

## اثربخشی آموزش بهبود کیفیت زندگی بر سرمایه روان‌شناختی و خودبخشایش‌گری مادران دارای فرزند معلول جسمی-حرکتی

سیده مرضیه اشرفی\*      نوراله محمدی\*\*      نظام الدین قاسمی\*\*\*

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش گروهی بهبود کیفیت زندگی بر سرمایه روان‌شناختی و خودبخشایش‌گری مادران دارای فرزند معلول جسمی-حرکتی بود. طرح پژوهش از نوع آزمایشی همراه با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری (یک ماهه) با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مادرانی بود که فرزند معلول جسمی-حرکتی خود را در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ در یکی از مدارس استثنایی شیراز ثبت نام کرده بودند. با روش نمونه‌گیری هدفمند ۲۰ مادر دارای کودک معلول جسمی-حرکتی به عنوان نمونه انتخاب، و به طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش دوره آموزش کیفیت زندگی را در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به روش گروهی دریافت کرد، گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت و آموزشی تا پایان این دوره دریافت نکرد. داده‌ها به وسیله پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز و همکاران، پرسش‌نامه خودبخشایش‌گری ول و همکاران، جمع‌آوری و به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) به کمک SPSS-24 تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که آموزش کیفیت زندگی بر سرمایه روان‌شناختی، مؤلفه‌های امیدواری و خوش‌بینی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار بوده و بر مؤلفه‌های تاب‌آوری و خودکارآمدی معنی‌دار نبوده است. سایر یافته‌ها نشان داد این برنامه آموزشی بر احساس و باور به خودبخشایش‌گری مادران دارای کودک معلول جسمی-حرکتی اثربخشی معنی‌داری دارد، اما این اثربخشی در ارتباط با باور به خودبخشایش‌گری در پیگیری یک ماهه از ثبات برخوردار نبوده است. بنابراین، می‌توان گفت آموزش رویکردهای روان‌شناسی مثبت‌نگر مبتنی بر اصلاح ابعاد کیفیت زندگی با ایجاد سازه‌های مثبت مانند امید، خوش‌بینی و افزایش خودبخشایش‌گری در جهت افزایش کیفیت زندگی خانواده‌هایی که فرزندان معلول دارند مفید و موثر است.

**واژه‌های کلیدی:** خودبخشایش‌گری، سرمایه روان‌شناختی، کیفیت زندگی، مادران، معلول جسمی-حرکتی

\* دانشجوی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، کازرون، ایران. marzieh\_ashrafi@yahoo.com

\*\* دکترای روان‌شناسی بالینی، استاد دانشگاه شیراز، عضو هیئت علمی، شیراز، ایران. nmohamadi@rose.shirazu.ac.ir

\*\*\* دکترای روان‌شناسی، استادیار دانشگاه سلمان فارسی کازرون، عضو هیئت علمی، کازرون، ایران. (نویسنده مسئول)

nezamghasemi@yahoo.com

### مقدمه

معلولیت به وجود هرگونه نقص دائمی یا طولانی مدت مادرزادی یا اکتسابی در توانمندی‌های جسمانی یا روانی که باعث ناتوانی در انجام تمام یا بخشی از وظایف و ضروریات زندگی روزمره است اطلاق می‌شود (خدابخشی کولایی، ۲۰۱۱). معلولیت‌ها به سه دسته ذهنی، جسمی و حسی، و معلولیت جسمی به چهار دسته جسمی-حرکتی، احشایی، حسی و سالمندی تقسیم می‌شود (هالاها و کافمن، ۱۳۹۶). معلولان جسمی-حرکتی به کسانی گفته می‌شود که به سه دلیل قطع عضو، تغییر شکل اندام حرکتی یا نقص در عملکرد اعضای بدن دچار مشکل و اختلال در سیستم حرکتی باشند به گونه‌ای که بدون وسایل کمکی نتوانند عملکرد عادی داشته باشند (باربوت، گایلمین، چائو و گروه لورهندیکاپ، ۲۰۱۱). معلولیت می‌تواند به علت عوامل ارثی، عوامل مرتبط با زایمان یا حوادث و سوانح اتفاق افتد، و تا پایان عمر همراه فرد باقی بماند (باربوت همکاران، ۲۰۰۱). بنابراین، معلولیت در کودکان موجب می‌شود تا آن‌ها علاوه بر محدودیت‌های فیزیکی و جسمانی از مشکلات روان‌شناختی همچون افسردگی، نقص در روابط بین‌فردی، احساس خستگی، عدم علاقه به فعالیت‌های روزانه، انزوای اجتماعی و احساس بی‌ارزشی رنج برده (اسدی گندمانی، نسائیان و نصیری ورگ، ۱۳۹۵)، و اغلب نیازهای متعددی بر خانواده وارد کنند. (جوهاسوا، ۲۰۱۴) در مجموع، به اشکال مختلف بر سلامت جسمانی و روانی اطرافیان خصوصاً مراقب اصلی (مادر) تأثیر می‌گذارند (آبراهام، ۲۰۱۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شدت معلولیت کودکان با افزایش استرس والدگری و احساس درماندگی خانواده همراه بوده (بری، کارتر، ساندرز، بلیک و کیگان، ۲۰۱۷)، و اغلب والدین این کودکان خصوصاً مادران، مشکلاتی از قبیل مشکلات حرکتی و محدودیت‌های کارکردی (اسمیت و گرزیاوکز، ۲۰۱۴)، استرس (خامیس، ۲۰۰۷)، انزوای اجتماعی، اندوه، خشم و احساس گناه (مورفی، ۲۰۰۷) را گزارش می‌کنند. مادران به سه

1. Barbotte, Guillemin, Chau, & Lorhandicap Group

2. Abraham

2. Bray, Carter, Sanders, Blake, & Keegan

2. Smith & Grzywacz

2. Khamis

2. Murphy

2. Cooper, McLanahan, Meadows, & Brooks-Gunn

2. Hallahan, Kauffman, & Pullen

2. self-forgiveness

2. psychological capital

2. Ursua & Echegoyen

2. Hall & Fincham

2. McConnell

2. Juhasova

3. Abraham

4. Bray, Carter, Sanders, Blake, & Keegan

5. Smith & Grzywacz

6. Khamis

7. Murphy

دلیل: ناامیدی و احساس گناه شدید از داشتن فرزند معلول، حفاظت و مراقبت مداوم از این کودکان، و وابستگی شدید کودکان به والدین به شدت تحت تأثیر فشار روانی قرار می‌گیرند (مورفی، ۲۰۰۷). این مادران اغلب مشکل در پذیرش معلولیت کودک، احساس قربانی بودن و خشم دارند (کوپر، مک‌لانان، مادوز و بروکس-گان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹) و نوسانات هیجانی و رفتاری در دامنه‌ای از طرد کامل، احساس خشم و نفرت نسبت به خود و کودک تا پذیرش، عشق و مراقبت را تجربه می‌کنند (هالان، کافمن و پولین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴).

پژوهشگران حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر معتقدند خودبخشایش‌گری<sup>۳</sup> و سرمایه روان‌شناختی<sup>۴</sup> با افزایش قدرت سازگاری فرد هنگام رویارویی با مشکلات مزمن و طولانی مدت از قبیل معلولیت می‌تواند نقش مهمی در ایجاد، حفظ و تداوم سلامت جسمی و روانی افراد داشته باشد (اورسوا و اچیکوین<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵؛ هال و فینچام<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). به همین دلیل انتظار می‌رود آموزش و ارتقاء سازه‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر بتواند در زمینه پیشگیری در این خانواده‌ها، مفید واقع شود.

خودبخشایش‌گری به مصالحه آگاهانه و جایگزینی احساس گناه و شرم با قبول مسئولیت، پذیرش خود و محدودیت‌ها اشاره دارد (مک‌کانل<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹) که باعث می‌شود احساساتی از قبیل مهربانی، شفقت به خود و همدلی جایگزین خشم، رنجش، احساس گناه، شرم و سرزنش خود شود (نادی و لبکی، ۱۳۹۴). خودبخشایش‌گری نوعی گرایش به رهاسازی خشم نسبت به خود در زمانی است که فرد احساس می‌کند مرتکب اشتباهی شده است (انرایت، ۱۹۹۶؛ به نقل از هال و فینچام، ۲۰۰۸؛ ول، دیشی و واکینی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸). خودبخشایش‌گری در روابط درون‌فردی باعث غلبه بر خشم، و کینه خود نسبت به دیگران و در روابط بین‌فردی باعث بخشش و همدلی می‌شود (موری<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲). ویتلایت، فیپس، فلدمن و بکهام<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۴) دریافتند که توانایی فرد در بخشش خود و دیگران با مشکلات روان‌شناختی کمتری در آنان همراه است. شمش نظری (۱۳۹۱) خودبخشایش‌گری را فرایند انطباقی و اختیاری مثبتی می‌داند که باعث کاهش هیجانات منفی و افزایش مهرورزی و رضایت‌مندی می‌شود. فینچام و استیون<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۴) معتقدند که خودبخشایش‌گری با کاهش واکنش‌های هیجانی، و افزایش سازگاری مادران می‌تواند نقش مهمی در کاهش مشکلات کودکان

1. Cooper, McLanahan, Meadows, & Brooks-Gunn

2. Hallahan, Kauffman, & Pullen

3. self-forgiveness

4. psychological capital

5. Ursua & Echegoyen

6. Hall & Fincham

7. McConnell

8. Wohl, Deshea & Wahkinney

9. Murray

10. Witvliet, Phipps, Feldman, & Beckham

11. Fincham & Steven

معلول ذهنی با مادران داشته باشد. سایر پژوهش‌ها نشان‌دهنده ارتباط خودبخشایش‌گری با افزایش احترام به خود، سلامت‌روان (جاکینتو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷) و کاهش خودانتقادی (توساینت، بری، انگس، بورنفرند و مارکمن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷) است. اگر سرمایه روان‌شناختی به عنوان نگرش انعطاف‌پذیر و واقع‌گرا به رویدادهای زندگی در نظر گرفته شود (نولزن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸)، خود بخشایش‌گری با ایجاد افزایش ظرفیت سازگاری می‌تواند یکی از مهمترین سرمایه‌های روان‌شناختی افراد تلقی گردد.

سرمایه روان‌شناختی به عنوان یکی از منابع مهم سازگاری از چهار مؤلفه خودکارآمدی<sup>۴</sup>، خوش‌بینی<sup>۵</sup>، امیدواری<sup>۶</sup> و تاب‌آوری<sup>۷</sup> تشکیل شده است (لوتانز، یوسف و آولیو<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶؛ به نقل از الیو و کاراکاس<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵) و به عنوان یک ظرفیت روان‌شناختی مثبت (یوسف-مورگان و لوتانز<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵) با عملکردهای مختلفی از قبیل بهزیستی روان‌شناختی افراد (لوتانز و یوسف<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۷) در تحمل موقعیت‌های پر فشار و استرس‌زا در ارتباط است. در این راستا، نتایج پژوهش حق رنجبر، کاکاوند، برجعلی و برماس (۱۳۹۰) نشان داد که مادران دارای کودکان عقب‌مانده ذهنی از سرمایه روان‌شناختی پایین‌تری برخوردارند. تحقیق بیرامی، موحدی و خدایاری (۱۳۹۳) نیز نشان داد که میزان تاب‌آوری، خوش‌بینی و امیدواری (مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی) و کیفیت زندگی مادران کودکان معلول نسبت به مادران کودکان عادی در سطوح پایین‌تری قرار دارد. سربلند (۱۳۹۸) معتقد است سرمایه روان‌شناختی متفاوت از صفات پایداری همچون هوش است و می‌توان آن را با آموزش اصلاح یا ایجاد کرد. در این ارتباط در مورد خانواده کودکان معلول، پژوهش ایگنجاتوویک، میلانوویک و زگاراک<sup>۱۲</sup> (۲۰۱۷) نشان داد که برنامه‌های حمایتی می‌تواند نقش مهمی در افزایش خودکارآمدی، بهبود کیفیت زندگی، اعتمادبه‌نفس و شایستگی این‌گونه خانواده‌ها داشته باشد. بنابراین، ارائه راهکارهایی برای توانمندسازی روان‌شناختی این مادران به خصوص در زمینه کیفیت زندگی خانوادگی آنان ضروری است. گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی<sup>۱۳</sup> رویکردی مثبت‌گرایانه است که توسط فریش<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۶) با منسجم کردن روان‌شناسی مثبت‌نگر و شناخت درمانی برای گروه‌های بالینی و غیر بالینی ابداع

1. Jacinto

2. Toussaint, Barry, Angus, Bornfriend, & Markman

3. Nolzen

4. self-efficacy

5. optimism

6. hope

7. resiliency

8. Luthans, Youssef, & Avolio

9. Aliyev & Karakus

10. Youssef-Morgan & Luthans

11. Luthans & Youssef

12. Ignjatovic, Milanovic, & Zegarac

13. Quality of Life Therapy (QLT)

14. Frish

شده است (نوری‌پور، باس و آپشه<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). این برنامه آموزشی با هدف افزایش رضایت از زندگی تغییرات را بر اساس مدل پنج راهه کاسیو<sup>۲</sup> در پنج بعد: ۱- شرایط زندگی<sup>۳</sup>، ۲- نگرش‌ها<sup>۴</sup>، ۳- استانداردهایی که برای تحقق خودمان تعریف کرده‌ایم<sup>۵</sup>، ۴- ارزش‌ها، ۵- رضایت کلی از زندگی<sup>۶</sup> (فریش، ۲۰۰۶) و ۱۷ حوزه اصلی زندگی: ۱- سلامت جسمانی، ۲- عزت نفس، ۳- اهداف و ارزش‌ها، ۴- کار، ۵- پول، ۶- بازی، ۷- یادگیری، ۸- خلاقیت، ۹- کمک به دیگران، ۱۰- عشق، ۱۱- دوستان، ۱۲- فرزندان، ۱۳- خویشاوندان، ۱۴- خانه و همسایگان، ۱۵- جامعه، ۱۶- همسر و ۱۷- زندگی به‌طور کلی، اعمال می‌کند (فریش، ۲۰۰۶). نگوین، ثو، ترانگ و نگوین<sup>۷</sup> (۲۰۱۲) نشان دادند که آموزش کیفیت زندگی یکی از روش‌های نسبتاً جدیدی است که می‌تواند بر سازه‌های مثبت روان‌شناختی به ویژه خودبخشایش‌گری، و سرمایه روان‌شناختی تأثیر بگذارد. در ایران پژوهش‌های عسگری و باجلان (۱۳۹۳) و عرشی، دلیریان، اقلیما و شیرین‌بیان (۱۳۹۴) نشان داده است که ارتقای کیفیت زندگی با افزایش بخشش همراه هست. از آنجایی که معلولیت جسمی-حرکتی کودکان می‌تواند شرایط دشواری را از لحاظ روان‌شناختی برای اعضای خانواده به ویژه مادران فراهم کند (بری و همکاران، ۲۰۱۷)، بنابراین حمایت روان‌شناختی و توانمندسازی این گروه از افراد جامعه از لحاظ ارتقاء در حوزه پیشگیری ثالثیه امری ضروری است. بر همین اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی یکی از کاربردی‌ترین روان‌درمانی‌های حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر در ایجاد سازه‌های مثبت در مادران این کودکان است.

پرورش یک کودک معلول جسمی حرکتی برای اعضای خانواده مسئولیت سنگین و طاقت‌فرسایی است، به‌طوری‌که والدین این کودکان در مراقبت از آن‌ها، با نظارت طولانی‌مدت و هزینه‌های پزشکی مواجه هستند، و به‌خاطر مراقبت ویژه از کودک کشمکش‌های فیزیکی، روان‌شناختی و بحران‌های بیشتری را تجربه می‌کنند؛ به‌طوری‌که معلولیت کودک بر کارکرد و کیفیت زندگی آنان تأثیر منفی می‌گذارد. بنابراین، سلامت روانی والدین به‌طور غیرمستقیم تحت تأثیر قرار می‌گیرد (حسینی، حیدری، خنجری و قدوسی، ۱۳۹۳). از سویی دیگر، هدف اصلی زندگی توسعه و ارتقاء کیفیت زندگی است، که نقش مؤثری در زندگی انسان‌ها ایفا می‌کند. با توجه به نظریه فریش، کیفیت زندگی درمانی، حرکت از شناخت درمانی به روان‌شناسی مثبت‌نگر است، که افراد را به رضایت بیشتر از زندگی راهنمایی می‌کند.

1. Nooripour, Bass, & Apsche

2. Casio

3. circumstance

4. attitude

5. standards of fulfillment

6. overall satisfaction

7. Nguyen, Tho, Trang, & Nguyen

بر همین اساس و در راستای هدف پژوهش دو فرضیه مطرح شد:

- ۱- آموزش بهبود کیفیت زندگی بر سرمایه‌روان‌شناختی و ابعاد آن در مادران دارای فرزند معلول جسمی حرکتی اثربخش است.
- ۲- آموزش بهبود کیفیت زندگی بر خودبخشایش‌گری و ابعاد آن در مادران دارای فرزند معلول جسمی حرکتی اثربخش است.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ روش‌شناسی در چارچوب طرح آزمایش واقعی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری (یک ماهه) و گروه کنترل انجام گردید. روش اجرای برنامه آموزشی به صورت گروهی بود.

### شرکت‌کنندگان پژوهش

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادرانی است که دارای فرزند معلول جسمی-حرکتی بوده و فرزند آن‌ها در یکی از مدارس استثنایی شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تحت آموزش بود. محدوده سنی مادران این کودکان بین ۲۸ تا ۵۱ سال، با میانگین سنی ۳۷/۵ و انحراف استاندارد ۵/۸ سال بود. از این جامعه آماری با روش نمونه‌گیری هدفمند یک گروه نمونه ۲۰ نفری از مادران دارای کودک معلول جسمی-حرکتی انتخاب، و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۰ نفر) و گروه کنترل (۱۰ نفر) جایگزین شدند. ملاک ورود و خروج آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت‌اند از ۱- مادران دارای فرزند معلول جسمی-حرکتی که سن فرزند معلول شان در حدود ۹ تا ۱۱ سال است. ۲- مادران با کودک معلول باید فاقد تجربه اختلالات روان‌پزشکی و مصرف داروهای اعصاب و روان باشند. ۳- نداشتن معلولیت و مشکلات فیزیکی مادران ۴- شرکت نکردن در سایر دوره‌های روان‌درمانی و آموزشی به صورت همزمان، یا طی ۶ ماه گذشته.

### ابزارهای پژوهش

به منظور اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسش‌نامه سرمایه‌روان‌شناختی<sup>۱</sup>: این پرسش‌نامه توسط لوتانز، اولیو، آوی و نورمن<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۷ در دانشگاه نبراسکا طراحی شده است. پرسش‌نامه شامل ۲۴ گویه و دارای چهار خرده‌مقیاس امیدواری، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری با هر کدام ۶ گویه است، که آزمودنی باید به هر گویه در مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۶) پاسخ دهد. پاسخ‌دهی به آن

1. Psychological Capital Questionnaire

2. Luthans, Avolio, Avey, & Norman

حدوداً ۳ الی ۴ دقیقه زمان می‌برد. گویه‌های ۱۳، ۲۰ و ۲۳ نمره معکوس دارند. این پرسش‌نامه علاوه بر نمره هر خرده‌مقیاس، نمره کل را به دست می‌دهد. سازندگان پرسش‌نامه روایی و پایایی مطلوبی را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. آنان پایایی این پرسش‌نامه را بالای ۰/۹۰ به دست آورده‌اند. نتایج تحقیق رجایی، نادری و جعفری (۱۳۹۶) در جامعه ایرانی نشان داد که ضرایب آلفای کرونباخ این ابزار برای نمره کل سرمایه روان‌شناختی و خرده‌مقیاس‌های خوش‌بینی، امید، تاب‌آوری و خودکارآمدی به ترتیب برابر ۰/۸۹، ۰/۷۰، ۰/۸۳، ۰/۷۳ و ۰/۸۷ است. همچنین، همبستگی بین نمره کل مقیاس سرمایه روان‌شناختی با عامل‌های خوش‌بینی، امید، تاب‌آوری و خودکارآمدی به ترتیب، ۰/۷۶، ۰/۸۷، ۰/۷۸ و ۰/۸۴ به دست آمد، که این ضرایب روایی مطلوب این پرسش‌نامه را نشان می‌دهند. قدیمی‌توران و یونسی (۱۳۹۵) آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و تنای ترتیبی ۰/۹۲ را در مطالعه خود گزارش کرده‌اند.

**پرسش‌نامه خودبخشایش‌گری<sup>۱</sup>:** این پرسش‌نامه توسط ول و همکاران در سال ۲۰۰۸ در کشور کانادا و دانشگاه کارلتون طراحی شده است. دارای ۱۷ گویه و دو خرده‌مقیاس احساسات و کنش‌های خودبخشایش‌گری (۸ گویه) و باورهای خودبخشایش‌گری (۹ گویه) است. همه گویه‌ها با استفاده از یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (کاملاً=۴ تا به‌هیچ‌وجه=۱) نمره‌گذاری می‌شوند، که نمرات بالاتر نشانگر خودبخشایش‌گری بیشتر است. گویه‌های ۲، ۴، ۷، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶ و ۱۷ نمره‌گذاری معکوس دارند. زمان پاسخ‌گویی به سؤالات ۲ الی ۳ دقیقه است. سازندگان پرسش‌نامه روایی و پایایی مطلوبی را برای این ابزار گزارش کرده‌اند. در ایران نادری و لیکلی (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه را ۰/۸۱ به دست آوردند. بهادری خسروشاهی (۱۳۹۶) در مطالعه خود با تأیید روایی محتوایی پرسش‌نامه به کمک استادان روان‌شناسی، ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ را برای این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی به دست آورده است. در همین پژوهش اعتباریابی جداگانه‌ای از پرسش‌نامه صورت گرفت، و روایی از طریق همبستگی خرده‌مقیاس خودبخشایش‌گری (احساس و باور به خودبخشایش‌گری) با مقیاس بخشش‌مالت<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۳) اندازه‌گیری و تأیید شد. همچنین، آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

1. Self-Forgiveness Questionnaire

2. Mullet

## برنامه آموزش کیفیت زندگی

این برنامه آموزشی بر مبنای شیوه‌ای که مایکل فریش از ترکیب روان شناسی مثبت‌نگر با رویکرد شناختی رفتاری مطرح کرده است، و در منابع و مآخذ متعددی (فریش، ۲۰۰۶؛ عابدی و وستانیس، ۲۰۱۰؛ قاسمی، کجباف و ربیعی، ۱۳۹۰) به آن اشاره شده است به کار بسته شد. محتوای جلسات آموزشی (اهداف، تکنیک‌ها و تکالیف) در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. محتوای برنامه آموزش کیفیت زندگی

تعداد جلسات	محتوای برنامه
جلسه اول	آشنایی و برقراری ارتباط با اعضا، انجام پیش‌آزمون، بیان قواعد و اهداف گروه، معرفی مشاوره مبتنی بر کیفیت زندگی، تجارب مادران از داشتن کودکان معلول، بحث در مورد ۱۶ ناحیه رضایت از زندگی، تعیین حوزه‌های دشوار، تکلیف: فکر کردن در مورد این‌که چگونه کیفیت زندگی مان را بهبود ببخشیم.
جلسه دوم	تعریف مدل کاسیو همراه با مثال، مطرح کردن مفهوم‌سازی مسئله با اعضا گروه، تعیین اولویت‌های آموزش، سه رکن آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، غنای درونی، کیفیت زمان و معناپایی، تکلیف: کاربرد سه رکن آموزش در منزل
جلسه سوم	مروری بر مدل کاسیو، نقد و بررسی تکلیف، شیوه‌های پنج‌گانه دست‌یابی به شادمانی، تکلیف: تمرین موهبت‌ها، دستاوردها و استعداد یا صفات، تمرین کیک شادمانی
جلسه چهارم	مروری بر مدل کاسیو و تکلیف، بحث در مورد حوزه‌های اهداف، ارزش‌ها و یادگیری، احترام به خویش، ۱۰ اصل اول شادمانی، مهارت‌های مرتبط با تکلیف: کاربرد مهارت‌ها در زندگی روزمره، تکنیک‌های خاص در هدف‌جویی و تعیین ارزش‌ها (تمرین کسب بینش برای اهداف)
جلسه پنجم	مروری بر مدل کاسیو و تکلیف، ۱۰ اصل دوم شادمانی، بحث در مورد معنای زندگی، مهارت‌های مرتبط با تکلیف: کاربرد مهارت‌ها، اصول و راهبردهای پنج‌گانه در محیط اجتماعی
جلسه ششم	مروری بر مدل کاسیو و تکلیف، ۱۰ اصل سوم شادمانی، تکلیف: کاربرد مهارت‌های مربوط به ۳۰ اصل شادمانی
جلسه هفتم	مروری بر مدل کاسیو و تکلیف، بحث در مورد تفریح و سرگرمی، ایجاد عادت به تفریح و سرگرمی، سلامت، مسائل مربوط به درد و مشکلات مزمن سلامتی، تکلیف: ایجاد عادت به تفریح و سرگرمی
جلسه هشتم	مروری بر مدل کاسیو و تکلیف، بحث در مورد روابط شفابخش، شرایط محیطی: خانه، اطرافیان و جامعه، تکلیف: کاربرد مراحل پنج‌گانه مربوط به بهبود روابط، بهبود ارتباط در زمینه ایجاد دوستی‌های جدید و روابط عاشقانه، اصول و راهبردهای پنج‌گانه در محیط اجتماعی
جلسه نهم	مروری بر مدل کاسیو و تکلیف، بحث در مورد کار و بازنشستگی، پول و معیارهای زندگی و اخلاقیت، تکلیف: تمرین رویکرد مدل پنج‌گانه نسبت به غنی‌سازی و بهبود کار، یادگیری و تمرین مهارت تنظیم و کنترل اساسی پول
جلسه دهم	مروری بر مدل کاسیو و تکلیف، بحث در مورد کمک و یاری‌رساندن، بررسی تمام جلسات آموزش، آموزشگر خود بودن در کیفیت زندگی آموزشی، مطالعه و کار بیشتر در مورد کیفیت زندگی آموزشی.



## روش اجرا

برای انجام پژوهش ابتدا معرفی‌نامه از دانشگاه کسب شد، سپس با ارائه به سازمان آموزش و پرورش استان فارس بخش مدارس استثنایی، موافقت برای اجرای برنامه‌های آموزشی اخذ گردید، و یکی از مدارس با هماهنگی با آموزش و پرورش منطقه به عنوان جامعه آماری انتخاب شد. سپس با تدوین بسته آموزشی و پکیج پرسش‌نامه‌ها به آن مدرسه مراجعه و دعوت‌نامه‌ای در اختیار تمام مادران دارای فرزند معلول جسمی مشغول به تحصیل در آن مدرسه در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ قرار گرفت. از بین ۸۰ مادر ۲۰ نفر که تمایل به شرکت در جلسات داشتند، به صورت هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند، و به صورت تصادفی ۱۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. طرح آموزشی مبتنی بر پروتکل فریش (۲۰۰۶) در ۱۰ جلسه و هفته‌ای یک بار به مدت ۹۰ دقیقه توسط پژوهشگر بر روی گروه آزمایشی اجرا شد، و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار گرفت. شایان ذکر است برای رعایت ملاحظات اخلاقی، گروه کنترل بعد از پایان پژوهش همین برنامه آموزشی را دریافت کرد. پرسش‌نامه‌های سرمایه روان‌شناختی و خودبخشایش‌گری به صورت پیش‌آزمون در جلسه اول در اختیار گروه آزمایش و کنترل قرار گرفت. پس‌آزمون در آخرین جلسه از هر دو گروه انجام شد. پیگیری نیز یک ماه بعد بر روی دو گروه انجام شد.

جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش به دلیل لزوم کنترل کردن اثرات نمره پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون، از روش تحلیل کوواریانس یک متغیره (آنکووا) و تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) به کمک نرم‌افزار SPSS-24 استفاده شد.

## یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای سرمایه روان‌شناختی و خودبخشایش‌گری و مؤلفه‌های آن‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سرمایه روان‌شناختی و خودبخشایش‌گری و مؤلفه‌های آن‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آزمایش	سرمایه روان‌شناختی	۱۰۱/۶۶	۱۸/۸۱	۱۰۳/۶۶	۱۰/۴	۱۰۸/۳۳
	تاب‌آوری	۲۲/۱۱	۵/۴۶	۲۳/۶۶	۵/۳۸	۲۳/۱۱
	امیدواری	۲۴/۵۵	۶/۱۶	۲۶/۷۷	۳/۱۹	۲۸/۶۶
	خوش‌بینی	۲۵/۷۷	۶/۱	۲۷/۶۶	۳/۰۷	۲۸/۱۱
	خودکارآمدی	۲۵/۷۷	۶/۰۳	۲۵	۵/۳۱	۲۸/۴۴
	خودبخشایش‌گری	۴۸/۳۳	۶/۵	۴۹/۲۲	۲/۸۶	۴۹/۶۶
	احساس خودبخشایش‌گری	۲۱/۲۲	۳/۲۸	۲۲/۴۴	۱/۶۵	۲۳/۵۵
	باور به خودبخشایش‌گری	۲۶/۸۸	۳/۴	۲۷/۸۸	۲/۴۲	۲۶/۱۱
	سرمایه روان‌شناختی	۱۰۹/۳	۱۰/۴۳	۱۱۰	۱۰/۸۰	۱۱۰/۳
کنترل	تاب‌آوری	۲۷/۱	۴/۴۵	۲۵/۶	۳/۵۳	۲۷/۲
	امیدواری	۲۶/۶	۲/۲۲	۲۷/۷	۳/۰۵	۲۷/۸
	خوش‌بینی	۲۷/۱	۲/۷۲	۲۸/۲	۳/۱۹	۲۷/۶
	خودکارآمدی	۲۸/۵	۳/۸	۲۸/۴	۳/۵۹	۲۸/۹
	خودبخشایش‌گری	۴۴/۳	۴/۲۹	۴۴/۶	۳/۲۳	۴۵/۱
	احساس خودبخشایش‌گری	۱۹	۲/۱۶	۱۹/۹	۲/۶۴	۱۹/۳
	باور به خودبخشایش‌گری	۲۵/۳	۲/۹۸	۲۶/۷	۱/۸۸	۲۵/۸
	سرمایه روان‌شناختی	۱۰۱/۶۶	۱۸/۸۱	۱۰۳/۶۶	۱۰/۴	۱۰۸/۳۳
	تاب‌آوری	۲۲/۱۱	۵/۴۶	۲۳/۶۶	۵/۳۸	۲۳/۱۱

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار سرمایه روان‌شناختی در گروه آزمایش و در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب ۱۰۱/۶۶ و ۱۸/۸۱ و در مرحله پس‌آزمون، و بعد از اعمال برنامه آموزشی به ترتیب ۱۰۳/۶۶ و ۱۰/۴ تغییر پیدا کرده است. این شاخص‌ها در مورد متغیر سرمایه روان‌شناختی در پیگیری یک ماهه به ترتیب به ۱۰۸/۳۳ و ۱۴/۶۵ تبدیل شده است. شاخص‌های توصیفی سایر متغیرها در جدول ۲ مشاهده پذیر است. به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش در مورد نمره کل سرمایه روان‌شناختی و خودبخشایش‌گری از تحلیل کوواریانس یک متغیره (آنکوا) استفاده شد، که قبل از استفاده از آن پیش‌فرض‌های آماری آزمون‌های پارامتری در مورد متغیرهای پژوهش اندازه‌گیری و در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳. پیش فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس سرمایه روان‌شناختی

متغیر	آزمون لوین		کالموگروف-اسمیرنوف		همگنی شیب	
	P	F	P	df	P	F
سرمایه روان‌شناختی	۰/۱۱	۲/۵۲	۰/۲	۹	۰/۳	۱/۴
خودبخشایش‌گری	۰/۲۲	۱/۶۳	۰/۲	۲۰	۰/۱۷	۱/۸۶

جدول ۳ نشان می‌دهد که نتایج آزمون لوین، کالموگروف-اسمیرنوف و همگنی شیب رگرسیون معنی‌دار نیست. بنابراین، می‌توان گفت مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها، نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی شیب رگرسیون برقرار و استفاده از آزمون پارامتری تحلیل کوواریانس بلا مانع است. نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره سرمایه روان‌شناختی در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۴ آمده است. در این تحلیل اثرات نمرات پیش‌آزمون سرمایه روان‌شناختی در فرایند آماری کنترل شد.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس یک متغیره سرمایه روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با کنترل پیش‌آزمون

مرحله	متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات		P	F	مجذور اتای تفکیکی	توان آماری
				P	F				
پس‌آزمون	سرمایه	۱۱۹/۴۸	۲	۱۱۹/۴۸	۱۵/۶	۰/۰۰۱	۱۵/۶	۰/۵۱	۰/۹۷
پیگیری	روان‌شناختی	۱۱۵۳/۱۸	۲	۱۱۵۳/۱۸	۱۰/۳	۰/۰۰۵	۱۰/۳	۰/۳۲	۰/۸۵

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تحلیل کوواریانس پس‌آزمون و پیگیری نمرات سرمایه روان‌شناختی پس از کنترل پیش‌آزمون نشان می‌دهد، که با حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون، اثر مداخله بر نمره‌های پس‌آزمون ( $F=15/6, p<0/001$ ) و پیگیری ( $F=10/3, p<0/005$ ) معنی‌دار است. به این ترتیب زمانی که اثر پیش‌آزمون از روی نتایج پس‌آزمون و پیگیری مربوط به گروه‌ها حذف شود، تفاوت بین دو گروه معنی‌دار است؛ و می‌توان نتیجه گرفت که آموزش کیفیت زندگی بر سرمایه روان‌شناختی مؤثر بوده است. برای بررسی اثرات برنامه آموزشی بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی ابتدا پیش‌فرض‌های آماری آن در مورد تک‌تک مؤلفه‌ها اندازه‌گیری و در جدول ۵ آورده شد.

جدول ۵. پیش فرض های آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مؤلفه های سرمایه روان شناختی

متغیر	آزمون لوین		شیب خطی		کالموگروف-اسمیرنوف		آزمون باکس	
	P	F	P	F	P	df	P	F
تاب آوری	۰/۴۸	۱/۱۲	۰/۰۷	۲/۲۹	۰/۲	۹		
امیدواری	۰/۳۴	۰/۷۵	۰/۰۹	۲/۵۵	۰/۲	۹	۰/۱۱	۱/۵۵
خوش بینی	۰/۳۸	۱/۰۲	۰/۳	۰/۵۴	۰/۲	۹		
خودکارآمدی	۰/۳۹	۰/۹۷	۰/۴۲	۰/۹۹	۰/۲	۹		

نتایج جدول ۵ حاکی از آن است که نتایج آزمون لوین، کالموگروف - اسمیرنوف، همگنی شیب رگرسیون و آزمون ام باکس معنی دار نیست. بنابراین، می توان گفت مفروضه های آماری مرتبط با این آزمون ها برقرار، بلا و استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در مورد مؤلفه ها بلامانع است. در این راستا، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره (در متن مانکوا) در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر مؤلفه های سرمایه روان شناختی در مرحله پس آزمون و پیگیری

مرحله	متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتای تفکیکی	توان آماری
پس آزمون	تاب آوری	۰/۵۱	۲	۰/۲۵	۱۲/۷	۰/۰۰۳	۰/۳۴	۰/۹۲
	امیدواری	۴۲/۴۰	۲	۴۲/۴۰	۱۱/۱۹	۰/۰۰۵	۰/۴۶	۰/۸۷
	خوش بینی	۳۶/۸۴	۲	۳۶/۸۴	۶/۹	۰/۰۲	۰/۳۴	۰/۸۳
	خودکارآمدی	۲۶/۹۸	۲	۱۳/۴۹	۰/۹۹	۰/۳	۰/۱	۰/۱۸
پیگیری	تاب آوری	۶/۴۵	۲	۳/۲۲	۰/۲۶	۰/۷	۰/۰۳	۰/۱۷
	امیدواری	۴۱/۹۴	۲	۴۱/۹۴	۳/۰۲	۰/۰۴	۰/۲۸	۰/۸۰
	خوش بینی	۵۳/۰۱	۲	۵۳/۰۱	۱۰/۱۵	۰/۰۰۷	۰/۴۳	۰/۸۳
	خودکارآمدی	۹۵/۱۱	۲	۹۵/۱۱	۵/۰۵	۰/۰۴	۰/۲۸	۰/۸۱

نتایج جدول ۶ نشان می دهد که میزان تاب آوری ( $F=۱۲/۷, p=۰/۰۰۳$ )، امیدواری ( $p=۰/۰۰۵$ )، خوش بینی ( $F=۱۱/۱۹$ ) و خوش بینی ( $F=۶/۹, p=۰/۰۲$ ) در مرحله پس آزمون در دو گروه درمان و کنترل از تفاوت معنی داری برخوردار است. بر این اساس، میزان اثربخشی آموزش بر خرده مقیاس تاب آوری برابر با ۰/۳۴، امیدواری برابر با ۰/۴۶ و خوش بینی برابر با ۰/۳۴ است. در مرحله پس آزمون خرده

مقیاس خودکارآمدی ( $F=0/99, p=0/3$ ) در دو گروه درمان و کنترل تفاوت معنی‌داری نشان نمی‌دهد. توان آماری مشاهده شده مربوط به خرده مقیاس تاب‌آوری برابر با  $0/92$ ، امیدواری،  $0/87$  و خوش‌بینی،  $0/83$  است. در مرحله پیگیری همان طور که جدول ۶ نشان می‌دهد به غیر از مؤلفه تاب‌آوری، در سایر مؤلفه‌ها بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار مشاهده گردید. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک متغیره برای نمره کل متغیر خودبخشایش‌گری در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۷ آمده است.

جدول ۷. تحلیل کوواریانس یک متغیره خودبخشایش‌گری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با کنترل پیش‌آزمون

مرحله	متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجدور اتای تفکیکی	توان آماری
پس‌آزمون	خودبخشایش‌گری	۲۸۱/۰۲	۲	۲۸۱/۰۲	۳۴/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱
پیگیری	خودبخشایش‌گری	۱۶۱/۴۰	۲	۱۶۱/۴۰	۷/۲۱	۰/۰۱	۰/۳۱	۰/۸۴

همان گونه که در جدول ۷ مشاهده می‌شود تحلیل کوواریانس پس‌آزمون و پیگیری نمرات خودبخشایش‌گری پس از کنترل پیش‌آزمون نشان می‌دهد که اثر مداخله بر نمره‌های پس‌آزمون پیش‌آزمون از روی نتایج پس‌آزمون و پیگیری مربوط به گروه‌ها حذف شود تفاوت بین دو گروه معنی‌دار است؛ در نتیجه آموزش کیفیت زندگی بر خودبخشایش‌گری مؤثر بوده است. برای بررسی اثرات برنامه آموزشی بر مؤلفه‌های خودبخشایش‌گری ابتدا پیش‌فرض‌های آماری آن در مورد هر یک از مؤلفه‌ها اندازه‌گیری، و در جدول ۸ آورده شد.

جدول ۸. پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مؤلفه‌های خودبخشایش‌گری

متغیر	آزمون لوین		شیب خطی		کالموگروف-اسمیرنوف		آزمون باکس	
	P	F	P	F	P	F	P	F
احساس خودبخشایش‌گری	۰/۴۹	۱/۳۶	۰/۲۹	۰/۲۹	۰/۰۸	۹	۰/۶۶	۰/۵۷
باور به خودبخشایش‌گری	۱/۳۳	۰/۲۸	۰/۵۶	۰/۶۴	۰/۱۲	۹		

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره برقرار بوده و استفاده از آزمون کوواریانس بلا مانع است.

جدول ۹. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر مؤلفه‌های خودبخشایش‌گری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتای تفکیکی	توان آماری
پس‌آزمون	احساس خودبخشایش‌گری	۵۶/۰۵	۲	۵۶/۰۵	۱۲/۶۷	۰/۰۰۳	۰/۴۵	۰/۹۱
	باور به خودبخشایش‌گری	۸۷/۲۵	۲	۸۷/۲۵	۱۹/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۸
پیگیری	احساس خودبخشایش‌گری	۵۶/۲	۲	۵۶/۲	۹/۲۳	۰/۰۰۸	۰/۳۸	۰/۸۱
	باور به خودبخشایش‌گری	۲۵/۵۹	۲	۲۵/۵۹	۳/۱	۰/۰۹	۰/۱۷	۰/۳۸

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد که میزان احساس خودبخشایش‌گری ( $F=۱۲/۶۷, p=۰/۰۰۳$ ) و باور به خودبخشایش‌گری ( $F=۱۹/۴۳, p=۰/۰۰۱$ ) در مرحله پس‌آزمون در دو گروه درمان و کنترل از تفاوت معنی‌داری برخوردار است. بر این اساس، میزان اثربخشی آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون بر خرده مقیاس احساس خودبخشایش‌گری برابر با ۰/۴۵ و باور به خودبخشایش‌گری برابر با ۰/۵۶ است. میزان باور به خودبخشایش‌گری ( $F=۳/۱, p=۰/۰۹$ ) در مرحله پیگیری در دو گروه درمان و کنترل تفاوت معنی‌داری نشان نمی‌دهد. اما در میزان احساس خودبخشایش‌گری دو گروه در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار مشاهده شد ( $F=۹/۲۳, p=۰/۰۰۸$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش گروهی بهبود کیفیت زندگی بر خودبخشایش‌گری و سرمایه روان‌شناختی مادران دارای فرزند معلول جسمی-حرکتی بود. یافته‌ها نشان داد که آموزش کیفیت زندگی بر هر دو بعد احساس و باور به خودبخشایش‌گری در مرحله پس‌آزمون تأثیر دارد، است این تأثیرگذاری بر باور به خودبخشایش‌گری در مرحله پیگیری از ثبات برخوردار نبوده است. این یافته با یافته‌های ویتلایت و همکاران، (۲۰۰۴)، فریش (۲۰۰۶)، نعمتی و غباری بناب (۱۳۹۴)، عرشی و همکاران (۱۳۹۴)، و ول و همکاران (۲۰۰۸) همسو است. خادمی و عابدی (۱۳۹۴) نشان دادند که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی توانسته با جایگزینی تفکر مثبت به جای تفکر منفی، تغییر در نگرش و باور، کاهش افسردگی، اضطراب و مشکلات ارتباطی که به دلیل معلولیت بینایی شکل گرفته، سلامت روان دختران دارای معلولیت نابینایی را ارتقاء دهد. در این ارتباط ویتلایت و همکاران (۲۰۰۴)، معتقدند داشتن نگرش خودبخشایش‌گری با سطوح پایین‌تر اختلالات خلقی و کیفیت زندگی بالا همراه است. می‌توان گفت از آنجایی که برخوردارانی از فرزند معلول شرایط سختی را از لحاظ روانی، اجتماعی و اقتصادی بر خانواده وارد می‌کند، منطقی به نظر می‌رسد این خانواده‌ها خصوصاً مادران، سطح بالاتری از نارضایتی از زندگی و اختلالات روان‌شناختی از قبیل

افسردگی و اضطراب را تجربه کنند. به همین خاطر درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با ارائه مدل ۵ راهه از طریق مهارت‌های شناختی و رفتاری و تغییر شناخت‌ها و معیارها در ابعاد ۱۶ گانه زندگی این مادران، توانسته است به نوعی با افزایش تمرکز بر ابعاد دیگر زندگی روزمره این مادران، دیدگاه مثبت بخشش و پذیرش کودک معلول را در مادران بالا ببرد. این برنامه آموزشی توانسته با برطرف کردن خطاهای شناختی، شرم و افکار خودآیند در زمینه نقص، و تمرکز بر لذت و رضایت از حوزه‌هایی از زندگی که به خاطر وجود معلولیت فرزندان کنار گذاشته شده است، کمک کند تا مادران بتوانند با پذیرش فرزندان خود و دور شدن از تفکر خودانتقادی و دگرانتقادی رضایت از زندگی را در سایر ابعاد زندگی دنبال کنند. این برنامه آموزشی به مادران کمک می‌کند اهداف کمال‌گرایانه را کنار بگذارند و برای دستیابی به رضایت از زندگی در حوزه‌های گوناگون که تا کنون کمتر به آن توجه کرده‌اند اولویت‌بندی و هدف‌گذاری کنند. در این ارتباط کیانی و صولتی (۱۳۹۷) نشان دادند که این درمان می‌تواند بر سلامت روان خانواده‌هایی که دارای بیماران روانی مزمن هستند، مؤثر و مفید باشد. این درمان با ایجاد رشد شخصی در ابعاد مختلف زندگی به مادران کمک می‌کند تا خودشان را برای اشتباهات و خطاهایی که مرتکب شده‌اند ببخشند، مسئولیت اقدامات خود را بپذیرا باشند، و معنایی برای اعمالشان پیدا کنند و از این طریق رضایت از زندگی خود را بالا ببرند. یکی از مؤلفه‌های خودبخشایش‌گری، باور به بخشش خود است که در این پژوهش در مرحله پیگیری معنی‌دار نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت باور داشتن به حمایت قوی از اعتقادات خود به عنوان فردی ارزشمند، یک فرآیند است که در طول زمان و به تدریج رخ می‌دهد (ول و همکاران، ۲۰۰۸). سطوح بالاتر و مزمن‌تر شرم و نقص می‌تواند فرسودگی درون فردی را تشدید کند، و باعث کاهش خودبخشایش‌گری شود و باور به ارزشمند بودن خود را به تأخیر اندازد (هال و فینچام، ۲۰۰۵). به همین خاطر آموزش کیفیت زندگی توانسته با ایجاد آسان‌گیری یا همدلی کردن با خود و تمرکز بر سایر ابعاد زندگی، فقط احساس و عمل به خودبخشایش‌گری را افزایش دهد (هال و فینچام، ۲۰۰۸). اما در زمینه تغییر باور و نگرش‌ها نیاز به روان‌درمانی‌های طولانی‌مدت‌تر است.

یافته‌های تحقیق حاکی از آن بود که آموزش کیفیت زندگی بر سرمایه روان‌شناختی در ابعاد امید و خوش‌بینی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر دارد. این یافته با مطالعات لیانگ، دینگ، وو، لیو و لین<sup>۱</sup> (۲۰۱۴)، نگوین و همکاران (۲۰۱۲)، ایگنجاتوویک و همکاران (۲۰۱۷)، نوری‌پور و همکاران (۲۰۱۳) و حق‌رنجبر و همکاران (۱۳۹۰) همسو است. آموزش کیفیت زندگی با تمرکز بر توانمندی‌ها و سرمایه فردی و اجتماعی خانواده‌ها و ارتقاء کیفیت زندگی روزمره آنان، توانسته امید

<sup>۱</sup>. Liang, Ding, Wu, Liu, & Lin

به بهبودی و ادامه زندگی در کنار معلولیت مزمن را افزایش دهد. پژوهش‌ها در این راستا نشان داده‌اند که سطوح بالای امیدواری با شایستگی اجتماعی، تنهایی کمتر، احساس رضایت از زندگی، توانایی مقابله با استرس با استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد مسئله ارتباط دارد (اشنایدر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). آموزش کیفیت زندگی با ایجاد خوش‌بینی باعث شده است که مادران کودکان معلول قادر به ارزیابی موفقیت‌های احتمالی خود و فرزندشان در آینده شوند، و از این طریق پذیرش، عشق، حمایت و مراقبت را در خود افزایش داده‌اند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که خودکارآمدی به عنوان یکی دیگر از مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی، با آن‌که در مرحله پس‌آزمون در بین دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشته، اما در برنامه پیگیری از اختلاف معنی‌داری برخوردار شده است. این یافته با مطالعه دی‌کاسترو، پان‌کیانو، منجتی، کرلینگ و چم<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) همسو است. در پژوهش آنان ارتباط نزدیک بین کیفیت زندگی و ادراک خودکارآمدی پس از یک دوره یک‌ساله نسبتاً پایدار نشان داده شده است. بنابراین، می‌توان گفت برنامه آموزش بهبود کیفیت زندگی به تدریج توانسته در مادران احساس خودکارآمدی را به عنوان یک متغیر هسته‌ای و مهم افزایش دهد، و از این طریق به مادران کمک کرده است تا آمادگی بیشتر و مؤثری را برای مقابله با ناراحتی‌های زندگی خود پیدا کنند، زیرا افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، به تدریج منابع بیشتری را جستجو و شناسایی می‌کنند تا به حل مسئله کارآمدتری دست یابند. همچنان که در این پژوهش هم نشان داده شد، در مادران بعد از گذشت ۳ ماه احساس خودکارآمدی افزایش پیدا کرد. از سویی دیگر، نتایج نشان داد که تغییرات سازه تاب‌آوری با گذشت زمان، و در مرحله پیگیری از ثبات برخوردار نبوده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت هرچند که تاب‌آوری اثر تعدیل‌کنندگی در پذیرش معلولیت و مقابله با آسیب روانی ناشی از آن دارد، ولی از آنجایی که استرس ناشی از داشتن فرزند معلول عمیق و مزمن است، و مشکلات و هزینه‌های زیادی را به همراه دارد ممکن است تاب‌آوری را دست‌خوش تغییر قرار دهد. از این رو، لازم است با مهارت‌آموزی و شناسایی منابع بالقوه در محیط خانواده، ارائه بازخورد مثبت و به‌موقع از طرف هر یک از زوجین، و شرکت آن‌ها در برنامه‌های آموزشی مناسب در زمینه ارتقاء تاب‌آوری، گام برداشته شود.

استفاده از نمونه هدفمند و نمونه‌ای از مادران دارای معلول جسمی حرکتی، تعمیم نتایج به سایر مادرانی که فرزندان با معلولیت مختلف دارند را کاهش می‌دهد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود رویکرد آموزش کیفیت زندگی برای خانواده‌های دیگر افراد معلول (ذهنی، رشدی، حسی و غیره) همچنین در مورد مادران فرزندان سالم، و نقش آن در سرمایه روان‌شناختی و خودبخشایش‌گری به کار رود و با مادران فرزندان معلول مقایسه گردد.

1. Snyder

2. De Castro, Ponciano, Meneghetti, Kreling, & Chem



## منابع

### الف. فارسی

- اسدی‌گندمانی، رقیه، نسائیان، عباس و نصیری‌ورگ، سمانه (۱۳۹۵). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر تاب‌آوری و سازگاری نوجوانان با معلولیت جسمی. *نشریه پرستاری کودکان*، ۳(۳)، ۲۰-۲۵.
- بهادری خسروشاهی، جعفر (۱۳۹۶). رابطه خودکارآمدی والدینی و خودبخشایشگری با تعامل مادر-کودک در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی. *فصلنامه توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۸(۲۲)، ۲۶-۳۷.
- بیرامی، منصور، موحدی، یزدان و خدایاری، فاطمه (۱۳۹۳). مقایسه سرمایه روان‌شناختی و سلامت جسمانی و روانی مادران کودکان بهنجار با مادران کودکان معلول مرکز توان‌بخشی. *پژوهش توان‌بخشی در پرستاری*، ۱(۲)، ۵۱-۴۲.
- حسینی، الهام. حیدری، محمد. خنجری، صدیقه و قدوسی، منصوره (۱۳۹۳). کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در مراقبین اصلی عضو خانواده‌های کودکان مبتلا معلولیت جسی-حرکتی تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر ایلام. *فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران*، ۱، ۳۱-۲۳.
- حقرنجبر، فرخ. کاکاوند، علیرضا. برجعلی، احمد و برماس، حامد (۱۳۹۰). تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه سلامت و روان‌شناسی*، ۱(۱)، ۱۷۷-۱۸۷.
- خادمی، محمدجواد، عابدی، محمدرضا (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سلامت‌روان دختران نابینای شهر اصفهان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۶(۴)، ۳۲-۴۴.
- رجایی، اعظم، نادی، محمدعلی و جعفری، علیرضا (۱۳۹۶). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سرمایه روان‌شناختی مثبت در بین کارکنان ستادی آموزش و پرورش شهر اصفهان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۸(۳)، ۹۴-۱۰۸.
- سربلند، خیرالله (۱۳۹۸). تأثیر سرمایه روان‌شناختی بر دل‌بستگی کاری با نقش واسطه‌گری توانمندسازی روان‌شناختی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۰(۳)، ۶۵-۷۶.
- شمش‌نظری، علیرضا (۱۳۹۱). بررسی تأثیر سبک‌های دل‌بستگی و بخشایش‌گری بر رضایت زناشویی در زوجین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور واحد تهران.
- عرشی، ملیحه، دلیریان، شیوا، اقلیما، مصطفی و شیرین بیان، پیمان (۱۳۹۴). کارآزمایی بالینی تأثیر مداخله مددکاری گروهی با رویکرد بخشش آموزشی بر رضایت از زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه. *سالنامه*، ۱۰(۴)، ۱۷۴-۱۸۱.

عسگری، محمد و باجلان، لیلا (۱۳۹۳). تأثیر بخشش آموزشی بر تعارضات زناشویی و کیفیت زندگی زنان مراجعه کننده به بهزیستی شهر اراک. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۳(۵۰)، ۱۱۸-۱۳۹.

قاسمی، نظام‌الدین، کجباف، محمدباقر و ربیعی، مهدی (۱۳۹۰). اثربخشی گروه‌آموزشی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۲(۱۰)، ۲۳-۳۴.

قدیمی توران، میترا و یونسی، جلیل (۱۳۹۵). ساخت و روا سازی مقیاس سرمایه روان‌شناختی و رابطه آن با بهزیستی ذهنی. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۷(۲۵)، ۱۵۹-۱۸۶.

کیانی، علیرضا و صولتی، کمال (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سلامت روان خانواده‌های بیماران روانی مزمن. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۲۰(۳)، ۵۰-۵۸.

نادی، محمدعلی و لبکی، بهاره (۱۳۹۴). الگوی ساختاری تأثیر شدت تخطی‌ها، همدلی، احساس گناه و شرمساری، رفتارهای دلجویی و بخشایش‌گری ادراک‌شده با خودبخشایش‌گری در بین دانشجویان دانشگاه اصفهان. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت*، ۱(۲)، ۸۱-۹۸.

نعمتی، شهروز و غباری‌بناب، باقر (۱۳۹۴). تجربه‌های زندگی و عوامل مورداستفاده مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی برای بخشیدن دیگران. *فصلنامه افراد استثنایی*، ۵(۱۷)، ۲۷-۴۰.

هالاها، دانیل و کافمن، جیمز (۱۳۹۶). *دانش‌آموزان استثنایی: مقدمه‌ای بر آموزش‌های ویژه*. مترجمان: حمید علیزاده، هایده صابری، ژانت هاشمی و مهدی محی‌الدین. تهران: نشر ویرایش.

#### ب. انگلیسی

- Abedi, M. R., & Vostanis, P. (2010). Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 605-613.
- Abraham, S. (2013). Quality of life among adolescents with physical disability undergoing integrated education. *International Research Journal of Social Sciences*, 2(5), 1-5.
- Aliyev, R., & Krakus, M. (2015). The effects of positive psychological capital and negative feelings on students' violence tendency. *Social and Behavioral Sciences*, 190, 69-76.
- Barbotte E., Guillemin F., Chau, N., & Lorhandicap Group. (2001). Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: A review of recent literature. *Bulletin of World Health Organization*, 79(11), 1047-1055.
- Bray, L., Carter, B., Sanders, C., Blake, L., & Keegan, K. (2017). Parent-to-parent peer support for parents of children with a disability: A mixed method study. *Patient Education and Counseling*, 100(8), 1537-1543.
- Cooper, C. E., McLanahan, S. S., Meadows, S. O., & Brooks-Gunn, J. (2009). Family structure transitions and maternal parenting stress. *Journal of Marriage Family*, 71(3), 558-74.
- De Castro, E. K., Ponciano, C., Meneghetti, B., Kreling, M., & Chem, C. (2012). Quality of life, self-efficacy and psychological well-being in Brazilian adults with cancer: A longitudinal study. *Scientific Research*, 3(4), 304-309.

- Fincham, F. D., & Steven, R. H. (2004). Forgiveness and conflict resolution in marriage. *Journal of Family Psychology*, 18, 72-81.
- Frisch, M. B. (2006). *Quality of life Therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons Press.
- Hall, J. H., & Fincham, F. D. (2005). Self-Forgiveness: The stepchild of forgiveness research. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 621-637.
- Hall, J. H., & Fincham, F. D. (2008). The temporal course of self-forgiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27, 174-202.  
<http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2008.27.2.174>
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2014). *Exceptional learners: Introduction to special education* (15th Ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Ignjatovic, T. D., Milanovic, M., & Zegarac, N. (2017). How services for children with disabilities in Serbia affect the quality of life of their families. *Research in Developmental Disabilities* 68, 1-8.
- Jacinto, G. A. (2007). Caregivers negotiating self- forgiveness after the death of care receivers diagnosed with Alzheimer's disease. *Dissertation Abstracts International*, 68(5), 1-14.
- Juhasova, A. (2014). Comparison of quality of life of families with children with disability and families with children without disability. *Social and Behavioral Sciences*. 174, 3378 - 3384
- Khamis, V. (2007). Psychological Distress among Parents of Children with Mental Retardation in the United Arab Emirates. *Social Science & Medicine*, 64, 850-857.
- Khodabakhshi Koolae A. (2011). *Application of counseling and psychotherapy in rehabilitation of the disabled (Persian)*. Tehran: Danzheh; 12-16.
- Liang, Sh. Y., Ding, Sh. A., Wu, W., Liu, Ch. Y., & Lin, Ch. (2014). Opioid-taking self-efficacy affects the quality of life of Taiwanese patients with cancer pain. *Support Care Cancer*, 23, 2113-2120.
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 60(3), 541-572.
- Luthans, F., & Youssef-Morgan, C. M. (2017). Psychological capital: An evidence-based positive approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 339-366.
- McConnell, J. M. (2009). *Confirming a model of self-forgiveness*. Ph.D. thesis, Ball State University, Muncie, Indiana.
- Mullet, E., Barros, J., Frongia, L., Usai, V., Neto, F., & Riviere-Shafiqhi, S. (2003). Religious involvement and the forgiving personality. *Journal of Personality*, 71(1), 1-19.
- Murphy NA. (2007). The health of caregivers for children with disabilities: Caregiver Perspectives. *Child: Care, Health and Development*, 33(2), 180-187.
- Murray, J.R. (2002). Forgiveness as a therapeutic option. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 10, 315-321.
- Nguyen, Tho, Trang, T., M. Nguyen. (2012). Psychological capital, quality of work life, and quality of life of marketers: Evidence from Vietnam. *Journal of Macro marketing*, 32(1), 87-95.
- Nolzen, N. (2018). The concept of psychological capital: A comprehensive review. *Management Review Quarterly*, 68(3), 237-277.
- Nooripour, R., Bass, C. K., & Apsche, J. (2013). Effectiveness of quality of life therapy aimed at improving sexual self-efficacy and marital satisfaction in addict couples of treatment period. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8(2), 26-29.
- Smith, A.M & Grzywacz, J.G. (2014). Health and Well-Being in Midlife Parents of Children with Special Health Needs. *Families, Systems, & Health*, 32(3), 303-312. DOI: 10.1037/fsh0000049.

- Snyder. C. R (2000). *Handbook of Hope: Theory, Measures and Applications*. (Edited by C. R. Snyder). USA: Academic Press.
- Toussaint, L., Barry, M., Angus, D., Bornfriend, I., & Markman, M. (2017). Self-forgiveness is associated with reduced psychological distress in cancer patients and unmatched caregivers: Hope and self-blame as mediating mechanisms, *Journal of Psychosocial Oncology*, 1-17.
- Ursua. M. P & Echegoyen. I. (2015). Self-Forgiveness, Self-Acceptance or intrapersonal Restoration? Open issues in the Psychology of Forgiveness. *Papeles Del Psicologo*, 36(3), 230-237.
- Witvliet, C. V. O., Phipps, K. A., Feldman, M. E., & Beckham, J. C. (2004). Posttraumatic mental and physical health correlates of forgiveness and religious coping in military veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 269-273.
- Wohl. M. J. A, Deshea. L, & Wahkinney. R. L. (2008). Looking Within: Measuring State self-forgiveness and its relationship to psychological well-being. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 40, 1-10.
- Youssef-Morgan, C. M., & Luthans, F. (2015). Psychological capital and well-being. *Stress Health*, 31(3), 180-188.



**English Abstract**

**The Effectiveness of Quality of Life Therapy (QOLT) on Psychological Capital and Self-forgiveness of Mothers having Children with Locomotor Disability**

Marzieh Ashrafi<sup>1</sup> Nourola Mohamadi<sup>2</sup> Nezam Ghasemi<sup>3</sup>

The purpose of this study was to investigate the efficacy of Quality of Life Therapy (QOLT) on psychological capital, and self-forgiveness in mothers having children with locomotor disability. This study was performed using an experimental study with pretest-posttest and follow-up (one month) with control group. The statistical population included all mothers having handicapped children with locomotor disability, of whom 20 mothers were selected through purposeful sampling from one of the exceptional schools in Shiraz in the academic year 2018-2019. Having been selected through purposeful sampling, the mothers were randomly divided into a control (10) and a test group (10). The intervention involved ten ninety-minute sessions of group teaching to improve the quality of life in the test group, while the control group was placed on the waiting list and did not receive any training until the end of the course. The participants went through two stages of post-test and follow-ups. The research instruments included two questionnaires: Psychological Capital Questionnaire (PCQ); and Self-forgiveness Questionnaire. The collected data were analyzed through one-variable and multivariable covariance tests using SPSS software, version 24. The results showed that quality of life therapy had a significant effect on psychological capital and on hope and optimism components in both post-test and follow-up stages and there was no significant effect on resiliency and self-efficacy. The findings further suggested that this training program had a significant effect on the self-efficacy of mothers of locomotor disabled children; however, this effect on self-efficacy was not found stable within the one-month follow-up study. Therefore, it can be argued that training positive psychology and cognitive psychology approaches by building positive constructs such as hope and optimism and increasing self-forgiveness can be useful in enhancing the quality of life for families having physically challenged children.

**Keywords:** loco motor disability, mothers, psychological capital, quality of life therapy, self-forgiveness

---

<sup>1</sup> Master student of psychology, Salman Farsi University of Kazerun, Kazerun, Iran. (Corresponding Author) marzieh\_ashrafi@yahoo.com

<sup>2</sup> PhD in Clinical Psychology, Professor, Shiraz University, Faculty Member, Shiraz, Iran nmohamadi@rose.shirazu.ac.ir

<sup>3</sup> PhD in Psychology, Assistant Professor Salman Farsi University of Kazerun, Faculty Member, Kazerun, Iran. nezamghasemi@yahoo.com (Corresponding Author)