

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۳/۷
تاریخ تصویب مقاله: ۹۷/۱۱/۶

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر کیفیت زندگی مادران کودکان دارای معلولیت جسمی حرکتی

امین رفیعی پور*

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر کیفیت زندگی مادران دارای کودک با معلولیت جسمی حرکتی صورت گرفت. پژوهش حاضر آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون، با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل مادران کودکان دارای معلولیت جسمی حرکتی بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از بین این افراد انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) گمارش شدند و گروه آزمایش امید درمانی قرار گرفت. مقیاس کیفیت زندگی به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، در نمره کیفیت زندگی به طور معناداری کمتر از گروه گواه بر این اساس، امید درمانی می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان معلول شود و گام مؤثری در بهبود وضعیت روانی آنها و روابط والد فرزندی باشد.

واژگان کلیدی: امید، کیفیت زندگی، معلول.

مقدمه

معلولیت جسمی یا ذهنی، علاوه بر زندگی روزمره خود فرد، بر کارکرد و فرآیند نظام خانواده و اعضای خانواده نیز تأثیر می‌گذارد. اثرات کودکان بیمار یا ناتوان و عقب مانده در سیستم خانواده، می‌تواند باعث ایجاد بار مالی و اختلال در زندگی خانوادگی و به خصوص ایجاد مشکلات متعدد برای مادر شود (کانا و همکاران، ۲۰۱۱). داشتن کودک معلول در خانواده، خسارت‌ها و آسیب‌های مادی و روانی مضاعفی را بر خانواده تحمیل می‌کند. والدین و به خصوص مادر ممکن است از داشتن چنین فرزندانی دچار شوک شده و پیامدهایی همچون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس، خجالت، انکار احساس گناه را برای آنها در پی دارد (دارداس و اهمد، ۲۰۱۴). برخی از پژوهش‌ها رابطه بین سلامت روان مادر و داشتن فرزند معلول را تأیید کرده‌اند (بیگس و کارتر، ۲۰۱۶). پژوهشی به منظور مقایسه سلامت عمومی، کیفیت زندگی و شادکامی مادران کودکان معلول جسمی حرکتی و سالم انجام گرفت. یافته‌ها نشان دادند که تفاوت معناداری بین میزان سلامت عمومی و شادکامی دو گروه از مادران وجود دارد؛ به عبارتی مادران کودکان سالم، از شادکامی، کیفیت زندگی و سلامت عمومی بیشتری برخوردار بودند (وسیلوپولو و نایسبت، ۲۰۱۶).

شرایط مادری برای کودکان استثنایی هم از نظر فیزیکی و هم از نظر هیجانی بسیار خسته کننده و استرس زا می باشد و با احساسات ناخوشایند همراه است (پیر و هیلمن^۱، ۲۰۱۴؛ برگ، پترسون و رویتز^۲، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که گرچه برخی از مادران به خوبی با مشکلات دست و پنجه نرم می کنند اما در کل مادران دارای کودک ناتوان، نسبت به سایر مادران، دارای اختلالات جسمی؛ افسردگی، اضطراب، استرس و فشارهای عصبی بیشتر و اعتماد به نفس کمتری هستند. همچنین احساس تنهایی می کنند و در ارتباطات خود با اطرافیان دچار مشکلاتی هستند (وودمن^۳، ۲۰۱۴).

سلامت روان شناختی مادران و کیفیت زندگی آنها بر تحول اجتماعی، هیجانی، شناختی و رفتاری فرزندان و کیفیت دلبستگی آنان موثر است. کیفیت زندگی، دامنه‌ای از نیازهای عینی هر انسانی است که مرتبط با درک شخصی وی از احساس خوب بودن به دست می آید. کیفیت مطلوب زندگی به معنای فقدان بیماری نیست، بلکه به معنای احساس خوب بودن در زمینه‌های متعدد روانی، اجتماعی، عملکردی و روحی می باشد (ایس و همکاران، ۲۰۱۵). سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را درک افراد از موقعیت خود در زندگی در ساختار فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و موارد قابل اهمیت برای آنها می داند (فایرز و ماکین، ۲۰۱۳).

کیفیت زندگی همه ابعاد زندگی شامل ابعاد جسمی، اجتماعی، روانی و معنوی است. کیفیت زندگی شامل سلامتی، توانایی عملکرد و رضایت از زندگی است که در سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی خلاصه می شود. بعد فیزیکی شامل توانایی کارکردن عملکرد سلامتی، بعد اجتماعی شامل فشارهای اجتماعی و منابع حمایتی اجتماع و بعد روانی

¹ Peer, J. W., & Hillman

² Berge, J.m., Patterson, J.m., Rueter

³ -Woodman

شامل توانایی مقابله، خودباوری، وضعیت بهداشتی و سازگاری با بیماری. تحقیقات متعدد حاکی از آن هستند که نگهداری از یک کودک معلول تأثیر منفی زیادی بر کیفیت زندگی مادر دارد (ایکر و تازان، ۲۰۰۴؛ بومین و همکاران، ۲۰۰۸) که این خود موجب تخریب بیشتر رابطه والد فرزندی می شود. مادران کودکان معلول اولین حامی چنین کودکانی هستند که با مشکلات جسمانی و روانشناختی متعدد مواجهه هستند و کیفیت زندگی سایر اعضای خانواده و به خصوص مادر را متأثر می سازند (بومین و همکاران، ۲۰۰۸). مادران کودکان معلول در معرض خطر فزاینده مشکلات روانشناختی و آشفتگی هیجانی هستند و با ایجاد یک چرخه منفی بالقوه مشکلات روانشناختی در کل اعضای خانواده، نظام خانواده به طور کلی در معرض آسیب است (اسکرتز و همکاران، ۲۰۱۶). از سویی ۱۵ تا ۶۰ درصد کودکان معلول دچار درجاتی از اختلالات روانشناختی از جمله افسردگی و تکانشگری هستند و از نظر پختگی اجتماعی مشکلاتی دارند که تا حد زیادی مربوط به عدم شکل گیری روابط والد فرزندی سالم و موثر است (انابی و همکاران، ۲۰۱۳)

این تاثیرات در مورد کودک معلول، دو چندان است. بررسی هایز و واتسون^۲ (۲۰۱۳) در مورد روابط مادر فرزند نشان داد که روابط والد فرزندی در میان خانواده هایی با فرزندان اوتیسم، بسیار ضعیف بود. در مطالعه ای که در ارتباط با بررسی و مقایسه اختلالات افسردگی و اضطراب و سلامت روانی مادران کودکان معلول با مادران کودکان عادی صورت پذیرفت، نتایج بیانگر آن بود که مادران کودکان معلول به ویژه کودکان جسمی و حرکتی در مقایسه با مادران کودکان عادی از سلامت روانی پایین تری

^۱- Anaby & et al

^۲- Hayes, S. A., & Watson

برخوردارند و وجود معلولیت و کم توانی در خانواده، موجب بروز مشکلات عاطفی و روانی در اعضای خانواده به خصوص مادر می شود (پازو، ساریا و بریوسو^۱، ۲۰۱۳). از این رو توجه به کیفیت زندگی مادران کودکان دچار معلولیت بسیار اهمیت دارد. والدینی که در برنامه های مداخله‌ای و درمانگری شرکت می کنند، در دراز مدت نیز توانایی سازگاری بهتری با وضعیت خود دارند، دارای روابط صمیمی‌تری با فرزندان خود هستند و نگرش مثبت‌تری نسبت به ناتوانی فرزندانشان پیدا می کنند. مادرانی که از حمایت های مناسب برخوردارند و مورد توجه قرار می گیرند، ارتباط عاطفی عمیق‌تری با خردسالان معلول خود دارند (ریسک و همکاران^۲، ۲۰۱۰).

برای بهبود کیفیت زندگی مادران می توان به روش‌های مختلف (دارودرمانی، روان درمانی یا درمان‌های ترکیبی) اقدام کرد. بر اساس نتایج تحقیقات شنايدر بر روی بیماران روانی و جسمی، بسیاری از این بیماری‌ها در نتیجه فقدان امید رخ می‌دهد و امید درمانی می‌تواند به بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران بینجامد (شنايدر^۳، ۲۰۰۰). امید درمانی یک برنامه درمانی است که از نظریه امید شنايدر و اندیشه‌های برگرفته از درمان شناختی - رفتاری درمان راه حل مدار و درمان داستانی یا روایتی مشتق می‌شود (شنايدر، ۲۰۰۰). بیشترین حجم مطالعات امید درمانی در چند دهه اخیر به شنايدر و سیلیگمن تعلق دارد. در مطالعات متعدد اثر بخشی امید درمانی بر بهبود معنای زندگی، شادکامی، عزت نفس و سلامت روانی افراد مختلف اغم از سالم و بیمار نشان داده شده است (ستوده و همکاران، ۱۳۸۹؛ یعقوبی، فروتن بقا و محققى، ۱۳۹۳). با توجه به تحقیقات موجود مبنی بر شیوع بالای علائم روانشناختی و کیفیت ضعیف زندگی در بین مادران دارای کودک معلول جسمی و حرکتی و اثرات سوء آن بر رابطه والد فرزندی و

¹- Pozo, P., Sarriá, E., & Brioso

²- Resch & et al

³-Snyder

تشدید وضعیت وخیم این کودکان و در نهایت منزوی شدن مادر و فرزند از جامعه، این پژوهش در پی پاسخگویی به این سوال است که آیا امید درمانی در بهبود کیفیت زندگی مادران که داری معولیت جسمی و حرکتی اثر گذار می باشد؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نظر ماهیت آزمایشی و از نظر روش تحقیق نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری در این

پژوهش شامل مادرانی تحت حمایت سازمان بهزیستی شهرستان بندر خمیر بود که دارای کودکان معلول جسمی حرکتی بوده و برای انجام درمان‌های تکمیلی و فیزیوتراپ به بهزیستی شهر بندر خمیر مراجعه کرده بودند. از این میان با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و در دسترس با جایگزینی تصادفی ۳۰ نفر انتخاب شده و سپس در هر یک از دو گروه آزمایش و گواه ۱۵ نفر در هر گروه قرار گرفتند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش شرط اساسی رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، حفظ اطلاعات و اسرار شخصی شرکت‌کنندگان و خروج در هر مرحله از پژوهش زمانی که فرایند درمان موجبات سلب آسایش روانی فرد را ایجاد می‌کند، لحاظ شد. در ابتدا در رابطه با نحوه برگزاری جلسات و تعداد آن‌ها برای شرکت‌کنندگان توضیحاتی داده و پیش‌آزمون اجرا شد. پس از آن پژوهشگر مداخلات امید درمانی را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا کرد. پس از اتمام مداخله در دو گروه، بار دیگر پرسش‌نامه‌ها تکمیل شدند. ضمن اینکه در انتهای فرایند پژوهش افراد گروه کنترل نیز تحت مداخلات امید درمانی قرار گرفتند. داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و با استفاده از آزمون‌های آماری تی و آزمون تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. در این پژوهش از ابزار زیر برای جمع‌آوری

داده‌ها استفاده شد: پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOOQOL-BREEF) (فرم ۲۶ سؤالی هنجار ایرانی ۱۳۸۵)

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی یک ابزار خود گزارشی در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای است که توسط سازمان بهداشت جهانی به منظور ارزیابی کیفیت زندگی افراد طراحی شده است. نسخه کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی دارای ۲۶ سؤال است. فرم ایرانی در سال ۱۳۸۵ توسط نجات و همکاران از روی ترجمه فرم اصلی اقتباس، هنجار شد. در این پرسشنامه، کیفیت زندگی دارای ۴ زیر مقیاس در حیطه‌های: سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط است. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان این مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است و در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) برای پایایی مقیاس از دو روش باز آزمایی و آلفای کرونباخ با فاصله سه هفته‌ای استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷ و ۰/۸۴ بود. همچنین، پایایی مقیاس کیفیت زندگی را رحیمی (۱۳۸۶)، سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸، برای سلامت جسمی ۰/۷۰، برای سلامت روانی ۰/۷۷ و برای روابط اجتماعی ۰/۶۵ و برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۷۷ گزارش کرده است. نصیری (۱۳۸۵)، به منظور تعیین روایی مقیاس از روش روایی هم‌زمان استفاده کرده و رابطه نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن را با نمره کل و خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی از طریق ضریب همبستگی سنجید که روایی آن مورد تایید قرار گرفت.

پروتکل درمانی امید درمانی (شیخ الاسلامی، قهری و رضانی، ۱۳۹۵)

جلسه اول: معرفی و جهت دهی، آشنایی شرکت کنندگان با دوره آموزشی و مسئولیت مربی و شرکت کنندگان، توضیح اصول و قواعد کار گروهی، مقدمه کلی درباره افسردگی، سنجش مقیاس کیفیت زندگی.

جلسه دوم: تفسیر آزمون جلسه قبل، معرفی امید و جنبه های مختلف آن، معرفی اصول اساسی درمان امید، آشنایی با مراحل امید درمانی.

جلسه سوم: معرفی اهداف و انواع آن به عنوان بخشی از فرایند افزایش امید، ایجاد ساختاری برای کشف هدف، ارائه راهکار برای تنظیم اهداف واضح و عملی در سطوح مختلف.

جلسه چهارم: آشنایی با شیوه های غلبه بر موانع و چالشها، ترسیم رابطه تفکر و احساس مثبت ناشی از رسیدن به هدف در افزایش امید، شناسایی افکار خودآیند برای تغییر باورها و نگرش های ناکارآمد.

جلسه پنجم: آشنایی با هیجان هایی مثبت و منفی، نقش هیجان های منفی در ابقای افسردگی و کیفیت زندگی و زندگی طولی، به کارگیری هیجان های مثبت، مسیرهای جایگزین در برخورد با موانع.

جلسه ششم: اهمیت داشتن قصد و هدف و معنی در زندگی، آشنایی با شیوه های افزایش انگیزه و نیروی اراده روانی و جسمی در پیگیری اهداف، نقش امید در بهبود علائم افسردگی و پیگیری اهداف.

جلسه هفتم: شناسایی و استفاده از توانمندی های شخصی به شکل تازه، آشنایی با دسته بندی توانمندی ها و فضیلت های اخلاقی، تاثیرات امید در زندگی.

جلسه هشتم: اجرای مجدد مقیاس کیفیت زندگی، بازخورد گیری از دوره آموزشی و میزان تاثیر آن بر شرکت کنندگان، تشکر و قدر دانی از شرکت کنندگان.

یافته ها

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه مداخله $38/11 \pm 7/18$ و در گروه شاهد $37/80 \pm 7/67$ بود و تفاوت آماری معناداری با هم نداشتند

($p=0/12$). در هر یک از گروه مداخله و کنترل ۸ نفر دیپلم و ۷ نفر کارشناسی حضور داشتند و دو گروه از نظر سطح تحصیلات تفاوت با یکدیگر ندارند. توزیع میانگین نمرات کیفیت زندگی به تفکیک گروه های آزمایش و گواه و با در نظر گرفتن موقعیت پیش آزمون و پس آزمون، در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: نمرات کیفیت زندگی به تفکیک گروه های آزمایشی و گواه در موقعیت پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	نوع آزمون	گروه آزمایش		گروه گواه
		میانگین	انحراف استاندارد	
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۷۱ / ۲۱	۲۲ / ۳۲	۷۰ / ۷۴
	پس آزمون	۸۲ / ۷۳	۲۳ / ۶۳	۲۳ / ۴۲
سلامت جسمی	پیش آزمون	۱۷ / ۸۴	۴ / ۶۷	۱۷ / ۰۷
	پس آزمون	۲۰ / ۸۹	۵ / ۷۴	۱۶ / ۵۹
سلامت روان	پیش آزمون	۱۶ / ۹۴	۴ / ۷۳	۱۷ / ۰۲
	پس آزمون	۱۹ / ۸۸	۵ / ۵۲	۱۷ / ۱۵
روابط اجتماعی	پیش آزمون	۱۴ / ۷۹	۳ / ۸۵	۱۴ / ۰۳
	پس آزمون	۱۸ / ۱۱	۲۴ / ۳۳	۱۴ / ۳۲
سلامت محیط	پیش آزمون	۸ / ۸۷	۳ / ۲۵	۹ / ۱۲
	پس آزمون	۱۲ / ۸۸	۲ / ۱۹	۸ / ۸۹

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می شود، میانگین کیفیت زندگی برای گروه آزمایش در پیش آزمون برابر با ۲۱۷۱ و پس آزمون ۷۳۸۲ بود که حاکی از افزایش آن است. در گروه گواه پیش آزمون برابر با ۷۰/۷۴ و پس آزمون ۷۱/۰۹ می باشد که تغییر قابل ملاحظه ای دیده نمی شود.

برای بررسی اثربخشی امید درمانی بر خرده مقیاس های کیفیت زندگی از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون فوق، مفروضه های آن یعنی نرمال بودن داده ها و همگنی ماتریس های واریانس کوواریانس به ترتیب با

استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنف و آزمون باکس بررسی شد. برای داده های حاصل از امید درمانی، نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنف حاکی از نرمال بودن داده ها ($p > 0/05$) و نتایج آزمون باکس بیانگر برقراری همگنی ماتریس های واریانس کوواریانس ($\text{Box}=2/01, p > 0/05$) بود. همچنین آزمون همگنی شیب های خط رگرسیون نشان داد که اثر تعاملی میان گروه و نمره های پیش آزمون بر نمرات پس آزمون معنادار نمی باشد که این عدم معناداری بیانگر برقراری مفروضه همگنی شیب رگرسیون است ($p > 0/05$). همچنین با توجه به رابطه معنادار بین متغیر همپراش و متغیر وابسته، مفروضه خطی بودن نیز رعایت شد ($p > 0/05$). بنابراین مانعی برای انجام تحلیل های کوواریانس چند متغیری وجود نداشت. نتایج این آزمون نشان داد که بین دو گروه از جهت متغیر وابسته جدید ایجاد شده از ترکیب مؤلفه های کیفیت زندگی ($0/67 = \text{لامبدای ویکلز}$ ، $0/01$ ، $F(4,21) = 3/63, p < 0/05$) تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۲: نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی ها جهت مقایسه عملکرد آزمودنی های دو گروه در مولفه های کیفیت

متغیر		مجموع	درجه	میانگین	F	معناداری	ضریب
		مجدورات	آزادی	مجدورات		اتا	
زندگی							
آموزش-مهارت های							
زندگی	سلامت جسمی	۶۰۵۸/۵۵	۱	۶۰۵۸/۵۵	۱۲/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	سلامت روان	۵۶۸۴/۳۹	۱	۵۶۸۴/۳۹	۹/۱۸	۰/۰۰۲	۰/۲۹
	روابط اجتماعی	۳۳۰۶/۲۱	۱	۳۳۰۶/۲۱	۷/۸۴	۰/۰۰۶	۰/۲۶
	سلامت محیط	۱۵۵۷/۷۸	۱	۱۵۵۷/۷۸	۳/۹۷	۰/۰۵	۰/۱۳

$p < 0/001$ ***, $p < 0/01$ **, $p < 0/05$ *

به منظور مقایسه عملکرد آزمودنی‌های دو گروه در هر یک از مؤلفه‌های کیفیت زندگی، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها که در متن آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام می‌شود، بررسی شد. نتایج این آزمون در جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه در هر ۴ مؤلفه کیفیت زندگی یعنی سلامت جسمی، سلامت روان روابط اجتماعی و سلامت محیط ترتیب تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به شاخص‌های توصیفی مندرج در جدول ۱، این تفاوت‌ها به گونه‌ای است که در هر چهار مولفه فوق میانگین نمرات برای گروه آزمایش که امید درمانی را دریافت کرده‌اند نسبت به گروه گواه، بطور معناداری بیشتر می‌باشد.

برای مقایسه نمرات کل کیفیت زندگی در بین دو گروه از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد که قبل از آن مفروضه‌های مورد نظر مورد بررسی قرار گرفت. آزمون کلموگروف اسمیرنف به عنوان بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌ها نشان داد که متغیر کیفیت زندگی در گروه‌ها دارای توزیع نرمال است ($p > 0/05$). مفروضه آزمون همگنی واریانس لون حاکی از برقراری مفروضه فوق بود ($p > 0/05$). همچنین آزمون همگنی شیب‌های خط رگرسیون نشان داد که اثر تعاملی میان گروه و نمره‌های پیش آزمون بر نمرات پس آزمون معنادار نمی‌باشد که این عدم معناداری بیانگر برقراری مفروضه همگنی شیب رگرسیون است ($p > 0/05$). همچنین با توجه به رابطه معنادار بین متغیر همپراش و متغیر وابسته، مفروضه خطی بودن نیز رعایت شد ($p > 0/01$). بنابراین برای استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری مانعی وجود ندارد.

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش و کنترل در نمره کل

کیفیت زندگی						
منبع	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	مجذور
	مجذورات	آزادی	مجذورات		معنی	اتا
					داری	
پیش آزمون	۴۸/۶۷	۱	۴۸/۶۷	۰/۱۱	۰/۶۹	۰/۰۰۳
گروه	۶۰۶۶/۷۴	۱	۶۰۶۶/۷۴	۱۶/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷
خطا	۸۸۴۹/۳۲	۲۷	۳۲۷/۷۵			
کل	۷۰۴۰۸/۶۳	۳۰				

نتایج این آزمون در جدول ۳ نشان می‌دهد بین دو گروه در نمره کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=16/26, P<0/001$). با توجه به شاخص های توصیفی مندرج در جدول ۱، این تفاوت ها به گونه‌ای است که نمره کل کیفیت زندگی برای گروه آزمایش که امید درمانی را دریافت کرده‌اند نسبت به گروه گواه، بطور معناداری بیشتر می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان دچار معلولیت جسمی حرکتی موثر می‌باشد. این یافته در راستای تحقیقات قبلی از جمله رسولی، بهرامیان و زهرا کار (۱۳۹۲)؛ منوچهری، گلزاری و کردمیرزا نیکوزاده (۱۳۹۴)؛ رحیم پور، شاه قلیان و یزدانی (۲۰۱۵)؛ هرینگ و جاگازسکی (۲۰۱۶) و مهمت و روزین^۱ (۲۰۰۹) است که در پژوهش خود نشان داده‌اند

^۱- Mehmet, O., & Rozien

که امید درمانی موجب کاهش افسردگی و استرس و افزایش سلامت روان و کیفیت زندگی می شود.

در تبیین این یافته می توان عنوان کرد امیدواری نوعی احساس امکان پذیر بودن یک رویداد یا رفتار مطلوب در آینده است، عامل مهمی در دوران درمان گری فردی و گروه درمانی به حساب می آید و نتایج مثبتی را در سلامت عمومی آینده بیماران پیش بینی می کند (راب^۱، ۲۰۰۷). از نظر آشنایدر افزایش امید باعث افزایش سطح خود مراقبتی، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی در مادران با کودک معلول می شود، و امید درمانی با هدف قرار دادن ارتقای امید و آموزش رفتارهای جدید و مناسب برای مقابله با مشکلات فرزند پروی، احساس تسلط و توانمندی را در بیماران وابسته به مواد به وجود می آورد و موجب افزایش امید آنان می گردد (آشنایدر، ۲۰۰۰). افراد امیدوارتر نسبت به کسانی که امید کمتری دارند، از تفکرات مثبت، عزت نفس و اعتماد به نفس بیشتری برخوردارند؛ افراد با سطح امید بالا احساسات را با انرژی بیشتری گزارش می کنند و خودشان را به شکل مثبت تری معرفی می کنند (اتیس، هابتر و هیلز^۲، ۲۰۱۶). همچنین به نظر می رسد اکتساب و کاربرد مهارت های مقابله ای مبتنی بر امید درمانی، باور به خودکارآمدی را در این افراد بالا می برد. از طرفی، در این دیدگاه آشنایی مراجعان با مهارت های زندگی در شرایط دشوار، به آنها کمک می کند تا به همه جوانب موقعیت ها فکر کنند و نسبت به تحمل فشارها و استرس های ناشی از فرزند پروری، پاسخ مناسب تری از خود نشان می دهند، و راهکار های ارائه شده را بهتر پذیرفته و به آن عمل می کنند (هرینگ و جاگازسکی، ۲۰۱۶).

بالا رفتن میزان امید، موجب افزایش خصوصیات مثبت فردی، ترتیب دادن اهداف در زندگی و در نتیجه توصیف مجدد آینده، معنی دار بودن زندگی، آرامش، انرژی و

¹ -Raab

² -Otis, K. L., Huebner, E. S., & Hills

سرزندگی در مادران دارای کودک معلول می شود. داشتن هدف و امید به دستیابی به آن، به زندگی معنا داده و شخص را در مسیر خاصی قرار می دهد. امیدواری با ایجاد احساس امکان پذیر بودن یک رویداد یا رفتار مطلوب در آینده و با تعیین اهداف مهم، قابل اندازه گیری و قابل دستیابی و یافتن گذرگاه های متعدد جهت رسیدن به آنها، منجر به کاهش افسردگی می شود؛ در نتیجه با کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش میزان شادی و به عبارتی ایجاد تعادل عاطفی در این افراد، محدودیت های ایفای نقش به دلایل عاطفی را در آنها کاهش می دهد؛ به علاوه افکار امیدوارانه با ایجاد انتظارات مثبت، به سلامت روان و کیفیت زندگی آنها کمک می نماید (لی و همکاران، ۲۰۱۶). امید همبسته های زیست شناختی متعددی نیز دارد، مثل کارکرد موثر دستگاه ایمنی، افزایش اکسی توسین اندروینی که فرد را در تحمل فشار و سختی کمک می کند. بنابراین ترکیب روان شناختی امید به افزایش کارآمدی، کنارآمدن موثر (ارزیابی مجدد، حل مسئله اجتناب از رویدادهای فشارزای زندگی و جستجوی حمایت اجتماعی) منجر شده و رفتار ارتقاء دهنده سلامت روانشناختی را پیش بینی می کند. والدینی که در برنامه های مداخله ای و درمانگری شرکت می کنند، در دراز مدت نیز توانایی سازگاری بهتری با وضعیت خود دارند، دارای روابط صمیمی تری با فرزندان خود هستند و نگرش مثبت تری نسبت به ناتوانی فرزندانشان پیدا می کنند (شروین و همکاران^۱، ۲۰۱۰). همچنین امید میزان سازگاری در را در این مادران افزایش می دهد و باعث می گردد که به جای تمرکز بر رویدادهای ناگوار، از آنها درس گرفته و در پی دستیابی به اهداف آینده از آن استفاده کنند. افزایش امید در این مادران، باعث می گردد که احساسات خود را با انرژی بیشتری گزارش کرده، خودشان را به شکل مثبت تری معرفی کنند و در نتیجه شاداب تر باشند (شیلا و مینگندان، ۲۰۰۹).

^۱ -Sherwin & et al

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، عدم پیگیری نتایج مداخله بود که پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی به این موضوع نیز پردازند. محدود شدن مطالعه بر روی آزمودنی‌های مربوط به بندر خمیر نیز از دیگر محدودیت‌های این مطالعه است و پیشنهاد می‌شود تا مطالعات بعدی بر روی جمعیت وسیع‌تر انجام شود.

منابع

۱. رسولی، محسن؛ بهرامیان، جاسم و زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۲). تاثیر امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس. روان پرستاری، ۴، ۶۶-۵۴.
۲. ستوده، نعمت؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ کلاتری، مهرداد؛ طالبی، هوشنگ؛ خسروی، علیرضا. (۱۳۸۹). مقایسه دو روش دارو درمانی و امید درمانی بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی. روانشناسی بالینی، ۲، ۴۸-۳۲.
۳. گراث-مارنات، گری. (۱۳۸۴). راهنمای سنجش روانی. ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو. جلد دوم، تهران: انتشارات سخن.
۴. شیخ الاسلامی، علی؛ قهری، حسین؛ رضانی، شکوفه. (۱۳۹۵). اثربخشی امید درمانی بر شادکامی مردان ناتوان جسمی-حرکتی. پژوهشهای مشاوره، ۱۵، ۱۰۱-۸۹.
۵. منوچهری، محدثه؛ گلزاری؛ محمود، کردمیرزا نیکوزاده، عزت‌الله. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش امید درمانی بر به‌کارگیری روش‌های مقابله مثبت با استرس در زنان دارای همسر معتاد. مطالعات روانشناسی بالینی، ۶، ۹۰-۷۸.
۶. یعقوبی، ابوالقاسم؛ فروتن بقا، پریرسا؛ محقق، حسین. (۱۳۹۳). بررسی اثر بخشی آموزش امید بر سبک‌های اسنادی دانشجویان. مطالعات روانشناسی بالینی، ۵، ۳۳-۱۹.

7. Anaby, D., Hand, C., Bradley, L., DiRezze, B., Forhan, M., DiGiacomo, A., & Law, M. (2013). *The effect of the environment on participation of children and youth with disabilities: a scoping review*. *Disability and rehabilitation*, 35(19), 1589-1598.
8. Ayis, S., Wellwood, I., Rudd, A. G., McKeivitt, C., Parkin, D., & Wolfe, C. D. (2015). *Variations in Health-Related Quality of Life (HRQoL) and survival 1 year after stroke: five European population-based registers*. *BMJ open*, 5(6), e007101.
9. Berge, J.m., Patterson, J.m., Rueter, M. (2006) *Marital satisfaction and mental Health of Couples with children with Chronic Health Conditions*. *Families, Systems & Health*, 24,3:267-285.
10. Biggs, E. E., & Carter, E. W. (2016). *Quality of life for transition-age youth with autism or intellectual disability*. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(1), 190-204.
11. Bumin, G., Günal, A., & Tükel, Ş. (2008). *Anxiety, depression and quality of life in mothers of disabled children*. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(1), 6-11.
12. Dardas, L. A., & Ahmad, M. M. (2014). *Predictors of quality of life for fathers and mothers of children with autistic disorder*. *Research in Developmental Disabilities*, 35(6), 1326-1333.
13. Dougherty, L. R., Klein, D. N., Rose, S., & Laptook, R. S. (2011). *Hypothalamic-pituitary-adrenal axis reactivity in the preschool-age offspring of depressed parents: Moderation by early parenting*. *Psychological Science*, 22(5), 650-658.
14. Eker, L., & Tüziin, E. H. (2004). *An evaluation of quality of life of mothers of children with cerebral palsy*. *Disability and rehabilitation*, 26(23), 1354-1359.
15. Fayers PM, Machin D. *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. John Wiley & Sons; 2013 May 23.
16. Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). *The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism*

spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(3), 629-642.

17.Hering, D., & Jaguszewski, M. (2016). Levosimendan: New hope therapy for takotsubo syndrome. *Cardiology journal*, 23(6), 616-617.

18.Khanna, R., Madhavan, S. S., Smith, M. J., Patrick, J. H., Tworek, C., & Becker-Cottrill, B. (2011). Assessment of health-related quality of life among primary caregivers of children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(9), 1214-1227.

19.Li, M. Y., Yang, Y. L., Liu, L., & Wang, L. (2016). Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 14(1), 73.

20.Mehmet, O., & Rozien.M. (2009). You've got to have hope: Studies show "hope therapy" fights depression. *Ohio State University; Anouymous, New SRX science, Atlanta, P. 68*

21.Otis, K. L., Huebner, E. S., & Hills, K. J. (2016). Origins of early adolescents' hope: Personality, parental attachment, and stressful life events. *Canadian journal of school psychology*, 31(2), 102-121.

22.Peer, J. W., & Hillman, S. B. (2014). Stress and resilience for parents of children with intellectual and developmental disabilities: A review of key factors and recommendations for practitioners. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11(2), 92-98.

23.Pozo, P., Sarriá, E., & Briosó, A. (2014). Family quality of life and psychological well-being in parents of children with autism spectrum disorders: a double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(5), 442-458.

24.Raab, K. (2007). *Fostering Hope in a psychiatric hospital. Royal Ottawa health care*. 4:205-207.

25.Rahimipour, M., Shahgholian, N., & Yazdani, M. (2015). Effect of hope therapy on depression, anxiety, and stress among the

patients undergoing hemodialysis. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 20(6), 694.

26. Schertz, M., Karni-Visel, Y., Tamir, A., Genizi, J., & Roth, D. (2016). Family quality of life among families with a child who has a severe neurodevelopmental disability: Impact of family and child socio-demographic factors. *Research in developmental disabilities*, 53, 95-106.

27. Sherwin, E.D., Elliott, T.R., Rybarczyk, B.D., Frank, R.G., Hanson, S. and Hoffman, J. (2010). Negotiating the reality of care giving: hope, burnout and nursing. *Journal of social and clinical psychology*, 11, 129-139.

28. Shila A, Maingandan C, Efficacy of support groups for spouses of patient with spinal cord injury and its impact on their quality of life. *Int J Rehabil Res*. 2009; 28(4): 379-83.

29. Snyder, C. R. (Ed.). (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. Academic press.

30. Vasilopoulou, E., & Nisbet, J. (2016). The quality of life of parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 23, 36-49.

31. Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Ghera, M. J., Warner, V., Pilowsky, D., Kohad, R. G. & Talati, A. (2016). Offspring of depressed parents: 30 years later. *American Journal of Psychiatry*, 173(10), 1024-1032.

32. Woodman, A. C. (2014). Trajectories of stress among parents of children with disabilities: A dyadic analysis. *Family Relations*, 63(1), 39-54.