

# اثربخشی امید درمانی بر بهبود افسردگی و ابعاد کیفیت زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی

ملیحه شهرستانی<sup>۱</sup>، ابوالفضل کرمی<sup>۲</sup>، محسن دوستکام<sup>۳</sup>، امیرحسین علی محمدی<sup>۴</sup>  
تاریخ وصول: ۹۲/۱/۲۶ تاریخ پذیرش: ۹۲/۳/۱۸

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی امید درمانی بر بهبود افسردگی و ابعاد کیفیت زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی شهر مشهد صورت گرفت. روش تحقیق شبه آزمایشی بود و از طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری کلیه مادران کودکان کم توان ذهنی بودند که فرزندان آن‌ها در ۲۸ مدرسه استثنایی شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ مشغول به تحصیل بودند. از جامعه یاد شده ۳۰ مادر دارای فرزند کم توان ذهنی با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۶ جلسه‌ی هفتگی تحت آموزش امید درمانی قرار گرفتند. گردآوری داده‌ها به کمک پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم) و پرسشنامه کیفیت زندگی از نوع فرم کوتاه انجام شد. پرسشنامه‌ها توسط هر دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله قبل، بعد و ۴ هفته پس از مداخله (مرحله پیگیری) تکمیل شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های تحقیق با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند. نتایج حاصل از تحلیل مانکوا نشان داد که بین میانگین‌های نمرات پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش و کنترل در سطح ۰/۰۱ تفاوت معناداری وجود داشت ( $P < 0/001$ ). نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی آموزش امید درمانی در بهبود افسردگی و ابعاد کیفیت زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی است. با توجه به این که مادران دارای کودک کم توان ذهنی دارای سطوح افسردگی بالا و کیفیت زندگی پایین می‌باشند بهره‌گیری از رویکردهای مختلف روان درمانی از جمله امید درمانی می‌تواند در بهبود افسردگی و ابعاد کیفیت زندگی این افراد مؤثر باشد. واژگان کلیدی: کم توانی ذهنی، افسردگی، کیفیت زندگی، امید درمانی.

۱. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علامه طباطبائی Email: [Shahrestani.M@gmail.com](mailto:Shahrestani.M@gmail.com)

۲. عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبائی

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه شهید چمران اهواز

۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تهران

تولد و حضور کودکی با کم‌توانی ذهنی<sup>۱</sup> در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود که ممکن است تنیدگی، سرخوردگی، احساسات غم و نومییدی را به دنبال خواهد داشت. مک‌کانی، تروسدیل-کندی، چانگ، جاراه، شاکری<sup>۲</sup>، (۲۰۰۸). بر اساس آمار اعلام شده از سوی معاونت توان‌بخشی سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۸۵، در حدود دو میلیون و هشت هزار آسیب‌دیده وجود دارند که از این تعداد ۲۸۷۹۵ نفر، گروه کم‌توان‌های ذهنی را تشکیل می‌دهند؛ بنابراین تعداد قابل ملاحظه‌ای از خانواده‌های ایرانی، از اثرات منفی داشتن یک کودک آسیب‌دیده و فشارهای روانی، اجتماعی و مالی ناشی از داشتن چنین کودکی در امان نیستند و این عوامل می‌توانند آسیب‌ها و آثار منفی بر وضعیت سلامت روانی مادران بر جای گذارده، ثبات و کیفیت زندگی فردی و خانوادگی آن‌ها را بر هم بزند (کوهسالی، میرزمانی، محمدخانی، کریملو، ۱۳۸۶). مادر نخستین شخصی است که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند. رویارویی مادر با فرزند کم‌توان ذهنی، نیاز کودک به مراقبت دایمی، اهمیت فراهم ساختن شرایط ویژه رشد، تجربه تنش والدین ناشی از وجود رفتارهای آیینی، مشکلات زبانی، قشقرق و فقدان مهارت مراقبت از خود در این گروه از کودکان، همگی زمینه را برای تضعیف کارکرد طبیعی مادر فراهم می‌نمایند (پترز-اسچفر، دیدن، کرزیلیوس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). در نتیجه وجود چنین مشکلاتی، میانگین اختلال‌های روانی نظیر افسردگی<sup>۴</sup> و اضطراب را افزایش می‌دهند و در پی آن کیفیت زندگی در مادران کودکان آسیب‌دیده و به ویژه مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی کاهش می‌دهند (سینگر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶، لیونگ، پینی لی سانگ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳).

مطالعات متعددی در مورد اثرات چندگانه حضور کودک آسیب‌دیده در خانواده و افسردگی و اضطراب مادران آن‌ها انجام شده است. والدین این کودکان پیامدهای منفی گسترده مشکلات سلامت روانی را از ابتدای تولد فرزندشان توصیف و گزارش نموده‌اند.

- 
1. intellectual disability
  2. McConkey, Truesdale-Kennedy, Chang, Jarrah, Shukri
  3. Peters-Scheffer, Didden, Korzilius
  4. depression
  5. Singer
  6. Leung, Piny Li-Tsang

در خصوص افسردگی، تحقیقات نشان داده است بسیاری از مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی احساسات شدید غم و اندوه عودکننده، احساس یاس و ناامیدی، سردرگمی، فقدان، افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند (فاست و سیور<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). همچنین تحقیقات نشان داده است از آن‌جا که مادران تعامل بیشتری با فرزندان کم‌توان ذهنی خود دارند و شاهد محدودیت‌های روزافزون آن‌ها بوده و شاید هم به دلیل حمایت افراطی آن‌ها، افسردگی، درماندگی و ناامیدی بیشتری را نسبت به پدران تجربه می‌کنند (دیا، بار دس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰).

در حوزه کیفیت زندگی<sup>۳</sup> مرتبط با سلامت، چهار بعد اصلی شامل بعد فیزیکی، بعد روان‌شناختی، بعد اجتماعی و بعد محیطی مورد توجه قرار می‌گیرد. کاربرد مفهوم کیفیت زندگی به منظور اندازه‌گیری تأثیر بیماری‌ها و درمان‌ها بر زندگی روزانه افراد بیمار و مراقبین آن‌ها و عملکرد آن‌ها در ابعاد مختلف زندگی منجر به یک رشته تحقیقاتی شد که کیفیت زندگی مربوط به سلامت و بهداشت (HRQOL)<sup>۴</sup> نام گرفت (نومن و برن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). در ارتباط با کیفیت زندگی نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که زمانی که خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان ذهنی با خانواده‌های عادی مقایسه می‌شوند، نه تنها پدران و مادران چنین فرزندان از سلامت روان‌شناختی کمتری در مقایسه با والدین دارای فرزند عادی برخوردارند، بلکه آن‌ها به طور معناداری سطح اضطراب، افسردگی و شکایت‌های جسمی بالاتری داشته و عملکرد اجتماعی آن‌ها نیز در مقایسه با گروه عادی، مختل است (کرخام<sup>۶</sup>، ۱۹۹۳). همچنین پترسون و گارویک<sup>۷</sup> (۱۹۹۴)، پلچت و لیبور<sup>۸</sup> (۲۰۰۴)، لیونگ و پینی لی سانگ (۲۰۰۳) نشان دادند مراقبت کردن از یک کودک کم‌توان ذهنی استرسی ایجاد می‌کند که کیفیت زندگی اعضای خانواده را از نظر جسمانی، شناختی، عاطفی و اجتماعی

1. Faust, Scior
2. Dea, Badr Dnsc
3. quality of life
4. Health-Related Quality of Life
5. Naumann, Byrne
6. Kirkham
7. Patterson, Garwich,
8. Pelchat, Lefebvre

تحت تأثیر قرار می‌دهد.

مفهوم امید از نظر نووتنی (۱۹۸۹)، نیروی زندگی پویا و بلند؛ از نظر دارلینگتون (۲۰۰۲)، اهمیت حمایت شدن از سوی دیگران؛ از نظر هاقتون (۲۰۰۷)، توان دنبال کردن فعالیت‌های روزانه و متحرک نگهداشتن خود است (به نقل از چرانک، استانگلینی و اسلاد<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). اسنایدر<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) نیز معتقد است افراد امیدوار در رویارویی با شرایط استرس‌زا به صورت فعال‌تری برخورد می‌کنند و از راهبردهای مقابله‌ای بیشتر و بهتری استفاده می‌کنند. بیشترین حجم تحقیقات امید درمانی در چند دهه اخیر، به سلیگمن (۲۰۰۰) پدر روان‌شناسی مثبت‌گرایی و اسنایدر (۲۰۰۶، ۱۹۹۴) تعلق دارد. از دیدگاه این تئوری، ناامیدی باعث بروز و یا تشدید افسردگی، تهدید سلامت روانی و به دنبال آن باعث افزایش ناراحتی‌های جسمی می‌شود (اسنایدر و رند<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ اسنایدر، ۱۹۹۴؛ کورت، گیلبرت، گرم، و گنر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰؛ اسنایدر، آبروینگ، اندرسون<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱). همچنین تحقیقات تحقیقات نشان داده است که علائم افسردگی و اضطراب در افراد امیدوار کمتر گزارش می‌شود و امید پایین می‌تواند سطح افسردگی و همچنین ضعف‌های روانی-اجتماعی را که از عامل‌های مهم کیفیت زندگیست، پیش‌بینی کند (اسنایدر، ۲۰۰۴).

با توجه به این واقعیت که والدین کودکان کم‌توان ذهنی به ویژه مادران آن‌ها، دارای استعداد فزاینده‌ای جهت درگیری با مشکلات سلامت روان، از جمله افسردگی و به دنبال آن کاهش کیفیت زندگی می‌باشند و همچنین با توجه به این که سلامت روان مادران به طور مستقیم به درک و توانایی آن‌ها جهت حمایت از فرزند کم‌توان ذهنی‌شان مرتبط است، پژوهش حاضر به دنبال آن است تا اثربخشی رویکرد امید درمانی را در بهبود افسردگی و ابعاد کیفیت زندگی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مورد بررسی قرار دهد. در این رابطه فرضیه‌هایی که آزمون شده‌اند در زیر آمده است:

۱. آموزش امید درمانی بر بهبود افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مؤثر است.

1. Schrank, Stanghellini, Slade
2. Synder
3. Synder, Rand.
4. Krott, Gilbert, Gorman, Wegener
5. Synder, Irving, Anderson

۲. آموزش امید درمانی بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مؤثر است.

### روش

روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی بوده و از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. زیرا محقق قصد دارد تغییرات میانگین بین دو گروه آزمایش و کنترل را قبل و بعد از اعمال متغیر مستقل سنجیده و با یکدیگر مقایسه کند. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران کودکان کم‌توان ذهنی بود که فرزندان آن‌ها در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ در مدارس آموزش و پرورش استثنایی شهر مشهد مشغول به تحصیل بودند. تعداد کل این دانش‌آموزان ۲۸۰۰ نفر بود که در ۲۸ مدرسه استثنایی مشغول به تحصیل بودند. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر، روش خوشه‌ای-تصادفی چند مرحله‌ای بود. به این صورت که ابتدا از بین ۲۸ مدرسه تعداد ۸ مدرسه به صورت تصادفی ساده انتخاب و سپس از هر مدرسه ۲ کلاس به شکل تصادفی انتخاب شد. نمونه اولیه حاصل از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای شامل ۴۲ مادر دارای کودک کم‌توان ذهنی بود که از بین کل ۵۳ نفر شرکت‌کننده (افرادی که مایل به تکمیل پرسشنامه‌های تحقیق بودند) در پیش‌آزمون، نمرات پایین‌تری را در پرسشنامه کیفیت زندگی و نمرات بالاتری در مقیاس افسردگی بک کسب کرده بودند. در مرحله نهایی، از میان این ۴۲ نفر، ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب گردیده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش ( $n=15$ ) و کنترل ( $n=15$ ) جایگزین شدند. گروه آزمایش (۶ جلسه ۲ ساعته به صورت گروهی) تحت جلسات امید درمانی با هدف بهبود افسردگی و ابعاد کیفیت زندگی قرار گرفتند. در پایان جلسات از هر دو گروه آزمایش و کنترل توسط پرسشنامه‌های مذکور پس‌آزمون به عمل آمد و داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش به شرح زیر است:

۱. پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم: این آزمون ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی بک معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. این

آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود و از شرکت‌کننده خواسته می‌شود شدت نشانه‌ها را بر اساس یک مقیاس بین ۰ تا ۳ درجه‌بندی کند. نقاط برش تشخیص افسردگی در این آزمون بدین شرح است: ۰ تا ۱۳=افسردگی جزئی، ۱۴ تا ۱۹=افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸=افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳=افسردگی شدید. این آزمون با مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون همبستگی ۰/۷۱ دارد و اعتبار بازآزمایی یک هفته‌ای آن ۰/۹۳ است. همسانی درونی این پرسشنامه نیز ۰/۹۱ است. در تحقیقات متعدد روایی این آزمون از  $I=0/73$  با میانگین  $I=0/86$  به دست آمده است (مارنات، ۲۰۰۳، ترجمه پاشایی شریفی و نیکخو، ۱۳۸۶). بخشانی (۱۳۸۱) در پژوهشی همبستگی سؤال‌های آزمون بک با مقیاس افسردگی همیلتون را ۰/۹۳ گزارش نموده است.

۲. مقیاس کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این پرسشنامه، فرم خلاصه شده مقیاس ۱۰۰ ماده‌ای کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی می‌باشد که جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی مشتمل بر چهار بعد جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. افزون بر دو گویه اضافی نیز برای مطالعه کیفیت آشکار زندگی و سلامت عمومی افراد قرار داده شده است. برای هر گویه نمره‌ای از یک تا پنج در نظر گرفته شده است. در مورد پایایی مقیاس، در نتایج گزارش شده توسط سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان صورت گرفته، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (نصیری و رضویه، ۱۳۸۵). در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) برای بررسی سه روش بازآزمایی (با فاصله سه هفته‌ای)، تنصیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد. هر سه مورد بیانگر مطلوبیت پایایی مقیاس بوده است. در تحقیق حاضر، جهت تعیین پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضرایب ۰/۷۰ جهت بعد سلامت جسمی، ۰/۷۷ بعد سلامت روان، ۰/۶۵ بعد روابط اجتماعی و ۰/۷۷ بعد محیط زندگی، بیانگر پایایی مطلوب مقیاس می‌باشند.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین سنی و توزیع سطح تحصیلات افراد گروه آزمایش و کنترل

گروه	میانگین سنی	انحراف استاندارد	وضعیت تحصیلات	فراوانی	درصد
آزمایش	۳۴/۱۱	۳/۴۹	زیر دیپلم	۳	۲۰
			دیپلم	۲	۱۳
			فوق دیپلم	۸	۵۴
			لیسانس	۲	۱۳
کنترل	۳۳/۱۶	۳/۵۸	زیر دیپلم	۴	۲۷
			دیپلم	۳	۲۰
			فوق دیپلم	۶	۴۰
			لیسانس	۲	۱۳

بر اساس جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش ۳۴/۱۱ و ۳/۴۹ و همچنین میانگین و انحراف استاندارد گروه کنترل ۳۳/۱۶ و ۳/۵۸ بوده است. در ارتباط با وضعیت تحصیلات، جدول ۲ نشان می‌دهد که ۲۰ درصد افراد گروه آزمایش دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۱۳ درصد تحصیلات دیپلم، ۵۴ درصد فوق دیپلم و ۱۳ درصد نیز لیسانس بودند. در گروه کنترل ۲۷ درصد افراد دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۲۰ درصد دیپلم، ۴۰ درصد فوق دیپلم و ۱۳ درصد لیسانس بودند.

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمره افسردگی گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	آزمایش	۳۶/۹۳	۳/۱۹
	کنترل	۳۵/۰۰	۴/۸۱
پس آزمون	آزمایش	۲۵/۶۶	۴/۸۷
	کنترل	۳۲/۸۶	۴/۰۵
پیگیری	آزمایش	۲۶/۳۳	۵/۲۱
	کنترل	۳۳/۲۰	۵/۴۸

در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین افسردگی گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون و همچنین نسبت به پس آزمون و پیگیری گروه کنترل کاهش یافته است که نشان دهنده تأثیر آموزش امید درمانی بر بهبود افسردگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی است.

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمره کیفیت زندگی گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

خرده مقیاس ها	مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
جسمی	پیش آزمون	آزمایش	۱۵/۹۳	۲/۳۴
		کنترل	۱۳/۸۰	۲/۸۰
	پس آزمون	آزمایش	۲۳/۰۰	۳/۱۱
		کنترل	۱۴/۰۰	۲/۵۳
	پیگیری	آزمایش	۲۱/۲۳	۲/۹۵
		کنترل	۱۳/۶۰	۲/۳۶
روانشناختی	پیش آزمون	آزمایش	۱۵/۳۳	۲/۶۹
		کنترل	۱۶/۴۶	۵/۰۸
	پس آزمون	آزمایش	۲۱/۸۶	۱/۹۹
		کنترل	۱۶/۲۰	۳/۸۰
	پیگیری	آزمایش	۲۰/۸۰	۲/۰۴
		کنترل	۲۰/۸۰	۲/۰۴

خرده مقیاس‌ها	مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
محیطی	پیش آزمون	کنترل	۱۵/۳۰	۲/۳۵
		آزمایش	۱۵/۸۶	۳/۱۹
	پس آزمون	کنترل	۱۳/۸۶	۲/۷۹
		آزمایش	۲۳/۰۰	۴/۲۰
	پیگیری	کنترل	۱۴/۰۶	۲/۵۷
		آزمایش	۲۲/۶۰	۳/۱۶
اجتماعی	پیش آزمون	کنترل	۷/۱۳	۱/۳۵
		آزمایش	۶/۰۶	۱/۶۶
	پس آزمون	کنترل	۱۱/۱۳	۱/۵۰
		آزمایش	۶/۸۶	۱/۵۳
	پیگیری	کنترل	۱۰/۸۰	۱/۷۸
		آزمایش	۶/۳۰	۱/۵۶

همچنان که داده های جدول ۳ نشان می دهد میانگین نمرات گروه آزمایش در پس آزمون و مرحله پیگیری برای چهار بعد کیفیت زندگی افزایش یافته است اما نمرات گروه کنترل تغییر محسوسی نداشته است.

به منظور بررسی تعامل مداخله آزمایشی با پیش آزمون از لحاظ پس آزمون، تحلیل کواریانس چند متغیره از نوع تعاملی اجرا گردید. نتایج نشان می دهد همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون- پس آزمون افسردگی  $F(۱/۳۸۸) > ۰/۲۹۶$   $p > ۰/۲۹۶$  و برای بعد جسمی کیفیت زندگی  $F(۰/۵۲۵) > ۰/۵۲۵$  در سطح  $p > ۰/۷۵۳$ ، برای بعد روانشناختی  $F(۰/۳۵۲) > ۰/۳۵۲$ ، برای بعد محیطی  $F(۰/۳۴۶) > ۰/۳۴۶$  در سطح  $p > ۰/۸۷۵$  و برای بعد اجتماعی  $F(۰/۳۲۵) > ۰/۳۲۵$   $p > ۰/۸۸۸$  معنادار نمی باشد. این موضوع نشانگر آن است که در همبستگی تک تک پیش آزمون ها با پس آزمون مرتبط خود، همگنی شیب های رگرسیون وجود دارد. همچنین همگنی میان شیب خطی پیش آزمون ها با ترکیب خطی پس آزمون ها با مقدار  $F(۰/۳۵۸) > ۰/۹۵۳$   $p > ۰/۹۵۳$  از لحاظ آماری معنادار نمی باشد. غیر معنادار شدن این آزمون امکان استفاده از تحلیل کواریانس را فراهم می آورد.

جدول ۴ نتایج تحلیل مانکوا بر روی پس‌آزمون‌های متغیر افسردگی و ابعاد کیفیت زندگی

متغیرها	نام آزمون‌ها	مقدار	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری
گروه	پیلایی	۰/۹۵۱	۷۴/۲۵۶	۵	۱۹	۰/۰۰۰
	ویلکز	۰/۰۵۹	۷۴/۲۵۶	۵	۱۹	۰/۰۰۰
	هتلینگ	۱۹/۵۴۱	۷۴/۲۵۶	۵	۱۹	۰/۰۰۰
	ریشه	۱۹/۵۴۱	۷۴/۲۵۶	۵	۱۹	۰/۰۰۰

نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری در جدول ۴ ارائه شده است. از این نتایج می‌توان استنباط کرد که مداخله‌ی آزمایشی حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته (افسردگی و ابعاد کیفیت زندگی) اثر بخش بوده است. برای روشن شدن این مطلب که مداخله‌ی آزمایشی به چه نحوی تک تک متغیرهای وابسته را تحت تأثیر قرار داده است از تحلیل کواریانس مجزا که در متن تحلیل مانکوا ارائه شده است، استفاده می‌گردد. فرضیه اول این بود که آموزش امید درمانی بر بهبود افسردگی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مؤثر است.

جدول ۵ تحلیل کواریانس تک متغیری تأثیر آموزش امید درمانی بر بهبود افسردگی در متن مانکوا

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
گروه	۴۲۸/۵۰۶	۱۳ و ۱	۴۲۸/۵۰۶	۷۳/۲۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱	۱

نتایج تحلیل کواریانس جدول ۵ تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش در حیطه افسردگی را نشان می‌دهد. بر اساس این نتایج، بین این دو گروه در حیطه افسردگی در سطح ۰/۰۱ تفاوت معناداری ( $p < 0/001$ ) وجود دارد و آموزش با رویکرد امید درمانی بر بهبود افسردگی تأثیر داشته است. توان آماری ۱/۰۰ دلالت بر کفایت حجم نمونه برای تحلیل‌ها دارد. مجذور اتا، نشان می‌دهد که ۷۶ درصد این تغییرات ناشی از تأثیر آموزش امید درمانی بوده است. فرضیه دوم این بود که آموزش امید درمانی بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مؤثر است.

جدول ۶ تحلیل کواریانس تک متغیری تأثیر آموزش امید درمانی بر ابعاد کیفیت زندگی در متن مانکوا

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
گروه	جسمانی	۳۰۰/۲۱۳	۱۳ و ۱۳	۳۰۰/۲۱۳	۶۶/۹۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴۴	۱
	روانشناختی	۲۷۱/۰۸۵	۱۳ و ۱۳	۲۷۱/۰۸۵	۸۸/۶۹۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷۱	۱
	محیطی	۲۴۰/۰۵۲	۱۳ و ۱۳	۲۴۰/۰۵۲	۴۳/۳۸۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵۳	۱
	اجتماعی	۶۸/۸۴۱	۱۳ و ۱۳	۶۸/۸۴۱	۶۵/۱۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳۹	۱

همچنان که در جدول ۶ مشخص است آموزش امید درمانی بر تمام خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است ( $P < ۰/۰۰۱$ ) و بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. میزان تأثیر آموزش امید درمانی بر بعد جسمی کیفیت زندگی ۷۴ درصد، بر بعد روان‌شناختی ۷۷ درصد، بر بعد محیطی ۶۵ درصد و بر بعد اجتماعی ۷۳ درصد بوده است که نشان‌دهنده مطلوبیت میزان تأثیر آموزش امید درمانی بر ابعاد کیفیت زندگی است. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان نتیجه گرفت آموزش امید درمانی موجب بهبود ابعاد کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی شده است. توان آماری ۱ برای ابعاد مختلف کیفیت زندگی نیز نشانگر کفایت حجم نمونه می‌باشد. همچنین نتایج پیگیری نشان داد میزان تأثیر آموزش امید درمانی بر بهبود افسردگی و ابعاد محیطی، جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی کیفیت زندگی ۳۰ روز پس از اجرا نیز در سطح ۰/۰۱ معنادار می‌باشد ( $P < ۰/۰۰۱$ ).

### بحث

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که آموزش امید درمانی بر بهبود افسردگی و ابعاد کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مؤثر بوده است. فرضیه اول: آموزش امید درمانی بر بهبود افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مؤثر است.

نتایج پژوهش حاضر در زمینه افسردگی با نتایج پژوهش محققان مختلف همسو و هماهنگ است. مطالعات متعدد نشان داده است بسیاری از مادران دارای کودک

کم‌توان ذهنی احساسات شدید غم و اندوه عودکننده، احساس یاس و ناامیدی، سردرگمی، فقدان، افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند (فاست و سیور، ۲۰۰۸). همچنین تحقیقات نشان داده است از آن‌جا که مادران تعامل بیشتری با فرزندان کم‌توان ذهنی خود دارند و شاهد محدودیت‌های روزافزون آن‌ها بوده و شاید هم به دلیل حمایت افراطی آن‌ها، افسردگی، درماندگی و ناامیدی بیشتری را نسبت به پدران تجربه می‌کنند (دیا، بار دس، ۲۰۱۰). هالدی و هانزلیک (۱۹۹۰)، مک‌نب و به‌لک من (۱۹۹۸) نیز اعتقاد دارند که کودک کم‌توان ذهنی بیشترین تأثیر را بر خانواده دارد و می‌تواند واکنش‌های متعددی همچون ناامیدی، افسردگی، احساس گناه و سردرگمی را به دنبال داشته باشد (علیزاده، ۱۳۸۱).

در کشور ما تاکنون پژوهشی که به بررسی اثربخشی این رویکرد بر کاهش افسردگی و بهبود ابعاد کیفیت زندگی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی پرداخته باشد، صورت نگرفته است اما هنکینز<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) در پژوهشی به بررسی تأثیر مداخله درمانی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر، بر کاهش میزان ناامیدی بیماران بستری مبتلا به افسردگی پرداخت. او در پژوهش خود پس از ۱۰ جلسه گروهی یک ساعته پی برد که میزان امید گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش معنادار و میزان ناامیدی و افسردگی آن‌ها کاهش معناداری داشته است. یافته‌های مهمت و روزین<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) نیز نشان داد که امید به گونه‌ای پایدار با نشانه‌های کمتر افسردگی مرتبط است و امید چیزی است که می‌تواند آموزش داده شود. رئیسیان، گلزاری و برجلی (۱۳۹۰) نیز در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی زنان درمان جوی وابسته به مواد مخدر پرداخته و نتایج پژوهش نشان داد که آموزش امید درمانی در کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در افراد گروه شرکت‌کننده مورد نظر، مؤثر بوده است.

در تبیین اثربخشی این رویکرد، اسنایدر (۲۰۰۴) معتقد است افراد امیدوار در رویارویی با شرایط استرس‌زا به صورت فعال‌تری برخورد می‌کنند و از راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتر و بهتری استفاده می‌کنند. به عقیده او امید درمانی به مراجعین کمک می‌کند تا خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزند و موانع را به صورت چالش‌هایی برای غلبه بر آن‌ها از نو

1. Hankinz  
2. Mehmet, Rozien

بازآرایی کنند. به عقیده مک کلمنت و چوچینو<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) هر نوع مفهوم از امید، ویژگی‌های چند بعدی، پویایی، آینده‌نگری و فرآیندنگری آن را منعکس می‌کنند. به نظر می‌رسد روان درمانگری مثبت نگر نه تنها از طریق کاهش نشانگان منفی بلکه به گونه‌ای مؤثر و مستقیم می‌تواند از طریق ایجاد هیجانات مثبت و توانمندی‌های منش و معنا موجب تغییر آسیب‌پذیری تاب‌آوری شود. روان درمانی مثبت‌نگر نه تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد نماید بلکه می‌تواند تأثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و نیز سدی برای وقوع مجدد آن‌ها باشد.

فرضیه دوم: آموزش امید درمانی بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مؤثر است.

در ارتباط با متغیر کیفیت زندگی، پژوهش حاضر به بررسی چهار بعد اصلی شامل بعد جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی پرداخته است. بار مراقبت بسیار زیاد، فشار روانی، اجتماعی و مالی ناشی از داشتن یک کودک آسیب‌دیده از جمله عوامل تنش‌زای شدید برای خانواده فرزند آسیب‌دیده می‌باشند. این عوامل به سادگی می‌توانند بر ابعاد کیفیت زندگی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی تأثیرگذار باشند. نتایج پژوهش‌های مختلف در ارتباط با ابعاد کیفیت زندگی نشان می‌دهد که مادران کودکان کم‌توان ذهنی، دارای استرس و بحران‌های روانی بوده (شین، هان، ۲۰۰۹) و وجود کودک آسیب‌دیده سازش‌یافتگی و سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها را تهدید می‌کند و اغلب تأثیر منفی بر آن‌ها دارد (شریفی درآمدی، ۱۳۸۱؛ گوپتا، سینگل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴؛ سالویتا، ایتالینا، لینونن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). همچنین پترسون و گارویک (۱۹۹۴) و پلچت و لفسور (۲۰۰۴) نشان دادند مراقبت کردن از یک کودک کم‌توان ذهنی استرسی ایجاد می‌کند که کیفیت زندگی اعضای خانواده به ویژه مادر را از نظر جسمی، شناختی، عاطفی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهد.

چیمیک و نکولایچاک<sup>۴</sup> (۲۰۰۴) نشان دادند که امیدواری می‌تواند روند رویارویی با

- 
1. McClement & Chochinov
  2. Gupta, Single
  3. Salovita, Italinna, Leinonen
  4. Chimick, & Nekolaichak

ناملایمات زندگی را آسان کند و کیفیت زندگی را ارتقا بخشد. بنسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) در مرور مطالعات مربوط به امید می گوید سطوح بالای امید با سلامت جسمی و روان شناختی، خودارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی که از مؤلفه‌های مهم کیفیت زندگی محسوب می گردند رابطه مثبت دارد که این یافته‌ها با نتایج پژوهش کنونی همخوانی دارد. بدین صورت که امیدواری سبب سلامت روان شناختی و احساس ارزشمندی می شود و به ایجاد روابط اجتماعی جهت دریافت حمایت بیشتر و در نتیجه سلامت روان بالاتر کمک می نماید. سیندر، آیروینگ و اندرسون (۱۹۹۱) معتقدند بسیاری از ناراحتی‌ها و فشارهای جسمی ناشی از بحران‌های زندگی در واکنش به از دست دادن امید رخ می دهند و امید درمانی قادر است سلامت روانی و کیفیت زندگی افراد را بهبود ببخشد. از نظر این محققان پس از امیدافزایی شاهد افزایش سطح اقدامات خودمراقبتی، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی در افراد هستیم.

پیشنهاد می شود با توجه به اهمیت و نقش امید در بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی و کنار آمدن مؤثر مادران، از نتایج این پژوهش برای آگاه ساختن خانواده (به ویژه مادران)، مشاوران و دست اندرکاران در امر آموزش دانش آموزان کم توان ذهنی استفاده کرد. محدود شدن پژوهش به مادران کودکان کم توان ذهنی از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می رود. بنابراین در تعمیم نتایج پژوهش می باید متغیر جنسیت و نوع آسیب لحاظ گردد. همچنین پیشنهاد می شود پژوهش‌های آینده با بررسی متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش و مقایسه آن در مادران گروه‌های مختلف کودکان آسیب دیده بر غنای اطلاعات بیافزاید و توان تعمیم پذیری نتایج را افزایش دهد.

## منابع

- بخشانی، ن. (۱۳۸۱). بررسی ابعاد شخصیتی با رویدادهای استرس زا و حمایت‌های اجتماعی در افراد افسرده آزمون مدل شناختی افسردگی. *پایان نامه دکتری، انستیتو روانپزشکی تهران*.
- رئیسپان، ا، گلزاری، م، برجعلی، ا. (۱۳۹۰). اثربخشی امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمان جوی وابسته به مواد مخدر. *مجله اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، ۱۷، ۲۱-۳۹*.
- شریفی درآمدی، پ. (۱۳۸۱). *روان‌شناسی کودکان استثنایی*. تهران: روان‌سنجی.
- علیزاده، ح. (۱۳۸۱). تأثیر فرزند معلول بر خانواده (قسمت اول). *ماهنامه تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۴، ۳-۷*.
- کوهسالی، م، میرزمانی، م، محمدخانی کریملو، م. (۱۳۸۶). مقایسه سازگاری اجتماعی مادران دختران عقب‌مانده‌ذهنی آموزش‌پذیر با مادران دختران عادی شهر کاشان. *مجله توانبخشی، ۸(۲)، ۴۷-۴۰*.
- مارنات، گر. گک(بی‌تا). *راهنمای سنجش روانی*. ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو. تهران: رشد. (۱۳۸۶).
- نصیری، ح. (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) و تهیه نسخه ایرانی آن، *مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، ۳ و ۴ خرداد ماه ۱۳۸۵*.
- نصیری، ح، رضویه، ا. (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شیراز بر اساس مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)، *مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، ۳ و ۴ خرداد ماه ۱۳۸۵*.
- Banson, W. (2006). *The role of hope and study skills in predicting test anxiety level of university students high school and psychological health, self esteem, positive thinking and social communication*. These is for degree of master of science in the department of educational sciences middle esst technical university.
- Chimick, W. ., & Nikolaichak, Ch. L. (2004). Exploring the links between depression, integrity and hope in the elderly. *Journal Psychiatry, 49, 428-433*.
- Dea, M. A., Badr Dnsc. (2010). Predictors of coping in parents of children with an intellectual disability: Comparison between Lebanese mothers and fathers. *Journal of Pediatric Nursing, 25, 46-56*.

- Faust, H., Scior, K. (2008). Mental health problems in young people with intellectual disabilities: the impact on parents. *Journal of Applied research in Intellectual disabilities*, 21, 414-24.
- Gupta, A., Single, N. (2004). Positive perceptions in parents of children with disability. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 15(1), 22-35.
- Hankins, S. J. (2004). *Measuring the efficacy of the Snyder hope theory as an intervention with an inpatient population*. Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy, The university of Mississippi.
- Kirkham, A. A. (1993). Two-year follow-up of skills training with mother of children with disabilities. *AJMR*, 97(5), 509-520.
- Leung, C. Y., Piny Li-Tsang, C. W. (2003). Quality of life of parent who have children with disabilities. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 13(1), 19-24.
- Naumann, V. J. , & Byrne, G. J. (2004). WHOQOL-BRIEF as a measure of quality of life in older patients with depression, *Int Psychogeriatr*, 16, 159-173.
- Mehmet, C., Rozien, M. (2009). *You've got to have hope: studies show "hope therapy" fights depression*. Ohio State University: Anonymous. New SRX science. Atlanta.
- McClement, S. E., Chochinov, H. M. (2008). Hope in advanced cancer patients. *Eur J Cancer*, 44, 1169-74.
- McConkey, R., Truesdale-Kennedy, M., Chang, M. Y., Jarrah, S., Shukri, R. (2008). The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 65-74.
- Patterson, J. M., Garwich, A. W. (1994). The impact of chronic illness on families: A family systems perspective. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 131-141.
- Pelchat, D., Lefebvre, H. (2004). A holistic intervention program for families with a child with an intellectual disability. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 124-131.
- Peters-Scheffer, N., Didden, R., Korzilius, H. (2012). Maternal stress predicted by characteristics of children with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 696-706.
- Salovita, T., Italinna, M., Leinonen, E. (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability. A double ABCX model. *Journal Intellectual Disability Research*, 47(4), 300-20.
- Schrank, B., Stanghellini, G., Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(2), 421-433.
- Singer, G. H. (2006). Meta-analysis of comparative studies of depression in

- 
- mothers of children with and without developmental disabilities. *Am J Mental Retard*, 111(3), 155-169.
- Snyder, C. R. (2004). Hope and depression: A light in the darkness. *J Soc Clin Psychol*, 23, 347-351.
- Snyder, C. R., Rand, K. L. (2005). *Hopelessness and health*. In N. Anderson (Ed. ), *Encyclopedia of health and behavior*, Thousand Oaks, CA sage. 521-523.
- Snyder, c.R., Irving, L., Anderson, J. R. (1991). "Hope and health: Measuring the will and ways", In: C. R. Snyder D. R. Forsyth(Eds.), *Handbook of Social and clinical Psychology: The Health Perspective*. New York: Pergamon Press; 285-305.