

The Effectiveness of Communication Skill Training on Mothers' quality of life in Motor Disorder - Movement Disorder

Simin Hoseynian, Ph.D

Psychology Professor, Department of consulting, Al-Zahra University, Tehran, Iran

Farideh Hamidi, Ph.D

Associate Professor of Psychology, Faculty of Educational Sciences, Shahid Rajai University, Tehran, Iran

Forough Khazraei¹

M.A. Student of School Counseling, Shahid Rajai University, Tehran, Iran

Abstract

The aim of this study is to evaluate the effectiveness of communication skills on the quality of life of mothers of children with disabilities - motor city Shiraz. Quasi-experimental study with pretest - posttest control group was done. The study population consisted of 120 mothers of children with disabilities were in the city. The sample consisted of mothers who before the independent variable, quality of life questionnaire run on them, and of the 80 mothers who had scores lower than average, 60 mothers were placed randomly and evenly into two groups and control gestated. The independent variable was the experimental group, the same communication skills, in 8 sessions of 120 minutes, and to control any variable not apply. After completing training or independent variable for group tests, post-tests were conducted. The instrument used in this study, quality of life questionnaire SF-36 (World Health Organization, 2002) and statistical data analyzed by t-test was the difference. The results showed that communication skills training to improve the quality of life of mothers of children with disabilities is effective ($p < 0.05$).

Keywords: communication skills, the quality of life of mothers of children with disability - motor

اثر بخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر کیفیت زندگی مادران کودکان با ناتوانی جسمی-حرکتی

سیمین حسینیان

استاد روانشناسی، عضو هیئت علمی گروه آموزشی مشاوره و راهنمایی دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

فریده حمیدی

دانشیار روانشناسی، عضو هیئت علمی گروه علوم تربیتی دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران

فروغ خضرابی^۱

دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۱۱/۱۸ - پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۲/۲۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی میزان اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر کیفیت زندگی مادران کودکان با ناتوانی جسمی - حرکتی شهر شیراز بوده است. پژوهش حاضر به صورت شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل ۱۲۰ نفر از مادران کودکان معلول شهر شیراز بودند. این نمونه شامل مادرانی بوده است که قبل از ارائه متغیر مستقل، پرسشنامه ی کیفیت زندگی بر روی آنها اجرا گردیده است، و از بین ۸۰ مادری که نمراتشان پایین‌تر از حد متوسط میانگین بود، ۶۰ مادر به صورت گمارش تصادفی و به صورت مساوی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شد. سپس متغیر مستقل برای گروه آزمایش ارائه شد، که همان آموزش مهارت‌های ارتباطی، در ۸ جلسه‌ی ۱۲۰ دقیقه‌ای است، و برای گروه کنترل هیچ متغیری اعمال نشد. بعد از اتمام آموزش یا ارائه متغیر مستقل برای گروه آزمایش، پس آزمون اجرا گردید. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۲) بود و داده‌های آماری با روش آزمون t تفاضل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد، آموزش مهارت‌های ارتباطی بر بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان معلول موثر است ($p < 0.05$).

کلیدواژه‌ها: آموزش مهارت‌های ارتباطی، کیفیت زندگی مادران کودکان با ناتوانی جسمی - حرکتی

¹ forough.khazraei@yahoo.com

مقدمه

تحقیقات نشان داده‌است که الگوهای ارتباطی و میزان ارتباط بین همسران پیش‌بینی‌کننده رضایت‌مندی زناشویی و کیفیت بهتر زندگی است (ایم‌هوند^۴، ۲۰۰۸، شیلینگ و همکاران ۲۰۰۳، ویکتوریا^۵، ۲۰۰۸) و کیفیت ارتباط بین زن و شوهر قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده استحکام خانواده است و ارتباط مؤثر به حفظ و نگهداری روابط بین زوجها کمک می‌کند (هالفورد و همکاران، ۲۰۰۷). این درحالی است که در جامعه معاصر زوجها مشکلات شدید و فراگیری را در هنگام برقراری و حفظ روابط صمیمانه دارند. ارضای نیازهای عاطفی و روانی در جریان ازدواج یک مهارت و هنر است که وظایف خاصی را می‌طلبد. لذا باید روشی را احیا کرد که در آن صمیمیت در روابط افزایش یابد (هالفورد، ۱۳۸۴).

در تعریف سازمان بهداشت جهانی از کیفیت زندگی، کیفیت زندگی مفهومی فراگیر است که از سلامت فیزیکی، یا رشد شخصی، حالات روانشناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و روابط با نهادهای برجسته محیط تأثیر می‌پذیرد و بر برداشت فرد مبتنی است. در واقع کیفیت زندگی گستره‌ای است دربرگیرنده ابعاد عینی و ذهنی که با یکدیگر تعامل دارند. محققان معتقدند که می‌توان بیشترین شکل‌گیری و گسترش اختلال‌های روانی را به حساب سبک‌های معیوب و کیفیت نازل زندگی افراد گذاشت (فریش^۷، ۲۰۰۶) و در درمان باید به دنبال اصلاح و تغییر در کیفیت زندگی و گسترش توانمندی‌ها و ایجاد رضایت از زندگی باشیم (دانیر و ایشی^۸، ۲۰۰۲).

وجود کودک ناتوان، سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی مادر را تهدید می‌کند و غالباً تأثیر منفی بر وی می‌گذارد (سالوویتا، ۲۰۰۳ و گوپتا^۹، ۲۰۰۴ به نقل از لواسانی ۱۳۹۱). این اعتقاد وجود دارد که گاه زن و شوهر در مورد مراقبت یا درمان کودک اختلاف‌نظر دارند و فرصت کافی برای حل اختلاف‌های خود ندارند. برقراری ارتباط با متخصصان ممکن است سبب افزایش فشار بر والدین به‌ویژه بر مادر شود زیرا اوست که با متخصصان ملاقات می‌کند و باید گزارش دیدار را به پدر شرح دهد. این نظریه نیز مطرح بوده‌است که مادران به‌دلیل ارتباط بیشتر با متخصصان و کودک گاهی سریع‌تر از پدران، فرایند سازگاری را پشت‌سر می‌گذارند و زمینه دیگری برای اختلاف به‌وجود می‌آورند. مشکلات در روابط زناشویی ممکن است

خانواده، مهم‌ترین و والاترین نهاد در تاریخ بشری است که زمینه تکوین، رشد و شکوفایی عاطفی و اجتماعی اعضای خود را فراهم کرده‌است. خانواده تنها نهاد فطری، طبیعی و بی‌بدیل و جاودانه بشر است که با پیوند زوجیت بنا می‌گردد. دستیابی به جامعه در گرو سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن ارتباط مطلوب با یکدیگر است (سادوک و کاپلان^۱، ۲۰۰۳ به نقل از سودانی و همکاران، ۱۳۸۸). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مسائل و مشکلات خانوادگی روزبه‌روز در کشور ما در حال افزایش است و رضایت از کیفیت زندگی و خانوادگی افت پیدا کرده‌است. از سوی دیگر شواهد فراوانی گویای آن است که خانواده‌ها در جامعه امروزی برای برقراری و حفظ روابط صمیمی و درک احساسات از جانب یکدیگر به مشکلات فراگیر و متعددی دچارند. بدیهی است که با کمبودهای موجود در حمایت‌های عاطفی و هیجانی در محیط خانواده، در کنار عوامل متعدد دیگر از قبیل اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و ... اثرات نامطلوبی در زندگی و محیط خانوادگی آنها می‌گذارد (مهانیان، ۱۳۸۲).

ارتباط زناشویی هسته مرکزی نظام خانواده است و اختلال در آن به منزله تهدیدی جدی برای بقا خانواده می‌باشد. رضایت فرد از ارتباط زناشویی به منزله رضایت وی از خانواده محسوب می‌گردد و رضایت از خانواده در حکم رضایت کلی از زندگی است (اسکاپ، ۱۹۸۸؛ به نقل از عبادت‌پور، ۱۳۷۹).

این امر در مورد خانواده کودکان استثنایی به وضعیت خاصی تبدیل می‌گردد و با تولد یک کودک استثنایی دارای محدودیت و معلولیت، یک‌باره ساختار روانی خانواده با ضربه‌ای هولناک مواجه می‌شود. در چنین فضایی، گویی تمامی آمال و آرزوهای دیرینه والدین همچون سراب می‌ماند. از این رو والدین به‌ویژه مادران، سلامت روان را از دست می‌دهند و در سایر امور زندگی فردی و اجتماعی به سستی، بی‌رغبتی و بازداری فکری می‌گرایند (شریفی درآمدی، ۱۳۸۵).

وجود کودک معلول در یک خانواده اغلب آسیب‌های جبران‌ناپذیری بر خانواده وارد می‌کند. میزان آسیب‌پذیری خانواده در مقابل این ضایعه گاه به‌حدی است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدیدی می‌شود (نریمانی، آقا محمدیان و رجبی ۱۳۸۶). به‌طوری‌که به محض آگاهی خانواده از کم‌توانی فرزند خویش تمام آرزوها و امی‌ها به یأس مبدل می‌شود و مشکلات والدین آغاز می‌گردد (گلدنبرگ^۳، ۲۰۰۴).

4. Emhond

5. Victoria

6. Harford

7. Frische

8. Diener & Oishi

9. Salowta & Gupta

1. Kaplan & Sadoks

3. Goldenberg

در کیفیت زندگی و بهزیستی زنان و مردان شده است. اما تفاوت‌های جنسیتی در این زمینه مشاهده نشد.

شهرکی ثانوی و همکاران (۱۳۹۰)، در پژوهش خود به بررسی رابطه الگوهای ارتباطی خانواده بر کیفیت زندگی نوجوانان پرداخته و دریافته‌اند که الگوهای ارتباطی خانوادگی با ابعاد کیفیت زندگی در تمام ابعاد به جز بعد پذیرش اجتماعی رابطه معناداری را نشان می‌دهد.

قراشی، سرندی و فرید (۱۳۹۲)، در پژوهشی دیگر دریافتند که والدین کودکان با آسیب شنوایی استرس بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی تحمل می‌کنند و رضامندی زوجیت والدین کودکان با آسیب شنوایی نسبت به والدین کودکان عادی پایین‌تر است.

هانسون و لنبنند^{۱۱} (۲۰۰۶)، در طی مطالعه خود متوجه شدند، زوجینی که در تعاملات با هم مشکل داشتند، علائم روانپزشکی نشان‌داده و از زندگی زناشویی خود ناراضی بودند، مهارت‌های ارتباطی و حل تعارض را آموزش دادند. نتایج نشان داد که این آموزش‌ها باعث بهبود ویژه‌ای در روابط زوجین و توانایی کنارآمدن با مشکلات، کیفیت زندگی و سلامت روان آنها شده بود.

ویکتوریا (۲۰۰۸)، تاثیر آموزش ارتباط را بر بهبود زوجین مورد بررسی قرارداد. آموزش ارتباط شامل رفتارهایی از جمله: ابراز وجود، خودافشایی، گوش‌دادن فعال و روشن و شفافیت در ارتباط می‌باشد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان‌دهنده تأثیر مثبت آموزش ارتباط در بهبودی رابطه و افزایش توافق و تعهد زوجین است. خودافشایی از مهم‌ترین مهارت‌ها در ایجاد روابط صمیمانه و نزدیک است.

کورینوز^{۱۲} (۲۰۰۷)، بر این باور است که، آموزش مهارت‌های ارتباطی بحث‌های صلح‌آمیز را موجب می‌شود و نسبت به بیشتر رویکردهای استفاده شده در پیشگیری اولیه و ثانویه از هم‌باشیدگی و پریشانی زوجین مؤثرتر است.

حال با توجه به این که زندگی مشترک دو انسان با یکدیگر، آن هم از دو جنس متفاوت، امری بسیار ظریف و گاه دشوار است و اینکه وجود کودک معلول یک منبع استرس‌زای حاد باشد یا خفیف بسته به ویژگی یک خانواده و حمایت‌ها^{۱۳} و آموزش‌ها^{۱۴} و ارتباط بین زن و مرد در آن خانواده دارد و در نهایت بستگی به این دارد که باورهای^{۱۵} آن خانواده چگونه شکل گرفته است

ناشی از نبود آرامش، بروز خستگی، احساس تنهایی هر یک از همسران، عدم برقراری ارتباط صحیح هر یک از همسران یا ترس از تولد کودک معلول دیگر باشد (اندرستون^{۱۰}، ۱۹۹۹؛ به نقل از هورن بی‌بی‌تا). به علاوه مشخص شد حضور کودک معلول از ارتباطات اجتماعی خانواده می‌کاهد و بر وضعیت عملکرد خانواده و کیفیت زندگی خانواده، سلامت روانی و ارتباط بین والدین تأثیر منفی می‌گذارد.

هدف از آموزش ارتباط، آموزش مهارت‌ها و اصولی به مادران است که به روابط رضایت‌مند، حمایت‌گر و پایدار بیانجامد. آموزش ارتباط در جستجوی کاهش خطر زندگی خانوادگی و زناشویی در آینده و پیشگیری از توسعه مشکلات است (ایم‌هوند، ۲۰۰۸).

کیفیت زندگی یکی از بنیادی‌ترین مفاهیمی است که همسو با سلامت روان مطرح شده است، روانشناسان معتقدند که با بهبود کیفیت زندگی می‌توان به ارتقای سلامت روان افراد کمک کرد. کیفیت زندگی احساسی از رضایت یا عدم رضایت، در مورد جنبه‌های مختلف و مهم زندگی می‌باشد و حوزه‌های روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی را در بر می‌گیرد (گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۶ و فریش، ۲۰۰۶).

نریمانی، آقا محمدیان، شعرباف و رجبی (۱۳۸۶)، در مقایسه سلامت روان و کیفیت زندگی مادران استثنایی و مادران عادی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$) مقایسه دوجه دو گروه‌ها نشان داد که وجود یک کودک معلول بر سلامت روان و کیفیت زندگی مادران استثنایی اثر می‌گذارد.

در پژوهش دیگر، به پژوه و رضانی (۱۳۸۴) به این نتیجه رسیدند که والدین کودکان عادی از رضایت زناشویی بالاتر نسبت به والدین کودکان معلول برخوردار هستند. این تحقیقات نشان می‌دهد که آسیب به حدی شدید است که جوانب دیگر زندگی مانند روابط زناشویی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد.

عینی‌نژاد، احمدی و اعتمادی (۱۳۸۷)، با هدف بررسی رابطه بهزیستی ذهنی و کیفیت روابط زناشویی صورت گرفت. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که شادمانی ذهنی و عواطف مثبت بر کیفیت روابط زناشویی تأثیر مثبت دارند، همچنین عواطف منفی، تأثیر منفی بر کیفیت روابط زناشویی دارند.

خواجه (۱۳۸۹)، در بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی زنان و مردان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره اصفهان، این روش باعث بهبودی

11. Hanson & Len band

12. Cornelius

13. Supports

14. Training

15. Beliefs

10. Anderson

محیط زندگی و روابط با دیگران هستند. سوالات این مقیاس همان بعد کیفیت زندگی مقیاس بلند را پوشش داده و علاوه بر آن دو سؤال فرض برای مطالعه کیفیت آشکار زندگی و سلامت عمومی افراد قرار داده شده است. حیطه سلامت جسمانی (فیزیکی) جمع نمرات سوال‌های ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۰، ۴، ۳، ۲۲-۲۱-۲۰، حیطه محیط و وضعیت زندگی از جمع نمرات ۱۹-۱۱-۷-۶-۵، حیطه روابط اجتماعی جمع نمرات سوال‌های ۲۲-۲۱-۲۰، حیطه محیط و وضعیت زندگی از جمع نمرات سوال‌های ۸-۹-۱۲-۱۳-۱۴-۲۳-۲۴-۲۵.

این دو سوال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. این پرسشنامه به ۱۹ زبان ترجمه شده و در کشورهای مختلف برای ارزیابی کیفیت زندگی افراد به‌ویژه در موقعیت‌های بالینی استفاده شده است (نجات، منظری، هولاکویی نایینی، محمد، مجدزاده، ۱۳۸۵). نصیری (۱۳۸۵)، ضمن ترجمه و تهیه نسخه ایرانی این مقیاس (IRQOL) ضریب پایایی توصیفی و همسانی درونی آن را در یک نمونه ۳۰۲ نفری از دانشجویان شیراز به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۴ گزارش نموده است.

همچنین پرسشنامه (WHOQOL-BREF) توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵)، استانداردسازی شده است که روایی محتوایی پرسشنامه را مطلوب، پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی برای حیطه‌های سلامت جسمانی، سلاکت روان‌بخشی، روابط دیگران و محیط به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵، ۰/۸۴ و همسانی درونی بخش‌های مختلف آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افراد سالم و بیمار ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ اعلام کرده‌اند. از طرفی این ابزار در نقاط مختلف جهان مورد استفاده واقع می‌گردد. لذا قابلیت مقایسه نتایج طرح‌های داخل کشور را با سایر کشورهای جهان فراهم می‌کند. از آنجا که این ابزار، عمومی و دارای اعتبار می‌باشد، می‌تواند در گروه‌های مختلف سالم و بیمار مورد استفاده واقع شود (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). ضرایب آلفای کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط و وضعیت زندگی در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۷۳/۹۴، ۰/۸۸/۰، ۰/۷۱/۰، ۰/۰ می‌باشد.

روش

برای اجرای تحقیق حاضر، پس از کسب معرفی نامه از دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی تهران و اخذ مجوز از اداره آموزش و پرورش شهر شیراز، پرسشنامه‌ها به تعداد ۱۲۰ نسخه تکثیر و آماده‌سازی گردید، در ادامه با توجه به نمونه‌گیری انجام شده به مدرسه موردنظر مراجعه شد و برای انتخاب مادران، مادرانی که نمره مقیاس کیفیت زندگی، پایین‌تر از حد متوسط باشد برای آموزش مهارت‌های ارتباطی انتخاب شدند. برنامه مداخله شامل ۸

وجود ارتباط سالم و سازنده متقابل می‌تواند نقش مؤثری در تداوم و بقا خانواده ایفا کند، لذا پژوهش حاضر به آموزش مهارت‌های ارتباطی مادران کودکان با ناتوانی جسمی-حرکتی می‌پردازد تا شاید با آموختن شیوه‌های صحیح ارتباط گامی در جهت افزایش و بهبود کیفیت زندگی این عزیزان برداشته شود. با توجه به اهمیتی که ارتباط دارد، آموزش خانواده‌ها در کسب مهارت‌های زندگی از مسائل مهم مشاوره و روانشناسی به‌شمار می‌رود و از این روست که در این پژوهش به این موضوع اساسی پرداخته شده است.

در این پژوهش تلاش شده است اثرات آموزش مهارت‌های ارتباطی بر افزایش کیفیت زندگی، سلامت جسمانی و سلامت روانی مادران کودکان با ناتوانی جسمی - حرکتی سنجیده شده و بهبود روابط اجتماعی و وضعیت زندگی آنان مورد بررسی قرار گیرد.

جامعه آماری در این پژوهش شامل ۱۲۰ نفر از مادران کودکان، با ناتوانی جسمی - حرکتی مقطع ابتدایی شهر شیراز بود، که توانایی خواندن و نوشتن داشتند و فرزندان آنها در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ مشغول به تحصیل بودند. به‌منظور انتخاب نمونه آماری، ابتدا مادران قبل از ارائه متغیر مستقل (آموزش مهارت‌های ارتباطی) در پیش‌آزمون شرکت کردند. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه کیفیت زندگی WHOQOL-BREF بود. سپس تعداد ۸۰ نفر از مادرانی که نمراتشان پایین‌تر از میانگین بود، انتخاب شدند و به صورت تصادفی، ۶۰ مادر دارای کودک ناتوان جسمی - حرکتی (۳۰ گروه آزمایش و ۳۰ گروه کنترل) انتخاب گردید.

ابزارها

الف) مقیاس کوتاه فرم کیفیت زندگی سازمان جهان بهداشت^{۱۶}: در سال ۱۹۹۱ بخش بهداشت روان سازمان جهانی بهداشت اقدام به معرفی مفهوم و اجزای کیفیت زندگی نمود (سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۲). سازمان جهانی بهداشت سعی داشت ابزاری را طراحی کند که تمامی معیارها و اجزای کیفیت زندگی را داشته باشد. در نهایت بعد از بررسی‌های بین‌المللی کیفیت زندگی و مقایسه ابزار سنجش بر اساس فرهنگ‌های مختلف، ابزاری در سال ۲۰۰۲ معرفی شد (سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۲). در این پرسشنامه، کیفیت زندگی دارای ۲۴ بعد فرض می‌شود که در ۶ دامنه قرار می‌گیرد. فرم کوتاه این مقیاس دارای ۲۶ سوال است که به ارزیابی ۴ حیطه از کیفیت زندگی افراد می‌پردازند. هریک از این حیطه‌ها به ترتیب ۳ و ۶ و ۷ و ۸ سوال دارند. و شامل سلامت جسمانی، سلامت روانشناختی،

16. Quality of Life- life

جدول ۱: خلاصه‌ای از جلسات آموزشی از کتاب مهارت‌های ارتباطی زناشویی، جلد ۱ و ۲ نوشته شراد و میلر، ترجمه فرشاد بهاری

| | |
|------------|--|
| جلسه | معارفه، برقراری ارتباط اولیه، اجرای پیش‌آزمون، آشنایی با اصول و اهداف جلسه، تعریف ارتباط، |
| اول | توانایی برقراری ارتباط درست، بررسی انتظارات از برنامه، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد |
| جلسه دوم | مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکالیف، تاکید بر اهمیت و خود باوری، ارائه تکالیف، بازخورد |
| جلسه سوم | مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکالیف، شناسایی باورها و انتظارات مادران درباره خوشبختی، نشان دادن تاثیر باورها بر احساسات و رفتار، ارائه تکالیف، بازخورد |
| جلسه چهارم | مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکالیف، آموزش مهارت گوش دادن فعال، حرف زدن، ارائه تکالیف، بازخورد |
| جلسه پنجم | مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکالیف، مهارت ابراز احساسات مثبت و منفی، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد |
| جلسه ششم | مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکالیف، انتخاب سبک‌های ارتباطی، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد |
| جلسه هفتم | مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکالیف، مقابله با ناکامی و یادگیری رفتارهای صحیح، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد |
| جلسه هشتم | مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکالیف، مرور یادگیری مهارت‌های آموزش‌دیده، دریافت بازخورد، اختتام جلسه و اجرای پس‌آزمون |

مطابق آنچه که کرلینجر و پاشا شریفی و شریفی، بیان کرده اند؛ در صورتی که طبق مستندات ادبیات پژوهش، برای عمل آزمایشی خود اثر قوی فائل باشیم می‌توانیم از آزمون‌های جایگزین، آزمون t تفاضل نمره های پیش آزمون و پس‌آزمون استفاده کرد، لذا با توجه به آنچه در متون پژوهشی و آماری ذکر شده‌است برای تحلیل آماری داده‌ها از آزمون t مستقل (t) تفاضل نمرات پیش آزمون - پس آزمون) استفاده شده‌است.

یافته‌ها

با توجه به آنچه در روش آماری بیان شد، ابتدا بررسی نتایج مفروضه‌های استفاده از تحلیل کوواریانس، بیانگر عدم برقراری مفروضه‌ها و در نتیجه نامناسب بودن استفاده از تحلیل کوواریانس در تحلیل داده‌های پژوهش بود. بنابراین از آزمون‌های جایگزین، آزمون t تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون استفاده شد و پس از آن نتایج آزمون t ذکر شده‌است. شاخص‌های توصیفی و نتایج آزمون t تفاضل نمره های پیش آزمون - پس آزمون، ابعاد کیفیت زندگی در جدول ۲ و ۳ ذکر شده است.

نتایج درج‌شده در جدول ۲ نشان می‌دهد که مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس محقق نشده‌است.

جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای مهارت‌های ارتباطی بود. به‌منظور تدوین برنامه مداخله، پس از جمع‌آوری داده‌ها، نقاط مثبت و منفی مادران با توجه به کیفیت زندگی و بر اساس آنها محتوی کلی و اهداف اصلی جلسات تعیین گردید. خلاصه‌ای از جلسات آموزشی در جدول ۱ آمده است.

به‌منظور بررسی اثر بخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر کیفیت زندگی مادران کودکان معلول داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS²¹ و محاسبه آزمون t مستقل (t) تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون) تحلیل شدند.

شیولسون رعایت هفت مفروضه، فرگوسن^{۱۷}، سرمد، هومن رعایت مفروضه‌هایی را در کاربرد و استفاده از تحلیل کوواریانس لازم و ضروری می‌دانند که در صورت عدم برقراری این مفروضه‌ها، استفاده از تحلیل کوواریانس نامناسب خواهد بود؛ از مهمترین آنها این است که میزان رابطه بین نمرات متغیر کمکی و متغیر وابسته کمتر از ۰/۴ نباشد، رابطه بین متغیرها خطی باشد.

همگنی ضرایب رگرسیون در گروه‌های آزمایش برقرار باشد. لذا پس از بررسی مفروضه های آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری^{۱۸} و چند متغیری^{۱۹} بر مبنای اطلاعات مندرج در منابع آماری و پژوهشی و عدم برقراری مفروضه‌ها و با توجه به اینکه

17. Fergosen

18. Ancova

19. Macova

جدول ۲ نتایج بررسی فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس در کیفیت زندگی

| متغیرها | Box's M | F | df 1 | df 2 | سطح معناداری |
|-------------|---------|------|------|----------|--------------|
| کیفیت زندگی | ۲۱/۲۷ | ۱/۹۷ | ۱۰ | ۱۶۰۸۲/۸۷ | ۰/۰۳ |

جدول ۳ ضرایب همبستگی ابعاد کیفیت زندگی

| متغیرها | سلامت | سلامت روانی | روابط اجتماعی | محیط و وضعیت |
|--------------------|--------|-------------|---------------|--------------|
| سلامت جسمانی | ۱ | | | |
| سلامت روانی | ۰/۸۴** | ۱ | | |
| روابط اجتماعی | ۰/۸۴** | ۰/۸۷** | ۱ | |
| محیط و وضعیت زندگی | ۰/۸۲** | ۰/۸۴** | ۰/۸۲** | ۱ |

جدول ۴ میانگین و انحراف معیار نمره‌های کل کیفیت زندگی و مولفه‌های چهارگانه آن (سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، محیط و وضعیت زندگی) در آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون نشان می‌دهد.

همانطور که در جدول ۳ آمده‌است؛ همگنی ضرایب رگرسیون در مورد کیفیت زندگی مقدار قابل تأمل است و این بیانگر عدم همگنی ضرایب رگرسیون می‌باشد. لذا این مفروضه نیز برقرار نمی‌باشد.

جدول ۴ شاخص‌های توصیفی ابعاد و نمره کل کیفیت زندگی

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|---------------------|--------|-----------|------------------|----------|------------------|
| | | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| سلامت جسمانی | کنترل | ۲۲/۹۰ | ۳/۰۱ | ۱۸/۳۰ | ۲/۰۹ |
| | آزمایش | ۲۲/۳۳ | ۲/۸۹ | ۲۴/۹۷ | ۲/۵۱ |
| سلامت روانی | کنترل | ۱۴/۶۰ | ۱/۹۰ | ۱۳/۵۷ | ۱/۵۹ |
| | آزمایش | ۱۳/۷۳ | ۱/۵۷ | ۲۰/۵۳ | ۱/۶۳ |
| روابط اجتماعی | کنترل | ۶/۱۰ | ۰/۶۱ | ۶/۲۷ | ۰/۹۸ |
| | آزمایش | ۵/۸۳ | ۰/۷۵ | ۱۰/۷۳ | ۱/۲۰ |
| محیط و وضعیت زندگی | کنترل | ۲۹/۷۰ | ۵/۳۰ | ۱۷/۳۷ | ۲/۵۴ |
| | آزمایش | ۲۷/۹۰ | ۵/۱۱ | ۲۵/۹۳ | ۲/۴۹ |
| نمره کل کیفیت زندگی | کنترل | ۷۳/۳۰ | ۸/۷۶ | ۵۵/۵۰ | ۵/۵۸ |
| | آزمایش | ۶۹/۸۰ | ۷/۳۵ | ۸۲/۱۷ | ۵/۱۶ |

به‌دست آمده معنادار است ($t=-14/65, P=0/0005$). در محیط و وضعیت زندگی میانگین پس‌آزمون هر دو گروه کمتر از پیش‌آزمون بوده‌است و این کاهش در گروه کنترل بیشتر و تفاوت به دست آمده معنادار است ($t=-6/99, P=0/0005$). سایر نتایج جدول نشان می‌دهد که در نمره کل کیفیت زندگی، میانگین پس‌آزمون در گروه کنترل کاهش یافته ولی در گروه آزمایش نمرات از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش داشته‌اند و تفاوت دو گروه معنادار می‌باشد ($t=-12/24, P=0/0005$). بدین معنی که آموزش مهارت‌های ارتباطی بر کیفیت زندگی مادران تأثیر مثبت و معناداری داشته‌است. به عبارت دیگر، آموزش مهارت‌هایی

نتایج درج‌شده در جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین پس‌آزمون تمامی ابعاد کیفیت زندگی به‌جز محیط و وضعیت زندگی در گروه آزمایش افزایش یافته‌است.

نتایج درج‌شده در جدول ۵ نشان‌دهنده آن است که در سلامت جسمانی ($t=-7/56, P=0/0005$) و سلامت روانی ($t=-13/96, P=0/0005$) میانگین پس‌آزمون گروه کنترل کمتر از گروه آزمایش بوده و تفاوت تفاضل‌ها معنادار است. در ارتباط اجتماعی میانگین پس‌آزمون هر دو گروه بیشتر از پیش‌آزمون بوده‌است و این افزایش در گروه کنترل کمتر و تفاوت

ارتباطی، به مادران با توجه به میانگین مؤلفه‌های کیفیت زندگی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش کیفیت زندگی مادران کودکان معلول در گروه آزمایش، در زمینه‌های

جدول ۵ نتایج آزمون t مستقل جهت مقایسه تفاضل میانگین نمرات پس آزمون و پیش آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در کیفیت زندگی

| متغیر | گروه | میانگین | انحراف استاندارد | T | درجات آزادی | سطح معناداری |
|---------------------|--------|---------|------------------|--------|-------------|--------------|
| سلامت جسمانی | کنترل | ۴/۶۰ | ۳/۲۹ | -۷/۵۶ | ۵۸ | ۰/۰۰۰۵ |
| | آزمایش | ۲/۶۳ | ۴/۰۸ | | | |
| سلامت روانی | کنترل | ۱/۰۳ | ۲/۱۴ | -۱۳/۹۶ | ۵۸ | ۰/۰۰۰۵ |
| | آزمایش | ۶/۸۰ | ۲/۲۰ | | | |
| ارتباط اجتماعی | کنترل | ۰/۱۷ | ۱/۰۲ | -۱۴/۶۵ | ۵۸ | ۰/۰۰۰۵ |
| | آزمایش | ۴/۹۰ | ۱/۴۵ | | | |
| محیط و وضعیت زندگی | کنترل | -۱۲/۳۳ | ۶/۰۲ | -۶/۹۹ | ۵۸ | ۰/۰۰۰۵ |
| | آزمایش | -۱/۹۷ | ۵/۴۴ | | | |
| نمره کل کیفیت زندگی | کنترل | -۱۷/۸۰ | ۹/۵۱ | -۱۲/۲۴ | ۵۸ | ۰/۰۰۰۵ |
| | آزمایش | ۱۲/۳۷ | ۹/۵۸ | | | |

کیفیت زندگی مادران داشته‌اند. نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده مؤثر بودن دوره آموزشی در افزایش کیفیت زندگی مادران در گروه آزمایش بوده‌است، در حالی که این افزایش در گروه کنترل مشاهده نشده‌است. یافته‌های این پژوهش نشان داد، که میانگین نمرات کیفیت زندگی مادران بعد از مداخله در دو گروه تفاوت معنی‌دار و مثبت داشته‌است.

نتایج این پژوهش همسو با مطالعات نریمانی، آقا محمدیان، شهرباف و رجبی (۱۳۸۶)؛ به‌پژوه و رضانی (۱۳۸۴)؛ عینی‌نژاد، احمدی و اعتمادی (۱۳۸۷)؛ خواجه (۱۳۸۹)؛ شهرکی ثانوی و همکاران (۱۳۹۰)؛ قراشی، سرنندی و فرید (۱۳۹۲)؛ هانسون و لنبند (۲۰۰۶)؛ ویکتوریا (۲۰۰۸)؛ کورینور (۲۰۰۷) می‌باشد.

نتایج بررسی پژوهش نشان داد، کیفیت زندگی به عواملی مانند اهداف و مقاصد شخصی و خانوادگی، توانایی عملکرد، حمایت اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی، فعالیت‌های روزمره زندگی، شناخت، مهارت حل مسئله و توانایی تصمیم‌گیری، درد و آسایش، منابع اقتصادی، نیازهای اولیه انسانی، غذا، سرپناه و امنیت مرتبط می‌باشد. روانشناسان اعلام کردند که احساس رضایت و برداشت شخصی فرد از رفاه مادی، اصلی برای رسیدن به یک کیفیت زندگی خوب می‌باشد (ونتگوت، اندرسن و مریک^{۲۰}، ۲۰۰۳). مسأله ارتباط و آموزش آن مورد توجه روزافزون خانواده درمانگران و مشاوران قرار گرفته‌است و این مسأله کیفیت ارتباط در خانواده همبستگی بالایی با رضایت

بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثر بخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر کیفیت زندگی مادران کودکان با ناتوانی جسمی-حرکتی انجام شد. یکی از مهم‌ترین برتری‌های انسان تنوع گسترده و وسیع ارتباطی است که می‌تواند ایجاد کند. یک ارتباط مؤثر وسیله مناسبی برای انتقال اطلاعات بین افراد برای نشان دادن احساسات به دیگران و تصحیح سوء تفاهمات می‌باشد (یالسین^{۲۰} و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از احمدی، ۱۳۸۸). تحقیقات نشان داده‌است که الگوهای ارتباطی و میزان ارتباط بین همسران پیش‌بینی‌کننده رضایت‌مندی زناشویی و کیفیت بهتر زندگی است (ایمهند^{۲۱}، ۲۰۰۸، شیلینگ و همکاران ۲۰۰۳، ویکتوریا ۲۰۰۸). بدین منظور دوره‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی برای مادران تدوین شد، با وجود اینکه برنامه‌های آموزشی زیادی برای مداخله و در نتیجه بهبود فرآیند زندگی و کیفیت بخشی به زندگی آنها انجام شده‌است و پژوهش‌های زیادی تأثیر این برنامه‌ها را مستند ساخته‌اند ولی باین حال پژوهش‌هایی که به‌طور مستقیم و به‌صورت جامع به آموزش مهارت‌های ارتباطی بر افزایش کیفیت زندگی مادران تمرکز کرده‌باشد توسط پژوهشگران یافت نشد و هر یک از خدمات آموزشی و درمانی فقط، جنبه‌ای از برنامه را مد نظر قرار داده‌اند. با وجود این نگاهی به نتایج آنها نشان می‌دهد که این برنامه‌های آموزشی و درمانی نقش مؤثری بر افزایش و در نتیجه بهبود

²⁰. Yalsin

²¹. Emhond

²². Ventegodt & Andersen & Merrick

فرگوسن، جرج. ا. و تاکانه، یوشیو (۱۳۸۸). *تحلیل آماری در روان شناسی و علوم تربیتی*. ترجمه علی دلاور و سیامک نقشبندی. تهران: نشر ارسباران.

شهرکی ثانوی، فریبا، نویدیان، علی، انصاری مقدم، علیرضا و فرجی شوی، مهدی (۱۳۹۰). بررسی رابطه الگوهای ارتباطی خانواده بر کیفیت زندگی نوجوانان. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، دوره ۱، شماره ۱، ۱۰۱ - ۱۱۴.

قراشی، کریم؛ سرندی، پرویز؛ فرید، ابوالفضل (۱۳۹۲). مقایسه میزان استرس و رضایتمندی زناشویی در والدین کودکان کم شنوا و عادی، *مجله شنوایی*، ۲۳(۲۴، ۱۱ - ۱۸).

کرلینجر، فردان، ۱۳۹۰. مبانی پژوهش در علوم رفتاری، جلد اول، ترجمه حسن پاشا شریفی و جعفر نجفی زند، تهران: انتشارات آوای نور.

گلدنبرگ ایرنه و گلدنبرگ هربرت (۱۳۸۶). *خانواده درمانی*. ترجمه حمیدرضا حسین شاهی برواتی، سیامک نقشبندی و الهام ارجمند. تهران: نشر روان.

لواسانی غلامعلی، مسعود؛ حکیمی راد، الهام، اکرمی، سید محمد، سیدعلی نقی خرازی، غلامعلی افروز، (۱۳۹۱)، میزان ازدواج های شش گانه خویشاوندی و غیر خویشاوندی در والدین دانش آموزان عادی و استثنایی، فصلنامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، ۲، ۱۰۲

مهبانیان خامنه، مهری (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین هوش هیجانی و رضایت زناشویی در معلمان زن دوره ی راهنمایی شهر تهران. پایان نامه ی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علامه طباطبائی.

میلر، شراد و واکمن، دانیل (۱۳۸۵). *آموزش مهارت های ارتباطی زناشویی* ترجمه فرشاد بهاری. تهران: رشد.

نجات، سحرناز، علی منتظری، کوروش هلاکویی نابینی، کاظم محمد و رضا مجدزاده (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL. BREF) ترجمه و روان سنجی گونه ی ایرانی. *مجله دانشکده ی بهداشت و استیتو تحقیقات بهداشتی* دوره ۴، شماره ۴، ۱ - ۱۲.

نریمانی، محمد، آقا محمدیان، شعریاف، حمید رضا و رجبی، (۱۳۸۶). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روان مادران کودکان عادی. *نشریه اصول بهداشت روانی بهار و تابستان ۱۳۸۶*، ۹ (۳۳-۳۴) : ۲۵ - ۱۵

نصیری، حبیب الله (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و تهیه ی نسخه ی ایرانی آن. *سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*. تهران: دانشگاه علم و صنعت.

هالفورد، دلبوکیم (۱۳۸۴). *زوج درمانی کوتاه مدت: یاری به زوجین برای کمک به خودشان*. ترجمه مصطفی تبریزی، مؤده کردانی و فروغ جعفری. تهران: فرا روان

زناشویی و در کل رضایت از کیفیت زندگی دارد، و در پژوهش های مختلف تأیید شده است. خانواده کودک معلول به لحاظ داشتن کودکی متفاوت با سایر کودکان با مشکلات فراوانی در زمینه نگهداری، آموزش و تربیت و در نهایت کیفیت کلی زندگی روبه روست. این مسائل همگی بر والدین فشارهایی وارد می کنند که سبب برهم خوردن آرامش و یکپارچگی نظام خانواده می شوند و در نتیجه انطباق و سازگاری آنان را تحت تأثیر قرار می دهد که در این میان مادران مسئولیت عمده تری را متقبل می شوند (وولسکو^{۲۳} و همکاران، ۲۰۰۷). در این پژوهش نتایج نشان داد، آموزش مهارت های ارتباطی بر کیفیت زندگی مادران کودکان معلول، مثبت و معنادار است که این متأثر از برنامه آموزشی مهارت های ارتباطی (متغیر مستقل) بوده است. از این رو آموزش مهارت های ارتباطی به عنوان یکی از روش های درمان و توانبخشی می تواند در انطباق با شرایط مادران که دارای فرزند معلول هستند، کارگشا بوده مقیاس کیفیت زندگی در این گروه از مادران ارتقا بخشیده و موجبات زندگی فردی و اجتماعی را برای آنها فراهم سازد.

منابع

احمدی، شیدا (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی بر اساس رویکرد شناختی-رفتاری بر صمیمیت زناشویی زوجین جانباز مراجعه کننده به بنیاد شهید جوانرود. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاور خانواده، دانشگاه الزهراء.

به پژوه، احمد، رضائی، فریدون (۱۳۸۴). بررسی رضایت زناشویی والدین کودکان کم توان ذهنی و کودکان عادی. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، زمستان ۱۳۸۴، ۲۲(۱۴ پیاپی ۱۴۵) :

خواجه، نبی الله (۱۳۸۹). اثر بخشی آموزش شادمانی به شیوه شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی زنان و مردان متاهل شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان

سرمد، زهره، ۱۳۹۱، آمار استنباطی (گزیده ای از تحلیلهای آماری تک متغیری)، تهران: انتشارات سمت

شریفی درآمدی، پرویز. (۱۳۸۵). کودکان استثنایی: ویژگی ها و محدودیت های روانشناختی کودکان استثنایی و بهداشت روانی والدین کودکان استثنایی اصفهان. انتشارات سپاهان

کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین (۱۳۸۲). *خلاصه روانپزشکی، علوم رفتاری و بالینی*، ترجمه نصرت اله پورافکاری، تهران: انتشارات آینده سازان

عبادت پور، بهناز (۱۳۷۹). *هنجاریابی پرسشنامه الگوهای ارتباط زناشویی در شهر تهران* پایان نامه ی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تربیت معلم.

23. Wolsko

- qualification and age as determinants of marital satisfaction among newly wedded-couples in a Nigeria, *University. Pakistan Journal of social sciences*, 5, 433-437.
- Sadok B. Sadok V. (2004). *Psychiatric handbook Behavioral sciences-clinical psychiatry* (Vol. 2). Tehran: Ab.
- Ventegodt, S.; Andersen, N.J.; & Merrick, J. (2003). Quality of life theory I. the IQOL theory: An integrative theory of the global Quality of life concept. *Scientific Word Journal*. 3, 1030-1040.
- Victoria, L.B. (2008). Does marriage and relationship education improve couples' communication? A meta-analytic study. Department of marriage, Family and Human Development. Brigham Young University.
- WHOQOL GROUP. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social science and Medicine*. 62(6): 1486-1497.
- Wolsko, Ch; Cecile, L; Gerald V.M; Eliza, Orr. (2007). *Stress, Coping, and well-being among the YUP'IK of the YUKON-KUSKOKWIM delta: the role of enculturation and acculturation*, *Int J Circumpolar Health* 2007; 66(1):51-61.
- هومن، حیدرعلی، ۱۳۸۹، شناخت روش علمی در علوم رفتاری. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها(سمت).
- Anderson, K; & Burckhardt, L (1999) conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *Quality of Life Research*, 29, 298 – 306.
- Cornelius T. L.; Galen, A; & Ryan, C. S. (2007). *The effectiveness of communication. Skill training with married couples*. The Family Journal, 15, 124-132.
- Denier, E.; Luces, R.E.; & Oishi, S. (2002). Subjective well-being. *Journal of Clinical psychology*, 24, 25-41.
- Frisch, M, B. (2006). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction. Approach to positive psychology and cognitive therapy*. John Wiley & sons. Inc., Hoboken, New Jersey.
- Goldenberg I. & Goldenberg H.(2004), 5thEd., "Family Therapy". Peacock Publishers.
- Halford, K. J.; Matthew, S. (2007). Couple communication in step families, family process, *Academic Research libraries*, 46, 421-432.
- Imhonde, H.O.; Oyaziwo, A.; & Ifunanyachukwu, N.R.(2008). Effective communication, educational