

بررسی تاثیر امید درمانی بر بهبود کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روان شناختی مادران

کودکان عقب مانده ذهنی

*کبری کنعانی^۱، سمیرا هادی^۲، منیژه سلیمانی^۳، آزاده آرمان پناه^۴

چکیده

مقدمه: حضور کودک دارای عقب ماندگی ذهنی در خانواده، سبب پدیدآیی مشکلات روان شناختی مختلف در والدین می گردد. از جمله متغیرهای متأثر از حضور کودک ناتوان در خانواده امید، کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی است. پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر امید درمانی بر بهبود کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روان شناختی والدین مادران کودکان عقب مانده ذهنی صورت گرفته است.

روش: مطالعه ی حاضر، مطالعه ای است نیمه آزمایشی که با طرح پیش آزمون - پس آزمون، با گروه شاهد، انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمام مادران کودکان عقب مانده ذهنی شهر اصفهان بود. جهت انجام این پژوهش ۶۰ مادر دارای فرزند عقب مانده ذهنی با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه های مداخله در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای امید درمانی شرکت کردند اما گروه شاهد در زمان اجرای آزمایش مداخله ای را دریافت نکردند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه های امید، بهزیستی روان شناختی، و رضایت از زندگی بود.

یافته ها: نتایج تحلیل نشان داد که آموزش امید درمانی منجر به تفاوت معنادار میانگین نمرات گروه های مداخله در هر سه متغیر کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روان شناختی شده است ($p < 0/01$).

نتیجه گیری: درمان مبتنی بر امید به علت تمرکز بر مشکل اصلی و توجه صرف بر مفهوم امید توانسته به بهبود امید، بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مادران کودکان عقب مانده ذهنی منجر شود. بنابراین بهره گیری از این رویکرد درمانی در حل معضلات روان شناختی خانواده ها توصیه می گردد.

واژگان کلیدی: عقب مانده ذهنی، کیفیت زندگی، بهزیستی روان شناختی، امیددرمانی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۲۳

۱- کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: k.kanani@khuisf.ac.ir

۲- دانشجوی دکتری روان شناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران.

۳- کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات خراسان رضوی، مشهد، ایران.

۴- کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمینی شهر، خمینی شهر، ایران.

مقدمه

کودکان با نیازهای خاص نیازمند تربیت و آموزش ویژه اند و ممکن است به ناتوانی یادگیری، عقب ماندگی ذهنی، ناتوانی جسمی، یا مشکلات عاطفی دچار باشند (۱). عقب ماندگی ذهنی نوعی اختلال عمومی است که در آن عملکرد شناختی زیر میانگین و دارای تفاوت قابل توجه با همسالان در دو یا چند رفتار (هوشی، جسمی، روانی و اجتماعی) بوده و قبل از ۱۸ سالگی در کودک مشاهده میشود (۲). میزان شیوع این ناتوانی ۱ تا ۲ درصد جمعیت کل کشورهاست، طبق آمار سازمان بهزیستی در ایران از جمعیت ۲ میلیون و ۸ هزار معلول، ۲۸۷۹۵ نفر آنان را معلولان ذهنی تشکیل می دهند (۳و۴). همچنین مطالعات آماری در آمریکا بیانگر حضور ۰/۳ درصد جمعیت کل کشور به افراد با ضریب هوشی دو یا بیشتر از دو انحراف معیار زیر میانگین می باشد (۵).

حضور کودک ناتوان در خانواده عامل بروز مشکل و استرس بالاخص در والدین می باشد، به نحوی که مرور شواهد تجربی نشان داده است که والدین کودکان استثنایی نسبت به والدین کودکان عادی، زمان بیشتری صرف مراقبت و آموزش کودک خود می کنند در نتیجه والدین برای انجام فعالیت های خود ناتوان و زندگی اجتماعی آنها محدودتر می گردد (۶ و ۷). ضمن اینکه والدین فرآیند همراه با درد و رنج تولد و پرورش کودک را با امید به طبیعی بودن او لذت بخش می دانند، اما آگاهی از معلولیت ذهنی، جسمی یا روانی کودک تمام آرزوهای آنها را مبدل به یاس می کند و کیفیت و رضایت از زندگی، امید به آینده، بهزیستی و سلامت روان شناختی خانواده و اعضا را تحت تاثیر قرار می دهد. به طوری که کارکرد فردی و اجتماعی اعضای خانواده دچار مشکلات و آسیب های جدی می گردد (۸،۹،۱۰،۱۱،۱۲).

از زمینه های آسیب پذیر در فرایند تولد کودک دارای معلولیت ذهنی، کیفیت زندگی والدین می باشد (۱۳). بنا بر تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود از نظر فرهنگ، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایی است که کاملا فردی بوده و برای دیگران قابل

مشاهده نیست و بر درک فرد از جنبه های مختلف زندگی استوار است (۱۴). کیفیت زندگی با شرایطی که سلامت روانی و جسمانی را به خطر می اندازد در ارتباط است و یکی از این شرایط استرس زا می تواند حضور کودک با نیاز خاص در خانواده باشد (۱۱)، بدین نحو که نگرانی از کودک ناتوان، منجر به سد شدن مسیر پیشرفت خانواده، جلوگیری از رشد طبیعی و بروز الگوهای مدارای ناسازگارانه و ناکارآمد در اعضای خانواده به خصوص والدین می شود، بنابراین ناتوانی کودک نه تنها زندگی کودک، بلکه زندگی اعضای خانواده را نیز تحت تاثیر قرار داده و باعث بروز مسائلی مانند اختلال در خواب، مشکل جسمانی، نقص در تعامل اجتماعی، مسایل زناشویی، فشار مالی، محدودیت زمانی برای رسیدگی به مسایل سلامتی و قرار گرفتن طولانی مدت در معرض استرس های مزمن می گردد و تمام این مسائل مستقیم و غیرمستقیم کیفیت زندگی اعضای خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد (۱۵).

یکی دیگر از مولفه های اساسی که در خانواده کودکان با نیازهای خاص، باید به آن توجه نمود، از دست رفتن امید والدین است. امیدواری در تمام ابعاد زندگی ضروری و به معنای باور به داشتن احساس بهتر، در آینده است که با نیروی نافذ خود، تحریک کننده فعالیت فرد است تا منجر به ایجاد نیروی تازه و کسب تجربه های نو گردد (۱۶). امید یکی از منابع مقابله ای انسان در سازگاری با مشکلات و فقدان امید زمینه ساز مشکلات روان شناختی است. امید به عنوان پایه شخصیتی و منبع زندگی انسان نیرویی التیام بخش جهت افزایش بهزیستی و تندرستی است (۱۷). حضور کودک در خانواده به معنای توالی نسلی سالم منجر به امید، اعتماد و پذیرش دشواری های ناشی از تولد و رشد کودک می باشد، اما حضور یک کودک ناتوان با شرایطی که منجر به ناکام شدن همه آمال و آرزوهای والدین شود منجر به سرکوب شدن امید در والدین می شود (۱۸).

از دیگر مولفه های نیازمند به توجه در والدین دارای کودکان با معلولیت های ذهنی، سلامتی و بهزیستی روان شناختی آنان است (۱۹). بهزیستی روان شناختی اشاره به حسی از سلامتی داشته که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در

تمام جنبه های فرد را شامل میشود، هم چنین یک مفهوم سلسله مراتبی و چند بعدی با دو وجه شناختی و عاطفی است، که مولفه رضایت از زندگی وجه شناختی و مولفه های عاطفه مثبت و نبود عواطف منفی وجه عاطفی آن است (۲۰). دینر، لوکاس و اوشی (۲۱) معتقدند که بهزیستی روان شناختی همان است که افراد به آن احساس رضایت می گویند و یکی از شرایط ایجاد کننده عدم رضایت و عاطفه منفی، تولد کودک ناتوان در خانواده است که مشکلاتی را برای اعضای خانواده رقم میزند و رضایت آنها از زندگی را متاثر می کند. احساس بهزیستی برای انسان جهت تأمین سلامت روانی، جسمانی، افزایش طول عمر و ثبات شادکامی اهمیت دارد. در واقع بهزیستی روانی یا رضایت از زندگی بزرگترین آرزو و مهم ترین هدف زندگی بشر است که بیش از هر عامل دیگری بهداشت روانی افراد را تحت تاثیر قرار می دهد (۲۲).

روش های درمانی مختلفی برای افزایش مولفه های روان شناختی والدین دارای کودکان با معلولیت های ذهنی به کار گرفته شده است. یکی از انواع درمان ها که تا به حال توجه زیادی به آن نشده است، امید درمانی می باشد. روشن شده است که امید با کارایی درمانی ارتباط دارد و اصولاً به عنوان یک عنصر ضروری برای بهبود بیماران در نظر گرفته می شود (۱۷). چرا که در کنار سایر روش های درمانی روان شناختی درمان های مبتنی بر امید تنها روشی هستند که امید را به عنوان هدف اصلی مدنظر قرار داده و یک نظام درمانی کوتاه مدت، نیمه ساخت یافته و جدید مبتنی بر سه مولفه اصلی هدف، عامل و گذرگاه را پدید می آورد. بدین معنا که موفقیت در دستیابی به اهداف، منجر به هیجان مثبت و شکست در آن منجر به هیجان منفی می شود. افراد امیدوار، گذرگاه های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و زمان برخورد با موانع می توانند انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه های جانشین استفاده کنند. اما افراد ناامید به دلیل کمبود گذرگاه های جانشین در برخورد با موانع به راحتی انگیزه خود را از دست داده و دچار هیجان منفی می شوند که این امر منجر به افسردگی می شود. در امید درمانی سعی می شود این سه مولفه

اصلی در مراجع با ترکیب اصول مداخلات مبتنی بر شرح حال و تمرکز بر حل مسائل شناختی رفتاری، افزایش یابد. براساس نظریه اشنايدر، تغيير امید یک فرایند یادگیری است و درمانگر با مداخله و با استفاده از برنامه های آموزشی مختلف به افزایش امید و تفکر امیدوارانه مراجع کمک می کند (۸). پژوهشگران نشان می دهند که امید درمانی با انواع پیامدهای افزایش میزان امید (۲۳،۲۴،۲۵)، بهزیستی روان شناختی (۲۶،۲۷،۲۹)، کیفیت زندگی (۳۰،۳۱) ارتباط دارد.

تا به حال در ایران پژوهشی جهت بررسی تاثیر امید درمانی بر بهبود مولفه های کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روان شناختی والدین کودکان با عقب ماندگی ذهنی صورت نپذیرفته است. لذا با توجه به مبانی نظری، به نظر می رسد که امید درمانی می تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی، امیدواری و بهزیستی روان شناختی در نزد این والدین شود. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر امید درمانی بر بهبود کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روان شناختی والدین کودکان عقب مانده ذهنی بود.

روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ روش، به دلیل شیوه نمونه گیری در دسترس، یک طرح نیمه تجربی پیش آزمون، پس آزمون با گروه شاهد بود که در آن از سه گروه مداخله (گروه کیفیت زندگی، گروه امید و گروه بهزیستی روان شناختی) و یک گروه شاهد استفاده گردید. جامعه آماری پژوهش را کلیه مادران کودکان عقب مانده ذهنی شهر اصفهان تشکیل می دادند که فرزندان آنان در مدارس ابتدایی استثنایی مشغول به تحصیل بودند. به منظور انجام این پژوهش، از دو آموزشگاه ابتدایی استثنایی، به شیوه نمونه گیری در دسترس، تعداد ۶۰ مادر (۳۲) دارای فرزند عقب مانده ذهنی انتخاب و به شیوه تصادفی در گروه های مداخله و شاهد گمارده شدند (۱۵) مادر در گروه مداخله کیفیت زندگی، ۱۵ مادر در گروه مداخله امید، ۱۵ مادر در گروه مداخله بهزیستی روان شناختی و ۱۵ مادر در شاهد گواه). بنابراین معیار ورود به پژوهش، داشتن فرزند

مداخلات آموزشی را دریافت می کردند، بدین صورت که گروه های مداخله به سه گروه کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روان شناختی تقسیم و هر گروه جداگانه مداخله آموزشی (جدول یک) را دریافت نموده و فقط به پرسشنامه مربوط به گروه خود پاسخ می داد. این در حالی بود که گروه شاهد مداخله ای را در طول پژوهش دریافت نکرد. افراد هر دو گروه، پرسشنامه های کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روان شناختی در قبل و بعد از مداخلات آموزشی تکمیل نمودند.

عقب مانده ذهنی و آمادگی جهت شرکت در پژوهش و معیار خروج، داشتن فرزند با اختلال و یا ناتوانی دیگر بود. متغیر مستقل در این پژوهش امید درمانی و متغیرهای وابسته کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روان شناختی مادران کودکان عقب مانده ذهنی بود. اجرای متغیر مستقل بدین صورت بود که جلسات آموزشی طی ۸ جلسه آموزشی گروهی و هفته ای یک جلسه در طی ۳ ماه به وسیله پژوهشگر و همکارانش در مرکز مشاوره و خدمات روان شناختی ذهن آرا اصفهان انجام شد. لازم به ذکر است که گروه های آزمایش به شکل مجزا

جدول ۱: مداخلات آموزشی امید درمانی

پیش جلسه	آشنایی اولیه با اعضای گروه آزمایش، ایجاد اعتماد در افراد گروه نمونه نسبت به حفظ اطلاعات اعضا، اجرای امید، بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی.
جلسه اول و دوم	بیان رابطه حضور کودک معلول ذهنی در خانواده و سلامت روانی اعضا بررسی و نحوه تاثیر کودک عقب ماندگی ذهنی بر امید، بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی اعضا انتخاب اهداف درمانی و تشخیص آماج ها برای مداخله، شناخت مشکل و مسائل اساسی خانواده، بکارگیری فنون امیدمحوری شامل اجرای روش های درمانی تسکینی و نفوذی (گوش دادن توجه آمیز، درک همدلانه و طرح سوالات بسته و باز)
جلسه سوم و چهارم	مرور تکالیف جلسه گذشته ارائه اهداف و توافق بر سر دستور کار جلسات سوم و چهارم استفاده از فنون مداخلاتی راه حل محور معرفی مفهوم، اصول و مبانی امید درمانی و مولفه های امید، تمایز بین امید واقعی و امید واهی به شرکت کنندگان با تاکید بر مثال هایی از فرهنگ ایرانی - اسلامی.
جلسه پنجم و ششم	استفاده از فنون روایتی و داستانی در زمینه امید با تاکید بر نقش امیددهی ادیان به خصوص دین اسلام به منظور امید سازی یا القای امید تفسیر وقایع از منظر دین و روان شناسی مثبت جهت دادن بیماران به زمان حال و آینده به جای ماندن در گذشته تشویق بیماران به نوشتن مطالب از طریق گفتن داستان خود، رابطه آن با داشتن بحران در زندگی و ارائه آن در جلسه بعدی درمان.
جلسه هفتم و هشتم	گوش دادن به داستان بیماران با توجه به تکلیف ارائه شده در جلسه قبل تعیین مراحل هدف گزینی در زندگی، استفاده از فنون مختلف هدف گزینی و خلق اهداف روشن و عملی رفع موانع ذهنی امید با استفاده از فنون امید درمانی تعیین میزان مداخلات امید محورانه با تاکید بر سلامت روانی و نقشی که مولفه های کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روان شناختی در تامین آن دارند. تحکیم اثر مداخلات درمانی متمرکز بر امید بر بیماران.
اجرای پس آزمون	اجرای پرسشنامه های کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روان شناختی پس از اتمام مداخله.

ابزارهای پژوهش

روایی همزمان اشنایدر و همکاران همبستگی این مقیاس را با مقیاس افسردگی بک ۰/۴۴- گزارش کرده اند (۳۵). همبستگی مثبت معنادار بین این مقیاس با عاطفه مثبت، خوش بینی، رضایت از زندگی و عزت نفس؛ و همبستگی منفی معنادار با اضطراب و بدبینی نیز به دست آمده است. کرمانی و همکاران (۳۶) همبستگی معناداری بین این پرسشنامه با عاطفه مثبت و خوش بینی به دست آوردند. هم چنین آنان پایایی این پرسش نامه را با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۶ و با روش بازآزمایی

۱. امید اشنایدر: مقیاس امید اشنایدر براساس نظریه امید اشنایدر، امید را به عنوان یک ویژگی شخصیتی نسبتاً ثابت ارزیابی می کند (۳۳). این مقیاس در مورد همه افراد از جمله بیماران روانی و برای افراد ۱۵ سال و بالاتر کاربرد دارد (۳۴). در روایی همزمان، همبستگی مثبت با خوش بینی و عزت نفس و رابطه منفی با ناامیدی و افسردگی به دست آمد (۳۴). در

پرسشنامه در ایران توسط نجات و همکاران (۳۹) استاندارد سازی شده است. نجات و همکاران، روایی محتوا و تشخیصی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده اند و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی برای حیطه های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ به دست آورده اند و همسانی درونی حیطه های مختلف آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افراد سالم و بیمار بین ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ محاسبه کرده اند. در پژوهش مرادی و همکاران (۴۰) پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شده بود. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز به وسیله آلفای کرونباخ و به میزان ۰/۸۹ به دست آمد.

ملاحظات اخلاقی

جهت رعایت اخلاق در پژوهش طی پذیرشی از افراد نمونه جهت شرکت در جلسه ای توجیهی دعوت به عمل آمد و فرایند شرکت در پژوهش برای آنها به صورت کامل شرح داده شد. سپس این افراد به صورت داوطلبانه حاضر به شرکت در پژوهش گشتند. هم چنین به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به شکل محرمانه در نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند. هم چنین به گروه شاهد نیز این اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهش، این مداخلات درمانی را دریافت خواهند نمود.

تجزیه و تحلیل داده ها

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از میانگین، انحراف معیار و برای تعیین تاثیر امید درمانی بر بهبود کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روان شناختی مادران کودکان عقب مانده ذهنی از آزمون تحلیل کواریانس (به دلیل کنترل متغیرهای مداخله گر) استفاده شد.

یافته ها

در این بخش داده های پژوهش با استفاده از نرم افزار ۲۱ SPSS در سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شده است. ابتدا میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش ارائه شده و سپس برای بررسی فرضیه ها از روش تحلیل کواریانس (به دلیل

برابر با ۰/۸۱ بدست آورده اند. مقیاس ۱۲ سوالی با لیکرت ۴ درجه ای از کاملا مخالف تا کاملا موافق است. افراد در این پرسشنامه نمره ای بین ۱۲ تا ۴۸ به دست می آورند. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به روش همسانی درونی و با آزمون آلفای کرونباخ محاسبه و با میزان ۰/۸۹ تایید گردید.

۲. مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف فرم

کوتاه (۱۸ سوالی): این پرسشنامه برای ارزیابی شش جنبه بهزیستی روان شناختی طراحی شده است. فرم اصلی دارای ۱۲۰ سوال است ولی در بررسی های بعدی فرم های کوتاه تر ۸۴، ۵۴ و ۱۸ سوالی نیز پیشنهاد گردید. فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف ۱۸ سوال دارد و شامل شش بعد است (هر بعد سه سوال). همبستگی فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (۳۷). در پژوهش سفیدی و فرزاد (۳۸) برای محاسبه ی پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب پایایی برابر با ۰/۷۳ و برای عوامل به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۷۲، ۰/۶۵ و ۰/۷۵ به دست آمد. در این پرسشنامه پاسخ به هریک از ۱۸ سوال بر روی یک طیف ۶ درجه ای (از کاملا مخالف تا کاملا موافق) مشخص می شود (۳۸). افراد در این پرسشنامه نمره ای بین ۱۸ تا ۱۰۸ به دست می آورند. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به روش همسانی درونی و با آزمون آلفای کرونباخ محاسبه و با میزان ۰/۸۷ تایید گردید.

۳. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت

جهانی: فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی با ادغام برخی از حیطه ها و حذف تعدادی از سوالات ایجاد شده است. پژوهش ها نشان داده اند که دو فرم این پرسشنامه با همدیگر همخوانی رضایت بخشی دارند. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می سنجد و ۲۶ سوال دارد که دو سوال اول کلی است و به هیچ یک از حیطه ها مربوط نمی شود (۱۴). این پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای نمره گذاری می شود. افراد در این پرسشنامه نمرات بین ۲۴ تا ۱۲۰ به دست می آورند. این

مادران دارای سطح تحصیلات سیکل تا کارشناسی ارشد بوده که در این بین تحصیلات دیپلم (۳۰/۳ درصد) دارای بیشترین فراوانی بوده است.

کنترل نمرات پیش آزمون) استفاده شده است. نتایج یافته های جمعیت شناختی نشان داد که افراد گروه نمونه پژوهش دارای طیف سنی ۳۰ تا ۴۷ ساله بوده اند که طیف سنی ۳۰ تا ۳۵ ساله دارای بیشترین فراوانی بوده اند (۳۳/۶ درصد). هم چنین این

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار گروههای مداخله و شاهد در مراحل پیش و پس آزمون

گروه	مرحله	کیفیت زندگی		امید		بهزیستی روان شناختی	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه های	پیش آزمون	۵۷/۰۶	۷/۱۸	۲۳/۶۶	۲/۴۳	۶۰/۷۳	۶/۱۳
مداخله	پس آزمون	۶۸/۲۰	۵/۳۴	۳۱/۴۰	۱/۸۴	۶۶/۶۰	۲/۳۸
گروه	پیش آزمون	۵۵/۵۰	۷/۱۹	۲۳/۲۰	۲/۵۹	۵۶/۹۶	۶/۷۷
شاهد	پس آزمون	۶۱/۵۰	۸/۵۳	۲۷/۶۳	۴/۲۷	۶۰/۰۶	۷/۷۹

آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. قبل از اجرای آزمون، برقرار بودن برخی از مهمترین مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. همانطور که جدول (۳) نشان می دهد شرط تساوی واریانس‌ها در هر سه متغیر رعایت گردیده است.

با توجه به جدول فوق مشخص می گردد که میانگین متغیر های کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روان شناختی گروه های مداخله در مرحله پس آزمون نسبت به گروه شاهد افزایش داشته است. جهت بررسی تفاوت میانگینها پس از حذف اثر متغیر همپراش (پیش آزمون) از متغیر وابسته (پس آزمون) از

جدول ۳: آزمون لوین برای بررسی پیش فرض های یکسانی واریانس ها

متغیر	نمره F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
کیفیت زندگی	۰/۰۰۸	۱	۲۸	۰/۹۲
امید	۰/۰۰۱	۱	۲۸	۰/۹۶
بهزیستی روان شناختی	۱/۲۷	۱	۲۸	۰/۲۸

با بررسی جدول فوق مشخص می گردد، شرط یکسانی واریانس ها رعایت گردیده و با رعایت سایر پیش فرض ها آزمون F با محدودیتی روبرو نمی باشد.

جدول ۴: خلاصه نتایج تحلیل کواریانس اثر امید درمانی بر بهبود کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روان شناختی مادران کودکان عقب مانده ذهنی

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۰/۰۲	۱	۰/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۰/۰۱	۰/۰۵
	گروه	۱۲۷۸/۳۱	۱	۱۲۷۸/۳۱	۴۵/۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲	۱
امید	پیش آزمون	۰/۰۱	۱	۰/۰۱	۰/۰۰۳	۰/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۰۵
	گروه	۴۱۲/۱۸	۱	۴۱۲/۱۸	۱۰۵/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹	۱
بهزیستی روان شناختی	پیش آزمون	۳۱/۲۵	۱	۳۱/۲۵	۱/۸۶	۰/۱۸	۰/۰۶	۰/۲۶
	گروه	۱۰۶۷/۶۱	۱	۱۰۶۷/۶۱	۶۳/۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰	۱

همانطور که جدول فوق نشان می دهد مداخله آموزش امید درمانی در هر سه متغیر کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روان شناختی توانسته منجر به افزایش معنادار عملکرد در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد در مرحله پس آزمون گردد. متغیر مستقل در متغیرهای وابسته ی کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روان شناختی به ترتیب ۶۲ درصد، ۷۹ درصد و ۷۰ درصد

واریانس تغییرات را تبیین می نماید. این نتایج حاکی از آن است که امید درمانی منجر به بهبود عملکرد افراد در متغیرهای کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روان شناختی شده است.

بحث

یافته های پژوهش فوق نشان داد مداخله امید درمانی در متغیرهای وابسته ی کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روان شناختی به ترتیب ۶۲ درصد، ۷۹ درصد و ۷۰ درصد واریانس تغییرات را تبیین می نماید. که همسوی با یافته های پژوهشی در جهت اثربخشی امید درمانی با انواع پیامدهای افزایش میزان امید (۲۵،۲۴،۲۳)، بهزیستی روان شناختی (۲۶،۲۷،۲۸،۲۹) و کیفیت زندگی (۳۰،۳۱) می باشد.

در تبیین یافته های فوق باید اذعان نمود که:

در رویکرد سنتی حاکم بر حوزه روان شناسی، تاکید محققان بر ابعاد منفی سلامتی بوده است. به این معنی که سلامتی روانی در قالب نبود بیماری روانی، ضعف و ناکامی تعریف شده است. اما از حدود دهه ی ۱۹۶۰ با تغییر تمرکز از بیماری یابی و درمان به پیشگیری و مطالعه خوب بودن و رشد، دیدگاه متفاوتی به موضوع سلامت روانی شکل گرفته است که براساس آن سلامت روانی داشتن ویژگی های مثبت مانند روابط اجتماعی موفق، عزت نفس و احساس کارآمدی است و وظیفه روان شناس، مطالعه این ویژگی ها و کمک به ارتقای آن است. بنابراین هدف رویکرد اخیر، مطالعه نیرومندی ها و شادمانی انسان ها و توجه به نقاط ضعف و قوت، تقویت داشته ها و بنا نهادن ویژگی های مثبت است. با تغییر موضع روان شناسی و توجه به ابعاد مثبت زندگی، توجه به خانواده های کودکان عقب مانده ذهنی نیز جلوه تازه ای به خود گرفته است. مدافعان این مکتب معتقدند با وجود اینکه چنین رخدادی موقعیتی تنش آفرین به شمار می رود، اما در طول زمان مادران و اکثر اعضای خانواده تا حدود زیادی با آن سازگار می شوند (۴۱). نتایج پژوهش ها نشان داده اند که مادران، وجود فردی با عقب ماندگی ذهنی را تجربه ای توانمندساز تلقی کرده اند و وی را منبع لذت، عشق، حس هدف و معنی داشتن در زندگی، افزایش تحمل، افزایش یکپارچگی و انسجام خانواده و بالا رفتن سطح درک و رشد شخصی به شمار آورده اند (۴۲)، اما این نتیجه همیشگی نیست و برای برخی تا سالها سازگاری رخ نمی دهد، بنابراین یکی از گزینه های مطروح و قابل تامل استفاده از

مکانیسم های درمانی حوزه روانشناسی مثبت مانند امید درمانی، درمان مبتنی بر سخت رویی، آموزش شادکامی و ... می باشد که در یافته های پژوهشی گوناگون تاثیرات مثبت آنان به دفعات تکرار شده است و در این پژوهش تاثیر مثبت امیددرمانی بر بهزیستی روان شناختی، امید و کیفیت زندگی نیز با این تبیین حاصل شده است.

روان شناسی مثبت نگر، سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان شناختی تلقی و آن را در قالب اصطلاح بهزیستی روان شناختی مفهوم سازی کرده است. از این منظر بهزیستی روان شناختی، کارکرد بهینه روان شناختی است. به عبارت دیگر توجه به ابعاد درمانی مثبت گرا در حوزه مشکلات فردی و خانوادگی منجر به رشد بهزیستی روان شناختی از طریق رشد واکنش های عاطفی و شناختی به ادراک ویژگی ها و توانمندی های شخصی، درک پیشرفت بسنده از طریق عوامل موثر دیگر، نحوه تعامل کارآمد و موثر با جهان، پیوند و رابطه مطلوب اجتماعی با جمع، برون ریزی و تخلیه هیجانی در طول زمان می شود، ضمن اینکه خانواده های کودکان عقب مانده ذهنی، درگیر یک پیش داورى نابرابر در مقابل مشکل فرزند خود هستند و آن هم مسری بودن و دید منفی نسبت به این مشکل می باشد، هر چند مسائل مربوط به این کودکان و و زمانی که مراقبت از این کودکان به خود اختصاص می دهد منجر به کاهش روابط اجتماعی و انزوا می گردد، اما حضور در گروه درمانی و آشنایی با کسانی که مشکلی مشابه را دارند و جلب حمایت اجتماعی خود عاملی در جهت تبیین مثبت مشکلات روبرو و حل مسالمت آمیز آنان خواهد شد. رشد و تغییر در مولفه های پژوهشی مطمئناً به صرف راهبرد درمانی نخواهد بود و عوامل موثر دیگری مانند ویژگی های شخصیتی مراجعان نیز موثر خواهد بود که به شکلی غیرمستقیم می تواند تحت تاثیر برنامه درمانی و اثرگذار بر موفقیت پروتکل درمانی باشد. یکی از این ویژگی های شخصیتی که در بروز تنش و آسیب به بهزیستی روان شناختی موثر است و به نظر می رسد نقش میانجی را در درک شدت تنش و سازش با آن ایفا می کند، شیوه مقابله با تنیدگی است. مقابله را می توان فرایند فعال و

تلاش بیشتری دارد و به مهارت ها و اهداف خود اطمینان دارند و برآنان تمرکز می کنند (۴۵).

برنامه درمانی در این پژوهش مبتنی بر این اصول و کاهش عواطف منفی از طریق برون ریزی هیجانی در قالب داستان، صحبت کردن درباره مشکلات و رها شدن از گذشته می باشد، به نحوی که آتونی، اونگ و برگمن (۴۶) پیشنهاد می کنند که امید از طریق حفظ عاطفه ی منفی در سطح پایین فایده حمایتی برای افراد دارد و به بهبود سازگارانۀ فرد منجر می شود. همچنین یک ارتباط پویا بین امید، استرس و هیجان ها وجود دارد که در افراد با امید بالا، استرس ها تقلیل می یابد، آنها به گونه ای موثرتر از مشکلات هیجانی بهبود می یابند و در نتیجه رضایت و کیفیت زندگی آنها نیز افزایش می یابد. امید و کیفیت زندگی با یکدیگر رابطه دارند بطوری که یکی از مولفه های اساسی در معنا و کیفیت زندگی، امید است. درمان مبتنی بر امید، درمانی روان شناختی به همراه راهبردهای رفتاری است، که وجود این راهبردهای رفتاری، گامی در جهت فعال کردن مراجع می باشد تا فعالانه اهداف تعیین شده را دنبال کند که خود می تواند عاملی در جهت افزایش بهزیستی روان شناختی یا لذت روانی از زندگی نیز باشد.

امید درمانی یکی از جدیدترین درمانها در حوزه روانشناسی مثبت نگراست که میتواند در ارتقای سطح کیفیت زندگی نقش داشته باشد. اسنایدر بنیانگذار نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، امید را به عنوان سازهای شامل دو مفهوم این گونه تعریف می کند: "توانایی طراحی گذرگاههایی به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و عاملیت یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاهها" (۴۷). به نظر او انسان دارای نیمه مثبت و نیمه منفی است و اکنون هنگام آن است که علاوه بر آسیب پذیرها، به توانمندیها و جنبه های مثبت وجود انسان توجه شود. در محور این نیمه مثبت، توجه به امید قرار دارد (۴۸). یقیناً مزیت اصلی امید درمانی نسبت به سایر درمانهای روانشناختی، ایجاد تفکر امیدوارانه نسبت به زندگی و فائق آمدن بر مشکلات و اثرات مخرب آن در سطوح مختلف زندگی میباشد. در پژوهش بایلی، ونینینگ، فریچ و اسنایدر خرده مقیاس

هدفمند پاسخدهی به موفقیت هایی که دشوار یا تنیدگی زا ارزشیابی می شوند، تعریف کرد. براین اساس راهبردهای مقابله ای دربرگیرنده ی تلاش های رفتاری، هیجانی و شناختی هستند که برای مدیریت تنیدگی ها و ناراحتی ها ضروری اند. امید داشتن و امیدوار بودن یکی از راهبردهای مقابله ای موثر در مواجهه با تنش هاست، به نحوی که افراد امیدوار در زندگی عاملها و گذرگاههای بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و هنگامی که با موانع برخورد میکنند، انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاههای جانشین استفاده میکنند. اما افراد ناامید به دلیل این که عامل و گذرگاههای کمتری دارند در برخورد با موانع، انگیزه خود را از دست داده و دچار هیجان های منفی میشوند. به عبارت دیگر، مؤلفه عامل یا کارگذار یک باور شخصی است که باعث میشود فرد احساس کند که میتواند 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 همین راستا امروزه پژوهشگران معتقدند که ایجاد بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی، انسانها را به سمت موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایتگرانه سالمتر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتر، رهنمون می سازد (۴۳، ۴۴). ضمن اینکه تغییری که در این پژوهش بالاترین میزان اثرپذیری را نشان داده است، متغیر امید می باشد. در واقع، امید نیروی مثبتی است که انگیزش، پیشبرد اهداف و سازگاری را افزایش می دهد و قدرت نگهداری انرژی افراد در زندگی و ایجاد آن، جز ماهیت امید است، افرادی که امید بالایی دارند ممکن است محرک های قوی تر و انرژی بیشتری برای پیگیری اهداف خود داشته باشند و این به انگیزش آنها برای شرکت فعالانه در فرایند حل مساله و رفتارهایی که موجب رشد و بالندگی می شود برمی گردد. افراد با امید بالا در یافتن راه های جایگزین برای دستیابی به اهداف خلاق ترند. انگیزه بیشتری برای دنبال کردن آنها دارند و مهم اینکه قادر به درس گرفتن از موفقیت ها و شکست های قبلی برای دستیابی به اهداف آینده هستند، آنها اهدافی را انتخاب می کنند که نیاز به

کارگزار در مقیاس امید بزرگسالان، دارای بالاترین قدرت پیشین برای متغیر کیفیت زندگی بود.

از دیدگاه فلدمن و اسنایدر و بر پایه نظریه اسنایدر، در تبیین این یافته میتوان گفت که برخوردار بودن از یک تفکر امیدوارانه و داشتن منابع کافی برای رسیدن به اهداف سبب معنادار شدن زندگی میگردد. به بیان دیگر بین این دو متغیر یک ارتباط تعاملی وجود دارد. یعنی افزایش امید منجر به افزایش معنا در زندگی میشود و افزایش معنا سبب افزایش امید یا تفکر هدفدار میشود که بر اساس یافته های پژوهش فلدمن و اسنایدر افزایش معنا و امید به صورت تعاملی منجر به افزایش بهزیستی روانشناختی و عواطف مثبت و کیفیت زندگی می گردد (۴۹).

از نظر اسنایدر سه الگوی انسداد هدف وجود دارد که فرد را مستعد ابتلا به افسردگی و پیامدهای آن نظیر انزوا؛ اول مسدود شدن یک هدف مهم یا اساسی، دوم انتخاب اهدافی که رضایتبخش نیستند و سوم انتظار تعمیم یافته برای شکست. همچنین از نظر او، از دست رفتن عامل با انسداد هدف و ناتوانی در ایجاد گذرگاههای مناسب می تواند زمینه ناکامی و پایین آمدن بهزیستی روانشناختی را فراهم سازد (۵۰). در امیددرمانی سعی بر این است که این الگوها در بیمار اصلاح شود. به این منظور به آنها آموخته میشود تا اهداف، گذرگاهها و عامل بیشتری در خود ایجاد کنند و با تمرکز بر موفقیت های گذشته به تعمیم انتظار برای موفقیت بپردازند و خود را درگیر گذشته نکنند و زندگی را در حال و آینده در جریان ببینند. در مورد تأثیر امیددرمانی اسنایدر معتقد است افرادی که از سطوح بالای امید برخوردارند، در زندگی خود به اندازه سایرین شکست هایی را تجربه کرده اند. اما این باور را پرورش داده اند که میتوانند با چالش سازش کنند و با ناملایمات کنار بیایند.

تحقیقات اسنایدر و لویز (۵۱) نشان می دهد که مداخله مبتنی بر امید می تواند برخی از توانایی های روان شناختی را افزایش دهد و علائم آسیب شناسی روانی را کاهش دهد. در واقع ارتقای امید برای افراد با بیماری مزمن نیز منجر به افزایش کیفیت زندگی خواهد شد، چرا که افزایش سطح امید باعث

افزایش سطح خود مراقبتی، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی مراجعان می گردد.

از سوی دیگر امید دارای همبسته های زیست شناختی متعددی می باشد، مثل کارکرد موثر دستگاه ایمنی، افزایش اکسی توسین اندروفینی که فرد را در تحمل فشار و سختی کمک می کند. بنابراین ترکیب روان شناختی و زیست شناختی امید می تواند در مراجعان منجر به افزایش کارآمدی و کنار آمدن موثر شامل ارزیابی مجدد، حل مساله مدار رویدادهای فشارزای زندگی، جست و جوی حمایت اجتماعی شده و عوامل افزایش دهنده سلامتی منجر به افزایش امید، بهزیستی روان شناختی و در نتیجه کیفیت زندگی گردد.

این پژوهش محدودیت هایی نظیر محدودیت جغرافیایی و نمونه پژوهش منحصر به مادران کودکان عقب مانده ذهنی داشت که باید در تعمیم نتایج به دیگر شرایط و افراد جانب احتیاط را رعایت کرد.

نتیجه گیری نهایی

مادران کودکان عقب مانده ذهنی به سبب درگیری فیزیکی و ذهنی زیاد با مشکلات کودکان عقب مانده ذهنی خود، امید به آینده تحریف شده ای دارند. این فرایند بدین سبب است که هر چقدر سعی در حل مشکلات کودکان عقب مانده خود دارند، پیشرفت کمی را از آنان در زمینه های گوناگون مشاهده می کنند. لذا امیددرمانی می تواند به عنوان یک روش درمانی موثر در جهت افزایش امید، کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی این افراد به کار بسته شود.

منابع

- 1- Dictionary of Psychological Association America, Translation of translators, Tehran: Aras Publication. (2013).[In Persian].
- 2- Demirel M. Primary School Curriculum for Educable Mentally Retarded Children: A Turkish Case. *US-China Education Review*.2010; 7(3):79-89.
- 3- Koohsali M, Mirzamani M, Karimlo M, Mirzamani M. Comparison of social adjustment in mothers of educable mentally retarded daughter. *Journal of Behavioral Sciences*.2008;2(2):165-72.[In Persian].
- 4- Afrooz Gh. An introduction of psychology and education of exceptional children.Tehran: Tehran University Press; 2007. [In Persian].
- 5- Kratochwill TR, Morris RJ. The practice of child therapy. 4th ed. Mahwah, NJ: Erlbaum;2007: 463-70.
- 6- Hedda M, James Halle W, Aaron Ebata T. Families with children who have autism spectrum disorders: stress and support. *Social science journals*.2010;77(1):7-12.
- 7- Mallers MH, Shevaun D, Neupert MD, Almeida A. Perceptions of childhood relationship with mother and father: daily emotional and stressor experiences in adulthood.*Developmental psychology*. 2010; 46(6): 1651-61.
- 8- Snyder CR, Lopez S. Striking a balance: A complementary focus on human weakness and strength. In S. J. Lopez C. R. Snyder (Eds). *Models and measures of positive assessment*. Washington DC: American Psychological Association; 2003.
- 9- McConkey R, Truesdale-Kennedy M, Chang M, Jarrah S, Shukri R. The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *International Journal of Nursing Studies* (in press) Published On-line October 2006.
- 10- Schieve LA, Blumberg SJ, Rice C, Visser SN, Boyle C. the relationship between autism and parent ng stress. *Pediatrics*;2007; 1: 114-21.
- 11- Warschburger P, Buchholz H T, Pterman F. Psychological adjustment in parents of young children with atopic dermatitis: which factors predict parental quality of life. *Br journal dematol*.2008; 150(2): 304-11.
- 12- Kiani F, Poodineh Z. The comparative survey of life quality between mothers of mentally retarded, cerebral palsy and healthy children. *Zahedan Journal Research Medicine Science*. 2011;13(1):15. [In Persian].
- 13- Davis E, Shelly A, Waters E, Boyd R, Cook K, Davern M. The impact of caring for a child with cerebral palsy: quality of life for mothers and fathers. *Child: Care, Health and Development* .2010;36(1):63-73.
- 14- Bonomi AE, Patrickm DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the world Health Organization Quality of Life (WOQOL) instrument .*Journal of Clinical Epidemiology*.2000;53(1):19-23.
- 15- Dannel ZT. Life Stress , Materanal optimism and Adolescent Competence Single Mother African Families. *Journal of Family Psychology*.2010 ; 24(4):468-477.

- 16- Darrodi H. The effectiveness of group therapy based on the life satisfaction of women with dependent spouse, MS Thesis, Tehran University of Social Welfare, 2012. [In Persian].
- 17- Werner S. Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. *Journal of Psychiatry Research*.2012;14(2):1-6.
- 18- Narimani M, Agha Mohammadi H, Rajabi S. Compared of general health between parents of exceptional children with children of normal. *Journal of Mental Health Skills*.2007;5(6):15-24. [In Persian].
- 19- Herring S, Gray J, Taffe K, Sweeney D, Eifeld S. Behavior and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning . *Journal of Intellectual Disability Research*.2006;12:874–82.
- 20- Ata Dokht A, Nourozi H, Ghafari O. The impact of education in promoting psychological and social problem solving and resiliency of children with learning disabilities. *Learning Disabilities*.2013;3 (2): 92-108. [In Persian].
- 21- Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, subjective well-being: Emotional and cognitive evaluation of life. *Annual Review of psychology*. 2003;54(17):403-25.
- 22- Diener E, Emmons R, Larsen R, Larsen R, griffin S. The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*.1991; 49:71-5.
- 23- Cheavens SJ, Gum A, Feldman BD, Micheal ST, Snyder CR. A group intervention to increase hope in a community sample. Poster presented at American Psychological Association, San Francisco.2001.
- 24- Hankins SJ, Measuring the efficacy of the Snyder hope theory as an intervention with an inpatient population. A dissertation presented for the doctorate of philosophy, the University of Mississippi.2004.
- 25- Ala Aldini Z, Kajbaf M, Molavi H. Effectiveness of group therapy in the hope of hopes and mental health. *Research on psychological health*.2007;1 (4):67-76. [In Persian].
- 26- Ong AD, Edwards LM, Bergemen CS. Hope as a source of resilience in later adulthood. *Journal of Personality and Individual Differences*.2006;41(4):1263- 73.
- 27- Snyder CR, Tsukasa K. The relationship between hope and subjective wellbeing: Reliability and validity of the dispositional hope scale, Japanese version. *Japanese Journal of Psychology*.2005; 76(3):227-34.
- 28- Schrank B, Stanghellini G ,Slade M. Hope in psychiatry: a review of the literature. *Journal of Act Psychiatric Scandinavia*.2008;118(22):421–33.
- 29- Movahedi Y, Baba Pour KH, Movahedi M. The effectiveness of group-based approach to increasing the hope and psychological health expectancy students. *Journal of School Psychology*.2013;3(4) : 116-30. [In Persian].
- 30- Ghezelsfelo M, Esbati M. Effectiveness hope therapy The quality of life in men HIV. *Thought and Behavior in clinical psychology*. 2012; 2(6):89-90. [In Persian].
- 31- Sotodeh Asl N, Neshat Dust HT, Kalantari M, Talebi H, Khosravi AR. Comparison of Effectiveness of Two Methods of Hope Therapy and Drug Therapy on the Quality of Life

in the Patients with Essential Hypertension. *Journal of Clinical Psychology*.2010; 1:27-34.[In Persian].

32- Delavar A. *Research Methods in Psychology and Education*. Fourth Edition. Tehran: Virayesh Publication. 2008. (In Persian).

33- Khalaji T. Investigate the relationship between hope, the source of inhibition and academic achievement of Tehran during the 86-85 school year. MA Thesis Psychology, School of Psychology, University of Al Zahra.2007. [In Persian].

34- Kohsarian P. Effectiveness of hope therapy on depression in women with diabetes in Semnan Diabetes Research Center, Master's thesis, students of General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University.2008. [In Persian].

35- Domaine G, Domaine AL. *Psychological testing: an introduction*. New York Millburn. Cambridge university press.2006.

36- Kermani Z, Khoda Panahi M, Heydari M. Psychometric characteristics of Schneider hope. *Journal of Applied Psychology*.2011; 5(3): 7-23. [In Persian].

37- Ryff CD, Singer B. Psychological well-being meaning measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*.2006; 65: 14-23.

38- Safidi F, Farzad V. Standardization of psychological tests Reef in Qazvin University of Medical Sciences. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*.2012; 9: 66-71. [In Persian].

39- Nejat S, Montazeri A, Mohammad K, Halakoe Naeini K, Majd Zade R, Nabavi N, Nejat F, Nbavi M. Quality of life in women with multiple sclerosis compared with the normal population of Tehran. *Iran Epidemiology*.2006;1 (4):19-24. [In Persian].

40- Moradi A, Malek Pour M, Amiri SH, Molavi H, Nouri A. Effects of self-esteem, self-efficacy and motivation to advance the quality of life of women with physical-motor disabilities, research in the area of gifted children.2010;10(1):49-64. [In Persian].

41- Bromley J, Hare D, Davison K, Emerson E. Mothers supporting children with autistic spectrum disorders. *Autism*.2004;8: 409- 423.

42- Jacques R. Family issues. *Psychiatry*.2006;5: 337-340.

43- Eid M, Larson RJ. *The Science of subjective well-being*. 2st ed. New York: Guilford press.2008; 102-6.

44- Ositer GR, Markindes KS, Black SA, Goodwin JS. Emotional Wellbeing predicts subsequent Functional independence and survival. *J Am Great Soc*. 2000;48: 473-78.

45- Chan CY. Hope, Participation, and subjective well-being of people with spinal cord injuries in the community. Doctoral Dissertation, University of Wisconsin-Madison;2009.

46- Anthony D, Ong L, Bergeman E. Hope as a source of resilience in lather adulthood. *Personality and Individual Differences* . 2006; 41(2): 1263-1273.

47- Snyder CR, Peterson C. *Handbook of hope: theory, measures & applications*. 1st ed. San Diego: Academic Press. 2000; 132-8.

48- Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. *Positive psychology: An introduction*. Am Psychol. 2000;55(3):5-14.

49- Feldman DB, Snyder CR. hope and the meaningful life: theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. Journal Social and Clinical Psychiatry. 2005;24(3):401-21.

50- Snyder CR. Hand book of hope. 3st ed. NewYork: Academic Press.2000; 211-34.

51- Snyder CR, Lopez SJ. Positive psychology the scientific and practical, explorations of human strengths. Sage publications, Inc; 2007.

Examining the effect of hope therapy on the improvement of life quality, hope and psychological well-being in mothers of mentally retarded children

*Kanani K¹, Hadi S², Soleimani M³, Arman Panah A⁴

Abstract

Introduction: the presence of mentally retarded child in the family causes various psychological problems in the parents. Among the variables affected by the presence of disabled child in the family are hope, life quality and psychological well-being. Therefore the present study was conducted to investigate the effect of hope therapy on the improvement of life quality, hope and psychological well-being in mothers of mentally retarded children.

Method: it was semi-experimental, with pretest, posttest, and control group format because of available sampling. The statistical population included all the mothers of mentally retarded children in Isfahan. In order to do the study 60 mothers of mentally retarded children were selected through available sampling. Therefore the criterion to enter the study was having a mentally retarded child and readiness to take part in the research and the criterion to exit was having a child with a disorder or other inabilities. The experimental groups participated in 8 ninety-minute sessions of hope therapy; however, the control group didn't receive any intervention while administering the test. The applied instruments were the questionnaires of hope, psychological well-being and life satisfaction.

Findings: the results showed that teaching hope therapy has led to significant difference in the mean of experimental group scores in all three variables of life quality, hope and psychological well-being ($p < 0.01$).

Conclusion: hope-based therapy could improve the hope, psychological well-being and life quality in the parents of mentally retarded children due to focusing on the major problem and attending solely on the concept of hope. Therefore, through utilizing this therapeutic approach is recommended to solve the families' psychological dilemmas.

Key words: mentally retarded, life quality, psychological well-being, hope therapy.

Received: 12 February 2015 **Accepted:** 19 March 2015

1- Ma of General Psychology, Department Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. (**Corresponding Author**)

E-mail: k.kanani@khuisf.ac.ir

2- PhD Student, Health Psychology, Kharazmi University, Karaj, Iran.

3- Ma of General Psychology, Department Psychology, Science and Research Branch Khorasan Razavi, Mashhad, Iran.

4- Ma of Counseling, Khomeini Shahr Branch, Khomeini Shahr, Iran.