

اثربخشی گروه درمانی امیدمحور در بهبود مولفه‌های سلامت روانی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی

ابوالفضل بخشی‌پور^۱، مریم شاهیده*^۲، نسیم اقدسی^۳

چکیده

مقدمه: امید یکی از عوامل مهم حمایت‌روانی در موقعیت‌های سخت و بحرانی زندگی است و به عنوان یک مکانیسم سازگاری با اهمیت، از نظر عاطفی به افراد کمک می‌کند تا بتوانند راحت‌تر بحران‌های زندگی‌شان را تحمل نمایند، پژوهش حاضر، با هدف اثربخشی گروه درمانی امیدمحور در بهبود مولفه‌های سلامت روانی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام شد.

روش پژوهش: این مطالعه با رویکرد کمی و به روش نیمه آزمایشی و با بکارگیری طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری پژوهش متشکل از مادران کودکان کم‌توان ذهنی بود که در سال ۱۳۹۹ به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر اسفراین مراجعه نموده بودند. با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۲ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۶ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه سلامت‌روانی گلدبرگ در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایش مداخله گروه درمانی امیدمحور را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته و هر هفته دو جلسه دریافت کردند، در صورتی که گروه گواه هیچ گونه مداخله‌ای را طی مدت زمان انجام پژوهش دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و در سطح ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد گروه درمانی امیدمحور بر سلامت‌روانی (و مولفه‌های آن) در مادران کودکان کم‌توان ذهنی تأثیری معنی‌داری داشته است ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، امیددرمانی گروهی می‌تواند به عنوان یکی مداخله موثر در بهبود سلامت روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: امید، پرسشنامه گلدبرگ، سلامت‌روان، کم‌توان ذهنی، مادر

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۹/۱۲/۱۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۸/۲۱

استناد: بخشی پور ا، شاهیده م، اقدسی ن. اثربخشی گروه درمانی امیدمحور در بهبود مولفه‌های سلامت روانی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی، خانواده و بهداشت، ۱۰(۴): ۱۴۵-۱۵۵

۱. عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، گروه روانشناسی، بجنورد، ایران

۲. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، خراسان شمالی، ایران. (نویسنده مسئول)

Kmaryam.shahideh9323@gmail.com, ORCID: 0000-0003-0820-9274

۳. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتیو کامنز <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/> منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی

مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

تولد فرزند اگرچه برای بسیاری از خانواده‌های یکی رویداد مثبت به‌شمار می‌آید اما در خصوص خانواده‌هایی که تولد فرزند آن‌ها با معلولیت همراه است، زندگی با پیچیدگی‌ها و مشکلات زیادی همراه می‌شود. یکی از معلولیت‌هایی که برخی از خانواده‌ها با آن دست به‌گریبان هستند، کم‌توانی ذهنی^۱ است. بر اساس تعریف پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲، مشخصه اصلی کم‌توانی ذهنی، نقص در توانایی‌های ذهنی و هوش پایین است (۱). کم‌توانی ذهنی مشکلات زیادی را برای خانواده‌های دارای این کودکان به همراه دارد (۲) و از آنجاکه مادر فرزند معلول را به دنیا آورده و در بسیاری از فرهنگ‌ها و از جمله ایران مسئولیت تربیت فرزند نیز بر عهده مادر است (۳)، مادران این کودکان با مشکلات بیشتری مواجه هستند (۴). این مشکلات ابعاد زیادی داشته و مواردی چون کاهش کیفیت زندگی (۳)، مشکلات اقتصادی، نگرانی و مشکلات روانشناختی (۶) را شامل می‌شود. مشکلات روانی و کاهش سطح سلامت روانی یکی از مشکلاتی است که مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی با آن روبرو هستند. مشکلات ناشی از تربیت فرزند کم‌توان ذهنی می‌تواند بر میزان سلامت روان آنها اثر منفی داشته باشد (۷). سازمان بهداشت جهانی سلامتی را نه فقط به معنای نبود بیماری‌های جسمانی، بلکه به معنای وجود حالتی از رفاه و آسایش جسمانی، روانشناختی و همچنین اجتماعی تعریف می‌کند (۸). این درحالی است که در گذشته مفهوم سلامتی تنها به ابعاد جسمانی و نبود بیماری جسمی مربوط بود. همچنین عوامل مختلفی می‌تواند سلامت روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی را تحت تاثیر قرار دهد. نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که مشکلاتی چون تعارض‌های زناشویی (۹) بیماری‌های روانی (۸)، شرایط نامناسب زندگی و سطح پائین روابط در بین زوجها و امید (۱۰)، در کاهش سلامت روانی نقش دارد. مواردی که در خانواده‌هایی که فرزند کم‌توان ذهنی دارند بسیار محتمل است. اما یکی از مولفه‌هایی که می‌تواند به کاهش سطح سلامت روانی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی منجر شود، کاهش امید^۳ است. امید یکی از عوامل مهم حمایت‌روانی در موقعیت‌های سخت و بحرانی زندگی است و به عنوان یک مکانیسم سازگاری با اهمیت، از نظر عاطفی به افراد کمک می‌کند تا بتوانند راحت‌تر بحران‌های زندگی‌شان را تحمل نمایند (۵). لذا مداخلاتی که باعث بهبود امید در این زنان شود، می‌تواند با بهبود سلامت روانی در آن‌ها همراه باشد. اخیراً مداخله‌های مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر توانسته جایگاه زیادی را در بین روانشناسان و مشاوران ایجاد نماید (۱۱). روانشناسی مثبت‌نگر برخلاف روانشناسی پاتالوژیک که بر بیماری‌های روانی و درمان آن تاکید داشته و مشکلات و ضعف‌های انسان‌ها را عامل مشکلات روانشناختی می‌داند، بر مطالعه علمی کارکردهای بهینه انسان با هدف درک و بکارگیری این آن در جهت کامیابی و شکوفایی افراد، تاکید دارد (۱۲). روانشناسی مثبت‌نگر بر بهبود هبجان‌های مثبت تاکید داشته و به دنبال بهبود معنای زندگی افراد است (۱۳) افراد امیدوار هدف یا اهدافی روشن دارند، امید دارند که به اهداف‌شان برسند و برای رسیدن به اهداف‌شان تلاش می‌کنند، بنابراین از سلامت روانی بالاتری نیز برخوردار خواهند بود (۱۳) فنون مورد استفاده در دیدگاه مثبت‌نگر با هدف بهبود صمیمیت، همدلی، روابط موثر، امید، اعتماد، تفاهم، شادکامی و بهزیستی انجام می‌شود (۱۴). اسنایدر^۴ بنیانگذار نظریه امید، امید درمانی را معرفی کرد. امیددرمانی مبانی خود را از درمان شناختی-رفتاری، درمان راه حل محور و درمان روایتی دریافت کرده است (۱۵) در امیددرمانی به افراد آموزش داده می‌شود که هدف‌های روشنی برای خود تعیین نمایند، انگیزه‌شان را برای دستیابی به اهداف تعیین شده بهبود بخشند، مسیرهای مختلفی را برای دستیابی به این اهداف ایجاد نمایند، موانع و مشکلات پیش روی این اهداف را شناسایی کرده و در راه رسیدن به اهداف‌شان با این موانع مقابله کنند (۱۶) در

1. Intellectual Disability

2. Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders(DSM-5)

3 . Hope

4 . Snyder

واقع امید به عنوان کلیدی برای یافتن راه حل‌های مناسب برای حل مسائل موجود در موقعیت‌های سخت زندگی عمل می‌کند (۱۷). پژوهش‌های نشان دهنده تاثیر امیددرمانی بر ابعاد سلامت روانی است. نتایج مطالعه محمدزاده و رضانی زارع (۱۸)، سیلورمن^۱ (۱۹)، و چیونز، گام، فلدمن، میثائیل^۲ و اسنایدن^۳ (۲۰) نیز حاکی از این است که امید درمانی بر بهبود سلامت روان مؤثر است. همچنین عابدینی، قنبری هاشم آبادی و طالبیان شریف (۲۱) نشان دادند که گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر امید و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس موثر است. نتیجه مطالعه موحدی، موحدی و فرهادی (۲۲). نیز نشان داد که آموزش امید درمانی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان موثر است. هولیر^۳ نیز تاثیر امید درمانی گروهی را در بهبود مولفه‌های سلامت روانی بیماران یک مرکز درمانی را بررسی کرد و نشان داد که امید در بهبود سلامت روانی موثر است. مطالعاتی بدان اشاره شده اثربخشی درمان مبتنی بر امید را بر مولفه‌های سلامت روانی نشان می‌دهد. حال آنکه بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که پژوهش‌های انجام شده در خصوص تاثیر امیددرمانی بر سلامت روانی در جوامعی به جز مادران دارای کودک کم توان ذهنی انجام شده و در روش، ابزار و اهداف پژوهش نیز، با مطالعه حاضر متفاوت است. بنابراین با توجه به خلاء پژوهشی موجود و با در نظر گرفتن ضرورت توجه به مساله سلامت روانی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی گروه درمانی امیدمحور در بهبود مولفه‌های سلامت روانی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام گرفت.

روش پژوهش:

این مطالعه با رویکرد کمی و به روش نیمه آزمایشی و با بکارگیری طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری پژوهش متشکل از مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بود که در سال ۱۳۹۹ به مراکز مشاوره و روان درمانی شهر اسفراین مراجعه نموده و با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۲ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۶ نفره آزمایش و گواه گمارده شدند. ملاک های ورود نمونه به پژوهش شامل داشتن کودک کم‌توان ذهنی، علاقه مندی به شرکت در جلسات آموزشی، داشتن آمادگی شناختی لازم برای فهم مطالب، عدم شرکت در پژوهش همزمان و همچنین ملاک خروج نمونه از پژوهش هم غیبت بیش از دو جلسه، بیماری، عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و عدم پایبندی به قوانین گروه بود.

پس از انتخاب گروه های آزمایش و گواه، توضیحاتی در خصوص اهداف، جلسات، تکمیل پرسشنامه و اهمیت پاسخگویی صحیح به آنها به هر دو گروه ارائه شد و آزمودنی های هر دو گروه در مرحله پیش آزمون به پرسشنامه سلامت روانی پاسخ دادند. گروه آزمایش مداخله گروه درمانی امیدمحور را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته و هر هفته دو جلسه دریافت کردند، در صورتی که گروه گواه هیچ گونه مداخله‌ای در طول مدت پژوهش دریافت ننمود. پس از پایان جلسه هشتم نیز مجدداً هر دو گروه به پرسشنامه مذکور پاسخ دادند. داده‌ها در سطح ۰/۰۵ و با استفاده از نرم افزار spss26 و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تحلیل آماری قرار گرفت. ملاحظات اخلاقی نیز شامل: نداشتن بار مالی و قانونی، عدم تضاد مفاهیم با مبانی دینی، بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها، محرمانه ماندن اطلاعات، حق انصراف در هر مرحله از پژوهش در هر دو گروه آزمایش و گواه بود.

در این مطالعه ابزارهای زیر مورد استفاده قرار گرفتند:

1. Silverman
2. Cheavens, Gum, Feldman & Michael
3. Hollier

پرسشنامه سلامت روان! پرسشنامه سلامت روانی ۲۸ سوالی توسط گلدبرگ و هیلر، ارائه شده و دارای ۴ مقیاس فرعی است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد. مقیاسهای مذکور عبارتند از علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی است. گلدبرگ و ویلیامز در ۱۹۸۸ پایایی به روش دو نیمه کردن برای این پرسشنامه را که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود ۰/۹۵ گزارش کردند. چان (۱۹۸۵) پس از اجرای پرسشنامه بر روی ۷۲ دانشجو در هنگ کنگ، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کرد. رابینسون و پرایس (۱۹۸۶) از ۱۰۳ بیمار که قبلاً سکتته قلبی کرده بودند خواستند که در دو نوبت به فاصله ۸ ماه، پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل کنند. تحلیل نتایج، ضریب پایایی ۰/۹۰ را به دست داد. در ایران نیز تقوی (۱۳۸۰) پایایی پرسشنامه سلامت عمومی را براساس سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب، ضرایب پایایی ۰/۹۳، ۰/۷۰ و ۰/۹۰ را به دست آورد.

سرفصل‌های گروه درمانی امیدمحور برای بهبود سلامت روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی به شرح جدول ۱. ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات گروه درمانی امیدمحور

جلسات	موضوع و برنامه درمانی
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر، تعیین اهداف و قوانین گروه، معرفی ساختار جلسات و اهداف برنامه آموزشی و تعریف امید بر اساس نظریه اسنایدر
جلسه دوم	برشماری مولفه‌های سلامت روان، تبیین مفاهیم اصلی نظریه امید، شامل تعیین اهداف، تفکر عامل یا اراده، تفکر مسیر یا برنامه‌ریزی و تشخیص موانع. تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تأثیر آن بر سلامت روان
جلسه سوم	ترغیب شرکت کنندگان به بررسی راه‌های بهبود شرایط زندگی، بررسی نقش ارتباط در زندگی و عوامل تقویت کننده و مخرب آن. تأکید بر تمرینات ورزشی و تکلیف ورزشی
جلسه چهارم	ترغیب افراد برای تعریف داستان زندگی خود جهت یافتن نقاط امید بخش در زندگی، تبیین داستان‌ها بر اساس نظریه امید و قالب بندی مجدد آنها در جهت بهبود سلامت روان، انجام تمرین تغییر دکور منزل با کمک یکدیگر
جلسه پنجم	بررسی شیوه‌های مقابله با مشکلات با همسر در رابطه با کودک کم‌توان ذهنی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای. مطرح کردن فهرستی از مشکلات زندگی، انتخاب راهکارهای مناسب برای حل مسائل.
جلسه ششم	ترغیب شرکت کنندگان به انتخاب اهداف مناسب و بیان ویژگی‌های این اهداف برای آنها، کمک به افزایش میزان امید در شرکت کنندگان و صحبت کردن در خصوص تأثیر این اهداف در سلامت روانی با استفاده از نظر اعضا، معرفی افراد موفق دارای معلولیت‌های مختلف.
جلسه هفتم	بیان ویژگی‌های گذرگاه‌های مناسب و ترغیب شرکت کنندگان به انتخاب راهکارهای مناسب جهت رسیدن به اهداف تعیین شده، تبدیل گذرگاه‌ها به مجموعه‌ای از گام‌های کوچک و تعیین

گذرگاه‌های جانشین، کمک به شرکت‌کنندگان جهت حفظ و بقای امید. صحبت کردن در

خصوص اتمام جلسات و ایجاد آمادگی برای اتمام گروه.

جلسه طرح راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل، از جمله خودگویی‌های مثبت و تصور ذهنی، تبدیل

هشتم شرکت کننده به یک امید درمان گر و توانا ساختن وی در تعیین اهداف و موانع، ایجاد و حفظ

عامل رسیدن به هدف در خود و تشخیص گذر گاه های لازم ، تکمیل سوالات پس آزمون.

یافته‌ها:

از بین ۳۲ شرکت کننده در پژوهش ۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر نیز در گروه گواه شرکت داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد شرکت کننده در گروه آزمایش به ترتیب ۳۶/۲۶ و ۲/۸۹، و میانگین و انحراف معیار سنی افراد شرکت کننده در گروه گواه به ترتیب ۳۱/۴۳ و ۳/۰۷ بود. در گروه آزمایش ۷ نفر تحصیلات دانشگاهی، ۶ نفر دبیرستان و ۳ نفر سطح تحصیلات راهنمایی داشتند. در گروه گواه ۵ نفر تحصیلات دانشگاهی، ۶ نفر دبیرستان و ۵ نفر سطح تحصیلات راهنمایی داشتند. میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت کنندگان پژوهش به تفکیک گروه گواه و آزمایش و مراحل اجرای آزمون در پرسشنامه سلامت روانی و مولفه‌های آن در جدول ۲، ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت روان در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه

آزمایش و گواه

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
نشانه‌های جسمانی	آزمایش	پیش آزمون	۱۲/۷۵	۲/۶۲
		پس آزمون	۱۱/۶۲	۲/۴۷
	گواه	پیش آزمون	۱۲/۳۱	۲/۳۸
		پس آزمون	۱۲/۵۰	۲/۶۰
اضطراب و مشکلات خواب	آزمایش	پیش آزمون	۱۳/۵۶	۲/۹۲
		پس آزمون	۱۱/۸۷	۲/۲۴
	گواه	پیش آزمون	۱۳/۶۸	۲/۷۱
		پس آزمون	۱۳/۳۷	۲/۸۴
اختلال در کارکرد اجتماعی	آزمایش	پیش آزمون	۱۲/۹۳	۲/۴۳
		پس آزمون	۱۱/۱۸	۲/۰۱
	گواه	پیش آزمون	۱۲/۵۰	۲/۶۱
		پس آزمون	۱۲/۳۷	۲/۱۳
نشانه‌های افسردگی	آزمایش	پیش آزمون	۱۴/۳۷	۲/۲۸
		پس آزمون	۱۲/۵۰	۱/۶۷
	گواه	پیش آزمون	۱۳/۸۱	۲/۰۸

۲/۳۲	۱۴/۲۵	پس آزمون		
۹/۸۷	۵۳/۶۲	پیش آزمون	آزمایش	سلامت روان کل
۷/۹۴	۴۷/۱۸	پس آزمون		
۹/۷۰	۵۲/۳۱	پیش آزمون	گواه	
۹/۵۹	۵۲/۵۰	پس آزمون		

براساس یافته‌های جدول ۲، نمره شرکت‌کنندگان دو گروه در پیش‌آزمون تقریباً با هم برابر، اما در پس‌آزمون، نمره گروه آزمایش متفاوت از گروه گواه شده است. کاهش نمرات در پرسشنامه سلامت روانی و مولفه‌های آن به معنای افزایش میزان سلامت روان در افراد است. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس شد (جدول ۳). قبل از انجام این آزمون، پیش‌فرض‌های آن از جمله نرمال بودن توزیع طبیعی نمرات، همسان بودن واریانس‌های دو گروه، همسان بودن شیب‌های رگرسیون و تساوی کوواریانس‌های دو گروه مورد بررسی قرار گرفت و تمامی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس برقرار بود. در جدول ۳، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل مانکوا برای مقایسه نمرات مولفه‌های سلامت‌روانی گروه‌های آزمایش و گواه با گواه پیش‌آزمون

شاخص	مقدار	نسبت F	درجه آزادی فرضیه‌ها	درجه آزادی خطا	سطح p	اندازه اثر
آزمون لامبدای ویلکز ^۱	۰/۲۰۳	۲۲/۵۴	۴	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۹

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون سلامت عمومی با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	SS	df	MS	F	سطح معناداری	اندازه اثر
نشانه‌های جسمانی	۱۳/۶۰	۱	۱۳/۶۰	۴۸/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳
اضطراب و مشکلات خواب	۱۵/۵۶	۱	۱۵/۵۶	۲۲/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۳
اختلال در کارکرد اجتماعی	۱۸/۵۰	۱	۱۸/۵۰	۴۸/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲
نشانه‌های افسردگی	۴۰/۳۵	۱	۴۰/۳۵	۶۱/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸

همان‌طور که مشاهده می‌شود، تمامی مقادیر F در مولفه‌های سلامت‌روان، با کنترل پیش‌آزمون، معنی‌دار هستند ($p < ۰/۰۰۱$). این یافته نشان می‌دهد که نمرات مولفه‌های سلامت‌روان در مراحل مختلف آزمون در گروه آزمایش، به طور معنی‌داری کمتر از گروه گواه شده است. ($p < ۰/۰۰۱$) که نشان دهنده بهبود شاخص‌های سلامت روانی در اعضای گروه آزمایش است. به عبارتی

دیگر، می‌توان گفت گروه درمانی امیدمحور در بهبود مولفه‌های سلامت روانی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی موثر واقع شده است.

بحث و نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر با هدف گروه درمانی امیدمحور در بهبود مولفه‌های سلامت روانی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات مولفه‌های سلامت روان افراد شرکت کننده در گروه آزمایش که مداخله گروه درمانی امیدمحور را دریافت کردند در مقایسه با اعضای گروه گواه که در این مداخله را دریافت نکردند کاهش معناداری داشته است که نشان‌دهنده بهبود سلامت روان اعضای گروه آزمایش است. براین اساس می‌توان گفت که گروه درمانی امیدمحور بر مولفه‌های سلامت روان زنان دارای کودک کم‌توان ذهنی موثر بوده است. پژوهشگران پیشین نیز در تحقیقات خود نتایج نسبتاً مشابهی را بدست آوردند. نتایج مطالعه محمدزاده و رضانی زارع (۱۸)، سیلورمن (۱۹)، و چیونز، گام، فلدمن، میثائیل و اسنایدر (۲۰) نیز حاکی از این است که امید درمانی بر بهبود سلامت روان مؤثر است. عابدینی، قنبری هاشم آبادی و طالبیان شریف (۲۱) تاثیر گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر امید و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس را بررسی کردند؛ موحدی، موحدی و فرهادی (۲۲). نیز اثربخشی آموزش امیددرمانی را بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان موثر بررسی کردند، هولیر نیز تاثیر امید درمانی گروهی را در بهبود مولفه‌های سلامت روانی بیماران یک مرکز درمانی بررسی کرد. نتایج تمامی این پژوهش‌ها نشان داد که امیددرمانی بر سلامت روان موثر است. اولین نتیجه بدست آمده نشان داد که گروه درمانی امیدمحور بر مولفه نشانه‌های جسمانی موثر بوده است. تبیین نتایج بدست آمده را نمی‌توان بدون بررسی محتوای درمانی مورد بررسی قرار داد. از آنجایی که نشانه‌های جسمانی عمدتاً منشاء روانشناختی دارند لذا تغییر در باورهای افراد می‌تواند در کاهش این نشانه‌ها موثر باشد. در جلسات گروهی بر مواردی چون بهبود ارتباطات، انجام تمرینات ورزشی و همچنین خلق لحظه‌های شاد در زندگی تاکید شد. اعضای گروه علاوه بر آموزش این افراد در جلسات به انجام تمرینات نشاط‌آور ورزشی در خارج از گروه پرداختند. این شیوه جدید زندگی باعث بهبود نشانه‌های جسمانی شد.

نتیجه دیگر پژوهش نشان داد که گروه درمانی امیدمحور در بهبود مولفه اضطراب و مشکلات خواب مادران کودکان کم‌توان ذهنی موثر بوده است. در توضیح یافته‌های این بخش می‌توان گفت که بسیاری از مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بدلیل مشکلات زندگی و ناامیدی از عدم توانایی در برطرف نمودن مشکلات ناشی از فرزند معلول خود، دچار اضطراب و در نتیجه مشکل در خواب می‌شوند. در واقع آنچه فرد را مضطرب می‌کند احساس ناامیدی از شرایط زندگی و نگرانی از آینده است. افکار منفی مزاحم سبب می‌شود این مادران زمان‌های زیادی را صرف، سرزنش خود، نشخوار گذشته و آینده نمایند که با اضطراب و مشکل در خواب همراه خواهد بود. یکی از مواردی که در جلسات آموزشی مادران آموختند، اشتراک خانواده‌ها در وجود مشکلات بود. مادران متوجه شدند که مشکلات زندگی مختص آنها نیست و انسان‌ها در هر سطحی، مشکلات متعددی را تجربه می‌نمایند. آموزش شیوه‌های مرتبط با بهبود روابط زناشویی نیز در این مسیر موثر بود. زمانی که فرد احساس کند در سختی‌های زندگی تنها نیست از یکسو کمتر دچار اضطراب می‌شود و از سوی دیگر امید به زندگی نیز در وی افزایش می‌یابد. گام بعدی نیز آموزش مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد بود که از آن طریق افراد یادگرفتند در هرشرایطی می‌توانند با کمک اعضای خانواده مشکلات خود را بهبود بخشند. از اینرو با اصلاح باورهای منفی و اضطراب‌گونه و همچنین بهبود مهارت‌های مقابله‌ای، از میزان اضطراب و مشکلات خواب آنها کاسته شد.

نتیجه دیگر پژوهش نشان داد که گروه درمانی امیدمحور بر مولفه اختلال در کارکرد اجتماعی موثر بوده است. در تبیین یافته‌های این بخش می‌توان گفت که در جلسات درمانی به مادران کمک شد تا نقاط قوت خود، فرزند معلول و زندگی‌شان را شناسایی کنند و از طریق استفاده شیوه معرفی و توصیف ویژگی‌های مثبت و نیز توجه به توانمندی‌هایشان راهی برای اعضا ترسیم شد تا به جای جستجوی شکست‌ها و ضعف‌هایشان، در جهت استفاده از نقاط مثبت زندگی برآیند. راه‌ها سازند. در روانشناسی مثبت با شناساندن نقاط قوت و تجربه احساسات مثبت این احساسات و افکار مورد آماج قرار می‌گیرند. این شیوه همچنین با احساسات مثبتی همراه بود که در گسترش افکار همسو با بهبود شرایط زندگی است، موثر است. از سوی دیگر بهبود کارکرد اجتماعی را بدون بهبود روابط اجتماعی نمی‌توان در نظر گرفت. بسیاری از این مادران به واسطه داشتن فرزند کم‌توان ذهنی، روابط اجتماعی خود را محدود می‌کنند، درحالی که یکی از مولفه‌های مهم در افزایش میزان کارکردهای اجتماعی، بهبود روابط اجتماعی است. از این رو آموزش مهارت‌های ایجاد و حفظ روابط اجتماعی نیز یکی دیگر از مواردی بود که عملکرد اجتماعی را بهبود بخشید.

همچنین نتایج نشان داد که گروه درمانی امیدمحور بر مولفه افسردگی موثر بوده است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که یکی از علت‌های مهم افسردگی نداشتن اهداف روشن در زندگی، احساس سردرگمی و حقارت ناشی از فرزند کم‌توان و همچنین احساس ناامیدی به دلیل شرایط سخت زندگی است. در جلسات آموزشی مبتنی بر امید بر چگونگی انتخاب اهداف روشن، از سرگیری اهداف گذشته و همچنین بررسی علل شکست در برخی از اهداف تاکید شد. مادران شرکت‌کننده با همفکری با یکدیگر، اهداف زندگی خود و میزان موفقیت و دلایل شکست خود را مرور کردند و توانستند با بازبینی اهدافشان، برخی از جنبه‌های آن را اصلاح و یا از سرگیرند (۲۳).

آموزش خوش بینی نیز یکی دیگر از مواردی بود که به اعضای گروه آزمایش آموزش داده شد. طبق مطالعه وونگ و لیم^۱ خوشبینی و امید به طور معناداری در کاهش افسردگی موثر است. به طور کلی نتایج پژوهش نشان داد که گروه درمانی امیدمحور بر مولفه‌های سلامت روان مادران کودک کم‌توان ذهنی موثر بوده است و می‌تواند به عنوان یک روش آموزشی در مداخلات مرتبط با مادران کودک کم‌توان ذهنی مورد استفاده قرار گیرد پژوهش حاضر همچون سایر پژوهش‌ها از محدودیت‌هایی برخوردار بوده است. عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر چون وضعیت اجتماعی و اقتصادی به دلیل محدودیت‌های اجرایی و دسترسی به جامعه هدف از عواملی است که می‌تواند روی نتایج تاثیرگذار باشد. عدم برگزاری دروه‌های پیگیری نیز می‌تواند ثبات نتایج بدست آمده را با محدودیت مواجه کند. محدودیت دیگر مربوط به بافت فرهنگی جامعه موردپژوهش است که می‌تواند تعمیم نتایج به جوامع دیگر را با محدودیت مواجه نماید.

References

1. Ganji M.. Psychology of Exceptional Children. Fifth edition, Tehran: Salavan Publishing, 2017
2. Wong M., Lim A.. U.S. Patent no. 10,073,098. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office, 2018
3. Umberson D., Williams K., Powers D. A., Liu H., Needham B.. You make me sick: Marital quality and health over the life course. Journal of health and social behavior, 2006; 47(1): 1-16.
4. Kumar S. V., Oliffe J. L., Kelly M. T.. Promoting postpartum mental health in fathers: Recommendations for nurse practitioners. American journal of men's health, 2018;12(2): 221-228.

5. Elliott J. A. Olver I. N.. Hope and hoping in the talk of dying cancer patients. *Journal Soc Sci Med*. Jan, 2007; 64(1): 138-49.
6. Hollier T.M.. The impact of therapeutic engagement on hope, self-determination, and recovery outcomes in a recovery-oriented mental health inpatient unit in Australia (Doctoral dissertation, University of Newcastle), 2017
7. Aghajani M., Nazari A.M., Rasouli M.. The relationship between mental health in the workplace and emotional regulation and its effect on job burnout. *Iran Work Health*, 2015;13(4): 94-85.
8. Curran M., Ogolsky B., Hazen N., Bosch L.. Understanding marital conflict 7 years later from prenatal representations of marriage. *Family process*, 2011; 50(2): 221-234.
9. Soleimani M., Azimian S., Nazari A.M., Zaharakar K.. The relationship between family power structure, marital conflicts and mental health in retired men of Alborz Education Department. *Salamand: Iranian Geriatrics Journal*, 2014;10 (4): 87-80
10. Sheikhol-Islami A., Qamari Kivi H., Gholami S.. The role of worry, hope and meaning of life in predicting the mental health of mothers with mentally retarded children. *Psychology of exceptional people*, 2017; 8(31): 195-214.
11. Alizadeh M., Rajaei A., Hosseini Qasr S.. The effectiveness of group hope therapy on increasing life expectancy in HIV patients. *Scientific-Research Quarterly of Health Psychology*, 2012; 2(8): 70-82.
12. Magyar-Moe J.. *Therapists guided to positive psychological interventions*. New York: Elsevier, 2009
13. Motamedi A., Mostafa Bor V., Farrokhi H.. The effectiveness of group hope therapy on increasing the happiness and quality of life of elderly women. *Psychology of Aging*, 2016; 3(4): 243-252.
14. Rashid T., Seligman M. P.. *Positive psychotherapy: A treatment manual*. New York: Oxford University Press, 2014
15. Chan K., Wong F. K., Lee P. H.. A Brief Hope Intervention to Increase Hope Level and Improve Well-Being in Rehabilitating Cancer Patients: A Feasibility Test. *SAGE Open Nursing*, 2019; 5, 2377960819844381.
16. Snyder C.R., Lopez S.J., Pedrotti J.T.. *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2011
17. Caboral M.F., Evangelista L.S.. Hope in elderly adults with chronic heart failure. *Concept analysis. Investigación y Educación en Enfermería*, 2012; 30(3): 406-411
18. Mohammadzadeh M., Ramezani Zare.. The effectiveness of hope therapy on the mental health of patients with type 2 diabetes, the fifth national conference on strategies for the development and promotion of educational sciences, psychology, counseling and education in Iran, Tehran, 2017
19. Silverman M.J.. Effects of educational music therapy on state hope for recovery in acute care mental health inpatients: A cluster-randomized effectiveness study. *Frontiers in psychology*, 2016; 7: 1569.

20. Cheavens J., Gum A., Feldman D.B., Michael S.T., Snyder C.R.. A group intervention to increase hope in a community sample. In Poster presented at the annual convention of the American Psychological Association, San Francisco, 2001
21. Abedini E., Ghanbari Hashemabadi B.A, Talebian Sharif J.. (2015). Effectiveness of group therapy based on the hope-on-hope approach and depression of women with MS. *Clinical Psychology*, 2015; 8(2): 1-11.
22. Mohahdi M., Mohahdi Y., Farhadi A.. The effect of therapeutic hope training on life expectancy and general health of cancer patients, *Jame Nagar Nursing and Midwifery*, 2015; 25(76): 84-92.
23. Dowling M. Rickwood D.. Exploring hope and expectations in the youth mental health online counseling environment. *Computers in Human Behavior*, 2016; 55: 62-68.