



بررسی اثربخشی امید درمانی بر بهزیستی ذهنی مادران شاغل دارای فرزند معلول شهرستان تربت حیدریه

مرجان چلوبی^۱

علی اکبر مدرس مقدم^۲

سارا سارپور^۳

چکیده

پژوهش با هدف بررسی اثربخشی امیددرمانی بر بهزیستی ذهنی مادران شاغل دارای فرزند معلول انجام شد. روش تحقیق پژوهش حاضر به صورت نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری این پژوهش شامل مادران شاغل دارای فرزند معلول مراجعه‌کننده به کلینیک توانبخشی ترنم شهرستان تربت حیدریه بودند که از بین آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. برای سنجش متغیر بهزیستی ذهنی از پرسشنامه بهزیستی ذهنی کی یز ماگیارمو (۲۰۰۳) استفاده گردید. همچنین آموزش امیددرمانی (به عنوان متغیر مستقل پژوهش) در ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه و هر هفته یک جلسه، انجام شد. از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پیش‌آزمون به عمل آمد، سپس گروه آزمایش تحت آموزش متغیر مستقل قرار گرفت، اما گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در نهایت از هر دو گروه، پس‌آزمون به عمل آمد و داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-21 و روش‌های آمار توصیفی (مانند میانگین و انحراف استاندارد) و روش‌های آمار استنباطی (مانند آزمون کولموگوروف- اسمیرنوف و آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره)، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. نتایج نشان داد که امیددرمانی بر بهزیستی ذهنی مادران شاغل دارای فرزند معلول، تاثیر دارد.

واژگان کلیدی: امید درمانی، بهزیستی ذهنی، مادران، فرزند معلول

۱. کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کاشمر، خراسان رضوی، ایران

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کاشمر، خراسان رضوی، ایران (نویسنده مسئول)
drmodares@gmail.com

۳. کارشناسی ارشد، روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

به گفته سازمان جهانی بهداشت ۶۵۰ میلیون نفر در دنیا زندگی می‌کنند که از این میان نزدیک به ۷۰ درصد آن‌ها در کشورهای در حال توسعه هستند. در جامعه ایران نیز به گفته سازمان بهزیستی کشور نزدیک به ۷ درصد از افراد جامعه به نوعی از معلولیت دچارند (خدابخشی کولایی، ۱۳۹۷). همچنین آمارها نشان می‌دهند که از هر ۱۰ نفر کودکی که در جهان متولد می‌شود یک کودک معلول به دنیا می‌آید یا بعد به دلیل یک اتفاق، معلول می‌شود (میلانی فر، ۱۴۰۰). معلولیت واقعیتی است انکارناپذیر و به عنوان یک پدیده اجتماعی از ادوار گذشته تا کنون در جوامع وجود داشته است. مفهوم معلولیت توسط سازمان بهداشت جهانی در طبقه‌بندی بین‌المللی ناتوانی کارکردی و سلامت، به عنوان یک اصطلاح چتری برای آسیب‌ها، محدودیت کارکردی و محدودیت‌های مشارکتی مطرح شده است (صمدی، ۲۰۲۰). 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 گریواکز، ۲۰۱۴)، استرس (خمیس، ۲۰۰۷)، انزوای اجتماعی، اندوه، خشم و احساس گناه (مورفی، ۲۰۰۷) را گزارش می‌کنند. بیشترین فشار حاصل از این واقعه بر دوش مادران است این در حالی است که تعدادی از این مادران دارای فرزند معلول شاغل هم می‌باشند و برای این مادران (نقش مسئولیت بار بیش از حد) به وجود می‌آید که موجب تنیدگی‌های روان‌شناختی و جسمانی و احساس انزوا و تعارض و درگیری برای ایجاد تعادل بین نقش مادری و اشتغال بیرون از منزل ایجاد می‌شود (خانجانی و محمودزاده، ۱۳۹۳). به همین خاطر است که میانگین اختلالات روانی در بین این مادران بسیار بالاتر از مادران دارای فرزند عادی است و آن‌ها سطح بالاتری از اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند که این اضطراب و افسردگی یکی از مهم‌ترین علل اصلی ناتوانی ارادی است که با سیر مزمن و پیش‌رونده خود می‌تواند کیفیت زندگی افراد را در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار دهد.

بهزیستی ذهنی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی است و لازم است تا از آن برای ارتقای سلامت روان مادران شاغل دارای فرزند معلول بهره برد. بهزیستی ذهنی یکی از مؤلفه‌هایی است که بر سلامت و افزایش طول عمر تأثیر دارد و وابسته به لذت در برابر تجارب ناگوار است (ون هومبالت، لیال و پیمنتا، ۲۰۱۵). بهزیستی ذهنی به معنای قابلیت یافتن تمام استعدادها و فرد است و از تعادل بین عاطفه مثبت و منفی، رضایتمندی از زندگی و رضایتمندی شغلی و خانوادگی به وجود می‌آید (جوانوویچ، ۲۰۱۶، داینر، لوکاس و اویشی، ۲۰۰۲؛ به نقل از کاتر و فؤاد، ۲۰۱۱). بهزیستی ذهنی را به عنوان ارزیابی افراد از زندگی خود تعریف می‌کنند. بهزیستی ذهنی دارای دو جنبه شناختی و عاطفی است، بعد شناختی شامل: ارزیابی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی شامل: داشتن حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی است (کاتر و فؤاد، ۲۰۱۱). از سوی دیگر بهزیستی ذهنی شامل اصول مهمی است که از طریق تأثیر بر احساسات بر همه ابعاد رفتار انسان و پیشرفت او شامل سلامت فیزیکی و روانی، پیشرفت مهارتی و آموزشی، صلاحیت اجتماعی و ایجاد روابط مثبت اجتماعی قابل شناسایی است (کوی‌کندال و تای، ۲۰۱۵). افراد با احساس بهزیستی بالا هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند، از گذشته، حال و آینده خودشان، دیگران، رویدادها و حوادث، ارزیابی

1. disability

2. Bray, Carter, Sanders, Blake & Keegan

3. Smith & Grzywacz

4. Khamis

5. Khamis

6. Von Humboldt, Leal, & Pimenta

7. Jovanović

8. Diner, Lucas & Oishi

9. Cotter & Fouad

1. Kuykendall & Tay

مثبتی دارند و آن‌ها را خوشایند توصیف می‌کنند. در مقابل افراد با احساس بهزیستی پایین موارد مذکور را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجان‌های منفی بیشتری را تجربه می‌کنند (جین؛ ۲۰۱۴).

یکی از سازه‌هایی که می‌تواند برای ارتقای بهزیستی ذهنی در افراد مؤثر باشد امید است. امید درمانی با تکنیک‌های خاص خود می‌تواند کمک مؤثر به مادران شاغل دارای فرزند معلول داشته باشد. اسنایدر (۱۹۹۱) بنیانگذار امید و درمان آن، امید را به عنوان ساختاری تعریف می‌کند که شامل دو مفهوم است: توانایی طراحی مسیرها یا گذرگاه‌ها به اهداف مطلوب علی‌رغم موانع موجود و عامل محرک استفاده از این گذرگاه‌ها (به نقل از لیو؛ ۲۰۱۷). امید یک احساس مثبت است که باعث بهبود عملکردهای فردی و ایجاد احساس خوبی در فرد می‌گردد. امید انگیزه افراد را افزایش می‌دهد، از احساس ناامیدی و بدبینی جلوگیری می‌کند و انرژی مثبتی را برای دستیابی به اهداف مربوط به آینده فراهم می‌کند (کاوک و ییلماز؛ ۲۰۱۸). هدف از امیددرمانی کمک به افراد برای شناسایی اهداف مشخص، ایجاد مسیرهای مختلف برای اهداف، ایجاد انگیزه و آن‌ها برای دستیابی به اهداف است و در این مسیر موانع به عنوان چالش‌هایی است که باید برطرف شوند (لیو، ۲۰۱۷). افرادی که امید بالایی دارند هدفمند هستند و متعاقباً اغلب احساسات مثبتی را تجربه می‌کنند. امید درمانی علائم پریشانی را کاهش داده و بهزیستی را افزایش می‌دهد (چیونز و گاتر؛ ۲۰۱۸).

اعتقاد راسخ به اینکه آینده می‌تواند بهتر باشد احساس امید و هدفمندی و باور به اینکه می‌توانند زندگی و آینده خود را کنترل کنند و موانع احتمالی نمی‌تواند آن‌ها را متوقف سازد. با توجه به تعداد قابل ملاحظه مادران شاغل دارای فرزند معلول که جمعیت مهمی از کشور را تشکیل داده‌اند و کیفیت زندگی و سلامت روانشان دچار کاهش چشمگیری شده است و با توجه به تأثیرگذاری روش امید درمانی در برخورد با شرایط ناتوان‌کننده و رنج‌آور لذا ضرورت دارد تا پژوهشی درباره اثربخشی امید درمانی بر بهزیستی ذهنی این مادران انجام شود.

روش و مواد

روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش ما شامل مادران شاغل دارای فرزند معلولی بود که به کلینیک توانبخشی ترنم شهرستان تربت حیدریه در سال ۱۳۹۶ مراجعه کردند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از میان مراجعه‌کنندگانی که به کلینیک توانبخشی شهرستان تربت حیدریه مراجعه کرده بودند ۳۰ نفر انتخاب و به صورت کاملاً تصادفی در ۲ گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. در مرحله نخست بعد از انجام مراحل نظری و جمع‌آوری اطلاعات از میان جامعه مادران دارای فرزند معلول که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، ابتدا در یک جلسه توضیفی پرسشنامه اطلاعات فردی و فرم رضایت‌نامه‌های شخصی و همچنین پرسشنامه بهزیستی ذهنی به دو گروه داده شد. سپس آزمودنی‌ها به دو گروه آزمایش و گواه با جایگزینی تصادفی تقسیم شدند. جلسات امید درمانی گروهی برای گروه مداخله در طول ۸ جلسه (۱ ساعته طی دو ماه) برگزار گردید اما به گروه گواه هیچ آموزشی داده نشد. تمامی دستورالعمل‌های رعایت اصول اخلاقی در پژوهش مصوب سازمان نظام روانشناسی و مشاوره ایران از جمله محرمانه بودن پرسشنامه‌ها و رضایت آگاهانه رعایت گردید. یک هفته پس از اتمام جلسات پس‌آزمون‌ها روی آزمودنی‌ها اجرا گردید.

1. Jin

2. Snyder

3. Liu

4. Kavak & Yilmaz

5. Cheavens, & Guter

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌های پژوهش در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. برای توصیف و تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد.

پرسشنامه بهزیستی ذهنی

پرسشنامه بهزیستی ذهنی توسط کی‌یز و ماگیارمو^۱ در سال ۲۰۰۳ طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۴۵ گویه است که با استفاده از مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار دارای سه بعد بهزیستی هیجانی (۱۲ سوال)، بهزیستی اجتماعی (۱۵ سوال) و بهزیستی روانشناختی (۱۸ سوال) می‌باشد. نمره این پرسشنامه از نمرات مجموع این سه بعد به دست می‌آید، بنابراین نمرات هر بعد بین ۴۵ تا ۳۱۵ است و نمرات بالاتر به معنی بهزیستی ذهنی بیشتر می‌باشد. روایی سازه ابزار تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است (کی‌یز و ماگیارمو، ۲۰۰۳). در پژوهش حیدرپور، زینالی و حامدینیا (۱۴۰۰) پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد.

محتوای جلسات امید درمانی

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله‌ای امید درمانی

جلسات	خلاصه مطالب و فعالیت‌ها
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر با درمانگر و ساختار گروه، معرفی برنامه آموزش و هدف از اجرای آن
جلسه دوم	تعریف، توضیح و بیان ویژگی‌های هدف، بیان اهمیت هدفمند بودن در زندگی
جلسه سوم	یافتن امید در افراد (تعیین قدرت اراده، قدرت برنامه‌ریزی، موانع و اهداف در هر یک از افراد)، کمک به افراد برای ساختن خانه امید خود، صحبت در مورد راه‌های رسیدن به هدف، صحبت در مورد احساسات ناشی از رسیدن به هدف یا ناکام ماندن هدف، راهکارهایی برای بیشتر کردن احتمال دستیابی به هدف
جلسه چهارم	امید افزایشی در افراد تعیین اهداف درمانی امید بخش، صحبت در مورد راه‌های افزایش نیروی عامل و یا انگیزه رسیدن به اهداف، تعریف انگیزش، حیطة‌های مهم انگیزش و انرژی: انرژی فیزیکی، انرژی روانی، صحبت در مورد انرژی روانی
جلسه پنجم	ادامه بحث در مورد راه‌های افزایش نیروی عامل و یا انگیزه رسیدن به اهداف، صحبت در مورد انرژی فیزیکی به عنوان عاملی در افزایش قدرت اراده، توجه به تغذیه، ورزش، صحبت در مورد قدرت راهیابی
جلسه ششم	افزایش امید افراد، صحبت در مورد موانع رسیدن به هدف، صحبت در مورد خودگویی‌های منفی به عنوان یکی از موانع، دلیل استفاده از خودگویی‌های منفی، بیان استراتژی‌های برای تغییر خودگویی‌های منفی
جلسه هفتم	حفظ و ابقای امید در زندگی، صحبت در مورد اهمیت افراد در حفظ بهبودی اطرافیان و همسرانشان، ارائه راهکارهایی برای جلوگیری از دور شدن از مسیر رسیدن به هدف
جلسه هشتم	جمع بندی جلسات، گرفتن بازخورد از اعضای گروه، و مشخص کردن جلسات پیگیری و پس‌آزمون

یافته‌ها

در این پژوهش در مجموع ۳۰ نفر شرکت‌کننده (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه) وجود داشتند. جدول (۲) شاخص‌های توصیفی بهزیستی ذهنی را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس بهزیستی ذهنی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بهزیستی ذهنی	آزمایش	۱۴۹/۶۶	۹/۱۰	۱۷۵/۲۶	۵/۶۲
	کنترل	۱۴۹/۲۰	۹/۷۰	۱۴۸/۸۰	۹/۶۸

بر اساس نتایج مندرج در جدول (۲)، میانگین نمرات بهزیستی ذهنی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون برای گروه آزمایش به ترتیب ۱۴۹/۶۶ و ۱۷۵/۲۶؛ و برای گروه کنترل ۱۴۹/۲۰ و ۱۴۸/۸۰ است و نمرات گروه آزمایش در پس آزمون افزایش پیدا کرده است اما نمرات گروه کنترل در پس آزمون کاهش اندکی داشته است.

برای بررسی معناداری تفاوت میان نمرات بهزیستی ذهنی در دو گروه آزمایش و گواه، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از بررسی فرضیه های پژوهش، پیش فرض های مورد نیاز برای آمار پارامتریک بررسی شد. آزمون کولموگروف اسمیرنوف به منظور هنجاریابی توزیع، در نمره کلی بهزیستی ذهنی فرض هنجار بودن توزیع متغیرها را تأیید کرد. همچنین پیش فرض لوین به منظور بررسی تساوی واریانس ها ۰/۰۸ محاسبه شد که این پیش فرض نیز برقرار بود ($P > ۰/۰۵$). بنابراین، فرض برابری واریانس های بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیرهای وابسته در همه گروه ها مساوی است.

جدول شماره ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین بهزیستی ذهنی در دو گروه آزمایش و گواه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
پیش آزمون	۱۰۸۱/۹۰	۱	۱۰۸۱/۹۰	۴۳/۲۴	۰/۰۰۱
گروه	۵۱۲۸/۵۹	۱	۵۱۲۸/۵۹	۲۰۵/۰۱	۰/۰۰۱

نتایج جدول (۳) نشان می دهد که بعد از کنترل اثرات پیش آزمون، در متغیر بهزیستی ذهنی تفاوت آماری معنی داری بین میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل ($F= ۲۰۵/۰۱$; $P < ۰/۰۰۱$) وجود دارد. با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس می توان گفت امید درمانی در بهبود بهزیستی ذهنی مادران شاغل دارای فرزند معلول تأثیر دارد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی امید درمانی بر بهزیستی ذهنی مادران شاغل دارای فرزند معلول انجام شد، نتایج نشان داد که آموزش امید درمانی موجب افزایش استفاده از بهزیستی ذهنی مادران شاغل دارای فرزند معلول می گردد. این یافته با یافته های مطالعات طباطبایی، جعفری و کیهان (۱۳۹۸)، نقدی و عناصری (۱۳۹۷) که نشان دادند امید درمانی سبب افزایش بهزیستی ذهنی می شود همسو است.

در تبیین این یافته بر مبنای نظر اسنایدر و لویز (۲۰۰۹) می توان گفت امید به عنوان یک سازه روانشناختی شامل دو مفهوم توانایی طراحی گذرگاه هایی به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و عاملیت یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه ها می باشد. انسان دارای دو نیمه مثبت و نیمه منفی است و اکنون هنگام آن است که علاوه بر آسیب پذیری ها به توانمندی ها و جنبه های مثبت وجود انسان توجه شود. در مرکز این نیمه مثبت، امید قرار دارد و یقیناً مزیت اصلی امید درمانی نسبت به سایر درمان های روانشناختی ایجاد تفکر امیدوارانه نسبت به زندگی و فائق آمدن بر مشکلات و اثرات مخرب آن در سطوح مختلف زندگی می باشد. برخوردار بودن از یک تفکر امیدوارانه و داشتن منابع کافی برای رسیدن به اهداف ابتدا سبب افزایش معنادار شدن زندگی، رضایت از زندگی، کیفیت زندگی و غیره و در نهایت باعث افزایش بهزیستی ذهنی می شود. تبیین دیگر بر مبنای نظر رتنوواتی، رامادیانتی، سوسیاتی، سوکانگ و ویولانگ (۲۰۱۵) اینکه امید داشتن و امیدوار بودن یکی از راهبردهای مقابله ای مؤثر در مواجهه با تنش هاست؛ به نحوی که افراد امیدوار در زندگی گذرگاه ها و عامل های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و هنگامی که با موانع برخورد می کنند، انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه های جانشین استفاده می کنند، اما افراد ناامید به دلیل اینکه گذرگاه ها و عامل های کمتری دارند در برخورد با موانع، انگیزه خود را از دست داده و دچار هیجان های منفی می شوند. به عبارت دیگر مؤلفه گذرگاه یا عامل یک باور شخصی است که باعث می شود فرد احساس کند که

می تواند برای رسیدن به اهداف خود مسیرهای مختلفی را امتحان کرده و تحمل کند و این امر جز در سایه امیدواری امکان پذیر نخواهد بود. در نتیجه آموزش امید با امید درمانی گذرگاهها و عامل های بیشتری در اختیار افراد می گذارد که این عوامل از طریق افزایش دستیابی به اهداف، عزت نفس، خودکارآمدی و غیره باعث افزایش بهزیستی ذهنی می شوند.

از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به این نکته اشاره کرد که به دلیل متمرکز بودن نمونه در یک مکان (کلینیک توان بخشی) امکان نمونه گیری به صورت تصادفی وجود نداشت لذا انتخاب نمونه صرفاً به صورت نمونه گیری در دسترس انجام شد. به دلیل فراهم نشدن شرایط ، برای اعضای گروه گواه هیچ گونه جلسه گروهی برای درمان جایگزین تشکیل نشد ، بنابراین ممکن است مکانیسم های فعال مرتبط با تجربه گروه (مانند پذیرش توسط گروه) و نیز مربوط به درمانگر (مانند همدلی) یا سایر عناصر تاثیرگذار در طرح درمان (نظیر تاثیرات ناشی از انتظار مثبت از درمان) در نتایج حاصل نشده باشد. با توجه به نتایج حاصله متخصصان سلامت روان و روانشناسان بالینی می توانند در مراکز درمانی از این روش درمانی برای مادران دارای فرزند معلول استفاده کنند. همچنین از آن جایی که اثرات درمان ممکن است پس از گذشت یک یا چند ماه از مرحله پس آزمون تداوم نداشته باشد، پیشنهاد می شود که جلسات حمایتی هر چند وقت یک بار پس از پایان درمان برای حفظ اثرات طولانی مدت در درمان برگزار شود.

منابع

- حیدرپور، حکیمه؛ زینالی، علی و حامدینا، صفر. (۱۴۰۰). نقش فراهیجان های مثبت در پیش بینی بهزیستی ذهنی پرستاران بخش های روان-پزشکی. نشریه روان پرستاری، ۹ (۲)، ۵۹-۵۲.
- خانجانی، زینب و محمودزاده، رقیه. (۱۳۹۲). مقایسه شیوه های فرزندپروری و اختلالات رفتاری کودکان مادران شاغل و غیرشاغل. فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ، ۴ (۱۶)، ۳۷-۵۲.
- خدابخشی کولایی، آناهیتا. (۱۳۹۷). طرح ها و الگوهای خانواده درمانی و آموزش والدین: راهنمای جامع حل مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان. تهران: جنگل.
- طباطبایی، سمانه سادات؛ جعفری، فرح و کیهان، فیروزه. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر شادکامی و بهزیستی روانشناختی سالمندان ساکن در سراهای سالمندان مناطق ۱ و ۲ شهر تهران. فصلنامه روانشناسی تحلیلی شناختی، ۱۰ (۳۸)، ۷۷-۸۸.

میلانی فر، بهروز. (۱۴۰۰). روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی. تهران: قومس.

نقدی، مژگان و عناصری، مهیار. (۱۳۹۷). اثربخشی امید درمانی بر بهزیستی روانشناختی و تاب آوری در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. روان پرستاری، ۶ (۴)، ۴۹-۵۶.

- 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.
- Cheavens, J. S., & Guter, M. M. (2018). Hope therapy. In M. W. Gallagher & S. J. Lopez (Eds.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of hope* (p. 133-142). Oxford University Press.
- Cotter, E.W., & Fouad, N.A. (2011). The relationship between subjective well-being and vocational personality type. *Journal of Career Assessment*, 19(1), 51-60.
- Jin, C-H. (2014). The role of users' motivations in generating social capital building and subjective well-being: The case of social network games. *Computers in Human Behavior*, 39, 29-38.
- Jovanović, V. (2016). Trust and subjective well-being: The case of Serbia. *Personality and Individual Differences*, 98, 284-288.

- Kavak, F., & Yilmaz, E. (2018). The effect of hope on the treatment adherence of schizophrenia patients. *Annals of Medical Research*, 1-4.
- Keyes, C. L. M., & Magyar-Moe, J. L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*: 411-25. American Psychological Association.
- Khamis, V. (2007). Psychological Distress among Parents of Children with Mental Retardation in the United Arab Emirates. *Social Science & Medicine*, 64, 850–857.
- Kuykendall, L., & Tay, L. (2015). Employee subjective well-being and physiological functioning: An integrative model. *Health Psychology Open*, 2(1), 1-11.
- Liu, Y. (2017). A Hope-Based Group Therapy Program to Women with Multiple Sclerosis: Quality of Life. *NeuroQuantology*, 15 (4), 127-132.
- Murphy, N. A. (2007). The health of caregivers for children with disabilities: Caregiver Perspectives. *Child: Care, Health and Development*, 33(2), 180-187.
- Retnowati, S., Ramadiyanti, D. W., Suciati, A. A., Sokang, Y. A., & Viola, H. (2015). Hope Intervention Against Depression in the Survivors of Cold Lava Flood from Merapi Mount. *Soc Behav Sci*, 165, 170-8.
- Samadi, S. A. (2020). Parental Coping Styles of Individuals with Autism Spectrum Disorders: A Report from Iran. *Parenting: IntechOpen*.
- 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.
- Snyder, C., & Lopez, S. (2009). *Oxford handbook of positive psychology*. USA: Oxford University Press.
- Von Humboldt, S., Leal, I., & Pimenta, F. (2015). Sense of coherence, sociodemographic, lifestyle, and health-related factors in older adults' subjective well-being. *International Journal of Gerontology*, 9(1), 15-19.