

## اثربخشی آموزش کیفیت زندگی درمانی بر کاهش استرس والدینی و ابعاد آن در بین مادران کودکان ناتوان هوشی

### The Effectiveness of the Quality of Life Therapy on Parental Stress and its Dimensions among Mothers with Intellectually Disabled Children

S. Aghaei, M.A.

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)  
Faculty of Education Science & Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

Z. Yousefi, Ph.D.

دکتر زهرا یوسفی ✉  
استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)  
Faculty of Education Science & Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

دریافت مقاله: ۹۵/۸/۲۳

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۶/۳/۲۳

پذیرش مقاله: ۹۶/۴/۱۰

#### Abstract

The purpose of this research was to examine the effectiveness of quality of life therapy on reducing parental stress and its dimensions among mothers who have children with intellectual disability. The research was designed as semiexperimental pretest-posttest with a control group. The statistical population was all mothers who had school children with intellectual disability in Semirrom town. The statistical sample contained 30 mothers with intellectually disabled children who were voluntary selected. They were randomly assigned in experimental (15 mothers) and control (15 mothers) groups.

✉Corresponding author: Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran.  
Email: [z.yousefi1393@khuisf.ac.ir](mailto:z.yousefi1393@khuisf.ac.ir)

#### چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی آموزش کیفیت زندگی درمانی بر کاهش استرس والدینی و ابعاد آن در بین مادران کودکان با ناتوانی هوشی انجام شد. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس-آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری عبارت بود از مادران دارای دانش‌آموز با ناتوانی هوشی شهر سمیرم. نمونه آماری ۳۰ مادر دارای فرزند ناتوان هوشی بودند که به شکل در دسترس انتخاب شدند و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. در حالی که گروه گواه در لیست انتظار قرار داشت، گروه آزمایش طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بسته کیفیت زندگی درمانی را دریافت کردند.

✉نویسنده مسئول: اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی (واحد خوراسگان)  
دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی  
پست الکترونیکی: [z.yousefi1393@khuisf.ac.ir](mailto:z.yousefi1393@khuisf.ac.ir)

While the control group was in waiting list, the experimental group received eight 90-minutes sessions of quality of life therapy. The measurement was the short form of Parental Stress Questionnaire (Abedin, 1983). Both groups were evaluated in pre-test and post-test. Collected data were analyzed by descriptive (means and standard deviations) and inferential statistic (multivariate covariate analysis) methods. The results showed that the scores of control group in posttest parental stress was higher in comparison to experimental group. As regard to the results it can be said that the quality of life therapy training is significantly effective on improving parental stress and its dimensions among mothers with Intellectually Disabled Children.

**Keywords:** Parental Stress, Quality of Life Therapy, Children with Intellectual Disability.

ابزار پژوهش عبارت بود از فرم کوتاه پرسش‌نامه استرس والدینی آبدین (۱۹۸۳). هر دو گروه در دو مرحله پیش-آزمون و پس‌آزمون در معرض ارزیابی قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کواریانس چندمتغیری) استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان داد گروه کنترل در ارزیابی‌های پس‌آزمون نسبت به گروه آزمایشی استرس بیشتری نشان می‌دهند. به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که این روش برای کاهش استرس‌های والدینی و ابعاد آن در بین مادران کودکان با ناتوانی هوشی مؤثر است.

**کلیدواژه‌ها:** استرس والدینی، آموزش کیفیت زندگی درمانی، کودکان با ناتوانی ذهنی

## مقدمه

اثرات تولد یک کودک ناتوان بر خانواده خیلی عمیق است؛ زیرا بروز معلولیت در فرزند یا فرزندان علاوه بر این که ارتباط مادر - کودک را تهدید می‌کند، اختلالات عاطفی و اقتصادی زیادی را در خانواده ایجاد می‌نماید، از آن جا که برطرف کردن نیازهای فرزندان معلول، مستلزم صرف زمان، انرژی، پول و هیجان بیشتری از سوی والدین است، ممکن است در والدین این احساس به وجود آید که آن‌ها توانایی و کفایت لازم را برای برطرف کردن نیازهای کودکان‌شان ندارند (مک کانکی، تروسدال-کندی، چنگ، جراه و شوکری<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). هم‌چنین داشتن یک فرزند معلول می‌تواند توأم با تجربه عواطف منفی در والدین از جمله مادران آن‌ها شود. عاطفه منفی شامل احساس‌ها و هیجان‌های منفی مانند گناه، شرم، غمگینی، اضطراب و نگرانی، خشم و تنش است (کشاوری، مهرابی و سلطانی زاده<sup>۲</sup>، ۱۳۸۸). به نحوی که یکایک افراد خانواده به نوعی دچار بحران‌های ناشی از وجود فرد معلول می‌شوند. وجود کودک کم‌توان ذهنی در خانواده با توجه به نیازهای مراقبتی خاص کودک، برای مادران که نسبت به بقیه، بیشتر با کودک سر و کار دارند، منبع استرس است و بر سلامت روانی و سازگاری آن‌ها نیز تأثیر می‌گذارد (آقاجانی، افروز، نریمانی، غباری بناب و محسن‌پور<sup>۳</sup>، ۱۳۹۴). به نظر می‌رسد یکی از تجربه‌های مرتبط با این زمینه استرس والدگری است.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد خانواده‌های کودکان با ناتوانی هوشی، نسبت به خانواده‌های کودکان عادی، استرس بیشتری را تجربه می‌کنند (دمپسی، کین، پنل، اریلی و نیلاندر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹؛ ناچشن و مینز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵).

استرس شرایطی است که در نتیجه تعارض میان فرد و محیط به وجود می‌آید و باعث ناهماهنگی میان ملزومات یک موقعیت و منابع زیستی، روانی و اجتماعی فرد می‌شود (سارافینو<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳).

در این میان، استرس والدین به شرایط یا موقعیت‌هایی اشاره دارد که در آن والدین با خواسته‌ها و ملزوماتی محیطی روبه‌رو می‌شوند که از منابع اجتماعی و شخصی که در اختیار دارند فراتر است. در این میان مادران کودکان با ناتوانی هوشی به علت عدم توانایی‌های رشدی مرتبط با هوش در بین فرزندان‌شان، استرس بالاتری را تجربه می‌کنند که باعث کاهش رضایت آن‌ها از زندگی و بیماری‌های جسمانی می‌شود. فرزندان که از نظر جسمی یا هوشی ناتوان هستند، استرس خاصی را بر والدین، به ویژه مادر، تحمیل می‌کنند. مهم‌ترین مسائل و مشکلات این والدین عبارتند از: مشکل پذیرش ناتوانی کودک، خستگی ناشی از پرستاری و مراقبت، مسائل مربوط به اوقات فراغت، مشکلات مالی خانواده و مسائل پزشکی و آموزشی (کوپر، مک لاناها، میدوز و بروکس-گان<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹).

آبیدین و برونر<sup>۹</sup> (۱۹۹۵) استرس والدگری را، حاصل اثر تعامل کنش‌وری خصوصیات اصلی و آشکار والدین (مانند افسردگی، احساس صلاحیت، سلامت، روابط توأم با دلبستگی با کودک، روابط با همسر، محدودیت ناشی از نقش‌پذیری یا مادری کردن) با خصوصیات کودک (مانند سازش‌پذیری، پذیرندگی، فزون‌طلبی، خلق، فزون‌کنشی و تقویت‌گری) می‌داند. او همچنین معتقد است که ویژگی‌های والد و کودک، همراه با متغیرهای موقعیتی بیرونی و عوامل تنیدگی‌زای زندگی (مانند طلاق، مشکلات شغلی و...) دلیل افزایش احتمال نارسایی کنش‌وری و استرس والدگری است. افزایش استرس مادر بر رشد هیجانی و رفتاری کودکان تأثیر مهمی دارد (خرم‌آبادی، پوراعتقاد، طهماسیان و چیمه<sup>۹</sup>، ۱۳۸۸).

یکی از رویکردها در حوزه روان‌شناسی مثبت که با هدف ایجاد بهزیستی ذهنی و ارتقای رضایت از زندگی در بافت زندگی تدوین شده است، کیفیت زندگی درمانی<sup>۱۰</sup> است. این درمان ترکیب رویکرد شناختی آرون بک در حوزه بالینی، تئوری و روان‌شناسی مثبت سلینگمن است که توسط فریش<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۶) طراحی شده است. گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی به صورت ساختارمند و همراه با تکالیف و تمرین‌های شناختی - رفتاری به دنبال ایجاد تحول در ۱۶ حوزه اصلی زندگی می‌باشد: (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، (۱۵) همسایه‌ها و (۱۶) جامعه. در این مدل، درمان با ایجاد تغییر شناختی رفتاری در پنج مفهوم اصلی انجام می‌شود. این پنج مفهوم عبارتند از: (۱) شرایط زندگی<sup>۱۲</sup>، (۲) نگرش‌ها<sup>۱۳</sup>، (۳) استانداردهایی که افراد برای خودشان تعریف کرده‌اند<sup>۱۴</sup>، (۴) ارزش‌ها<sup>۱۵</sup> و (۵) رضایت کلی از زندگی<sup>۱۶</sup>. این پنج راهبرد برای ایجاد رضایت در این حوزه‌ها است که بر اساس ایجاد رضایت‌مندی در فاصله موجود بین آنچه شخص می‌خواهد و آنچه دارد باعث بالا بردن کیفیت زندگی می‌شود (فریش، ترجمه خمسه، ۱۳۹۰).

تاکنون پژوهش‌های زیادی به مادران دارای فرزند معلول و یا متغیرهای وابسته این پژوهش پرداخته‌اند؛ از جمله: در پژوهشی ملک‌پور، فراهانی، آقایی و بهرامی<sup>۱۷</sup> (۱۳۸۵) طی مطالعه‌ای استرس مادران کودکان کم‌توان ذهنی را با استرس مادران کودکان ناشنوا و نابینا مقایسه کرد. پژوهش ساجدی و همکاران<sup>۱۸</sup> (۱۳۸۹) نشان دادند که نمره اضطراب مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی از مادران کودکان عادی بالاتر است؛ پژوهش

موسوی خطاط، سلیمانی و عبدی<sup>۱۹</sup> (۱۳۹۰) در مورد ویژگی‌های شناختی، روانی و اجتماعی والدین کودکان بیش از یک فرزند کم‌توان ذهنی نشان داد که سلامت مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی در چهار بعد جسمانی، اضطراب، عامل اجتماعی و افسردگی از مادران کودکان عادی پایین‌تر است. علی‌اکبری دهکردی، کاکوجویباری، محتشمی و یکتاخواه<sup>۲۰</sup> (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان داد که میزان استرس مادران دارای کودک کم‌شنوا با سایر مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، کم‌بینا و عادی متفاوت است. پژوهش دیویس و همکاران<sup>۲۱</sup> (۲۰۱۰) نیز نشان داد که مراقبت از کودک مبتلا به فلج مغزی در کیفیت زندگی مادر تأثیر می‌گذارد؛ شور- فن گائو و همکاران<sup>۲۲</sup> (۲۰۱۲) نشان دادند که مادران کودکان مبتلا به ناتوانی‌های هوشی مرتبط با اوتیسم نسبت به مادران کودکان عادی مشکلات خانوادگی بیشتری داشتند. نتایج پژوهش دورماز و همکاران<sup>۲۳</sup> (۲۰۱۱) نشان داد که چون کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی بیشتر وقت خود را با مادران خود صرف می‌کنند، مادران سطح بالاتری از استرس را نسبت به پدران دارند. ون در ویک، کرایچ و گارنفسکی<sup>۲۴</sup> (۲۰۰۹) در پژوهشی سطح بالایی از استرس و آشفتگی‌های روان‌شناختی را در والدین کودکان ناتوانی هوشی در مقایسه با والدین کودکان عادی گزارش کردند. ریوارد، تروکس، پرن-ت-بورسیر و مرسیر<sup>۲۵</sup> (۲۰۱۴) و دیو و همکاران<sup>۲۶</sup> (۲۰۱۴) نشان دادند که مادران کودکان با ناتوانی‌های ذهنی، افسردگی و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند.

همان‌گونه که مشاهده شد، تاکنون پژوهش‌هایی به بررسی استرس مادران کودکان با ناتوانی هوشی پرداخته‌اند. از سوی دیگر پژوهش‌هایی نیز اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر سایر متغیرها در جوامع دیگر را نشان داده‌اند، از جمله اثر کیفیت زندگی درمانی بر اختلالات مختلف، به عنوان مثال گل‌پرور و بهادری<sup>۲۷</sup> (۱۳۹۳) بر سرمایه‌های روان‌شناختی؛ امامی و کجفاف<sup>۲۸</sup> (۱۳۹۳) بر اضطراب و افسردگی؛ رستمی، ابوالقاسمی و نریمانی<sup>۲۹</sup> (۱۳۹۲) بر بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان؛ پاداش، فاتحی‌زاده، عابدی و ایزدی‌خواه<sup>۳۰</sup> (۱۳۹۱) بر رضایت زناشویی؛ امامی، عابدی و جوادزاده شهشهانی<sup>۳۱</sup> (۱۳۹۱) بر تعارض کار - خانواده و خانواده - کار؛ رودریگو، باز، ویدوز و اهلرز<sup>۳۲</sup> (۲۰۰۵) بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش ناراحتی؛ عابدی و وستانیس<sup>۳۳</sup> (۲۰۱۰) بر والدین کودکان مبتلا به اختلال وسواس اجباری. به هر حال پژوهشی به مطالعه اثر کیفیت زندگی درمانی بر کاهش عاطفه منفی و استرس والدینی و افزایش رضایت از زندگی و سرمایه‌های روان‌شناختی مادران کودکان با ناتوانی ذهنی یافت نشد.

با توجه به آن‌چه گفته شد، به نظر می‌رسد کیفیت زندگی درمانی می‌تواند از طریق افزایش رضایت از زندگی و بهبود معنای زندگی و غنای درونی، به بهبود وضعیت روان‌شناختی مادران فرزندان معلول کمک کند و در کاهش رنج و آلام آنان مؤثر باشد. از این‌رو این پژوهش بر آن است تا اثر کیفیت زندگی درمانی را بر کاهش استرس والدگری مادران کودکان با ناتوانی هوشی شهر سمیرم بررسی کند.

## روش

با توجه به این‌که این پژوهش به بررسی اثربخشی آموزش کیفیت زندگی بر بهبود استرس والدینی و ابعاد آن در بین مادران کودکان با ناتوانی هوشی شهر سمیرم پرداخته است، بنابراین آزمایشی از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع گروه آزمایش و کنترل با پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد.

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش ۲۳۰ مادر دارای کودک ناتوان هوشی شهرستان سمیرم در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۶ بود. به دلیل این که این پژوهش از نوع مداخله‌ای بود، ۳۰ نفر از مادران دارای کودک با ناتوانی‌های هوشی به شکل در دسترس بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. میانگین سن مادران ۳۵ سال، تحصیلات ۱۸ نفر از آن‌ها مقطع راهنمایی و دیپلم بود، ۵ نفر لیسانس و مابقی بی‌سواد بودند و همگی متأهل و خانه‌دار بودند و سپس به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌گذاری شدند. ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارت بودند از: مادرانی که دارای کودک با ناتوانی‌های هوشی باشند، دچار استرس والدگری باشند، ۲۵ تا ۶۰ سال سن داشته باشند، عدم وجود مشکلات حاد روان‌پزشکی (که بر اساس پرونده دانش‌آموزان و یک مصاحبه مختصر توسط نگارنده بررسی شد)، تمایل به شرکت در جلسات و پر کردن پرسشنامه‌ها. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: غیبت بیش از سه جلسه در گروه آزمایش، عدم مشارکت و همکاری در گروه، وجود مشکلات رفتاری شدید در طول جلسات.

### روش اجرای پژوهش

در نخستین مرحله پس از تصویب طرح پژوهش با مراجعه به مرکز توان‌بخشی سمیرم لیستی از دانش‌آموزان به دست آمد و تعداد ۳۰ نفر از مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی طبق معیارهای ورود و خروج انتخاب و به تصادف در دو گروه گواه و آزمایش قرار گرفتند. سپس برای هر دو گروه پیش‌آزمون اجرا شد. در حالی که گروه گواه در لیست انتظار بودند، مادران گروه آزمایش، آموزش کیفیت زندگی درمانی (همراه با تکالیف حین جلسات و تکالیف در منزل و بحث گروهی) را توسط پژوهشگر طی چهار هفته و هفته‌ای دو جلسه (۸ جلسه) ۹۰ دقیقه‌ای در مرکز توان‌بخشی دریافت نمودند؛ در هر جلسه از مادران پذیرایی به عمل آمد. در نهایت در جلسه نهم، ضمن مرور مطالب گذشته، پاسخ‌گویی به سؤالات پس‌آزمون اجرا گردید. لازم به ذکر است هر دو گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. جلسات آموزشی در مرکز توان‌بخشی سمیرم برگزار شد. در جدول زیر جلسات آموزشی کیفیت زندگی درمانی آمده است. این روش درمانی مورد تأیید انجمن روان‌درمانی آمریکا قرار گرفته است (فریش، ۲۰۰۶). در ایران نیز پیش از این روایی اثربخشی آن که توسط پژوهشگران مختلف بررسی شده است (گل‌پرور و بهادری، ۱۳۹۳؛ امامی و کجباف ۱۳۹۳؛ پاداش و همکاران، ۱۳۹۱) به طور خلاصه ذکر گردیده است.

جدول ۱: محتوای جلسات آموزشی کیفیت زندگی برگرفته از کتاب روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی فریش (۲۰۰۶)

جلسات	محتوای آموزشی
جلسه اول	- معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر؛
	- ایجاد یک رابطه مبتنی بر همکاری با اعضای گروه؛
	- تعیین اهداف گروه مبتنی بر کاهش استرس‌های والدینی؛
	- ذکر قوانین گروه و تأکید بر توجه کامل مباحث و تمرین‌های مربوطه در خصوص منابع استرس والدینی؛
	- نقش و اهمیت کاهش استرس‌های والدین در بهبود ابعاد زندگی فردی و خانوادگی؛
	- بیان هدف دوره و منطق درمان (افزایش رضایت از زندگی)؛

ادامه جدول ۱

اجرای پیش‌آزمون.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛</li> <li>- تعریف کیفیت زندگی و نقش رضایت از زندگی و شادمانی در افزایش رضایت از زندگی؛</li> <li>- اجرای مقیاس کیفیت زندگی برای آشنایی افراد با ابعاد آن و نمره‌گذاری بر اساس میزان رضایت آنان؛</li> <li>- ارزیابی اهداف در ۱۶ بعد زندگی و اجرای تکلیف کیک شادمانی به منظور کشف و توجه به اهداف زندگی در ابعاد متفاوت؛</li> <li>- بررسی علل نارضایتی در هر حیطه مرتبط با کیفیت زندگی؛</li> <li>- ارائه تکلیف (تکمیل کاربرگه نظارت هر روزه بر ابعاد زندگی و ترسیم کیک شادمانی).</li> </ul>	جلسه دوم
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛</li> <li>- مرور تکالیف انجام شده؛</li> <li>- آشنایی اعضا با پنج راه رسیدن به رضایت از زندگی؛</li> <li>- مشخص کردن پنج بعد رضایت (اصلاح نگرش، اصلاح استانداردهای زندگی، بهبود شرایط عینی تا حد ممکن، تغییر اولویت‌ها و افزایش رضایت کلی) برای هر حیطه و رتبه‌بندی حیطه‌ها برای عملکرد بهتر؛</li> <li>- تعریف اهداف بلندمدت و کوتاه‌مدت برای هر حیطه؛</li> <li>- تکلیف (تکمیل کاربرگه پنج بعد رضایت).</li> </ul>	جلسه سوم
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مرور تکالیف انجام شده؛</li> <li>- آشنایی اعضا با سه محور بهبود کیفیت زندگی: غنای درونی، کیفیت زمان و معنای زندگی؛</li> <li>- تعریف غنای درونی، معرفی ابعاد غنای درونی و راه‌های رسیدن به غنای درونی؛</li> <li>- درک نیمرخ روانی استرس والدین و آموزش چگونگی کیفیت و تحلیل آن به عنوان مقدمه رسیدن به غنای درونی؛</li> <li>- تعریف کیفیت زمان، بررسی فنون رسیدن به کیفیت زمان طبق نظریه کیفیت زندگی درمانی؛</li> <li>- ارائه تکلیف‌های مرتبط برای بهبود کیفیت زمان و افزایش غنای درونی.</li> </ul>	جلسه چهارم
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛</li> <li>- مرور تکالیف انجام شده؛</li> <li>- آشنایی اعضا با سایر فنون کیفیت زمان، یافتن معنای زندگی و فنون آن؛</li> <li>- آموزش کاهش استرس به کمک معنای زندگی؛</li> <li>- تعریف معنا و راه‌های رسیدن به آن، بیان اهداف معناآفرین؛</li> <li>- ارائه تکلیف (تکمیل کاربرگه‌های افزایش رضایت زندگی به کمک معنا‌یابی).</li> </ul>	جلسه پنجم
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛</li> <li>- مرور تکالیف انجام شده؛</li> <li>- آشنایی دقیق اعضا با پنج بعد رضایت از زندگی و نحوه کاهش استرس‌های والدینی به کمک تغییر در این پنج بعد (اصلاح نگرش، اصلاح استانداردهای زندگی، بهبود شرایط عینی تا حد ممکن، تغییر اولویت‌ها و افزایش رضایت کلی)؛</li> <li>- توضیح فن تغییر نگرش و عاطفه منفی، بیان منطق آن، آموزش تمرین‌های مرتبط با تغییر نگرش و عاطفه و آموزش فنون بهبود شرایط عینی؛</li> <li>- ارائه تکلیف (تکمیل کاربرگه اصلاح نگرش‌های مادرانه و بهبود شرایط عینی).</li> </ul>	جلسه ششم
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛</li> <li>- مرور تکالیف انجام شده؛</li> <li>- آشنایی اعضا با فن تغییر اولویت‌ها بر رضایت از زندگی و اثر آن بر کاهش استرس‌های والدینی؛</li> <li>- آموزش چگونگی تغییر اهداف و فنون تغییر اهداف؛</li> <li>- آموزش فنون تقویت رضایت‌مندی در سایر حیطه‌ها؛</li> <li>- ارائه تکلیف (تکمیل کاربرگه تغییر اولویت‌ها و افزایش رضایت کلی).</li> </ul>	جلسه هفتم
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛</li> <li>- مرور تکالیف انجام شده؛</li> <li>- آشنایی اعضا با سه روش تکمیلی بهبود کیفیت زندگی برای کاهش استرس‌های والدینی (اصول اصلاح روابط، اهمیت دادن به تفریح و ایجاد عادات تفریحی مناسب)؛</li> <li>- ارائه تکلیف (ارائه کاربرگه بهبود روابط و تنظیم برنامه‌های تفریحی).</li> </ul>	جلسه هشتم
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مرور تکالیف جلسه قبل، پرسش و پاسخ تکمیلی؛</li> <li>- اجرای پس‌آزمون.</li> </ul>	جلسه نهم

## ابزار پژوهش

**فرم کوتاه پرسش‌نامه استرس والدینی<sup>۳۴</sup>:** این پرسش‌نامه در پاسخ به نیاز متخصصان بالینی برای تهیه یک مقیاس معتبر به منظور اندازه‌گیری استرس در روابط والد - فرزند که در یک زمان محدود قابل اجرا باشد، مستقیماً از فرم بلند این مقیاس که توسط آبدین در سال ۱۹۸۳ تهیه شده بود، گرفته شد. فرم کوتاه مقیاس استرس والدین ۳۶ سؤالی است که شامل سؤالاتی است با همان عبارتهایی که مستقیماً در فرم اصلی بلند ۱۰۱ سؤالی وجود دارد (کاوه، علیزاده، دلاور و برجعلی<sup>۳۵</sup>، ۱۳۹۰).

این مقیاس به منظور ارزیابی سه زیرمقیاس آشفتگی والدینی (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲)، تعاملات ناکارآمد والد - فرزند (۲۴، ۲۳، ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳) و ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین (۳۶، ۳۵، ۳۴، ۳۳، ۳۲، ۳۱، ۳۰، ۲۹، ۲۸، ۲۷، ۲۶، ۲۵) و استرس کلی طراحی شده است. شیوه نمره‌گذاری روی طیف لیکرت از ۱ تا ۵ (کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) انجام می‌شود. در نمره‌گذاری این پرسش‌نامه باید توجه کرد که ترتیب قرار گرفتن سؤال‌های زیرمقیاس‌ها در طول کل مقیاس پخش شده‌اند و روش نمره‌گذاری همه سؤالات یکسان نیست (فدایی، دهقانی، طهماسیان و فرهادی<sup>۳۶</sup>، ۱۳۸۹). پایایی از طریق بازآزمایی روی ۵۳۰ نفر از مادران با فاصله زمانی شش ماه انجام شد. ضریب همسانی درونی برای استرس کلی (۰/۸۴) به دست آمد (کاوه و همکاران، ۱۳۹۰). در این پژوهش مجدداً همسانی درونی برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها و کل استرس محاسبه شد که برای آشفتگی والدینی (۰/۷۸۲)، برای تعاملات ناکارآمد والد - کودک (۰/۷۲۱) و برای ویژگی‌های مشکل‌آفرین (۰/۸۸۰) و برای کل مقیاس (۰/۸۹۷) بود.

## یافته‌ها

به منظور بررسی فرضیه اصلی (آموزش کیفیت زندگی درمانی تأثیر معناداری بر بهبود کاهش استرس والدینی و ابعاد آن در بین مادران کودکان استثنایی شهر سمیرم دارد) از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. به منظور بررسی این فرضیه در زمینه نمره کل از تحلیل کواریانس و برای ابعاد آن از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد استرس والدینی و ابعاد آن را بر حسب گروه نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین استرس والدینی و ابعاد آن در گروه آزمایش نسبت به پس‌آزمون کاهش پیدا کرده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که بین میانگین استرس والدینی و ابعاد آن در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. به منظور بررسی معناداری این تفاوت از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد.

جهت بررسی نرمال بودن نمرات استرس والدینی و ابعاد آن از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد. نتایج نشان داد که این پیش‌فرض رعایت شده است و داده‌ها در متغیرهای وابسته نرمال هستند. به منظور بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد استرس والدینی و ابعاد آن بر اساس گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	نوع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
آشفتگی والدینی	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۲۹/۶۰	۴/۴۳	۱۵
		پس‌آزمون	۲۱/۴۶	۳/۵۲	۱۵
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۲۸/۵۳	۵/۳۱	۱۵
		پس‌آزمون	۲۷/۲۶	۴/۳۸	۱۵
تعاملات ناکارآمد والد - کودک	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۴۶/۶۶	۹/۱۱	۱۵
		پس‌آزمون	۳۵/۲۶	۴/۳۳	۱۵
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۴۳/۰۰	۹/۳۹	۱۵
		پس‌آزمون	۴۳/۱۳	۹/۷۵	۱۵
ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۴۹/۰۰	۷/۰۴	۱۵
		پس‌آزمون	۳۸/۷۳	۴/۱۶	۱۵
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۴۶/۰۶	۹/۰۲	۱۵
		پس‌آزمون	۴۲/۶	۹/۰۱	۱۵
استرس والدینی	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۱۲۵/۱۹	۱۵/۷۳	۱۵
		پس‌آزمون	۹۵/۵۳	۸/۹۳	۱۵
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۱۱۷/۴	۲۰/۱۶	۱۵
		پس‌آزمون	۱۱۴/۹	۲۰/۵۶	۱۵

نتایج نشان داد که واریانس دو گروه در متغیرهای پژوهش در دو گروه تفاوت معنادار ندارند و این پیش‌فرض نیز رعایت شده است. به منظور برابری کواریانس‌ها در نمرات ابعاد استرس والدینی در دو گروه از آزمون باکس استفاده شد.

جدول ۳ برای آزمون باکس نشان می‌دهد که تفاوت کواریانس‌های استرس والدینی و ابعاد آن در دو گروه غیرمعنادار است.

جدول ۳: نتیجه آزمون باکس به منظور بررسی برابری کواریانس نمرات استرس والدینی و ابعاد آن در گروه آزمایش و کنترل

معناداری	$df_2$	$df_1$	F	آزمون باکس
۶/۸۴	۳۷۴۸/۲۰۷	۱	۷/۴۸۵	۸۸/۷۰۸

با توجه به تأیید پیش‌فرض‌ها به منظور مقایسه دو گروه از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری را نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، تفاوت دو میانگین در استرس والدینی و ابعاد آن معنادار است. همچنین ضریب اتا نشان می‌دهد که آموزش کیفیت زندگی درمانی ۵۹/۲ درصد از تغییرات آشفتگی والدینی، ۶۵/۲ درصد از تغییرات تعاملات ناکارآمد والد - کودک، ۳۷/۳ درصد از تغییرات ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین و ۶۸/۲ درصد از تغییرات استرس والدینی را تبیین می‌کند.



توان آماری آشفتگی والدینی، تعاملات ناکارآمد والد - کودک و استرس والدینی معادل ۱/۰۰ و توان آماری ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین معادل ۰/۹۵۲ نشان‌دهنده حجم نمونه مناسب برای چنین نتیجه‌گیری است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس به منظور مقایسه ابعاد استرس والدینی بر حسب گروه

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
پیش‌آزمون	آشفتگی والدینی	۴/۶۲۸	۱	۴/۶۲۸	۰/۵۲۹	۰/۴۷۴	۰/۰۲۲	۰/۱۰۸
	تعاملات ناکارآمد والد - کودک	۰/۵۱۵	۱	۰/۵۱۵	۰/۰۲۹	۰/۸۶۶	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰
	ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین	۶۰/۹۹۴	۱	۶۰/۹۹۴	۳/۸۵۳	۰/۰۶۱	۰/۱۳۸	۰/۲۹۱
	استرس والدینی	۴/۴۶۸	۱	۴/۴۶۸	۵/۲۴۷	۰/۹۹۸	۲/۱۸۶	۰/۰۵۱
گروه	آشفتگی والدینی	۳۰۵/۰۸۰	۱	۳۰۵/۰۸۰	۳/۸۷۱	۰/۰۰۰	۰/۵۹۲	۱/۰۰
	تعاملات ناکارآمد والد - کودک	۸۰۵/۵۰۰	۱	۸۰۵/۵۰۰	۴۴/۹۵۵	۰/۰۰۰	۰/۶۵۲	۱/۰۰
	ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین	۲۲۵/۹۶۲	۱	۲۲۵/۹۶۲	۱۴/۲۷۵	۰/۰۰۰	۰/۳۷۳	۰/۹۵۲
	استرس والدینی	۴۳۸۷/۳۹۳	۱	۴۳۸۷/۳۹۳	۵۱/۵۲۰	۰/۰۰۰	۰/۶۸۲	۱/۰۰
خطا	آشفتگی والدینی	۲۰۹/۹۷۳	۲۴	۸/۷۴۹				
	تعاملات ناکارآمد والد - کودک	۴۳/۰۳۱	۲۴	۱۷/۹۱۸				
	ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین	۳۷۹/۸۹۹	۲۴	۱۵/۸۲۹				
	استرس والدینی	۲۹۴۳/۸۲۷	۲۴	۸۵/۱۵۹				

به این ترتیب در پاسخ به این فرضیه باید گفته شود که آموزش کیفیت زندگی بر کاهش استرس والدینی و ابعاد آن تأثیر دارد.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش کیفیت زندگی درمانی بر بهبود کاهش استرس والدینی و ابعاد آن در میان مادران کودکان با ناتوانی هوشی انجام شد. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری نشان داد که آموزش کیفیت زندگی درمانی بر کاهش استرس والدینی و ابعاد آن در بین مادران دارای کودک ناتوان هوشی مؤثر است.

به منظور مقایسه این نتایج با یافته‌های قبلی پژوهشی کاملاً همسان در دست نبود، اما این نتایج با رودریگو و همکاران (۲۰۰۵)؛ گل‌پرور و بهادری (۱۳۹۳)؛ امامی و کجباف (۱۳۹۳)؛ پاداش و همکاران (۱۳۹۱)؛ رستمی و همکاران (۱۳۹۲)؛ امامی و همکاران (۱۳۹۱) و عابدی و وستانیس (۲۰۱۰) در زمینه کاهش و افزایش سازه‌های منفی و مثبت روان‌شناختی به کمک کیفیت زندگی درمانی و قاسمی، کجباف و ربیعی<sup>۳۷</sup> (۱۳۹۰) در زمینه اثربخشی بهبود بهزیستی روانی و سلامت روان همسو است.

در تبیین اثربخشی آموزش کیفیت زندگی درمانی بر استرس والدینی مادران کودکان ناتوان هوشی می‌توان گفت که در جلسات آموزش کیفیت زندگی درمانی، یادگیری طی آموزش، رخداد‌های واقعی زندگی و بازخورد شکل گرفته است. در کل می‌توان گفت کیفیت زندگی درمانی به کمک اصول و فنونش رضایت از زندگی، افزایش هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی و استرس مادران را در پی داشته است.

این اصول عبارت بودند از: اصل بهبود کیفیت زمان که بر اساس اصول این فنون در این روش باعث شده که افراد به گونه‌ای از زمان استفاده کنند که هیجان‌ات مثبت به هیجان‌ات منفی غلبه کند؛ اصل افزایش معنا و هدف زندگی باعث شده تا افراد به تعیین اهداف و ارزش‌هایی بپردازند که کمک می‌کند تا علیرغم مشکلات ناشی از فرزند ناتوان ذهنی راه‌های رسیدن به رضایت و شادمانی پایدار را بیاموزند و از طریق تکالیف عملی آن‌ها را به اجرا درآورند. از طریق آموزش اصل غنای درونی آموختند که چگونه می‌توان با اختصاص زمان کافی به خود و مدیریت استرس در کوتاه‌مدت و بلندمدت به آرامش و نشاط برسند، چگونه عادت ناپسند خود را کنار بگذارند و برای احیای خویش برنامه‌ریزی کنند.

در نهایت از راه‌حل‌های پنج‌گانه ویژه کیفیت زندگی درمانی، آموخته‌اند که چگونه شرایط عینی زندگی خود را حتی خیلی اندک تغییر دهند و چگونه نگرش و زاویه دیدشان را به نحوی تغییر دهند که تحریف‌های شناختی یا منفی‌گرایی ناشی از فرزند ناتوان ذهنی در افکار کاهش یابد. هم‌چنین به کمک فن تغییر استانداردها آموخته‌اند که اهداف و استانداردهایی وضع کنند که باعث آرامش آن‌ها شود، کمتر شکست بخورند و دست از کمال‌گرایی بکشند؛ به نحوی که اعتماد به نفس‌شان افزایش یابد. از سوی دیگر آن‌ها آموختند که چگونه اولویت‌هایشان را تنظیم کنند؛ به نحوی که علیرغم مشکلات‌شان در زندگی به رضایت-مندی برسند. در کل به نظر می‌رسد همه این فنون دست به دست هم داده‌اند تا استرس والدینی را بهبود بخشند.

هم‌چنین ذیل آموزش کیفیت زندگی درمانی افراد آموختند که زندگی از ۱۶ بعد متفاوت تشکیل شده است و تصویر کلی از زندگی را هم به شکل افقی و هم به شکل عمودی و سلسله‌مراتبی در نظر بگیرند، یعنی وقتی در یک حیطة از زندگی‌شان مسئله دارند، ۱۵ حیطة دیگر می‌تواند وضع بهتری داشته باشد و از لحاظ سلسله‌مراتبی نیز هر مسئله و مشکلی، چنان‌چه در پرتو کل زندگی فرد یا حتی در فاصله زمانی یک ساله به آن نگرسته شود، کم‌اهمیت‌تر می‌شود. به طور خلاصه آموزش کیفیت زندگی درمانی با افزایش رضایت زندگی، افزایش هیجان‌ات مثبت، مدیریت هیجان‌ات منفی و شیوه‌های کنترل کوتاه‌مدت و بلندمدت از طریق فنون مورد اشاره توانسته استرس‌های والدینی و ابعاد آن را کاهش دهد.

در کل می‌توان نتیجه گرفت روش کیفیت زندگی درمانی روش مناسبی برای کاهش استرس‌های والدینی و ابعاد آن در بین مادران کودکان ناتوان هوشی است. هم‌چنین به نظر می‌رسد این روش برای مشکلات غیرقابل تغییر زندگی هم‌چون فرزند ناتوان ذهنی روش مناسبی است. هر پژوهش با محدودیت‌هایی همراه است که می‌تواند نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد. در این پژوهش محدودیت‌ها به شرح زیر است: پژوهشگر و آموزشگر یکسان بودند. جامعه آماری این پژوهش مادران دارای فرزند با ناتوانایی هوشی است و در تعمیم آن به کل مادران باید احتیاط کرد. از آن‌جا که نمونه مورد بررسی افراد با تحصیلات پایین می‌باشند، تعمیم نتایج به افرادی که از نظر تحصیلات در سطح بالاتری هستند، ممکن است با اشکال مواجه باشد. بدیهی است که این پژوهش، مقطعی بوده و نتایج حاصل شده، تنها بیانگر معنی‌دار بودن آن در بین گروه‌های تحت بررسی است. اثبات ارتباط علت و معلولی نیازمند انجام مطالعات طولی و کنترل شده می‌باشد. این پژوهش فاقد مطالعه اثر زمان و پیگیری بود.

## تشکر و قدردانی

در پایان از مدیریت و پرسنل مرکز توان‌بخشی امید شهرستان سمیرم و تمامی مادران شرکت‌کننده در این پژوهش که با مساعدت و همکاری بی‌دریغ خود امکان اجرای این پژوهش را فراهم کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

## پی‌نوشت‌ها

1. McConkey, Truesdale-Kennedy, Chang, Jarrah & Shukri
2. Keshavarz, Mehrabi & Soltanizadeh
3. Aghajani, Afrooz, Narimani, Ghobari Bonab & Mohsenpour
4. Dempsey, Keen, Pennell, O'Reilly & Neilands
5. Nachshen & Minnes
6. Sarafino
7. Cooper, McLanahan, Meadows & Brooks-Gunn
8. Abidin & Brunner
9. Khorram Abadi, Pouretamad, Tahmasian & Chimeh
10. Quality of Life Therapy
11. Frisch
12. Circumstance
13. Attitude
14. Standards of fulfillment
15. Importance
16. Overall satisfaction
17. Malekpour, Faraahani, Aghaei & Bahrami
18. Sajedi, Vameghi, Ali-zad, Malek-Khosravi, Karimlou, Ravarian & Shahshahani-Pour
19. Mousavy-Khatat, Soleimani & A'bdi
20. Aliakbari Dehkordi, Kakojoibari, Mohtashami & Yektakhah
21. Davis, Shelly, Waters, Boyd, Cook, Davern & Reddihough
22. Shur-Fen Gau, Chou, Chiang, Lee, Wong, Chou & Wu
23. Durmaz, Cankaya, Durmaz, Vahabi, Gunduz, Cogulu & Ozkinay
24. Van Der Veek, Kraaij & Garnefski
25. Rivard, Terroux, Parent-Boursier & Mercier
26. Dave, Mittal, Tiwari, Parmar, Gedan & Patel
27. Golparvar & Bahadori
28. Emami & Kajbaf
29. Rostami, Abolghasemi & Narimani
30. Padash, Fatehizadeh, Abedi & Izadikhah
31. Emami, Abedi & Javadzadeh Shahshahani
32. Rodrigue, Baz, Widows & Ehlers
33. Abedi & Vostanis
34. Parenting Alliance Inventory
35. Kaveh, Alizadeh, Delavar & Borjali
36. Fadaei, Dehghani, Tahmasian & Farhadei
37. Ghasemi, Kajbaf & Rabiei

## منابع

آقاجانی، س.، افروز، غ. ع.، نریمانی، م.، غباری بناب، م. ب.، و محسن‌پور، ز. (۱۳۹۴). اثربخشی روش آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در ارتقای تعامل مادر - کودک در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۵(۱)، ۷۵-۸۴.

امامی، ز.، و کجیاف، م. ب. (۱۳۹۳). اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر علائم اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۲(۲)، ۱۰۲-۸۹.

امامی، م.، عابدی، م. ر.، و جوادزاده شهشهانی، ا. (۱۳۹۱). بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش تعارض کار - خانواده و خانواده - کار در زنان شاغل در سازمان فرهنگی هنری شهرداری شهر تهران. *سومین همایش ملی مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی‌شهر، فروردین ۱۳۹۱*.

پاداش، ز.، فاتحی‌زاده، م.، عابدی، م. ر.، و ایزدی‌خواه، ز. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۵)، ۳۷۲-۳۶۳.

خرم‌آبادی، ر.، پوراعتماد، ح.، ر.، طهماسیان، ک.، و چیمه، ن. (۱۳۸۸). مقایسه استرس والدگری در مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با مادران کودکان بهنجار. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۳(۵)، ۳۹۹-۳۸۷.

رستمی، م.، ابوالقاسمی، ع.، و نریمانی، م. (۱۳۹۲). اثر بخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی زوجین ناسازگار. *مجله مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۳(۱)، ۱۲۴-۱۰۵.

ساجدی، ف.، وامقی، ر.، علیزاده، و.، ملک خسروی، غ.، کریملو، م.، راوریان، آ.، و شهشهانی‌پور، س. (۱۳۸۹). آیا شدت اضطراب در مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی بالاتر از مادران کودکان عادی است؟ *فصلنامه توانبخشی*، ۳۹، ۱۴-۸.

علی‌اکبری دهکردی، م.، کاکوجویاری، ع. ا.، محتشمی، ط.، و یکتاخواه، س. (۱۳۹۰). میزان استرس در مادران کودکان بهنجار، کم‌شنوا و سایر کودکان استثنایی. *شنوایی شناسی*، ۲۰(۱)، ۱۳۶-۱۲۹.

فدایی، ز.، دهقانی، م.، طهماسیان، ک.، و فرهادی، ف. (۱۳۸۹). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی فرم کوتاه شاخص استرس فرزندپروری (PSI-SF) در مادران کودکان دارای کودک ۷ تا ۱۲ ساله. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۸(۲)، ۹۱-۸۱.

فریش، م. (۲۰۰۶). *روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی*، ترجمه ا. خسته (۱۳۹۰). تهران: ارجمند.

قاسمی، ن.، کجیاف، م. ب.، و ربیعی، م. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۳(۲)، ۳۴-۲۳.

کاوه، م.، علیزاده، ح.، دلاور، ع.، و برجعلی، ا. (۱۳۹۰). تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تأثیر آموزش آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۱(۲)، ۱۴۰-۱۱۹.

کشاورز، ا.، مهربانی، ح.، و سلطانی‌زاده، م. (۱۳۸۸). پیش‌بینی‌کننده‌های روان‌شناختی رضایت از زندگی. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۶(۲۲)، ۱۶۸-۱۵۹.

گلپور، م.، و بهادری، و. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش کیفیت زندگی بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی دانشجویان دختر. *فصلنامه مطالعات زن و خانواده*، ۲(۱)، ۹۱-۷۳.

ملک پور، م.، فراهانی، ح.، آقایی، ا.، و بهرامی، ع. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش فشار روانی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و عادی. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۶(۲)، ۶۷۶-۶۶۱.

موسوی خطاط، م.، سلیمانی، م.، و عبدی، ک. (۱۳۹۰). مقایسه ویژگی‌های شناختی، روانی و اجتماعی والدین بیش از یک فرزند استثنایی با والدین کودکان عادی. *فصلنامه توانبخشی*، ۱۲(۳)، ۶۴-۵۳.

- Abedi, M. R., & Vostanis, P. (2010). Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive compulsive disorders in Iran. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(7), 605-613.
- Abidin, R. R., & Brunner, J. F. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(1), 31-40.
- Aghajani, S., Afrooz, G. A., Narimani, M., Ghojari Bonab, M. B., & Mohsenpour, Z. (2015). [The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Mother-Child Interaction among Mothers with Intellectually Disabled Children]. *Journal of Exceptional Children*, 15(1), 75-84 [in Persian].

- Aliakbari Dehkordi, M., Kakojoibari, A. A., Mohtashami, T., & Yektakhah, S. (2011). [Stress in mothers of hearing impaired children compared to mothers of normal and other disabled children]. *Auditory and Vestibular Research*, 20(1), 129-136 [in Persian].
- Cooper, C. E., McLanahan, S. S., Meadows, S. O., & Brooks-Gunn, J. (2009). Family structure transitions and maternal parenting stress. *Journal of Marriage and Family*, 71(3), 558-574.
- Dave, D., Mittal, S., Tiwari, D., Parmar, M. C., Gedan, S., & Patel, V. (2014). Study of anxiety and depression in caregivers of intellectually disabled children. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 2(1), 8-13.
- Davis, E., Shelly, A., Waters, E., Boyd, R., Cook, K., Davern, M., & Reddihough, D. (2010). The impact of caring for a child with cerebral palsy: quality of life for mothers and fathers. *Child: Care, Health and Development*, 36(1), 63-73.
- Dempsey, I., Keen, D., Pennell, D., O'Reilly, J., & Neilands, J. (2009). Parent stress, parenting competence and family-centered support to young children with an intellectual or developmental disability. *Research in Developmental Disabilities*, 30(3), 558-566.
- Durmaz, A., Cankaya, T., Durmaz, B., Vahabi, A., Gunduz, C., Cogulu, O., & Ozkinay, F. (2011). Interview with parents of children with Down syndrome: their perceptions and feelings. *Indian Journal of Pediatrics*, 78(6), 698-702.
- Emami, M., Abedi, M., & Javadzadeh Shahshahani, A. (2012). [Investigating the effect of treatment based on quality of life on reduction of work-family and family-work conflicts among employed women in the Art and Cultural Organization of Tehran's Municipality]. *The 3<sup>rd</sup> National Conference on Counseling. Islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch, March 2012* [in Persian].
- Emami, Z., & Kajbaf, M. B. (2015). [The Effectiveness of Quality of Life Therapy on Anxiety and Depression in Female High School students]. *Researches of Cognitive and Behavioral Sciences*, 4(2), 89-102 [in Persian].
- Fadaei, Z., Dehghani, M., Tahmasian, K., & Farhadei, M. (2010). [Investigating reliability, validity and factor structure of parenting stress- short form in mother's of 7-12 year-old children]. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 8(2), 81-91 [in Persian].
- Frisch, M. (2006). *The quality of life therapy*. (A. Khamseh, Trans.). Tehran: Arjmand [in Persian].
- Ghasemi, N., Kajbaf, M., & Rabiei, M. (2011). [The Effectiveness of Quality Of Life Therapy (QOLT) on Subjective Well-Being (SWB) and Mental Health]. *Journal of Clinical Psychology*, 3(2), 23-34 [in Persian].
- Golparvar, M., & Bahadori, V. (2014). [The effect of quality of life training on psychological capital components of female students]. *Journal of Woman and Family Studies*, 2(1), 73-91 [in Persian].
- Kaveh, M., Alizadeh, H., Delavar, A., & Borjali, A. (2011). [Development of a Resilience Fostering Program against Stress and its Impact on Quality of Life Components in Parents of Children with Mild Intellectual Disability]. *Iranian Journal of Exceptional Children*, 11(2), 119-140 [in Persian].
- McConkey, R., Truesdale-Kennedy, M., Chang, M. Y., Jarrah, S., & Shukri, R. (2008). The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 65-74.
- Keshavarz, A., Mehrabi, H. A., & Soltanzadeh, M. (2010). [Psychological Predictors of Life Satisfaction]. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 6(22), 159-168 [in Persian].

- Khorrab Abadi, R., Pouretamad, H. R., Tahmasian, K., & Chimeh, N. (2009). [A Comparative Study of Parental Stress in Mothers of Autistic and Non Autistic Children]. *Journal of Family Research*, 5(3), 387-399 [in Persian].
- Malekpour, M., Faraahani, H., Aghaei, A., & Bahrami, A. (2006). [The effect of life-skills training on mothers stress having mentally retarded and normal children]. *Research on Exceptional Children*, 6(2), 661-676 [in Persian].
- Mousavy-Khatat, M., Soleimani, M., & A'bdi, K. (2011). [Comparison of cognitive, psychological and social characteristics, between parents who have more than one exceptional child with parents of normal child]. *Archives of Rehabilitation*, 12(3), 53-64 [in Persian].
- Nachshen, J. S., & Minnes, P. (2005). Empowerment in parents of school-aged children with and without development disabilities. *Journal of Intellectual Dissabillity Reaserch*, 49(12), 889-904.
- Padash, Z., Fatehizadeh, M., Abedi, M., & Izadikhah, Z. (2013). [The effect of quality of life therapy on marital satisfaction]. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 10(5), 363-372 [in Persian].
- Rivard, M., Terroux, A., Parent-Boursier, C., & Mercier, C. (2014). Determinants of stress in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(7), 1609-1620.
- Rodrigue, J. R., Baz, M. A., Widows, M. R., & Ehlers, S. L. (2005). A randomized evaluation of quality-of-life therapy with patients awaiting lung transplantation. *American Journal of Transplantation*, 5(10), 2425-2432.
- Rostami, M., Abolghasemi, A., & Narimani, M. (2013). [The effectiveness of quality of life therapy on psychological well being in maladjustment couples]. *Family Counseling and Psychotherapy*, 3(1), 105-124 [in Persian].
- Sajedi, F., Vameghi, R., Ali-zad, V., Malek-Khosravi, G., Karimlou, M., Ravarian, A., & Shahshahani-Pour, C. (2011). [Is anxiety more common in mothers of children with cerebral palsy?] *Archives of Rehabilitation*, 39, 8-14 [in Persian].
- Sarafino, E. P. (2003). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. 4<sup>th</sup> Ed. NJ: John Wiley & Sons.
- Shur-Fen Gau, S., Chou, M. C., Chiang, H. L., Lee, J. C., Wong, C. C., Chou, W. J., & Wu, Y. Y. (2012). Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 263-270
- Van Der Veeck, S. M., Kraaij, V., & Garnefski, N. (2009). Down or up? Explaining positive and negative emotions in parents of children with Down's syndrome: Goals, cognitive coping, and resources. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 34(3), 216-229.