



سال دهم • بهار و تابستان ۱۴۰۳ • شماره ۲۰

Biannual Journal of Islamic Psychology
Vol. 10, No. 20, Spring & Summer 2024

کارآمدی امیددرمانی اسلامی در شادکامی و رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم

فاطمه صالحی*

مبین صالحی**

زهرا صالحی***

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر امیددرمانی اسلامی در شادکامی و رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم بود. روش تحقیق از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون دو گروهی بود که شامل یک گروه گواه و یک گروه آزمایش بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم بودند که در سال ۱۴۰۲ به یک مرکز آموزشی توان‌بخشی اتیسم در شهر قم مراجعه کرده بودند. تعداد شرکت‌کنندگان هر گروه ۱۲ نفر بودند و مداخله در ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای صورت گرفت. متغیرهای وابسته، مقیاس شادکامی فاعلی و رضایت از زندگی در دو مرحله بررسی گردید. یافته‌ها نشان‌دهنده تفاوت معنادار گروه کنترل و آزمایش در رضایت از زندگی و شادکامی بود. نتایج نشان داد پروتکل امیددرمانگری اسلامی روشی مؤثر در افزایش شادکامی و رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم است. بنابراین پروتکل ارائه‌شده قابل استفاده در فرایند مداخله برای این افراد است.

کلیدواژه‌ها: امیددرمانی اسلامی، شادکامی، رضایت از زندگی، مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، اتیسم.

* دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی اسلامی مثبت‌گرا، دانشکده غیرانتفاعی الهیات و معارف اسلامی هدی، قم، ایران

(نویسنده مسئول: fatemesalehi@gmail.com)

** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه طلوع مهر، قم، ایران

*** دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۱/۲۴؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۰۵

مقدمه

امروزه مراقبین غیررسمی،^۱ از جمله والدین و اقوام بیمار از عوامل باارزش در درمان بیماران در نظر گرفته می‌شوند (ژلیکیبکوف،^۲ ۲۰۲۴، مارساک و هاپ،^۳ ۲۰۱۹؛ اوگستون^۴ و همکاران، ۲۰۱۱)؛ به همین دلیل والدین نقش مؤثری در درمان فرزندان مبتلا به اختلال‌های مزمن دارند. با این حال، روحیه بسیاری از والدین تضعیف شده و از امید کافی برای امر مراقبت از فرزندان خود برخوردار نیستند؛ یعنی برای اجرای فنون درمانی توصیه‌شده توسط روان‌شناس قدرت اراده^۵ لازم را ندارند (چیونز^۶ و همکاران، ۲۰۰۶a).

مادران کودکانی که ناتوانی‌های تحولی دارند با خطراتی برای سلامتی و سازگاری روانی خود مواجه هستند (آیزنهاور^۷ و همکاران، ۲۰۰۹). یکی از اختلال‌های عصبی - تحولی، اختلال طیف اتیسم (ASD) است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). مادران کودکان مبتلا به اتیسم فشار روانی بیشتری را نسبت به مادران کودکان مبتلا به نشانگان داون و کم‌توانی ذهنی تجربه می‌کنند (هستینگز^۸ و همکاران، ۲۰۰۴، ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶). به نظر می‌رسد علت این میزان فشار روانی، متغیر بودن اختلال اتیسم باشد که مانع طراحی یک برنامه درمانی استاندارد می‌شود؛ همچنین والدین از دسترسی به راهنمایی مناسب و دریافت خدمات درمانی مناسب محروم هستند. این کودکان نشانه‌های ناسازگارانه فراوان دارند که باعث فشار بیشتری بر والدین می‌شود؛ علاوه بر اینکه معمولاً تشخیص اختلال، دیر انجام می‌گیرد که باعث طولانی‌تر شدن فشارها می‌گردد؛ از این گذشته فقدان پیش‌آگهی روشن برای این اختلال باعث می‌شود والدین در برنامه‌ریزی برای آینده دچار چالش شوند، که به‌طور کلی این تردیدها برای والدین فشارآور است (وایس،^۹ ۲۰۰۲؛ راسکام و میکولاژاک،^{۱۰} ۲۰۲۳).

به سبب دلایلی که مطرح شد، مادران کودکان مبتلا به ASD از امید و رضایت از زندگی بسیار

1. Informal

2. Zhylybekova, A

3. Marsack, C. N., & Hopp, F. P

4. Ogston. P L.

5. Agency

6. Cheavens. J. S

7. Eisenhower A. S

8. Hastings. R.P

9. Weis. M. J

10. Roskam, I., & Mikolajczak, M

کمتری از مادران کودکان عادی برخوردارند (کیانی^۱ و همکاران، ۲۰۲۲؛ لاندون، شپرد و گوداک، ۲۰۱۸؛ هاشم‌زاده و امیری مجد، ۱۳۹۴) و به دنبال منابعی برای شادکامی، معنا و بهزیستی بیشتر هستند (چا و فرنس، ۲۰۲۳). مطالعه کاستیکوف، پونیفیرسکی، جانوفسکا و سامبورسکی^۴ (۲۰۲۱) نیز تفاوت معناداری را در احساس شادکامی و سطح افسردگی والدین کودکان مبتلا به ASD در مقایسه با والدین کودکان عادی نشان داد.

معمولاً علت نگرانی والدین درباره آینده کودک به مسائل مالی، استقلال جسمانی، تحصیل و اشتغال آینده کودک بازمی‌گردد (هیمن، ۲۰۰۲)^۵؛ هرچند همه والدین احساس مسئولیت نسبت به مراقبت از کودکان دارند، اما وقتی کودک دچار ناتوانی باشد احساس مسئولیت والدین تشدید می‌شود که نیاز به زمان و انرژی اضافی دارد و در نتیجه بار نگرانی را اضافه می‌کند. برای والدین کودکان مبتلا به طیف اتیسم نگرانی شدید، مانعی برای این موارد است: پاسخ‌دهی به نیازهای کودک دارای ناتوانی، پاسخ‌دهی به نیازهای فرزندان دیگر، روابط زناشویی، زندگی شغلی، نیازهای شخصی. مادران کودکان مبتلا به اتیسم امید کمتر و نگرانی بیشتری نسبت به آینده نشان می‌دهند، اما مادرانی که دارای امید بالا هستند نگرانی کمتری را تجربه می‌کنند. این مادران برای رسیدن به اهدافشان برنامه‌ریزی می‌کنند، از این رو وقت کمتری را برای نگرانی صرف می‌کنند (اوگستون و همکاران، ۲۰۱۱).

تحقیقات نشان می‌دهد که امید، عاملی حفاظتی^۶ در مقابل پریشانی روانی است. بر اساس پژوهش‌های تجربی، استفاده از امید در مانگری باعث افزایش افکار امیدوارانه می‌شود و هم‌زمان علائم منفی را کاهش می‌دهد (چیونز و همکاران، ۲۰۰۶b). مطالعات در حوزه‌های مختلف ناتوانی، سازه امید را پیش‌بینی قوی برای رضایت از زندگی نشان داده‌اند (چن^۷ و کرو، ۲۰۰۹). از سویی امید بالا، پریشانی که حاصل فشارهای وارد بر مراقبان است را کاهش می‌دهد (مگیار - مو، ۲۰۰۹).

1. Kiani, A
2. Landon, J., Shepherd, D., & Goedeke, S
3. Chau, W. M. W., & Furness, P. J
4. Kostiukow, A., Poniewierski, P., Janowska, D., & Samborski, W
5. Heiman. T
6. Protective Factor
7. Chen, R.K. & Crewe. N.M
8. Magyar-Moe. J.L



آقابابایی (۱۳۹۴) در بررسی پژوهش‌های مختلف نشان داد دو متغیر مرتبط با امید که تحت تأثیر آن افزایش می‌یابند، شادکامی و رضایت از زندگی^۱ است. اسنایدر و همکاران (۱۹۹۷، ۲۰۰۲) نیز با انجام پژوهش‌های روزافزون تأثیر مداخله‌های مبتنی بر نظریه امید را در متغیرهای مختلفی از جمله رضایت از زندگی، شادکامی، نشان دادند.

کاربست نظریه امید اسنایدر در روان‌درمانگری منجر به شکل‌گیری و طراحی برنامه‌های مداخلاتی برای افزایش نظام‌مند امید در مراجعان شده است (وایس و اسپریداکوس، ۲۰۱۱). اما در تأثیر امید درمانگری نباید از عوامل مؤثر مختلف غافل شد. یکی از عوامل دین‌داری و مسائل فرهنگی مراجع است. با نگاهی اجمالی به نظریه اسنایدر و درمان‌های برگرفته از آن مشاهده می‌شود که آنها به بعد معنوی انسان کمتر توجه نموده‌اند و در صورت توجه نیز معنویت بدون دین را مد نظر دارند. برای نمونه وقتی درباره هدف بحث می‌شود، اهداف را به صورت سکولار می‌بینند (اسنایدر، ۲۰۰۰). علت این است که در روان‌درمانگری‌های امروزی هنوز توجه به مبدأ و معاد، که اساس معنویت انسان است، به‌طور واضح محل توجه قرار نگرفته است و درمان اغلب در چارچوب رابطه انسان با خود و هستی اطرافش تنظیم می‌شود (جان‌بزرگی، ۱۳۹۴). از این‌رو لازم است با مراجعه به متون اصیل دین اسلام که نگاهی صحیح و همه‌جانبه به انسان و ابعاد مختلف او دارند، مفهوم امید و مؤلفه‌های آن را بررسی و استخراج نمود و در قالب یک نظریه چندبعدی ارائه نمود.

مباحث امید در آیات و روایات زیادی مورد بحث و بررسی قرار گرفته است و دانشمندان اسلامی نیز آن را از زوایای مختلف از جمله از حیث تأثیرات مختلف آن بر زندگی انسان مورد پژوهش قرار داده‌اند. قرآن امید را عاملی مهم در حرکت و زندگی بشر می‌داند و بیان می‌کند که امید وی را به سوی کار سوق می‌دهد (کهف: ۱۱۰).^۲ فیض کاشانی امید را به‌عنوان یک مقوله هیجانی قلمداد می‌کند و آن را شادمانی درونی بیان می‌نماید: «امید شادمانی دل‌به‌خاطر انتظار چیزی است که آن محبوب اوست» (فیض کاشانی، ۱۳۷۹، ص ۳۱۱). شیا، چنگ، چیانگ و تم^۳ (۲۰۱۵) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که گروه‌های دینی مختلف از مسیرهای متفاوتی به رضایت از

1. Happiness & Life Satisfaction

۲. فَمَنْ كَانَ يَرْجُوا لِقَاءَ رَبِّهِ فَلْيَعْمَلْ عَمَلًا صَالِحًا

3. Shiah. Y, Chang. F, Chiang. S. & Tam. W.C

زندگی و شادکامی دست می‌یابند، که یکی از مسیرهای عمده امیدواری است؛ به این ترتیب که دین به افراد امید می‌دهد و امیدواری نیز پیش‌بینی‌کننده رضایت از زندگی، شادکامی، حرمت خود و بسیاری از شاخص‌های دیگر سلامت روان است (وایس و اسپریداکوس،^۱ ۲۰۱۱؛ وانک و مارسینکفسکی،^۲ ۲۰۱۴).

با توجه به اهمیت توجه به دین‌داری و از سویی وجود سازه امید در آموزه‌های اسلامی در بین بسته‌های امیددرمانی مختلف، بسته‌ای که بتواند به لحاظ ساختار جلسات مناسب مراقبان کودکان مبتلا به ASD باشد و به لحاظ محتوایی دربرگیرنده مؤلفه‌های امید در متون اسلامی باشد، پروتکل امیددرمانی اسلامی صالحی و همکاران (۱۳۹۵) تشخیص داده شد. در این پروتکل با توجه به مبانی اسلامی امید، جلسات آموزشی - درمانی و فنون خاصی تدوین شده است. در این پروتکل درمانی علاوه بر سه مؤلفه هدف، مسیر و عاملیت که در الگوی امید اسنادی وجود دارد، به اسباب فرامادی و اتکا بر خداوند نیز تأکید شده است.

به‌رغم تأثیر مثبت پروتکل امیددرمانی اسلامی صالحی و همکاران (۱۳۹۵) در گروه‌های مختلف (مانند افراد مبتلا به ام. اس.، صالحی و همکاران، ۱۳۹۵ و افراد محروم اجتماعی - اقتصادی، تبریزیان، صالحی و رفیعی‌هنر، ۱۳۹۹)، و از سوی دیگر ضرورت توجه به ناامیدی و مشکلات رضایتمندی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، این تحقیق درصدد متناسب‌سازی پروتکل امیددرمانی اسلامی صالحی و همکاران (۱۳۹۵) برای مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم و بررسی تأثیر آن در شادکامی و رضایت از زندگی آنهاست؛ بنابراین مسئله تحقیق این است که آیا امیددرمانگری با رویکرد اسلامی بر شادکامی و رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به اتیسم کارآمد است؟

روش پژوهش

با توجه به دست‌کاری متغیر مستقل و انتساب تصادفی، روش تحقیق در این پژوهش از نوع تمام‌آزمایشی بود. طرح آزمایش نیز پیش‌آزمون پس‌آزمون دو گروهی، شامل یک گروه کنترل و یک

1. Weis, R., & Speridakos, E

2. Wnuk, M., & Marcinkowski, J. T



گروه آزمایش بود (جدول ۱) (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۵). پیش و پس از اجرای مداخلات انجام‌شده که ۲ ماه (۸ جلسه، هفته‌ای یک جلسه) طول کشید، از هر دو گروه آزمون گرفته شد.

جدول ۱: طرح آزمایش

گروه	پیش‌تست	کاربندی	پس‌تست
آزمایش R	O1	X	O2
کنترل R	O3	-	O4

جامعه آماری کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم شهر قم در سال ۱۴۰۲ بودند که برای درمان کودکان‌شان به «مرکز روزانه آموزشی توان‌بخشی طیف اتیسم آسمان» مراجعه کردند. این مرکز از میان مراکز اتیسم استان قم انتخاب شد. علت انتخاب این مرکز از میان سایر مراکز، اعلام آمادگی و همکاری مدیر مرکز، وجود شرایط و امکانات مورد نیاز برای اجرای جلسات آموزشی و در دسترس بودن برای شرکت‌کنندگان بود.

در یک نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به اتیسم «مرکز روزانه آموزشی توان‌بخشی طیف اتیسم آسمان» متقاضی شدند. این تعداد به روش انتساب تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش ۱۵ نفره جایگزین شدند. البته در پایان و پس از ریزش شرکت‌کنندگان دو گروه، در هر گروه ۱۲ نفر باقی ماند.

معیار ورود به این نمونه، شامل داشتن فرزند مبتلا به اتیسم بود، که دست‌کم یک سال از تشخیص آن گذشته باشد. همچنین معیارهای عدم ورود به نمونه، شامل داشتن اختلالات سایکوتیک و یا افسردگی شدید بود. معیار خروج از نمونه نیز غیبت بیش از سه جلسه در نظر گرفته شد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس شادکامی فاعلی (لیوبمیرسکی و لپر،^۱ ۱۹۹۹): مقیاس شادکامی فاعلی دارای چهار ماده است و شرکت‌کنندگان آزمون در یک مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرتی به آن پاسخ می‌دهند. نمره مقیاس بر اساس محاسبه نمرات همه گویه‌ها که حداقل ۴ و حداکثر ۲۸ است، حاصل می‌شود. این مقیاس شادکامی، افراد را به صورت مستقل و در مقایسه با هم‌تایان بررسی می‌کند.

اعتبار درونی مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ از ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (لیوبمیرسکی و

1. Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S

همکاران، ۲۰۰۶). در پژوهش کوزادا، لاندرو و گونزالز^۱ (۲۰۱۶) روایی تشخیصی (واگرا) مقیاس شادکامی فاعلی با مقیاس استرس ادراک شده منفی بود. در پژوهش لیوبومیرسکی و لپر (۱۹۹۲) مشخص شد که دارای ثبات درونی است و همبستگی بالای آزمون - بازآزمون حاکی از اعتبار قابل قبول آن بود؛ همچنین مطالعه روایی سازه مقیاس، روایی هم‌گرا و واگرای آن را تأیید کرد و نشان داد این ابزار برای اندازه‌گیری شادکامی فاعلی قابل استفاده است. ضریب آلفای کروناخ نسخه فارسی برابر با ۰/۷۶ و همبستگی آن با مقیاس رضایت از زندگی از ۰/۴۳ تا ۰/۴۷ گزارش شده است (بیانی، کوچکی و گودرزی، ۱۳۸۶). یافته‌های دیگر حاکی از روایی هم‌گرای این مقیاس هستند (آقابابی، فراهانی و فاضلی مهرآبادی، ۱۳۹۰). نمره این مقیاس، متغیر وابسته شادکامی را در پژوهش حاضر نشان می‌دهد.

مقیاس رضایت از زندگی (دینر، ۲۰۰۹): مقیاس رضایت از زندگی پنج ماده دارد و تک عاملی است. این مقیاس برای سنجش بُعد شناختی بهزیستی فاعلی ساخته شده است (دینر، ۲۰۰۹). مقیاس رضایت از زندگی مفهوم رضایت از زندگی را به صورت کلی در نظر می‌گیرد، نه با توجه به زیرمقیاس‌هایی خاص (دینر و همکاران، ۱۹۸۵؛ پوت^۲ و دینر، ۱۹۹۳). از لحاظ مفهومی این مقیاس تفاوت یا توازن میان موفقیت‌های زندگی و انتظارات زندگی را می‌سنجد. در اجرای این مقیاس شرکت‌کنندگان به پنج گویه آن بر اساس مقیاس ۷ نمره‌ای لیکرت پاسخ می‌دهند، که از کاملاً مخالفم (= ۱) تا کاملاً موافقم (= ۷) دامنه دارد. نمره مقیاس بر اساس محاسبه نمرات همه گویه‌ها که حداقل ۵ و حداکثر ۳۵ است، حاصل می‌شود.

اعتبار مقیاس با روش آلفای کروناخ برابر با ۰/۸۷ و با روش بازآزمایی با فاصله دو ماهه برابر با ۰/۸۲ به دست آمد (دینر و همکاران، ۱۹۸۵). در پژوهش مروری پوت و دینر (۱۹۹۳) روایی هم‌گرای مناسبی میان این مقیاس و سایر مقیاس‌هایی که بهزیستی فاعلی را می‌سنجد یافت شد؛ همچنین روایی تشخیصی این مقیاس با مقیاس‌های بهزیستی هیجانی مشاهده شده است.

این مقیاس در ایران توسط بیانی و همکاران (۱۳۸۶) اعتباریابی شده است. به گزارش آنان اعتبار این مقیاس با استفاده از روش آلفای کروناخ ۰/۸۳ و با روش بازآزمایی ۰/۶۹ به دست آمد. در بررسی روایی

1. Quezada, L., Landero, R., & González, T. G

2. Pavot, W. G

سازه مقیاس از طریق روایی هم‌گرا با استفاده از فهرست شادکامی آکسفورد (OHI) و فهرست افسردگی بک (BDI)، به ترتیب همبستگی مثبت و منفی معنادار حاصل شد (بیانی و همکاران، ۱۳۸۶). نمره این مقیاس، متغیر وابسته رضایت از زندگی را در پژوهش حاضر نشان می‌دهد.

پروتکل امیددرمانگری اسلامی: پروتکل امیددرمانگری اسلامی (صالحی، جان‌بزرگی و پسندیده، ۱۳۹۵) دارای ۸ جلسه است و هر جلسه (به‌جز جلسه اول و آخر) چهار بخش دارد: بخش اول که در حدود ۱۰ دقیقه طول می‌کشد به بحث درباره فعالیت‌های هفته گذشته اختصاص می‌یابد. در طول این مدت تکلیف جلسه قبل بررسی می‌شود؛ در بخش دوم که در حدود ۱۵ دقیقه طول می‌کشد به آموزش روانی و بحث گروهی برای درک منطق آن با افراد گروه پرداخته می‌شود. در این بخش هر هفته به مراجع یک مهارت جدید مربوط به امید آموخته می‌شود. این مهارت‌ها در سه طبقه کلی جای می‌گیرند: ۱. مؤلفه هدف؛ ۲. مؤلفه اسباب («شامل الف) اسباب مادی؛ ب) اسباب فرامادی»؛ ۳. مؤلفه عاملیت (قدرت اراده) («شامل الف) عاملیت الهی (تکیه بر خداوند)؛ ب) عاملیت شخصی (انتظار مثبت)»؛ بخش سوم که در حدود ۱۵ دقیقه به طول می‌انجامد صرف بحث درباره شیوه‌های کاربست این مهارت‌ها در زندگی می‌شود؛ سرانجام، آخرین ۵ دقیقه هر جلسه به کار فردی هفته آتی اختصاص می‌یابد. هر هفته از مراجع خواسته می‌شود تکلیفی را که برای کمک به او جهت به‌کار بستن مهارت‌های امید در زندگی روزمره طراحی شده است، انجام دهد. در آغاز از فرد خواسته می‌شود که هدف خاصی را برای کار کردن در طول دوره اجرای پروتکل انتخاب کند، علاوه بر اینکه یاد بگیرد مهارت خاص هر جلسه را برای آن هدف به‌کار ببندد. در جدول ذیل به‌صورت اجمالی اهداف جلسات، محتوای آموزشی و تکالیف هر جلسه مطرح شده است. روایی پروتکل امیددرمانگری اسلامی توسط متخصصان اسلام‌شناس و روان‌شناس تأیید شده است ($W = 0/145; p < 0/01$) (صالحی و همکاران، ۱۳۹۵)؛ همچنین برای سنجش روایی محتوا به روش کمی از دو ضریب نسبت روایی محتوی (CVR) و شاخص روایی محتوی (CVI) با کمک پانل خبرگان استفاده شد، که با توجه به تعداد پانل خبرگان که ۱۱ نفر بودند و در نظر گرفتن معیار بالاتر از ۰/۵۹ در جدول لاوشه، نسبت روایی محتوا تأیید و برای تأیید شاخص روایی محتوا نیز از معیار بالاتر از ۰/۷۹ استفاده شد.

برای متناسب‌سازی پروتکل صالحی و همکاران (۱۳۹۵) برای مادران کودکان مبتلا به ASD،

بخشی از محتوای جلسه اول به اختلال طیف اتیسم و مشکلات مادرانشان اختصاص یافت و در جلسات بعد صرفاً مثال‌های استفاده‌شده برای مسائل مادران این کودکان متناسب‌سازی شد. این تغییرات توسط سازنده پروتکل اصلی صورت گرفت. با توجه به اینکه ساختار جلسات و از سوی دیگر محتوای جلسات تغییر جدی پیدا نکرد، مجدداً فرایند پیچیده روایی‌یابی پروتکل اولیه، به امکان‌سنجی پروتکل تغییر یافته محدود شد. در این روش، امکان اجرا برای این گروه و اثربخشی آن در عمل بررسی و تأیید شد.

جدول ۲: پروتکل امیددرمانگری مبتنی بر اساس منابع اسلامی

جلسه	اهداف	محتوای آموزشی	تکلیف
۱	معرفی چرخه امید و ناامیدی در مراقبین کودکان مبتلا به ASD و مؤلفه‌های امید از دیدگاه اسلام و چهار ویژگی کودکان مبتلا به ASD	بیان چرخه امید و ناامیدی در مراقبین کودکان مبتلا به هدف (رتبه‌بندی چند هدف در چند حوزه زندگی با توجه به سعادت اخروی)	نوشتن فهرست اهدافی در حوزه‌های مختلف زندگی با توجه به سعادت و رتبه‌بندی آنها
۲	معرفی الگوی امید در اسلام و ویژگی‌های هدف مناسب	آموزش تعیین اهداف با توجه به رضایت خداوند، چالش‌برانگیز بودن و سودمندی	تنظیم فهرست اهداف بر اساس رضایت خداوند، چالشی بودن و سودمندی
۳	روش‌های تعیین اهداف مناسب	قابل دسترس نمودن اهداف با توجه به محدودیت عمر، عینی‌سازی اهداف، تعیین اهداف در چارچوب روی‌آوری و تعیین خرده‌اهداف	تنظیم مجدد فهرست اهداف بر اساس محدودیت عمر، عینی‌سازی، روی‌آوری بودن و داشتن خرده‌اهداف
۴	نیرومند شدن و بانگیزه ماندن برای دنبال کردن اهداف	آموزش عاملیت شخصی، عاملیت الهی به‌عنوان تکیه‌گاه مطمئن، ویژگی‌های تکیه‌گاه و وظایف شناختی، رفتاری و عاطفی فرد تکیه‌کننده	تمرین‌هایی برای افزایش انگیزه با استفاده از افزایش وظایف شناختی، رفتاری و عاطفی فرد نسبت به تکیه‌گاه
۵	آموزش مؤلفه قدرت مسیر امید	آموزش اسباب مادی و فرامادی امید با استفاده از معرفی شش راهبرد	توجه به ویژگی‌های اسباب فرامادی، یاری‌جویی از خدا، انجام/ترک اعمال متناسب/مخالف با هدف، کمک به دیگران برای اهداف مشابه، داشتن چند مسیر، تجسم ذهنی طی کردن گام‌ها و رسیدن به هدف
۶	مقابله با موانع هدف	آموزش موانع درونی و برونی مسیر و روش‌های مقابله با آنها (روش‌های شناختی - رفتاری و شناختی - عاطفی)	انتخاب مسیر جایگزین، دور زدن موانع، یاری‌جویی از خدا، انتظار کشیدن برای موانع، لذت بردن از خود فرایند پیگیری هدف
۷	مقابله با موانع هدف	آموزش مفهوم صبر و معرفی دو راهبرد پذیرش بنیادین و ارزیابی خیرگرا	پذیرش بنیادین و ارزیابی خیرگرا
۸	آموزش لغزش و عود	شیوه‌های اجتناب از وقوع عود و تبدیل لغزش به عود، تکمیل پرسش‌نامه‌ها	-

روش اجرای پژوهش

ابتدا با تماس تلفنی با مدیران مراکز توان‌بخشی و آموزشی اختلال طیف اتیسم و بررسی امکانات و



امکان اجرای پژوهش در آن مکان‌ها، «مرکز روزانه آموزشی توان‌بخشی طیف اتیسم آسمان» انتخاب شد. در گروه مجازی این مرکز پوستر تشکیل دوره بارگذاری شد؛ همچنین پوستر در محل مرکز نیز نصب شد. پس از ثبت نام و تقسیم به دو گروه، جلسات برای گروه آزمایش انجام شد. جلسات صبح‌ها از ساعت ۹ تا ۱۱:۳۰ برگزار و بین جلسات پذیرایی نیز با چای و کیک انجام می‌شد. در ابتدای جلسه اول و در جلسه هشتم پرسش‌نامه‌ها توزیع شد؛ همچنین پرسش‌نامه‌های گروه کنترل در محل مرکز و توسط پژوهشگر توزیع شد. برای ترغیب شرکت‌کنندگان، هدایایی مالی، با وعده قبلی (در پوستر) در جلسه هشتم به صورت قرعه‌کشی بین شرکت‌کنندگان توزیع شد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این پژوهش علاوه بر استفاده از روش‌های توصیف آماری (جداول، نمودارها، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی) جهت توصیف اطلاعات جمعیت‌شناختی و متغیرهای پژوهشی، برای آزمون فرضیه‌های پژوهشی از آزمون استنباط آماری تحلیل کواریانس یک‌راهه (ANCOVA) استفاده می‌شود. علت استفاده از این آزمون آماری وجود پیش‌آزمون است، که به‌عنوان متغیر تصادفی کمکی (هم‌پراش)^۱ لحاظ می‌شود و لازم است اثر آن حذف شود (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۵)؛ همچنین به منظور افزایش دقت در تحلیل‌های آماری از بسته آماری SPSS، نسخه ۲۴ استفاده گردید.

ملاحظات اخلاقی

برای رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت‌کنندگان پژوهش اطمینان داده شده که اطلاعات‌شان محرمانه خواهد ماند. شرکت در پژوهش داوطلبانه بود و برای گروه کنترل پس از پایان پژوهش مداخله انجام شده برای گروه آزمایش ارائه شد.

یافته‌های پژوهش

بر اساس داده‌های جمعیت‌شناختی از لحاظ سن، تحصیلات و وضعیت تأهل شرکت‌کنندگان دو گروه بر اساس شاخص‌های مرکزی و پراکندگی، میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش به ترتیب ۲۸/۲۵ و ۴/۷۳ و گروه کنترل ۲۹/۷۵ و ۵/۲۱ بود.

در ادامه در جدول ۲، تغییرات میانگین نمرات شادکامی و رضایت از زندگی در دو گروه

1. Covariate

پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات شادکامی و رضایت از زندگی در دو گروه در دو مرحله اندازه‌گیری

متغیر	گروه	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
رضایت از زندگی	آزمایش	میانگین	۱۸/۹	۲۲/۲۵
	کنترل	SD	۶/۸۵	۶/۲۱
شادکامی	آزمایش	میانگین	۹/۱۶	۱۴/۱۶
	کنترل	SD	۳/۹۱	۲/۸۲
رضایت از زندگی	آزمایش	میانگین	۱۲/۴۱	۱۰/۷۵
	کنترل	SD	۴/۷۷	۴/۲۶



۵۷

کارآمدی امیددرمانی اسلامی در شادکامی و رضایت از زندگی مادران...

بر اساس مشاهده تغییرات میانگین در جدول ۲، مشخص می‌شود که تغییرات دو متغیر در دو مرحله اندازه‌گیری افزایشی بوده است؛ در مقابل، در گروه کنترل، تغییرات افزایشی مشاهده نمی‌شود. برای مشخص شدن معناداری تغییرات و مقایسه‌پذیر کردن آنها در ادامه از روش‌های آماری پیچیده‌تر استفاده شد.

در ابتدا پیش از استفاده از تحلیل کوواریانس مفروضه یکسانی واریانس‌های گروه‌ها قبل از مداخله که از شرایط تحلیل واریانس است، بررسی شد (جدول ۳)؛ سپس فرض موازی بودن شیب خطوط رگرسیون دو گروه (همگنی ضرایب رگرسیون) مشخص شد (جدول ۴).

جدول ۳: بررسی مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون گروه‌ها برای اجرای تحلیل کوواریانس

متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P
رضایت از زندگی	۱۷/۶۰	۱	۱۷/۶۰	۲/۳۰	۰/۱۴۵
شادکامی	۱۲/۵۸	۱	۱۲/۵۸	۱/۸۲	۰/۱۹

جدول ۴: آزمون لوین برای بررسی مفروضه تساوی خطای واریانس برای اجرای تحلیل کوواریانس

متغیر	F	df1	df2	P
رضایت از زندگی	۲/۰۲	۱	۲۲	۰/۱۶۹
شادکامی	۰/۰۲	۱	۲۲	۰/۸۸

در بررسی همگنی ضرایب رگرسیون گروه‌ها (جدول ۳) مشخص شد که تعامل میان شرایط آزمایشی و متغیر هم‌پراش برای هر دو متغیر رضایت از زندگی و شادکامی (به ترتیب ۰/۱۹، ۰/۱۴۵) $(P = ۰/۱۴۵)$ معنادار نیست. به عبارت دیگر، شیب خط رگرسیون برای هر دو شرایط آزمایشی یکسان است؛ در واقع در اینجا با توجه به اینکه فرضیه صفر «عدم تفاوت ضرایب رگرسیون» رد نشده است، مدل کوواریانس مناسب خواهد بود (هومن، ۱۳۸۴)؛ از سوی دیگر در اجرای آزمون لوین (جدول ۴) نیز برای دو متغیر رضایت از زندگی و شادکامی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۱۶۹ $P = ۰/۱۶۹$ حاصل شد، که معنادار نیست و نشان می‌دهد داده‌ها مفروضه تساوی خطای واریانس را زیر سؤال نبرده‌اند.

جدول ۵: جدول خلاصه تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای اثر درمان بر رضایت از زندگی در پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

H	P	F نسبت	میانگین مجزورات	df	مجموع مجزورات	منبع تغییر
۰/۷۹	۰/۰۰۱	۸۰/۷۹	۶۵۶/۵۲	۱	۶۵۶/۵۲	هم‌پراش
۰/۳۹	۰/۰۰۱	۱۳/۷۴	۱۱۱/۶۹	۱	۱۱۱/۶۹	اثر اصلی (درمان)
			۸/۱۲	۲۱	۱۷۹/۶۴	خطای باقیمانده
				۲۴	۱۲۳۵۸	کل

بر اساس جدول ۵، تحلیل کوواریانس یک‌راهه نشان داد که با حذف اثر نمره‌های رضایت از زندگی در پیش‌آزمون به عنوان متغیر هم‌پراش، اثر اصلی متغیر درمان بر نمره‌های رضایت از زندگی در پس‌آزمون معنادار نیست $(P = ۰/۰۰۱, F(۱, ۲۱) = ۱۳/۷۴)$. به عبارت دیگر، با توجه به اینکه سطح احتمال نسبت $F(۱۳/۷۴)$ از اندازه بحرانی ۰/۰۰۱ کوچک‌تر است، معنادار بوده و نشان‌دهنده تأثیر درمان در رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم است؛ بنابراین امید در مانگری اسلامی باعث افزایش رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم در فاصله پیش‌آزمون و پس‌آزمون شده است.

جدول ۶: جدول خلاصه تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای اثر درمان بر شادکامی در پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

η	P	F نسبت	میانگین مجزورات	df	مجموع مجزورات	منبع تغییر
۰/۴۷	۰/۰۰۱	۱۹/۱	۱۳۷/۱	۱	۱۳۷/۱	هم‌پراش
۰/۴۷	۰/۰۰۱	۱۸/۶۳	۱۳۳/۷۸	۱	۱۳۳/۷۸	اثر اصلی (درمان)
			۷/۱۷	۲۱	۱۵۰/۷۶	خطای باقیمانده
				۲۴	۴۰۸۳	کل

بر اساس جدول ۶، تحلیل کوواریانس یک‌راهه نشان داد که با حذف اثر نمره‌های شادکامی در پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر هم‌پراش، اثر اصلی متغیر درمان بر نمره‌های شادکامی در پس‌آزمون معنادار است ($F(1, 21) = 18/63, P = 0/001$). به عبارت دیگر، با توجه به اینکه سطح احتمال نسبت $F(18/63)$ از اندازه بحرانی $0/01$ کوچک‌تر است، معنادار بوده و نشان‌دهنده تأثیر درمان در شادکامی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم است؛ بنابراین امیددرمانگری اسلامی باعث افزایش شادکامی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم در فاصله پیش‌آزمون و پس‌آزمون شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد امیددرمانگری با رویکرد اسلامی بر شادکامی و رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم مؤثر است. همسو با این یافته، عبدالخالک^۱ و همکاران نیز در چند پژوهش (۲۰۱۲ و ۲۰۱۴) رابطه دین با شادی و سلامت روانی را در جوامع مختلف نشان دادند. همچنین پژوهش‌های سابق اثربخشی امیددرمانی اسلامی را با ابعاد سلامت روان نشان دادند (صالحی و همکاران، ۱۳۹۵، تبریزیان، صالحی و رفیعی‌هنر، ۱۳۹۹). در مجموع با توجه به اینکه در پروتکل اجراشده در پژوهش حاضر مبنای محتواها و اهداف جلسات بر اساس آموزه‌های اسلامی بوده (ر.ک: روایی محتوایی پروتکل امیددرمانی در پژوهش صالحی و همکاران (۱۳۹۵)، می‌توان استنباط نمود که تمسک به دین از راهبردهای افزایش شادی و رهایی از غمگینی است (اریلماز،^۲ ۲۰۱۴؛ تکاچ^۳ و لیوبومرسکی، ۲۰۰۶). همچنین پژوهش‌هایی که از امیددرمانگری مبتنی بر رویکرد اسنایدر استفاده کرده بودند، همسو با پژوهش کنونی، افزایش امید را در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم یافتند (خواص و صالحی، چاپ نشده).

در طول جلسات نکته‌ای برجسته که به تبیین اثربخش امیددرمانی کمک می‌کند، علاقه مشهود شرکت‌کنندگان به مباحث اسلامی بود، که گاه بحث‌های طولانی و ارائه مثال‌های شخصی را در پی داشت. به‌ویژه در جلسات پایانی که مفاهیمی مانند پذیرش، قسمت، تسلیم و صبر مطرح می‌شد.

1. Abdel-Khalek, A. M
2. Eryilmaz, A
3. Tkach, C



درواقع می‌توان گفت علاقه و اعتماد به مباحث دینی به هنگام ارائه درمانگری با جهت‌گیری دینی، رفتارها و شیوه‌های مقابله‌ای برای افراد، مانوس‌تر جلوه می‌کند و همین امر پذیرش آن را آسان‌تر نموده و مقاومت‌ها را نسبت به تغییر از بین می‌برد (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸). مؤید قوی‌تر این نکته جهت‌گیری خودجوش مباحث به سمت مفاهیم دینی بود، حتی در هنگام ارائه مباحث خنثی و غیردینی توسط درمانگر.

با توجه به اینکه در پروتکل امیددرمانی مطالب دینی اشراب شده بود، به نظر می‌رسد هم به صورت مستقیم توانسته به بهبود شادکامی و رضایتمندی شرکت‌کنندگان کمک کند، هم به صورت غیرمستقیم. شرکت‌کنندگان به مرور آگاهی بیشتری از مبدأ آفرینش خود می‌یافتند و ارتباط امیدوارانه‌تری با خداوند برقرار می‌کردند. و چنانچه دینر و بیسواس - دینر^۱ (۲۰۰۸) اشاره کرده‌اند، سازوکارهایی مانند پیوند با چیزی پایدار و بااهمیت که می‌تواند موجب آرامش، معنا و احساس هویت شود، به ارتقای بهزیستی کمک می‌کند. در مؤلفه‌های الگوی اسلامی امید، نقطه محوری امید است؛ امید به اسباب فرامادی (صالحی و همکاران، ۱۳۹۵). باورهای آرام‌بخش به چیزی که در آن جهان در انتظارمان است ما را به هیجان می‌آورد (هفرون و بونیول، ۲۰۱۱)^۲. به گفته تیلیچ (۱۹۵۲)، به نقل از فرانسیس، جول و رایبزنز، (۲۰۱۰)، الهی‌دان و فیلسوف هستی‌نگر، «هدف در زندگی بخش مهمی از جوهره دین است». سیلیک و کتکارت (۲۰۱۴) نقش واسطه‌ای هدف در زندگی را در رابطه جهت‌گیری دینی با شادی تأیید کردند. کشدان و نزلک (۲۰۱۲) نیز نقش واسطه‌ای هدف در زندگی را در رابطه معنویت با عاطفه مثبت تأیید کردند. بارو و همکاران (۲۰۱۰) نیز در پژوهش خود دریافتند که تعهد به هدف با امیدواری و عاطفه مثبت همایند است.

چنانچه بیان شد مراقبان کودکان مبتلا به ASD به سبب سختی‌ها و مصائب فراوان در طول درمان فرزند خود دچار درماندگی و ناامیدی می‌شوند. در جلسه پنجم با ذکر مثال‌های دینی از داستان‌های قرآنی که پیامبران با پناه بردن به خداوند (سبب فرامادی) در سخت‌ترین شرایط نه تنها ناامید نشدند، بلکه به تلاش خود، با اتکا به خداوند (عاملیت الهی) ادامه دادند و سرانجام موفق شدند. شرکت‌کنندگان نیز مثال‌هایی مشابه مطرح کردند و تعامل‌های پویایی در گروه شکل گرفت.

1. Diener, E., & Biswas-Diener, R

2. Hefferon, K. & Boniwell, I

در مجموع می‌توان گفت جهان‌بینی دینی نوعی جهان‌بینی امیدواری و خوش‌بینی است (کوئینگ، ۲۰۰۵).

آموزش و تمرین پیرامون ارزیابی خیرگرا در جلسه هفتم مانند اشاره به آیه «چه بسا چیزی که فکر می‌کنیم شر ما در آن است خداوند در آن خیری کثیر قرار داده است»^۱ (نساء: ۱۹) نیز می‌تواند نتایج را تبیین کند. ارزیابی این دیدگاه که خداوند عاشق انسان‌هاست و جز خیر و نیکی برای آنها چیزی نمی‌خواهد، موجب می‌شود مراقبان بیماران به‌رغم شرایط دشوار، زندگی را مثبت تصور کنند و آن را مایه رشد و بالندگی بدانند (کوئینگ، ۲۰۰۵). وقتی آیات قرآنی تشریحی به‌طور مکرر خبر از آینده‌ای شیرین به مؤمنان می‌دهند و پایان شب سیه را سپید جلوه می‌دهند (طباطبایی، ۱۳۷۴)، جریانی عظیم از هیجان‌ات مثبت را در فرد به راه می‌اندازند.

تبیین دیگر مربوط به مفهوم دلبستگی ایمن است. در پروتکل آموزش داده شده مفهوم «عاملیت الهی» فرایندی است که طی آن فرد برای پیگیری اهدافش به خداوند پناه می‌برد و با تکیه به خداوند احساس می‌کند در کارش موفق خواهد شد. عاملیت الهی را با عباراتی مانند «ان‌شاءالله موفق خواهم شد»، «خداوند کمک می‌کند»، «اگر خدا بخواهد هیچ‌کس نمی‌تواند مانع شود» می‌شناسیم. در دلبستگی ایمن نیز داشتن بازنمایی ذهنی از والدین به‌عنوان یک الگوی مؤثر درونی^۲ (اینزورث و بالبی، ۱۹۹۱) می‌تواند به کودک کمک کند به آرامش و اعتماد به یاری والدین به تلاش برای رسیدن به اهدافش ادامه دهد. افزایش احساس دلبستگی ایمن افراد با فراهم آوردن پایگاهی ایمن، که در الگوی امید به نام عاملیت الهی و اسباب فرامادی شناخته شده است، کمک می‌کند فرد با آرامش بیشتری به اهداف خود پردازد و نگرانی کمتری داشته باشد.

به نظر می‌رسد مجهز شدن به فنون مقابله‌ای از دیگر عوامل مؤثر در افزایش بهزیستی پس از اجرای جلسات آموزشی بود. شرکت‌کنندگان گروه با مشکلات مالی، اجتماعی، خانوادگی و روان‌شناختی مزمن متعددی روبه‌رو بودند. داشتن ابزارهایی از جمله مقابله‌های هیجان‌مدار و مسئله‌مدار (مانند، دعا کردن و ارزیابی خیرگرا) که در پروتکل پیشنهاد شد، به افزایش تحمل مشکلات کمک نموده و در نتیجه با کاهش هیجان‌ها منفی به سلامت روان آنها کمک می‌کند.

۱. فَعَسَى أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئاً وَ يُجْعَلَ اللَّهُ فِيهِ خَيْرًا كَثِيرًا

برای نمونه در ارزیابی خیرگرا وجود موانع تبدیل به فرصتی برای افزایش هیجان‌های مثبت، کاهش هیجان‌های منفی و افزایش رضامندی از زندگی می‌شود (ر.ک: پسندیده، گلزاری و براتی سده، ۱۳۹۱). شرکت‌کنندگان در جلسات پایانی پس از گفت‌وگوهای خیرگرایانه فراوان و ارائه مثال‌های شخصی، بر این نکته صحه می‌گذاشتند که بیماری فرزندان و مصائب آن، از جهاتی به رشد شخصی‌شان و توانمندتر شدنشان کمک کرده و اینکه سختی‌ها را به امید اجر در آخرت بهتر می‌توانند تاب آورند. این پیامدها و باورها می‌تواند غم فقدان سلامتی فرزند را کاهش داده و به شادکامی بابت نتایج اخروی آن کمک کند.

به نظر می‌رسد یکی از علل تأثیرگذاری این مداخله در رضایت از زندگی توصیه به داشتن هدف باشد. هدفمندی به افزایش معنا در زندگی می‌انجامد و افزایش معنا نیز به نوبه خود منجر به رضامندی بیشتر خواهد شد؛ برای نمونه افرادی که بیماری و محدودیت‌های مالی را تجربه می‌کنند با توجه نمودن به آخرت و اینکه زندگی چیزی فراتر از آن است که مشاهده می‌کنند به معنایی جدید و عمیق می‌رسند که به رضایت بیشتر آنها از زندگی‌شان می‌انجامد. منابع دینی سرشار از نمونه‌هایی است که انتمه دین، افرادی را که از مرگ می‌ترسیدند با تغییر معنادهی درمان و آرام کرده‌اند (جان‌بزرگی، ۱۳۹۴).

یکی از علل مؤثر بودن اجرای پروتکل بر شادی و رضایت شرکت‌کنندگان انتخاب یک هدف کوتاه‌مدت برای دستیابی در طول جلسات درمان بود. این یک کار عملی بود که باعث می‌شد آنها علاوه بر ارتباط ملموس با مباحث آموزشی، تلاش امیدوارانه و موفقیت را در طول همین چند هفته تجربه کنند. افراد هدفی را انتخاب می‌کردند که نهایتاً در دو ماه بتوانند به آن برسند. انتخاب هدف و انجام آن مطابق با آموزش‌ها پروتکل بود. تکاچ و لیوبومرسکی (۲۰۰۶) در بررسی عوامل شادکامی به مواردی مانند پیوند اجتماعی و پیگیری هدف اشاره می‌کنند. شرکت‌کنندگان هر جلسه درباره هدف خود و پیشرفتی که داشتند صحبت می‌کردند. این صحبت‌ها به انتقال امید به یکدیگر کمک می‌کرد؛ برای مثال گاهی در پیگیری اهدافشان گره‌هایی پیش می‌آمد، اما تصریح بر کمک خواستن از خدا یا باور به اینکه شاید خیری در آن بوده باشد، به درونی‌سازی مفاد پروتکل برای خودشان و سایر اعضا کمک می‌کرد. موفقیت‌های کسب‌شده و درونی‌سازی مفاهیم امیدوارانه نیز به نوبه خود به افزایش شادی و رضایتمندی کمک می‌نمود.

در مجموع می‌توان گفت مادران کودکان مبتلا به ASD که به سبب فشارهای ناشی از مراقبت‌گری از فرزندان‌شان و همچنین کندی پیشرفت درمان‌شان ناامید شده بودند و پر از شکایت و گله و غم و نگرانی بودند، موفق شدند در سختی‌های خود معانی عمیق‌تری بیابند، مشکلات را خیرگرایانه‌تر مشاهده کنند، به جای تکیه صرف بر توان محدود خود و درمان‌گران بر توانمندی یک قادر مطلق تکیه کردند، به جای توجه صرف بر تلاش خود به اسباب فرامادی نیز توجه کردند. این تغییرات نگرشی نیز به‌نوبه خود باعث شد نگاه رضایتمندانه‌تری به زندگی یافته و شادکامی بیشتری را تجربه کنند. چنانچه علاوه بر تفاوت نتایج پرسش‌نامه‌های شادی و رضایت از زندگی و پیش‌تست و پس‌تست، مشاهدات مستقیم پژوهشگران این مطالعه حاکی از جوی پر از انرژی و شادی و میل به تداوم جلسات در خاتمه جلسات امیددرمانی با رویکرد اسلامی بود.

منابع

- آقابابایی، ناصر (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای هدف در زندگی در رابطه جهت‌گیری دینی با شادی و رضایت از زندگی. اسلام و پژوهش‌های روان‌شناختی، ۱(۲)، ۷۷ - ۹۲.
- آقابابایی، ناصر، فراهانی، حجت‌اله و فاضلی مهرآبادی، علیرضا (۱۳۹۰). هوش معنوی و بهزیستی فاعلی. روان‌شناسی و دین، ۴(۳)، ۸۳ - ۹۶.
- بیانی، علی‌اصغر؛ کوچکی، عاشورمحمد و گودرزی، حسنیه (۱۳۸۶). اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی. روان‌شناسان ایرانی، ۳(۱۱)، ۲۵۹ - ۲۶۵.
- پسندیده، عباس، گلزاری، محمود و براتی سده، فرید (۱۳۹۱). پایه نظری رضامندی از دیدگاه اسلام. روان‌شناسی دین، ۴(۲۰)، ۸۵ - ۱۰۴.
- تبریزیان، فائزه، صالحی، مبین و رفیعی‌هنر، حمید (۱۳۹۹). تدوین بسته آموزشی امید مبتنی بر شکرگزاری و امکان‌سنجی آن در افزایش رضایت از زندگی. اسلام و روان‌شناسی، ۱۴(۲۷)، ۷۵ - ۹۳.
- جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۷۸). اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه‌مدت، آموزش خودمهارگری، با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی. پایان‌نامه دکتری، رشته روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۹۴). اصول روان‌درمانگری چندبعدی معنوی. پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی، ۱(۱)، ۹ - ۴۵.



خواص، معصومه و صالحی، مبین (چاپ نشده). تأثیر بسته امیددرمانی بر امید، استرس والدگری و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم. برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید بهشتی. تهران.

سرمد، زهره، بازرگان، عباس و حجازی، الهه (۱۳۸۵). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: انتشارات آگه.

آنتولی و بیلر، هنری (۱۳۹۰). نیروی امید: بر مشکلات دلهره‌آور زندگی‌تان غلبه کنید - هر چه که باشند. ترجمه مریم تقدیسی، تهران: ققنوس.

صالحی، زهرا و صالحی، مبین (چاپ نشده). بررسی رابطه امید و پیشرفت تحصیلی و تأثیر امیددرمانی بر امیدواری دانش‌آموزان.

صالحی، مبین (۱۳۹۳). امیدمحوری و نقش آن در پیشرفت با توجه به آیات و روایات و روان‌شناسی. همایش ملی پیشرفت از منظر قرآن و حدیث، قم: مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، دبیرخانه حوزوی.

صالحی، مبین، جان‌بزرگی، مسعود و پسندیده، عباس (۱۳۹۵) الگوی امید بر اساس منابع اسلامی و طراحی برنامه درمانی آن. اسلام و پژوهش‌های روان‌شناختی، ۲(۲)، ۲۹ - ۵۰.

صالحی، مبین، جان‌بزرگی، مسعود و رسول‌زاده طباطبائی، کاظم (۱۳۹۵) تأثیر امید درمانگری اسلامی بر بهزیستی فاعلی افراد مبتلا به مالتیپل اسکروسیس و مقایسه آن با امید درمانگری مبتنی بر نظریه اسنایدر. روان‌شناسی دین، ۹(۳)، ۲۹ - ۵۰.

طباطبایی، سیدمحمدحسین (۱۳۷۴). المیزان فی تفسیر القرآن، ترجمه محمدباقر موسوی همدانی، قم: جامعه مدرسین.

فیض کاشانی، ملامحسن (۱۳۷۹). راه روشن، ترجمه المحجة البيضاء فی تهذیب الاحیاء، ترجمه سیدمحمدصادق عارف، مشهد: بنیاد پژوهش‌های اسلامی آستان قدس رضوی.

کوئنیگ، هارولد (۲۰۰۵). ایمان و سلامت روان (منابع مذهبی جهت شفا جستن). ترجمه نجف طهماسبی پور و محمد شعبانی. تهران: آوای نور.

هاشم‌زاده، امیر و امیری مجد، معجبی (۱۳۹۴). مقایسه کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، و بهزیستی روانی مادران کودکان آهسته‌گام، در خودمانده و عادی، ۶(۳)، ۳۷ - ۵۱.

هفرون، کیت و بونیول، ایلونا (۲۰۱۱). درس‌نامه روان‌شناسی مثبت‌نگر: نظریه‌ها، پژوهش‌ها و کاربردها. ترجمه محمدتقی تبیک و محسن زندی. زیر چاپ. قم: دارالحديث.



- Abdel-Khalek, A. M. (2012). Associations between religiosity, mental health, and subjective well-being among Arabic samples from Egypt and Kuwait. *Mental Health, Religion & Culture, 15*(8), 741-758.
- Abdel-Khalek, A. M. (2014). Happiness, health, and religiosity: Significant associations among Lebanese adolescents. *Mental Health, Religion & Culture, 17*(1), 30–38.
- Ainsworth, & Bowlby, J. M.S. (1991). An Ethological Approach to Personality Development, *American Psychologist, 46*(6), 333-341.
- Arнау, R. C., Rosen, D. H., Finch, J. F., Rhudy, J. L., & Fortunato, V. J. (2007). Longitudinal effects of hope on depression and anxiety: a latent variable analysis. *Journal of Personality, 75*, 43–64.
- Burrow, A. L., O'Dell, A. C., & Hill, P. L. (2010). Profiles of a developmental asset: Youth purpose as a context for hope and well-being. *Journal of Youth and Adolescence, 39*, 1265–1273.
- Chau, W. M. W., & Furness, P. J. (2023). Happiness in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder: A Qualitative Study. *American Journal of Qualitative Research, 7*(1), 168-190.
- Cheavens, J. (2000). Hope and depression: Light through the shadows. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* (pp. 321–340). Academic Press.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T., & Snyder, C. R. (2006a). Hope therapy in a community sample: a pilot investigation. *Social Indicators Research, 77*, 61–78 .
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Woodward, J. T., & Snyder, C. R. (2006b). Hope in cognitive psychotherapies: on working with client strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 20*, 135–145.
- Chen, R. K., & Crewe, N. M. (2009). Life Satisfaction among People with Progressive Disabilities. *Journal of Rehabilitation, 75*(2), 50–58.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicator Researc, 31*, 103-157.
- Diener, E. (2009). Assessing subjective well-Being: Progress and opportunities. In E. Diener (Ed), *Assessing Well-Being: The Collected Works of Ed Diener* (pp. 25-65). New York: Springer.

- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth*. Blackwell Publishing.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75.
- Diener, E., Scollon, C. N., & Lucas, R. E. (2009). The evolving concept of subjectivewell-being: the multifaceted nature of happiness. In E. Diener (ed.), *Assessing well-being: the collected works of Ed Diener* 67-100.
- Eisenhower A. S., Baker B. L., & Blacher J. (2009). Children's delayed development and behavior problems: Impact on Mothers' perceived physical health across early childhood. *Social Science and Medicine*, 68(1), 89–99.
- Eryilmaz, A. (2014). Strategies adopted by Turkish adults for increasing happiness in daily life. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(7), 680–689.
- Francis, L. J., Jewell, A., & Robbins, M. (2010). The relationship between religious orientation, personality, and purpose in life among an older Methodist sample. *Mental Health, Religion & Culture*, 13, 777–791.
- Hastings R. P., & Beck A. (2004). Practitioner review: stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.45:1338–1349.
- Hastings RP, Beck A, Hill C. (2005). Positive contributions made by children with an intellectual disability in the family: mothers' and fathers' perceptions. *Journal of Intellectual Disabilities*, 9:155–165 .
- Hastings RP, Daley D, Burns C, Beck A. (2006). Maternal distress and expressed emotion: cross-sectional and longitudinal relationships with behavior problems of children with intellectual disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 111:48–61.
- Heiman, T. (2002). Parents of Children with Disabilities: Resilience, Coping and Future Expectations. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 14, 159-171 .
- Kashdan, T. B., & Nezlek, J. B. (2012). Whether, when, and how is spirituality related to well-being? Moving beyond single occasion questionnaires to understanding daily process. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(11), 1523-1535.

- Kiani, A., Mohammadi, G., HasanZadeh, M., MohsenLoo, F. & PoorRahmani, P. (2022). Comparison of life satisfaction and hoping in mothers of children with special learning disabilities, autism spectrum disorders and normal. *Journal of Family Relations Studies*, 2 (5): 49-56.
- Kostiukow, A., Poniewierski, P., Janowska, D., & Samborski, W. (2021). Levels of happiness and depression in parents of children with autism spectrum disorder in Poland, *Acta Neurobiol Exp (Wars)*, 81(3):279-285.
- Landon, J., Shepherd, D., & Goedeke, S. (2018). Predictors of Satisfaction with Life in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 48(5):1640-1650.
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46 (2), 137-156.
- Lyubomirsky, S., Tkach, C., & Dimatteo, M. R. (2006). What are the differences between happiness and self-esteem? *Social Indicators Research*, 78, 363–404.
- Magyar-Moe, J.L. (2009). *Therapists guide to positive psychological interventions*, Academic Press, USA.
- Marsack, C. N., & Hopp, F. P. (2019). Informal Support, Health, and Burden Among Parents of Adult Children with Autism. *Gerontologist*, 16;59(6):1112-1121 .
- Ogston, P. L., Mackintosh, V. H., & Myers, B. J. (2011). Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or down syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1378–1384.
- Pavot, W. G., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5 (2), 164-172.
- Pavot, W. G., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57, 149-161.
- Pruyser, P. W. (1986). Maintaining hope in adversity. *Pastoral Psychology*, 35(2), 120-131.
- Quezada, L., Landero, R., & González, T. G. (2016). A validity and reliability study of the Subjective Happiness Scale in Mexico. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 4(1), 90-100.



- Roskam, I., & Mikolajczak, M. (2023). Parental Burnout in the Context of Special Needs, Adoption, and Single Parenthood. *Children (Basel)*, 29;10(7):1131.
- Schutz, E., Sailer, U., Al Nima, A., Rosenberg, P., Andersson-Arnten A-C, Archer T., & Garcia, D. (2013). The affective profiles in the USA: happiness, depression, life satisfaction, and happiness-increasing strategies. *PeerJ* 1:e156; DOI 10.7717/peerj.156.
- Scioli, A., & Biller, H. B. (2009). *Hope in the Age of Anxiety*. Oxford: Oxford University Press.
- SCP (1994). *Social and Cultural Report*. Sociaal Cultureel Planbureau, ijswijk .
- Seligman, E. P. (2002). *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*, New York: Free Press.
- Shekarabi Ahari, G., Younesi, J., Borjali, A., & Ansari Damavandi, S. (2012). The effectiveness of group hope therapy on hope and depression of mothers with children suffering from cancer in Tehran. *Iran Journal of Cancer Prevention*, 4, 183-8.
- Shiah YJ., Chang F., Chiang SK., Lin IM., & Carl Tam WC. (2015). Religion and health: Anxiety, religiosity, meaning of life and mental health. *Journal of Religious Health*; 54(1):35-45.
- Sillick, W. J., & Cathcart, S. (2014). The relationship between religious orientation and happiness: The mediating role of purpose in life. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(5), 494–507.
- Snyder, C. R., Cheavens, J., & Sympson, S. C. (1997). Hope: An individual motive for social commerce. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 1, 107– 118.
- Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory: A member of the positive psychology family. In C. R. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 257-276). New York: Oxford University Press.
- Theory, research and Practice*, 1;1(1):5 .
- Tkach, C., & Lyubomirsky, S. (2006). How do people pursue happiness? Relating personality, happiness-increasing strategies, and well-being. *Journal of Happiness Studies*, 7, 183–225.
- Weis R., Speridakos E. C. (2011). A meta-analysis of hope enhancement strategies in clinical and community settings. *Psychology of wellbeing*:

- Weiss M. J. (2002). Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. *Autism*, 6:115–130.
- Werner, S. (2012). Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 196, 214–219 .
- Wnuk, M., & Marcinkowski, J. T. (2014). Do existential variables mediate between religious-spiritual facets of functionality and psychological wellbeing. *Journal of Religion & Health*, 53(1), 56-67.
- Zhylkybekova, A., et. al (2024). Global Research on Care-Related Burden and Quality of Life of Informal Caregivers for Older Adults: A Bibliometric Analysis. *Sustainability*, 16(3), 1020.

