

تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود سرمایه روان‌شناختی و ابعاد آن در مادران کودکان کم‌توان ذهنی

صدیقه آقایی^۱، زهرا یوسفی^{۲*}

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۶/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۰/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: تولد یک کودک کم‌توان ذهنی، به‌عنوان یک بحران می‌تواند تأثیرات نامطلوبی بر مادران داشته و آنها را تحت تنش‌های جسمی، روانی، و اجتماعی قرار دهد. هدف از پژوهش حاضر تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود سرمایه روان‌شناختی و ابعاد آن در بین مادران کودکان کم‌توان ذهنی بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهر سمیرم در سال ۱۳۹۵ بود. نمونه مورد مطالعه ۳۰ مادر دارای فرزند کم‌توان ذهنی بودند که به شکل در دسترس انتخاب شده و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایدهی شده‌اند. گروه آزمایش طی نه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان کیفیت زندگی را دریافت کردند، درحالی‌که که گروه گواه در فهرست انتظار قرار داشت. هر دو گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی (لوتانز، ۲۰۰۷) مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون کوواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد آن به‌جز خوش‌بینی و تاب‌آوری مؤثر بوده است ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی با تقویت مهارت‌های حل مسئله مادران و تشویق آنها به مثبت‌نگری باعث بهبود شاخص‌های سلامت روانی می‌شود.

کلیدواژه‌ها: سرمایه روان‌شناختی، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، مادران کودکان کم‌توان ذهنی

*نویسنده مسئول: زهرا یوسفی، استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

ایمیل: Z.yousefi1393@khuisf.ac.ir تلفن: ۰۳۱ - ۳۵۳۵۴۰۰۱

مقدمه

اثرات تولد یک کودک ناتوان بر خانواده خیلی عمیق است، زیرا بروز کم‌توانی در فرزند یا فرزندان علاوه بر اینکه ارتباط مادر و کودک را تهدید می‌کند، اختلال‌های عاطفی و اقتصادی زیادی را در خانواده ایجاد می‌نماید، از آنجاکه برطرف کردن نیاز فرزند کم‌توان، مستلزم صرف زمان، انرژی، پول، و هیجان بیشتری از سوی والدین است، ممکن است در والدین این احساس به وجود آید که آنها توانایی و کفایت لازم را برای برطرف کردن نیازهای کودکانشان ندارند (۱). همچنین داشتن یک فرزند کم‌توان می‌تواند توأم با تجربه عواطف منفی در والدین از جمله مادران آنها شود. عاطفه منفی شامل احساس‌ها و هیجان‌های منفی مانند گناه، شرم، غمگینی، اضطراب و نگرانی، خشم، و تنش است که باعث افت سرمایه‌های روان‌شناختی^۱ آنها می‌گردد (۲). از نظر لوتانز (۳) سرمایه روان‌شناختی، سازه‌ای ترکیبی و به‌هم‌پیوسته است که چهار مؤلفه ادراکی - شناختی یعنی امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی، و تاب‌آوری^۲ را در بردارد. این مؤلفه‌ها در یک فرایند تعاملی و ارزش‌گرایانه، به زندگی فرد معنا بخشیده و تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشارزا را تداوم می‌بخشد (۴)، او را برای ورود به صحنه عمل آماده نموده و مقاومت و سرسختی وی در تحقق اهداف را تضمین می‌کند (۵ و ۶). از سوی دیگر سرمایه روان‌شناختی، از شاخص‌های روان‌شناسی مثبت است که با ویژگی‌هایی از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موقعیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف و تحمل کردن مشکلات تعریف می‌شود (۷). همچنین برخوردار بودن از سرمایه روان‌شناختی، افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت‌های تنیدگی‌زا کمتر دچار تنش شده و در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند، به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و کمتر

تحت تأثیر وقایع روزانه قرار بگیرند؛ بنابراین این گونه افراد دارای سلامت روان‌شناختی بالاتری هستند (۸).

به‌هرحال یکی از دغدغه‌های روان‌شناسان مثبت‌نگر افزایش رضایت از زندگی و سرمایه‌های روان‌شناختی است و طبیعتاً می‌تواند کیفیت زندگی این مادران را تحت تأثیر قرار دهد. کیفیت زندگی عبارت است از بهزیستی عمومی افراد در زمینه بهداشت و سلامت، رفاه و شادمانی که توسط فرد تجربه می‌شود (۹).

یکی از روی‌آوردها در حوزه روان‌شناسی مثبت که با هدف ایجاد بهزیستی ذهنی و ارتقا رضایت از زندگی در بافت زندگی تدوین شده است، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی^۳ است. این درمان ترکیب روی‌آورد شناختی آرون‌بک در حوزه بالینی، نظری، و روان‌شناسی مثبت‌سلیگمن است که توسط فریش (۲۰۰۶) طراحی شده است. گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی به‌صورت ساختارمند و همراه با تکالیف و تمرین‌های شناختی - رفتاری به دنبال ایجاد تحول در شانزده حوزه اصلی زندگی: (۱) بهداشت و سلامت جسمانی، (۲) حرمت خود، (۳) اهداف و ارزش‌ها، (۴) پول و مادیات، (۵) کار، (۶) بازی، (۷) یادگیری، (۸) خلاقیت، (۹) کمک به دیگران، (۱۰) عشق، (۱۱) دوستان، (۱۲) فرزندان، (۱۳) خویشاوندان، (۱۴) خانه، (۱۵) همسایه‌ها، و (۱۶) جامعه است. در این مدل درمان با ایجاد تغییر شناختی رفتاری در پنج مفهوم اصلی انجام می‌شود این پنج مفهوم به‌طور خلاصه کاسیو^۴ نامیده می‌شوند و عبارت‌اند از (۱) شرایط زندگی، (۲) نگرش‌ها، (۳) استانداردهایی که افراد برای خودشان تعریف کرده‌اند، (۴) ارزش‌ها، و (۵) رضایت کلی از زندگی. کاسیو پنج راهبرد برای ایجاد رضایت در این حوزه‌ها است که با ایجاد رضایت‌مندی از فاصله موجود بین آنچه شخص دارد و آنچه شخص می‌خواهد باعث بالا بردن کیفیت زندگی می‌شود (۹). از این‌رو به نظر می‌رسد روش مناسبی برای مادرانی است که با مشکل دشوار داشتن فرزند

4. CASIO: Circumstance, Attitude, Standards, Importance and Overall Satisfaction

1. Psychological capital

2. Hope, optimism, self- efficacy, & resiliency

3. Quality of life therapy

بهبود معنای زندگی و غنای درونی، به بهبود وضعیت روان‌شناختی مادران فرزندان کم‌توان کمک کند و در کاهش رنج و درد آنها مؤثر باشد و می‌تواند چارچوب آموزشی و درمانی مناسبی را برای بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی این گروه در اختیار بگذارد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: با توجه به اینکه این پژوهش به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد آن در بین مادران کودکان کم‌توان ذهنی (بر طبق ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، منظور از گروه کودکان مبتلابه کم‌توانی ذهنی کودکانی است که در طبقه اختلال‌های عصبی-تحولی قرار می‌گیرند و ممکن است در زمینه ناتوانی ذهنی در یکی از چهار سطح خفیف، متوسط، شدید، و عمیق قرار گیرند) پرداخته است، بنابراین روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش ۲۳۰ مادر دارای کودک کم‌توان ذهنی شهرستان سمیرم در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵ بود که ۳۰ نفر از مادران به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و برحسب حضور کودک آنها در مرکز آموزش و توان‌بخشی انتخاب و سپس در دو گروه آزمایش (۱۵) و گروه گواه (۱۵) به‌طور تصادفی جایدهی شدند (به این ترتیب که از فهرست اسامی این گروه از مادران به تصادف شماره‌هایی انتخاب شد). ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارت بودند از: مادرانی که دارای کودک کم‌توان ذهنی باشند، ۲۵ تا ۶۰ سال سن داشته باشند، و عدم وجود مشکلات حاد روان‌پزشکی (که بر اساس پرونده دانش‌آموزان و یک مصاحبه مختصر توسط نگارنده بررسی شد). ملاک‌های خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از سه جلسه در گروه آزمایش، عدم مشارکت و همکاری در گروه و وجود مشکلات رفتاری شدید در طول جلسات. لازم به ذکر است تمامی ملاحظات اخلاقی در این پژوهش رعایت شد و

کم‌توان ذهنی روبه‌رو هستند. درباره کیفیت زندگی و دیگر ویژگی‌های مادران کودکان کم‌توان ذهنی پژوهش‌های گوناگونی انجام شده است از جمله: ملک‌پور (۱۰) ساجدی و همکاران (۱۱) موسوی خطاط و همکاران (۱۲) علی‌اکبری دهکردی و همکاران (۱۳).

دیویس و همکاران (۱۴) شور فنگائو و همکاران (۱۵) دورماز و همکاران (۱۶) واندرویک و همکاران (۱۷) همگی به مقایسه مادران کودکان مبتلابه مشکلات روان‌شناختی از جمله کم‌توان ذهنی و کودکان بهنجار پرداختند و متوجه شدند که این مادران در حوزه‌های مختلف مرتبط با سلامت روان مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند. در این میان وجود پژوهش‌هایی که به کاهش مشکلات این مادران پرداخته باشد ضروری به نظر می‌رسد از این‌رو لزوم انجام پژوهش‌هایی با هدف کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی این گروه برجسته می‌شود بنابراین این پژوهش به این موضوع از طریق روش کیفیت زندگی درمانی پرداخت.

پژوهش‌هایی نیز اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی را در گروه‌های مختلف و بر سازه‌های مختلف نشان داده‌اند از جمله: امامی و کجباف (۱۸) بر اضطراب و افسردگی؛ پاداش و همکاران (۱۹) بر رضایت زناشویی؛ رستمی و همکاران (۲۰) بر بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان؛ امامی، عابدی و جوادزاده شهشهانی (۲۱) بر تعارض کار خانواده و خانواده-کار؛ رودریگو و همکاران (۲۲) بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش ناراحتی؛ عابدی و وستانیس (۲۳) بر والدین کودکان مبتلابه اختلال وسواس اجباری.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود تاکنون پژوهشی به مطالعه روش‌های مؤثر بر بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی از جمله اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی این گروه نپرداخته است.

با توجه به آنچه گفته شد به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر کیفیت زندگی می‌تواند از طریق افزایش رضایت از زندگی و

۰/۹۱۷، امیدواری = ۰/۸۹۱، تاب‌آوری = ۰/۴۴۴، خوش‌بینی = ۰/۸۹۶ محاسبه شد. در پژوهش لوتانز و اولیو (۲۴) آلفای کرونباخ و بازآزمون این پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۸۰ به دست آمده است. در پژوهشی که توسط نریمانی و همکاران (۲۵) انجام شد، آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۵ گزارش شده است. همچنین، در پژوهش خسروشاهی و همکاران (۲۶) میزان روایی و اعتبار آن به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۹ به دست آمده است.

ج) روش اجرا: به‌منظور اجرای پژوهش پس از انجام روند دریافت مجوز، انجام عملیات نمونه‌گیری و گمارش آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و گواه، آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرکز توانبخشی کودکان استثنایی شهر سمیرم به شکل گروهی در معرض مداخله آموزشی با هدف افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی قرار گرفتند. این آموزش‌ها مبتنی بر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی فریش (۲۰۰۶) بود. آزمودنی‌ها در معرض هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش و یک جلسه پس‌آزمون قرار گرفتند. در کل این دور آموزشی طی ۴۰ روز انجام شد (هر هفته دو جلسه و به فاصله سه روز اجرا شد).

علاوه بر رعایت اصل رازداری، به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که از اطلاعات آنها صرفاً در زمینه امور پژوهشی استفاده می‌شود و قبل از اجرا مجوزهای کتبی لازم از مؤسسه توانبخشی و سازمان مربوطه گرفته شد.

ب) ابزار

۱) پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی: برای سنجش سرمایه روان‌شناختی از پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز (۲۰۰۷) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۴ سؤال و ۴ خرده‌مقیاس است که در آن هر خرده‌مقیاس ۶ گویه دارد. خرده‌مقیاس‌ها عبارت‌اند از تاب‌آوری، خوش‌بینی، خودکارآمدی، و امیدواری. اعتبار و پایایی این خرده‌مقیاس‌ها نیز تأیید شده است. آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) پاسخ می‌دهد. برای به دست آوردن نمره سرمایه روان‌شناختی ابتدا نمره هر خرده‌مقیاس به‌صورت جداگانه به دست آمد و سپس مجموع آنها به‌عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی محسوب شد. در پژوهش لوتانز (۲۰۰۷) همسانی درونی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ (۰/۸۵) به دست آمد. آلفای کرونباخ برای خودکارآمدی =

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

تعداد جلسه	هدف، محتوای جلسه، تکلیف جلسه
جلسه اول	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر؛ ایجاد یک رابطه مبتنی بر همکاری؛ تعیین اهداف گروه؛ ذکر قوانین گروه و تأکید بر توجه کامل مباحث و تمرین‌های مربوطه؛ توضیحاتی مرتبط با تنیدگی والدین، عاطفه منفی، رضایت از زندگی و سرمایه‌های روان‌شناختی زندگی روزمره و پیوند زدن آن با متغیرهای وابسته؛ نقش و اهمیت این متغیرها در تجربه زندگی؛ بیان هدف دوره و منطق درمان؛ اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ تعریف کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و شادمانی؛ اجرای مقیاس کیفیت زندگی، نمره‌گذاری بر اساس میزان رضایت؛ ارزیابی اهداف در شانزده بعد زندگی و اجرای تکلیف کیک شادمانی؛ بررسی علل نارضایتی در هر حیطه؛ تکلیف (تکمیل کاربرگه نظارت هرروزه بر ابعاد زندگی و ترسیم کیک شادمانی)
جلسه سوم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام‌شده؛ آشنایی اعضا با پنج راه رسیدن به رضایت از زندگی؛ مشخص کردن پنج بعد رضایت برای هر حیطه و رتبه‌بندی حیطه‌ها برای عملکرد بهتر؛ تعریف اهداف بلندمدت و کوتاه‌مدت برای هر حیطه؛ تکلیف
جلسه چهارم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام‌شده؛ آشنایی اعضا با سه محور بهبود کیفیت زندگی: غنای درونی، کیفیت زمان و معنای زندگی؛ تعریف غنای درونی، معرفی ابعاد غنای درونی و راه‌های رسیدن به غنای درونی؛ درک نیمرخ روانی تنیدگی والدین و آموزش چگونگی کیفیت و تحلیل آن؛ تعریف کیفیت زمان، بررسی فنون رسیدن به کیفیت زمان؛ تکلیف
جلسه پنجم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام‌شده؛ آشنایی اعضا با سایر فنون کیفیت زمان، یافتن معنای زندگی و فنون آن؛ آموزش کاهش تنیدگی به کمک فنون آن؛ تعریف معنا و راه‌های رسیدن به آن، بیان اهداف معناآفرین؛ تکلیف
جلسه ششم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام‌شده؛ آشنایی اعضا با پنج بعد رضایت از زندگی و کاهش عاطفه منفی؛ مروری بر مدل پنج-گانه رضایت؛ توضیح فن تغییر نگرش و عاطفه منفی، بیان منطق آن، آموزش تمرین‌های مرتبط با تغییر نگرش و عاطفه؛ تکلیف
جلسه هفتم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام‌شده؛ آشنایی اعضا با پنج بعد رضایت از زندگی و افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی؛ توضیح من اهداف را تغییر بده؛ آموزش فنون تغییر اهداف؛ آموزش فنون تغییر اولویت‌ها؛ آموزش فنون تقویت رضایت‌مندی در سایر حیطه‌ها؛ تکلیف
جلسه هشتم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام‌شده؛ آشنایی اعضا با سه روش تکمیلی بهبود کیفیت زندگی؛ تکلیف
جلسه نهم	مرور تکالیف جلسه قبل؛ پس‌آزمون

یافته‌ها

سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد آن در بین مادران کودکان کم‌توان ذهنی از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای نمره کل سرمایه‌های روان‌شناختی و تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای ابعاد آن استفاده شد.

در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی متغیر سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه‌ها گزارش شده است. به‌منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد بر اساس گروه آزمایش و گواه

متغیرها	گروه	نوع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
خودکارآمدی	گروه آزمایش	پیش آزمون	۱۷/۳۳	۴/۸۲	۱۵
		پس آزمون	۲۴/۲۰	۳/۹۸	۱۵
	گروه گواه	پیش آزمون	۱۷/۴۰	۷/۶۵	۱۵
		پس آزمون	۱۷/۹۳	۷/۷۱	۱۵
امیدواری	گروه آزمایش	پیش آزمون	۲۰/۲۶	۴/۰۲	۱۵
		پس آزمون	۲۳/۸۰	۴/۷۲	۱۵
	گروه گواه	پیش آزمون	۱۶/۸۰	۷/۰۸	۱۵
		پس آزمون	۱۷/۴۶	۶/۹۵	۱۵
تاب‌آوری	گروه آزمایش	پیش آزمون	۲۲/۶۰	۳/۹۷	۱۵
		پس آزمون	۲۶/۶۰	۳/۴۵	۱۵
	گروه گواه	پیش آزمون	۲۰/۲۰	۸/۲۹	۱۵
		پس آزمون	۲۲/۲۰	۱۰/۲۶	۱۵
خوش‌بینی	گروه آزمایش	پیش آزمون	۲۴/۲۶	۲/۸۴	۱۵
		پس آزمون	۲۶/۳۳	۲/۶۹	۱۵
	گروه گواه	پیش آزمون	۱۹/۵۳	۷/۹۲	۱۵
		پس آزمون	۲۰/۹۳	۸/۱۳	۱۵
سرمایه روان‌شناختی	گروه آزمایش	پیش آزمون	۸۴/۴۶	۶/۹۰	۱۵
		پس آزمون	۱۰۰/۹۳	۹/۷۵	۱۵
	گروه گواه	پیش آزمون	۷۳/۹۳	۲۸/۴۲	۱۵
		پس آزمون	۷۸/۵۳	۲۹/۹۰	۱۵

بررسی معناداری این تفاوت از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. جهت بررسی نرمال بودن نمرات سرمایه‌های روان‌شناختی از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد و به‌منظور بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این تحلیل‌ها در جدول (۳) آمده است.

نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد که میانگین سرمایه‌روان‌شناختی و ابعاد آن در پس‌آزمون گروه آزمایش افزایش پیدا کرده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که بین میانگین سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد آن در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. به‌منظور

جدول ۳: نتیجه آزمون شاپیرو ویلک به منظور بررسی نرمال بودن نمرات سرمایه روان‌شناختی و ابعاد آن در گروه‌های آزمایش و گواه

منبع تغییرات	گروه	آزمون شاپیرو ویلک	Df	معناداری
خودکارآمدی	آزمایش	۰/۹۴۹	۱۵	۰/۵۰۴
	گواه	۰/۹۶۰	۱۵	۰/۶۹۶
امیدواری	آزمایش	۰/۹۴۴	۱۵	۰/۴۳۴
	گواه	۰/۹۰۶	۱۵	۰/۱۱۷
تاب‌آوری	آزمایش	۰/۸۳۸	۱۵	۰/۰۶۲
	گواه	۰/۹۰۵	۱۵	۰/۱۱۵
خوش‌بینی	آزمایش	۰/۹۵۶	۱۵	۰/۶۷۱
	گواه	۰/۷۸۱	۱۵	۰/۰۵۲
سرمایه روان‌شناختی	آزمایش	۰/۹۲۳	۱۵	۰/۲۱۵
	گواه	۰/۸۷۸	۱۵	۰/۰۵۴

نتایج آزمون شاپیرو ویلک در جدول (۳) نشان می‌دهد که نمرات سرمایه روان‌شناختی و ابعاد آن نرمال است؛ و این پیش‌فرض استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است. به منظور بررسی برابری واریانس‌های متغیرهای سرمایه روان‌شناختی و ابعاد آن از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این تحلیل نشان داد که واریانس‌های دو گروه برای نمره کل سرمایه روان‌شناختی $F=2/195$ و $P=0/150$ ، برای خودکارآمدی $F=4/178$ و $P=0/064$ ، برای امیدواری $F=6/197$ و $P=0/987$ ، برای تاب‌آوری $F=4/716$ و $P=0/405$ ، و برای خوش‌بینی $F=7/049$ و $P=0/05$ است. این نتایج نشان داد واریانس‌های دو گروه در متغیرهای مذکور با هم تفاوت معنادار ندارد.

به منظور برابری کوواریانس‌های در نمرات سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد آن در دو گروه از آزمون باکس استفاده شد. نتایج نشان داد تفاوت کوواریانس دو گروه در سرمایه روان‌شناختی و ابعاد آن غیرمعنادار است ($F=2/78$ و $P=3/8$). با توجه به تأیید پیش‌فرض‌ها به منظور مقایسه دو گروه در سرمایه‌های روان‌شناختی و به منظور کنترل هم‌خطی از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد و به منظور مقایسه ابعاد آن از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری را نشان می‌دهد.

جدول ۴: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری مقایسه متغیر وابسته بر اساس گروه

نام متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
سرمایه روان‌شناختی	مدل اصلاح شده	۱۵۱۹۱/۰۹۴	۲	۷۵۹۵/۵۴۷	۸۴/۵۷۷	۰/۰۰۰	۰/۸۶۲	۱/۰۰
	پیش‌آزمون	۱۱۴۲۷/۸۹۴	۱	۱۱۴۲۷/۸۹۴	۱۲۷/۲۵۰	۰/۰۰۰	۰/۸۲۵	۱/۰۰
	گروه	۱۰۴۱/۳۸۷	۱	۱۰۴۱/۳۸۷	۱۱/۵۹۶	۰/۰۰۲	۰/۳۰۰	۰/۹۰۷
	خطا	۳۴۲/۷۷۳	۲۷	۸۹/۸۰۶				

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد که تفاوت میانگین دو گروه در سرمایه روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی با مادران فرزندان سالم معنادار است. همچنین مجذور اتا در این

زمینه نشان می‌دهد که آموزش کیفیت زندگی ۰/۳٪ از تغییرات سرمایه روان‌شناختی را تبیین می‌کند توان آماری سرمایه روان‌شناختی معادل ۰/۹۰۷ نشان‌دهنده حجم نمونه

مناسب برای یک چنین نتیجه‌گیری است. به این ترتیب باید گفته شود که آموزش کیفیت زندگی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی تأثیر دارد. جدول (۵) آزمون لامبدای ویلکز را به منظور بررسی ابعاد سرمایه‌های روان‌شناختی بر حسب گروه پیش‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۵: نتایج آزمون لامبدای ویلکز

منبع تغییرات	ارزش	F	DF	خطای DF	معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
گروه	۰/۴۷۷	۰/۷۵۷	۴/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۰۳	۰/۵۲۳	۰/۹۴۷

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس به منظور مقایسه ابعاد سرمایه روان‌شناختی بر حسب گروه

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
مدل اصلاح شده	خودکارآمدی	۱۲۰۶/۹۱۸	۶	۲۰۱/۱۵۳	۳۰/۳۴۸	۰/۰۰۱	۰/۸۸۸	۱/۰۰
	امیدواری	۹۷۲/۱۳۷	۶	۱۶۲/۰۲۳	۱۱/۱۸۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴۵	۱/۰۰
	تاب‌آوری	۱۱۸۳/۳۳۴	۶	۱۹۷/۲۲۲	۷/۵۰۸	۰/۰۰۱	۰/۶۶۲	۰/۹۹۸
	خوش‌بینی	۱۰۴۸/۸۴۷	۶	۱۷۴/۸۰۸	۱۹/۱۶۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳۳	۱/۰۰
پیش‌آزمون	سرمایه روان‌شناختی	۱۵۴۷۸/۰۳۰	۶	۲۵۷۹/۶۷۲	۲۷/۷۵۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷۹	۱/۰۰
	خودکارآمدی	۶۶/۰۹۰	۱	۶۶/۰۹۰	۹/۹۷۱	۰/۰۰۴	۰/۳۰۲	۰/۸۵۶
	امیدواری	۱۲/۱۲۶	۱	۱۲/۱۲۶	۰/۸۳۷	۰/۳۷۰	۰/۰۳۵	۰/۱۴۲
	تاب‌آوری	۰/۵۴۴	۱	۰/۵۴۴	۰/۰۲۱	۰/۸۸۷	۰/۰۰۱	۰/۰۵۲
گروه	خوش‌بینی	۴/۳۴۰	۱	۴/۳۴۰	۰/۴۷۶	۰/۴۹۷	۰/۰۲۰	۰/۱۰۱
	سرمایه روان‌شناختی	۱۲/۰۰۴	۱	۱۲/۰۰۴	۰/۱۲۹	۰/۷۲۳	۰/۰۰۶	۰/۰۶۴
	خودکارآمدی	۸۸/۹۵۰	۱	۸۸/۹۵۰	۱۳/۴۲۰	۰/۰۰۱	۰/۳۶۸	۰/۹۳۹
	امیدواری	۱۰۸/۲۷۹	۱	۱۰۸/۲۷۹	۷/۴۷۴	۰/۰۱۲	۰/۲۴۵	۰/۷۴۵
خطا	تاب‌آوری	۵۵/۰۰۲	۱	۵۵/۰۰۲	۲/۰۹۴	۰/۱۶۱	۰/۰۸۳	۰/۲۸۴
	خوش‌بینی	۱۳/۱۱۸	۱	۱۳/۱۱۸	۱/۴۳۸	۰/۲۴۳	۰/۰۵۹	۰/۲۱۰
	سرمایه روان‌شناختی	۱۰۱۰/۵۰۶	۱	۱۰۱۰/۵۰۶	۱۰/۸۷۲	۰/۰۰۳	۰/۳۲۱	۰/۸۸۴
	خودکارآمدی	۱۵۲/۴۴۸	۲۳	۶/۶۲۸				
	امیدواری	۳۳۳/۲۳۰	۲۳	۱۴/۴۴۸				
	تاب‌آوری	۶۰۴/۱۶۶	۲۳	۲۶/۲۶۸				
	خوش‌بینی	۲۰۹/۸۲۰	۲۳	۹/۱۲۳				
	سرمایه روان‌شناختی	۲۱۳۷/۸۳۷	۲۳	۹۲/۹۴۹				

معادل ۰/۸۸۴ نشان‌دهنده حجم نمونه مناسب برای یک چنین نتیجه‌گیری است. توان آماری امیدواری کمتر از حد نصاب ۰/۸ (معادل ۰/۷۴۵) است و اندازه اثر پایین نشان‌دهنده آن است که برای نتیجه‌گیری قطعی‌تر نیاز به حجم نمونه بیشتری است. به این ترتیب در پاسخ به این فرضیه باید گفته شود که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر افزایش خودکارآمدی، امیدواری، و سرمایه روان‌شناختی تأثیر دارد.

همان‌طور که در جدول (۶) ملاحظه می‌شود، تفاوت در خودکارآمدی، امیدواری معنادار است و میانگین در تاب‌آوری و خوش‌بینی غیرمعنادار است. همچنین ضریب اتا نشان می‌دهد که آموزش درمان مبتنی بر کیفیت زندگی ۳۶/۸٪ از تغییرات خودکارآمدی، ۲۴/۵٪ از تغییرات امیدواری و ۳۲/۱٪ از تغییرات سرمایه روان‌شناختی را تبیین می‌کند. توان آماری خودکارآمدی معادل ۰/۹۳۹ و سرمایه روان‌شناختی

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود سرمایه روان‌شناختی و ابعاد آن در میان مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهر سمیرم انجام شد.

نتایج نشان داد درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر نمره کل سرمایه روان‌شناختی ابعاد خودکارآمدی و امیدواری مؤثر بوده ولی بر تاب‌آوری و خوش‌بینی اثر معناداری نداشته است. این نتایج در زمینه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر نمره کل سرمایه روان‌شناختی، خودکارآمدی، و امیدواری با نتایج عابدی و وستانیس (۲۳)، رودریگو و همکاران (۲۲)، امامی و کجباف (۱۸) و بهادری خسروشاهی (۲۶) همسو است. ولی در زمینه‌ی عدم اثربخشی این روش بر خوش‌بینی و تاب‌آوری با پژوهش‌های مذکور ناهمسو است.

در تبیین اثربخشی آموزش کیفیت زندگی درمانی بر سرمایه روان‌شناختی باید گفت، از آنجا که سرمایه روان‌شناختی از چهار بعد امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی، و تاب‌آوری تشکیل شده است؛ بنابراین به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر کیفیت زندگی از طریق چندین روش توانسته است بر سرمایه روان‌شناختی مؤثر باشد: (۱) به افراد آموخته شد که زندگی از ۱۶ بعد متفاوت تشکیل شده است و اگر از بعدی ناراضی هستند به ابعاد دیگر توجه کنند و مادران از طریق تکالیف آموزشی آموختند که چگونه به ابعادی که تاکنون بی‌توجه بوده‌اند توجه کنند، (۲) از طریق آموزش اصل غنای درونی و فنون این اصل به همراه تکالیف خاصش آموختند که چگونه می‌توان با اختصاص زمان کافی به خود به احساس تمرکز، آرامش و نشاط برسند، چگونه عادت ناپسند خود را کنار بگذارند و برای احیای خویش برنامه‌ریزی کنند، (۳) از طریق اصل کیفیت زمان و فنون و تکالیف این اصل آموختند که چگونه حل مسئله انجام دهند و مشکلاتشان را حل کنند و به هنگام غم و اندوه و تجربه هیجان‌های منفی از فن دومین عقیده استفاده کنند (۴) از طریق اصل هدف‌یابی و معنایابی و فنون و تکالیف این اصل آموختند که چگونه اهدافی مطابق

ارزش‌هایشان تنظیم کنند و اهداف و معنای مذهبی را مدنظر قرار دهند و (۵) درنهایت به کمک راه‌حل‌های ویژه کیفیت زندگی درمانی و فنون و تکالیف این پنج راه آموختند که الف) چگونه شرایط زندگی خود را حتی خیلی اندک تغییر دهند به‌نحوی که با ایجاد تغییرات اندک ولی واقعی بتوانند عبور از شرایط دشوار فعلی را کمی آسان نمایند، ب) چگونه نگرش و زاویه دیدشان را تغییر دهند به‌نحوی که بجای اینکه شرایط را غیرقابل تحمل و دردناک ارزیابی کنند معناهایی در زندگی خویش بیابند که به تجربه هیجان‌های مثبت و افزایش رضایت زندگی آنها کمک نماید، ج) به کمک فن تغییر اولویت‌ها آموختند که اهداف و استانداردهایی وضع کنند که باعث تجربه موفقیت در بین آنها شود و کمتر شکست بخورند و به‌این‌ترتیب کمال‌گرایی آنها کاهش یابد به‌نحوی که خودکارآمدی‌شان افزایش یابد همچنین آموختند چگونه اولویت‌هایشان را تنظیم کنند که در زندگی به رضایت‌مندی برسند برای این کار به آنها گفته شد تا اولویت‌های زندگی خود را در ابعاد مختلف زندگی بازبینی کنند. از سوی دیگر کمک کرد تا افراد بپذیرند و ایمان داشته باشند که زندگی در مراحل گوناگون زندگی حاوی معناست و از این طریق مادران کودکان کم‌توان ذهنی ممکن است با وجود بیماری فرزندشان سرمایه روان‌شناختی‌شان افزایش یافته باشد و امیدوارتر شده باشند. از طرف دیگر ممکن است این تغییرات موجب شده تا این مادران رضایت زندگی‌شان افزایش یابد در نتیجه افسردگی و اضطراب آنها کاهش یابد و با حذف این دو مانع مهم مدیریت امور زندگی و خودکارآمدی این مادران بهبود یابد. پس می‌توان گفت درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، از طریق فنون مذکور توانسته است حس امیدواری و خودکارآمدی افراد را بهبود بخشد. اگرچه انتظار می‌رفت با روش‌های مورد اشاره تاب‌آوری و خوش‌بینی نیز بهبود یابد، اما نتایج خلاف انتظار درآمد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت شاید برخی از این ابعاد به روش‌های عمیق‌تر تغییر نیاز دارد. درواقع درمان مبتنی بر کیفیت زندگی حاوی دو بعد است:

شناخت‌درمانی و روان‌شناسی مثبت‌نگر. در این پژوهش فقط بعد روان‌شناسی مثبت‌نگر و تحولی آن مدنظر قرار گرفت؛ شاید بهبود تاب‌آوری و خوش‌بینی نیاز به فنون شناخت‌درمانی داشته باشد و فنون روان‌شناسی مثبت‌نگر برای آن ناکافی باشد. همچنین ممکن است به زمان بیشتر برای کاربرد فنون نیاز باشد یا آموزش‌های مستقیم‌تری نیاز باشد که خوش‌بینی و خودکارآمدی را هدف قرار دهد و در این بسته آموزشی موردتوجه قرار نگیرد. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبرو بوده که ازجمله آنها می‌توان به این موارد اشاره کرد: بدیهی است که این پژوهش، مقطعی بوده و نتایج حاصل‌شده، تنها بیانگر آموزش طی نه هفته است و تأیید ارتباط علت و معلولی نیازمند انجام دادن مطالعات طولی و کنترل‌شده است. محدودیت دیگر این پژوهش عدم مطالعه اثر زمان و پیگیری بود. با توجه به این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود در

پژوهش‌های آینده اثر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی طی مطالعات طولی و با در نظر اثر زمان انجام شود تا نتایج دقیق‌تری حاصل شود. با توجه به اثر این روش بر بهبود سرمایه روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی پیشنهاد می‌شود به‌عنوان آموزش‌های پیشگیری و اصلاحی برای افزایش رضایت زندگی این مادران موردتوجه قرار گیرد.

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

تضاد منافع: لازم به ذکر است بین هیچ‌یک از نویسندگان عدم تضاد منافع وجود ندارد.

References

1. McConkey R, Truesdale-Kennedy M, Chang MY, Jarrah S, Shukri R. The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *Int J Nurs Stud*. 2008; 45 (1): 65-74.
2. Keshavarz A, Mehrabi HA, Soltanizadeh M. Psychological predictors of life satisfaction. *Journal of Developmental psychology*. 2010; 6 (22): 159-168. [Persian].
3. Luthans F. The need for and meaning of positive organizational behavior. *J Organ Behav*. 2002; 23: 695-706.
4. Erez A, Judge TA. Relationship of core self-evaluations to goal setting, motivation, and performance. *J Appl Psychol*. 2001; 86 (6):1270- 79.
5. Parker CP, Baltes BB, Young SA, Huff JW, Altmann RA, Lacost HA, Roberts JE. Relationships between psychological climate perceptions and work outcomes: A meta-analytic review. *J Organ Behav*. 2003; 24 (4): 389- 416.
6. Sarracino F. Social capital and subjective well-being trends: Comparing 11 western European countries. *J Socio Econ*. 2010; 39(4): 482- 517.
7. Luthans F, Luthans K, Luthans BC. Positive psychological capital: Going beyond human and social capital. *Bus Horiz*. 2004; 47(1): 45- 50.
8. Bayrami M, Movahedi Y, Kodayari F. The comparison of psychological capital and parental quality of life between clients' parents in a rehabilitation center and normal children's parents. *Quarterly Journal of social work*. 2014; 15; 3 (2):33- 40. [Persian].
9. Frisch MB. *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. John Wiley & Sons. 2006.
10. Malekpour M, Faraahani H, Aghaei A, Bahrami A. The effect of life-skills training on mother's stress having mentally retarded and normal children. 2006; 6 (2): 661– 76. [Persian].
11. Sajedi F, Vameghi R, Ali Zad V, Malek Khosravi GH, Karimlou M, Ravryan A, Shahshahaniy Pour S. Is anxiety more common in mothers of children with cerebral palsy? *Archives of Rehabilitation*. 2010; 5: 15- 20. [Persian].
12. Mousavi Khatat M, Soleimani M, A'bdi K. Comparison of cognitive, psychological and social characteristics, between parents who have more than one exceptional child with parents of normal child. *Archives of Rehabilitation*. 2011; 12: 53- 64. [Persian].
13. Aliakbari Dehkordi M, Kakojoibari A, Mohtashami T, Yektakhah S. Stress in mothers of hearing impaired children compared to mothers of normal and other disabled children. *Audiologist*. 2011; 20(1): 128- 36. [Persian].
14. Davis E, Shelly A, Waters E, Boyd R, Cook K, Davern M. The impact of caring for a child with cerebral palsy: quality of life for mothers and fathers. *Child Care Health Dev*. 2010; 36 (1): 63- 73.
15. Shur-Fen GS, Chou M, Chiang H, Lee J, Wong C, Chou W, Wu Y. Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Res Autism Spectr Disord*. 2012; 6(1): 263- 70.
16. Durmaz A, Cankaya T, Durmaz B, Vahabi A, Gunduz C, Cogulu O, Ozkinay F. Interview with parents of children with Down syndrome: their perceptions and feelings. *Indian J Pediatr*. 2011; 78(6): 698- 702.
17. Van Der Veek SMC, Kraaij V, Garnefski N. Down or up? Explaining positive and negative emotions in parents of children with Down's syndrome: Goals, cognitive coping, and resources. *J Intellect Dev Disabil*. 2009; 34 (3): 216- 29.
18. Emami Z, Kajbaf MB. The effectiveness of quality of life therapy on anxiety and depression in female high school students. *Journal of Researches of Cognitive and Behavioral Sciences*. 2015; 4(2): 31- 38. [Persian].
19. Padash Z, Fatehizadeh M, Abedi M, Eizadkhah Z. The effect of quality of life therapy on marital satisfaction. *Journal of Research in Beavioral Sciences*. 2012; 10 (5): 363-372. [Persian].

20. Rostami M, Abolghasemi A, Narimani M. The effectiveness of quality of life therapy on psychological well-being in maladjustment couples. *Family counseling and psychotherapy*. 2013; 105- 124. [Persian].
21. Emami M, Abedi, M, Javadzadeh Shahshahani A. The effect of treatment on quality of life based on the reduction of work-family conflict and family-work among working women in the Municipality Art and Cultural Organization of Tehran. The third national conference of lawyers. Khomeini Shahr, Islamic Azad University of Khomeini Shahr. 2012. [Persian].
22. Rodrigue JR, Baz MA, Widows MR, Ehlers SL. A randomized evaluation of quality-of-life therapy with patients awaiting lung transplantation. *American Journal of transplantation*. 2005; 5 (10): 2425-32.
23. Abedi MR, Vostanis P. Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 19(7): 605- 13.
24. Luthans F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM. Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Pers Psychol*. 2007; 60 (3): 541-72.
25. Narimani M, Shah Mohammad Zadeh Y, Omidvar A, Omidvar KH. A comparison of psychological capital and affective styles in students with learning disorder and normal students. *Journal of learning disabilities*. 2014; 4(1): 100- 118.
26. Bahadori Khosroshahi J, Hashemi Nosratabad T, Babapur Kheyroddin. The relationship between social capital and psychological well-being among the students of Tabriz University. *Journal of Research & Health*. 2013; 1 (2): 44- 54.

The Effectiveness of Quality of Life Therapy on Psychological Capitals and its Dimensions among Mothers of Children with Intellectual Disability

Sedighe Aghaei¹, Zahra Yousefi^{*2}

1. M.A. in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

Received: September 08, 2016

Accepted: January 01, 2017

Abstract

Background and Purpose: The birth of a child with intellectual disability as a crisis can have adverse effects on mothers and place them under physical, psychological and social stress. The purpose of the research was to examine the effectiveness of quality of life therapy on psychological capitals and its dimension among mothers with children with intellectual disability.

Method: The present study was a quasi-experimental with a pre-test post-test design with control group. The statistical population of this study was all mothers of children with intellectual disability in Semirom in 2016. The sample consisted of 30 mothers of children with intellectual disability who were selected by convenient sampling and assigned to the experimental (15) and control group (15) randomly. The experimental group received quality of life training during nine 90-minute sessions, while the control group was on the waiting list.

Both groups were evaluated in two stages of pre-test and post-test by Psychological Capital Inventory (Lotans, 2007). For data analysis, covariance analysis was used.

Results: The results of data analysis using covariance test showed that quality of life therapy was effective on improving the psychological capital and its dimensions except optimism and resiliency ($P < 0.01$).

Conclusion: According to the results of this study, it can be concluded that education based on quality of life by strengthening the mother's problem solving skills and encouraging them to positive thinking improve the mental health indicators.

Keywords: Psychological capitals, quality of life therapy, mothers of children with intellectual disability

Citation: Aghaei S, Yousefi Z. The effectiveness of quality of life therapy on psychological capitals and its dimensions among mothers of children with intellectual disability. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2017; 4(2): 49-59.

***Corresponding author:** Zahra Yousefi, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran.
Email: Z.yousefi1393@khuif.ac.ir Tel: (+98) 031- 35354001