

اثربخشی امید درمانی گروهی بر سازگاری اجتماعی
(مطالعه موردی: مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شهرستان جهرم)

**The effectiveness of group hope therapy on social adjustment
(Case study: mothers with mentally retarded children in Jahrom city)**

Iqbal Zarei

Associated of department psychology University of Hormozgan, Bandarabbas, Iran

Zainab Mosalanejad

Master's degree in Psychology, University of Hormozgan.

Email: saj2607@yahoo.com

اقبال زارعی

دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران.

زینب مصلی نژاد

کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه هرمزگان.

Abstract

The purpose of this research was to investigate the effect of group hope therapy on the social adjustment of mothers and it was conducted as a semi-experimental or semi-experimental research in real conditions. The statistical population included all mothers of mentally retarded children under welfare support in Jahrom city, numbering 134 people. Available sampling method was used to select the sample size (including 30 mothers in the control group and 30 mothers in the experimental group). The data collection tool included Wiseman and Pickel's (1999) social adjustment questionnaire and Schneider's (2005) hope questionnaire. The results of the covariance test for hypothesis analysis in SPSS software version 25 showed that the hypothesis was confirmed and that group hope therapy has an effect of 99% on the social adjustment of mothers with mentally retarded children with a statistical power equal to 1 ($P < 0.05$)

Keywords: self-esteem, depression, mood, corona

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تاثیر امید درمانی گروهی بر سازگاری اجتماعی مادران بود و از نوع تحقیق نیمه آزمایشی یا نیمه تجربی و در شرایط واقعی انجام شد. جامعه آماری، شامل کلیه مادران کودکان کم توان ذهنی تحت حمایت بهزیستی در شهرستان جهرم به تعداد ۱۳۴ نفر بود. جهت انتخاب حجم نمونه (شامل ۳۰ مادر در گروه کنترل و ۳۰ مادر گروه آزمایش) از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه سازگاری اجتماعی ویسمن و پیکل (۱۹۹۹) و پرسشنامه امیدواری اشنایدر (۲۰۰۵) بود. نتایج آزمون کواریانس جهت تحلیل فرضیه ها در نرم افزار SPSS نگارش ۲۵ نشان داد فرضیه تایید شده و امید درمانی گروهی بر سازگاری اجتماعی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی تأثیری به میزان ۹۹ درصد با توان آماری معادل ۱ دارد ($P < 0.05$).

واژه های کلیدی: امید درمانی، سازگاری اجتماعی، مادران، کودک کم توان ذهنی.

طرح مساله

کودک عامل گسترش نسل است و تولد هر کودک می تواند بر پویایی خانواده اثر بگذارد، والدین و دیگر اعضای خانواده باید تغییرات متعددی را جهت سازگاری با عضو جدید تحمل کنند (کوهسالی، میرزمانی، کریم لو و میرزمانی، ۱۳۸۷). تولد یک کودک مبتلا به کم توانی ذهنی^۱ بر همه سطوح عملکردی و نقش های اعضای خانواده تأثیرگذار است (امیدی، محمدی، نظری و تاپاک، ۱۳۹۷).

این امر در عملکرد ذهنی، رفتار سازشی، مهارت های عملی، اجتماعی و فکری نقص هایی را ایجاد می کند (مالیک و آنوین^۲، ۲۰۱۷).

معلولیت ذهنی اختلالی است شامل نقص هایی در عملکرد ذهنی همانند نقص در استدلال، برنامه ریزی، تفکر انتزاعی، قضاوت و یادگیری آموزی می باشد. همچنین، این معلولیت به نقص در عملکرد سازگارانۀ همانند، ناتوانی در دستیابی به ملاک های رشد اجتماعی- فرهنگی، استقلال و پذیرش مسئولیت اجتماعی منجر می شود (آپا^۳، ۲۰۱۳). کم توانی ذهنی، اختلالی است که در طول دوره رشدی شروع می شود و شامل نقص هایی هم در عملکرد ذهنی و هم در عملکرد سازگارانۀ در زمینه های مفهومی، اجتماعی و عملی است (گنجی^۴، ۲۰۱۸).

حضور کودکی با کم توانی ذهنی در هر خانواده ای می تواند رویداد نامطلوب و چالش زا تلقی شود؛ از آنجایی که والدین قبل از تولد فرزندشان، انتظار یک کودک سالم با ویژگی های طبیعی دارند، تولد یک کودک کم توان ذهنی، موجبات احساس گناه و تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از طبیعی نبودن کودک را در والدین ایجاد می کند (طاهری، پورمحمدرضایی تجریشی و سلطانی^۵، ۲۰۱۲). ناتوانی ذهنی کودک، نه تنها زندگی کودک، بلکه زندگی اعضای خانواده را نیز تحت تأثیر قرار داده باعث بروز مسائلی مانند اختلال در خواب، مشکل جسمانی، نقص در تعامل اجتماعی، مسائل زناشویی، فشار مالی، محدودیت های زمانی برای رسیدگی به مسائل سلامتی و قرار گرفتن طولانی در معرض استرس های مزمن می گردد و تمام این مسائل، اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد (کنعانی، هادی، سلیمانی و آرمان پناه، ۱۳۹۴).

مادر با در آغوش گرفتن کودک و بازی کردن با او لذت می برد، ولی چون کودک کم توان ذهنی پاسخی برای مادر ندارد و مادر کم کم به عقب ماندگی کودک خود پی می برد، در این رابطه عاطفی اختلال ایجاد می شود (جوادی، ۱۳۹۰) و در این تعامل، دچار اختلالاتی نظیر ناسازگاری اجتماعی می گردد (علی اکبرزاده آرانی، تقوی، شریفی، نوغانی، فقیه زاده و خاری آرانی، ۱۳۹۱). در واقع مادران با توجه به ساختار شخصیتی خود بیشتر احساس مسئولیت و یا گاهی احساس گناه می کنند که این مکانیزم، باعث کسب اطلاعات بیشتر در زمینه ناتوانی و معلولیت فرزند و حمایت افراطی از کودک معلول می شود. مادران کودکان مبتلا به کم توانی ذهنی سازگاری اجتماعی پایینی دارند (ولی زاده، سهراب نژاد، مهربان و بوکانی، ۱۳۹۴).

سازگاری اجتماعی^۶ عبارت است از از توانایی برقراری ارتباط متقابل با دیگران به طریق خاص که در عرف جامعه قابل قبول باشد (موران، رومانیوک، کافی، چانن و دیگنهارت^۷، ۲۰۱۶؛ مرادی، حیاتی و قدرتی میرکوهی، ۱۳۹۸).

مشکلات کودک مبتلا به کم توان ذهنی، مادر را به عنوان مراقب دائمی در شرایط ویژه ای قرار می دهد و بیشترین بار مشکل را به دوش می کشد (میلانی فر^۸، ۲۰۱۸).

1 - ental retardatio

2- Malik, K. J., Unwin, G., Larkin, M., Kroese, B. S., & Rose, J.

3 -APA

4 -Ganji

5 -Taheri, Pourmohammadrezaye, Tajrishi, Soltani

6-social adjustment

7 -Moran, Romaniuk, Coffey, Chanan, Degenhardt

8 - Milanifar

تلاش مادر نیز برای آموزش مهارت‌های جدید و مهار رفتارهای نامناسب کودکانشان معمولاً به نتیجه مطلوب نمی‌رسد، لذا پذیرش و سازگاری با این واقعیت برای مادران تلاش بیشتری را در مقایسه با کودکان عادی می‌طلبد. مطالعات زیادی حاکی از استرس و فشار زیاد بر مادران کودکان کم توان ذهنی است (صف آراء، خانابایی و خانابایی، ۱۳۹۹). مادران دارای کودکان کم توان ذهنی، زمان اشتغال کمتری دارند و زمان کمتری برای پرداختن به فعالیت‌های لذت بخش و تفریحات و مراقبت‌های شخصی دارند و در نتیجه آسیب‌پذیرتر می‌شوند و این موضوع مادر را به سمت ناامیدی سوق می‌دهد (صف آراء و همکاران، ۱۳۹۹).

روش‌های درمانی مختلفی برای افزایش مؤلفه‌های روان‌شناختی والدین دارای کودکان با معلولیت‌های ذهنی به کار گرفته شده است، یکی از انواع درمان‌ها امید درمانی می‌باشد (کنعانی و همکاران، ۱۳۹۴)، که تأثیر مثبتی بر افزایش عملکرد والدین به ویژه مادر در ارتباط با کودک مبتلا به ناتوانی ذهنی دارد (شهرستانی، کرمی، دوستکام و علی‌محمدی، ۱۳۹۲). چرا که در کنار سایر روش‌های درمانی روان‌شناختی درمان‌های مبتنی بر امید تنها روشی هستند که امید را به عنوان هدف اصلی مدنظر قرار داده و یک نظام درمانی کوتاه مدت، نیمه ساخت یافته و جدید مبتنی بر سه مؤلفه اصلی هدف، عامل و گذرگاه^۹ را پدید می‌آورد. بدین معنا که موفقیت در دستیابی به اهداف، منجر به هیجان مثبت و شکست در آن منجر به هیجان منفی می‌شود (کنعانی و همکاران، ۱۳۹۴). در روش امید درمانی، با ادغام قواعد و فنون درمانی متعدد به مراجع کمک می‌شود تا امید ذاتی موجود در خود را بیابد و در جهت ابقا و استمرار امید، برنامه‌ریزی و تلاش کند. در واقع، امید درمانی از درمان شناختی رفتاری، درمان راه حل مدار و درمان داستانی یا روایتی مشتق می‌شود. هدف این روش درمانی، کمک به مراجعان در جهت فرمول‌بندی اهداف و ساختن گذرگاه‌های متعددی برای رسیدن به آنها، برانگیختن خود برای دنبال کردن اهداف و چارچوب‌بندی مجدد موانع به صورت چالش‌هایی برای غلبه بر آنها و رسیدن به پیروزی است (اشنایدر، الاردی، چیوس، مایکل، یامور و سمپسون^{۱۰}، ۲۰۰۵). بر اساس نتایج تحقیقات اشنایدر بر روی بیماران روانی و جسمی، بسیاری از بیماری‌ها در نتیجه فقدان امید رخ می‌دهد و امید درمانی^{۱۱} می‌تواند سلامت روان بیماران را افزایش دهد (اشنایدر، ۲۰۰۰). بنابراین بهره‌گیری از این رویکرد درمانی در حل معضلات روان‌شناختی خانواده‌ها توصیه می‌گردد (کنعانی و همکاران، ۱۳۹۴).

با توجه به نقش اساسی مادران در مراقبت از کودکان خود، طراحی برنامه‌های آموزشی با هدف ارتقای سطح سلامتی مادران ضروری می‌باشد باید در اولویت قرار بگیرد. امید به توانایی باور به داشتن احساس بهتر در آینده تعبیر می‌شود و یک عامل اصلی شناخته شده در بهبودی سطح زندگی و کاهش اضطراب و افزایش سازگاری اجتماعی می‌باشد. امید، انطباق‌پذیری، نشاط و توانایی مقابله با فشارهایی را می‌دهد که شرایط و زندگی روزمره به فرد تحمیل می‌کند (متیو^{۱۲}، ۲۰۱۹).

مویدی و قاسم پور^{۱۳} (۲۰۱۶) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش امید درمانی گروهی بر ارتقاء خودکارآمدی و کاهش افسردگی و احساس تنهایی مؤثر است. بنابراین، با توجه به مبانی نظری، به نظر می‌رسد که امید درمانی منجر به افزایش سازگاری اجتماعی مادران کودکان مبتلا به کم‌توان ذهنی می‌شود.

صف آراء و همکاران (۱۳۹۹)، در پژوهشی تحت عنوان "تأثیر آموزش مهارت‌های معنوی بر امید به زندگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی" نشان دادند برنامه آموزش مهارت‌های معنوی امید به زندگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی را به طور معنی‌داری بهبود بخشید.

9-path way

10 - Snyder, Allardy, Chios, Michael, Yamor and Simpson

11 - hope therapy

12- Matthew

13 - Mos'avand, Conqueror

پورکمالی و همکاران (۱۳۹۶)، در پژوهش خود با عنوان مقایسه اثربخشی روش دوساهو و ماساژدرمانی در افزایش شادی، سازگاری اجتماعی، امید، کیفیت زندگی و سلامت روان، نشان دادند که هر دو مداخله به کار رفته در این پژوهش می توانند به طور معناداری شادی، امید و سلامت روان را در بیماران بهبود ببخشند. اما مداخله دوساهو نسبت به ماساژدرمانی، دارای تأثیر بیشتری بر بهبود شادی و امید می باشد. براساس نتایج این پژوهش، درمان دوساهو و ماساژدرمانی، مداخلات مؤثری در افزایش شادی، امید و سلامت روان بیماران می باشد.

نتایج پژوهش های کنعانی و گودرزی (۱۳۹۶) بیانگر آن بود آموزش درمانی سبب می شود مادران کودکان عقب مانده ذهنی در مؤلفه های سازگاری اجتماعی و تاب آوری بهبود معنی داری داشته باشند. آنها حتی با وجود فرزند عقب مانده، سازگاری اجتماعی بهتر و تاب آوری بالاتری را در فرآیند زندگی شخصی و اجتماعی کسب می نمودند.

روزگرد^{۱۴} و همکاران (۲۰۱۳) تأثیر مداخله درمانی را بر سازگاری اجتماعی مورد بررسی قرار دادند. نتایج تحقیق آنها نشان داد که مداخله درمانی معنا بر افزایش سازگاری اجتماعی زنانی که درگیری زناشویی داشتند، تأثیر مثبت و معنی داری دارد.

با عنایت به نتایج تحقیقات صورت گرفته و با توجه به اینکه افراد متعاقب دریافت امیددرمانی، نسبت به تحمل فشارها و استرس های ناشی از درمان، پاسخ مناسب تری از خود نشان می دهند و آموزش های ارائه شده را بهتر پذیرفته و به آن عمل می کنند و می توانند سازگاری اجتماعی بالاتری را از خود نشان دهند (دهقانی و خدابخشی کولائی، ۱۳۹۶ و روزگرد، ترکان و تقی زاده^{۱۵}، ۲۰۱۳) و با توجه به گسترش رو به تزاید کودکان کم توان ذهنی در کشور ما و تأثیرات مخرب آن بر سازگاری اجتماعی مادران آنها و کمبود تحقیقات انجام شده در زمینه تأثیر این درمان بر این افراد، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر امید درمانی بر سازگاری اجتماعی مادران کودکان کم توان ذهنی در شهرستان جهرم انجام شد.

با توجه به ماهیت هدف، از نظر متغیرهای تحقیق حاضر و ارتباط آنها دارای جنبه نوآوری می باشد. تأثیر متغیر امید درمانی تاکنون بر جامعه آماری مادران کم توان ذهنی مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین، با توجه به مطالب بیان شده، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال پژوهشی است که :

آیا امیددرمانی گروهی بر سازگاری اجتماعی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شهرستان جهرم اثربخش است یا خیر؟ در صورت اثرگذاری امیددرمانی گروهی بر سازگاری اجتماعی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی می توان پیشنهاداتی جهت برنامه ریزی و انجام مداخلات در خصوص ارتقاء سلامت روانی در این افراد ارائه نمود.

امید است نتایج این پژوهش در مراکز روان درمانی و کلینیک های توان بخشی ذهنی، هم برای مادران دارای کودکان ناتوان ذهنی و هم برای پژوهشگران روانشناسی، دانشجویان، روانشناسان و علاقمندان به موضوع پژوهش، مفید واقع گردد.

مفاهیم نظری امید درمانی

امید سازه ای دو بعدی است که هم عامل تسهیل گر^{۱۶} (احساس قدرت اراده^{۱۷} یا تصمیم برای آغاز و نگهداری تلاش مورد نیاز برای دستیابی به هدف) و هم راه ها (قدرت برنامه ریزی یا باور داشتن توانایی برای طراحی برنامه های موفق و جایگزین ها در مواجهه با موانع مسیر دستیابی به هدف) (اشنایدر، ۲۰۰۰، شباهنگ، باقری شیخ انگفشه، شهریار سرحدی، یوسفی سیاکوچه و حاجی علیانی، ۱۳۹۹). امید درمانی از نظریه امید اشنایدر گرفته شده است (دهقانی و همکاران، ۱۳۹۶). از بین درمان های موجود درمانی، امید درمانی به جهت نظری دارای مزایایی همچون صرفه جویی در وقت و نیرو، آموزش مهارت های اجتماعی و

14Rozgard

15, Torkhan, Taqizadeh

16 -agency

17 -willpower

اصلاح و بهبود روابط بین فردی است. این مزایا باعث استفاده گسترده از این روش به عنوان درمان انتخابی برای بسیاری از بیماران جسمی و روانی شده است (ستوده اصل، اسماعیل پور و بیگدلی، ۱۳۹۵). بر اساس نظریه شنايدر، امید به عنوان وجه مشترک بسیاری از درمان ها تلقی می شود. فرض اساسی در این نظریه این است که مشکلات انسان قابل حل می باشد و انسان در پرتو امید می تواند به آینده ای روشن دست یابد. به اعتقاد شنايدر، برگزیدن هدف های مناسب و تلاش برای رسیدن به آن ها همان چیزی است که می توان به آن ها تفکر هدف مدار یا امید گفت (شنايدر، ۲۰۰۰؛ ستوده اصل و همکاران، ۱۳۹۵). از نظر شنايدر انسان دارای نیمه مثبت و منفی است و ضروری است که علاوه بر آسیب پذیری ها، به توانمندی ها و جنبه های مثبت وجود انسان توجه شود (رحیمی تنکابنی، خدابخشی کولایی و فلسفی نژاد، ۱۳۹۶). ریشه امید درمانی از درمان شناختی- رفتاری^{۱۸}، درمان راه حل محور^{۱۹} و روایت درمانی^{۲۰} مشتق می شود (سلیمی، عباسی، زهراکار، طامه و داورنیا، ۱۳۹۶). شنايدر (۲۰۰۰) معتقد است امید نوعی روند فکری و دارای دو جز تفکر عامل و مسیرها است و هر دو بعد از طریق رفتارهای هدفمند در تشکیل و تعیین میزان امید ضروری و موجب سازگاری و سلامت روانی و جسمانی می شود. مسیرها جز شناختی امید و نشان دهنده توان فرد در خلق راه های معقول برای دستیابی به اهداف است. تفکر عامل جز انگیزشی امید و نشان دهنده برداشت شخصی درباره توانایی برای رسیدن به اهداف گذشته، حال و آینده است (هاشمیان، نامداری و عابدی، ۱۳۹۸). نظریه امید برای کمک به افرادی در مفهوم سازی اهداف روشن تر، خلق راه های بی شمار برای دستیابی به هدف، بسیج انرژی روانی برای حفظ پیگیری اهداف و چارچوب سازی موانع لاینحل به عنوان معضلاتی که باید بر آنها چیره شد، طراحی شده است. تغییراتی که در میزان امید افراد با امید درمانی رخ می دهد، ظاهری نیست. بلکه در توانایی افراد در تفکر هدفمند جستجو می شود. امید در سطح (ظاهر) روی نمی دهد، بلکه در تصور عمیق از خود به عنوان موجودی که قادر است تفکر اراده مند و هدف مدار را افزایش دهد، روی می دهد (هاشمیان و همکاران، ۱۳۹۸). در امید درمانی شنايدر، شرکت کنندگان، ابتدا با اصول نظریه امید درمانی آشنا شده و سپس به آن ها آموزش داده می شود که چگونه این اصول را در زندگی خود به کار گیرند. شرکت کنندگان یاد می گیرند که چگونه اهداف مهم، قابل دستیابی و قابل اندازه گیری تعیین کنند، گذرگاه های متعددی برای حرکت به سمت این اهداف تعیین کنند، منابع انگیزشی و تاثیر متقابل هر مانع بر انگیزش را شناسایی کنند، پیشرفت به سمت هدف را بازنگری کنند و اهداف و گذرگاه ها را در صورت لزوم اصلاح کنند. این مداخله به صورت گروهی اجرا می شود زیرا در نظریه شنايدر فرض بر این است که تفکر امیدوارانه منعکس کننده یک فرایند تبادلی است (شیخ الاسلامی و رضانی، ۱۳۹۶). فرایند آموزشی امید در دو مرحله اصلی مطرح می گردد که هر مرحله از دو گام تشکیل می شود. مرحله اول؛ امیدسازی یا القای امید است که از طریق امید یابی و تحکیم امید حاصل می شود. مرحله دوم، امید افزایی است که از طریق تسهیل در افزایش امید و ابقای امید صورت می گیرد. افراد ناامید به دلیل اینکه عامل و گذرگاه های کمی دارند در برخورد با موانع براحتی انگیزه خود را از دست داده دچار هیجان های منفی می شوند که این امر به نوبه خود منجر به افسردگی می شود (شنايدر، ۲۰۰۲؛ هاشمیان و همکاران، ۱۳۹۸).

مفاهیم نظری سازگاری اجتماعی

سازگاری اجتماعی یک مفهوم عام بوده و به همه راهبردهایی گفته می شود که فرد برای اداره کردن موقعیت های استرس زای زندگی اعم از تهدیدهای واقعی یا غیرواقعی به کار می برد (سادوک، سادوک و رویز^{۲۱}، ۲۰۱۸). سازگاری فرایندی روانشناختی

18- cognitive behavioral therapy

19- solution-focused therapy

20- narrative therapy

21- Sadok BJ, Sadok VA, Roiez P.

است که بر اساس آن فرد با تمایلات و چالش‌های زندگی روزمره، مقابله می‌کند و یا آنها را در کنترل خود در می‌آورد. فرد با دیگران طوری رفتار می‌کند که هیچگونه مشکل و درگیری با آنان نداشته باشد (غفاری و زکیانی، ۱۳۹۸). سازگاری و هماهنگ شدن با خود و با محیط پیرامون خود برای هر موجود زنده یک ضرورت حیاتی است. تلاش روزمره همه آدمیان نیز عموماً بر محور همین سازگاری دور می‌زند. هر انسانی، هوشیارانه یا ناهشیارانه می‌کوشد نیازهای متنوع و متغیر و گاه متعارض خود را در محیطی که در آن زندگی می‌کند، برآورده سازد. این نیازهای فطری و اکتسابی به مثابه نیرویی پر فشار آدمی را بر می‌انگیزانند و در جهت تأمین نیازها و بازیابی تعادل و آرامش روانی بر هم خورده به حرکت در می‌آورند (فتحی، شریفی رهنمو، زارع، محمدی و شریفی رهنمو، ۱۳۹۸). مفهوم سازگاری اجتماعی هم کارکردهای فردی و هم کارکردهای اجتماعی شخص را در بر می‌گیرد. سازگاری اجتماعی فرایندی است که افراد را قادر می‌سازد تا رفتار دیگران را درک و پیش‌بینی کند، رفتار خود را کنترل و تعاملات اجتماعی خود را تنظیم کند. ابعاد سازگاری اجتماعی شامل سازگاری جسمانی، روانی، اجتماعی و عاطفی است که پیش درآمد رسیدن به سازگاری‌های روانی، عاطفی، جسمانی و اجتماعی است. سازگاری، رابط‌های است که میان فرد و محیط اجتماعی وجود دارد و به فرد امکان می‌دهد تا نیازهای خود را برطرف سازد. درواقع سازگاری اجتماعی فرایندی است که باید آموخته شود و کیفیت آن مانند آموخته‌های دیگر به میزان علاقه و کوشش فرد برای یادگیری آن بستگی دارد (تقی‌نژاد، اقلیما، عرشی و پورحسین هندآباد، ۱۳۹۶). از نظر پیازه شخصیت در واقع یک نوع هشیاری عقلی و وجدان اخلاقی است که به همان اندازه که از عدم هنجار اخلاقی یا ناپیروی که حاصل خود میان بینی است دور است به همان نسبت نیز از قبول هنجارهای اخلاقی دیگران یا دیگر پیروی که تحت فشار محیط خارج بوجود می‌آید فاصله دارد و شخصیت با هرج و مرج و هم با اجبار مخالف است (یاوری، ۱۳۹۲). از طرفی همه کودکان، دلبستگی به مراقبت کننده را تشکیل می‌دهند، اما کیفیت این دلبستگی کاملاً متفاوت از یکدیگر است. کودکانی که مراقبت کننده را حساس، پاسخ ده و قابل دسترس می‌یابند، به دلیل برخورداری از عواطف دیگران، خود را ارزشمند دانسته و این توقع را به مشارکت کنندگان اجتماعی دیگر گسترش می‌دهند. در مقابل، کودکی که مراقبت کننده را غیرقابل دسترس، غیرقابل پیش بینی و غیرپاسخ ده در می‌یابد، این انتظار را شکل می‌دهد که دیگران نیز قابل اعتماد و قابل دسترس نیستند (پیاژه و اینهلدر^{۲۲}، ۱۹۷۶). بندورا (۱۹۷۷) در نظریه شناختی اجتماعی خود بیان می‌کند که تمام رفتارها به جز بازتاب‌های اولیه آموختنی هستند. بر اساس این نظریه، فرد، رفتارهای مطلوب اجتماعی را بر اساس مشاهده الگوها و تقویت یاد می‌گیرد. مدل پردازش اطلاعات اجتماعی کریک و داج^{۲۳}، بیان می‌کند که نحوه پردازش اطلاعات اجتماعی توسط فرد بر پاسخ رفتاری داده شده در موقعیت تأثیرگذار است. در یک موقعیت اجتماعی، فرد، نشانه‌های اجتماعی را کدگذاری و با استفاده از دانش اجتماعی، طرحواره‌ها و خاطرات مربوط به تجربیات گذشته، آنها را تفسیر می‌کند. بنابراین، برای اینکه تعامل اجتماعی مؤثر تحقق یابد، لازم است محرک‌های اجتماعی به درستی رمزگردانی و تفسیر شوند، پاسخ رفتاری متناسب با موقعیت و هنجارهای اجتماعی انتخاب شود و فرد توانایی اجرای موفق آن را داشته باشد (علامه، شهنی بیلاق، حاجی یخچالی و مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۹۷).

روش‌شناسی پژوهش

با توجه به ماهیت موضوع، تحقیق حاضر از نوع تحقیق نیمه آزمایشی یا نیمه تجربی و در شرایط واقعی و حقیقی اجتماعی انجام شد. از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. برای تعیین جامعه آماری، کلیه کودکان کم‌توان ذهنی در شهرستان

²²- Piaget & Inhelder

²³-Crick and dodg

جهرم به تعداد ۱۳۴ نفر، که در بهزیستی جهرم تحت پوشش حمایت هستند، شناسایی شدند. ۳۰ مادر در گروه کنترل و ۳۰ مادر گروه آزمایش به عنوان حجم نمونه وارد پژوهش گردید. ابزار تحقیق، پرسشنامه ای به شرح زیر بود:

پرسشنامه سازگاری اجتماعی ویسمن و پیکل^{۲۴} (۱۹۹۹): ساختار آزمون دو بعد مجزا را نشان می‌دهد شش حوزه نقشی (مانند: کاری، خانوادگی) و پنج بعد از سازگاری که برای هر کدام از حوزه نقش‌ها (متناسب با نقش) انتخاب شدند. این پرسشنامه از ۵۴ آیتم تشکیل شده است که چگونگی ایفای نقش در ۶ حوزه: کاری (به عنوان کارمند، خانم خانه‌دار یا دانشجو سوالات ۱-۱۸)، فعالیت‌های اجتماعی اوقات فراغت (سوالات ۱۹-۲۹)، روابط با خانواده گسترده (سوالات ۳۰-۳۷)، نقش‌های همسری (۳۸-۴۶)، و والدی (۴۷-۵۰)، عضو خانواده (۵۱-۵۴) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره قابل اکتساب در این پرسشنامه، ۴۲ و حداکثر نمره ۲۷۰ می‌باشد. نمره بالا حاکی از این می‌باشد که شرکت‌کننده، از سازگاری اجتماعی نامطلوبی برخوردار است. حسینی و مقتدر (۱۳۸۸) ضریب پایایی آن را ۰/۹۵ گزارش کردند. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر، برابر با ۰/۶۷۴ به دست آمد.

جهت اجرای امید درمانی در این پژوهش، پس از مراجعه به بهزیستی شهرستان جهرم، برای مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی محصل در مدارس استثنایی فراخوانی به عمل آمد. از بین آنها فرم رضایت‌نامه شرکت در تحقیق ارائه شده و مجدد آنهایی که با رضایت کامل موافق هستند انتخاب گردید. معیارهای ورود و معیارهای خروج از مطالعه رعایت گردید. معیارهای ورود عبارت بودند از: داوطلبانه بودن، عدم وجود بیماری جسمی و اختلال روانی در مادران دارای فرزند عقب افتاده ذهنی با توجه به پرونده کودکان عقب مانده ذهنی و اطلاعات مندرج در آن درباره والدین آنان (عدم داشتن فرزند دیگری با اختلال روانی و دارا بودن مدرک تحصیلی حداقل سیکل جهت بهره‌مندی از جلسات آموزشی). و معیارهای خروج عبارت بودند از: عدم تمایل آزمودنی‌ها به ادامه شرکت در مطالعه و غیبت در دو جلسه آموزشی.

پیش آزمونی اجرا شد که در آن همه مادران به پرسشنامه سازگاری اجتماعی پاسخ دادند. آنها به طور کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به طور مساوی قرار گرفتند. یک گروه به عنوان گروه کنترل هیچ مداخله‌ای روی آنها انجام نگردید و در گروه آزمایش، مداخله امید درمانی انجام شد. به دلیل شرایط و محدودیت‌های کرونا، درمان به صورت جلسات آموزشی آنلاین و یک روز در هفته به مدت ۹۰ دقیقه طی دو ماه طبق راهنمای درمان امید شنایدر (۲۰۰۵) انجام شد. هنگام اجرای درمان، ضمن توضیح در مورد روند آن، ملاحظات اخلاقی نیز رعایت گردید. در پایان جلسات، افراد گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون شرکت نموده و مجدد به پرسشنامه سازگاری اجتماعی پاسخ دادند. در صورت نتیجه مثبت از پیاده کردن امید درمانی برای گروه آزمایش، بعد از تحقیق کارگاه امید درمانی پیشنهاد داده شد. از آنجایی که امکان کنترل تمامی متغیرها وجود نداشت و محقق سعی بر شناسایی و ارزیابی محدودیت‌ها و عوامل عدم کنترل نمود. در نهایت اطلاعات به دست آمده از نمونه آماری، جهت تجزیه و تحلیل وارد نرم افزار آماری SPSS گردید.

جدول ۱- محتوای اصلی جلسات امید درمانی (اشنایدر و همکاران، ۲۰۰۵)

جلسه	محتوا
اول	۱. آشنایی درمانگر و شرکت کنندگان با یکدیگر، معرفی ساختار جلسات و اهداف برنامه آموزشی بر اساس نظریه امید. ۲. آشنایی، بیان قوانین کار و گروه. ۳. برقراری رابطه و آموزش خوب گوش دادن استفاده از روش معارفه دو نفره روش: بحث و گفتگو.
دوم	۱. تبیین چگونگی رشد امید، ضرورت وجود، پیامد های مثبت و تاثیر آن بر ناامیدی، افسردگی و احساس پوچی. ۲. معرفی مبانی امید. ۳. بررسی مبانی امید در زندگی. روش: باورهای غیر منطقی، استفاده از جملات امیدبخش و تکالیف زندگی و طی جلسه اول و دوم ارتباط و همدلی برقرار می گردد.
سوم	۱. ترغیب شرکت کنندگان به تعریف کردن داستان زندگی خود جهت یافتن نقاط امید بخش در زندگیشان. ۲. یافتن امید در زنان کمک به زنان برای درک مؤلفه های امید. روش: مصاحبه مبتنی بر امید و نوشتن نمونه ای از زندگی خود.
چهارم	۱. تبیین این داستان ها بر اساس نظریه امید و قالب بندی مجدد آنها، شناسایی موفقیت های گذشته اعضا به منظور کشف عامل و گذرگاه های این موفقیت ها. ۲. امیدافزایی. ۳. خلق روش های روشن حل مسأله روش: روش استفاده از داستان زندگی.
پنجم	۱. مطرح کردن فهرستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی و تشخیص میزان رضایت افراد از هر یک از این اتفاقات. ۲. تقویت و ایجاد قدرت تعیین اهداف درمانی امیدبخش. روش: آشنایی با روش هدف گزینی سلیگمن ^{۲۵} .
ششم	۱. ترغیب شرکت کنندگان به انتخاب اهداف مناسب و بیان ویژگی های این اهداف برای آنها، کمک به افزایش میزان امید در شرکت کنندگان. ۲. قدرت اراده. ۳. بایدها و نبایدها. روش: فن جستجوی داستان های امیدوارانه.
هفتم	۱. بیان ویژگی های گذرگاه های مناسب و ترغیب شرکت کنندگان به انتخاب راهکارهای مناسب جهت رسیدن به اهداف تعیین شده، تبدیل گذرگاه ها به مجموعه ای از گام های کوچک و تعیین گذرگاه های جانشین، کمک به شرکت کنندگان جهت حفظ و بقای امید. ۲. -اطمینان بخشی برای رفع مشکلات حفظ امید در زنان. روش: کاربرد چرخه آگاهی
هشتم	۱. طرح راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل، از جمله خودگویی های مثبت و تصور ذهنی، تبدیل شرکت کننده به یک امید درمان گر و توانا ساختن وی در تعیین اهداف و موانع، ایجاد و حفظ عامل رسیدن به هدف در خود و تشخیص گذرگاه های لازم (اشنایدر و همکاران، ۲۰۰۵). ۲. پایان دهی به آموزش امید. ۳. جمع بندی و مرور آموخته ها. روش: تکلیف نگارش خودگویی های مثبت.

یافته های پژوهش

فرضیه: امید درمانی گروهی بر سازگاری اجتماعی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی تأثیر دارد. جهت تحلیل این فرضیه از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. در ابتدا، پیش شرط های یکسانی واریانس و همگنی این آزمون به شرح زیر، بررسی شد.

اثربخشی امید درمانی گروهی بر سازگاری اجتماعی (مطالعه موردی: مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شهرستان جهرم)

جدول ۲- نتایج آزمون لوین در مورد یکسانی واریانس های امیددرمانی و سازگاری اجتماعی مادران

سطح معناداری	F
۰/۲۰۰	۲۲/۱۴۳

بر اساس جدول نتایج آزمون لوین، سطح معنی داری از ۰.۰۵ بیشتر است و معنی دار نیست. بنابراین با اطمینان می توان گفت شرط یکسانی واریانس ها برای انجام تحلیل کواریانس برقرار است ($P=0/200>0/05$).

جدول ۳- نتایج همگنی شیب رگرسیون و تعامل بین متغیرهای امیددرمانی و سازگاری اجتماعی مادران

منابع تغییرات	مجموعه مجذورات نوع سوم	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان اثر F	سطح معناداری
مدل تعدیل شده	۶۱۵۴۰۱/۱۲۲	۳	۱۵۱۴۴۲/۲۱۹	۱۴۶۳۰/۵۴۹	۰/۰۰۰
خطای رد گیری شده	۶۰۶۰۲۷/۰۴۰	۱	۶۰۶۰۲۷/۰۴۰	۵۵۱۲۲/۴۷۲	۰/۰۰۰
متغیر مستقل (گروه)	۷۱۱۵۵۷/۶۱۱	۱	۷۱۱۵۵۷/۶۱۱	۴۶۴۲۱/۴۱۶	۰/۰۰۰
متغیر وابسته	۰/۰۱۹	۱	۰/۰۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷۲
متغیر مستقل * متغیر وابسته	۷/۵۵۸	۱	۷/۵۵۸	۰/۷۱۶	۰/۲۱۶
خطا	۲۱۴/۴۷۲	۵۶	۸/۵۴۲		
مجموع	۱۳۰۶۸۰۱/۴۰۷	۶۰			
مجموع تعدیل شده	۶۰۰۱۵۰/۲۱۵	۵۹			

برای بررسی همگنی شیب رگرسیون، تعامل متغیر مستقل با متغیر همپراش، مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به جدول بالا، سطح معنی داری در تعامل متغیر مستقل (گروه)، با متغیر همپراش (سازگاری اجتماعی)، از ۰.۰۵ بیشتر است و معنی دار نیست. بنابراین با اطمینان، می توان گفت، شرط همگنی شیب رگرسیون، برای انجام تحلیل کواریانس برقرار است ($\text{Sig}=0.216>0.05$).

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس در مورد اثربخشی امیددرمانی بر سازگاری اجتماعی مادران

منابع تغییرات	مجموعه مجذورات نوع سوم	میانگین مجذورات	میزان اثر F	سطح معناداری	ضرایب اتا	پارامترهای غیرمرکزی	توان آماری
مدل تعدیل شده	۷۰۰۴۱۲/۶۰۰	۳۸۲۲۳/۲۳۵	۳۹۴/۳۲۲	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹	۶۴۲۵/۲۳۲	۱/۰۰۰
خطای رد گیری شده	۶۲۴۰۳۰/۶۴۱	۶۲۴۰۳۰/۶۴۱	۶۰۲۵/۳۵۲	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹	۷۰۰۵/۱۲۲	۱/۰۰۰
سازگاری اجتماعی پیش- آزمون	۷/۲۳۲	۷/۲۳۲	۰/۶۴۵	۰/۲۱۶	۰/۱۱۱	۰/۶۴۴	۰/۱۲۴

متغیر مستقل (گروه)	۶۲۱۷۱۴/۶۵۳	۶۲۱۷۱/۶۵۳	۵۲۱۴/۳۲۲	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹	۶۲۴۵/۳۳۲	۱/۰۰۰
خطا	۴۵۲/۳۵۲	۸/۱۲۶	۳۹۴/۳۲۲	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹	۶۴۲۵/۳۳۲	۱/۰۰۰
مجموع	۱۴۳۶۲۷۷/۳۲۲						
مجموع تعدیل شده	۶۵۱۲۲۷/۳۴۷						

بر اساس سطح معنی داری، تأثیر متغیر همپراش (سازگاری اجتماعی)، از ۰.۰۵ بیشتر است و معنی دار نیست. بنابراین می توان گفت، همپراش بودن این متغیر، معنی دار نیست. ولی به هر حال، در این تحلیل، اثر همپراشی آنها حذف گردیده است. نیز بر اساس جدول بالا، سطح معنی داری تأثیر متغیر مستقل (گروه کنترل و آزمایش)، از ۰.۰۵ کمتر و معنی دار است. به این معنی که بعد از حذف اثر متغیرهای همپراش، باز هم تأثیر متغیر مستقل (گروه) معنی دار است. با توجه به ضریب اتای آن، میزان تأثیر این متغیر ۹۹ درصد و توان آماری آن معادل ۱ می باشد. با توجه نتایج به دست آمده، می توان بیان کرد برنامه آزمایشی، موثر بوده و میزان تأثیر امید درمانی گروه آزمایش بر سازگاری اجتماعی، با میزان تأثیر امید درمانی گروه کنترل بر سازگاری اجتماعی تفاوت معناداری دارد و بیشتر است. به طور کلی می توان نتیجه گرفت فرضیه تایید شده و امید درمانی گروهی بر سازگاری اجتماعی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی تأثیر دارد.

بحث و نتیجه گیری

حضور کودکی با کم توانی ذهنی در هر خانواده ای می تواند رویداد نامطلوب و چالش زا تلقی شود؛ از آنجایی که والدین قبل از تولد فرزندشان، انتظار یک کودک سالم با ویژگی های طبیعی دارند، تولد یک کودک کم توان ذهنی، موجبات احساس گناه و تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از طبیعی نبودن کودک را در والدین ایجاد می کند (طاهری و همکاران، ۲۰۱۲). مواجهه خانواده با پدیده مراقبت از افرادی که گرفتار ناتوانی جسمانی ذهنی و جسمی هستند، مانند مراقبت از سایر بیماری های ناتوان کننده مزمن، تنش زیادی برای مراقب و خانواده بیمار ایجاد می کند. به دلیل تنیدگی زابودن شرایط مراقبت، سلامتی و رفاه مراقبان اصلی بیمار دچار پیامدهای منفی می شود. (فرهادی و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین وجود کودک کم توان ذهنی در خانواده، با توجه به نیازهای مراقبتی خاص کودک، برای مادران که نسبت به بقیه بیشتر با کودک سروکار دارند، منبع تنش و ناسازگاری است. فشار روانی وارد بر این مادران به دلیل استمرار، علاوه بر سلامت جسمی و روحی آنها، سلامت و آسایش همسران، فرزندان سالم و نیز فرزند ناتوانشان و در سطحی وسیع تر سلامت و بهداشت روانی کل جامعه را متأثر خواهد کرد. آموزش امید درمانی گروهی بر ارتقاء خودکارآمدی و کاهش افسردگی و احساس تنهایی مؤثر است. بنابراین، با توجه به مبانی نظری، به نظر می رسد که امید درمانی منجر به افزایش سازگاری اجتماعی مادران کودکان مبتلا به کم توان ذهنی می شود. با توجه به مباحث فوق، هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی امید درمانی گروهی بر سازگاری اجتماعی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی بود.

نتایج به دست آمده با نتایج پژوهش (متیو، ۲۰۱۹)، کنعانی و گودرزی (۱۳۹۶) و مویدی و قاندرپور (۲۰۱۶) همسو بود. همه آنها به این نتیجه رسیدند امید درمانی گروهی بر سازگاری اجتماعی تأثیر دارد. از محدودیت های پژوهش حاضر، می توان از عدم تعمیم نتایج پژوهش به مادران با شرایط یکسان در دیگر شهرها، به دلیل وجود شرایط، امکانات و فرهنگ های متفاوت، عدم تعمیم نتایج به جامعه آماری پدران، وجود مشکلات اجرای جلسات آموزشی، توزیع پرسشنامه در شرایط کرونا نام برد. از طرفی با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می شود مادران در کارگاه های آموزشی روانشناختی شرکت کرده، در جهت ایجاد و

تقویت سازگاری اجتماعی خویش اقدام کنند. آموزش ببینند که به جای بحث با مردم، چگونه آرامش خود را حفظ کرده، راهکارها و مسائل را از زاویه دید خود و طرف مقابل ارزیابی و تحلیل نمایند. ساعات کاری خود چه در منزل و چه در محل کار را تعادل دهند و از کار کردن بیش از حد پرهیز کرده به آرامش و استراحت مورد نیاز خود بپردازند. همچنین پیشنهاد می شود این پژوهش در مدت زمان بیشتری (به طور مثال در طول یکسال) اجرا شود تا نتیجه قابل اطمینان تری بدست آید. زیرا شرایط روحی، جسمانی و وضعیت زندگی مادران و فرزندان آنها در زمان های مختلف دچار تغییر می شود. جهت دقت و صحت بیشتر پژوهش، تاثیرگذاری امیددرمانی بر وضعیت شغلی مادران، فعالیت های اجتماعی اوقات فراغت، روابط با خانواده، میزان حمایت اجتماعی درک شده مادر از سوی (همسر، فرزند، والدین، همسالان و دوستان، جامعه و همکاران)، نقش های همسری و والدی، و ... نیز بررسی گردند.

منابع

- [۱] امینی منش، س، نظری، ع، مرادی، ع، ولی اله، ف. (۱۳۹۳)، اعتیاد جوانان به بازی‌های آنلاین: نقش عزت نفس، اضطراب و افسردگی، مطالعات راهبردی ورزش و جوانان، دوره ۱۳، شماره ۲۵.
- [۲] اسدی گندمانی، ر، تیمورزاده، ل. (۱۳۹۳). بررسی رابطه عزت نفس و افسردگی با رضایت از تن انگاره در دانش آموزان نوجوان دختر، آینده پژوهی مدیریت (پژوهش‌های مدیریت)، دوره ۲۵، شماره ۱۰۰، صص ۱۳-۲۱.
- [۳] توکلی، غ. (۱۳۸۳). نقش خود واقعی و خود آرمانی در تکوین عزت نفس، تهران.
- [۴] رحمانی، ن، اکبرناتج بیشه، ک، علی‌پور، ح. (۱۳۹۱). بررسی مقایسه ای عزت نفس و افسردگی در فرزندان جانبازان و غیر جانبازان مدارس راهنمایی شاهد شهرستان ساری سال ۱۳۸۹-۱۳۹۰، طب جانباز، دوره ۴، شماره ۱۶، صص ۲۹-۳۴.
- [۵] سلحشور، م. (۱۳۸۴). افسردگی در کودکان و نوجوانان، پرتال جامع علوم انسانی، شماره ۳۱۷.
- [۶] شریفی، خ، مسعودی علوی، ن، تقریبی، ز، سوکی، ز، عسگریان، ف، اکبری، ح. (۱۳۹۰). بررسی رابطه عزت نفس مادران و دختران نوجوان آن‌ها، دوره ۱۵، شماره ۴، پی در پی ۶۰، صص ۳۵۳-۳۵۸.
- [۷] طلائیان زیرک، ز، کاظم‌زاده، م. (۱۳۹۴). رابطه افسردگی و عزت نفس در دانش آموزان دبیرستانی، دومین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی.
- [۸] گروسی، ب، رضوی نعمت الهی، و، اطمینان رفسنجانی، ع. (۱۳۹۲). بررسی رابطه افسردگی و عزت نفس با تصور از زنان باردار، بهداشت و توسعه، دوره ۲، شماره ۲، صص ۱۱۷-۱۲۷.
- [۹] لطفی کاشانی، ف، طاهری، ا، میرزایی، ح، مسعودی مقدم، ز. (۱۳۹۱). رابطه حمایت اجتماعی و عزت نفس با افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان، یافته‌های نو در روان‌شناسی (روان‌شناسی اجتماعی)، دوره ۸، شماره ۲۵، صص ۱۰۱-۱۱۵.
- [۱۰] شاملو، س. (۱۳۷۵). بهداشت روانی، چاپ نهم، انتشارات رشد.