

اثربخشی معنادرمانی گروهی بر ارتقای کیفیت
زندگی مادران کودکان کم‌شنوا

Effectiveness of Group Logo therapy on
Increasing the Quality of the Mothers
Life of Hearing Impaired Children

Zahra Tayebi ramin¹, Gita Movallali²,
Morteza Rezaee madani³

Introduction: According to the research more than 90% of deaf children are born into hearing parents. The existence of such a child, put all the family members in very bad conditions, especially their mothers, since the mother communicates with her child most of the time, so she will tolerate the most difficulties and suffer from changing her own feeling terribly. The fear of child's condition taking a turn for the worse as he/she is becoming older is another problem that mother face. Her concern is about that if his impaired hearing child can become older and has a happy and healthy life without overcoming this problem. It is possible that all his/ her hopes are shattered without something else replacing it. One of the roots of people's vulnerability is the meaninglessness and purposelessness.

When human being confronts with an inevitable situation or an unchangeable

1. M.A. in Rehabilitation Counseling.
2. Ph.D. in Psychology and Education of Exceptional Children,
<drgmovallali@gmail.com>
3. B.A in English Language and Literature,
Education District

زهرآ طیبی رامین*، گیتا موللی**، مرتضی رضایی مدنی***

مقدمه: مطابق پژوهش‌های انجام شده بیش از ۹۰٪ کودکان کم‌شنوا از والدین شنوا متولد می‌شوند. وجود چنین کودکی تمام افراد خانواده به‌ویژه مادر را در شرایط بدی قرار می‌دهد، چون این مادر است که بیشترین ارتباط را با کودک برقرار می‌کند. پس بیشترین بار مشکل را بر دوش خواهد کشید و بیشترین رنج را او می‌برد تا درک و احساس خود را تغییر دهد. برای مادر مشکل دیگری نیز وجود دارد و آن، ترس از بدتر شدن وضع کودک حین بزرگ شدن است. اینکه چگونه برای کودک کم‌شنوای او امکان خواهد داشت که بدون غلبه بر مسئله کم‌شنوایی بزرگ شود و زندگی شاد و کاملی داشته باشد، ممکن است امیدها فرو بریزد بدون اینکه چیز دیگری جایگزین آن شود. یکی از ریشه‌های آسیب پذیری در افراد، بی‌معنایی و بی‌هدفی آنهاست. انسان وقتی با وضعی اجتناب‌ناپذیر مواجه می‌شود،

* کارشناسی ارشد مشاوره توان‌بخشی، دانشگاه علوم

بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران

** دکتر روانشناس کودکان استثنایی، مرکز تحقیقات

توان‌بخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و

توان‌بخشی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)

<drgmovallali@gmail.com>

*** کارشناس زبان و ادبیات انگلیسی، آموزش و

پرورش ناحیه ۲ البرز، ایران

fate, he/she has found the opportunity to achieve the most excellent values and the deepest meaning of life. Pain and suffering are the clearest manifestation of existential of human being. Person's attitude toward suffering and how he/she tolerates it is very important. The present study aimed to investigate the effectiveness of group logotherapy on improving the quality of life of hearing impaired children's mothers.

Method: This study is applied and semi- experimental that conducted with control group, random assigned pretest, posttest and follow- up test. The population comprised all the mothers of hearing impaired children in Karaj and also were selected among the mothers of exceptional students of Shohada's primary school. The study participants were selected through approachable sampling, being volunteer subject and then randomly assigned to the case group (15) and control group (15). Both group members tested based on the quality of life scale in the stages of pretest and posttest. The case group in the intervention of group logotherapy consisted 9 sessions each taking 90 minutes. Data was collected and processed through SPSS to calculate the mean score, standard deviation, t- test

و یا با سرنوشتی تغییرناپذیر روبه روست، این فرصت را یافته است که به عالی‌ترین ارزشها و ژرف‌ترین معنای زندگی یعنی رنج کشیدن دست یابد. درد و رنج بهترین جلوه‌گاه وجودی انسان است و آنچه که اهمیت بسیار دارد، شیوه و نگرش فرد نسبت به رنج است و شیوه‌ای که این رنج را به دوش می‌کشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنادرمانی گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا انجام گرفت.

روش: پژوهش حاضر کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی با گروه گواه و گمارش تصادفی، پیش‌آزمون - پس‌آزمون و آزمون پیگیری اجرا شد. جامعه آماری پژوهش، کلیه مادران کودکان کم‌شنوا شهرستان کرج و از بین مادران دانش‌آموزان مدرسه استثنایی شهیداء انتخاب شد. اعضای نمونه از طریق نمونه‌گیری در دسترس و بر مبنای داوطلب بودن آزمودنی، با استفاده از تخصیص تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. اعضای هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر اساس مقیاس کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش در معرض «مداخله معنادرمانی گروهی» در قالب ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت. داده‌ها پس از جمع‌آوری به منظور محاسبه میانگین، انحراف معیار، آزمون t و تحلیل کوواریانس توسط نرم‌افزار SPSS پردازش شد.

یافته‌ها: میانگین کیفیت زندگی در مادران

and analysis of covariance.

Findings: The average quality of life of mothers of children with hearing loss after the intervention in the experimental group were higher than the control group and the difference is statistically significant (0.000). In addition, covariance revealed that in the post-test phase, there is a significant difference between the two groups in the aspects of physical, mental and environmental health ($p < 0/001$, $p < 0/01$, $p < 0/01$). This means that a group logotherapy has improved the quality of life of hearing impaired children's mothers in the aspects of physical, mental and environmental health. But in the realm of health of social relations, a significant difference was not observed between the two groups at post-test phase ($P = 0/11$). This means that in the realm of health of social relations, group logotherapy has not had a considerable effect on the quality of life of hearing impaired children's mothers in the intervention group and both groups are almost in the same situation.

Discussion: In explaining research finding, one can say that what exhausts human being are not sufferings and their unpleasant fate, but becoming meaningless of life is disastrous and brings with

کودکان کم‌شنوا، پس از اجرای مداخله در گروه آزمایش بیشتر از میانگین گروه کنترل بوده و تفاوت از لحاظ آماری معنادار است (0/001). همچنین آزمون کوواریانس نشان داد در ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت محیط اختلاف معناداری بین دو گروه مورد مطالعه در مرحله پس‌آزمون وجود دارد (0/001، 0/01، 0/01). بدین معنا که معنادرمانی گروهی به ارتقاء کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا گروه مداخله در ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت محیط منجر شده است. اما در حیطه سلامت روابط اجتماعی، اختلاف معناداری بین دو گروه مورد مطالعه در مرحله پس‌آزمون مشاهده نشد (0/11). بدین معنا که معنادرمانی گروهی تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا گروه مداخله به لحاظ سلامت روابط اجتماعی نداشته و دو گروه از وضعیت تقریباً یکسانی برخوردارند.

بحث: در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که آنچه انسان را از پای در می‌آورد رنجها و سرنوشت نامطلوبشان نیست، بلکه بی معنا شدن زندگی است که مصیبت‌بار است و ناامیدی را به دنبال دارد. انسان واکنش خود را در برابر رنجها و سختیهای ناخواسته، ولی پیش آمده براساس شرایط محیطی، خود انتخاب می‌کند. هنگامی که شرایط غیر قابل تغییر است، مانند داشتن فرزند کم‌شنوا، می‌توان نگرش و نحوه

it despair. Human being oneself choose his response against the sufferings and unwanted difficulties while they are occurred and based on environmental conditions. When the conditions are unchangeable such as having an impaired hearing child, one can choose freely the attitude and the way of dealing with. During this research, subjects found out this issue that the existence of an impaired hearing child and the problems caused by it is not an end of life, in their present life, they can enjoy their surrounding facilities and enjoy being together. In regards to the instruction is given to them, they realized that they can learn to change coping way with life's difficulties whereas they are not able to change definite events of their life and show desirable reaction against the suffering events of life and the most restrictive conditions. Therefore they found new meaning in their suffering and pain and could find the cause of their life and accept its conditions. One can also refer to similarity and congruity this therapeutic approach with religious beliefs of our country. This belief that difficulties, illnesses, and problems are the wisdom and expedient of God and the world life is a passageway for other world of eternal life that always makes

برخورد را آزادانه انتخاب کرد. طی این پژوهش افراد نمونه به این مسئله پی بردند. که وجود فرزند کم‌شنوا و مشکلات ناشی از آن، آخر زندگی به شمار نمی‌رود، بلکه در زندگی کنونی خود می‌توانند از امکانات اطرافشان و از در کنار هم بودن لذت ببرند. با توجه به آموزشی که به آنها داده شد به این آگاهی رسیدند که اگرچه نمی‌توانند حوادث قطعی زندگی‌شان را تغییر دهند، اما می‌توانند یاد بگیرند روش مقابله با سختیهای زندگی‌شان را تغییر دهند و در مقابل رویدادهای رنج آور زندگی‌شان و محدود کننده‌ترین شرایط، واکنش مطلوبی نشان دهند. بنابراین در درد و رنج خود نیز معنای جدید یافته و توانستند چرایی زندگی خود را بیابند و چگونگی آن را بپذیرند. هم‌چنین می‌توان به تشابه و سنخیت این رویکرد درمانی با عقاید مذهبی کشور اشاره کرد. این باور که سختیها و بیماریها و مشکلات، مصلحت و حکمت الهی است و زندگی دنیا گذرگاهی است برای زندگی جاودانه آخرت، همیشه افراد مذهبی را مقاوم‌تر، صبورتر و امیدوارتر کرده است. امید به رحمت الهی از باورهای مذهبی مسلمانان است. می‌توان گفت رویکرد معنادرمانی گروهی توانسته است عقاید و باورهای مذهبی این گروه از مادران را زنده و تقویت نماید. در نتیجه به نظر می‌رسد که گرایش به معنا راه آسان‌تر و مطلوب‌تری برای پذیرش تولد کودک کم‌شنوا است. هم‌چنین می‌توان نتیجه

religious people more resistant ,more patient and hopeful .Hope divine mercy is from the religious beliefs of Muslims .One can say that the group logotherapy has been able to live and reinforce religious beliefs of this group of mothers. Therefore, it seems that tendency to the meaning is an easier and more favorable way for acceptance of bearing an impaired hearing child .One can also conclude that achieving the meaning of pain, suffering and catastrophic unwanted events make the quality of life of impaired hearing children's mothers improve in mentioned difficult conditions. Because of this, using this therapeutic approach about other mothers of hearing impaired children is recommended.

KeyWords: Group logotherapy intervention, Quality of life, Mothers` impaired children.

(ترنبال^۱، ۲۰۰۴؛ دیتر-دیکارد^۲، ۱۹۹۵؛ نقل از موللی، ۱۳۸۷). با وجود پیشرفت‌های اخیر در پزشکی، کم‌شنوایی به دلیل جنبه‌های پزشکی و روانشناختی زیاد، هنوز هم چالش برانگیز است (نجم‌آبادی و کهریزی، ۲۰۰۵). کم‌شنوایی شایع‌ترین آسیب در زمان تولد می‌باشد. براساس آمارهای بین‌المللی از میان کودکان متولد شده در جهان، از هر ۱۰۰۰ نوزاد ۱ تا ۳ نوزاد کم‌شنوا خواهند بود (پرند و موللی، ۱۳۹۰).

گرفت که دست‌یابی به معنای درد و رنج و حوادث ناخواسته مصیبت‌بار، باعث بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا در شرایط سخت مذکور می‌شود. لذا استفاده از این روش درمانی در سایر مادران دارای کودک کم‌شنوا توصیه می‌گردد.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، مادران کودکان کم‌شنوا، مداخله معنادرمانی گروهی

تاریخ دریافت: ۹۴/۵/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۲۵

مقدمه

از دیدگاه خانوادگی، کم‌شنوایی پیچیده‌ترین ضایعه حسی است. شناسایی کم‌شنوایی کودک خانواده را با یک سری بحران روبه‌رو می‌کند

1. Turnball

2. Deater- Deckard

از آنجایی که تمامی اعضای خانواده با یکدیگر تعامل نزدیک دارند، تولد یک کودک دارای ناتوانی بر پویایی خانواده تأثیر بیشتر گذاشته و خانواده را دچار بحران می‌کند. این موضوع در مورد کودکان کم‌شنوا بسیار جدی است چرا که بیش از ۹۰٪ کودکان کم‌شنوا از والدین شنوا متولد می‌شوند که فرزندشان نخستین فرد کم‌شنوایی است که تاکنون دیده‌اند (موللی و نعمتی، ۱۳۸۸).

در بررسی‌هایی که پیرامون سلامت و رفاه افراد در معرض خطر انجام می‌شود، بررسی کیفیت زندگی^۱ حائز اهمیت ویژه‌ای است. امروزه یکی از مفاهیم جدیدی که در علوم بهداشتی، به‌ویژه بهداشت روان وارد شده، کیفیت زندگی است. در دنیای امروز، زندگی کردن تنها به معنای زنده بودن و بیمار نبودن نیست، بلکه چگونگی زندگی نیز اهمیت دارد. در چنین شرایطی، دیگر افزایش میانگین طول عمر و امید به زندگی، هدف نیست، بلکه هدف افزایش سالهای زندگی سالم است؛ بدین معنی که چند سال از عمر افراد، به سلامت سپری شده است (اصلائی و همکاران، ۲۰۱۴).

مرور شواهد تجربی نشان می‌دهد والدین کودکان استثنایی نسبت به والدین کودکان عادی باید زمان بیشتری را صرف مراقبت و آموزش کودک خود کنند، در نتیجه این والدین برای انجام فعالیتهای خود ناتوان‌اند و زندگی اجتماعی آنها محدود می‌شود که این امر بر کیفیت زندگی آنان تأثیر منفی دارد (مالرز^۲ و همکاران، ۲۰۰۵).

معنادرمانی یک شاخه مجزا در مکتب روان‌درمانی وجودگرا-انسان‌گرا است. معنادرمانی نوعی درمان فعالانه-رهنمودی است که متوجه یاری رساندن به

1. Quality of life (QOL)

2. Mallers

بیمار به‌ویژه در مراحل بحران زندگی است. این نوع درمان مفروض می‌گیرد که زندگی معنای بی‌قید و شرط دارد و این معنا را هر کس، در هر جا و هر زمان می‌تواند بیابد و کشف کند (فرانکل، ۲۰۰۰؛ به نقل از لوکاس و هیرش^۱، ۲۰۰۲). معنادرمانی سعی می‌کند میدان دید فرد را وسعت دهد تا معنا و ارزش نهفته شده در مصیبت را ببیند، آنگاه قادر خواهد بود شجاعانه آن را بپذیرد و با آن مبارزه کند. هدف معنادرمانی تواناساختن فرد بیمار برای غلبه بر مثلث غم‌انگیز زندگی یعنی درد، گناه و رنج است تا فرد بتواند به کشف معنای منحصر به فرد خود دست یابد. این رویکرد حدود اختیار و آزادیهای فرد را ترسیم می‌کند و در شکستن چرخه‌های معیوب روان‌آزردگی مؤثر است (لنتز^۲، ۲۰۰۶).

در این زمینه پژوهشهای چندی در دست است. از جمله براساس پژوهشی که افخم رضایی و همکاران (۱۳۸۸)، نصرآزادانی و همکاران (۱۳۹۰)، غباری بناب و همکاران (۱۳۸۳)، رسولی و برجعلی (۱۳۹۰)، جارسماس^۳ و همکاران (۲۰۰۷)، کانگ^۴ و همکاران (۲۰۰۴)، ربکا و جیاکینگ^۵ (۲۰۱۱)، ساند^۶ (۲۰۰۸)، برای بررسی تأثیر معنادرمانی گروهی بر ارتقاء سلامت زنان، بهبود کیفیت زندگی بیماران MS و کاهش اضطراب و افزایش اعتماد به نفس آنان، کاهش رنج و افزایش معنابخشی به زندگی در بین نوجوانان سرطانی و رضایت از زندگی انجام داده‌اند، مشخص شده که معنادرمانی اثر مثبتی در تحقیقات ذکر شده داشته است.

اسکینل و بکر^۷ (۲۰۰۶) بیان کردند که محققان بسیار زیادی در پژوهشهای خود به این نتیجه رسیدند که وجود معنا در زندگی، عامل مهم اساسی در

1. Lukas and Hirsch

2. Lantz

3. Jaarsma

4. Kang

5. Rebecca and Jiaqing

6. Sand

7. Schenel and Becker

سلامت روانی - عاطفی است و به طور سیستماتیک با ابعاد گوناگون شخصیت، سلامت جسمی و روانی، سازگاری با فشارها و استرسها، مذهب و فعالیتهای مذهبی انطباق و سازگاری دارد.

از نظر فرانکل (۲۰۰۰)، یکی از ریشه‌های آسیب‌پذیری در افراد، بی‌معنایی و بی‌هدفی آنهاست. جستجوی معنا و هدف چیزی است که رسیدن به آن سبب کمال و شکوفایی شخصیت آدمی می‌شود و اختلال روانی را از میان بر می‌دارد. مرور پیشینه پژوهش و شواهد تحقیقاتی مختلف نقش ارزنده معنادرمانی بر کیفیت زندگی و سلامت جسمانی - روانی را نشان می‌دهد. اما تاکنون پژوهشی به نقش این روش در ارتقای کیفیت زندگی مادران دارای فرزند کم‌شنوا نپرداخته است. لذا با توجه به مشکلات عمده مادران این گروه از کودکان و لزوم توجه به یافتن راهکارهایی برای مداخلات مناسب برای آنها و با توجه به پژوهشهای در دست، با این پیش‌فرض که معنادرمانی به شیوه گروهی به مثابه یک راهکار روانشناختی بتواند سبب بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا شود، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی معنادرمانی گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا صورت گرفت.

روش

ماهیت و روش تحقیق

این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری و گروه گواه همراه با گمارش تصادفی گروه‌های آزمودنی است.

جامعه آماری، حجم نمونه و شیوه نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه مادران کودکان کم‌شنوا شهرستان ملارد (تهران) تشکیل دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از مادران کودکان کم‌شنوا دبستان استثنایی شهداء با در نظر گرفتن شرایطی چون ۱- نداشتن مشکل ثانویه (ناشنوایی، ناتوانی در تکلم به هر دلیلی)، ۲- داشتن سواد

خواندن و نوشتن، ۳- تحت درمان یا مشاوره گروهی دیگری نباشد، ۴- به خاطر مشکلات خانوادگی درگیر مسائل دادگاهی نباشد، ۵- دارای همسر بودن شرکت کننده، ۶- نداشتن بیماری جسمی که فرد را از شرکت در برنامه پژوهش باز دارد، انتخاب و با استفاده از گمارش تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. اعضای هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون براساس مقیاس کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش در معرض «مداخله معنادرمانی گروهی» در قالب ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت. داده‌ها پس از جمع‌آوری به منظور محاسبه میانگین، انحراف معیار، آزمون t و تحلیل کوواریانس توسط نرم افزار SPSS پردازش شد.

ابزار اندازه‌گیری

به منظور گردآوری داده‌های پژوهش از مقیاس کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱ استفاده شد. این مقیاس ابعاد مرتبط با: (۱) سلامت روان، (۲) سلامت جسمانی، (۳) روابط اجتماعی و (۴) محیط زندگی را ارزیابی می‌کند. پرسشنامه مذکور شامل ۲۶ گویه است که برای هر گویه نمره‌ای از ۱ تا ۵ در نظر گرفته شده است. دو پرسش اول مربوط به کیفیت زندگی کلی و سلامت عمومی و بقیه پرسشها چهار حیطه کیفیت زندگی را دربر می‌گیرد. پرسشهای (۳)، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸) بعد جسمانی، پرسشهای (۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹، ۲۶) بعد سلامت روانی، پرسشهای (۲۰، ۲۱، ۲۲) بعد روابط اجتماعی و در نهایت پرسشهای (۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴، ۲۵) بعد محیط زندگی را می‌سنجد. این ابزار در ایران ترجمه و هنجار شده و روایی و اعتبار آن برای استفاده در جامعه ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است که پایایی آن با شاخص همبستگی درون خوشه‌ای در حیطه سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روان ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵ و درحیطه محیط زندگی ۰/۸۴ است. سازگاری درونی با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ بین چهار حیطه در گروه بیمار ۰/۷۷ و در گروه سالم ۰/۷۳ است (نجات و همکاران، ۱۳۸۵).

1. World Health Organization

شیوه اجرا

اجرای پژوهش به این نحو بود که پس از گزینش تصادفی افراد مشمول نمونه به دو گروه، یک جلسه مقدماتی برای توجیه، آماده‌سازی و جلب رضایت شرکت‌کنندگان برگزار شد و ضمن آن با تأکید بر محرمانه ماندن نام و اطلاعات آنها سعی در ایجاد و حفظ انگیزه آنان به عمل آمد تا در حد ممکن از مشکل افت آزمودنیها پیشگیری شود. سپس از آنها خواسته شد تا فرم مشخصات جمعیت‌شناختی و رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را تکمیل کنند.

در ادامه، از هر دو گروه به وسیله پرسشنامه کیفیت زندگی پیش‌آزمون به عمل آمد و نتایج آن ثبت شد. پس از همتاسازی گروهها به وسیله t با دو نمونه مستقل، اجرای مداخله ۹ هفته‌ای طرح معنادرمانی گروهی که از تکنیکهای طرحهای درمانی (فخار و همکاران، ۱۳۸۷) اقتباس شد، به صورت جلسات ۹۰ دقیقه‌ای آغاز شد. دو هفته پس از اتمام جلسات مداخله، پس‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد. لازم به ذکر است که در طی این ۹ هفته گروه کنترل هیچ نوع آموزشی دریافت نکردند و افت آزمودنی در گروه آزمایش وجود نداشت. سپس با گذشت یک ماه از اجرای پس‌آزمون هر دو گروه مجدد پرسشنامه کیفیت زندگی را تکمیل کردند تا میزان پایداری نتایج به‌دست آمده از مداخله در گروه آزمایش تعیین شود. در نهایت، نتایج به‌دست آمده در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تجزیه و تحلیل گردید.

پس از اجرا و اتمام کار تحقیق، گروه کنترل طی دو هفته به مدت ۴ جلسه تحت معنادرمانی گروهی قرار گرفتند. البته در این جلسات به دلیل برخورد با فصل تابستان همه اعضای گروه کنترل شرکت نکردند.

جدول (۱) اهداف و مراحل مداخله معنادرمانی گروهی برای ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا

اهداف	جلسات مرحله
۱- آشنایی اعضای گروه با هم	جلسه اول
۲- سازماندهی گروه (تعیین چارچوبها و اصول کلی مشاوره گروهی)	
۳- داشتن بحث کوتاهی در مورد رویکرد معنادرمانی	
۴- بررسی مشکلات عمومی شرکت کنندگان <u>تکلیف:</u> هر یک از اعضای گروه در مورد نگرانیهای خودشان فکر کنند و بررسی کنند که چه نگرانیهایی در زندگی دارند؟ و هر یک حداقل دو مورد از نگرانیهای خود را در جلسه بعد عنوان کند	
۱- بررسی تکلیف جلسه قبل و بحث اعضا در مورد موارد بیان شده	جلسه دوم
۲- شناسایی مشکلات جاری مراجع و فهم چگونگی ایجاد و تداوم مشکل	
۳- شناسایی افکار و احساسات مرتبط با مشکلات اعضای گروه و اثرات این مشکلات بر کیفیت زندگی اعضا <u>تکلیف:</u> اعضای گروه به مشکلات خود فکر کنند و بیان کنند چه مسائلی موجب کیفیت زندگی پایین آنها شده است و همچنین بررسی کنند که این مشکلات چه تأییراتی بر زندگی آنها می‌گذارد	
۱- زمینه‌سازی برای عنوان مفاهیم مختلف معنادرمانی	جلسه سوم
۲- آماده‌سازی اعضا برای بیان اهداف خود برای زندگی شاد <u>تکلیف:</u> از اعضا خواسته می‌شود که اهداف زندگی خود را بررسی کنند و در جلسه بعد هر کدام حداقل ۲ هدف را برای زندگی خود بیان کنند (بدون بررسی اینکه آیا می‌توانند به اهداف خود برسند یا نرسند)	

<p>۱- آشنایی بیشتر با منابع معنا</p>	
<p>۲- شناسایی درک مراجعان از مفاهیم مرگ، آزادی، تنهایی و مسئولیت</p>	
<p>۳- کمک به شرکت‌کنندگان تا بتوانند هدفهای خود را به صورت مثبت، معین و قابل دسترسی تدوین کنند <u>تکلیف:</u> از اعضا خواسته می‌شود در مورد کارهایی که تا به حال انجام داده‌اند و تأثیر مثبتی بر ابعاد کیفیت زندگی آنها داشته سه مورد را بیان کنند (بیان خاطرات)</p>	<p>جلسه چهارم</p>
<p>۱- معرفی روابط مثبت و سازنده با دیگران، دوست داشتن زندگی و دیگران و عوامل شادی بخش در زندگی <u>تکلیف:</u> - بررسی کنند که چند تا دوست داشته‌اند؟ - بررسی کنند در حال حاضر چند دوست عادی و چند دوست صمیمی دارند؟ در جلسه بعد جواب تکالیف را ارائه دهند.</p>	<p>جلسه پنجم</p>
<p>۱- آشنایی اعضا با مفهوم آزادی انتخاب مسئولیت در مقابل معناجویی در زندگی</p>	
<p>۲- بحث از مشکلات جسمی که افراد تجربه می‌کنند ۹۰٪ از قبیل افسردگی، اضطراب و اختلالات خواب <u>تکلیف:</u> از اعضا خواسته می‌شود درباره این جمله، هیچ موقعیت ناخوشایندی وجود ندارد که ما نتوانیم با تلاش و تحمل ارزشمندش کنیم، بیندیشند و بیان کنند که آیا با این جمله موافق‌اند یا نه؟ و دلیل خود را برای جلسه بعدی ارائه دهند.</p>	<p>جلسه ششم</p>
<p>۱- شناسایی ترسهای مراجعین و ایجاد آگاهی از جایگاه و پیامدهای آزادی و انتخاب در سلامت و یا عدم سلامت</p>	<p>جلسه هفتم</p>
<p>۲- آشنایی اعضا با ناکامی وجودی، ناامیدی وجودی، روان‌نژندی اندیشه زاد و افسردگی</p>	
<p>۱- افزایش تعالی و خودشکوفایی در بین اعضا و بررسی اثر مثبت آن بر زندگی. <u>تکلیف:</u> اعضا در مورد روند پیشرفت‌شان در مورد رسیدن به استعدادها و تواناییهای درونی از ابتدای زندگی تاکنون بیندیشند و لیستی در این مورد تهیه کنند و برای جلسه بعد به همراه داشته باشند.</p>	<p>جلسه هشتم</p>
<p>۱- بررسی تکلیف جلسه قبل و بحث اعضا در مورد موارد بیان شده</p>	
<p>۲- بررسی پرسشها و مطالب عنوان شده</p>	<p>جلسه نهم</p>
<p>۳- جمع‌بندی نهایی</p>	

یافته‌ها

در این مطالعه ابتدا دو گروه مداخله و کنترل از نظر سن و نوع منزل مسکونی به وسیله آزمون *t* هم‌تاسازی شدند. چون *t* محاسبه شده (۱/۰۵۴) در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود، بنابراین فرض صفر رد نشد و چنین نتیجه گرفته شد که بین میانگین سنی دو گروه اختلاف آماری معناداری وجود ندارد. بدین معنا که دو گروه به لحاظ سن، هم‌تا بودند. برای مقایسه دو گروه در مرحله پس از مداخله از روش آنالیز کوواریانس استفاده شد. ابتدا فرضیات برقراری آنالیز فوق بررسی شد. نتایج ابتدا برای کیفیت زندگی کلی و سپس براساس هر بُعد به صورت جدول شماره (۲) به دست آمد.

جدول (۲)

نتایج آزمون *F* در تساوی واریانسهای نمره کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا و ابعاد آن در پس‌آزمون

مقیاس‌ها	F	df1	df2	p
کیفیت زندگی مادران	۲/۲۴	۱	۱	۰/۱۴۵
سلامت جسمانی مادران	۲/۵۷	۱	۱	۰/۱۲
سلامت روانی مادران	۰/۱۳	۱	۱	۰/۷۲
سلامت روابط اجتماعی	۱/۳	۱	۱	۰/۲۶
سلامت محیط مادران	۲/۹۱	۱	۱	۰/۱

مطابق جدول (۲) با توجه به این که سطح معناداری *F* در مقیاس کیفیت زندگی (۰/۱۴۵) و ابعاد آن شامل سلامت جسمانی (۰/۱۲)، سلامت روانی (۰/۷۲)، سلامت روابط اجتماعی (۰/۲۶) و سلامت محیط (۰/۱)، از خطای ۰/۰۵ کمتر

نیست، لذا فرض تساوی واریانسهای کیفیت زندگی و خرده مقیاسهای آن در پس‌آزمون مورد پذیرش قرار گرفت و از آزمون تحلیل کوواریانس جهت آزمون فوق استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول شماره (۳) ارائه شده است.
جدول (۳)

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تأثیر معنادرمانی گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی و ابعاد آن در مادران کودکان کم‌شنوا

η^2	p	F	MS	منبع تغییرات	مقیاسها
۰/۲۰۵	۰/۰۱	۶/۹۷	۵۲۹/۶۸	پیش‌آزمون	کیفیت زندگی مادران
۰/۴۵	<۰/۰۰۱	۲۲/۰۴	۱۶۷۴/۴۷	گروهها	
۰/۰۸	۰/۱۳	۲/۴۶	۲۰/۱۸	پیش‌آزمون	سلامت جسمانی مادران
۰/۲۴	<۰/۰۰۱	۸/۴۶	۶۹/۳	گروهها	
۰/۱۵	۰/۰۴	۴/۸۸	۴۵/۴۷	پیش‌آزمون	سلامت روانی مادران
۰/۳۶	۰/۰۰۱	۱۵/۲۵	۱۴۲/۲	گروهها	
۰/۴۲	<۰/۰۰۱	۱۹/۹۰۵	۵۶/۳۶	پیش‌آزمون	سلامت روابط اجتماعی
۰/۱	۰/۱۱	۲/۷۲	۷/۶۹	گروهها	
۰/۲۲	۰/۰۱	۷/۶۳	۱۴۴/۳	پیش‌آزمون	سلامت محیط مادران
۰/۳۲	۰/۰۰۱	۱۲/۹۰۵	۲۴۳/۹۳	گروهها	

در جدول (۳) نمره پیش‌آزمون کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا به عنوان متغیر هم‌پراش (کمکی) در نظر گرفته شده است. در آزمون تفاوت بین نمره کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا، در دو گروه آزمایش و کنترل، مقدار سطح معناداری ($<0/001$) محاسبه شده است و از خطای $0/05$ کمتر است. لذا فرض صفر رد و فرض مقابل یعنی ادعای محقق (فرضیه اول) تأیید می‌گردد. بدین معنا که معنادرمانی گروهی بر ارتقاء کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا مؤثر است. با توجه به مجذور اتا، میزان تأثیر یا تفاوت، برابر با ($0/45$) می‌باشد. یعنی 45% از کل واریانس کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا براساس عضویت

گروهی به وجود آمده است. همچنین آزمون کوواریانس نشان داد در ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت محیط اختلاف معناداری بین دو گروه مورد مطالعه در مرحله پس‌آزمون وجود دارد ($p < 0/001$ ، $p < 0/001$ ، $p < 0/001$). بدین معنا که معنادرمانی گروهی به ارتقاء کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا گروه مداخله در ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت محیط منجر شده است. همچنین مقدار مجذور اتا به ترتیب ابعاد اشاره شده عبارتند از (0/24، 0/36، 0/32). یعنی به ترتیب 24٪، 36٪ و 32٪ از کل واریانس سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت محیط مادران کودکان کم‌شنوا براساس عضویت گروهی به وجود آمده است. اما در حیطه سلامت روابط اجتماعی، آزمون کوواریانس مشخص کرد که اختلاف معناداری بین دو گروه مورد مطالعه در مرحله پس‌آزمون وجود ندارد ($p = 0/11$). بدین معنا که معنادرمانی گروهی تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا گروه مداخله به لحاظ سلامت روابط اجتماعی نداشته و دو گروه از وضعیت تقریباً یکسانی برخوردارند.

جدول (۴) نتایج آزمون لون در تساوی واریانسهای نمره کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا و

ابعاد آن در مرحله پیگیری

مقیاس‌ها	F	df1	df2	p
کیفیت زندگی مادران	2/24	1	1	0/14
سلامت جسمانی مادران	2/57	1	1	0/12
سلامت روانی مادران	0/13	1	1	0/7
سلامت روابط اجتماعی	1/3	1	1	0/27
سلامت محیط مادران	0/462	1	1	0/5

مطابق جدول (۴) با توجه به این که سطح معناداری لئون در مقیاس کیفیت زندگی (۰/۱۴) و ابعاد آن شامل سلامت جسمانی (۰/۱۲)، سلامت روانی (۰/۷)، سلامت روابط اجتماعی (۰/۲۷) و سلامت محیط (۰/۵)، از خطای ۰/۰۵ کمتر نیست، لذا فرض تساوی واریانسهای کیفیت زندگی و خرده مقیاسهای آن در مرحله پیگیری مورد پذیرش قرار گرفت و از آزمون تحلیل کوواریانس (برای مرحله پیگیری و مرحله پیش‌آزمون) جهت آزمون فوق استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول شماره (۵) ارائه شده است.

جدول (۵) نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر معنادرمانی گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی و ابعاد آن در مادران کودکان کم‌شنوا (مرحله پیگیری)

مقیاس‌ها	منبع تغییرات	MS	F	p	η^2
کیفیت زندگی مادران	پیش‌آزمون	۴۷۹/۵۴۷	۸/۳۱	۰/۰۸	۰/۲۳۵
	گروه‌ها	۱۵۲۲/۹۹۳	۲۶/۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۹۴
سلامت جسمانی مادران	پیش‌آزمون	۲۴/۵	۳/۹۴	۰/۰۵	۰/۱۲۸
	گروه‌ها	۵۷/۸۵	۹/۳۱	۰/۰۰۵	۰/۲۵۷
سلامت روانی مادران	پیش‌آزمون	۳۸/۶	۵/۳۸	۰/۰۲۸	۰/۱۶۶
	گروه‌ها	۱۱۹/۶	۱۶/۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۲
سلامت روابط اجتماعی	پیش‌آزمون	۴۳/۱۴	۲۱/۴۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۳
	گروه‌ها	۰/۲۳۲	۰/۱۱۶	۰/۷۳	۰/۰۰۴
سلامت محیط مادران	پیش‌آزمون	۹۶/۴	۶/۱۷	۰/۱۹	۰/۱۸۶
	گروه‌ها	۳۳۸/۸	۲۱/۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۶

در جدول (۵) در مرحله پیگیری، نمره پیش‌آزمون کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا به عنوان متغیر هم‌پراش (کمکی) در نظر گرفته شده است. در آزمون تفاوت بین نمره کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا، در دو گروه آزمایش و کنترل، مقدار سطح معناداری (۰/۰۰۱) محاسبه شده است و از خطای ۰/۰۵ کمتر است. لذا فرض صفر رد و فرض مقابل یعنی ادعای محقق (معنادرمانی گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا مؤثر است) تأیید می‌شود. بدین معنا که معنادرمانی گروهی بر ارتقاء کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا مؤثر است. با توجه به مجذور اتا، میزان تأثیر یا تفاوت برابر با (۰/۴۹۴) می‌باشد. یعنی ۴۹/۴٪ از کل واریانس کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا براساس عضویت گروهی به وجود آمده است. همچنین آزمون کوواریانس نشان داد در ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت محیط اختلاف معناداری بین دو گروه مورد مطالعه در مرحله پس‌آزمون وجود دارد ($p < 0/001$, $p < 0/001$, $p < 0/01$). بدین معنا که در مرحله پیگیری هم چنان معنادرمانی گروهی به ارتقاء کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا گروه مداخله در ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت محیط منجر شده است. همچنین مقدار مجذور اتا به ترتیب ابعاد اشاره شده عبارتند از (۰/۳۸۲، ۰/۲۵۷، ۰/۴۴۶). یعنی به ترتیب ۳۸/۲٪، ۲۵/۷٪ و ۴۴/۶٪ از کل واریانس سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت محیط مادران کودکان کم‌شنوا براساس عضویت گروهی به وجود آمده است.

اما در حیطه سلامت روابط اجتماعی، آزمون کوواریانس مشخص کرد که همانند مرحله پس‌آزمون اختلاف معناداری بین دو گروه مورد مطالعه در مرحله پیگیری وجود ندارد ($p < 0/001$). بدین معنا که معنادرمانی گروهی تأثیری بر

کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا گروه مداخله به لحاظ سلامت روابط اجتماعی نداشته و دو گروه از وضعیت تقریباً یکسانی برخوردارند.

بحث

یافته‌ها حاکی از آن هستند که مداخله معنادرمانی گروهی بر افزایش کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا اثربخش بوده است. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های ربکا و جیاکینگ (۲۰۱۱)، کانگ و همکاران (۲۰۰۴)، جارسما^۱ و همکاران (۲۰۰۷)، نصر آزادانی و همکاران (۱۳۹۱)، رسولی و برجعلی (۱۳۹۰)، قنبری و زرنندی (۱۳۸۷)، غباری بناب (۱۳۸۸)، افخم رضایی و همکاران (۱۳۸۷)، لطفی کاشانی و همکاران (۱۳۹۱)، همسو می‌باشد. این پژوهشگران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که معنادرمانی نقش مهمی به عنوان یک عامل واسطه در نشانه‌های بهبودی دارد و نتایج مثبتی را به دنبال شرکت آزمودنیها در برنامه درمانی به همراه دارد، بنابراین معنادرمانی موجب افزایش کیفیت زندگی افراد می‌شود.

در تبیین یافته‌های این پژوهش که مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا مؤثر است، می‌توان عنوان کرد که انسان واکنش خود را در برابر رنجها و سختیهای ناخواسته، ولی پیش آمده و شرایط محیطی خود انتخاب می‌کند و هیچ کس را جز «خود» او یارای آن نیست که این حق را از او بازستاند. آنچه انسان را از پای در می‌آورد، رنجها و سرنوشت نامطلوبشان نیست بلکه بی‌معنا شدن زندگی است که مصیبت‌بار است و معنا تنها در لذت و شادمانی و خوشی نیست، بلکه در رنج و مرگ هم

1. Gaarsma

می‌توان معنایی یافت. پس می‌توان گفت معنای زندگی امری مشروط نیست. زیرا معنای زندگی می‌تواند حتی بالقوه درد و رنج را نیز در برگیرد (فرانکل، ۱۹۶۳؛ ترجمه صالحیان و میلانی، ۱۳۸۵).

به گفته کرسینی^۱ (۲۰۰۰) ما با اینکه برای افکنده شدن به این دنیا، حق انتخابی نداشته‌ایم اما، شیوه زندگی ما حاصل انتخابهای ماست. لذا به خاطر واقعیت این آزادی اساسی باید مسئولیت هدایت زندگی خویش را پذیرا باشیم و از بهانه‌تراشی اجتناب کنیم. ما اولین معمار، برنامه‌ریز و سازنده زندگی خود در طول حیاتمان هستیم. خود این آزادی نیز، منشأ دیگری برای اضطرابهاست (ویکی‌پدیا، ۲۰۰۷). به نظر فرانکل (۲۰۰۰)، معناها به عنوان دلایل و انگیزه‌های رفتار آدمی را جذب می‌کند و به زندگی نشاط می‌بخشند. از ویژگیهای انسان، «اراده معطوف به معناجویی» در زندگی است که سلامت‌روان شخص را تأمین می‌کند.

نتیجه این پژوهش بیانگر این است که فرجام‌پذیری و گذرا بودن زندگی نه تنها از ویژگیهای اصلی زندگی انسان است، بلکه عامل واقعی بامعنا بودن آن نیز به‌شمار می‌رود و معنای هستی انسان بر پایه ماهیت برگشت‌ناپذیری آن استوار است. زندگی به ما تجربیات با ارزشی ارائه می‌دهد تجربیاتی که می‌توان گفت هدایای زندگی است. وقتی ما معنی زندگی را در تجربیات و وقایع زندگیمان پیدا کنیم، می‌توانیم احساس نگرانی را کنترل کنیم و به زندگی خود معنا و امید را هدیه بدهیم. آموزشهای معنادرمانی با تأکید بر آزادی و مسئولیت باعث می‌شود که افراد بر اوضاع و شرایط و یافتن معنا تسلط یافته و موقعیت خود را تغییر دهند. همچنین تمایل به زندگی را در خود قوت بخشند و با نگرانیهای خود

1. Corsini

مقابله کرده و احساس کنترل درونی در آنان افزایش یابد و در نهایت نسبت به آینده و به دست آوردن آنچه انتظاراتش را دارند، امیدوارتر شوند.

معدارمانی با در نظر گرفتن گذرای هستی و وجود انسانی به جای بدبینی و انزوا، ارائه تفسیری تازه از محیط پیرامون انسان و در کل معنی دادن به زندگی، افراد را به تلاش و فعالیت فرا می خواند و به آنها کمک می کند تا از ناامیدی، غمگینی زیاد و ... رها و علاقه و اشتیاق آنها را به فعالیتهای عادی و همچنین حفظ هویت و ارتباط با دیگران، احساس ارزشمند بودن و ... بیشتر شود.

سازدهای تعالی معنوی، با توجه به آزادی معنوی به عنوان یکی از ابعاد هستی انسان و همچنین با ایجاد آگاهی از مسئولیت پذیری در افراد، باعث می شود ترس و اضطراب مادران دارای فرزند کم شنوا نسبت به عوارض وجود چنین فرزند و نگرانی آنان به خاطر مسائل و مشکلاتی که در پیش دارند، کاهش یابد. در واقع آزمودنیها با شرکت در جلسات گروهی و تبادل افکار و عقاید و یافتن معنایی برای آنچه که تا به امروز بر آنها گذشته است، خواه درد و رنج و خواه بیماری، مصیبت و فقدان، این توانایی و آگاهی را کسب می کنند که زندگی همواره دارای معناست و می توان در هر پدیده ای که پیشامد می کند، معنا و هدفی یافت. همچنین معنادرمانی گروهی فرصتی فراهم کرده است تا اعضا به شناخت، درک و رهاسازی خود از موانعی که آزادی آنان را سد کرده، دست یابند و معنایی در زندگی خود بیابند و در پناه حمایتهای اجتماعی به دست آمده با غم و اندوه، کمبودها، درد و رنج، بیماریهای مزمن و در نهایت مرگ سازگار شوند. گروه درمانی برای این افراد به منظور بیان و سهیم شدن در تجربیات فردی، مطرح می شود. گروه می تواند فضایی ایجاد کند که با وجود انکار و فرافکنی ایجاد شده به وسیله شرایط ناگوار پیش آمده، ویژگیهای دفاعی سالم

و رشد یافته بارور شوند. معنادرمانی از طریق ایجاد همدلی، شنیدن، حمایت، بیان احساسات و سهیم شدن در تجربیات یکدیگر سبب بهبودی می‌شود. سهیم شدن در تجربه، دلگرمی و امکان بیان احساسات، تعلق خاطر افراد را به یکدیگر افزایش داده و حتی سبب گسترش این احساس به افراد خارج از گروه می‌شود. وجود معنا در زندگی، عامل مهم اساسی در سلامت روانی - عاطفی است و به طور سیستماتیکی با ابعاد گوناگون شخصیت، انطباق و سازگاری دارد. همان طور که گفته شد، وجود فرزند دارای کم‌شنوایی بر سلامت مادران آنها بسیار تأثیرگذار است. فرانکل (۲۰۰۰) برای رسیدن به سلامت عمومی تأکید عمده‌ای بر اداره معطوف به معنا داشت. این اراده چنان نیرومند است که می‌تواند همه انگیزشهای انسانی دیگر را تحت الشعاع قرار دهد. افراد وقتی از سلامت عمومی خوبی برخوردارند، انتظار بهترین چیزها را در زندگی خواهند داشت و برای رویارویی با هر حادثه‌ای آمادگی پیدا خواهند کرد. به طور کلی، مردمی که سلامت عمومی خوبی دارند نگرش مثبت داشته و آماده برخورد با مشکلات زندگی‌اند. همچنین در مورد خود و دیگران احساس خوبی دارند و در محیط کار و روابطشان مسئولیت‌پذیرتر خواهند بود.

در این پژوهش به منظور افزایش کیفیت زندگی در مادران دارای کودک کم‌شنوا از تکنیکها و راهکارهای معنادرمانی که شامل: قصد متناقض، بازتاب‌زدایی، روشهای معنایابی (عشق، شوخی، ترسیم روشن و دقیق از عواطف خود، تجربه ارزشی والا)، یافتن معنای زندگی و مرگ، یافتن معنای درد و رنج، شناخت ارزشهای (تجربی، نگرشی، خلاق)، شناخت نگرشها و احساسات درونی، آگاهی از مسئولیت‌پذیری و نقش آن در به دست آوردن موفقیت، آگاهی در خصوص باورها در پذیرش خویشتن و شناخت ویژگیها، توجه به آزادی معنوی به عنوان

یکی از ابعاد هستی انسان و یافتن حق انتخاب درباره شیوه زندگی، تقویت روابط اجتماعی اعضا، شناخت عوامل ایجاد کننده اضطراب و راههای مقابله با آن استفاده گردیده شد.

تولد یک فرزند کم‌شنوا در یک خانواده همواره همراه با واکنشهای احساسی و هیجانی بسیار منفی در خانواده و به‌ویژه مادر است. تا جایی که سوگ حاصل از ورود کودک کم‌شنوا به خانواده را همسان سوگ مرگ فرزند دانسته‌اند (موللی، ۱۳۸۸) چرا که در واقع وجود این کودک مرگ همه آرزوهای مادر بوده است. اما از سویی همین مادر لازم است بار آموزش و تربیت و توان‌بخشی فرزند را نیز بیش از هرکس دیگر بردوش کشد. در این پژوهش افراد نمونه به این مسئله پی بردند که وجود فرزند کم‌شنوا و مشکلات ناشی از آن، آخر زندگی به شمار نمی‌رود، بلکه در زندگی کنونی خود می‌توانند از امکانات اطرافشان و از در کنار هم بودن لذت ببرند و با توجه به آموزشی که به آنها داده شد به این آگاهی رسیدند که اگرچه نمی‌توانند حوادث قطعی زندگی‌شان را تغییر دهند، اما می‌توانند یاد بگیرند روش مقابله با سختیهای زندگی‌شان را تغییر دهند و در مقابل رویدادهای رنج‌آور زندگی‌شان واکنش مطلوبی نشان دهند. در نتیجه وقتی بتوانند معنی درد و رنج حاصل از تولد کودک کم‌شنوا را پیدا کنند می‌توانند احساس نگرانی و ناامیدی را کنترل کرده و به زندگی خود معنای تازه‌ای ببخشند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به بررسی تأثیر معنادرمانی گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌شنوا انجامید، که تحلیل داده‌ها و مقایسه نتایج پیش‌آزمون-پس‌آزمون گروه آزمایش با گروه کنترل آن را تأیید کرد. با توجه

به اینکه مطالعه بر روی مادران کودکان کم‌شنوا مدارس دولتی شهرستان کرج صورت گرفت و بسیاری از مردم شهرستان کرج، مهاجرین بخشهای مختلف کشور هستند؛ می‌توان نتیجه‌گیری کرد که این روش برای ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوای پیش دبستانی در سراسر کشور قابل استفاده است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری صمیمانه اداره آموزش و پرورش استثنایی شهرستانهای استان تهران و آقای گودرزی مدیر دبستان استثنایی شهداء که در اجرا و مراحل انجام پژوهش امکانات لازم را در اختیار پژوهشگر قرار دادند، تشکر و قدردانی می‌شود. هم چنین از تمامی مادران شرکت کننده در پژوهش حاضر نهایت سپاس و قدردانی می‌شود.

- افخم رضایی، ز.، تریزی، م. و شفیع آبادی، ع. (۱۳۸۷). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر ارتقاء سلامت زنان. *مجله اندیشه و رفتار*، شماره ۹، ۷۸-۶۹.
- پرنده، ا. و موللی، گ. (۱۳۹۰). تأثیر اموطش مدیریت استرس بر کاهش مشکلات روان شناختی خانواده‌های کودکان با آسیبهای شنوایی. *فصلنامه خانواده پژوهی*. سال سوم، شماره ۲۵، ۳۴-۲۳.
- رسولی، ل. و برجعلی، ا. (۱۳۹۰). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب و افزایش اعتماد به نفس بیماران مبتلا به MS. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*. سال سوم، شماره ۱، ۵۹-۴۳.
- غباری بناب، ب.، متولی پور، ع. و حبیبی عسگرآباد، م. (۱۳۸۸). رابطه اضطراب و افسردگی با میزان معنویت در دانشجویان دانشگاه تهران. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*. سال ۳، شماره ۲ (۱۰)، ۱۲۳-۱۱۰.
- فخار ف، نوابی نژاد، ش. و فروغان، م. (۱۳۸۷). تأثیر مشاوره گروهی بارویکرد معنا درمانی بر سطح سلامت روان زنان سالمند. *مجله سالمندی ایران*. ۳ (۱): ۶۷-۵۸.
- فرانکل، و. (۱۳۸۵). *انسان در جستجوی معنا*. ترجمه نهضت صالحین و مهین میلانی. تهران: انتشارات درسا.
- موللی، گ. (۱۳۸۷). سلامت روان در مادران کودکان ناشنوا. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، شماره ۷۷ و ۷۶، ۳۰-۲۷.
- موللی، گ. و نعمتی، ش. (۱۳۸۸). مشکلات فراروی والدین در پرورش فرزندان کم‌شنوا. *فصلنامه شنوایی شناسی*، ۱۸ (۱ و ۲)، ۱۱-۱.
- نجات، س. و همکاران (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL- BREEF): ترجمه و هنجارسازی در نمونه‌های ایرانی. *مجله سلامت*. سال چهارم، شماره ۴، ۱۲-۱.
- Aslani, L. , Azkhosh, M. , Movallali, G. , Younesi, S. J. & Salehy, Z. (2014). The Effectiveness of Resiliency Training Program on the Components of Quality of Life in Mothers with Hearing-Impaired Children. *Journal of Research & Method in Education (IOSR-JRME)* , 4 (3) : 62-66.
- Corsini, D. W. (2000). *Current Psychotherapies*. Printed in: Francel, U. S. A. , Victor, E. (Eds.). *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy*. Preface by Allport, G. W. , Boston: Beacon Press.
- Jaarsma, T. A. , Pool, G. , Rachor, A. V. & Sanderman (2007). The concept and measurement of meaning in life in Dutch cancer patient. *Psychooncohogy*, 16 (3) , 8-241.

- Kang, K. , Jea, I. M. , Hee-su, K. , Shingjeang, K. , Mi-Kyung, S. & Sonnyong, S. (2009). The effect of logotherapy on the suffering, finding meaning, and spiritual well-being of Adolescents with Terminal cancer. *Journal of Current Directions in Psychological Science*,29:312 .
- Lantz, J. (2006). Resistance in Family Logo therapy. *Contemn Porary Family Therapy*, (5) , 4-5.
- Lukas, E. & Zwang Hirsch, B. (2002). Logotherapy. In: Kaslow, F. W. (Chief Editor). *Comprehensive Handbook of psychotherapy*. Vol. 3, 338-356, New York: John Wiley & Sons, INC.
- Mallery, M. C. , Almeida, D. M. , Neupert, Sh. D. (2005). Women's daily physical health symptoms and stressful experiences across adulthood. *Psychology and Health*. 20, (3) , 389-403.
- Najm Abadi, H. & Kahrizi, K. (2005). Hearing loss genetics. *J Rehabil*, 6 (1) , 48-56.
- Rebecca, P. & Jiaqing, O. (2011). Association Between Caregiving , 50 in an Asian Sampel: Age as a Moderator. *Journal Springer Science+ Business MediB*. v. (108) : 525-534
- Sand, L. (2008). *Existential challenges and coping in palliative cancer care, experiences of patient and family members*. Karolinska institute Stockholm.
- Schenel, T. & Becker, P. (2006). Personality and Meaning in Life. *Personality and Individual Difference*, 4-1, 1-7.