The Effectiveness of Quality of Life Psychotherapy on the Psychological Well-Being of Mothers of Children with Autism

Fariborz Sadigh Arfaee*: Associate professor, faculty of psychology department, college of humanities sciences, university of Kashan, Kashan, Iran. fas@kashanu.ac.ir

Nasrin Dara: MA educational psychology, university of Kashan, Kashan, Iran. nasrin.dara@gmail.com

Abstract

Introduction: The birth of an autistic child affects the family's adaptability and psychological well-being. As autistic children's families have more adaptive problems than normal parents. The purpose of this study was to investigate the effect of psychotherapy based on the quality of life on the psychological well-being of mothers of children with autism.

Methods: This is a semi-experimental study with a pretest and posttest design and a control group. The statistical population consisted of all autistic mother who referred to the autism center of Kashan in the fall of 2016. Using entry and exit criteria, twenty eligible people were selected by available sampling method and divided into two groups, the experimental and control groups. The experimental group was trained by quality of life-based psychotherapy for eight sessions, each sixty-minute once a week. Reef's(1995) psychological well-being questionnaire used as instruments. Data were analyzed using multivariate covariance analysis.

Results: The results of covariance analysis showed that education based on the quality of life treatment led to a significant increase in the performance of psychological well-being (self-acceptance, positive relationships with others, autonomy, environmental domination, purposeful life, and individual growth) of experimental group posttest score compared to control group.($P<0.05$)

Conclusions: These children with their limited, delayed and problematic communication patterns, inflict a lot of psychological pressure on families, especially mothers. Therefore, programs to support families and educate strategies of mental health are necessary.

Keywords

Psychotherapy Based on Quality of Life

Psychological Well-Being

Autistic Children

Mothers

*Corresponding Author

Study Type: Original
Received: 14 Feb 2017
Accepted: 14 Jun 2018

Please cite this article as follows: Sadigh Arfaee F and Dara N. The effectiveness of quality of life psychotherapy on the psychological well-being of mothers of children with Autism. Quarterly journal of social work. 2017/2018; 6 (4); 23-32

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان اوتیسم

فریبرز صدیقی ارفعی*: دانشیار، هیت علمی گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، ایران. fas@kashanu.ac.ir
نسرین دارا: کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه کاشان، ایران. nasrin.dara@gmail.com

واژگان کلیدی

روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی

بهزیستی روان‌شناختی

کودکان اوتیسم

مادران

چکیده

مقدمه: تولد کودک اوتیسم ضربه‌های مخربی را بر سازگاری و بهزیستی روانی خانواده‌ها وارد می سازد. به نحوی که خانواده‌های کودکان اوتیسم مشکلات سازشی بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی دارنـد. هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر روان‌درمانی مبتنی برکیفیت زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم بوده است.

روش: این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا گردید. جامعه‌آماری شامل کلیه مادران دارای کودک اوتیسم مراجعه‌کننده به مرکز اوتیسم شهرستان کاشان در پاییز سال ۱۳۹۵ بود، که با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج، بیست نفر واجد شرایط ورود به مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش به مدت هشت جلسه (هفته‌ای یک جلسه شصت دقیقه‌ای) تحت آموزش به شیوه روان‌درمانی مبتنی برکیفیت زندگی قرار گرفتند اماگروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. در این پژوهش از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف و مقیاس کیفیت زندگی درمانی استفاده گردید. داده‌ها با با بهره‌گیری از روش آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج تجزیه کواریانس نشان داد آموزش روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی منجر به افزایش معنادار عملکرد بهزیستی روان‌شناختی (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی) گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است.($P<۰/۰۵$)

بحث و نتیجه‌گیری: این کودکان، با تاخیر در ارتباط و الگوهای ارتباطی کلیشه‌ای محدود خود، فشارهای روانی بسیاری را بر خانواده‌ها و به‌خصوص مادران وارد می‌کنند. بنابراین برنامه‌هایی جهت حمایت از خانواده‌ها و آموزش راهبردهای سلامت روانی ضروری می‌باشد.

* نویسنده مسئول
نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۲۶
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۲٤

نحوه استناد به مقاله: فریبرز صدیقی ارفعی و نسرین دارا. اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان اوتیسم. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹٦؛ ٦ (٤): ۳۲-۲۳

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

مقدمه

یکی از مفاهیم مهم در بافت کیفیت زندگی و رویکرد روانشناسی مثبت، مفهوم بهزیستی روان‌شناختی می‌باشد. بهزیستی روان‌شناختی به ارزیابی و درک شخصی افراد از کیفیت زندگی‌شان (شامل کیفیت کنش‌های اجتماعی، روان‌شناختی و عاطفی) اطلاق می‌شود.(۱) افراد با احساس بهزیستی بالا، هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند. از گذشته و آینده خودشان و دیگران، رویدادها و حوادث پیرامون‌شان ارزیابی مثبتی دارند و آن‌ها را خوشایند توصیف می‌کنند. در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین موارد مذکور را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجان‌های منفی مانند اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند.(۲) بهزیستی روان‌شناختی شامل اصول مهمی است که از طریق تاثیر احساسات بر همه ابعاد رفتار انسان و پیشرفت او (شامل سلامت فیزیکی و روانی، پیشرفت مهارتی و آموزشی، صلاحیت اجتماعی و ایجاد روابط مثبت اجتماعی) قابل شناسایی است.(۳) یکی از مهمترین مدل‌هایی که بهزیستی روان‌شناختی را مفهوم‌سازی و عملیاتی کرده، مدل چندبعدی ریف است.(۴) ریف بهزیستی روان‌شناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه‌ی واقعی خود می‌داند. این مدل از طریق ادغام نظریه‌های مختلف رشد فردی (مانند نظریه خودشکوفایی مزلو و شخص کامل راجرز) و عملکرد سازگارانه (نظریه سلامت روانی مثبت جاهودا) شکل گرفته و گسترش یافته است.(۵)

بهزیستی روان‌شناختی در مدل ریف و همکاران از شش مولفه تشکیل شده است: ۱-مولفه پذیرش خود به معنی داشتن نگرش مثبت به خود و زندگی گذشته خویش. اگر فرد در ارزشیابی استعدادها، توانایی‌ها و فعالیت‌های خود احساس رضایت کند و در رجوع به گذشته خود احساس خشنودی کند، کارکرد روانی مطلوبی خواهد داشت. همه انسان‌ها تلاش می‌کنند علی‌رغم محدودیت‌هایی که در خود سراغ دارند، نگرش مثبتی به خویشتن داشته باشند، این نگرش، پذیرش خود است.(۶) ۲-مولفه خودمختاری، به احساس استقلال، خودکفایی و آزادی از هنجارها اطلاق می‌شود. فردی که بتواند بر اساس افکار، احساسات و باورهای شخصی خود تصمیم بگیرد، دارای ویژگی خودمختاری است. در حقیقت، توانایی فرد برای مقابله با فشارهای اجتماعی، به این مولفه، مربوط می‌شود.(۴) ۳-داشتن ارتباط مثبت با دیگران به‌معنی داشتن رابطه با کیفیت و ارضاکننده با دیگران است. افراد با این ویژگی عمدتا انسان‌هایی مطبوع، نوع‌دوست و توانا در دوست داشتن دیگران هستند و می‌کوشند رابطه‌ای گرم بر اساس اعتماد متقابل با دیگران، ایجاد کنند.(۷) ۴-مولفه هدفمندی در زندگی ، به مفهوم دارا بودن اهداف دراز مدت و کوتاه مدت در زندگی و معنادار شمردن آن است. فرد هدفمند نسبت به فعالیت‌ها و رویدادهای زندگی علاقه نشان می‌دهد و به شکل موثر با آن‌ها درگیر می‌شود. یافتن معنی برای تلاش‌ها و چالش‌های زندگی در قالب این مؤلفه قرار می‌گیرد.(۴) ۵-تسلط بر محیط مولفه دیگر این مدل به معنی توانایی فرد برای مدیریت زندگی و مقتضیات آن است. لذا فردی که احساس تسلط بر محیط داشته باشد، می‌تواند ابعاد مختلف محیط و شرایط آن را تا حد امکان دستکاری کند، تغییر دهد و بهبود بخشد.(۷) ۶-مولفه رشد شخصی به گشودگی نسبت به تجربیات جدید اطلاق می‌شود. فردی با این ویژگی، همواره درصدد بهبود زندگی شخصی خویش از طریق یادگیری و تجربه است.(۸)

شواهد پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد حوادث نامطلوب زندگی قادرند بهزیستی روان‌شناختی را تحت تاثیر قرار دهند، مختل کنند و به ایجاد مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب منجر شوند.(۹) شرایط یک کودک ناتوان می‌تواند تفاوت قابل توجهی با همسالان از نظر هوشی، جسمی، روانی و اجتماعی داشته باشد.(۱۰) یکی از شرایط تفاوت، اختلال اوتیسم است که به‌عنوان یکی از بیماری‌های گروه اختلالات فراگیر رشد براساس متن DSM-5 با دو ملاک ارتباطات، تعاملات اجتماعی و رفتارهای کلیشه‌ای محدود شده تعریف می‌شود.(۱۱) اختلالات طیف اوتیسم مشکلات روان‌شناختی شدیدی است که در طفولیت و قبل از سی وشش ماهگی ظاهر می‌شود.(۱۲) اختلال اوتیسم به‌عنوان یک اختلال رشدی، عبارت است از پاسخگو نبودن به دیگران در زمینه مهارت‌های اجتماعی و تاخیر شدید یا نداشتن مهارت‌های ارتباطی، به‌طوری که کودکان مبتلا به این اختلال، در معاشرت بین فردی (ارتباطات و بازی) و روابط پیچیده، نقایص شدیدی نشان می‌دهند.(۱۳)

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

طیف اختلالات اوتیسم منجر به سطوح بالای اضطراب، استرس، انزوا و بلاتکلیفی در والدین، کودکان و دیگر اعضای خانواده می‌گردد.(۱۴) با تولد کودک دچار درخودماندگی و آگاهی از اختلال وی، والدین غالبا دچار بهت‌زدگی، ناباوری و در پی آن سرخوردگی‌های شدیدی می‌شوند. آن‌ها بایستی با این واقعیت که کودک‌شان شرایطی دارد که وی را تا پایان عمر درگیر می‌کند، کنار بیایند و انتظاراتشان را با محدودیت‌های او متناسب کنند.(۱۵) والدین اغلب، استرس زیادی را در نقش والدگری خود تجربه می‌کنند.(۱۶) پژوهش‌های اخیر در مورد والدین کودکان اوتیسم، نشان داده آنان در مقایسه با والدین کودکان عادی و سایر کودکانی که نیازهای ویژه یا بیماری‌های مزمن دارند، استرس بالاتری را تجربه می‌کنند.(۱۷) در چنین موقعیتی گرچه همه‌ی اعضای خانواده و کارکرد آن، آسیب می‌بیند،(۱۸) اما مادران به علت داشتن نقش سنتی مراقب، مسئولیت‌های بیشتری در قبال فرزند کم‌توان خود به عهده می‌گیرند که در نتیجه، با مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند. فرض بر این است که مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل‌دار، والدین به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روانی قرار می‌دهد.(۱۹) همچنین باعث پایین آمدن عزت‌نفس و احساس خودکم‌بینی و بی‌ارزشی و غم و اندوه در مادر می‌شود که پیامد آن بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت روانی مادر می‌باشد.(۲۰)

بنا بر تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایی است که کاملا فردی بوده و برای دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است.(۲۱) بنابراین کیفیت زندگی با شرایطی که سلامت روانی و جسمی را به خطر می‌اندازد، در ارتباط مستقیم قرار می‌گیرد. پژوهش‌های مختلف نشان داده اند که گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی با سلامت روانی همبسته است. آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی درمانی رویکردی جدید در روانشناسی مثبت است که توسط مایکل بی فریش در سال ۱۹۸۰ مطرح شد.(۲۲) فریش با ترکیب رویکرد شناختی-رفتاری آرون تی‌بک و روانشناسی مثبت به همراه استفاده از استعاره، آموزش آرمیدگی و مراقبه، مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی را در شانزده حیطه برای گروه‌های بالینی و غیربالینی ارائه داد. فریش معتقد است که این درمان مانند روان‌درمانی‌های مثبت به دنبال مطالعه و ارتقاء شادی و بهزیستی انسان‌ها از طریق کشف توانمندی و کیفیت زندگی برتر است. این رویکرد، درمانگران را تشویق می‌کند که به آن‌سوی مدل بیماری از اختلالات روانی بروند. اگرچه در درمان اختلالات روانی، باید به دنبال علت و آسیب‌شناسی باشیم اما ایجاد و افزایش کیفیت بهتر زندگی، هدف نهایی و اصلی همه درمان‌ها است. داشتن یک زندگی باکیفیت، علاوه بر کشف پتانسیل افراد سالم، به بیماران برای سازگار شدن با بیماری‌های مزمن، بیماری‌های جسمی کوتاه مدت و ناتوانی‌های مزمن خود، کمک می‌کند.(۲۲)

این رویکرد درمانی به درمان‌جویان آموزش می‌دهد که شادی نیز یک انتخاب است. تجاربی که توسط این درمان بنا شده است در مدل پنج راهه CASIO ترکیب شده است. این مدل که شالوده و پایه اصلی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی را تشکیل می‌دهد دارای پنج مفهوم است: ۱-وضعیت یا شرایط زندگی. ۲-نگرش‌ها. ۳-معیارها. ۴-ارزش‌های مهم. ۵-رضایت در همه زمینه‌ها. در این مدل، سی اصل برای زندگی شاد، توصیف شده است. مدل CASIO بر اساس پایه‌های نظریه‌ای برای فهم تفاوت‌های فردی در رضایت از زندگی، تدوین شده است. سرخط درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، شانزده حوزه اصلی زندگی است که از توسعه معنویت و خودپنداره در خانه شروع شده تا همسایگان، اجتماعات و چگونگی کسب رضایت از زندگی و شادی در هر یک از حوزه‌ها ادامه می‌یابد. این شانزده حوزه اصلی که مداخلات بر آن متمرکز می‌شود عبارتست از: ۱-بهداشت و سلامت جسمانی. ۲-عزت نفس. ۳-اهداف و ارزش‌ها. ۴-پول و مادیات. ۵-کار. ۶-بازی. ۷-یادگیری. ۸-خلاقیت. ۹-کمک به دیگران. ۱۰-عشق. ۱۱-دوستان. ۱۲-فرزندان. ۱۳-خویشاوندان. ۱۴-خانه و همسایه‌ها. ۱۵-جامعه. ۱۶-همسر.

درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، به‌صورت گروهی و انفرادی، قابل اجرا است. بدین شکل که درمانگر، ابتدا از افراد می‌خواهد از بین شانزده حوزه مطرح در درمان، حوزه‌های

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

مهمی که می‌خواهنـد در آن تغییراتی ایجاد کنند؛ مشـخص نمایند و سپس درمان مبتنی بـر کیفیت زندگی در طول جلسـات، روی این حوزه‌هـا تمرکز می‌کند. برای هرکدام از این حوزه‌هـا، تکالیف و تمریناتی برای اجرا در درون و بیـرون جلسـات درمان، طراحی شده است.

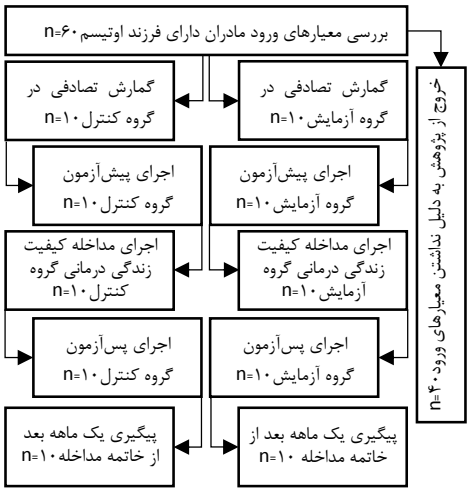
از آنجایی که شـیوع اختلال اوتیسـتیک به دلایل مختلف در حال افزایشـی چشمگیر اسـت(۲۳) و پژوهش‌های جمعیت‌شـناختی شیوع آن را شـش درصد برآورد کرده‌اند،(۲۴) و با توجه به تازه تاسیس بودن انجمن اوتیسم کاشان. همچنین عدم اجرای پژوهشی در این باره، پژوهش حاضر به منظور بررسی نقش اثر بخشی روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر وضعیت بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند اوتیسم در شهر کاشان انجام گرفت.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی است و از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشـی(همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل) است. در این پژوهش، متغیر مستقل دارای دو سطح روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی و عدم مداخله است و متغیر وابسته، بهزیستی روان‌شناختی است.

جامعه‌آماری پژوهش حاضر شـامل کلیه مادران دارای کودکان اوتیسـم مراجعه‌کننده به مرکز اوتیسـم شهرستان کاشان (تعداد خانواده‌های اوتیسم شصت و دو نفر که توسط انجمن اوتیسم شناسایی شده بودند.) در پاییز سال ۱۳۹۵بود. در این مطالعه بیسـت مادر به روش نمونه‌گیری تصادفی از میان جامعه‌آماری انتخاب شدند. سپس آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی و با قرعه کشی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ده نفر) جایگزین شدند. قبل از مداخله از هر دو گروه آزمون بهزیستی روان‌شناختی ریف به‌عمل آمد. سـپس گروه آزمایش پس از پرکردن پرسشنامه کیفیت زندگی درمانی، از بین شانزده حوزه اصلی مداخلات، مهمترین را انتخاب کردند و در نهایت حوزه‌های دوستی و رفاقت، تفریح و سرگرمی، سلامتی، کار و یادگیری و خلاقیت، زندگی معنوی، احترام به خود به ترتیب اهمیت در اولویت درمان قرار گرفتند. جلسه گروه درمانی برای گروه آزمایش اجرا گردید ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. جلسه‌های درمانی هشت جلسه بود که مطابق با فرمت درمان، در هر جلسه از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شد که تکالیف یادگرفته شده در هر جلسه را پس از پایان آموزش در منزل انجام دهند. در جلسـه آخر پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شـد. جلسات به‌صورت هفته‌ای یک جلسـه شـصت دقیقه‌ای برگزار شد. لازم به ذکر است که سه جلسـه غیبت از جلسات، به‌عنوان ملاک افت آزمودنی‌ها در نظر گرفته شد که هیچ ریزشی در نمونه‌ها مشاهده نشد. جلسات به‌صورت گروهی و به شیوه‌ی سخنرانی، بحث گروهی و بر اساس تکالیف در حین جلسه و تکالیف تهیه شده در بسته درمانی برای انجام، در بین جلسات اجرا شد. ملاک‌هـای ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشـتن فرزند مبتلا به اوتیسـم، عدم شـرکت در کلاس‌های آموزشـی روان‌شناختی دیگر به‌طور همزمان، سواد خواندن و نوشتن.

نمودار(۱) Consort



به‌منظور رعایت اخلاق پژوهش، از کلیه بیماران جهت شرکت در طرح پژوهشی رضایت آگاهانه کسب شد و توضیح داده شـد اطلاعات پژوهش فقط در اختیار محققین می‌باشـد و صرفا برای مقاصد پژوهشی استفاده می‌شود. از آنجا که آزمودنی‌های گروه کنترل در معرض مداخله قرار نگرفتند، به آنان گفته شـد که حدود دو ماه در لیسـت انتظار برای دریافت درمان قرار دارند و در زمان مناسـب درمان مبتنی بر کیفیت زندگی برای آنان ارایه خواهد شـد. خلاصه ساختار و محتوای جلسات درمانی به شرح جدول شماره یک بود.

ابزار پژوهش

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف: این مقیاس توسط ریف در سال ۱۹۸۹ طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

است. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک مقیاس شش درجه‌ای از کاملا موافق(نمره شش) تا کاملا مخالف (نمره یک) نمره‌گذاری می‌شود. از بین کل سوالات، ده سوال به‌صورت مستقیم و هشت سوال به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. بالاترین نمره در این پرسشنامه پانصد و چهار و کمترین نمره هشتاد و چهار می‌باشد. نمره بالاتر نشان دهده میزان بهزیستی روان‌شناختی بیشتر است. خرده مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، شامل شش مقیاس خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران و زندگی هدفمند است. در ایران واحدی و غنی زاده مقدار پایایی آزمون را به روش دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ، به ترتیب ۰/۷۰و۰/۷۲ گزارش کرده‌اند. در پژوهش بیانی، گودرزی و محمد کوچکی تحت عنوان بررسی روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف، ضریب پایایی برای این مقیاس۰/۸۲و برای مولفه‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰و ۰/۷۸ به‌دست آمد و روایی مقیاس نیز به روش روایی سازه و با اجرای پرسشنامه‌های رضایت از زندگی، شادکامی آکسفورد و عزت نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸، ۰/۴۶ به‌دست آمد.(۴)

مقیاس کیفیت زندگی درمانی: این پرسشنامه جهت سنجش کیفیت زندگی فرد در دو هفته اخیر مورد استفاده قرار می‌گیرد ، این پرسش تامه توسط سازمان بهداشت جهانی با همکاری پانزده مرکز بین المللی در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است. بیست و چهار سوال این پرسشنامه در قالب چهار حیطه است، که دو سوال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند، بنابراین پرسشنامه در مجموع بیست و شش سوال دارد که

جدول(۱) خلاصه جلسات روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی

هدف جلسه	شرح جلسه	تکنیک‌های به‌کاررفته	زمان جلسه
جلسه اول: معارفه و آشنایی با گروه و بیان قوانین	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، تعریف نقش کیفیت زندگی در سلامت روانی و بهزیستی ذهنی افراد. توزیع پرسشنامه کیفیت زندگی درمانی.	آموزش مدل پنج راهه CASIO، تکمیل نیمرخ کیفیت زندگی به‌صورت فردی، توافق بر حوزه‌های مهم از بین شانزده حوزه مشخص شده در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی.	۹۰
جلسه دوم: افزایش عزت نفس	بررسی نقش عزت نفس در بهزیستی ذهنی و سلامت روانی، تعریف عزت نفس بر اساس مدل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی.	آموزش «یادداشت موفقیت» برای اجرا در منزل، آموزش تکنیک BAT جهت تکمیل در منزل، آموزش استفاده از «لیست توانایی‌ها»	۹۰
جلسه سوم: توجه به سلامتی جسمانی و اصل پذیرش	تعریف سلامتی مطابق درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش تمرین «سبد تخم مرغ»، آموزش برنامه شش مرحله‌ای کنترل عادات.	اصل «پذیرش چیزهایی که نمی توانیم تغییر دهیم.»	۹۰
جلسه چهارم: آشنایی با نقش معنویت در زندگی	آشنایی با نقش اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی در رضایت از زندگی، مشخص کردن فلسفه زندگی، اجرای تمرین هدف‌یابی، کارکردهای مذهبی و معنوی بودن.	تکنیک اصول تعیین هدف.	۹۰
جلسه پنجم: شرح اهمیت برقراری ارتباط موثر با دیگران	تعریف ارتباط در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش انگاره‌های اصلی ارتباط در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی.	تکنیک استفاده از فرهنگ لغات احساسات، آموزش فن نامه نگاری یک و دو	۹۰
جلسه ششم: اهمیت یادگیری‌های جدید	مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، تعریف یادگیری در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش مراحل پنج‌گانه جهت افزایش یادگیری.(در حیطه‌های مورد علاقه)	آموزش مهارت‌های مطالعه و یادگیری	۹۰
جلسه هفتم: گام های موثر برای برقراری عادت کردن به بازی و تفریح	نیاز به بازی و تفریح یعنی چه؟ مشخص کردن بازی‌هایی که باعث تخریب کیفیت زندگی می‌شود.	آموزش تفاوت بین «فعالیت‌های باید و خواستن»	۹۰
جلسه هشتم: جمع‌بندی و خاتمه	آموزش استفاده از فرم استرس‌های شخصی و چک لیست اضطراری عود به‌منظور حفظ نتایج درمان و پیشگیری از عود، دریافت بازخورد در خصوص درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، مروری بر مدل CASIO و تاکید بر استفاده از آن در تمام زندگی.		۹۰

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

دارای حیطه‌های زیر است: حیطه سلامت جسمانی(فیزیکی)، حیطه روان‌شناختی، حیطه روابط اجتماعی و حیطه محیط زندگی. نصیری(۱۳۸۵) ضمن ترجمه و تهیه نسخه ایرانی این مقیاس (IRQOL) ضریب پایایی توصیفی و همسانی درونی آن را در یک نمونه سیصد و دو نفری از دانشجویان شیراز به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۴ گزارش نموده است. همچنین ضریب پایایی بازآزمایی آن را ۰/۶۷ به‌دست آورده و نتایج مربوط به روایی همزمان آن با مقیاس سلامت عمومی (GHQ) رضایت بخش اعلام شده است. پرسشنامه (WHOQOL-BREF) توسط نجات و همکاران(۱۳۸۵)، استانداردسازی شده است که روایی محتوایی دو پرسشنامه را مطلوب، پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی برای حیطه‌های سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط با دیگران و محیط به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ اعلام کرده‌اند. این مطالعه نشان داد که ترجمه فارسی سه پرسشنامه دارای پایایی و اعتبار قابل قبولی می‌باشد. از طرفی این ابزار در نقاط مختلف جهان مورد استفاده واقع می‌شود، لذا قابلیت مقایسه نتایج پژوهش‌های داخل کشور را با سایر کشورهای جهان فراهم می‌سازد. از آنجا که این ابزار، عمومی و دارای اعتبار می‌باشد، می‌تواند در گروه‌های مختلف سالم و بیمار مورد استفاده قرار گیرد. (۳۴) منبع مداخله، پکیج کیفیت زندگی درمانی مایکل فریش می‌باشد که در هشت جلسه درمانی قابل ارایه است.

یافته ها

جدول(۵) نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضرایب اتا
پیش‌آزمون بهزیستی(اثر همپراش)	۱۵۷/۷۰۸	۱	۱۵۷/۷۰۸	۱/۱۹	۰/۲۸	۰/۰۶۶
گروه	۴۱۴۳/۹۱	۱	۴۱۴۳/۹۱	۳۱/۴۷	۰/۰۰۰	۰/۶۴
خطا	۲۲۳۷/۹۹	۱۷	۱۳۱/۶۴			
مجموع	۶۴۵۶/۹۵	۱۹				

جدول(۲) نمره‌های توصیفی بهزیستی روان‌شناختی دو گروه در پیش‌آزمون و پس آزمون (ده نفر در هر گروه)

گروه	آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	پایین ترین	بالاترین
کنترل	پیش‌آزمون	۴۶/۵۰	۱/۱۸	۳۰	۶۲
	پس‌آزمون	۴۹/۸۰	۱/۲۳	۲۷	۶۷
آزمایش	پیش‌آزمون	۴۵/۶۰	۱/۲۶	۲۳	۶۴
	پس‌آزمون	۵۸/۳۰	۱/۰۶	۵۳	۸۷

جدول(۳) نتایج آزمون شاپیرو برای پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات

متغییر	گروه	مقدار آماری	درجه‌آزادی	معناداری
بهزیستی روانشناختی	کنترل	۰/۹۳	۲۰	۰/۱۸
	آزمایش	۰/۹۲	۲۰	۰/۱۴

جدول(٤) نتایج آزمون همگونی واریانس‌ها

متغییر	آزمون	مقدار آماری	درجه آزادی	درجه آزادی	سطح معناداری
بهزیستی روانشناختی	پیش‌آزمون	۰/۰۰۶	۱	۱۸	۰/۹۳
	پس‌آزمون	۰/۳۰	۱	۱۸	۰/۵۹

میانگین سن مادران در گروه کنترل، چهل ویک دردامنه سنی بیست و نه الی پنجاه و دو سال و در گروه آزمایش چهل و دو در دامنه سنی سی و دو الی پنجاه و چهار سال بود. از لحاظ تحصیلات بیست درصد سیکل ، سی و پنج درصد دارای تحصیلات دیپلم ، سی و پنج درصد دارای تحصیلات لیسانس و ده درصد دارای تحصیلات ارشد بودند. همچنین از نظر شغل چهل درصد خانه‌دار ، بیست و پنج درصد کارمند و سی و پنج درصد دارای شغل آزاد بودند. میانگین، انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول شماره دو ارائه شده است. همان‌طور که در جدول شماره دو مشاهده می‌شود، میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۴۶/۵۰ و در مرحله پس‌آزمون برابر ۴۹/۸۰ می‌باشد، در حالی‌که میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۴۵/۶۰ و در پس‌آزمون برابر ۵۸/۳۰ است. همانگونه که در جدول شماره سه مشاهده می‌گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در تمام متغیرها تائید شده است. یعنی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات درپیش‌آزمون و در هر دوگروه کنترل و آزمایش تائید گردیده است. همانطور که در جدول شماره چهار مشاهده می‌شود، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در متغیر بهزیستی روان‌شناختی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد تایید قرار گرفته است.(معناداری بالاتر از ۰/۰۵) نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم در جدول شماره پنج نشان داده شده است. مقدار F بین دو گروه آزمایش و گواه با ثابت نگه داشتن اثر پیش‌آزمون برابر ۳۱/۴۷ و سطح معناداری آن ۰/۰۰۰ است، بنابراین فرضیه آماری پذیرفته شده و می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم شده است.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثر بخشی روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم شده است. که همسو با یافته‌های پژوهش قاسمی و همکاران،(۲) سگرستورم،(۹) مانسل و همکاران،(۱۴) برادفورد،(۱۵) آناستاپولوس،(۱۶) گالو و همکاران،(۱۷)؛ ونگ،(۱۱) لیندفورس و همکاران(۸) و هرینگ و همکاران(۱۸) می‌باشد. همانطور که این پژوهشگران نیز نشان داده‌اند حضور کودک با ناتوانی و نیاز خاص در بافت خانوادگی منجر به بروز اشکال در ابعاد بهزیستی روان‌شناختی در والدین می‌گردد. در تبیین یافته‌های پژوهشی حاضر می‌توان اذعان نمود که یکی از بزرگترین نگرانی‌های والدین اوتیسم(به‌عنوان اختلالی مادام العمر)، در مورد آینده کودک است، اینکه کودک دیگر هیچ‌وقت کاملا نرمال نخواهد بود و ممکن است اطرافیان نیز شرایط کودک را درک نکنند و نسبت به کودک و والدینش واکنش‌های منفی بروز دهند و خانواده، حمایت‌های اجتماعی مطلوب را دریافت نکنند،(۲۵) در واقع بالاترین استرسی که والدین اوتیسم تجربه می‌کنند، پذیرش کم جامعه نسبت به رفتارهای اوتیستیک فرزندشان و عدم حمایت‌های اجتماعی در درمان و توانبخشی اختلال می‌باشد.(۲۵) بنابراین وجود این ناتوانی قدرت مقاومت و مقابله با مشکل را کاهش می‌دهد و والدین را در مواجه با نگرانی آینده مجهول فرزندشان کاملا بدبین می‌کند.(۲۶) تولد کودک اوتیسم ضربه‌های مخربی بر سازگاری و بهزیستی روانی خانواده‌ها می‌زند، به نحوی که خانواده‌های کودکان اوتیسم مشکلات سازشی بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی دارند. ناکامی ناشی از داشتن یک کودک ناتوان منجر به بروز احساس انزوا، بلاتکلیفی و اختلال در مهارت‌های ارتباطی موثر اعضا با یکدیگر می‌شود. بروز اشکال در میان خانواده احتمال آسیب به اهداف و آرمان نهایی زندگی مشترک را افزایش می‌دهد و معنای زندگی را دچار تزلزل می‌کند، ناهماهنگی میان اهداف ترسیم شده و وقایع رخ داده عاملی مهم در مخدوش کردن بهزیستی و امنیت روانی است. در واقع اگر وضعیت موجود فرد در روابط خانواده مطابق با انتظار باشد، بهزیستی روان‌شناختی و رضایت از زندگی افزایش می‌یابد. نارضایتی از زندگی وقتی اتفاق می‌افتد که وضعیت موجود فرد در روابط خانوادگی با وضعیت مورد انتظار و دلخواه منطبق نباشد.(۲۷)

درواقع کیفیت زندگی به‌عنوان یک تجربه شناختی، با رضایت از ابعاد مهم زندگی از نظر خود فرد و نیز یک تجربه‌ی احساسی که با شادی تظاهر می‌یابد، نشان داده می‌شود.(۲۸) افزایش این دو عامل، منجر به افزایش بهزیستی و سلامت روانی افراد می‌شود. به‌نظر می‌رسد در این پژوهش تغییر دیدگاه مراجعان در ابعاد تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی و پذیرش خود به همین دلیل بوده است. سلیگمن(۲۹) در پژوهشی همسو با یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد روان‌درمانی‌های مثبت در افزایش بهزیستی ذهنی آزمودنی‌ها اثرگذار است. کیفیت زندگی پایین، روی ارتباطات خانوادگی نیز اثر می‌گذارد، موجب عدم سازگاری در افراد شده و در نتیجه موجب افزایش تنش در آنان می‌گردد. افزایش تنش در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی است و شدت بیماری در افراد را افزایش می‌دهد.(۳۰) به گونه‌ای که بالو نشان داد فعالیت‌های معنوی می‌تواند تا حد زیادی کاهش بهزیستی روان‌شناختی افراد دارای بیماری مزمن را کنترل کند. در این درمان با کمک روش‌های شناختی، افراد یاد گرفتند، عواطف خود را کنترل و رضایت خاطر بالاتری را در زندگی تجربه کنند.(۳۱) در گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی به آزمودنی‌ها، آموزش داده می‌شود که بهزیستی ذهنی را جزء ضروری سلامت روانی خود بدانند و به این دیدگاه دست پیدا کنند که سلامت روانی، تنها نداشتن بیماری روانی نیست، بلکه همواره باید به دنبال افزایش رضایت خاطر از زندگی باشند و با ایجاد تعادل بین حوزه‌های ارزشمند زندگی، میزان بهزیستی ذهنی و رضایت خاطر از زندگی و به دنبال آن سلامت روانی بالاتری را در خود ایجاد کنند. همانطورکه در پژوهش هدا و همکاران نیز نشان داده شد. حضور کودک با ناتوانی و نیاز خاص در بافت خانوادگی، منجر به بروز اشکال در ابعاد مثبت‌گرای روان‌شناختی در والدین می‌گردد.(۳۲)

پژوهشی در هونگ‌کونگ و چین به بررسی اثربخشی سه نوع حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودکان اوتیسم پرداخت. این پژوهش تاثیر معنادار و مثبت دریافت حمایت از خانواده، افراد مهم، دوستان و متخصصان بر بهزیستی روان‌شناختی این مادران را تایید کرد.(۲۳)

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

ایـن خانواده‌ها در زمان رو به رو شـدن با شرایط استرس‌زا به دنبال انواع حمایت‌های اجتماعی جهت انطباق یافتن با این شرایط و چالش‌ها می‌باشند،(۳۳) پس به‌نظر می‌رسد که به‌کارگیری تکنیک‌های آموزش روانی، حمایتـی، رفتـاری از جملـه برون‌ریـزی احساسـات و تاثیرات ناشـی از شـرکت در گروه باعـث افزایش سـلامت روان مادران کودکان مبتلا به اوتیسـم شده است. با توجه بـه اینکه یکـی از اهداف تشـکیل گروه، درمـان حمایتی بوده اسـت، بنابراین به‌نظر می‌رسـد که این مادران با دریافت حمایت اجتماعـی کافی و مناسـب در طـی درمان گروهی، توانسـته‌اند به‌طـور موفقیت‌آمیزتر و مطلوبتری با اسـترس‌ها و مشـکلات خود به‌ویـژه در ارتباط با کودکان‌شـان کنار آمده و ایـن منجر به افزایش سلامت عمومی آنان شده است.

محدودیت‌هـا: انجـام این پژوهش بـا محدودیت‌هایـی مواجه بوده اسـت، این پژوهش صرفا بـرای گروه مادران کودکان اوتیسـم انجـام گرفـت، یافته‌های حاصـل از این پژوهش آثـار کوتاه مدت ایـن مداخله را نشـان می‌دهد و آثـار بلندمدت آن، پیگیری نشـده اسـت. آگاهـی انـدک شـرکت‌کنندگان از ضـرورت انجـام چنیـن مطالعـه‌ای و همکاری نامناسـب بعضی مادران، به‌خاطـر عدم تمایل به ارایـه اطلاعات، از جمله محدودیت‌های دیگـر این پژوهش بود.

پیشنهادات: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود مقایسه بهزیسـتی مادرانی که با همسرشان زندگی می‌کنند با مادرانی که جدا از همسرشـان زندگی می‌کنند، انجام شود و همچنین بررسی تاثیرجنسیت، سن کودک و شدت اختلال بر میزان بهزیستی مادران پیشنهاد می‌شود. مقایسـه میزان تاثیـر مداخله‌های گوناگون در زمینه کاهش اسـترس مادران کودکان اتیسم برای پژوهش‌های آتی توصیه می‌شود.

منابع

References:

1. Shokri, Shahraray, Daneshvarpour, Dastjerdi. Individual differencess in identity styles and acadeic performance: the role of commitment and psychological well-being. Tarbiyat Moallem university. 2006:17-9 [Persian].
2. Ghasemi, Kajbaf, Rabiee. The effectiveness of quality of life psychotherapy on psychological well-being clinical psychology. 2011;2(3):23-33 [Persian].
3. Bridges, Margie, Zaff. Family intervention services program evaluation: a brief report on initial out comes for families australian e-journal for the advancement of mental health. 2002.
4. Ryff. Psychological well-being in adult life. Psychological science 1995:100-4.
5. Compton. Toward a tripartite factor structure of mental health: subjective well-being, personal growth, and religiosity. Journal of psychology. 2001;135:486-500.
6. Springer, Hauser. An assessment of the construct validity of Ryff's scales of psychological well-being: method, mode, and measurement effects. Social science research. 2006;35(1080-1102).
7. Keyes. Social well-being. Social psychology quarterly. 2002:121-40.
8. Knekt, P., Lindfors, O., Renlund, C., Sares-Jaske, L., Laaksonen, M.A. and Virtala, E. (2011) Use of Auxiliary Psychiatric Treatment during a 5-Year Follow-Up among Patients Receiving Short- or Long-Term Psychotherapy. Journal of Affective Disorders, 135, 221-230.
9. Segerstrom, Miller. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. 2004.
10. Afrooz. An introduction of psychologhy and education of exceptional children. Tehran: Tehran university press; 2007 [Persian].
11. Wang, Davidson, Yakushko. The scale of ethno cultural empathy: development, validation, and reliability. Counseling psychology. 2003:23-221.
12. Mehrdad K. Recognizing and treating child behavioral problems: Kankash; 1993 [Persian].
13. Kendall. Childhood disorders. New York, 2000.
14. Mansell. A survey of parents' reactions to the reaction to the diagnosis of an autistic spectrum disorder by a local service: access to information and use of services. The journal of clinical psychiatry. 2008;4(8):387-407.
15. Bradford. Children, families and chronic disease: psychological models and methods of care. Routledge. 1997.
16. Anastopoulos, Guevremont, Shelton, DuPaul. Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. Abnormal child psychology. 1992:503-20.
17. Gallo, Bogart, Vranceanu, Matthews. Socioeconomic status, resources, psychological experiences, and emotional responses: a test of the reserve capacity model. Personality and social psychology. 2005;88:386-99.
18. Herring, Gary, Taffe, Sweeney, Eifeld. Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

developmental delay. Parental mental health and family functioning. 2006.
19. McConkeya. The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: a cross-cultural study. Behavior research and therapy. 2008;9(21):130.
20. Narimani. Comparison of mental health of autistic children's mothers2008. [Persian]
21. Bonomi. Version of the world health organization quality of life (WHOQOL) instrument. Journal of clinical epidemiology. 2000.
22. Frisch. Finding happiness with quality of life therapy: appositive psychology approach: quality of life press; 2006.
23. Riyahi. The effect of supportive and cognitive-behavioral therapy on mental health and irrational beliefs of mothers with a child with Autism disorder. Jundishapur scientific medical journal. 2011;10(6):637-45.
24. Myers. Management of children with Autism spectrum disorders. Pediatrics. 2007;120(5):1162–82.
25. Chime. Problems and needs of mothers with Autistic children. J family Res. 2008;3(3):697-707.
26. Duarte. Factors associated with stress in mothers of children with Autism. Autism. 2005;9(4):416-27.
27. Winch. Selected studies in marriage and the familiy. New york: Hito Rinehart and Wiston. INC; 2000.
28. Tuna. Quality of life of primary caregivers of children with cerebral palsy. Deve med child neurol. 2007;46(9):647-9.
29. Seligman. Subjective well-being. Clin psychol. 2002(24):25-41.
30. Mauro. Quality of life in individuals with Anxiety disorders. The American journal of psychiatre. 2000;15(5):105-13.
31. Mugno. Impairment of quality of life in parent of children and adolescents with pervasive developmental disorder social science & medicine. 2007.
32. Hedda. Families with children who have Autism spectrum disorders: stress and support. Social science journals. 2010;77(1):7-12.
33. Lin. Families of adolescents and adults with Autism spectrum disorders in Taiwan, the United States: the role of social support and coping in family adaptation and maternal wellbeing. Research in Autism spectrum disorders. 2011;5(1):144-56.
34. S Nejat , A Montazeri , K Holakouie Naieni , K Mohammad , S.R Majdzadeh. The world health organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. Journal of school of public health and institute of public health research. 2006; 4(4); 1-12 [Persian]

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]