5):414-24.
22. Tabassum R, Mohsin N. Depression and anxiety among parents of children with disabilities: a case study from developing world. *International Journal of Environment, Ecology, Family and Urban Studies*. 2013;3(5):33-40.
23. Koganei K, Asaoka Y, Nishimatsu Y, Kito S. Women's Psychological Experiences in a Narrative Therapy-Based Group: An Analysis of Participants' Writings and Beck Depression Inventory-Second Edition. *Japanese Psychological Research*. 2021;63(4):466-75.
24. Raghuraman S, Stuttard N, Hunt N. Evaluating narrative exposure therapy for post-traumatic stress disorder and depression symptoms: A meta-analysis of the evidence base. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021;28(1):1-23.
25. Savickas ML, Porfeli EJ. Career Adapt-Abilities Scale: Construction, reliability, and measurement equivalence across 13 countries. *Journal of vocational behavior*. 2012;80(3):661-73.
26. Fox J, Erlandsson L-K, Shiel A. A systematic review and narrative synthesis of occupational therapy-led interventions for individuals with anxiety and stress-related disorders. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2019;35(2):179-204.
27. Raftgari MK, Moradi O. Efficacy of narrative therapy in reducing depressive symptoms in women 20 to 40 years in Sanandaj. *Shenakht journal of psychology & psychiatry*. 2014;1(2):47-57. [Persian]
28. da Silva RA, de Azevedo Cardoso T, Mondin TC, Reyes AN, de Lima Bach S, de Mattos Souza LD, et al. Is Narrative Cognitive Therapy as Effective as Cognitive Behavior Therapy in the Treatment for Depression in Young Adults? *The Journal of nervous and mental disease*. 2017;205(12):918-24.
29. Yoosefi N, Karimipoor B. Effectiveness of training the Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR) on the Self-Efficacy and Frustration Tolerance in Parents of physical-motor disabled children. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2018;8(30):113-32. [Persian]
30. Mohammadi M, Zaharakar K, Jahangiri J, Davarniya R, Shakarami M, Morshedi M. Assessing the efficiency of educational intervention based on Gottman's model on marital intimacy of women. *Journal of Health*. 2017;8(1):74-84. [Persian]
31. Corey G. *Theory and practice of counseling and psychotherapy*: Nelson Education. Tehran: Roshd; 2015.
32. Yoo SJ, Choi YH. Effects of Group Narrative Therapy on Aggression, Depression and Resilience in Adolescents with Conduct Disorder Tendency. *Journal of the Korean Society of School Health*. 2017;30(2):124-35.
33. Montesano A, Gonçalves MM, Feixas G. Self-narrative reconstruction after dilemma-focused therapy for depression: A comparison of good and poor outcome cases. *Psychotherapy research*. 2017;27(1):112-26.
34. Cloitre M, Garvert DW, Weiss BJ. Depression as a moderator of STAIR Narrative Therapy for women with post-traumatic stress disorder related to childhood abuse. *European journal of psychotraumatology*. 2017;8(1):1377028.
35. White M, Wijaya M, Epstein D. *Narrative means to therapeutic ends*: WW Norton & Company; 1990.
36. Yao S, Cottraux J, Martin R, Mollard E, Guerin J, Hanauer M, et al. Inferiority, guilt and responsibility in OCD, social phobics and controls. *Psychotherapies Cognitive e Comparlimental*. 1997;3(2):210-1.
37. Yousefi R, Mazaheri MA. Inferiority Feeling in Social Phobia and Obsessive Compulsive Disorder Patients. *Quarterly journal of developmental psychology*. 2008;5(17):63-8. [Persian]
38. Dabson K, Mohammad KP. Psychometric characteristics of Beck depression inventory-II in patients with major depressive disorder. 2007. [Persian]
39. Beck A, Steer R, Brown G. *Manual for the beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996. Google Scholar. 2014.
40. Fata L. Established structures of meaning and emotional states of cognitive processing of emotional information: a comparison of two conceptual framework: Thesis in Persian]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2003.