

اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و امیدواری در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم

فروغ ریاحی^۱، محمد وطن خواه^۲، فرزاد کریم نژاد^۳، هانی رحیمی^{۴*}،
احسان بلادی مقدم^۵، کامبیز احمدی انگالی^۶

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اثرات مخرب اختلال اوتیسم برای والدین این کودکان، توجه به مسائل روانی خصوصاً بهزیستی ذهنی و امیدواری این والدین، حائز اهمیت می باشد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و امیدواری والدین کودکان اوتیسم انجام شده است. روش بررسی: طرح پژوهش از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه آزمایش و گواه می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه والدین دارای کودک مبتلا به اوتیسم مدرسه کودکان استثنایی نهال اهواز بود که از میان آنان ۳۰ والد به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری گماشته شدند. گروه آزمایش و کنترل از لحاظ سن، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی-اجتماعی همگن بودند. گروه آزمایش ۸ جلسه تحت درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به شیوهی گروهی قرار گرفتند، اما گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. ابزار این پژوهش شامل پرسشنامه بهزیستی ذهنی و مقیاس امیدواری بود که شرکت کنندگان در مراحل پیش آزمون و پس آزمون آن ها را تکمیل نمودند. جهت تجزیه و تحلیل نتایج از روش های آماری توصیفی و تحلیل کواریانس استفاده گردید. یافته ها: نتایج حاصل نشان داد که میان گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر بهزیستی ذهنی و امیدواری تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/01$). میزان بهزیستی ذهنی و امیدواری در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون به طور معنی داری بیش از گروه کنترل بود.

نتیجه گیری: درمان مبتنی بر کیفیت زندگی که از ترکیب روان شناسی مثبت نگر با رویکرد شناختی- رفتاری شکل گرفته، می تواند بهزیستی ذهنی و امیدواری والدین کودکان مبتلا به اوتیسم را افزایش دهد.

کلید واژگان: درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، بهزیستی ذهنی، امیدواری، والدین کودکان مبتلا به اوتیسم.

۱- استادیار گروه روان پزشکی.

۲- کارشناس ارشد روان شناسی بالینی.

۳- کارشناس ارشد روان شناسی بالینی.

۴- کارشناس ارشد روان شناسی بالینی.

۵- دستیار روان پزشکی.

۶- استادیار گروه آمار.

۴۱- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر

بر سلامت، گروه روان پزشکی، دانشگاه

علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران.

۲- گروه علوم تربیتی و روانشناسی،

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی،

دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران.

۳- گروه علوم تربیتی و روانشناسی، عضو

باشگاه پژوهشگران جوان، دانشگاه آزاد

اسلامی، واحد تهران پزشکی، تهران، ایران.

۵- گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم

پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران.

۶- گروه آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه

علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران.

* نویسندهی مسؤول:

هانی رحیمی؛ مرکز تحقیقات عوامل

اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم

پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۳۷۱۰۰۸۶۵۸

Email: hani.psy86@yahoo.com

مقدمه

اختلال اوتیسم یکی از بیماری‌های گروه اختلالات فراگیر رشد می‌باشد که با تخریب پایدار در تعامل اجتماعی متقابل، تأخیر یا انحراف ارتباطی و الگوی ارتباطی کلیشه‌ای محدود مشخص است. طبق متن بازنگری شده چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) کارکرد ناهنجار در زمینه‌های فوق باید در سه سالگی وجود داشته باشد (۱). میزان شیوع این اختلال تقریباً ۱۰-۱۵ نفر در هر ۱۰۰۰۰ نفر گزارش شده است (۲). همچنین میزان شیوع این اختلال در پسران ۴ برابر دختران است (۳).

ویژگی‌های این اختلال و همچنین گاهی تشخیص دیر هنگام و دشوار، بروز علائم بعد از یک دوره طبیعی و نرمال رشد کودک، فقدان درمان‌های قطعی و مؤثر و پیش‌آگهی نه چندان مطلوب، می‌تواند فشار روانی شدیدی را بر خانواده و والدین کودک تحمیل کند (۴). بررسی‌ها نشان می‌دهند که والدین کودکان با اختلال‌های گسترده اوتیسم بیش از والدین کودکان با اختلال‌های روان‌شناختی دیگر، در معرض فشارهای روانی ناشی از داشتن کودک ناتوان قرار دارند (۵). این فشارها می‌تواند برخاسته از مشکلات ناسازگاری و رفتارهای ضد اجتماعی، خودآسیب رسانی، حرکات کلیشه‌ای و یا فشارهای روانی ناشی از دشواری در برقراری ارتباط اجتماعی و نیز مشکلات مربوط به حضور در اماکن عمومی با شرایط خاص جسمانی کودک و یا هزینه‌های زیاد خدمات آموزشی و درمانی باشد (۶). داشتن کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم باعث افسردگی، نگرانی، استرس، شرمندگی و خجالت در والدین آنها می‌شود و مطالعات نشان داده که در مواردی باعث تأثیر منفی بر روابط زناشویی نیز شده است، چرا که باعث بحث بیشتر بین زن و شوهر درباره کودک اوتیسم، درمان، مراقبت از او و در نتیجه فاصله بیشتر بین آنها می‌شود (۷).

از سوی دیگر تجربه استرس مزمن در زندگی، تأثیرات منفی بر بهزیستی ذهنی، روان‌شناختی و جسمانی افراد به همراه دارد (۸). احساس بهزیستی ذهنی، یکی از شاخص‌های بارز کیفیت زندگی است که آثار آن به وضوح در زندگی و حالات افراد دیده می‌شود (۹). یافته‌های تحقیقاتی متعدد، اثرات برخورداری از بهزیستی ذهنی را بر مسایل فردی، اجتماعی، روابط بین فردی، شغل، سلامت روانی و حتی عوامل شناختی همچون چگونگی قضاوت و داوری فرد از تجارب و رویدادهای زندگی خود نشان می‌دهند (۱۰). هوول، کرن و لیمومیرسکی (۱۱) با بررسی ترکیبی ۱۵۰ مقاله در این زمینه نشان دادند که بهزیستی به صورت مثبت روی پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت سلامت و کنترل بیماری‌ها و سندرم‌ها تأثیر دارد، زیرا بهزیستی بالاتر علاوه بر اینکه افراد را به کارکردهای بهتر در سلامت رهنمود می‌سازد، با قوی‌تر کردن پاسخ سیستم ایمنی و تحمل درد به افراد در واکنش‌پذیری روان‌شناختی در هنگام بیماری‌ها، کمک می‌کند. افرادی که از بهزیستی ذهنی پایینی برخوردارند، شرایط و رویدادها را نامطلوب ارزیابی کرده و به همین دلیل هیجانات نامطلوب مثل اضطراب، افسردگی و پرخاشگری را بیشتر تجربه می‌کنند. در مقابل، افرادی که بهزیستی ذهنی بالایی دارند، بیشتر علاقه‌مندند در اجتماع نقشی به عهده بگیرند، وقت فراغت پرشورتری برای خود ایجاد می‌کنند و در فعالیت‌های عمومی شرکت می‌کنند، دارای روحیه‌ی مشارکتی بیشتری هستند و عمدتاً دارای هیجانات مثبت‌اند و از ارزیابی مثبت رویدادهای در حال وقوع استقبال می‌کنند و نسبت به آینده امیدوارتر هستند (۱۲).

یکی از متغیرهایی که ارتباط نزدیکی با بهزیستی ذهنی دارد، امیدواری است (۱۳). داشتن امید، سلامت جسمانی و روانی را آنگونه که با انواع شاخص‌ها از جمله سلامت خودگزارشی، کنار آمدن مؤثر با استرس‌های زندگی

(ارزیابی مجدد، حل مسأله و جستجوی حمایت اجتماعی) و رفتارهای ارتقادهنده سلامت مشخص شده‌اند، پیش‌بینی می‌کند (۱۴). افراد امیدوار سالم‌تر و شادترند و دستگاه‌های ایمنی آنان کارکرد بهتری دارد. آنان با بهره‌گیری از راهبردهای کنار آمدن مؤثرتر مانند ارزیابی مجدد و مسأله-گشایی، با فشارهای روانی بهتر کنار می‌آیند. بزرگسالانی که از سطوح بالای امید برخوردارند، این باور را در خود پرورش داده‌اند که می‌توانند با چالش‌ها سازش کنند و با ناملایمات کنار بیایند. آنان وقتی در زندگی با موانعی روبرو می‌شوند، هیجان‌های منفی کمتری را تجربه می‌کنند و در نتیجه از سلامت روان بیشتری برخوردارند و علائم روان-شناختی مانند اضطراب، افسردگی و ... در آن‌ها کمتر است (۱۵).

امروزه با پیدایش و گسترش روان‌شناسی سلامت و روان‌شناسی مثبت، نگرش درباره اختلالات از چارچوب پزشکی و مدل تک عاملی خارج شده و محققان معتقدند که بهتر است شکل‌گیری و گسترش اختلال‌های روانی را به حساب سبک‌های زندگی معیوب و کیفیت نازل زندگی افراد گذاشت و در درمان باید به دنبال اصلاح و تغییر در کیفیت زندگی و گسترش توانمندی‌ها و ایجاد رضایت از زندگی و بهزیستی در افراد و جوامع بود (۱۶). بر همین اساس روان‌شناسان مثبت‌گرا معتقدند که به جای تأکید صرف بر آسیب‌شناسی، باید به دنبال فهم کامل گستره تجارب انسان از کمبود، رنج، بیماری تا شکوفایی، بهزیستی و شادمانی باشیم، زیرا روان‌شناسی تنها تمرکز بر بیماری‌ها و درمان هم تنها متمرکز بر ضعف‌ها نمی‌باشد (۱۷). درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، در کنار سایر رویکردهای درمانی جدید در حوزه روان‌شناسی مثبت، بر این اساس و با هدف ایجاد بهزیستی و افزایش رضایت از زندگی، از ترکیب رویکرد شناختی آرون تی بک در حوزه‌ی بالینی، تئوری فعالیت سیکزنت میهالی با روان‌شناسی مثبت سلیگمن،

توسط مایکل فریش در سال ۲۰۰۶ طراحی شده است. گروه‌درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر کیفیت زندگی، به صورت ساختارمند و همراه با تکالیف و تمرین‌های شناختی- رفتاری به دنبال ایجاد بهزیستی ذهنی (شادمانی) و رضایت از زندگی با ایجاد تحول در ۱۶ حوزه‌ی اصلی زندگی است. این تحول، با ایجاد تغییر در ۵ مفهوم اصلی زندگی که به طور خلاصه مدل پنج راهه (CASIO) نامیده می‌شود صورت می‌گیرد. این پنج مفهوم، عبارتند از: ۱- شرایط زندگی (C)، ۲- نگرش‌ها (A)، ۳- استانداردهایی که ما برای خودمان تعریف کرده‌ایم (S)، ۴- ارزش‌ها (I)، ۵- رضایت کلی از زندگی (O). بنابراین CASIO، پنج استراتژی برای ایجاد رضایت در این حوزه‌ها است که براساس ایجاد رضایت‌مندی بین فاصله‌ی موجود بین آنچه که شخص می‌خواهد و آنچه که دارد، باعث بالا بردن کیفیت زندگی می‌شود (۹). درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، تنها درمان شناختی- رفتاری است که افزایش شادی و رضایت از زندگی را در جنبه‌های مختلف (مثل ارتباطات، فعالیت‌های لذت‌بخش، عزت نفس و...) در مرکز اهداف خود قرار می‌دهد و نهایتاً هدف اصلی‌اش بهبود کیفیت زندگی به طور خاص است (۱۸).

مروری بر ادبیات تحقیق در زمینه اختلال اوتیسم نشان می‌دهد که تمرکز اصلی این تحقیقات تاکنون بیشتر بر بیماران مبتلا بوده و به والدین این بیماران و نیاز آنان به مداخلات حمایتی و روان‌درمانی کمتر توجه شده است. این در حالی است که تحقیقات صورت گرفته بر روی این افراد بر اهمیت نیاز این افراد به آموزش و کسب منابع حمایتی و تأثیرات مثبت این مداخلات بر تعاملات روزمره والدین با کودک و افزایش رضایت‌مندی آنان تأکید شده است. از سوی دیگر، با توجه به نقش والدین در درمان کودکان مبتلا به اوتیسم و همچنین طولانی بودن روند درمان این کودکان و هزینه‌بر بودن جلسات انفرادی، ضرورت توجه به والدین

این پرسشنامه در تحقیق مولوی و همکاران، ۰/۹۲ و برای زیر مقیاس‌ها، بین ۰/۸ تا ۰/۹ بدست آمد. تحلیل عوامل سؤالات پرسشنامه با تقسیم بندی عواطف مثبت و منفی دینر هماهنگ بود که نشان‌دهنده روایی مطلوب این پرسشنامه است (۱۹). به منظور سنجش امیدواری آزمودنی‌ها از مقیاس امیدواری اسنایدر و همکاران استفاده شد. این مقیاس توسط اسنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ ساخته شده است و متشکل از ۱۲ ماده است که ۸ ماده آن امیدواری و ۴ ماده آن شکنندگی یا امیدواری پایین را می‌سنجد. هر ماده با مقیاس چهار درجه ای اندازه گیری می‌شود که دامنه ای از کاملاً غلط تا کاملاً درست را در بر می‌گیرد. مقیاس امیدواری ثبات درونی قابل قبولی را از ۰/۷۴ تا ۰/۷۸ در نسخه انگلیسی به دست آورده است (۲۰). در ایران نیز این مقیاس مورد هنجاریابی قرار گرفته است و اعتبار مناسبی را کسب کرده است. به عنوان مثال، شجاعی در پژوهش خود برای خرده مقیاس تفکر مسیر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۲ و برای خرده مقیاس تفکر عاملی ضریب ۰/۷۴ را گزارش کرده است (۲۱).

پس از انجام نمونه‌گیری به گونه‌ایی که گفته شد، در جلسه پیش‌آزمون، شرکت کنندگان به سؤالات آزمون بهزیستی ذهنی و امیدواری پاسخ دادند. پس از آن افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار داده شدند. گروه آزمایش به صورت هفتگی تحت آموزش گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی قرار گرفت. جلسات درمانی به مدت ۹۰ دقیقه بوده است. موضوع جلسات هفتگی به ترتیب زیر بود: (۱) جلسه اول: آموزش مدل کیفیت زندگی، شامل: آموزش مدل پنج راهه CASIO، تکمیل نیم‌مرخ کیفیت زندگی به صورت فردی، توافق بر حوزه‌های مهم از بین ۱۶ حوزه مشخص شده در مدل مبتنی بر کیفیت زندگی. (۲) جلسه دوم: بررسی نقش عزت نفس در بهزیستی ذهنی و سلامت روانی که شامل: تعریف عزت نفس بر اساس مدل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش و آرایه

و استفاده از برنامه‌های آموزشی و روان‌درمانی والدین بیشتر احساس می‌شود. همچنین تأثیر استفاده از روان‌درمانی‌های مثبت و خصوصاً گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی در پژوهش‌های متعددی مورد تأیید قرار گرفته، اما تأثیر این رویکرد در مورد والدین کودکان اوتیستیک بررسی نشده و این تحقیق از این نظر بدیع می‌باشد. بدیهی است یافته‌های این پژوهش می‌تواند مورد استفاده روان‌شناسان، متخصصان روان‌پزشکی اطفال، مدارس نگهداری این کودکان و سایر نهادهای مرتبط با این بیماران قرار گیرد.

روش بررسی

پژوهش حاضر، از نوع پژوهش‌های نیمه تجربی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل می‌باشد. متغیر مستقل، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی (QOLT) بود که فقط در گروه آزمایش، اعمال شد و تأثیر آن بر نمرات پس‌آزمون افراد گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، مورد مقایسه قرار گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه والدین دارای کودک مبتلا به اوتیسم مدرسه کودکان استثنایی نهال اهواز بود که از میان آنان ۳۰ والد به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس از میان این ۳۰ نفر به شکل تصادفی ساده ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل گماشته شدند. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۲۵ تا ۵۱ سال بود. میانگین سنی گروه آزمایش ۳۷ و گروه کنترل ۳۵ سال بود. به منظور سنجش بهزیستی ذهنی آزمودنی‌ها از پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی، استفاده شد. ساخت و هنجاریابی این پرسشنامه، توسط مولوی و همکاران در سال ۱۳۸۹ صورت گرفته است. این پرسشنامه ۳۹ سؤال دارد و بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً درست = ۵ تا حدودی درست = ۴ متوسط = ۳ تا حدودی نادرست = ۲ کاملاً نادرست = ۱) صورت می‌گیرد. این پرسش‌نامه علاوه بر نمره کل دو زیر مقیاس عمده را نیز مورد سنجش قرار می‌دهد که شامل عواطف مثبت و عواطف منفی می‌شود. ضریب پایایی کل

برقراری عادت کردن به بازی و تفریح، آموزش و آرایه تکلیف لیست بازی های جهت تکمیل در منزل. ۸) جلسه هشتم: دریافت بازخورد از آموزش کیفیت زندگی و پیشگیری از عود که شامل: آموزش استفاده از فرم استرس های شخصی و چک لیست اضطراری عود به منظور حفظ نتایج درمان و پیشگیری از عود، دریافت بازخورد در خصوص آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، مروری بر مدل CASIO و تأکید بر استفاده از آن در تمام زندگی.

پس از هشت جلسه آموزش همه افراد نمونه به شکل عمومی در یک جلسه پس آزمون مجدداً به سوالات پاسخ دادند. داده های بدست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت به منظور تجزیه تحلیل داده ها از آزمون خی دو، تی مستقل و کواریانس در فضای SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد.

یافته ها

همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده است، میانگین نمرات بهزیستی کلی گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون، برابر ۹۰/۷۶ است که این مقدار، بعد از مداخله درمانی در مرحله پس آزمون به ۱۳۲/۵۷ افزایش پیدا کرده است. در گروه کنترل، میانگین نمرات بهزیستی کلی در مرحله پیش-آزمون، برابر ۸۹/۴۵ است که در مرحله پس آزمون به ۱۲۶/۳۴ افزایش پیدا کرده است. زیر مقیاس عاطفه مثبت گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ۷۹/۷۳ است که پس از مداخله درمانی این مقدار به ۹۷ رسیده است. میانگین زیر مقیاس عاطفه مثبت گروه کنترل در مرحله پیش آزمون ۷۹/۳۳ است که پس از مداخله درمانی این مقدار به ۸۷ رسیده است و میانگین زیر مقیاس عاطفه منفی گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ۴۹ است که پس از مداخله درمانی این مقدار به ۳۴/۷۳ رسیده است. میانگین زیر مقیاس عاطفه منفی گروه کنترل در مرحله پیش آزمون ۴۹/۸۶ است که پس از مداخله درمانی این مقدار به ۵۰

تکلیف «یادداشت موفقیت» برای اجرا در منزل، آموزش اصول رسیدن به عزت نفس شامل خود پذیری، بسط روابط اجتماعی سود بخش، یاری رسانی، آموزش و ارائه تکنیک BAT (توجه به نعمت ها) جهت تکمیل در منزل. آموزش استفاده از «لیست توانایی ها». ۳) جلسه سوم: ارتباط بهزیستی ذهنی کلی و زیرمقیاس های آن، عاطفه مثبت و منفی و امیدواری با سلامت روانی و جسمانی که شامل: بررسی عادات غلط در مورد سلامتی، آموزش تمرین «سبد تخم مرغ» (basket of eggs) جهت تکمیل در منزل، آموزش برنامه شش مرحله ای کنترل عادات، مطابق با دستورالعمل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش برنامه ریزی روزانه (DAP)، اصل «پذیرش چیزهایی که نمی توانیم تغییر دهیم» (۴) جلسه چهارم: آشنایی با نقش اهداف، ارزش ها و زندگی معنوی در رضایت از زندگی که شامل: مشخص کردن فلسفه زندگی، اجرای تمرین هدف یابی (vision quest)، آموزش تکنیک نمایشنامه زندگی (life script)، کارکردهای مذهبی و معنوی بودن، آشنایی با اصول تعیین هدف. ۵) جلسه پنجم: جایگاه ارتباط در آموزش مهارتهای مبتنی بر کیفیت زندگی که شامل: آموزش انگاره های اصلی ارتباط در آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش مهارت های ارتقای رضایت خاطر از ارتباط، آموزش فن نامه نگاری ۱ و ۲، آشنایی و آموزش استفاده از فرهنگ لغات احساسات. ۶) جلسه ششم: جایگاه یادگیری در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی که شامل: آموزش مراحل ۵ گانه جهت افزایش یادگیری (در حیطه های مورد علاقه)، آموزش مهارت های مطالعه و یادگیری. ۷) جلسه هفتم: تعیین جایگاه بازی و تفریح در بهزیستی ذهنی کلی و زیرمقیاس های آن، عاطفه مثبت و منفی و امیدواری که شامل: آموزش تفاوت بین «فعالیت های باید و خواستن»، مشخص کردن بازی هایی که باعث تخریب کیفیت زندگی می شود، بررسی رابطه شادی و تفریح، گام های مؤثر برای

کلّی، عاطفه مثبت، عاطفه منفی، امیدواری) بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. برای بررسی نقطه‌ی تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۴ ارائه شده است. جدول ۴ نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا را برای مقایسه‌ی میانگین پس‌آزمون‌های هر دو متغیر وابسته (بهزیستی کلّی، عاطفه مثبت، عاطفه منفی، امیدواری) با کنترل پیش‌آزمون‌ها، در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متغیرهای بهزیستی ذهنی کلّی ($F=33/46$ و $P<0/001$) و زیرمقیاس‌های آن عاطفه مثبت ($F=12/56$ و $P<0/001$) و منفی ($F=56/69$ و $P<0/001$) و امیدواری ($F=7/76$ و $P<0/001$) معنی‌دار می‌باشند. بنابراین فرضیه‌های پژوهش مبتنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های کیفیت زندگی بر افزایش بهزیستی ذهنی کلّی و زیرمقیاس‌های آن، عاطفه مثبت و عاطفه منفی و امیدواری بیماران اوتیسم شهر اهواز تأیید می‌شوند. به‌علاوه ضریب اندازه‌ی اثر نشان می‌دهد که ۰/۵۸۲ درصد تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون از نظر متغیر بهزیستی کلّی و ۰/۲۴۴ درصد تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون از نظر متغیر امیدواری مربوط به مداخله‌ی آزمایشی است و توان آماری برابر ۱ می‌باشد.

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات بهزیستی ذهنی کلّی و زیرمقیاس‌های آن، عاطفه مثبت و منفی و امیدواری دو گروه در

مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی کلّی	آزمایش	۹۰/۷۶	۱۴/۱۳	۱۳۲/۵۷	۱۴/۶۴
	کنترل	۸۹/۴۵	۱۰/۲۳	۱۲۶/۳۴	۱۲/۲۴
عاطفه مثبت	آزمایش	۷۹/۷۳	۱۱/۶	۹۷	۴/۵
	کنترل	۷۹/۳۳	۱۱/۵	۸۷	۱۲/۴
عاطفه منفی	آزمایش	۴۹	۹/۲	۳۴/۷۳	۳/۷۳
	کنترل	۴۹/۸۶	۱۰/۰	۵۰	۵/۳۷
امیدواری	آزمایش	۳۳/۳۳	۳/۸۲	۴۰/۴۴	۲/۶۶
	کنترل	۳۵/۴۶	۴/۱	۳۶/۳۴	۴/۶

رسیده است. همچنین، میانگین نمرات امیدواری گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون، برابر ۳۳/۳۳ است که این مقدار بعد از مداخله در مرحله پس‌آزمون به ۴۰/۴۴ افزایش پیدا کرده است. در گروه کنترل، میانگین نمرات امیدواری در مرحله پیش‌آزمون، برابر ۳۵/۴۶ است که در مرحله پس‌آزمون به ۳۶/۳۴ افزایش پیدا کرده است. به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد نتایج این آزمون برای نمرات پس‌آزمون بهزیستی در دو بعد عاطفه منفی و عاطفه مثبت و امیدواری در جدول ۲ ارائه شده است. همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود تفاوت معنی داری در واریانس نمرات پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است. جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) بر روی نمره‌های پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون پژوهش (بهزیستی کلّی، عاطفه مثبت، عاطفه منفی، امیدواری) انجام گرفت. جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری را روی نمره‌های پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون نشان می‌دهد. مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P<0/001$ تفاوت معنی داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (بهزیستی

جدول ۲: آزمون لوین برای همسانی واریانس‌ها در متغیر بهزیستی ذهنی کلی و زیرمقیاس‌های آن، عاطفه مثبت و منفی و امیدواری

متغیر	مرحله شاخص	F	درجه-آزادی گروه آزمایش	درجه-آزادی گروه کنترل	معناداری
بهزیستی کلی	پس آزمون	۰/۵۴۳	۱	۲۸	۰/۳۹۶
عاطفه مثبت	پس آزمون	۰/۰۴۹	۱	۲۸	۰/۸۲۶
عاطفه منفی	پس آزمون	۰/۶۹۴	۱	۲۸	۰/۴۱۶
امیدواری	پس آزمون	۰/۶۹۴	۱	۲۸	۰/۴۱۶

جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی کلی و زیرمقیاس‌های آن

عاطفه مثبت، عاطفه منفی و امیدواری

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	Df خطا	اندازه‌ی اثر	توان آماری	سطح معنی‌داری
اثر پیلای (Pillai's Trace)	۰/۸۶۲	۳۲/۷۱	۴	۲۱	۰/۸۶	۱	P</۰۰۰۱
لامبدای ویلکز (Wilks' lambda)	۰/۱۳۸	۳۲/۷۱	۴	۲۱	۰/۸۶	۱	P</۰۰۰۱
اثر هتلینگ (Hotelling's Trace)	۶/۲۳	۳۲/۷۱	۴	۲۱	۰/۸۶	۱	P</۰۰۰۱
بزرگترین ریشه‌ی روی (Roy's Largest Rot)	۶/۲۳	۳۲/۷۱	۴	۲۱	۰/۸۶	۱	P</۰۰۰۱

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون بهزیستی کلی، عاطفه مثبت، عاطفه منفی،

امیدواری) گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه‌ی اثر	توان آماری	سطح معنی‌داری
بهزیستی کلی	۱۳۰۲/۴۲	۱	۱۳۰۲/۴۲	۳۳/۴۶	۰/۵۸۲	۱	P</۰۰۰۱
عاطفه مثبت	۶۰۰/۸۶	۱	۶۰۰/۸۶	۱۲/۵۶	۰/۳۴۴	۹۲/۲۵	P</۰۰۰۱
عاطفه منفی	۱۸۱۱/۶۲	۱	۱۸۱۱/۶۲	۵۶/۶۹	۰/۷۰۳	۱	P</۰۰۰۱
امیدواری	۱۱۷/۱۴۴	۱	۱۱۷/۱۴۴	۷/۷۶	۰/۲۴۴	۰/۷۶۲	P</۰۰۰۱

بحث

مثبت، درآمیخته است؛ بنابراین در بررسی و مقایسه یافته‌های پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌ها، از تحقیقاتی که با درمان مبتنی بر کیفیت زندگی از نظر روش، شباهت دارند استفاده شده است چرا که این درمان، جدید است، تحقیقات بسیار اندکی به خصوص در گروه والدین کودکان دچار اختلال اوتیسم با استفاده از درمان مبتنی بر کیفیت زندگی صورت گرفته است.

بررسی فرضیه‌های پژوهش، نشان می‌دهد که درمان گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی، بهزیستی ذهنی کلی و زیرمقیاس‌های آن شامل عاطفه مثبت و منفی والدین کودکان اوتیسم را نسبت به گروه کنترل، افزایش داده است. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که این درمان امیدواری اعضای گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل افزایش داده است. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزشی است که شیوه‌های درمان رفتاری-شناختی را با روش‌های روان‌شناسی

شناخت‌درمانی با روان‌شناسی مثبت در قالب گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روانی روی یک نمونه‌ی ۲۴ نفری در سال ۱۳۸۹ در شهر قم اجرا شد، نتایج حاکی از این بودند که گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی باعث افزایش شاخص‌های سلامت روان در ابعاد افسردگی، بدکارکردی اجتماعی و نشانه‌های جسمانی سازی در هر دو مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری شده است. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که این مدل درمانی در مرحله‌ی پس‌آزمون باعث افزایش عاطفه‌ی مثبت و کاهش عاطفه‌ی منفی شده است (۲۵).

دو مورد از متغیرهایی که در آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، مورد بررسی قرار گرفت، خلق مثبت و بهزیستی روانی است که این سازه‌ها به مفهوم افزایش هیجانات مثبت و تعادل بین عواطف در بین آزمودنی‌ها بود. زیرا بر حسب دیدگاه دینر و همکاران بهزیستی ذهنی، یعنی وجود حداکثر عاطفه مثبت، حداقل عاطفه منفی و رضایت از زندگی (۱۶). بنابراین استراتژی‌های خودتنظیمی عاطفی، می‌تواند یکی از بهترین روش‌ها برای ایجاد تعادل در عاطفه مثبت و منفی باشد (به منظور افزایش بهزیستی ذهنی و خلق مثبت). همانگونه که در تکنیک سبد تخم مرغ‌ها و تکنیک ثبت استرس‌های روزانه (دروغ‌سنج) از آموزش مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی، به آزمودنی‌ها آموزش داده شد تا میزان واکنش عاطفی خود را نسبت به شرایط محیطی، شناسایی کنند و با مدل CASIO ارزش‌گذاری احساسی خود را در هر حوزه به حالت تعادل برسانند. همچنین یکی از حیطه‌های مورد بحث در آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، بعد اهداف و زندگی معنوی است؛ و از طرفی حس غایت‌مندی و زندگی معنوی با سلامت روان و بهزیستی ذهنی مرتبط است. در همین رابطه، موریرا-المدیا (Moreira-Almedia) در مطالعه‌ای کیفی و به صورت فراتحلیل به بررسی شواهد علمی رابطه بین مذهب و سلامت روانی پرداخته است. یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که در

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی موجب افزایش بهزیستی ذهنی والدین کودکان مبتلا به اوتیسم می‌شود. این یافته با پژوهش‌های مک و کوک (۲۲)، خرم آبادی، پوراعتماد، مظاهری، دهقانی و خسروشاهی (۲۳) و ریاحی، خواجه‌الدین، ایزدی مزیدی، عشرتی و نقدی‌نسب (۴) که افزایش بهزیستی ذهنی و سلامت روان والدین کودکان اوتیسم را از طریق مداخلات روان‌شناختی گزارش کرده‌اند، هماهنگ است. ریاحی و همکاران (۴) در پژوهش خود که با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و حمایتی بر میزان سلامت عمومی و باورهای غیر منطقی مادران با کودکان مبتلا به اوتیسم در سال ۱۳۹۰ در شهر اهواز انجام شد، نشان دادند که بکارگیری تکنیک‌های آموزش روانی، حمایتی و رفتاری باعث افزایش سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اوتیسم شده است. همچنین در پژوهشی که توسط مک و کوک در هنک گنک و چین برای بررسی اثربخشی سه نوع حمایت اجتماعی بر روی بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودکان با اختلال طیفی اوتیسم صورت پذیرفته است، به این نتیجه دست یافتند که دریافت حمایت از خانواده، افراد مهم، دوستان و متخصصان تأثیر معنادار مثبتی بر روی بهزیستی روان‌شناختی این مادران دارد (۲۲).

همچنین نتایج این پژوهش با یافته‌های عابدی و وستانیس (۲۴) و قاسمی، کجباف و ربیعی (۲۵) همسو است. در پژوهش عابدی و وستانیس که به منظور «ارزیابی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی برای والدین کودکان مبتلا به اختلال وسواس- اجبار در ایران» در سال ۱۳۹۰ در شهر اصفهان انجام شد، نتایج نشان داد که این درمان باعث کاهش نشانه‌های OCD و اضطراب و افزایش رضایت کلی، خانوادگی و موقعیتی کودکان مبتلا به OCD شده است. همچنین میزان کیفیت زندگی مادران هم به طور کلی افزایش معناداری یافت (۲۴). همچنین در پژوهش قاسمی و همکاران که با هدف بررسی اثربخشی رویکرد ترکیبی

یکی دیگر از حیطه های مورد بررسی در درمان مبتنی مبتنی بر کیفیت زندگی، حیطه عزت نفس است و در این راستا از تکنیک های یادداشت موفقیت ها، تکنیک BAT (توجه به نعمت ها) و توجه به توانایی های خود استفاده شد. در این تکنیک ها به والدین آموزش داده می شود که به توانایی ها و دستاوردهای خود به عنوان یک مادر توجه کنند و از این رهگذر به عزت نفس بیشتری نائل شوند. یکی از علل اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر افزایش بهزیستی ذهنی افراد گروه آزمایش، آگاه کردن آنان درباره این موضوع بود که خود واقعی شان را بشناسند و به جای اینکه تنها بر ضعف های خود تمرکز کنند، توانایی های خود را نیز مورد شناسایی و تقویت قرار دهند تا بتوانند در حوزه هایی از زندگی خود که درباره آن نگران هستند، موفق تر عمل کرده و احساس بهتری نسبت به خودشان پیدا کنند. مالوکا (۲۸) در این ارتباط، مشخص کرد که مطابق با هرم نیازهای مزلو، داشتن خود پنداره مثبت، نقش بسیار زیادی در بهزیستی ذهنی دارد.

ارتباطات اجتماعی سالم و اصلاح الگوی ارتباطی، یکی از مواردی بود که در این دوره، اعضای گروه، فرا گرفتند. افراد در چند مرحله یاد گرفتند که ابتدا با بازسازی شناختی و آگاه سازی، روابط معیوب خود را شناسایی کنند، سپس یک سری مهارت های ارتباطی را به صورت رفتاری، تمرین کنند. اعضای گروه با استفاده از تکنیک سبد تخم مرغ ها، یاد گرفتند که یکی از دلایل نارضایتی آن ها در روابط، این است که تمام ارزش گذاری های روانی و احساسی خود را صرف یک رابطه کرده اند و به ارتباطات دیگر و یا فعالیت های دیگر، ارزشی نمی دهند. در این ارتباط، یافته های پژوهشی حاکی از آن است که عواطف و تأیید رفتاری از سوی دیگران با رضایت از زندگی به صورت مثبت در ارتباط است و تأیید رفتاری و پایگاه اجتماعی گسترده داشتن، روی عواطف مثبت، اثر مثبت و روی عواطف منفی، اثر

اکثر مطالعات، رفتارهای مذهبی، رابطه معناداری با شاخص های سلامت روانی (از جمله رضایت از زندگی، خشنودی، احساس مثبت و روحیه بالا و...) داشته اند. علاوه بر این، اثرات رفتارهای مذهبی بر سلامت روانی، معمولاً در میان افرادی که در موقعیت های پر استرس زندگی (مثل داشتن کودک اوتیسم) تأثیرگذارتر بوده است (۲۶). در این راستا متغیر میانجی که می تواند موجب افزایش بهزیستی روانی و امیدواری والدین از طریق مدل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی شود، همانا معنویت و حس غایت مندی است. استرس و فشارهای روانی یکی از مسائل عمده والدین دارای کودکان اوتیستیک است. این کودکان دارای نیازهای خاصی در زمینه های گوناگون رشدی می باشند که خود فشار مضاعفی را به والدین وارد می سازد. در این ارتباط مدل های درمانی و آموزشی والدین می تواند کمک شایانی به کاهش استرس این گونه والدین کند. به اعتقاد سانتدرز (۲۷)، آموزش والدین منجر به کاهش افسردگی، اضطراب، خشم و استرس بالا و بویژه استرس در ایفای نقش والدین می شود. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به عنوان یکی از مدل های درمانی به والدین آموزش می دهد که چگونه اهداف کوتاه و بلند خود را تعیین کنند و از این طریق از میزان استرس های خود بکاهند و عاطفه منفی کمتری را تجربه کنند. در این راستا پژوهش ها نشان داده اند افرادی که در موقعیت های چالش برانگیز و استرس زا برای موقعیت خود، معنادهی می کنند، معمولاً عاطفه منفی پایین تری را تجربه می کنند و میزان کیفیت زندگی بالاتری را گزارش می دهند. این یافته هماهنگ با نتایج پژوهش خرم آبادی و همکاران (۲۳) می باشد که اثربخشی برنامه پرنده کوچولو را بر والدین کودکان اوتیستیک بررسی کردند. نتایج آن ها حکایت از آن داشت که مدل پرنده کوچولو به دلیل کاهش استرس والدین موجب افزایش سلامت روانی والدین شده است.

امیدواری در والدین ضربه بزند. در این راستا تکنیک‌های بکارگرفته شده در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی مانند سبد تخم مرغها و ثبت افکار و احساسات ناکارآمد می‌تواند کمک شایانی بر غلبه بر احساس تنهایی و گسترش روابط اجتماعی سالم گردد. اعضای گروه از طریق این تکنیک‌ها یاد گرفتند به روابط آسیب‌زایی که منجر به احساس ناامیدی می‌شود، خاتمه دهند؛ در عوض روابطی را با آشنایان و دوستانی که کمتر در نظر می‌گرفتند (مانند ارتباط با سایر والدین) را بسط و گسترش دهند. همچنین از طریق ثبت احساسات و افکار ناکارآمد اعضای گروه آموختند که گاهی تصورات و افکار منفی آن‌هاست که موجب احساس ناامیدی و یاس می‌شود، بنابراین با شناخت و کاهش این-گونه افکار می‌توانند بر احساس‌های ناامیدی و یأس غلبه کنند.

نتیجه‌گیری

به طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان داد که گروه-درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی منجر به افزایش بهزیستی ذهنی و امیدواری مادران کودکان اوتیستیک گردیده است. گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی یک رویکرد کل‌نگر است که به سلامت روان در بافت زندگی روزمره اهمیت می‌دهد و سعی دارد تا تمامی ابعاد مرتبط با این دو عامل را در بافت کیفیت زندگی اصلاح کند. سازمان بهداشت جهانی نیز سلامت روانی را حالتی از بهزیستی می‌داند که در آن افراد درک واقعی از توانایی‌های خود دارند و می‌توانند با استرس‌های روزمره زندگی خود مقابله کنند و به صورت ثمر بخش و مؤثر کار کنند و در جامعه‌ی خود نقش داشته باشند.

از محدودیت‌های این پژوهش این است که این پژوهش بر روی والدین کودکان اوتیستیک یکی از مراکز شهرستان اهواز انجام شد. همچنین این پژوهش صرفاً بر روی مادران انجام شد و بهتر است به منظور تعمیم بهتر نتایج، این

منفی می‌گذارد. همچنین بین روابط اجتماعی سالم با بهزیستی ذهنی، یعنی افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی همراه با افزایش رضایت از زندگی، رابطه‌ای دو سویه وجود دارد (۲۹). لیمومرסקی و دلاپورتا نیز معتقدند که بهزیستی ذهنی بلندمدت با فاکتورهای محیطی مانند تفریح و فعالیت همراه با کودکان، داشتن دیدی خوش بین، ابراز قدردانی‌ها و سپاسگزاری‌ها از خود و دیگران در ارتباط است (۳۰). چنانکه در این روش آموزشی نیز برای کمک به افراد جهت رسیدن به بهزیستی کلی و امیدواری توجه نمودن به یکی از حیطه‌های ۱۶ گانه زندگی یعنی تفریح و اوقات فراغت بود.

یکی دیگر از متغیرهایی که ارتباط نزدیکی با بهزیستی ذهنی دارد، امیدواری است. افراد امیدوار سالم‌تر و شادترند و دستگاه‌های ایمنی آنان کارکرد بهتری دارد. آنان با بهره-گیری از راهبردهای کنار آمدن مؤثرتر مانند ارزیابی مجدد و مسأله‌گشایی، با فشارهای روانی بهتر کنار می‌آیند. بزرگسالانی که از سطوح بالای امید برخوردارند، این باور را در خود پرورش داده‌اند که می‌توانند با چالش‌ها سازش کنند و با ناملایمات کنار بیایند. آنان وقتی در زندگی با موانعی روبرو می‌شوند، هیجان‌های منفی کمتری را تجربه می‌کنند و در نتیجه از سلامت روان بیشتری برخوردارند و علائم روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و ... در آنها کمتر است (۱۵). در این راستا تکنیک‌های آموزش برنامه ریزی روزانه (DAP) و تکنیک سبد تخم‌مرغها می‌تواند در ایجاد انگیزه برای فعالیت و داشتن هدف برای رفتارها کمک کننده باشد و در نتیجه به درمانجو برای داشتن امیدواری کمک کند. از طرف دیگر یکی از متغیرهایی که با مفهوم امید ارتباط دارد حمایت اجتماعی است. والدین کودکان اوتیستیک به دلیل برخی از ویژگی‌های کودک خود یا احساس ننگ و شرمندگی و حتی بعضاً بد گویی‌هایی از جانب دیگران بیشتر دچار انزوا و تنهایی هستند و این حس انزوا و تنهایی می‌تواند به سلامت روان و داشتن حس

جندی شاپور اهواز به شماره SDU-9203 و کد کمیته اخلاق ajums.REC.1392.60 می‌باشد که با حمایت مالی این مرکز و معاونت توسعه پژوهش و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به انجام رسیده است. بدین وسیله از زحمات این عزیزان و همچنین مسئولین مرکز نهال اهواز و کلیه والدین کودکان اوتیسم که در جلسات درمانی شرکت نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

پژوهش در شهرهای دیگر کشور و بر روی پدران نیز انجام شود. همچنین به دلیل هنجار نشدن این بسته آموزشی بعضی از مفاهیم آن با فرهنگ جامعه‌ی ایران منطبق نبوده که بهتر است بررسی‌های آینده معطوف به هنجار آن در ایران نیز گردد.

قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی

منابع

- 1-Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- 2-Richman S. Raising a Child with Autism. 3th ed. London: Jessica Kingsley; 2001.
- 3-Ozonof S, Rausen DJ, Mc Partland J. Parent guaid for asperger and high function autism (HFA) children. 1th ed. London: McGraw-Hill; 2006.
- 4-Riahi F, Khajeddin N, Izadi Mazidi S, Eshrat T, Naghdi Nasab L. [The effect of supportive and cognitive-behavior group therapy on mental health and irrational believes of mothers of autistic children]. Jundishapur Sci Med J 2011;10(6):637-45. [In Persian]
- 5- Kuhn JC, Carter AS. Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. Am J Orthopsychiatry 2006;76(4):564-75.
- 6-Dugan C. Coping with autism- support for families. 2003; Available at: URL: <http://www.autismwebsite.com>.
- 7-Hobart HM, Smith W. Autism and family in the People's Republic of China: Learning from parents' perspectives. Res Pract Persons Severe Disabil 2008;33(1-2):37-47.
- 8-Tennant C. Life events, stress and depression: a review of recent findings. Aust N Z J Psychiatry 2002;36(2):173-82.
- 9-Frisch MB. Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. Hoboken: John Wiley & Sons; 2006.
- 10-Gallagher EN, Vella-Brodrick DA. Social support and emotional intelligence as predictors of subjective well-being. Pers Individ Differ 2008;44:1551-61.
- 11-Howell RT, Keren LM, Lyubomirsky S. Health benefits: Meta analytically determining the impact if well-being on objective health outcomes. Health Psy Rev 2007;1(1):1-54.
- 12-Mirzaei Teshnizi P, Pourshahriari M, Sheibani O. [Comparison of the effectiveness of subjective well being program and fordyce cognitive behavior method in reduction of depression in high school students of Isfahan city]. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2009;17(4):291-302. [In Persian]
- 13-Bahadori Khosroshahi J, Hashemi Nosrat Abad T. [The relationship between hopefulness and resiliency with psychological well-being: a study in the university students]. Thought Behav Clin Psy 2012;6(22):41-50. [In Persian]
- 14-Snyder CR. Handbook of hope: theory, measures, and applications. 5th ed. San Diego: Academic Press; 2000.
- 15-Farhadi M, Ahmadi Tahoor Soltani M, Ramezani V, Gharekhani A. Elderly Mental Health: the Role of Spiritual Well-being and Hope. Res Psy Health 2009;3(2):43-50. [In Persian]
- 16-Toghyani M. The Effectiveness of Quality Of Life Therapy (QOLT) on Mental Health, Subjective Well-Being (SWB) and academic performance of young boys [dissertation]. Isfahan: Isfahan Univ; 2011. [In Persian]
- 17-Joseph S, Lindley AP. Positive Psychotherapy: A Metatheory for Psychological practice. 1th ed. Oxford: Rutledge Press; 2006.
- 18-Gross CR, Kreitzer MJ, Russas V, Treesak C, Frazier PA, Hertz MI. Mindfulness meditation to reduce symptoms after organ transplant: a pilot study. Adv Mind Body Med 2004;20(2):20-9.

- 19-Molavi H, Torkan H, Soltani I, Palahang H. [Structure Standardization, Validity and Reliability of Subjective Well-being Questionnaire]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2010;16(3):231-8. [In Persian]
- 20-Snyder CR, Irving L, Anderson JR. Hope and health: Measuring the will and the ways. In: Snyder CR, Forsyth DR, eds. *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*. Elmsford: Pergamon; 1991. P. 231-302.
- 21-Shojaee Baghini F. The relationship between hope and optimism with avoidance from risky behaviors among girls 15 to 18 years of Kerman city [dissertation]. Tehran: Allameh Tabatabaee Univ.; 2012. [In Persian]
- 22-Mak WW, Kwok YT. Internalization of stigma for parents of children with autism spectrum disorders in Hong Kong. *J Soc Sci Med* 2010;70(12):2045-51.
- 23-Khorram Abadi R, Pouretamad H, Mazaheri A, Dehghani M, Khosroshahi S. The effectiveness of the 'Little Bird' program in the general health of mothers with autistic children. *J Family Res* 2011;7(27):325-41. [In Persian]
- 24-Abedi MR, Vostanis P. Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010;19(7):605-13.
- 25-Ghasemi N, Kajbaf MB, Rabiei M. The effectiveness of Quality Of Life Therapy (QOLT) on Subjective Well-Being (SWB) and Mental Health. *J Clin Psychol* 2012;3(2):23-34. [In Persian]
- 26-Moreira-Almeida A, Lotufo-Neto F, Koenig HG. Religiousness and Mental Health: a review. *Rev Bras Psy* 2006;(6):119-131.
- 27-Sanders MR, Markie-Dadds C. Triple P: A multi-level family intervention program for children with disruptive behavior disorders. In: Cotton P, Jackson H, eds. *Early intervention and prevention in mental health*. Melbourne: Australian Psychological Society; 2005. P. 59-85.
- 28-Maluka CS. Subjective well-being and self-esteem in a disadvantaged community [dissertation]. master thesis, UNISA. 2004.
- 29-Sterverink M, Lindenberg S. Which social need are important for subjective well-being? What happens to them with aging? *Psy Aging* 2006;21(2):281-90.
- 30-Lyubomirsky S, Della Porta M. Boosting happiness, buttressing resilience: Results from cognitive and behavioral interventions. In: Reich JW, Zautra AJ, Hall J, eds. *Handbook of adult resilience: Concepts, methods, and applications*. 1th ed. New York: Guilford Press; 2008.

The Effectiveness of Quality-of-Life Therapy on Subjective Well-being and Hope in Parents of Autistic Children

Forogh Riahi¹, Mohamamd Vatan Khah², Farzad Karim Nejhad³, Hani Rahimi^{4*}, Ehsan Beladi Moghadam⁵, Kambiz Ahmadi Engali⁶

1-Assistant Professor of Psychiatry.

2-Master of Clinical Psychology.

3-Master of Clinical Psychology.

4-Master of Clinical Psychology.

5-Assistant Professor of Psychiatry.

6-Assistant Professor Statistics.

1,4-Deptment of Psychiatry, Social Determinants of health Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

2-Deptment of Clinical Psychology, School of Psychology and Education, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran.

3-Deptment of Clinical Psychology, Young Researchers and Elite Club, Medicine Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

5-Department of Psychiatry, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

6-Department of Statistics, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:

Mahin Dianat; Deptment of Clinical Psychology, Social Determinants of Health Research Center, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
Tel: +989371008658
Email: hani.psy86@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Autism disorder in children has damaging effects on parents. Attending to psychological issues, especially subjective well-being and hope of these parents is important. The purpose of this study was to investigate the efficacy of quality of life therapy on subjective well-being and hope in parents of autistic children.

Subjects and Methods: This study is a pre- and post-test design with control and experimental groups. The population of this study consisted of all parents of autistic children in Nahal exceptional children school in Ahvaz from whom 30 parents were selected by purposive sampling and were divided randomly into two groups of 15 persons allocated as experimental and control groups. They were matched for age, educational status, and socioeconomic status. The experimental group received 8 sessions of quality of life group therapy, but the control group did not receive any intervention. The instruments of this study were subjective well-being questionnaire and hope scale that participants completed in pre- and post-tests. Descriptive statistical methods and covariance analysis were used for analysis of the data.

Results: There was a significant difference between experimental group and control groups in terms of subjective well-being and hope ($P < 0.0001$). The rate of subjective well-being and hope in experimental group in post-test was significantly higher than the control group.

Conclusion: According to these results quality-of-life therapy, as combination of positive psychology and cognitive-behavioral therapy, can increase the rate of subjective well-being and hope in parents of autistic children.

Keywords: Quality of life therapy, Subjective well-being, Hope, Parents of autistic children.

Please cite this paper as:

Riahi F, Vatan Khah M, Karim Nejhad F, Rahimi H, Beladi Moghadam E, Ahmadi Engali K. The Effectiveness of Quality-of-Life Therapy on Subjective Well-being and Hope in Parents of Autistic Children. *Jundishapur Sci Med J* 2014; 13(1):53-65

Received: May 2, 2013

Revised: Nov 3, 2013

Accepted: Dec 4, 2013