

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افسردگی مادران کودکان دارای معلولیت جسمی حرکتی

امین رفیعی پور

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور

(تاریخ وصول: ۹۷/۰۶/۰۴ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۲۱)

The Effectiveness of Hope Therapy on the Depression of Mothers of Children with Physical Disabilities

Amin Rafiepoor

Assistant Professor of Psychology, Payame Noor University

(Received: Aug. 26, 2018 - Accepted: Mar. 12, 2019)

Abstract

Introduction: The aim of this study was to investigate the effectiveness of group therapy based on the hope therapy approach on depression of mothers of children with physical disabilities. **Method:** The present study is an experimental research with pre-test, post-test, control group. The statistical population of this study was mothers of children with physical disabilities. A sample of 30 people was selected through available sampling method and assigned to experimental (n=15) and control (n=15) groups and the hope therapy was conducted to the experimental group. The Beck Depression Scale was used in both groups in the form of pre-test and post-test. **Results:** The results of covariance analysis showed that the depression scores of the participants in the experimental group were significantly lower than the control group. **Conclusion:** It was shown that hope therapy can reduce the depression symptoms in mothers of disabled children and can be an effective step in improving their mental status and parent-child relationship.

Keywords: Hope therapy, Depression, Disability.

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افسردگی مادران کودکان دارای معلولیت جسمی حرکتی صورت گرفت. روش: پژوهش حاضر آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون، با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل مادران کودکان دارای معلولیت جسمی حرکتی بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از بین این افراد انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) گمارش شدند و گروه آزمایش امید درمانی قرار گرفت. مقیاس افسردگی بک به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد. یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، در نمره افسردگی به طور معناداری کمتر از گروه گواه بود. نتیجه‌گیری: بر این اساس، امید درمانی می‌تواند باعث کاهش علائم افسردگی مادران کودکان معلول شود و گام مؤثری در بهبود وضعیت روانی آن‌ها و روابط والد فرزندی باشد.

واژگان کلیدی: امید، افسردگی، معلول.

Corresponding author: rafiepoor2000@yahoo.com

امین رفیعی پور

مقدمه

بی‌قرارند، قادر به مدیریت صحیح روابط خود با فرزندان نیستند، در مهارت‌های فرزندپروری با مشکلات بسیاری روبرو هستند و در برقراری ارتباط مناسب با کودک خود و بیان محبت کافی دچار مشکلاتی هستند (داگرتیو همکاران^۶، ۲۰۱۱). تجربه زندگی با مادر افسرده در سال‌های آتی کودک را در معرض خطر بسیاری از اختلالات روان‌شناختی، اختلالات رفتاری، اشکال در پیشرفت تحصیلی و مهارت‌های اجتماعی قرار می‌دهد و فرزندان مادران افسرده در معرض خطر ابتلا به بسیاری از اختلالات هیجانی و رفتاری هستند (ویسمن و همکاران^۷، ۲۰۱۶).

این تأثیرات در مورد کودک معلول، دو چندان است. بررسی هایز و واتسون^۸ (۲۰۱۳) در مورد روابط مادر فرزند نشان داد که روابط والد فرزندی در میان خانواده‌هایی با فرزندان اوتیسم، بسیار ضعیف بود. در مطالعه‌ای که در ارتباط با بررسی و مقایسه اختلالات افسردگی و اضطراب و سلامت روانی مادران کودکان معلول با مادران کودکان عادی صورت پذیرفت، نتایج بیانگر آن بود که مادران کودکان معلول به ویژه کودکان جسمی و حرکتی در مقایسه با مادران کودکان عادی از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند و وجود معلولیت و

شرایط مادری برای کودکان استثنایی هم از نظر فیزیکی و هم از نظر هیجانی بسیار خسته کننده و استرس‌زا است و با احساسات ناخوشایند همراه است (پیر و هیلمن^۱، ۲۰۱۴؛ اسکرتز و همکاران^۲، ۲۰۱۶). نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که گرچه برخی از مادران به خوبی با مشکلات دست و پنجه نرم می‌کنند اما در کل مادران دارای کودک ناتوان، نسبت به سایر مادران، دارای اختلالات جسمی، افسردگی، اضطراب، استرس و فشارهای عصبی بیشتر و اعتماد به نفس کمتری هستند. همچنین احساس تنهایی می‌کنند و در ارتباطات خود با اطرافیان دچار مشکلاتی هستند (وودمن^۳، ۲۰۱۴). افسردگی شایع‌ترین اختلال روان‌شناختی در میان زنان (۱۲-۸ درصد) و اختلالی بسیار شایع در میان مادران با فرزند دچار معلولیت است (هانی و همکاران^۴، ۲۰۱۰؛ کینگ و همکاران^۵، ۲۰۱۵).

سلامت روان‌شناختی مادران بر تحول اجتماعی، هیجانی، شناختی و رفتاری فرزندان و کیفیت دلبستگی آنان مؤثر است. مادران افسرده در پرورش فرزندان خود با مشکلات عدیده‌ای روبرو می‌شوند. چنین مادرانی در مقابل رفتارهای نامناسب فرزندان خود

1. Peer & Hillman
2. Schertz
3. Woodman
4. Honey
5. King

6. Dougherty
7. Weissman & et al
8. Hayes, S. A., & Watson

به بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران بینجامد (اشنایدر^۱، ۲۰۰۰). امید درمانی یک برنامه درمانی است که از نظریه امید اشنایدر و اندیشه‌های برگرفته از درمان شناختی - رفتاری درمان راه حل مدار و درمان داستانی یا روایتی مشتق می‌شود (اشنایدر، ۲۰۰۰). بیشترین حجم مطالعات امید درمانی در چند دهه اخیر به اشنایدر و سیلیگمن تعلق دارد. در مطالعات متعدد اثربخشی امید درمانی بر بهبود معنای زندگی، شادکامی، عزت نفس و سلامت روانی افراد مختلف اغم از سالم و بیمار نشان داده شده است (ستوده و همکاران، ۱۳۸۹؛ یعقوبی، فروتن بقا و محقق، ۱۳۹۳). در مطالعه شیخ الاسلامی و رضانی (۱۳۹۵) امید درمانی با بهبود خودکارآمدی در مردان کم توان جسمی - حرکتی همراه بود. در مطالعه دیگری که بر روی بیماران همودیالیزی انجام شد، نشان داده شده است که امید درمانی می‌تواند با بهبود شادکامی و افزایش خلق مثبت این بیماران همراه باشد (فرنیا، باغشاهی و زارعی، ۱۳۹۵). ستوده، نشاط دوست، کلانتری، طالبی، خسروی (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای که بر روی افراد با فشار خون بالا انجام شد نشان دادند که امید درمانی می‌تواند کیفیت زندگی این افراد را ارتقاء بخشد.

فرزند پروری با مشکلات و محدودیت‌های فراوانی همراه است و این موضوع در مورد

کم‌توانی در خانواده، موجب بروز مشکلات عاطفی و روانی در اعضای خانواده به خصوص مادر می‌شود (پازو، ساریا و بریوسو^۱، ۲۰۱۳). از سویی ۱۵ تا ۶۰ درصد کودکان معلول دچار درجاتی از اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی و تکانشگری هستند و از نظر پختگی اجتماعی مشکلاتی دارند که تا حد زیادی مربوط به عدم شکل‌گیری روابط والد فرزندی سالم و مؤثر است (انابی و همکاران^۲، ۲۰۱۳). از این رو توجه به افسردگی مادران کودکان دچار معلولیت بسیار اهمیت دارد. والدینی که در برنامه‌های مداخله‌ای و درمانگری شرکت می‌کنند، در دراز مدت نیز توانایی سازگاری بهتری با وضعیت خود دارند، دارای روابط صمیمی‌تری با فرزندان خود هستند و نگرش مثبت‌تری نسبت به ناتوانی فرزندان‌شان پیدا می‌کنند. مادرانی که از حمایت‌های مناسب برخوردارند و مورد توجه قرار می‌گیرند ارتباط عاطفی عمیق‌تری با خردسالان معلول خود دارند (ریسک و همکاران^۳، ۲۰۱۰).

برای درمان افسردگی مادران می‌توان به روش‌های مختلف (دارو درمانی، روان درمانی یا درمان‌های ترکیبی) اقدام کرد. بر اساس نتایج تحقیقات اشنایدر بر روی بیماران روانی و جسمی، بسیاری از این بیماری‌ها در نتیجه فقدان امید رخ می‌دهد و امید درمانی می‌تواند

1. Pozo, P., Sarriá, E., & Brioso
2. Anaby & et al
3. Resch & et al

4. Snyder

امین رفیعی پور: اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افسردگی مادران کودکان دارای معلولیت جسمی حرکتی

انجام درمان‌های تکمیلی و فیزیوتراپ به بهزیستی شهر بندر خمیر مراجعه کرده بودند. از این میان، با مصاحبه و اجرای پرسشنامه افسردگی بک، ۳۰ نفر از آن‌هایی که مبتلا به افسردگی بودند شناسایی شدند و از طریق جایگزینی تصادفی ۱۵ نفر در هر یک از دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. معیارهای ورود شامل داشتن تحصیلات در حد خواندن و نوشتن، داشتن کودک معلول، عدم داشتن اختلالات حاد روان‌شناختی به جز افسردگی، عدم دریافت خدمات مشاوره و روان‌شناختی خارج از جلسه‌های درمانی، عدم سوء مصرف مواد و تکمیل فرم رضایت آگاهانه بود. جهت رعایت اخلاق در پژوهش شرط اساسی رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، حفظ اطلاعات و اسرار شخصی شرکت‌کنندگان و خروج در هر مرحله از پژوهش زمانی که فرایند درمان موجبات سلب آسایش روانی فرد را ایجاد می‌کند، لحاظ شد. در ابتدا در رابطه با نحوه برگزاری جلسات و تعداد آن‌ها برای شرکت‌کنندگان توضیحاتی داده و پیش‌آزمون اجرا شد. پس از آن پژوهشگر مداخلات امید درمانی را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا کرد. پس از اتمام مداخله در دو گروه، بار دیگر پرسش‌نامه‌ها تکمیل شدند. ضمن اینکه در انتهای فرایند پژوهش افراد گروه کنترل نیز تحت مداخلات امید درمانی قرار گرفتند. داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و با استفاده از

کودکان معلول و نگهداری از آن‌ها به مراتب پررنگ‌تر می‌شود. نگهداری از یک کودک معلول بار روانی، مالی و اجتماعی زیادی دارد و از ابعاد مختلف تمام خانواده و به ویژه مادر را دچار آسیب می‌سازد و یکی از آسیب‌های روانی در چنین مادرانی شیوع افسردگی است. از طرفی افسردگی مادر دارای اثرات سویی بر رابطه والد فرزندی است و با دامن زدن به عدم شکل‌گیری پیوند عاطفی عمیق مادر کودک، به تشدید وضعیت وخیم این کودکان و به حداقل رسیدن رشد جسی، عاطفی و روانی آن‌ها شده و در نهایت منزوی شدن مادر و فرزند از جامعه را به دنبال دارد. بر همین اساس و با توجه به اینکه تابه‌حال در مورد افسردگی مادران با کودک معلول به خصوص با رویکرد مبتنی بر امید و روان‌شناسی مثبت‌گرا پژوهشی انجام نشده است، این پژوهش در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا امید درمانی در کاهش افسردگی مادران که دارای معلولیت جسمی و حرکتی اثر گذار است؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نظر ماهیت آزمایشی و از نظر روش تحقیق نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری در این پژوهش شامل شامل مادرانی تحت حمایت سازمان بهزیستی شهرستان بندر خمیر بود که دارای کودکان معلول جسمی حرکتی بوده و برای

پروتکل درمانی امید درمانی (شیخ الاسلامی، قهری و رمضانی، ۱۳۹۵).

جلسه اول: معرفی و جهت دهی، آشنایی شرکت‌کنندگان با دوره آموزشی و مسئولیت مربی و شرکت‌کنندگان، توضیح اصول و قواعد کار گروهی، مقدمه کلی درباره افسردگی، سنجش سیاهه افسردگی بک.

جلسه دوم: تفسیر آزمون جلسه قبل، معرفی امید و جنبه‌های مختلف آن، معرفی اصول اساسی درمان امید، آشنایی با مراحل امید درمانی.

جلسه سوم: معرفی اهداف و انواع آن به عنوان بخشی از فرایند افزایش امید، ایجاد ساختاری برای کشف هدف، ارائه راهکار برای تنظیم اهداف واضح و عملی در سطوح مختلف.

جلسه چهارم: آشنایی با شیوه‌های غلبه بر موانع و چالش‌ها، ترسیم رابطه تفکر و احساس مثبت ناشی از رسیدن به هدف در افزایش امید، شناسایی افکار خودآیند برای تغییر باورها و نگرش‌های ناکارآمد.

جلسه پنجم: آشنایی با هیجان‌های مثبت و منفی، نقش هیجان‌های منفی در ابقاء افسردگی و کیفیت زندگی و زندگی طولی، به کارگیری هیجان‌های مثبت، مسیرهای جایگزین در برخورد با موانع.

جلسه ششم: اهمیت داشتن قصد و هدف و معنی در زندگی، آشنایی با شیوه‌های افزایش

آزمون‌های آماری تی و آزمون تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

ابزاهای مورد استفاده در پژوهش: پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم: این آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود و از شرکت‌کننده خواسته می‌شود شدت نشانه‌ها را بر اساس یک مقیاس بین ۰ تا ۳ درجه‌بندی کند. آزمون از نوع خودسنجی بوده و برای تکمیل آن بین ۵ تا ۱۰ دقیقه زمان لازم است و دامنه نمره‌ها بین حداقل ۰ تا حداکثر ۶۳ قرار می‌گیرد. به طور معمول، نمره افراد افسرده از نظر بالینی و افراد ناسازگار غیر بیمار در دامنه ۱۲ تا ۴۰ قرار می‌گیرد. ضریب همسانی درونی این تست بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ است. ضرایب اعتبار حاصل از بازآزمایی بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد. نتیجه ارزیابی روایی محتوایی، همزمان و تمیزی و تحلیل عاملی به طور کلی مطلوب بوده است. به علاوه، این آزمون با مقیاس‌های مشابهی که افسردگی را می‌سنجد، همبستگی متوسطی را نشان می‌دهد. روایی همگرا پرسشنامه بک از طریق سنجش همبستگی آن با نمره پرسشنامه سلامت عمومی و چهار سازه آن تعیین شده است که همبستگی پرسشنامه بک با نمره این پرسشنامه ۰/۸ به دست آمد (مارنات، ۱۳۸۴).

امین رفیعی پور: اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افسردگی مادران کودکان دارای معلولیت جسمی حرکتی

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه مداخله $37/80 \pm 7/67$ و در گروه شاهد $38/11 \pm 7/18$ بود و تفاوت آماری معناداری با هم نداشتند ($p=0/12$). در هر یک از گروه مداخله و کنترل ۸ نفر دیپلم و ۷ نفر کارشناسی حضور داشتند و دو گروه از نظر سطح تحصیلات تفاوت با یکدیگر ندارند.

توزیع میانگین نمرات افسردگی به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه و با در نظر گرفتن موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

انگیزه و نیروی اراده روانی و جسمی در پیگیری اهداف، نقش امید در بهبود علائم افسردگی و پیگیری اهداف.

جلسه هفتم: شناسایی و استفاده از توانمندی‌های شخصی به شکل تازه، آشنایی با دسته‌بندی توانمندی‌ها و فضیلت‌های اخلاقی، تأثیرات امید در زندگی.

جلسه هشتم: اجرای مجدد سیاهه افسردگی بک، بازخوردگیری از دوره آموزشی و میزان تأثیر آن بر شرکت‌کنندگان، تشکر و قدردانی از شرکت‌کنندگان.

یافته‌ها

جدول ۱. نمرات افسردگی به تفکیک گروه‌های آزمایشی و گواه در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گواه		آزمایش		شاخص	متغیر
		انحراف استاندارد	میانگین		
۲۱/۱۸	۵۲/۷۸	۲۰/۲۶	۵۳/۰۶	پیش‌آزمون	افسردگی
۱۹/۲۶	۵۲/۰۹	۱۷/۸۶	۴۶/۵۳	پس‌آزمون	

بودن داده‌ها و تساوی واریانس‌های متغیرهای تحقیق بررسی شد. آزمون کالموگروف اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها استفاده شد که نتایج آن حاکی از نرمال بودن داده‌ها بود ($p>0/05$). از آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانس‌ها استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین افسردگی برای گروه آزمایش در پیش‌آزمون برابر با $53/06$ و پس‌آزمون $46/53$ بود که حاکی از کاهش آن است. در گروه گواه نیز پیش‌آزمون برابر با $52/78$ و پس‌آزمون $52/09$ است.

قبل از بررسی فرضیه‌ها و اجرای آزمون تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های آن یعنی نرمال

دوفصلنامه علمی - پژوهشی شناخت اجتماعی، سال هشتم، شماره دوم (پیاپی ۱۶)، پاییز و زمستان ۱۳۹۸

جدول ۲. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
افسردگی	۰/۱۱۹	۱	۲۸	۰/۷۳۲

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمره‌های دو گروه در متغیرهای تحقیق تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید. بنابراین

مانعی برای انجام تحلیل‌های کوواریانس تک متغیری به منظور مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون وجود نداشت و نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	η^2p	توان
مدل تصحیح شده	افسردگی	۶۶۶۰/۳۰	۱	۶۶۶۰/۳۰	۱۶۳/۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵۴	۱/۰۰۰
ثابت	افسردگی	۹۰۹۶۷/۲۵	۱	۹۰۹۶۷/۲۵	۹۰۹/۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸۸	۱/۰۰۰
گروه	افسردگی	۱۱۶/۶۷	۱	۱۱۶/۶۷	۴/۵۲	۰/۰۳	۰/۱۶۷	۰/۵۵۲
خطا	افسردگی	۱۱۳۹/۰۶	۲۸	۱۱۳۹/۰۶				
کل	افسردگی	۵۱۰۳۸۹/۰۰	۳۰					
کل تصحیح شده	افسردگی	۷۷۹۹/۳۶	۲۹					

$P < ۰/۰۵$

با توجه به جدول ۳، بررسی اثرهای بین گروهی با حذف عامل پیش‌آزمون نشان‌دهنده تأثیر معنی‌دار گروه (آزمایش و گواه) برای افسردگی بود ($F_{(۱,۲۸)} = ۴/۵۲$ ، $P = ۰/۰۳$). پس می‌توان گفت که گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی در افسردگی مادران کودکان معلولیت جسمی حرکتی مؤثر است.

نتیجه‌گیری و بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر بهبود افسردگی مادران کودکان دچار معلولیت جسمی حرکتی مؤثر است. این یافته در راستای تحقیقات قبلی از جمله رسولی، بهرامیان و زهرا کار (۱۳۹۲)؛ منوچهری، گلزاری و کردمیرزا نیکوزاده (۱۳۹۴)؛ مولوی

امین رفیعی پور: اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افسردگی مادران کودکان دارای معلولیت جسمی حرکتی

(اتیس، هابنر و هیلز،^۴ ۲۰۱۶). شنایدر (۲۰۰۰) معتقد است افراد امیدوار در رویارویی با شرایط پراسترس به صورت فعالانه برخورد می‌کنند و از رهبردهای مقابله‌ای مؤثر و سودمند استفاده می‌کنند. به عقیده وی امید درمانی به فرد کمک می‌کند تا خود را برای دنبال کردن اهداف زندگی برانگیزاند و موانع و چالش‌ها را به صورت فرصت‌هایی برای غلبه بر آنها در نظر گرفته و از نو برای خود بازآفرینی کنند. هرگونه مفهومی از امید دارای ابعاد چندگانه پویایی، آینده‌نگری و فرایندنگری بوده و آن را بازتاب می‌دهد. در واقع روان درمانی مبتنی بر امید و خوشبینی با کاهش نشانه‌های منفی و همچنین با ایجاد هیجانات مثبت و تاب‌آوری و توانمندی منش و معنا موجب تغییر آسیب‌پذیری و افزایش انعطاف‌پذیری شخصیتی می‌شود. این درمان با تأکید و تقویت منابع درون فردی و ظرفیت‌های روانی بر توانایی فرد در مقاومت در برابر موانع و پیشگیری از ایجاد موانع جدید می‌افزاید.

برنامه امید درمانی منجر به کاهش افسردگی می‌گردد چون در آن به مراجعان آموزش داده می‌شود اهداف مهم، قابل دستیابی و قابل اندازه‌گیری تعیین کرده و برای دستیابی به آنها گذرگاه‌های متعددی در نظر بگیرند. داشتن هدف و امید دستیابی به

و کجفاف (۱۳۸۷)؛ رندولف^۱ و همکاران (۲۰۰۶) و تیان، یان و وانگ^۲ (۲۰۱۸) است که در پژوهش خود نشان داده‌اند که امید درمانی موجب کاهش افسردگی و استرس و افزایش سلامت روان می‌شود.

در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد امیدواری نوعی احساس امکان پذیر بودن یک رویداد یا رفتار مطلوب در آینده است، عامل مهمی در دوران درمان‌گری فردی و گروه درمانی به حساب می‌آید و نتایج مثبتی را در سلامت عمومی آینده بیماران پیش‌بینی می‌کند (راب^۳، ۲۰۰۷). امید به انسان اجازه می‌دهد که بر موقعیت‌های استرس‌زا غلبه کند و او را قادر می‌سازد تا تلاش ثابتی برای رسیدن به اهداف خود داشته باشد. انسان‌هایی که امید بیشتری دارند تلاششان را صرف کسب اهداف مشکل‌تر می‌کنند، اهدافشان را با اطمینان بیشتری به دست می‌آورند و آنها را با اهداف سخت‌تر دیگری ارزیابی می‌کنند. اما کسانی که امید کمتری دارند این گونه نیستند (شنایدر، ۲۰۰۰). افراد امیدوارتر نسبت به کسانی که امید کمتری دارند، از تفکرات مثبت، عزت نفس و اعتماد به نفس بیشتری برخوردارند؛ افراد با سطح امید بالا احساسات را با انرژی بیشتری گزارش می‌کنند و خودشان را به شکل مثبت‌تری معرفی می‌کنند

1. Randolph & et al
2. Tian, Yan, & Wang
3. Raab

4. Otis, Huebner, & Hills

آن زندگی معنا داده و او را در مسیر خاصی قرار می‌دهد (بل و همکاران، ۲۰۱۹^۱). مادران افسرده در پرورش فرزندان خود با مشکلات عدیده‌ای روبرو می‌شوند. چنین مادرانی در مقابل رفتارهای نامناسب فرزندان خود بی‌قرارند، قادر به مدیریت صحیح روابط خود با فرزندان نیستند، در مهارت‌های فرزندپروری با مشکلات بسیاری روبرو هستند و در برقراری ارتباط مناسب با کودک خود و بیان محبت کافی دچار مشکلاتی هستند. امید و مفاهیم مربوط به آن منعکس‌کننده ویژگی‌های چند بعدی پویایی، آینده‌نگری، و فرآیندنگری است. امید درمانی و مثبت‌نگری حاصل از آن نه تنها از طریق کاهش نشانگان منفی بلکه به گونه‌ای مؤثر و مستقیم می‌تواند از طریق ایجاد هیجان‌ات مثبت و توامندی‌های منش و معنا موجب تغییر آسیب‌پذیری تاب‌آوری شود. روان‌درمانی مبتنی بر امید و مثبت‌گرایی نه تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد نماید بلکه می‌تواند تأثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و نیز سدی در برابر وقوع مجدد آن‌ها باشد (تیان و همکاران، ۲۰۱۸).

امید همبسته‌های زیست‌شناختی متعددی نیز دارد، مثل کارکرد مؤثر دستگاه ایمنی، افزایش اکسی‌توسین اندروپینی که فرد را در تحمل فشار و سختی کمک می‌کند. بنابراین

ترکیب روان‌شناختی امید به افزایش کارآمدی، کنارآمدن مؤثر (ارزیابی مجدد، حل مسئله اجتناب از رویدادهای فشارزای زندگی و جستجوی حمایت اجتماعی) منجر شده و رفتار ارتقاء دهنده سلامت روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند. والدینی که در برنامه‌های مداخله‌ای و درمانگری شرکت می‌کنند، در دراز مدت نیز توانایی سازگاری بهتری با وضعیت خود دارند، دارای روابط صمیمی‌تری با فرزندان خود هستند و نگرش مثبت‌تری نسبت به ناتوانی فرزندانشان پیدا می‌کنند (شروین و همکاران^۲، ۲۰۱۰). همچنین در تبیین یافته‌ها می‌توان به عوامل گوناگون دیگر اشاره کرد و یک عامل اساسی، آثار مفید گروه درمانی در مقایسه با درمان انفرادی است. گروه درمانی به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی مؤثری را بیاموزند، سپس آموزه‌هایشان را روی دیگر اعضای گروه امتحان کنند و بازخورد از اعضای دیگر بگیرند. آنان از مشاهده مشکلات دیگران که مشابه یا شاید شدیدتر از مشکلات خودشان است، احساس راحتی و دلگرمی می‌کنند و بدون مقاومت به مشکلات و ضعف‌های خود پی برده و راهکارها و روش‌های مقابله‌ای مؤثر را از دیگر اعضا فرا می‌گیرند (کرایز^۳ و همکاران، ۲۰۱۹).

2. Sherwin & et al
3. Cruwys

1. Bell

امین رفیعی پور: اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افسردگی مادران کودکان دارای معلولیت جسمی حرکتی

بندر خمیر نیز از دیگر محدودیت‌های این مطالعه است و پیشنهاد می‌شود تا مطالعات بعدی بر روی جمعیت وسیع‌تر انجام شود.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، عدم پیگیری نتایج مداخله بود که پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی به این موضوع نیز پردازند. محدود شدن مطالعه بر روی آزمودنی‌های مربوط به

منابع

- گراث - مارنات، گ (۱۳۸۴). راهنمای سنجش روانی. ترجمه پاشا شریفی ح. و نیکخو، م. ر. جلد دوم، تهران: انتشارات سخن.

- شیخ الاسلامی، ع؛ قهری، ح؛ رضانی، ش (۱۳۹۵). «اثربخشی امید درمانی بر شادکامی مردان ناتوان جسمی - حرکتی». پژوهش‌های مشاوره، ۱۵، ۱۰۱-۸۹.

- منوچهری، م؛ گلزاری، م. و کردمیرزا نیکوزاده، ع. ا (۱۳۹۴). «اثربخشی آموزش امید درمانی بر به کارگیری روش‌های مقابله مثبت با استرس در زنان دارای همسر معتاد». مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۶، ۷۸-۹۰.

- یعقوبی، ا. ق؛ فروتن بقا، پ؛ محقق، ح (۱۳۹۳). «بررسی اثربخشی آموزش امید بر سبک‌های اسنادی دانشجویان». مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۵، ۳۳-۱۹.

- رسولی، م؛ بهرامیان، ج. و زهراکار، ک (۱۳۹۲). «تأثیر امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس». روان پرستاری، ۴، ۶۶-۵۴.

- ستوده، ن؛ نشاط دوست، ح. ط؛ کلانتری، م؛ طالبی، ه؛ خسروی، ع (۱۳۸۹). «مقایسه دو روش دارو درمانی و امید درمانی بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی». روان‌شناسی بالینی، ۲، ۴۸-۳۲.

- فرنیاء، ف؛ باغشاهی، ف؛ زارعی، ح (۱۳۹۵). «بررسی اثربخشی امید درمانی گروهی بر شادکامی بیماران همودیالیزی». مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۶، ۵۵۵-۵۴۳.

- کجباف، م. ب؛ مولوی، ح (۱۳۸۷). «بررسی اثربخشی امید درمانی گروهی بر میزان امید و سلامت روانی». فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱(۴)، ۴۱-۳۰.

- Anaby, D., Hand, C., Bradley, L., DiRezze, B., Forhan, M., DiGiacomo, A., & Law, M. (2013). "The effect of the environment on participation of children and youth with disabilities: a scoping review". *Disability and rehabilitation*, 35(19), 1589-1598.
- Bell, M., Biesecker, B. B., Bodurtha, J., & Peay, H. L. (2019). "Uncertainty, Hope, and Coping Efficacy Among Mothers of Children with Duchenne/Becker Muscular Dystrophy". *Clinical genetics*.
- Cruwys, T., Steffens, N. K., Haslam, S. A., Haslam, C., Hornsey, M. J., McGarty, C., & Skorich, D. P. (2019). "Predictors of social identification in group therapy". *Psychotherapy Research*, 1-14.
- Dougherty, L. R., Klein, D. N., Rose, S., & Lupton, R. S. (2011). "Hypothalamic-pituitary-adrenal axis reactivity in the preschool-age offspring of depressed parents: Moderation by early parenting". *Psychological Science*, 22(5), 650-658.
- Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). "The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder". *Journal of autism and developmental disorders*, 43(3), 629-642.
- Honey, A., Emerson, E., Llewellyn, G., Kariuki, M. (2010). *Mental Health and Disability*. In: Stone, J.H. & Blouin, M editors. International Encyclopedia of Rehabilitation.
- King, G., Desmarais, C., Lindsay, S., Piérart, G., & Tétrault, S. (2015). "The roles of effective communication and client engagement in delivering culturally sensitive care to immigrant parents of children with disabilities". *Disability and rehabilitation*, 37(15), 1372-1381.
- Otis, K. L., Huebner, E. S., & Hills, K. J. (2016). "Origins of early adolescents' hope: Personality, parental attachment, and stressful life events". *Canadian journal of school psychology*, 31(2), 102-121.
- Peer, J. W., & Hillman, S. B. (2014). "Stress and resilience for parents of children with intellectual and developmental disabilities: A review of key factors and recommendations for practitioners". *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11(2), 92-98.
- Pozo, P., Sarriá, E., & Brioso, A. (2014). "Family quality of life and psychological well-being in parents of children with autism spectrum disorders: a double ABCX model". *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(5), 442-458.
- Raab, K. (2007). *Fostering Hope in a psychiatric hospital*. Royal Ottawa health care. 4:205-207.
- Randolph, C., Arnau, D. H., Rosen, J. F., Finch, J. L., Rhudy, J. & Vincent J. F. (2007). "Longitudinal Effects of Hope on Depression and Anxiety: A Latent Variable Analysis". *Journal of Personality*, 75, 1.

- Schertz, M., Karni-Visel, Y., Tamir, A., Genizi, J., & Roth, D. (2016). "Family quality of life among families with a child who has a severe neurodevelopmental disability: Impact of family and child socio-demographic factors". *Research in developmental disabilities*, 53, 95-106.
- Sherwin, E. D., Elliott, T. R., Rybarczyk, B. D., Frank, R. G., Hanson, S. and Hoffman, J. (2010). "Negotiating the reality of care giving: hope, burnout and nursing". *Journal of social and clinical psychology*, 11, 129-139.
- Snyder, C. R. (Ed.). (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. Academic press.
- Tian, M., Yan, S., & Wang, N. (2018). "Evaluating the Effectiveness of Snyder's Theory-Based Group Hope Therapy to Improve Self-Efficacy of University Students in Finance". *Neuro Quantology*, 16(6).
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Geleroff, M. J., Warner, V., Pilowsky, D., Kohad, R. G., & Talati, A. (2016). "Offspring of depressed parents: 30 years later". *American Journal of Psychiatry*, 173(10), 1024-1032.
- Woodman, A. C. (2014). "Trajectories of stress among parents of children with disabilities: A dyadic analysis". *Family Relations*, 63(1), 39-54.