

اثربخشی آموزش حل مساله بر کیفیت زندگی مادران کودکان درخودمانده

اعظم احمدی حلمسلوئی^۱، بتول پاشنگ^{۲*} و نرگس سلیمی‌نیا^۳

دریافت مقاله: ۹۲/۳/۲؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۲/۱۰/۲۷؛ پذیرش مقاله: ۹۲/۱۱/۲۴

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین میزان اثربخشی آموزش حل مساله بر کیفیت زندگی مادران کودکان درخودمانده بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری بود. آزمودنی‌ها شامل ۳۰ مادر دارای کودک درخودمانده بود که به‌طور تصادفی از میان ۲۸۰ مادر مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی اوتیسم "فرزندان آفتاب" واقع در شهر قدس استان تهران در سال ۱۳۹۲ انتخاب، و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گروه جایگزین شد. گروه آزمایش ۶ جلسه آموزش حل مساله ۱۲۰ دقیقه‌ای را هفته‌ای یک‌بار دریافت کرد. در گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. ابزار مورد استفاده نسخه کوتاه پرسش‌نامه ۳۶ سوالی کیفیت زندگی وایر و شربورن (۱۹۹۲) بود که در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اجرا و جهت تحلیل داده‌ها از روش کوواریانس و اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش مهارت حل مساله بر بهبود کیفیت زندگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در تمامی ابعاد موثر بوده است. هم‌چنین پیگیری پس از ۲ ماه نیز این نتایج را تایید کرد. **نتیجه‌گیری:** می‌توان آموزش حل مساله را به‌عنوان ابزاری حمایتی و مؤثر جهت ارتقاء کیفیت زندگی خانوادگی به‌شمار آورد، و از آن به‌ویژه برای مادران دارای کودک درخودمانده که نقش مهمی در جو عاطفی خانواده دارند سود جست.

کلید واژه‌ها: حل مساله، کودکان درخودمانده، کیفیت زندگی

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی شخصیت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

۲. نویسنده مسئول، استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

Email: drbpashang@yahoo.com

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه علوم مالزی

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را برداشت افراد از موقعیت‌شان در زندگی، با توجه به بافت فرهنگی و نظام‌های ارزشی جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند و مرتبط با اهداف، انتظارات، معیارها و علایق‌شان، تعریف کرده است (ماگنو، ۲۰۰۷). خانواده نقش مهمی در تحمل اثرات حادثه یا بیماری یکی از اعضای خود دارد. بنابراین کاملاً طبیعی است که نیازهای خانواده با وضعیت کودکی که تحت حمایت، آموزش و پی‌گیری قرار دارد، هماهنگ شود. یکی از تنش‌آورترین تجربیات برای هر خانواده‌ای، اداره کردن کودک دچار ناتوانی یا بیماری مزمن است (کوبر، ۲۰۱۰). با تولد کودک دچار درخودماندگی و آگاهی از اختلال وی، والدین غالباً دچار بهمت‌زدگی، نابوری و درپی 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 متناسب با محدودیت‌های او کنند (برادفورد، ۱۹۹۷). لذا داشتن کودک کم‌توان ذهنی و استرس ناشی از آن، معمولاً به‌شدت رضایت والدین و روابط خانوادگی آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد (مک کنوکی، تراسدل، چانگ، جاراک و شوکریک، ۲۰۰۸).

از آنجایی که بار روانی و جسمانی تربیت کودک درخودمانده بیشتر بر عهده مادر است، مادران رضایت زناشویی اندک و فشار روانی و خستگی بالایی را نسبت به پدران تجربه می‌کنند (گوپتا و سینگال، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که هرچند والدین کودکان ناتوان، هر دو نسبت به فشار روانی بسیار آسیب‌پذیرند. اما ۷۰ درصد مادران و ۴۰ درصد از پدران کودکان مذکور، فشار روانی را تجربه می‌کنند (ماگنو، ۲۰۰۷). هم‌چنین پژوهش‌های اخیر در مورد والدین کودکان دچار درخودماندگی، نشان می‌دهد که والدین این کودکان در مقایسه با والدین کودکان عادی و سایر کودکانی که نیازهای ویژه یا بیماری‌های مزمن دارند، استرس بالاتری را تجربه می‌کنند (اسبورن و رید، ۲۰۱۰؛ کلاپتن و هندیک، ۲۰۰۹؛ دابروسکا و پیسولا، ۲۰۱۰).

مطالعات چینگ‌شو (۲۰۰۹) نشان داده است که افراد مراقبت‌کننده از کودکان درخودمانده، افسردگی و اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند، نقش‌ها و فعالیت‌هایشان محدود می‌شود و از نظر روابط زناشویی، سلامت جسمانی و عملکرد کاهش شدیدی پیدا می‌کنند. مهاجری، پورا احمدی، شگری و خوشابی (۱۳۹۲) طی پژوهشی دریافتند، درمان متمرکز بر تعامل والد-کودک باعث بهبودی ضعیف تا متوسط خودکارآمدی والدگری مادران کودکان درخودمانده می‌شود. در مطالعه دیگری، ربیعی و شهریور (۱۳۹۰) اثربخشی آموزش گروهی ۱۲ والد کودک درخودمانده را بر آگاهی، میزان استرس، اضطراب و افسردگی آن‌ها در بیمارستان روزبه تهران بررسی کردند، نتایج مطالعه آن‌ها حاکی از آن بود که دوره آموزشی باعث افزایش سطح آگاهی والدین در مورد

اثربخشی آموزش حل مساله بر کیفیت زندگی...

بیماری و راه‌های کمک به کودکان شده است. جنیس، گرکنس‌میر، سكات، لیندسی، استین و پرکینز (۲۰۱۳) در پژوهشی، اثربخشی آموزش حل مساله را در مراقبان کودکان با مشکلات سلامت روان بررسی کردند و نشان دادند مهارت حل مساله بر کاهش افسردگی و افزایش کنترل شخصی مراقبین تاثیر داشته است. مطالعات در مورد والدین کودکان درخودمانده در ایران، نشان می‌دهد که اکثر والدین اطلاعات کافی در مورد بیماری درخودماندگی و علل آن ندارند و فاقد پشتیبانی رسمی و کمک‌های حرفه‌ای هستند (صمدی، مک کانکی و کلی، ۲۰۱۲).

یافته‌های پژوهش خیر، قنیم، سندریگ، اسماییل، حیدر و الراوی (۲۰۱۲) در مورد کیفیت زندگی مراقبان کودکان درخودمانده در کشور قطر، کیفیت زندگی پایین والدین کودکان دچار درخودماندگی را نشان داد. پژوهش‌های متعدد در سطح جهان نشان می‌دهد ضعف و ناتوانی در مهارت‌های حل مساله با مشکلات بهداشتی، اجتماعی و فرهنگی مرتبط است. همچنین هرچه فرد توانایی بیشتری در حل مساله داشته باشد، به همان اندازه موفق‌تر و سالم‌تر خواهد بود (حسینی‌نژاد، ۱۳۸۸). تاثیر کودکان معلول ذهنی بر نظام خانواده، سال‌ها است به‌عنوان یک معضل، توجه بسیاری از متخصصان را به‌خود جلب کرده و در سال‌های اخیر دیدگاه‌های تعاملی جامع‌تری در مورد خانواده‌هایی که یکی از اعضای آن‌ها معلول است مطرح شده است (افروشه، ۱۳۸۸).

لذا با توجه به پیشینه پژوهش مطالعه حاضر، با هدف تعیین میزان اثربخشی مهارت حل مساله بر کیفیت زندگی مادران کودکان دچار درخودماندگی انجام شد تا به سؤال زیر پاسخ دهد آیا آموزش حل مساله بر بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان دچار درخودماندگی موثر است؟

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری کلیه مادران دارای کودک دچار درخودماندگی به تعداد ۲۸۰ نفر بودند که در سال ۱۳۹۲ به مرکز تخصصی اتیسم به‌نام «کانون فرزندان آفتاب» واقع در شهر قدس مراجعه نموده بودند. روش نمونه‌گیری بدین طریق بود که از بین مادران واجد شرایط آن مرکز، که داوطلب شرکت در این پژوهش شدند. تعداد ۴۰ نفر از آن‌ها به صورت تصادفی انتخاب و پیش‌آزمون در مورد آن‌ها اجرا و سطح کیفیت زندگی‌شان ارزیابی شد. از میان این تعداد ۳۰ نفر که دارای کمترین نمره در پرسشنامه کیفیت زندگی بودند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش، آموزش مهارت حل مساله به‌صورت گروهی را دریافت کرد و گروه گواه آموزشی دریافت نکرد. بعد از پایان دوره آموزشی پس‌آزمون و

دو ماه بعد مجدداً آزمون جهت پیگیری اجرا شد. ضوابط و ملاک‌های ورود به پژوهش شامل موارد زیر بود. سن مادران شرکت‌کننده ۲۰-۴۵ سال و حداقل دارای تحصیلات سیکل بودند. سن کودکان درخودمانده آن‌ها ۱۲-۶ سال بود و با توجه به ملاک‌های تشخیصی ویراست چهارم راهنمای آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا، اختلال درخودماندگی در آن‌ها شناسایی شده و به تأیید حداقل یک روان‌شناس بالینی و یک روان‌پزشک کودک رسیده بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسش‌نامه کیفیت زندگی^۱. این پرسش‌نامه اولین بار توسط وایر و شربورن^۲ در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد. هدف از طرح این پرسش‌نامه ۳۶ ماده‌ای ارزیابی حالت سلامت از هر دو جنبه وضعیت جسمانی و روانی بود که به‌وسیله ترکیب نمره‌های حیطه‌های هشت‌گانه تشکیل‌دهنده سلامت به‌دست آمد. سپس در همان سال این پرسش‌نامه در بریتانیا توسط برازیر و همکاران به‌منظور تعیین اعتبار آزمون شد. نتایج نشان داد که ضریب اعتبار این پرسش‌نامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ است (وایر و شربورن، ۱۹۹۲). در پژوهشی که در ایران در سال ۱۳۸۱ توسط دهداری صورت گرفت، اعتبار این پرسش‌نامه با استفاده از روش بازآزمایی، ۰/۸۲ گزارش و پایایی نسخه فارسی این پرسش‌نامه نیز با $0.9 - 0.7 = 0.7$ تأیید شده است (دهداری، ۱۳۸۱). این پرسش‌نامه با ۳۶ عبارت هشت حیطه مختلف سلامت را ارزیابی می‌کند که بعد جسمانی با سوال‌های ۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲، بعد ایفای نقش جسمی با سوال‌های ۱۳-۱۴-۱۵-۱۶، دردهای بدنی با سوال‌های ۲۱-۲۲، سلامت عمومی با سوال‌های ۱-۳۳-۳۴-۳۵-۳۶، خستگی یا نشاط با سوال‌های ۲۳-۲۷-۲۹-۳۱، عملکرد اجتماعی با سوال‌های ۲۰-۲۲، ایفای نقش عاطفی با سوال‌های ۱۷-۱۸-۱۹ و سلامت روانی با سوال‌های ۲۴-۲۵-۲۶-۲۸-۳۰ سنجیده می‌شود. پایین‌ترین نمره در این پرسش‌نامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است. امتیاز هر بُعد با امتیاز عنوان‌ها در آن بُعد مشخص می‌شود (وایر و شربورن، ۱۹۹۲). ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۸۵، محاسبه شد.

۲. بسته آموزشی مهارت حل مساله. این بسته آموزشی بر اساس بسته آموزشی جزایری و رحیمی (۱۳۸۷)؛ حسینی (۱۳۸۸) کلینکه (۱۹۹۸)، ترجمه شهرام محمدخانی، (۱۳۸۴) ناصری (۱۳۸۷) که همگی به آموزش مهارت‌های زندگی و حل مساله پرداخته‌اند، به‌صورت جلسات

1. The Medical Outcomes Study short form "MOS" (SF-36)
2. Ware & Sherbourne

اثربخشی آموزش حل مساله بر کیفیت زندگی...

آموزشی کوتاه مدت و به شکل گروهی و در قالب ۱۱ جلسه با دستور جلسات معین و از پیش تعیین شده تدارک دیده شده است. در این پژوهش برای گروه آزمایشی، در ۶ جلسه ۱۲۰ دقیقه، هفته‌ای یکبار اجرا شد. رئوس محتوا و برنامه آموزش به شرح زیر بود.

جلسه اول. هدف این مرحله، آشنایی افراد گروه با یکدیگر به منظور کاهش اضطراب و استرس برای شرکت در کلاس بود لذا در مورد هدف از برگزاری کلاس و اهمیت و مزایای آن توضیحاتی ارائه شد. این جلسه شامل معارفه و خوشامدگویی، معرفی برنامه و تنظیم قراردادها بود. از اهداف دیگر این جلسه، برقراری ارتباط موثر، جهت بالا بردن انگیزه‌ی مادران و تشویق آن‌ها به برقراری شیوه همکاریانه مبتنی بر تشریک مساعی و معرفی برنامه‌ی آموزشی بود.

جلسه دوم. هدف این جلسه تعریف، آشنایی، بیان ضرورت و تأثیر مهارت حل مساله با استفاده از مثال‌های متفاوت بود. در این جلسه به صورت علمی به تعریف‌های مختلف از متغیر حل مساله پرداخته و افزون بر این سعی شد از مثال‌های ساده و عامیانه به منظور درک بهتر اعضا استفاده شود. همچنین با مثال‌هایی به ضرورت حل مشکل و تأثیر مثبت حل مساله صحیح در زندگی واقعی اشاره شد.

جلسه سوم. هدف این مرحله اتخاذ نگرش حل مساله‌ای و تعریف مشکل، مشخص کردن مشکلات پیچیده، اولویت‌بندی مشکلات، بازبینی عمیق از مساله و تعیین نقش خود فرد در رابطه با مساله بود. در این جلسه به مفاهیم زیادی در آموزش حل مساله پرداخته شد. اول این که می‌توان در مقابل چالش‌ها و مشکلات، نگرش حل مساله‌ای را انتخاب کرد. دوم این که چطور باید مساله را تعریف کرد، و چطور باید مساله را واضح و روشن و در قالب مفاهیم عینی و اختصاصی بیان، و چگونه باید از بیان عبارات کلی در تعریف مشکل اجتناب کرد و سوم این که مشکلات پیچیده را چگونه تعریف و آن‌ها را اولویت‌بندی و از ابعاد مختلف به آن نگاه کرد. در انتهای این جلسه تکلیف جلسه‌ی بعد در قالب سوال ارائه شد.

جلسه چهارم. هدف این جلسه آموزش شیوه‌ی موثر مقابله با مشکلات بود و توضیح داده شد که افراد معمولاً به‌هنگام مواجهه با مشکلات به دو شیوه متفاوت واکنش نشان می‌دهند. ۱. واکنش هیجان‌مدار ۲. واکنش مساله‌مدار، و مثال‌های زیادی در مورد این واکنش‌ها ارائه شد. سپس به توضیح مراحل شیوه‌ی مساله‌مدار پرداخته شد. که این مراحل شامل: ۱. تعریف مساله و داشتن اعتماد بنفس که در این‌جا منظور این بود که فرد به این اعتقاد دارد که توانایی حل مسائل را دارد؛ ۲. بارش فکر؛ ۳. انتخاب راه حل‌ها؛ ۴. انجام راه حل انتخاب شده؛ ۵. خروج از مساله؛ و ۶. ارزیابی نتایج راه حل بود. سپس تکلیف جلسه‌ی بعد در قالب یک سوال ارائه شد.

جلسه پنجم. هدف این مرحله شناخت و تعریف دقیق بارش فکری، انجام ایفای نقش، ایجاد بازخورد مثبت اعضا از مهارت حل مساله بود. در این جلسه به تمرین عملی فنون حل مساله

پرداخته شد و اعضا به صورت عملی، به تمرین بارش فکری پرداختند. سپس با مثال هایی، بازی نقش به کمک افراد حاضر در جلسه اجرا و واکنش هیجان مدار و مساله مدار برای افراد در آن مثال بیان شد. در انتها تکلیف جلسه ی بعد در قالب یک سؤال ارائه شد.

جلسه ششم. هدف این جلسه تصمیم گیری و طرح ریزی برای انتخاب بهترین راه حل، اجرای مهم ترین راه حل انتخاب شده و ارزیابی نتایج راه حل بود. در این جلسه مراحل حل مساله گام به گام بیان شد که شامل تصمیم گیری، طرح ریزی برای اجرای بهترین راه حل، اجرای راه حل انتخاب شده و در نهایت ارزیابی نتیجه ای که در این فرایند حاصل شده است، بود. در این مرحله افراد باید یک سوال کلیدی از خود بپرسند "آیا واقعا مشکل حل شده است؟" پاسخ به این سوال اگر "بله" باشد، فرایند حل مساله به پایان رسیده است، و اگر پاسخ "نه" باشد، از فهرست اولویت ها، راه حل دوم باید انتخاب شود و سایر مراحل را دوباره باید انجام و این فرایند را تا آخر حل مشکل ادامه دهند. در آخر جلسه یکبار دیگر تأکید بر اهمیت حل مساله شد. سپس با اظهار امیدواری نسبت به این که اعضا، این آموزش ها را در زندگی روزمره به کار ببرند و این فنون را تمرین کنند با همهی اعضا خداحافظی و پایان آموزش حل مساله را اعلام شد.

شیوه اجرا. آموزش حل مساله به صورت گروهی برای اعضا گروه آزمایشی در محل "کانون فرزندان آفتاب" اجرا شد و در گروه گواه مداخله ای صورت نگرفت. هر دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون و یک ماه بعد در مرحله پیگیری به پرسش نامه پژوهش پاسخ دادند. برای رعایت ملاحظات اخلاقی پس از اتمام تمامی مراحل پژوهش، مداخله در مورد گروه گواه نیز اجرا شد. برای تحلیل داده ها، از روش تحلیل کوواریانس جهت اثربخشی آموزش مهارت حل مساله، و از تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر جهت ماندگاری اثر آموزش استفاده شد.

یافته ها

دامنه سنی مادران ۲۰ تا ۴۵ سال بود. بیشترین فراوانی یعنی حدود ۴۰ درصد به مادران ۳۰ تا ۳۵ سال و کمترین فراوانی یعنی ۶/۷ درصد به مادران ۴۰ تا ۴۵ سال اختصاص داشت. هم چنین از نظر سطح تحصیلات نزدیک به ۳۸ درصد مادران فوق دیپلم و کمترین فراوانی یعنی ۱۲ درصد مادران دارای مدرک دیپلم بودند.

جدول ۱. نمره‌های توصیفی دو گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۱۵ نفر در هر گروه)

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۰/۴۳	۸/۹۱
		گواه	۴۱/۵۱	۱۰/۱۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۷۳/۸۹	۸/۵۲
		گواه	۴۲/۴۱	۱۷/۲۰
پیگیری	پس‌آزمون	آزمایش	۵۸/۷۹	۵/۳۱
		گواه	۴۲/۸۸	۱۷/۲۵

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود تفاوت بین نمره‌های آزمودنی‌های دو گروه در مرحله پیش‌آزمون بارز نیست. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری این تفاوت کاملاً مشهود است.

جدول ۲. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف در مورد توزیع طبیعی داده‌ها

نمره	اسمیرنوف - کولموگروف
۰/۳۲۹	سطح معنی‌داری
۰/۰۰۱	

با توجه به این در جدول که $Z = ۰/۳۲۹$ بیشتر از سطح خطای در نظر گرفته شده $۰/۰۵$ است. لذا دلیلی برای رد فرضیه صفر وجود ندارد و می‌توان گفت داده‌ها دارای توزیع طبیعی است.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین در مورد مفروضه تساوی خطای واریانس‌ها

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
۰/۵۸۴	۲	۳۴	۰/۵۶۰

در جدول ۳ میزان F نشان می‌دهد که داده‌ها مفروضه تساوی خطای واریانس‌ها برقرار است.

جدول ۴. نتایج کوواریانس پس‌آزمون مقایسه کیفیت زندگی دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۸۰۹/۴۴	۱	۱۸۰۹/۴۴	۳۳**	۰/۷۶	۱/۰۰
گروه	۲۰۲۱/۲۲	۱	۲۰۲۱/۲۲	۳۶/۸۷**	۰/۶۶	۱/۰۰
خطا	۷۱۲/۶۶	۱۳	۵۴/۸۲			

* $P < ۰/۰۵$ ** $P < ۰/۰۱$

جدول ۴ نشان می‌دهد با کنترل پیش‌آزمون تفاوت کیفیت زندگی مادران کودکان درخودمانده گروه آزمایش و گواه معنی‌داری است. میزان اتا $۰/۶۶$ نشان می‌دهد ۶۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی، مربوط به تاثیر آموزش مهارت حل مساله است.

جدول ۵. آزمون کرویت موچلی برای بررسی مفروضه کرویت

۰/۹۵۱۲۵	کرویت موچلی
۵/۱۴۷۸۵	کای اسکوار
۰/۷۶۰	سطح معنی داری

در جدول ۵ با توجه به مقدار مربع کای، داده های مربوط به اندازه گیری مکرر طبیعی است.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در مورد پیگیری کیفیت زندگی مادران

F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
	۰/۶۲	۳۴	۲۰/۹۲	بین آزمودنی ها
۳۶/۵۷**	۸/۲۴	۳۶	۲۹۶/۶۸	درون آزمودنی ها
	۱۵۱/۶	۱	۱۵۱/۶	متغیر آزمایش
	۴/۱۴۵	۳۵	۱۴۵/۰۸	خطا
		۳۵	۳۱۷/۶	کل

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

طبق جدول ۶ در مرحله پس آزمون با کنترل پیش آزمون، تفاوت کیفیت زندگی بین گروه آزمایش و گواه معنی دار است. با توجه به میانگین مربوط به مرحله پس آزمون و پیگیری مشخص شد که در این دو مرحله تفاوت مشاهده نمی شود، به عبارت دیگر، تأثیر آموزش حل مساله بر بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان در خودمانده دارای ماندگاری اثر است.

جدول ۷. نتایج آزمون بونفرونی مربوط به مقایسه تفاضل حیطه های کیفیت زندگی

حیطه ها	میانگین	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
-	-	۱/۲	۴/۳*	۴/۱	۲/۲	۱/۸	۱/۳	۴/۳*	۱/۰
بعد جسمانی	۱/۲	-	۱/۱	-	۶/۴*	۱/۲	-	۲/۳	۱/۲
بعد اجتماعی	۴/۳*	-	-	-	-	۲/۳	-	۶/۵*	۳/۵
ایفای نقش جسمی	۴/۱	۱/۶	-	-	-	-	۳/۴	-	۲/۰
ایفای نقش هیجانی	۲/۲	-	-	۳/۴	-	-	۴/۵*	-	-
سلامت روانی	۱/۸	۵/۳*	-	۰/۸	۴/۳*	-	-	-	-
سرزندگی	۱/۳	-	۳/۷	۰/۱	۰/۱	-	-	-	-
دردبدنی	*۴/۲	-	۱/۰	-	-	-	-	-	-
سلامت عمومی	۱/۰	-	۰/۶	-	۰/۱۹	-	-	۰/۳	۵/۴*

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

اثربخشی آموزش حل مساله بر کیفیت زندگی...

برای درک این که تفاوت کدامیک از زوج میانگین‌های سطح عامل بین گروه‌ها معنی‌دار است، از آزمون بونفرونی استفاده و نتایج در جدول ۷ ارائه شد. نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که از بین مقایسه‌های انجام‌شده تفاوت بین همه زوج میانگین‌ها در سطح $0/05$ معنی‌دار است. بدین معنی که آموزش حل مساله بر بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان در خودمانده تأثیر دارد. که در بین این تفاوت‌ها بیشترین اثر مربوط به بعد اجتماعی کیفیت زندگی است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش حل مساله، تاثیر معنی‌داری بر افزایش کیفیت زندگی مادران کودکان در خودمانده دارد. همچنین نتایج مرحله پیگیری، حکایت از تداوم تاثیر این مداخله دارد. یافته‌های پژوهش چیناوه (۲۰۱۰) که به آموزش حل مساله به‌منظور افزایش کیفیت زندگی در ۷۹ دانش‌آموز کالج با سطح پایین کیفیت زندگی پرداخته بود، نشان داد کیفیت زندگی و سلامت روان افراد پس از آموزش حل مساله در گروه آزمایش افزایش یافته است. کردی، نصیری، مدرس‌غروی و ابراهیم‌زاده (۱۳۹۱) در پژوهش خود تأثیر آموزش مهارت حل مساله را بر شدت افسردگی زنان در دوره پس از زایمان، در ۵۴ زن بررسی و نشان دادند آموزش حل مساله روش موثری در کاهش شدت افسردگی پس از زایمان است. ملکپور، فرهانی، آقایی و بهرامی (۱۳۸۵) با بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش فشار روانی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی و عادی نشان دادند آموزش مهارت‌های زندگی، میزان فشار روانی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی را کاهش می‌دهد. مادران کودکان در خودمانده به‌خاطر شرایط خاص فرزند خود، برای برخوردکردن با مسایل و چالش پیش‌رو به راهبردهای مؤثرتری برای مقابله با مشکلات خود نیاز دارند آنچه در واقع باعث بهبود کیفیت زندگی این مادران در این پژوهش شده بود، تشویق مادران به تفکر حل مساله‌مدار و استفاده کمتر از تفکر هیجان‌مدار بود. به گونه‌ای که مادران آموخته بودند بر هیجان‌ات خود غلبه و از شیوه‌های مساله‌مدار برای حل مشکل خود استفاده کنند.

پژوهش جنیس و همکاران (۲۰۱۳) اثر بخش بودن آموزش حل مساله را در مراقبان کودکان با مشکلات سلامت روان تایید کرد و نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد آموزش، تأثیر مثبتی بر کاهش افسردگی و افزایش کنترل شخصی مراقبین داشته است. هم‌چنین برنامه‌های پیگیری در پژوهش آن‌ها حاکی از آن بود که ۳ ماه و ۶ ماه پس از مداخله، اثرات آموزش هم‌چنان پا برجاست. تیموتی، الیوت، بری و گرنت (۲۰۰۹)؛ تیموتی، الیوت، بروسارت، جک و بری (۲۰۰۸) در دو پژوهش جداگانه به آموزش حل مساله در بستگان مراقبت‌کننده از افراد دچار آسیب نخاعی و بستگان مراقبت‌کننده از زنان معلول پرداختند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد مراقبینی که تحت

آموزش حل مساله قرار گرفته بودند نسبت به گروه گواه میزان افسردگی آن‌ها کاهش و رضایت از زندگی و عملکرد اجتماعی آن‌ها افزایش یافته است. نتایج پیگیری هریک از این پژوهش‌ها ۶ ماه و ۱۲ ماه بعد نیز هم‌چنان پایدار بود.

به‌طور کلی می‌توان گفت پایایی نسبی نتایج آموزش حل مساله طی دوره‌ی پیگیری، به کاربرد فعالانه فنون آموزشی آموخته‌شده توسط مادران کودکان درخودمانده مرتبط است. بنابراین همان‌طور که یافته‌های پژوهش حاضر تایید می‌کند، برنامه‌های آموزشی حل مساله‌ای که با هدف تقویت روحیه مادران کودکان دچار درخودماندگی طراحی می‌شود، به دلیل برگزیدن اهدافی متفاوت‌تر نسبت به سایر برنامه‌های آموزش والدین، می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی مادران این کودکان و بالطبع این دسته از کودکانشان نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد.

منابع

- افروشه، عباس. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر خدمات مراکز اختلالات نافذ رشد بهزیستی بر کیفی تزندگی مادران/انجمن‌تستی. پایان‌نامه تحصیلی کارشناسی ارشد. رشته روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- جزایری، علی‌رضا، و سینارحیمی، علی. (۱۳۸۷). آموزش مهارت‌های حل مساله. تهران: انتشارات دانژه.
- حسینی‌نژاد، جمیله. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر آموزش مهارت حل مساله بر سلامت روان نوجوانان مستقر در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی تربیتی. دانشگاه علامه طباطبایی.
- حسینی، سیدمهدی. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش گروهی هوش هیجانی (حل مساله و کنترل خشم) بر سلامت روان جوانان مجرم زندان عادل آباد شیراز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- هدداری، طاهره. (۱۳۸۱). بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر کیفیت زندگی بیماران با عمل جراحی قلب باز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس.
- ربیعی، آتوسا، و شهرپور، زهرا. (۱۳۹۰). مطالعه مقدماتی اثربخشی آموزش گروهی والدین کودکان اتیستیک بر دانش، میزان استرس، اضطراب و افسردگی آن‌ها. مجله پژوهش در علوم توان‌بخشی. ۷(۱۶): ۷۰-۵۹.
- کردی، معصومه، نصیری، سعیده، مدرس‌غروی، مرتضی، و ابراهیم‌زاده، سعید. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مهارت‌های حل مساله بر شدت افسردگی زنان در دوره پس از زایمان. مجله اصول بهداشت روانی. ۱۴(۲۲): ۳۵-۲۶.

اثربخشی آموزش حل مساله بر کیفیت زندگی...

کلینکه، کریس. ال. (۱۳۸۴). مهارت‌های زندگی. ترجمه شهرام محمدخانی. ۲ جلد، انتشارات رسانه تخصصی. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۸)

ملک‌پور، مختار، فرهانی، حجت‌الله، آقایی، اصغر، و بهرامی، علی. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش فشار روانی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی و عادی. مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی. ۶(۲): ۱۷۲-۱۶۶.

مهاجری، آتناسادات، پوراعتماد، حمیدرضا، شکری، امید، و خوشابی، کتابون. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان تعامل والد-کودک بر خودکارآمدی والدگری مادران کودکان دچار درخودماندگی با کنش-وری بالا. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، بهار، ۷ (۱ پیاپی ۲۵): ۳۸-۲۱.

ناصری، حسن. (۱۳۸۷). مهارت‌های زندگی. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور، معاونت فرهنگی و پیشگیری.

- Bradford, R. (1997). Children, Families and Chronic disease: psychological models and methods of care. London: Routledge.
- ChingShu, B. (2009). Quality of life of family caregivers of children with autism the mother's perspective. *Autism*, 13(4): 81- 91.
- Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. Blackwell Publishing Ltd. 1365- 2788.
- Gupta, A., & Singhal, N. (2005). Psychosocial support for families of children with autism. *Asiapacific disability rehabilitation journal*, 16 (2): 27- 36.
- Janis, E., Gerkenmeyer, C. S., Johnson, C. S., Scott, E. L., Oruche, U. M., Lindsey, L. M., Austin, J. K., & Perkins, S. M. (2013). Problem-Solving Intervention for Caregivers of Children with Mental Health Problems. *Psychiatric Nursing*, 27(3):112- 120.
- Keen, D., Couzens, D., Muspratt, S., & Rodger, S. (2010). The effects of apparent-focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. *Research in Autism spectrum disorders*, 4(2), 229- 241.
- Kheir, N., Ghoneim, O., Sandridge, A., Al-Ismail, N, Hayder, S., & AlRawi, F. (2012). Quality of life of Care givers of children with autism in Qatar. *Published on line before print*, 6. (3): 293- 298.
- Kober, R. (2010). Enhancing the quality of life people with intellectual disabilities. *Social In dictators Research*. 41 (8): 35- 39.
- McConkeya, R., Truesdale, K. M., Changb, M. Y., Jarrahc, S., & Shukric, R. (2008). The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *Behavior Research and Therapy*, 9 (21): 127- 130.

- Mugno, D. (2007). Impairment of quality of life in parent of children and adolescents with pervasive developmental disorder. Health and quality of life out comes ([http:// www .hqlo.com](http://www.hqlo.com)).
- Osborn, L. A., & Reed, P. (2010). Stress and self-perceived parenting behaviors of parents of children with autistic spectrum conditions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(3): 405– 414.
- Samadi, S. A., Mc Con key, R., & Kelly, G. (2012). The information and support needs of Iranian parents of children with autism spectrum disorders. Early child Development and care, *Journal of psychology*, 83 (11): 45- 50.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care*, 30 (6), 473- 483.
- Elliott, T., Berry, J. W., & Grant, J. S. (2009). Problem-solving training for family caregivers of women with disabilities: A randomized clinical trial. *Behaviour Research and therapy*, 47, 548-558.

Archive of SID

پرسش‌نامه کیفیت زندگی

این پرسش‌نامه سلامتی شما را بررسی و کمک می‌کند تا بتوان احساسات و توانایی شما را در انجام کارهای روزانه ثبت کرد. به هر سوال به همان شکلی که توضیح داده شده است، پاسخ دهید. اگر مطمئن نیستید که چگونه به یک سوال پاسخ دهید، لطفاً بهترین پاسخ ممکن را انتخاب کنید.

۱. به‌طور کلی، سلامتی خود را چگونه توصیف می‌نمایید؟

عالی بسیار خوب خوب متوسط بد

۲. در مقایسه با سال گذشته به‌طور کلی سلامت خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

بسیار بهتر کمی بهتر تقریباً مشابه کمی بدتر بسیار بدتر

موارد زیر شامل فعالیت‌های است که شما احتمالاً طی یک‌روز عادی انجام می‌دهید آیا وضعیت سلامتی شما در حال حاضر این فعالیت‌ها را محدود کرده است؟ اگر چنین است به چه میزان؟ (از هر ردیف یک عدد را مشخص نمایید).

بله بسیار ۱: بله کمی: ۲ خیر اصلاً: ۳

ردیف	پرسش‌ها	گزینه‌ها
۱	فعالیت‌های سنگین مثل دویدن، بلندکردن اجسام سنگین، شرکت در ورزش‌های قدرتی	۱ ۲ ۳
۲	فعالیت‌های متوسط مثل حرکت دادن میز، جابه‌جایی جاروبرقی، انجام ورزش‌های سبک	۱ ۲ ۳
۳	بلندکردن یا حمل خواربار منزل	۱ ۲ ۳
۴	بالا رفتن از یک راه‌پله	۱ ۲ ۳
۵	دولا شدن، زانو زدن یا خم شدن	۱ ۲ ۳
۶	راه رفتن برای بیش‌از یک کیلومتر	۱ ۲ ۳
۷	راه رفتن برای بیش‌از چندکوچه	۱ ۲ ۳
۸	راه رفتن برای بیش‌از یک کوچه	۱ ۲ ۳
۹	حمام کردن یا پوشیدن لباس	۱ ۲ ۳

آیا طی ۴ هفته گذشته در کار و یا فعالیت‌های روزمره، به علت وضعیت سلامت جسمانی خود یکی از مشکلات زیر را داشته‌اید؟

ردیف	پرسش‌ها	گزینه‌ها
۱	کاهش مدت زمانی که صرف کار یا سایر فعالیت‌ها نموده‌اید؟	بله خیر
۲	به کمتر از آن چه که تمایل داشته‌اید دست یافته‌اید؟	بله خیر
۳	در انجام کارهای خاص یا فعالیت‌ها محدودیت داشته‌اید؟	بله خیر
۴	در انجام کار یا فعالیت‌ها دچار مشکل شده‌اید؟	بله خیر

آیا طی ۴ هفته گذشته در کار و یا سایر فعالیت‌های روزمره به علت مشکلات روحی خود یکی از مشکلات زیر را داشته‌اید؟

ردیف	پرسش‌ها	گزینه‌ها
۱	کاهش مدت زمانی که صرف کار یا سایر فعالیت‌ها نموده‌اید؟	بله خیر
۲	به کمتر از آن چه که تمایل داشته‌اید دست یافته‌اید؟	بله خیر
۳	کار یا فعالیت‌های خود را با دقت انجام نداده‌اید؟	بله خیر

آیا طی ۴ هفته گذشته در کار و یا سایر فعالیت‌های روزمره به علت مشکلات روحی خود یکی از مشکلات زیر را داشته‌اید؟

ردیف	پرسش‌ها	گزینه‌ها
۱	طی ۴ هفته گذشته سلامت جسمانی یا مشکلات روحی شما تا چه حدی فعالیت‌های معمول اجتماعی شما را در رابطه با خانواده، دوستان، همسایگان با مردم مختل کرده بود؟	کمی تاحدی زیاد خیلی زیاد
۲	طی ۴ هفته گذشته چقدر درد داشته‌اید؟	کمی تاحدی زیاد خیلی زیاد
۳	طی ۴ هفته گذشته چقدر درد در فعالیت‌های شما اختلال ایجاد کرده بود؟	کمی تاحدی زیاد خیلی زیاد

نزدیک‌ترین پاسخ به احساس خود را چه مدتی طی ۴ هفته گذشته انتخاب کنید؟

تمام اوقات: ۱ اغلب: ۲ خیلی وقت‌ها: ۳ گاهی: ۴ به ندرت: ۵ هیچ وقت: ۶

ردیف	پرسش‌ها	گزینه‌ها
۱	فردی سر حال و سر زنده بوده‌اید؟	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶
۲	فردی بسار عصبی بوده‌اید؟	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶
۳	به حدی غمگین بوده‌اید که هیچ چیزی شما را شاد نکند؟	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶
۴	خود را پر از انرژی احساس کرده‌اید؟	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶
۵	خود را غمگین و افسرده احساس کرده‌اید؟	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶
۶	خود را پر از آرامش و امنیت احساس کرده‌اید؟	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶
۷	احساس ضعف بیش از حد کرده‌اید؟	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶
۸	فردی شاد بوده‌اید؟	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶
۹	احساس خستگی می‌کرده‌اید؟	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶
۱۰	طی ۴ هفته گذشته، وضعیت جسمانی یا مشکلات روحی چه مدتی فعالیت‌های اجتماعی شما را مختل کرده بود (مثل دیدار دوستان، بستگان و غیره)؟	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶

نزدیک‌ترین پاسخ به احساس خود را در مدت ۴ هفته گذشته انتخاب کنید؟

کاملاً درست: ۱ تاحدی درست: ۲ نمی‌دانم: ۳ تاحدی نادرست: ۴ کاملاً نادرست: ۵

ردیف	پرسش‌ها	گزینه‌ها
۱	به نظر می‌رسد که من نسبت به دیگر افراد راحت تر مبتلا به بیماری می‌شوم.	۱ ۲ ۳ ۴ ۵
۲	سلامتی من مثل دیگر افرادی است که می‌شناسی.	۱ ۲ ۳ ۴ ۵
۳	انتظار دارم که وضع سلامتی‌ام بدتر شود.	۱ ۲ ۳ ۴ ۵
۴	کاملاً درست تا حدی درست نمی‌دانم تا حدی نادرست کاملاً نادرست	۱ ۲ ۳ ۴ ۵
۵	وضع سلامتی من عالی است؟	۱ ۲ ۳ ۴ ۵