

تأثیر امید درمانی به شیوه گروهی بر تاب آوری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

آرمان سلیمی^۱، امیر عباسی^۲، کیانوش زهراکار^۱، بتول طامه^۲، رضا داورنیا^{۱*}

^۱گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران، ^۲گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران، ^۳گروه روانشناسی تربیتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۱/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۴/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: اختلال طیف اوتیسم با مشکلات در زمینه عملکرد اجتماعی، ارتباطات و وجود رفتارهای تکراری و قالبی مشخص شده است. به خاطر مشکلات فراوان این کودکان، خانواده‌ها و به خصوص مادران، از تنش‌ها و فشارهای روانی بسیاری رنج می‌برند. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر امید درمانی به شیوه گروهی بر تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم طراحی و انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر، مداخله‌ای نیمه تجربی بود که با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه این پژوهش را تمامی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مراجعه کننده به مرکز توانبخشی ندای عصر (ویژه کودکان اوتیسم) در شهر تهران در سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند که کودکان آنها تشخیص اختلال اوتیسم را به وسیله یک روانپزشک متخصص اطفال و یک روانشناس بالینی دریافت کرده بودند. ۳۰ مادر دارای کودک اوتیستیک به شیوه در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون استفاده شد. پس از اخذ پیش‌آزمون، آزمودنی‌های گروه آزمایش، ۸ جلسه امید درمانی به شیوه گروهی را دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل در این مدت در لیست انتظار بودند. پس از پایان جلسه‌ها، پس‌آزمون از هر دو گروه به عمل آمد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تفاوت معنی‌داری را در میزان تاب‌آوری آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون نشان داد ($p < 0/01$). به عبارت دیگر جلسه‌های امید درمانی گروهی باعث افزایش تاب‌آوری مادران در گروه تحت مداخله شده بود ($F=121/76$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش، تأثیر امید درمانی بر تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم مورد تأیید قرار گرفت. پیشنهاد می‌شود مراکز ویژه کودکان اوتیسم در سراسر کشور از بسته مداخله‌ای امید درمانی در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی و ارتقای سلامت روان والدین این کودکان استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: اختلال طیف اوتیسم، امید، درمان

*نویسنده مسئول: رضا داورنیا، تهران، دانشگاه خوارزمی، گروه مشاوره

Email: rezadavarniya@yahoo.com

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم^(۱) نوعی اختلال عصب تحولی^(۲) است که ویژگی‌های آن به وسیله آسیب مداوم در ارتباطات و تعاملات اجتماعی، به علاوه الگوهای محدود و کلیشه‌ای رفتار با نشانه‌های آشکار در نخستین دوره زودرس پس از تولد آشکار می‌شوند^(۱). به طور کلی سه ویژگی بنیادی، اجتناب اجتماعی، بی تفاوتی اجتماعی و انفعال اجتماعی در رفتار و تعامل مبتلایان به اوتیسم، مبنایی برای بروز نارسایی‌ها در رفتار اجتماعی آنهاست^(۲). شیوع این اختلال به تازگی به شدت افزایش یافته است، به طوری که از یک در ۵۰۰۰ تولد در سال ۱۹۷۵، هم اکنون به یک کودک در هر ۱۰۰ تولد رسیده است^(۱). این اختلال تأثیر زیادی بر روی افراد، خانواده و جامعه دارد^(۳). والدین این کودکان با مشکلات متعدد و شرایط دشواری روبرو هستند. بسیاری از آنها به دنبال دانش، مهارت و یادگیری مسائلی به عنوان راهکارهای مناسب برای رویارویی با پیامدهای این اختلال در زندگی خود هستند^(۴).

پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که والدین کودکان مبتلا به اوتیسم در مقایسه با والدین کودکان عادی و والدین کودکانی که بیماری‌های مزمن دارند، استرس بالاتری را تجربه می‌کنند^(۵-۷). ویژگی‌های این اختلال و هم چنین گاهی تشخیص دیر هنگام و دشوار، فقدان درمان‌های قطعی و مؤثر و پیش آگهی نه چندان مطلوب، می‌تواند فشار روانی شدیدی را بر خانواده و والدین کودک تحمیل کند^(۸). اوگستون،

مکینتوش و مایرز^(۳) در پژوهشی که به مقایسه امید و نگرانی در مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم و سندرم داون^(۴) پرداختند، نشان دادند که مادران کودکان مبتلا به اوتیسم نسبت به مادرانی که کودکان مبتلا به سندرم داون داشتند، امید پایین‌تر و نگرانی مربوط به آینده را بیشتر گزارش کردند^(۹). وجود کودکان مبتلا به اوتیسم باعث محدود شدن تعاملات و فعالیت‌های اجتماعی خانواده می‌شود و بر روابط بین فردی آنها تأثیر می‌گذارد، بر شغل مادر تأثیر منفی دارد، زیرا باعث عدم پیشرفت در کار به دلیل وقت و انرژی کم می‌شود و در مواردی باعث رها کردن کار به وسیله مادر به دلیل مسئولیت‌های زیاد در خانه که به خاطر مراقبت از فرزند اوتیسم افزایش می‌یابد، می‌گردد^(۱۰).

با توجه به مواردی که اشاره به مشکلات روان شناختی والدین کودکان مبتلا به اوتیسم داشت، به نظر می‌رسد، مادران کودکان اوتیستیک از میزان تاب‌آوری پایینی برخوردار باشند. تاب‌آوری^(۵) را ساز و کار ذاتی خود اصلاح‌گری انسان و یکی از سازه‌های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار مفهوم سازی می‌دانند^(۱۱). این فرآیند سازگاری، منابع شخصی و بیرونی را با هم یکپارچه ساخته و با رسیدن به تعادل سطح بالاتر در شرایط تهدیدکننده، شرایط سازگاری موفق را فراهم می‌-

1- Autism Spectrum Disorder
2-Neurodevelopmental
3-Ogeston, Mackintosh & Myers
4-Down Syndrome
5- Resiliency

کند(۱۲). تاب‌آوری نقش میانجی بسیار مهمی در جلوگیری یا بروز خیلی از اختلالات های روانپزشکی از خود نشان می‌دهد. تاب‌آوری به واسطه کاهش هیجان‌های منفی، افزایش سلامت روان و رضایت بیشتر از زندگی را در پی دارد و به عنوان میانجی برای تسهیل غلبه بر مصائب، مشکلات، مقاومت در برابر استرس و از بین بردن اثرات روانی آنها عمل می‌نماید. تاب‌آوری به افراد توانایی می‌بخشد تا با ناملایمات و مشکلات زندگی و شغلی روبرو شوند(۱۴ و ۱۳).

یکی از مداخلات درمانی در جهت کاهش مشکلات روانشناختی مادران کودکان اوتیستیک، امید درمانی^(۱) است. قبل از پرداختن به مفهوم امید درمانی، لازم است اشاره شود که امید به عنوان یک ویژگی شخصیتی اساسی در زندگی انسان و همچنین یک نیروی شفا بخش و مروج زندگی بهتر در نظر گرفته شده است. امید رسیدن به حالتی است که به فرد اجازه می‌دهد به شرایط جدید و یا آشفته پاسخ مناسب ارایه دهد(۱۵). در واقع امید، کلیدی برای یافتن راه حل مسأله در موقعیت‌های سخت زندگی است(۱۶). امید درمانی، یک برنامه درمانی است که بر اساس نظریه امید اسنایدر^(۲) به منظور افزایش تفکر امیدوارانه و تقویت فعالیت‌های مرتبط با پیگیری هدف، طراحی شده است(۱۷). امید درمانی از درمان شناختی - رفتاری^(۳)، درمان راه حل محور^(۴) و روایت درمانی^(۵) مشتق می‌شود. هدف این روش درمانی، کمک به مراجعه کنندگان در جهت فرمول بندی اهداف

و ساختن گذرگاه های متعددی برای رسیدن به آنها، برانگیختن خود برای دنبال کردن اهداف و چارچوب‌بندی مجدد موانع به صورت چالش‌هایی برای غلبه بر آنها و رسیدن به پیروزی است(۱۸).

در تحقیق‌های مختلف اثر بخشی امید درمانی در افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان(۱۹)، افزایش کیفیت زندگی همسران جانبازان دچار اختلال پس از سانحه(۲۰)، افزایش امید بیماران دیابتی(۲۱)، کاهش افسردگی استرس و اضطراب بیماران تحت همودیا لیز(۲۲) و افزایش امید و بهبود افسردگی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان(۲۳) بررسی و تأیید شده است. کااو و همکاران در مطالعه خود اظهار داشتند افرادی که سطوح بالاتری از امید را داشتند، پریشانی کمتری را نشان دادند (۲۴). چپونز، فلدمن، گام، میشل، و اسنایدر در مطالعه خود دریافتند که امید درمانی در افزایش امید، معنای زندگی، اعتماد به نفس و کاهش علائم افسردگی و اضطراب مؤثر است(۲۵). در پژوهشی که کابورال و همکاران به منظور بررسی اثربخشی امید بر تحمل بیماری و کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به بیماری نارسایی قلبی مزمن انجام دادند، نتایج نشان داد که اثر امید بر تحمل بیماری و طول عمر سالمندان دارای بیماری قلبی معنی‌دار بوده و باعث بهبود کیفیت زندگی آنها شده است(۱۶). هنکینز در پژوهشی به

1-Hope Therapy

2-Snyder

3-Cognitive Behavioral Therapy

4-Solution-Focused Therapy

5-Narrative Therapy

بررسی تأثیر یک مداخله درمانی مبتنی بر نظریه امید شنایدر، بر کاهش میزان ناامیدی بیماران بستری مبتلا به افسردگی اساسی پرداخت. او در پژوهش خود گزارش کرد که میزان امید گروه آزمایش، نسبت به گروه کنترل افزایش معنی‌دار و میزان ناامیدی آنها کاهش معنی‌داری داشته است (۲۶).

به عقیده شارپلی و همکاران مادران کودکان اوتیستیک طیف گسترده ای از هیجانات مانند؛ خشم، غمگینی، گریه و سوگ را نشان خواهند داد. این مادران با چالش‌های بسیاری روبرو هستند، که آنها را در معرض پیامدهای منفی روانی قرار می‌دهد. این پیامدهای منفی باعث می‌شود که مادران گرایش بیشتری به استفاده از شیوه‌های انعطاف ناپذیر والدگری داشته و کمتر از برنامه‌های درمانی و خدمات ارایه شده برای بهبود کودکان آنها بهره ببرند. این امر تأثیرات منفی بر رشد کودک می‌گذارد (۲).

بنابراین، با توجه به تأثیر این پیامدها بر روند پیشرفت کودک، به نظر می‌رسد که تدارک یک برنامه درمانی برای مادران این کودکان از اهمیت بسزایی برخوردار است. بررسی‌های صورت گرفته نشان می‌دهد که مداخلات روان شناختی جهت کمک به حل مسایل روان شناختی مادران کودکان اتیستیک بسیار محدود بوده و بسیاری از مادران از این خدمات روان شناختی محروم هستند. آنها رنج‌های بسیاری را بابت مراقبت و نگهداری از کودک خود متحمل می‌گردند و این رنج‌ها و مشکلات فراوان، آسیب‌های روحی جدی به مادران این کودکان وارد می‌سازد و

سلامت روان آنها را به خطر می‌اندازد. مطالعه حاضر در پی آن است تا با به کارگیری مداخله درمانی مبتنی بر امید به بهبود مشکلات روان شناختی مادران کودکان اوتیستیک بپردازد تا در مواجهه با مسایل فرزند خود، تاب‌آوری بالایی داشته باشند. همچنین از آنجا که در جست و جوی‌های انجام شده به وسیله محقق در مطالعه‌های داخلی و خارجی، پژوهشی که به بررسی تأثیر امید درمانی بر تاب آوری مادران کودکان اوتیستیک پرداخته باشد، مشاهده نشد، لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر امید درمانی به شیوه گروهی بر تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم طراحی و انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مداخله نیمه تجربی است که به شیوه پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه مطالعه حاضر را کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در مرکز توانبخشی ندای عصر (ویژه کودکان اوتیسم) شهر تهران در سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند که کودکان آنها تشخیص اختلال اوتیسم را به وسیله یک روانپزشک متخصص اطفال و یک روانشناس بالینی دریافت نموده بودند. پس از هماهنگی با مدیریت و مسئولین مرکز توانبخشی ندای عصر و اعلام فراخوان برگزاری جلسه‌های درمانی برای مادران، از میان ۴۸ نفر از مادران واجد شرایط شرکت در مطالعه بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، ۳۰ نفر از

مادرانی که کمترین نمرات را نسبت به سایرین در پرسشنامه تاب‌آوری کسب نموده بودند، به شیوه در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. لازم به ذکر است برای طرح های تجربی، حجم نمونه با تعداد ۱۵ تا ۲۰ نفر آزمودنی کفایت می‌کند (۲۶).

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: سطح تحصیلات حداقل دیپلم، نداشتن اختلال روان پزشکی شدید و سایکوز بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^(۱)، تکمیل فرم رضایت آگاهانه و عدم دریافت سایر مداخلات روان شناختی در حین شرکت در جلسه‌های درمانی بود. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز سابقه بستری در بیمارستان‌های روان پزشکی، مصرف هر نوع داروی آرام‌بخش، الکل و مواد مخدر و غیبت بیش از یک جلسه از هشت جلسه درمانی در نظر گرفته شد. در این مطالعه مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی^(۲) رعایت گردید که از جمله آنها می‌توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل اشاره کرد (۲۷). پس از تکمیل پرسشنامه تاب‌آوری کانر- دیویدسون به وسیله شرکت کنندگان هر دو گروه، جلسه‌های امید درمانی در ۸ جلسه ۲ ساعته به شیوه گروهی و هفتگی برای شرکت کنندگان گروه آزمایش برگزار شد، در حالی که گروه کنترل

مداخله‌ای دریافت ننمودند. پکیج جلسه‌های درمانی بر اساس طرح درمانی اشنايدر (۲۹) تدوین گردید. پس از اتمام جلسه‌های درمانی، مجدداً دو گروه به وسیله پرسشنامه پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از پایان مرحله پس‌آزمون، پژوهشگر جهت رعایت اصول اخلاقی و حرفه‌ای در پژوهش و همچنین تشکر و قدردانی از همکاری گروه کنترل، جلسه‌های درمانی را برای آنها نیز اجرا نمود. شرح مختصری از روند اجرای جلسه‌ها در جدول ۱ ارایه شده است.

در این مطالعه برای گردآوری داده‌ها از مقیاس تاب‌آوری کانر- دیویدسون^(۳) استفاده شد. این مقیاس شامل ۲۵ گویه ۵ گزینه‌ای (کاملاً نادرست، به ندرت درست، گاهی درست، اغلب درست، همیشه درست) است. حداقل نمره برای این پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۱۰۰ است (۳۰). کسب نمره بالاتر در این آزمون، نشان دهنده تاب‌آوری بیشتر می‌باشد (۳۱). در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی، این مقیاس در شش گروه حمایت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به استرس پس از سانحه، انجام شده است. تهیه کنندگان این مقیاس بر این عقیده‌اند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی بوده و

1- The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

2- Helsinki

3- The Connor- Davidson- Resilience Scale

می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد (۳۲). در بررسی روایی پرسشنامه، از طریق بررسی همبستگی نمرات این پرسشنامه با نمرات مقیاس سرسختی روانشناختی و مکان کنترل، به ترتیب ضرایبی برابر ۰/۴۱ و ۰/۴۸ بدست آمده است (۳۳). در پژوهش روشن و همکاران، میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمد (۳۴). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۶ محاسبه گردید.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا)، لوین و کولموگروف - اسمیرنوف جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته ها

جدول ۲ اطلاعات توصیفی متغیر تاب‌آوری را به تفکیک دو گروه نشان می‌دهد و بیانگر میانگین و انحراف معیار متغیر تاب‌آوری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل است. همان طور که اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمرات تاب‌آوری گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ۵۱/۹۳ و در مرحله پس‌آزمون ۷۲/۸۶ می‌باشد. در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری بین نمرات تاب‌آوری شرکت کنندگان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده نمی‌شود. همان طور که ملاحظه می‌شود، نمرات

آزمودنی‌های گروه آزمایش در متغیر تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون تغییراتی داشته است. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل‌شده در پس‌آزمون متغیر مورد پژوهش به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشند یا خیر، از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون می‌باشد، که ابتدا این پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده گردید.

از آنجایی که مقادیر آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای متغیر تاب‌آوری در هیچ یک از مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایشی و کنترل معنی‌دار نمی‌باشند ($p > 0.05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در متغیر تاب‌آوری نرمال می‌باشد.

برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون لوین استفاده شد، از آنجایی که مقدار آماره F معنی‌دار نمی‌باشد ($F = 12/52$ و $p > 0.05$)، پیش فرض برابری واریانس‌ها دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر تاب‌آوری تأیید می‌شود. یکی دیگر از پیش فرض‌های اجرای تحلیل کوواریانس، همگنی ضرایب رگرسیون می‌باشد، آن گونه که خطوط رگرسیون هر دو گروه موازی باشد. نتیجه بررسی پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون در متغیر

تاب‌آوری در جدول ۳ ارایه شده است. در جدول ۳، نتایج آزمون همگنی ضرایب رگرسیون عامل تاب‌آوری آورده شده است و چون F محاسبه شده برای تعامل گروه و پیش‌آزمون در سطح کمتر از $(P > 0/05)$ معنی‌دار نمی‌باشد، بنابراین داده‌ها از مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیونی حمایت می‌کنند و این پیش فرض رعایت شده است.

با توجه به این که پیش فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است، نتایج این آزمون در جدول ۴ ارایه گردیده است.

با توجه به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری که در جدول ۴ ارایه شده است، معنی‌داری مقدار F برای تاب‌آوری ($F=121/76$ و $P < 0/01$) نشان می‌دهد که اثر گروه (درمان) معنی‌دار است، بدین معنا که پس از محاسبه اثر پیش‌آزمون، تفاوت ایجاد شده در نمرات دو گروه در میزان تاب‌آوری معنی‌دار است. همچنین با توجه به میانگین نمرات تاب‌آوری گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ($51/92$) و پس‌آزمون ($72/86$)، مشخص می‌شود که میانگین نمرات تاب‌آوری گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است که نشان از اثر الگوی درمانی بر افزایش تاب‌آوری دارد. مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که $0/82$ درصد از تغییرات بوجود آمده ناشی از اثر امید درمانی است.

جدول ۱. شرح مختصری از جلسه‌های امید درمانی اسنادی در افراد تحت مطالعه

تعداد جلسه‌ها	شرح جلسه‌ها
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون - آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسه‌های و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، معرفی اهداف برنامه آموزشی بر اساس نظریه امید
جلسه دوم	تبیین چگونگی رشد امید، ضرورت وجود، پیامدهای مثبت و تاثیر آن بر ناامیدی، افسردگی و احساس پوچی
جلسه سوم	ترغیب شرکت کنندگان به تعریف کردن داستان زندگی خود جهت یافتن نقاط امید بخش در زندگی‌شان
جلسه چهارم	تبیین داستان‌های زندگی شرکت کنندگان بر اساس نظریه امید و قالب بندی مجدد آنها، شناسایی موفقیت‌های گذشته اعضا به منظور کشف عامل و گذرگاه‌های این موفقیت‌ها
جلسه پنجم	مطرح کردن فهرستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی و تشخیص میزان رضایت افراد از هر یک از این اتفاقات
جلسه ششم	ترغیب شرکت کنندگان به انتخاب اهداف مناسب و بیان ویژگی‌های این اهداف برای آنها، کمک به افزایش میزان امید در شرکت کنندگان
جلسه هفتم	بیان ویژگی‌های گذرگاه‌های مناسب و ترغیب شرکت کنندگان به انتخاب راهکارهای مناسب جهت رسیدن به اهداف تعیین شده، تبدیل گذرگاه‌ها به مجموعه‌ای از گام‌های کوچک و تعیین گذرگاه‌های جانشین، کمک به شرکت کنندگان جهت حفظ و بقای امید
جلسه هشتم	طرح راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل، از جمله خودگویی‌های مثبت و تصور ذهنی، تبدیل شرکت کننده به یک امید درمانگر و توانا ساختن وی در تعیین اهداف و موانع، ایجاد و حفظ عامل رسیدن به هدف در خود و تشخیص گذرگاه‌های لازم، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات تاب آوری آزمودنی‌ها به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	۵۱/۹۳	۷/۷۷	۵۵/۵۳	۱۱/۹۰
تاب آوری پس آزمون	۷۲/۸۶	۸/۴۷	۵۶/۰۰	۱۲/۶۲

جدول ۳: نتایج بررسی پیش فرض همگنی ضرایب رگرسیون در مفروضه تاب آوری

منبع تغییر	مجموع مجزورها	درجه آزادی	میانگین مجزورها	F	سطح معنی داری
گروه	۳۰۵/۰۱	۱	۳۰۵/۰۱	۱۳/۳۹	۰/۰۰۱
پیش آزمون	۱۸۵۵/۵۳	۱	۱۸۵۵/۵۳	۸۱/۴۸	۰/۰۰۱
تعامل گروه و پیش آزمون	۷۰/۳۴	۱	۷۰/۳۴	۳/۰۹	۰/۰۹
خطا	۵۹۲/۱۰	۲۶	۲۲/۷۷		

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری تأثیر درمان بر نمرات تاب آوری پس آزمون متغیر تاب آوری

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
پیش آزمون		۲۵۷۳/۲۹	۱	۲۵۷۳/۲۹	۱۰۴/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
تاب آوری	گروه آزمایش	۲۹۸۷/۵۲	۱	۲۹۸۷/۵۲	۱۲۱/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱

بحث

اختلال طیف اوتیسم نوعی اختلال عصب تحولی است که ویژگی‌های آن به وسیله آسیب مداوم در ارتباطات و تعاملات اجتماعی، به علاوه الگوهای محدود و کلیشه‌ای رفتار با نشانه‌های آشکار در نخستین دوره زودرس پس از تولد آشکار می‌شوند(۱). پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر امید درمانی گروهی بر تاب آوری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد، بین مادرانی که مداخله امید درمانی را دریافت کرده بودند و مادرانی که

درمان را دریافت نکرده بودند، از نظر میزان تاب آوری تفاوت معنی‌داری وجود داشت. طبق نتایج تحلیل کوواریانس، مداخله امید درمانی به طور معنی‌داری باعث افزایش تاب آوری مادران کودکان اوتیستیک در مرحله پس آزمون شده بود. پژوهشی که نتایج آن به صورت مستقیم در راستای یافته‌های این مطالعه باشد، مشاهده نشد، اما نتایج به دست آمده در این پژوهش به صورت غیر مستقیم با یافته‌های برخی تحقیق‌ها هم‌سو می‌باشد. چیونز و همکاران در پژوهشی نشان دادند که امید درمانی در افزایش امید، معنای زندگی، اعتماد به نفس و کاهش علایم افسردگی

و اضطراب مؤثر است (۲۵). هنکینز در مطالعه خود گزارش نمود که مداخله درمانی مبتنی بر امید باعث کاهش افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی شده بود (۲۶). فرنی و همکاران در تحقیقی نشان دادند که امید درمانی باعث افزایش شادکامی بیماران همودیالیزی شده بود (۲۵). در پژوهش دیگری رسولی و همکاران نتیجه گرفتند که مداخله امید درمانی، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس را افزایش داده بود (۳۶). تمدن و عسگری در مطالعه خود اثر بخشی امید درمانی را بر ارتقای تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان خون تأیید کردند (۳۷).

همچنین یافته‌های این پژوهش همسو با نتایج مطالعه‌های باقری زنجانی و همکاران (۱۹)، یوسفی و همکاران (۲۰)، رحیم پور و همکاران (۲۲)، سیف و درخشانی (۳۸) و قزل‌سفلو و اثباتی (۳۹) مبنی بر اثر بخشی امید درمانی می‌باشد. در تبیین نتایج می‌توان گفت در جلسه‌های امید درمانی شرکت کنندگان ابتدا با اصول نظریه امید آشنا می‌شوند و سپس به آنها آموزش داده می‌شود که چگونه این اصول را در زندگی خود به کار گیرند. شرکت کنندگان یاد می‌گیرند که چگونه اهداف مهم، قابل دستیابی و قابل اندازه‌گیری را تعیین کنند، گذرگاه‌های متعدد برای حرکت به سمت این اهداف تعیین کنند، منابع انگیزشی و تأثیر متقابل هر مانع بر انگیزش را شناسایی کنند، پیشرفت به سمت هدف را بازنگری کنند و اهداف و گذرگاه‌ها را در صورت لزوم اصلاح کنند (۴۰). خمیره اصلی امید درمانی آن است که به افراد کمک می‌کند تا

بتوانند با اتکا به توانمندی‌های خود به اهداف آنها برسند. بنابراین در یک چرخه هماهنگ بین هدف گزینی، برنامه‌ریزی، اجرا و دستیابی به هدف، امید درمانی کمک می‌کند، مراجع به جای نگرستن به گذشته از دست رفته و تمرکز بر آینده نامطمئن، به زندگی اکنون که می‌تواند ثمربخش و همراه با نتایج رضایت‌بخش در آینده باشد، تمرکز کند (۴۰). امید، از طریق حفظ عاطفه منفی در سطح پایین، فایده حمایتی برای افراد دارد و به بهبود سازگارانۀ فرد منجر می‌شود. همچنین یک ارتباط پویا بین امید و استرس و هیجان‌ها وجود دارد که در افراد با امید بالا، استرس‌ها کاهش می‌یابد. آنها به گونه مؤثرتری از مشکلات هیجانی بهبود می‌یابند و در نتیجه رضایت آنها از زندگی افزایش می‌یابد (۴۱).

از دیدگاه فلدمن و اسنایدر و بر پایه نظریه اسنایدر، می‌توان گفت که برخوردار بودن از یک تفکر امیدوارانه و داشتن منابع کافی برای رسیدن به اهداف سبب معنی‌دار شدن زندگی می‌گردد. به بیان دیگر بین این دو متغیر یک ارتباط تعاملی وجود دارد. یعنی افزایش امید منجر به افزایش معنا در زندگی می‌شود و افزایش معنا سبب افزایش امید یا تفکر هدف‌دار می‌شود که بر اساس یافته‌های پژوهش فلدمن و اسنایدر افزایش معنا و امید به صورت تعاملی منجر به افزایش بهزیستی روانشناختی و عواطف مثبت، رضایت از زندگی و در نهایت تاب‌آوری می‌گردد (۴۲). امید داشتن و امیدوار بودن یکی از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در مواجهه با تنش‌ها می‌باشد، به نحوی

که افراد امیدوار در زندگی عامل‌ها و گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و هنگامی که با موانع برخورد می‌کنند، انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانشین استفاده می‌کنند، اما افراد ناامید به دلیل اینکه عامل و گذرگاه‌های کمتری دارند، در برخورد با موانع، انگیزه خود را از دست داده و دچار هیجان‌های منفی می‌شوند به عبارت دیگر، مؤلفه عامل یا کارگذار یک باور شخصی است که باعث می‌شود فرد احساس کند که می‌تواند برای رسیدن به اهداف خود، مسیرهای مختلفی را امتحان کرده و تحمل کند، و این امر جز در سایه امیدواری امکان‌پذیر نخواهد بود (۴۳). از نظر اسنایدر سه الگوی انسداد هدف وجود دارد که فرد را مستعد ابتلا به افسردگی و پیامدهای آن نظیر انزوا می‌کند؛ اول مسدود شدن یک هدف مهم یا اساسی، دوم انتخاب اهدافی که رضایت‌بخش نیستند و سوم انتظار تعمیم یافته برای شکست. همچنین از نظر او، از دست رفتن عامل با انسداد هدف و ناتوانی در ایجاد گذرگاه‌های مناسب می‌تواند زمینه ناکامی و پایین آمدن بهزیستی روانشناختی را فراهم سازد. در امید درمانی سعی بر این است که این الگوها در مراجعه کنندگان اصلاح شود. به این منظور به آنها آموخته می‌شود تا اهداف، گذرگاه‌ها و عامل بیشتری در خود ایجاد کنند و با تمرکز بر موفقیت‌های گذشته به تعمیم انتظار برای موفقیت بپردازند و خود را درگیر گذشته نکنند و زندگی را در حال و آینده در جریان ببینند. در مورد تأثیر امید درمانی، اسنایدر معتقد است افرادی که

از سطوح بالای امید برخوردارند، در زندگی خود به اندازه سایرین شکست‌هایی را تجربه کرده‌اند، اما این باور را پرورش داده‌اند که می‌توانند با چالش سازش کنند و با ناملایمات کنار بیایند (۴۴).

نکته اساسی در امید درمانی این است که درمانگر، یاری‌گری امید بخش باشد و بدین منظور امید را الگوسازی کند و به مراجعان منتقل کند. بنابراین احتمالاً شاخصه اصلی تاب‌آوری به عنوان یک ویژگی شخصیتی، داشتن اهداف روشن است. فرد تاب‌آور به روشنی می‌داند که چرا باید تاب آورد و در نهایت این تاب‌آوری چیست (۴۰). ویژگی اصلی امید درمانی برجسته کردن اهداف است، این که با داشتن فرزند مبتلا به اوتیسم، زندگی ارزش هدف‌گزینی را دارد. شاخصه فرد تاب‌آور، هدف‌گرایی نهادینه شده است. در اینجا به سادگی می‌توان تأثیر امید درمانی را بر افزایش تاب‌آوری مادران درک کرد. در پایان می‌توان عنوان نمود که امید، عاملی است که باعث غنای زندگی می‌شود و افراد را قادر می‌سازد که دیدی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامانی و درد و رنج خود داشته باشند.

هر مطالعه با محدودیت‌هایی روبه‌روست؛ از محدودیت‌های این پژوهش این است که این مطالعه بر روی مادران کودکان اوتیستیک یکی از مراکز توانبخشی کودکان اوتیسم شهر تهران انجام شد. همچنین این پژوهش صرفاً بر روی مادران انجام شد و بهتر است به منظور تعمیم بهتر نتایج، این پژوهش در شهرهای دیگر کشور و بر روی پدران این

کودکان نیز انجام شود. شیوه نمونه‌گیری در دسترس، خود گزارشی بودن ابزار مورد استفاده، و عدم وجود مرحله پیگیری در این پژوهش نیز از محدودیت‌های دیگر تحقیق حاضر است که باید به آن توجه نمود. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که مداخله روانشناختی به کار رفته در این مطالعه در افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند اوتیسم مؤثر بوده است. بنابراین، توصیه می‌شود این روش در مراکز درمانی به وسیله متخصصین بهداشت روانی مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آینده جهت تعیین دقیق‌تر اثرات رویکرد امید درمانی، مرحله پیگیری نیز گنجانده شود و نتایج آنها با نتایج این پژوهش مقایسه شود. پیشنهاد می‌شود به منظور واضح‌تر شدن اثرات رویکرد مبتنی بر امید با دقت بالاتر، در مطالعات گسترده‌تری با حجم نمونه بیشتر به بررسی و مقایسه درمان مذکور با دیگر رویکردهای رایج درمانی پرداخته شود. با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه پیشنهاد می‌شود که کاربرد مداخله امید درمانی به عنوان یکی از روش‌های درمانی برای والدین کودکان مبتلا به اوتیسم، مورد توجه بیشتری قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که این روش درمانی توانسته در بهبود تاب‌آوری مادران دارای کودک

اوتیستیک مؤثر واقع شود. از دستاوردهای این پژوهش می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه‌گیری کرد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تأیید کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

گروه پژوهشی لازم می‌دانند تا از مدیریت محترم مرکز توانبخشی ندای عصر و تمامی مادران عزیزی که صمیمانه محققین را یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند. این مطالعه با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. American Psychiatric Publishing; 2013; 141-4.
2. Kowalkowski JD. The impact of a group-based acceptance and commitment therapy intervention on parents of children diagnosed with an autism spectrum disorder. (Doctoral dissertation). Eastern Michigan University; 2012; 64-6.
3. Joshi G, Petty C, Wozniak J, Henin A, Fried R, Galdo M, Biederman J. The heavy burden of psychiatric comorbidity in youth with autism spectrum disorders: A large comparative study of a psychiatrically referred population. *J Autism Dev Disord* 2010; 40(11): 1361-70.
4. Alhorany AK, Hassan SA, Bataineh M.Z. Do mothers of autistic children are at higher risk of depression? A systematic review of literature. *Life Science Journal* 2013; 10: 3303-8.
5. Osborne LA, Reed P. Stress and selfperceived parenting behaviors of parents of children with autistic spectrum conditions. *Res Autism Spectr Disord* 2010; 4(3): 405-14.
6. Estes A, Munson J, Dawson G, Koehler E, Zhou X, Abbott R. Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism* 2009; 13(4): 375-87.
7. Dabrowska A, Pisula E. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *J Intellect Disabil Res* 2010; 54(3): 266-80.
8. Kuhn JC, Carter AS. Maternal self efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *Am J Orthopsychiatry* 2006; 76(4): 564-75.
9. Ogeston PL, Mackintosh VH, Myers BJ. Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. *Res Autism Spectr Disord* 2011; 5(4): 1378-84.
10. Hobart HM, Smith W. Autism and family in the People's Republic of China: Learning from parents' perspectives. *Res Pract Persons Severe Disabil* 2008; 33(1-2): 37-47.
11. Taormina RJ. Adult personal resilience: A new theory, new measure, and practical implications. *Psychological Thought* 2015; 8(1): 35-46.
12. Karatas Z, Akif Ersoy M. Self-Esteem and hopelessness, and resiliency: An exploratory study of adolescents in Turkey. *International Education Studies* 2011; 4(4): 84-91.
13. Khlatabari J, Bahari S. The relationship between resiliency and life satisfaction. *Quarterly Journal of Educational Psychology* 2010; 1(2): 83-94.
14. Azadi S, Azad H. The Correlation of social support, tolerance and mental health in children of martyrs and war-disabled in Universities of Ilam. *IJWPH* 2011; 3 (4): 48-58.
15. Kylma J. Dynamics of hope in adults living with HIV/AIDS: a substantive theory. *J Adv Nurs* 2008; 52: 620-30.
16. Caboral MF, Evagelista LS, Whetsell MV. Hope in elderly adults with chronic heart failure: Concept analysis. *Invest Educ Enferm* 2012; 30(3): 406-11.
17. Cheavans JS, Feldman, DB, Woodward JT, Snyder CR. Hope in cognitive psychotherapies: on working with client strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 2006; 20(2): 135-45.
18. Garcia JA, Sisin KG. Locus of hope and subjective well-being. *International Journal of Research Studies in Psychology* 2012; 1(3): 53-8.
19. Bagheri Zanjani ASL, Monfared L, Entesar Foumany G. The effectiveness of group based hope-therapy on increasing resilience and hope in life expectancy in patients with breast cancer. *JHPM* 2016; 5 (4): 56-62.
20. Yousefi A, Rafinia P, Sabahi P. The Effectiveness of hope therapy on quality of life in wives of veterans with post traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology* 2016; 8(1): 1-10.
21. Ghazavi Z, Khaledi-Sardashti F, Kajbaf MB, Esmailzadeh M. Effect of hope therapy on the hope of diabetic patients. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2015; 20(1): 75-80.
22. Rahimipour M, Shahgholian N, Yazdani M. Effect of hope therapy on depression, anxiety, and stress among the patients undergoing hemodialysis. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2015; 20(6): 694-9.
23. Shekarabi-Ahari G, Younesi J, Borjali A, Ansari-Damavandi S. The effectiveness of group hope therapy on hope and depression of mothers with children suffering from cancer in tehran. *Iran J Cancer Prev* 2012; 5(4): 183-8.

- 24.Kao YC, Liu YP, Chou MK, Cheng TH. Subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia: relationships between psychosocial and clinical characteristics. *Compr Psychiatry* 2011; 52(2): 171-80.
25. Cheavens SJ, Feldman BD, Gum A, Micheal ST, Snyder CR. Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research* 2006; 77(1): 61-78.
- 26.Hankins SJ. Measuring the efficacy of the Snyder hope theory as an intervention with an inpatient population. (Doctoral Dissertation). The University of Mississippi; 2004; 44-6.
- 27.Farahani HA, Arizi HR. Translated: Methods in behavioral sciences. Cozby PC,meditor. 1th ed. Tehran: Nashr Ravan Publishing; 2008; 77-8.
- 28.World Medical A. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2013; 310(20): 2191-4.
- 29.Snyder CR, Rand KL. Hopelessness and health.In N. Anderson(editor). *Encyclopedia of health and behavior*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2005; 521-23.
- 30.Nasiri M, Karsazi H, Esmaeilpour F, Beyrami M. The role of meaning in life, mindfulness and resilience in the flourishing of students. *Positive Psychology* 2015; 1(3): 21-32.
- 31.Abrishamkesh S, Ardalan A, Kafi Masoleh SM, Fallahi Khesht Masjedi M. Relationship of psychological hardiness and resilience with the mental health in pre-hospital technicians, Guilan province. *J Holist Nurs Midwifery* 2016; 26(4): 10-8.
- 32.Sardarzadeh F, Jian Bagheri M, malake FM. The role of resilience in reduction of job stress and job burnout among employees of satellite project of Iranian offshore oil company. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2017; 3(4): 61-77.
- 33.Basharpoor S, Atadokht A, Ghaffari M, Mowlai M. Prediction of depression through cognitive emotion regulation and resilience among infertile females. *IJPN* 2017; 4(4): 34-42.
- 34.Roshan N, Yarahmadi Y, Parhizkar B. The compare resilience in patients with irritable bowel syndrome and normal individuals in Sanandaj city. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2016; 3(3): 80-8.
- 35.Farnia F, Baghshahi N, Zarei H. The effectiveness of group hope therapy on happiness in hemodialysis patients. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2016; 14(6): 543-50.
- 36.Rasouli M, Bahramian J, Zaharakar K. The effect of hope therapy on quality of life in multiple sclerosis patients. *IJPN* 2014; 1(4): 54-65.
- 37.Tamadon A, Askari M. Evaluate the effectiveness of hope therapy on improving resilience of patients whit blood cancer. *Journal UMP Social Sciences and Technology Management* 2015; 3(3): 71-82.
- 38.Derakhshani M, Seif AA . The Effectiveness of group hope therapy on the time horizon and optimism of divorced women. *Interdisciplinary Journal of Education* 2016; 1(1): 7-18.
- 39.Ghezelsef M. Esbati M. Effectiveness of hope-oriented group therapy on improving quality of life in HIV+ male patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2013; 9: 534-37.
- 40.Razmi L, Behzadi Pour S, Tahmasebi S. The effectiveness of group hope therapy on increasing the resiliency and hope of life in women with breast cancer. *Iranian Journal of Surgery* 2013; 24(3): 60-8.
41. Tschudy JD. Finding, nurturing, and instilling hope in family therapy. (Master's thesis). Utah State University; 2010; 8-14.
- 42.Feldman DB, Snyder CR. Hope and the meaningful life: theoretical and empirical associations between goaldirected thinking and life meaning. *J Soci and Clin Psych* 2005; 24(3): 401-21.
- 43.Kanani K, Hadi S, Soleimani M, Arman Panah A. Examining the effect of hope therapy on the improvement of life quality, hope and psychological well-being in mothers of mentally retarded children. *JPEN* 2015; 1(3): 34-47.
- 44.Snyder CR. Hand book of hope. 3st ed. NewYork: Academic Press; 2000; 211-34.

The Effect of Group Based Hope Therapy on Resiliency of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder

Salimi A¹, Abbasi A², Zaharakar K¹, Tameh B³, Davarniya R^{1*}

¹Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran, ²Department of Counseling, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran, ³Department of Educational Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Received: 16 Apr 2017 Accepted: 14 Jul 2017

Abstract

Introduction: Autism spectrum disorder has been characterized by problems in social function, communication and having repetitive and stereotype behaviors. Due to ample problems of such children, families and particularly mothers suffer from much tensions and psychological pressures. The present research was designed and conducted by the aim of investigating the effect of group-based hope therapy on resilience in mothers of children with autism spectrum disorder.

Materials and method: The present research was a semi-experimental intervention which was conducted by using a pretest-posttest with control group design. The research population included all the mothers of children with autism spectrum disorder referring to Nedaye-Asr rehabilitation center (specialized for autism children), whose children were diagnosed to have autism disorder by psychiatrist, pediatrician and clinical psychologist. 30 mothers with autistic children were selected by available sampling method and were assigned into experiment and control groups through random assignment method. For collecting the data, the Connor- Davidson Resiliency Scale (2003) was used. After taking the pretest, subjects of the experiment group received 8 sessions of group-based hope therapy, while the control group were put in the waiting list. After finishing the sessions, the posttest was taken from both groups. The research data were analyzed by univariate covariance analysis test (ANCOVA) by using SPSS v18.

Results: The results of single-variable covariance analysis showed a significant difference in the resilience of the experimental and control group in the post-test ($p < 0.01$). In other words, group hoped-up sessions increased the resilience of mothers in the intervention group ($F = 121.76$).

Conclusion: It is recommended that Autistic Children's Centers across the country use an Interventional Hope Therapy Package to reduce psychological problems and promote the mental health of their parents.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Hope, Therapy

***Corresponding Author: Davarniya R**, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran
Email: rezadavarniya@yahoo.com

Please cite this article as follows:

Salimi A, Abbasi A, Zaharakar K, Tameh B, Davarniya R. The Effect of Group Based Hope Therapy on Resiliency of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *Armaghane-danesh* 2017; 22 (3): 350-363.