

Biannual Journal of Applied
Counseling
2012, 2(1), 19-34
Received: 17 Sep 2012
Accepted: 18 Des 2012

دو فصلنامه مشاوره کاربردی
۱۳۹۱، ۲(۱)، ۱۹-۳۴
دریافت: ۹۱/۰۶/۲۷
پذیرش: ۹۱/۰۹/۲۸

اثر بخشی آموزش کسب معنا بر حیطه‌های کیفیت زندگی
مادران دارای فرزند با نیاز ویژه

The effectiveness of meaning training on the domains of life quality among mothers of children with special needs

Mansour Sodani
Mahnaz Mehrabzadeh Honarmand
Zargham Zarghamian

منصور سودانی*
مهناز مهرابی زاده هنرمند**
ضرغام ضرغامیان***

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of meaning training on the domains of life quality among mothers of children with special needs in Borazjan, Iran. 222 mothers completed the Questionnaire of World Health Organization Quality of Life. 40 mothers were selected randomly from among those who were one standard deviation below the mean. These mothers were then randomly assigned to control and experimental groups. After administering a pre-test to both groups, the meaning training which lasted for 10 weekly 90-minute sessions was carried out in the experimental group. A follow-up study was run a month later. The data were analyzed using MANCOVA & ANCOVA. The results revealed a significant improvement in the domains of life quality in the experimental group over the control group. The results also showed that physical health, social

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی آموزش کسب معنا بر بهبود حیطه‌های کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با نیاز ویژه شهر برازجان بود. نمونه اولیه این پژوهش شامل ۲۲۲ نفر بودند که پس از اعلام آمادگی جهت شرکت در پژوهش، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی را تکمیل نمودند. از کسانی که نمره آنها در پرسشنامه کیفیت زندگی یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین بود ۴۰ نفر به روش تصادفی انتخاب و مجدداً به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه ۲۰ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش به صورت هر هفته یک بار در معرض ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش کسب معنا قرار گرفتند. در پایان همزمان از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد و پس از گذشت یک ماه آزمون پیگیری انجام شد. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از روش کوواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های

* استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)

Sodani_m@scu.ac.ir

** استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

*** کارشناس ارشد مشاوره دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

relationships and psychological health had improved in the meaning training group, though the training did not have any effect on the environmental health domain. The follow-up results showed the usefulness of meaning training on the domains of quality of life.

پژوهش نشان داد که آموزش کسب معنا بر بهبود حیطه‌های کیفیت زندگی: سلامت جسمانی، سلامت روان و روابط اجتماعی اثر دارد اما بر خلاف انتظار بر حیطه سلامت محیط تأثیری ندارد. پیگیری با فاصله یک ماه، سودمندی آموزش کسب معنا را بر حیطه‌های کیفیت زندگی نشان داد.

Keywords: meaning training, domains of quality of life, children with special needs

واژه های کلیدی: کسب معنا، حیطه‌های کیفیت زندگی، کودکان با نیازهای ویژه

مقدمه

فرایند تولد کودک برای والدین لذت‌آور است، گرچه این فرایند با مشقات و ناراحتی‌های فراوانی همراه است. علی‌رغم این مشکلات، باید گفت که امید به سالم بودن کودک معمولاً احساس اعتماد در آنان ایجاد می‌کند و کودک خود را می‌پذیرند، ولی به محض آگاهی والدین از نقص جسمی یا ذهنی فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها به یأس مبدل می‌گردد و مشکلات شروع می‌شود. مادری که در مدت ۹ ماه بارداری، در انتظار یک فرزند سالم برنامه ریزی‌های متعددی انجام می‌دهد، طبیعی است که با متولد شدن فرزند کم‌توان ذهنی، نابینا و یا ناشنوا دچار شوک و ناباوری شود و احساس خشم و پرخاشگری کند. اولین شخصی که به‌طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند مادر است. مادر وقتی با فرزند با نیازهای ویژه خود روبرو می‌شود به علت نگهداری دائم و نیاز به فراهم کردن شرایط ویژه رشد این کودکان و روبرویی با استرس‌هایی از جمله رفتارهای قالبی، مشکلات زبانی، قشقرق و نداشتن مهارت مراقبت از خود، دچار ضعف در کارکرد طبیعی خود می‌شود. به همین خاطر است که میانگین اختلالات روانی در مادران فرزندان با نیازهای ویژه بالاتر از مادران دارای کودک عادی است. تولد چنین کودکی موجبات احساس گناه و تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از غیر عادی بودن کودک را در مادر ایجاد می‌کند که طبیعتاً غم و اندوه و افسردگی را به دنبال دارد. در مجموع، این شرایط می‌تواند سبب گوشه‌گیری و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط و هم‌چنین پایین آمدن عزت نفس و احساس خود کم‌بینی و بی‌ارزشی در مادر شود که پیامد عزت نفس پایین، بروز افسردگی در مادران دارای کودک با نیازهای ویژه و به خطر افتادن سلامت روانی آنها است (نریمانی و همکاران، ۱۳۸۶).

کودک با نیازهای ویژه^۱، کودکی است که در یک یا برخی از قسمت‌های بدن دچار اختلال کارکرد است. اگر چه تعاریف مختلفی از این کودکان وجود دارد، اما سازمان بهداشت جهانی معلولیت را به عنوان هر نوع محدودیت یا از دست دادن توانایی انجام فعالیت در محدوده طبیعی تعریف می‌کند که می‌تواند فیزیکی، حسی یا هوشی باشد (مپسی، ۲۰۰۶).

مطالعات متعددی در مورد خانواده‌های کودکان با نیازهای ویژه انجام شده است (کوهستانی و

1. child with special needs

میرزمانی، ۱۳۸۵؛ نریمانی و همکاران، ۱۳۸۶؛ اکر و توزون، ۲۰۰۴؛ الیک، لارسون و اسمج، ۲۰۰۶؛ استراندووا، ۲۰۰۶) که نشان می‌دهند مادران این کودکان به‌طور معنی‌داری واکنش‌های استرس را نشان داده و کیفیت زندگی^۱ پایینی را گزارش می‌کنند (کوهسالی و همکاران، ۱۳۸۷).

در زندگی اجتماعی امروز، فشار روانی امری اجتناب‌ناپذیر است. انسان در سراسر زندگی خود در معرض انواع فشارهای روانی قرار دارد. اگر چه فشار و تنش معمولاً در زندگی هر کسی می‌تواند وجود داشته باشد، اما وقتی این فشار شدید باشد و یا برای مدت طولانی ادامه یابد، می‌تواند به سلامت افراد آسیب جدی وارد سازد. فشار روانی حاصل از مشکلات داشتن کودک با نیازهای ویژه باعث تشدید مشکلات خانوادگی می‌شود و افراد خانواده برای سازگاری با مشکل جدید الگوهای رفتاری تازه‌ای را انتخاب می‌کنند (کوهستانی و میر زمانی، ۱۳۸۵). با اولین علامت در کودک با نیازهای ویژه معمولاً بحران‌ها آغاز می‌شوند. برای بیشتر والدین این موضوع بسیار سخت و تجربه‌ای تکان دهنده است. در اغلب موارد، واکنش‌های اولیه والدین ممکن است منفی باشد و شبیه به کسانی باشد که تجربه سوگ دارند (هیمن، ۲۰۰۲). علاوه بر این، به دلیل مشکلاتی که کودکان با نیازهای ویژه با آنها مواجه هستند و محدودیت‌هایی که ناخواسته برای والدین خود خصوصاً برای مادران به وجود می‌آورند، چنین کودکانی اغلب باعث کاهش کیفیت زندگی والدین خود می‌شوند (تونگا و دوگر، ۲۰۰۸). تلاش برای کمک به کودک با نیازهای ویژه در خانواده باعث می‌شود که نیازهای فرزندان دیگر مورد غفلت قرار گیرد و در نتیجه کیفیت زندگی کل خانواده کاهش یابد (روریچ، ۲۰۰۸). انسان تلاش می‌کند که دلیلی برای رنج و درد خود بیابد، یافتن معنا و هدف، خواسته اساسی انسان است و نیروی محرکه زندگی است که درد و رنج او را تسکین می‌دهد و برای وی بهزیستی معنوی به ارمغان می‌آورد (کانگ و همکاران، ۲۰۰۹).

زندگی معنادار^۲ و جایگاه و اهمیت آن برای برخوردار بودن از یک زندگی خوب و شاد، امری انکارناپذیر و غیر قابل کتمان است. وجود و احساس معنا در زندگی مانند کلیدی است که می‌تواند قفل و گره مشکلات زندگی را باز نمایی و باعث شود تا افراد کنش‌های مثبتی انجام دهند. به همین لحاظ اغلب زندگی معنادار را از عوامل مهم سلامت روان شناختی می‌دانند (به نقل از نصیری و جوکار، ۱۳۸۷).

معنای زندگی مفهومی چند وجهی است و به ارزش‌ها، اهداف مهم زندگی و معنویت اشاره دارد. طبق تحقیقات صورت گرفته (همانند کانگ و همکاران، ۲۰۰۹؛ برگر، ۲۰۰۷) انسان تمایل به کسب معنا دارد و نیازی اساسی در جهت جستجوی معنای زندگی و تحقق خویشتن در درون خود احساس می‌کند. معنای زندگی با هدف، رضایت و اهداف مثبت زندگی برابر دانسته شده است. معنا به عنوان احساس هدف و انسجام در زندگی فرد، آگاهی از ارزش‌ها، فناپذیر بودن و گرانبها بودن زندگی است. معنا یکی از متغیرهای مربوط به رشد است که باعث به وجود آمدن موقعیت‌هایی می‌شود که در آن شادی و رضایت رخ می‌دهد. بنابراین، معنا می‌تواند به شادی و رضایت همه جانبه مراجع کمک کند (لنت، ۲۰۰۴).

-
1. quality of life
 2. meaningful life

یالوم (۱۹۸۰ ، به نقل از جیم و همکاران، ۲۰۰۶) معتقد است که معنا عبارت از اعتقاد به هدفمندی دنیا که به نوبه خود، این اعتقاد از دین یا معنویت مشتق می‌شود. جیم و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند که بین فقدان معنا و اختلالات روانی رابطه وجود دارد. همچنین فقدان معنای زندگی رابطه‌ای مسقیم با افسردگی، اضطراب، افکار خودکشی و سوء استفاده جنسی دارد. داشتن معنا با لذت بردن از کار، رضایت از زندگی و شادی رابطه‌ای مثبت دارد.

مون و همکاران (۲۰۰۴) در تحقیقی در رابطه با نوجوانان سرطانی به این نتیجه رسیدند که بیماران در طول دوره بیماری از طریق کشف معنای زندگی می‌توانند بالاترین کیفیت زندگی ممکن را داشته باشند. در یک پژوهش جارسما، پول، رانکور و ساندرمن (۲۰۰۷) معنای زندگی را در بیماران هلندی مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که معنای زندگی با تجارب مثبت و بهزیستی روانی فرد ارتباطی معنی‌دار به‌همراه دارد. همچنین آنها دریافتند که بین معنای زندگی و احساس پریشانی روانی رابطه‌ای منفی وجود دارد. فلیر و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهشی رابطه بین معنای زندگی و بهزیستی را مورد بررسی قرار دهند. نتایج این پژوهش نشان داد، کسانی که زندگی خود را معنادار تصور می‌کنند بهزیستی روانی و عملکرد جسمانی بالاتری نسبت به افراد دیگر خواهند داشت. کانگ و همکاران (۲۰۰۹) به منظور اثربخشی معنادرمانی بر رنج، معناجویی و بهزیستی معنوی نوجوانان از یک نمونه در دسترس، شامل ۲۹ نوجوان مبتلا به سرطان علاج‌ناپذیر استفاده نمودند. نتایج این پژوهش نشان داد که بین گروه‌های کنترل و آزمایش از لحاظ دو متغیر مورد نظر تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که معنادرمانی در کاهش رنج و بهبود معنای زندگی موثر است و می‌تواند برای جلوگیری از پریشانی وجودی و بهبود کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گیرد.

فابری و همکاران (۲۰۰۳) رابطه بین معنای بیماری و سازگاری روانی را در اشخاصی که مبتلا به بیماری ایدز بودند مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که داشتن معنای با سطح بالای بهزیستی روانی و سطح پائین خلق افسرده ارتباط دارد. جیم و اندرسن (۲۰۰۷) در پژوهشی با عنوان معنای زندگی میانجی میان عملکرد جسمانی و اجتماعی و استرس‌زها در بازماندگان بیماری سرطان، نقش معنای زندگی را در عملکرد جسمانی و روابط اجتماعی بیماران سرطانی مورد مطالعه قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که معنای زندگی در عملکرد جسمانی و روابط اجتماعی و مقابله با استرس افراد بازمانده از بیماری سرطان نقش میانجی دارد و می‌تواند باعث بهبود این حوزه‌ها شود. در پژوهشی فخار و همکاران (۱۳۸۷) تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر سطح سلامت روان زنان سالمند را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که سلامت روانی کلی و ابعاد آن (شکایات جسمانی، اضطراب، فشار روانی و اختلال درکنش اجتماعی) در زنان سالمند گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است.

تعداد قابل توجهی از خانواده‌ها در جامعه ایران از اثرات منفی داشتن یک کودک با نیازهای ویژه و همچنین از بار مراقبتی بسیار زیاد، فشارهای روانی، اجتماعی و مالی ناشی از داشتن چنین کودکی رنج

می‌برند، که این عوامل می‌توانند ثبات خانوادگی را بر هم بزنند و باعث به هم ریختگی سازمان خانواده شوند. مادران با توجه به ساختار شخصیتی خود بیشتر احساس مسئولیت و یا گاهی احساس گناه می‌کنند و از آن جایی که نقش اساسی در حفظ تعادل روانی- اجتماعی خانواده بر عهده مادران است و ایجاد تنش و فشار در مادر بر سایر اعضا خانواده اثر می‌گذارد و با توجه به اینکه مادر نقش مهمی در سلامت روانی اعضای خانواده دارد، پرداختن به وضعیت مادران و بررسی در این زمینه اهمیت زیادی دارد (کوهسالی و همکاران، ۱۳۸۷). با توجه به این که داشتن معنا در زندگی نقش مهم و غیر قابل انکاری در افزایش سلامت روانی انسان و بهبود کیفیت زندگی و مقابله مؤثر با حوادث و رویدادهای زندگی دارد و از سوی دیگر با عنایت به این که والدین کودکان با نیازهای ویژه (بخصوص مادران) نیازمند دریافت خدمات مشاوره‌ای و روان درمانی جهت غلبه بر مشکلات خود می‌باشند، ضروری است که برنامه‌های آموزشی جهت بسط و گسترش معنا در زندگی افراد و معنادار نمودن زندگی آنان، در اختیار آنان قرار گیرد. بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین تاثیر آموزش کسب معنا بر حیطه‌های کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با نیاز ویژه است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران کودکان با نیازهای ویژه شهر برازجان بود که در سال تحصیلی ۱۳۹۰-۱۳۸۹ به تحصیل اشتغال داشتند. برای انتخاب نمونه از تمام مادرانی که فرزند آنها در مدارس استثنایی شهر برازجان مشغول به تحصیل بودند دعوت به عمل آمد. ۲۲۲ نفر از آنها جهت شرکت در مطالعه اعلام آمادگی کردند. از بین داوطلبان، کسانی که نمره آنها در پرسشنامه کیفیت زندگی یک انحراف معیار پایین تر از میانگین، بود ۴۰ نفر به‌طور تصادفی انتخاب و مجدداً به گونه‌ای تصادفی در دو گروه گمارش شدند. گروه آزمایش و کنترل نیز به‌طور تصادفی مشخص شدند.

ابزار سنجش

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱: این پرسشنامه در بیش از ۱۵ کشور جهان به صورت هم زمان طراحی و به زبان‌های مختلف ترجمه شده است. مفاهیم سؤالات در فرهنگ‌های متفاوت یکسان هستند. این مقیاس چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می‌سنجد (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال می‌باشند). دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. این پرسش نامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد و با استفاده از یک مقیاس لیکرتی بین صفر (اصلاً) تا پنج (خیلی زیاد) نمره گذاری می‌شود. امتیاز کل از ۲۶ تا ۱۳۰ می‌باشد

1. The Questionnaire of World Health Organization Quality of Life.

و نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر می‌باشد (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). این پژوهشگران جهت بررسی پایایی پرسشنامه در بعد همسانی درونی^۱ از مقادیر آلفای کرونباخ و در بعد آزمون مجدد از شاخص پایایی همبستگی درون خوشه‌ای استفاده کردند. مقادیر پایایی با شاخص همبستگی درون خوشه‌ای در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۷، در حیطه روانی ۰/۷۷، در حیطه روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت در حیطه سلامت محیط برابر با ۰/۸۴ بود. از طرفی شاخص‌های مربوط به روایی سازه نیز حاکی از روایی قابل قبول این ابزار در جمعیت ایرانی است. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۳، ۰/۵۴ و ۰/۷۸ به دست آمد.

جلسات مداخله

محتوای جلسه‌های پژوهش حاضر طی ۱۰ جلسه، هر جلسه ۹۰ دقیقه و به صورت یک جلسه در هر هفته روی گروه آزمایش اجرا شد. به‌طور خلاصه، موضوع‌های مورد بحث در جلسه‌های مداخله به شرح زیر بودند:

جلسه اول: آشنایی اعضا با محقق و بیان اصول و قواعد برگزاری جلسات آموزشی
 جلسه دوم: آشنایی با رویکرد معنادرمانی و مقایسه آن با رویکردهای روانکاوی و روانشناسی فردی
 جلسه سوم: توضیح مثلث غم‌انگیز زندگی و اضلاع آن، تشریح مثلث روان‌نژندی
 جلسه چهارم: کمک به اعضا گروه جهت شناخت و پذیرش ویژگی‌های خویش، اشاره به آزادی اراده به عنوان یکی از ابعاد هستی انسان
 جلسه پنجم: تشریح عوامل ایجادکننده اضطراب و راه‌های مقابله با آن، شناخت اضطراب وجودی
 جلسه ششم: توضیح مفهوم اضطراب پیش‌بین و آموزش تکنیک قصد متضاد و کاربردهای آن در زندگی روزمره
 جلسه هفتم: آموزش راه‌های کسب معنا، از طریق انجام کاری ارزشمند، غوطه‌ور شدن در زیبایی‌های هستی و تحمل درد و رنج
 جلسه هشتم: آموزش فنون تصحیح نگرش‌ها و فراخوانی و آشنایی با مفاهیم مسئولیت و مسئولیت‌پذیری
 جلسه نهم: آموزش مفهوم خود جدامانی به عنوان یکی از شیوه‌های حل مشکلات انسان‌ها و توضیح فن‌بازتاب زدایی
 جلسه دهم: مرور مفاهیم جلسات قبل و پاسخگویی به سؤالات اعضا شرکت‌کننده

یافته‌ها

جدول ۱ یافته‌های توصیفی مربوط به متغیر کیفیت زندگی و حیطه‌های آن را نشان می‌دهد.

1. internal consistency

جدول ۱
میانگین و انحراف معیار نمره‌های کیفیت زندگی و حیطه‌های آن در گروه‌های
آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	گروه	شاخص آماری	متغیرها			
			کیفیت زندگی (کل)	سلامت جسمانی	سلامت روانی	روابط اجتماعی
پیش‌آزمون	آزمایش	میانگین	۷۴/۷۵	۱۹/۹۰	۱۷/۱۰	۸/۹۵
	انحراف معیار	۱۰/۳۵	۳/۶۴	۳/۱۷	۱/۶۶	
	کنترل	میانگین	۷۵/۹۵	۲۱/۳۰	۱۷/۵۰	۸/۹۵
	انحراف معیار	۱۰/۰۸	۳/۷۷	۳/۸۸	۲/۴۸	
پس‌آزمون	آزمایش	میانگین	۹۱/۷۰	۲۷/۰۵	۲۳/۱۰	۱۰/۸۰
	انحراف معیار	۶/۰۸	۳/۲۸	۲/۵۱	۱/۶۷	
	کنترل	میانگین	۷۶/۶۰	۲۲/۰۰	۱۶/۷۰	۸/۶۵
	انحراف معیار	۱۰/۰۵	۳/۵۰	۲/۹۵	۲/۴۵	
پیگیری	آزمایش	میانگین	۸۹/۱۵	۲۵/۴۰	۲۲/۰۵	۱۰/۵۵
	انحراف معیار	۷/۹۸	۳/۵۰	۳/۱۱	۱/۴۶	
	کنترل	میانگین	۷۷/۹۵	۲۱/۴۰	۱۸/۲۵	۹/۱۵
	انحراف معیار	۱۰/۱۴	۳/۸۰	۳/۵۳	۲/۳۶	

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار نمره‌های گروه آزمایش در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب برابر ۷۴/۷۵ و ۱۰/۲۵، ۹۱/۷۰ و ۶/۰۸ و ۸۹/۱۵ و ۷/۹۸ است. این شاخص‌های آماری برای گروه کنترل به ترتیب برابر ۷۵/۹۵ و ۱۰/۰۸، ۷۶/۶۰ و ۱۰/۰۵ و ۷۷/۹۵ و ۱۰/۱۴ است.

برای بررسی پیش‌فرض‌های مانکوا، ابتدا همگنی شیب پیش‌آزمون‌ها با پس‌آزمون‌ها محاسبه شد. جدول ۲ همگنی شیب پیش‌آزمون‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط با پس‌آزمون سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را نشان می‌دهد. مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت جسمانی، بین پیش‌آزمون - پس‌آزمون سلامت روانی، بین پیش‌آزمون - پس‌آزمون روابط اجتماعی، و بین پیش‌آزمون - پس‌آزمون سلامت محیط در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. همچنین سطح معناداری گروه \times سلامت جسمانی \times سلامت روانی \times روابط اجتماعی \times سلامت محیط نشانگر آن است که شیب میان ترکیب خطی پیش‌آزمون‌ها با ترکیب خطی پس‌آزمون‌ها برای گروه آزمایش و گروه کنترل یکسان است. بر این اساس، مهمترین شرط تحلیل کواریانس یعنی یکسان بودن پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها برقرار است.

جدول ۲

همگنی شیب پیش آزمون‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط با پس آزمون سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط

متغیرها	نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معنی داری
گروه × پیش آزمون سلامت جسمانی	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۸۷۷	۰/۸۷۳	۴	۲۵	۰/۴۹۴
گروه × پیش آزمون سلامت روانی	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۸۹۵	۰/۷۳۵	۴	۲۵	۰/۵۷۷
گروه × پیش آزمون روابط اجتماعی	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۸۵۳	۱/۰۸	۴	۲۵	۰/۳۸۸
گروه × پیش آزمون سلامت محیط	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۷۸۳	۱/۸۲	۴	۲۵	۰/۱۷
گروه × سلامت جسمانی × سلامت روانی × روابط اجتماعی × سلامت محیط	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۷۹۱	۰/۷۷۷	۸	۵۰	۰/۶۲۵

جدول ۳

همگنی میان شیب ترکیب خطی پیش آزمون‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط با پس آزمون سلامت جسمانی، سلامت روانی،

روابط اجتماعی و سلامت محیط

منابع	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
گروه × سلامت جسمانی × سلامت روانی × روابط اجتماعی × سلامت محیط	سلامت جسمانی	۲۱/۶۱	۲	۱۰/۸۰	۱/۸۶	۰/۱۷
	سلامت روانی	۳/۲۲	۲	۱/۶۱	۰/۳۲	۰/۷۲
	روابط اجتماعی	۰/۶۴	۲	۰/۳۲	۰/۳۵	۰/۷۰
	سلامت محیط	۵/۷۵	۲	۱/۸۷	۰/۳۹	۰/۶۸

یافته‌های جدول ۳ نشانگر آن است که شیب میان ترکیب خطی پیش آزمون‌ها با پس آزمون‌های متغیر سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط تفاوتی نمی‌کند. بنابراین پیش فرض تحلیل کواریانس فراهم است.

در پژوهش حاضر جهت بررسی تفاوت بین نمره‌های گروه‌های آزمایش و کنترل، از حاذ چهار حیطه کیفیت زندگی از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج حاصل از این تحلیل در جداول ۴ و ۵ نشان داده شده است.

جدول ۴

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون حیطه‌های کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل، با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری (p)
اثر پیلائی	۰/۷۲۶	۲۰/۵۸۱	۴	۳۱	<۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۷۴	۲۰/۵۸۱	۴	۳۱	<۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۲/۶۵۶	۲۰/۵۸۱	۴	۳۱	<۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۲/۶۵۶	۲۰/۵۸۱	۴	۳۱	<۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۴، ملاحظه می‌شود که بین نمره‌های حیطه‌های کیفیت زندگی گروه آزمایش و گروه کنترل در سطح $p < 0/001$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که دست‌کم در یکی از متغیرهای وابسته (حیطه‌های کیفیت زندگی) بین دو گروه، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای پی‌بردن به این تفاوت، چهار تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آنها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون حیطه‌های کیفیت زندگی گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری (p)
سلامت جسمانی	۳۰۲/۷۲	۱	۳۰۲/۷۲	۳۶/۰۲	<۰/۰۰۱
سلامت روانی	۳۸۸/۹۸	۱	۳۸۸/۹۸	۶۰/۰۶	<۰/۰۰۱
سلامت روابط اجتماعی	۴۹/۳۴	۱	۴۹/۳۴	۵۷/۰۱	<۰/۰۰۱
سلامت محیط	۵/۱۷	۱	۵/۱۷	۰/۶۴	۰/۴۲۹

جدول ۵ نشان می‌دهد که بین دو گروه از نظر حیطه‌های سلامت جسمانی ($F=36/02$)، سلامت روانی ($F=60/06$) و سلامت روابط اجتماعی ($F=49/34$) تفاوت معنی‌داری در سطح $p < 0/001$ وجود دارد. اما، از نظر حیطه سلامت محیط بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($F=0/64$ و $p=0/429$).

برای بررسی اثر بخشی آموزش کسب معنا بر حیطه‌های کیفیت زندگی، در مرحله پیگیری از تحلیل کوواریانس چند متغیری، به منظور مقایسه گروه آزمایش و کنترل در حیطه‌های چهارگانه کیفیت زندگی

استفاده شد. نتایج نشان داد که بین مادران گروه آزمایش و مادران گروه کنترل در حیطه‌های سلامت جسمانی ($F=16/65$)، سلامت روانی ($F=14/15$)، و سلامت روابط اجتماعی ($F=12/33$) تفاوت معنی‌داری در سطح $p < 0/001$ وجود دارد. اما بر خلاف انتظار از نظر حیطه سلامت محیط بین دو گروه تفاوتی مشاهده نشد ($F=0/47$ $p=0/459$)

بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین تأثیر آموزش کسب معنا بر حیطه‌های کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با نیازهای ویژه بود. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که در مرحله پس‌آزمون و در مرحله پیگیری بین مادران گروه آزمایش و گروه کنترل از نظر حیطه‌های کیفیت زندگی: سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت روابط اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر نتایج نشان داد که آموزش کسب معنا باعث بهبود کیفیت زندگی در زمینه، سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت روابط اجتماعی مادران گروه آزمایش در مقایسه با مادران گروه کنترل شده است. نتایج حاصل از این بررسی با تحقیقات مون و همکاران (۲۰۰۴)، جارسما و همکاران (۲۰۰۷)، کانگ و همکاران، ۲۰۰۹؛ جیم، ۲۰۰۴؛ فلیر و همکاران، ۲۰۰۹؛ یالوم، ۱۹۸۰، به نقل از جیم و همکاران، ۲۰۰۶؛ جیم و اندرسن، ۲۰۰۷؛ فخار و همکاران، (۱۳۸۷) همخوانی و مطابقت دارد. همانطور که تونگا و دوگر (۲۰۰۸) بیان می‌کنند، به دلیل مشکلاتی که کودکان با نیازهای ویژه با آنها مواجه هستند و محدودیت‌هایی که ناخواسته برای والدین خود، به ویژه برای مادران به وجود می‌آوردند، چنین کودکانی اغلب باعث کاهش کیفیت زندگی والدین خود می‌شوند. مادران کودکان با نیازهای ویژه بهداشت روانی کمتری نسبت به سایر مادران دارند، آنها دارای احساسات منفی هستند، تعارضات زیادی را تحمل می‌کنند، مشکلاتی در زمینه سازگاری و انسجام خانواده دارند و در نهایت سطح کیفیت زندگی آنها تنزل می‌یابد (غنی‌زاده و همکاران، ۲۰۰۹). برسفیلد (۲۰۰۷) بر این عقیده است که هر چند پدران نیز تحت تأثیر کودکان با نیازهای ویژه قرار می‌گیرند، نوعاً مادران بیشتر با سختی‌های مراقبت از این کودکان مواجه‌اند و این امر منجر به ایجاد استرس و فشار روانی برای آنها خواهد شد. همچنین مادران در برابر این استرس‌ها به‌طور معمول آسیب‌پذیرترند، زیرا زنان نسبت به مردان افسردگی بیشتری تجربه می‌کنند. به همین دلیل رسیدگی به فرایند سازگاری مادران در زمینه تولد و رشد یک کودک با نیاز ویژه اهمیتی اساسی دارد. لوکاس و زوانگ هیرش (۲۰۰۲) معنا درمانی را یک نظام فلسفی روان‌شناختی می‌دانند که به افراد کمک می‌کند تا به رغم سوگ یا ناامیدی بر از دست رفته‌ها تمرکز نکنند بلکه در جستجوی معنا باشند. در نتیجه زندگی از نگاه معنا درمانی تحت هر شرایطی معنا دار است.

شولای (۲۰۰۲) بر این باور است که آموزش معنا با چهار پیام به انسان‌ها، در جهت معنایابی کمک می‌کند: (۱) ما معنوی هستیم؛ قدرت مبارزه جویی روح انسان در این جا فعال شده و بر موقعیت جاری زندگی غلبه می‌کند تا تغییر مطلوبی که شفافبخش و زندگی بخش است را ایجاد نماید. پیام آموزش کسب

معنا این است که ما معنوی هستیم، کافی است آن چه را در ما آرمیده، فرا بخوانیم، (۲) ما منحصر به فردیم؛ همیشه موقعیت‌ها و فرصت‌هایی هست که یکتایی خود را تجربه کنیم. در روابط بین فردی، در خلاقیت و امثال آن. شاید تصویری که کشیده‌ایم شاهکار نباشد ولی بالاخره ما آن را کشیده‌ایم، (۳) ما خوداستعلایی را تمرین می‌کنیم؛ از رهگذر متعالی کردن محدودیت‌های پیشین، تقلایی به سوی هدف ارزشمند و تعامل با سایر موجودهای انسانی را آغاز می‌کنیم و از این طریق معنای زندگی را تحقق می‌بخشیم و (۴) ما می‌توانیم نگرش خود را تغییر دهیم؛ هنگامی که با رنج بردن گریزناپذیر مواجه می‌شویم و قادر به تغییر دادن موقعیت نیستیم قادریم زاویه‌ی دید خود را تغییر دهیم. ما در اتخاذ موضع نسبت به موقعیت تغییرناپذیر آزادیم یعنی شجاعانه طرز تلقی و برخورد خود با موقعیت را بر موقعیت تحمیل می‌کنیم. هنگامی که افراد با رنج اجتناب‌ناپذیر، گناه یا مرگ روبرو شوند، با چیزی غیرقابل تغییر مواجه می‌شوند. نحوه واکنش آنان به چنین موقعیت‌هایی، کیفیت زندگی آنان را تعیین خواهد کرد. نحوه تفسیر موقعیت‌ها توسط نگرش‌های فرد هدایت می‌گردد. نگرش‌ها همانند فیلتری برای اطلاعات ورودی عمل می‌کنند. این نگرش‌ها تا حدودی شبیه به شعارها یا تمثیل‌های زندگی عمل می‌کنند: "من به آخر خط رسیده‌ام، من گیر افتاده‌ام، من بر سر دو راهی قرار گرفته‌ام، دنیا را روی دوشم حمل می‌کنم، من به بن بست رسیده‌ام و..." تمام این گفته‌ها مقصودی منفی را در بردارند چرا که نیاز به یک تغییر و اصلاح نگرش را به نمایش می‌گذارند. در صورتی که رفتار افراد نیز با گفته‌های منفی آنها مطابقت داشته باشد، آنان درکی بسیار منفی از زندگی خواهند داشت. این ادراک منفی مانع از برخورد سازنده آنان با رنج کشیدن اجتناب‌ناپذیر می‌شود. یک نگرش ناسالم همواره با ناعالی، نفی، کناره‌گیری و اغلب با ناامیدی، رکود و بی‌تفاوتی ارتباط دارد. هنگامی که افراد از این جملات و تمثیل‌های منفی استفاده می‌کنند، به احتمال زیاد آنان توجه بیش از حدی نیز به موقعیت دشوارشان می‌نمایند و این مسئله وضع را بدتر می‌کند. داشتن یک نگرش مثبت به این معنی نیست که زندگی آسان یا عادلانه است، بلکه این ادراکی سالم و درست از زندگی است که موجب شکرگزاری، مسئولیت‌پذیری و اعمال قهرمانانه می‌شود. مصائب و بلاهای بسیاری در جهان وجود دارد، اما مردمی که به چنین بلاهایی گرفتار می‌آیند می‌توانند ذهنشان را چنان عادت دهند تا حتی در چنین موقعیت‌هایی به جستجوی امکانات، گزینه‌ها و راه‌های گشایش در امور بپردازند. چنین افرادی از خود سوالات قدرت بخشی نظیر سوالات زیر می‌پرسند:

- برای من چه باقی مانده است که می‌توانم آن را مورد استفاده قرار دهم؟

- چه چیز امکان‌پذیر است؟

- به چه چیز می‌توان امید بست؟

- من چگونه می‌توانم این موقعیت را پشت سرگذارم؟

- چگونه می‌توانم به دیگران در موقعیتی مشابه یاری کنم؟

- بعد چه باید کرد؟

الیزابت بوکاس هدف این مرحله را این گونه توضیح می‌دهد: هر تعدیل نگرشی در بردارنده یک نگرش قوی‌تر، بهبود یافته‌تر، از نظر اخلاقی با ارزش‌تر و مفیدتر می‌باشد. مهم است که افراد از نقطه‌ای که خود را به عنوان یک قربانی می‌بینند به سوی نقطه‌ای که خود را دارای کنترل در نظر می‌گیرند حرکت نمایند (لوکاس، به نقل از اندرسن، ۲۰۰۷).

همانطور که یافته‌ها نشان داد بین نمره‌های حیطه سلامت محیط آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که آموزش کسب معنا تأثیری در بهبود حیطه سلامت محیط در مادران گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل نداشته است. ضروری است جهت تبیین این یافته در پژوهش حاضر، اشاره‌ای مختصر راجع به رویکردهای رایج نسبت به کیفیت زندگی شود. مطابق نظر فاهیه (۲۰۰۴)، به نقل از باجلان و عظیمی، (۱۳۸۸) یکی از رویکردهای مهم در ارتباط با کیفیت زندگی، رویکردی است که کیفیت زندگی را با توجه به شاخص‌های عینی و ذهنی مورد توجه قرار می‌دهد. ابعاد عینی شامل مواردی مانند شغل مناسب، درآمد، مسکن، آموزش (دسترسی به فرصت‌ها و پرورش قابلیت‌ها)، بهداشت و درمان، کیفیت محیط زندگی، خدمات، امنیت و محیط زیست است. متغیرهای عینی متغیرهایی هستند که اندازه‌گیری و سنجش آنها ساده‌تر و ملموس‌تر است و ادراک و تصور افراد راجع به وجود یا عدم وجود آنها تا اندازه‌ای یکسان است. کیفیت زندگی ذهنی عبارت است از تصور و برداشت فرد نسبت به سعادت و خوشبختی خود و از فردی به فرد دیگر می‌تواند متفاوت باشد. از طرف دیگر ابعاد ذهنی کیفیت زندگی شامل بهزیستی، رضایت از زندگی، شادکامی و معنای زندگی است که در این رابطه مولفه معنای زندگی عمیق‌ترین لایه کیفیت زندگی ذهنی را تشکیل می‌دهد. فرد در ایجاد ابعاد عینی کیفیت زندگی شاید نقش چندانی نداشته باشد و این بعد بیشتر بستگی به امکانات جامعه و شرایط محیطی دارد و این امکانات می‌تواند برای هر دو گروه مادران یکسان باشد. به علاوه با توجه به سوالات خرده مقیاس سلامت محیط (که بر کیفیت زندگی عینی تأکید دارد) می‌توان چنین استنباط کرد که عواملی مانند داشتن امنیت، پول کافی، سلامت محیط، دسترسی به اطلاعات و خدمات بهداشتی (که در زمره بعد عینی کیفیت زندگی قرار دارند) کمتر به برداشت‌ها و تصورات فرد بستگی دارند، بنابراین نمی‌توانند تحت تأثیر مداخلاتی قرار گیرند که هدفشان تغییر نگرش افراد است، به عبارت دیگر آموزش کسب معنا بر روی نگرش‌های فرد تأثیر دارد، ولی در خصوص سلامت محیط، که مربوط به عوامل بیرون از فرد است، تأثیری ندارد. بنابراین دور از انتظار نیست که آموزش معنا بر این حیطه از کیفیت زندگی تأثیری نداشته است.

نتیجه‌گیری

فشار روانی ناشی از داشتن کودک با نیازهای ویژه باعث تشدید مشکلات خانوادگی می‌شود. با اولین علامت در کودک با نیازهای ویژه معمولاً بحران‌ها آغاز می‌شود. برای مادران این موضوع بسیار سخت و تجربه‌ای تکان دهنده است و مادر به علت نگهداری دائم و نیاز به فراهم کردن شرایط ویژه رشد این

کودکان و رویارویی با استرس‌هایی از جمله رفتارهای قالبی، مشکلات زبانی و نداشتن مهارت مراقبت از خود، دچار ضعف در کارکرد طبیعی خود می‌شود. به علاوه، احساس گناه و تقصیر ناشی از تولد چنین کودکی، طبیعتاً در مادر غم، اندوه و افسردگی ایجاد می‌کند. در مجموع این شرایط علاوه بر این که کیفیت زندگی مادر را تحت تاثیر قرار می‌دهد، سبب گوشه‌گیری و عدم علاقه به برقراری ارتباط با دیگران و همچنین پایین آمدن عزت نفس، احساس خود کم بینی و بی ارزشی در مادر می‌شود. در چنین شرایطی وجود معنا در زندگی موجب می‌شود که مادر مشکلات و محدودیت‌های کودک با نیاز ویژه را به خوبی تحمل نماید. معنا به عنوان احساس هدف و انسجام در زندگی، آگاهی از ارزش‌ها، فناپذیر بودن و گرانبها بودن زندگی رنج مادر را تسکین می‌دهد و برای وی بهزیستی معنوی به ارمغان می‌آورد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این نکته اشاره کرد که جامعه آماری پژوهش گروه خاصی از جامعه، یعنی مادران کودکان با نیازهای ویژه شهر برازجان بود، لذا تعمیم نتایج به کل جامعه باید با احتیاط صورت گیرد. با توجه به سطح پایین کیفیت زندگی مادران با نیازهای ویژه پیشنهاد می‌شود که مسئولان امور استثنایی کشور، به این روش آموزشی به منظور کاهش از بار عاطفی خانواده، به ویژه مادران توجه خاصی مبذول دارند.

منابع

- باجلان، علی و عظیمی، لیلا. (۱۳۸۸). مطالعات کیفیت زندگی. اراک: انتشارات نویسنده.
- فخار، فرشاد، نوابی نژاد، شکوه و فروغان، مهشید (۱۳۸۷). تاثیر مشاوره با رویکرد معنادرمانی بر سطح سلامت روان زنان سالمند. مجله سالمندی ایران، شماره ۷، ۶۷-۵۷.
- کوهسالی، معصومه، میرزمانی، محمود، کریملو، مسعود و میرزمانی، منیره سادات (۱۳۸۷). مقایسه سازگاری اجتماعی مادران با فرزند دختر عقب‌مانده ذهنی آموزش پذیر. مجله علوم رفتاری، شماره ۲، ۱۶۵-۱۷۲.
- کوهستانی، معصومه و میر زمانی، محمود. (۱۳۸۵). نشانه‌های اختلال فشار روانی پس از سانحه در مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر و مادران کودکان عادی. دو فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری، شماره ۲ و ۱، ۴۶-۵۱.
- نجات، سحرناز، منتظری، علی، هلاکوئی نائینی، کورش، محمد، کاظم و مجدزاده، رضا. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی (WHOQOL-BREF). مجله بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، شماره ۴، ۱۲-۱.

نریمانی، محمد، آقا محمدیان، حمید رضا و رجبی، سوران. (۱۳۸۶). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی. فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره ۳۴ و ۳۳، ۲۴-۱۵.

نصیری، حبیب‌الله و جوکار، بهرام. (۱۳۸۷). معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت‌روان در زنان (گروهی از زنان شاغل فرهنگی). پژوهش زنان، شماره ۲، ۱۵۷-۱۷۶.

References

- Allik, H., Larsson J. O., & Smidge, H. (2006). Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger Syndrome or High-Functioning Autism. *Health Quality Life Outcomes*, 44, 105
- Andreason, A. (2007). Logo therapy and spirituality, a course in Victor Frankls Logotherapy. Available at <http://www.workshapers.Org.uk>. Retrieved 8/3/2007
- Brasfield, C. D. (2007). An exploration of the stressors, coping resources, and resiliency of rural mothers of children with special needs. *Degree of Doctor of philosophy in Counseling Psychology of Education*, Georgia State University.
- Burger, D. H. (2007). The applicability of logotherapy as an organization development intervention. Thesis submitted in the fulfillment of the requirements of the degree doctor in industrial psychology. University Of Johannesburg.
- Eker, L., & Tüzün, E. H. (2004). An evaluation of quality of life of mothers of children with cerebral palsy. *Disable Rehabil*, 26(23), 1354-9.
- Farber, W. E., Mirsalimi, H., Karen, H. A., & Mcdaniel, J. S. (2003). Meaning of illness and psychological adjustment to HIV/AIDS. *Psychosomatics*, 44(6), 485-491.
- Fleer, J. Hoekstra, H. J., Sleijfer, D. T., Tuinma, M. A., & Weebers, J. E. (2006). The role of meaning in the prediction of psychosocial well-being of testicular cancer survivors. *Quality of Life Research*, 5, 705-717.
- Ghanizadeh, A, Alishahi, M. J., & Ashkani, H. (2009). Helping families for caring children with autistic spectrum disorders. *Arch Iranian Med*, 12, 478-482

- Heiman, T. (2002). Parents of children with disabilities: Resilience, coping, and future expectations. *Journal of Development and Physical Disabilities*, 14, 159-171.
- Jaarsma, T. A. , Pool, G., Ranchor, A. V., & Sanderman, R. (2007). The concept and measurement of meaning in life in Dutch cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16, 241-248.
- Jim, H. S., & Andersen, B. L. (2007). Meaning in life mediates the relationship between physical and social functioning and distress in cancer survivors. *British Journal of Health Psychology*, 12, 363–381.
- Jim, H. S., Purnell, J. Q. , Richardson, S. A. , Deanna Golden-Kreutz, D., & Andersen, B. L. (2006). Measuring meaning in life following cancer. *Quality of Life Research*, 15, 1355–1371.
- Jim, L. (2004). Meaning in life mediates the relationships between physical and social functioning and distress in cancer survivors. *Degree of Doctor of Philosophy*, Ohio State University.
- Kang, K. A. , Im, J. I. , Kim, H. S. , Kim, S. J. , Song, M. K. , & Sim, S. (2009). The effect of logo therapy on the suffering, finding meaning, and spiritual well-being of terminal cancer. *Korean Acad Child Health Nurs*, 15, 136-144.
- Lent, R. W. (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 482–509.
- Lukas, E., & Zwang Hirsh, B. (2002). Logo therapy. In F. W. Kaslow(ed.), *Comprehensive Hnd Book of Psychotherapy*. Nov.3. pages 333-356. NY: John Wiley of Sons.
- Mapsea, A. J. (2006). Teachers' views on providing for children with special needs in inclusive classroom. A thesis submitted in partial fulfillment requirements for the Degree of Master of Special Education. University of Waikato.
- Moon, Y. L., Hwang, A. R., Choi, H. S., Park, H. R., Moon, D. H., & Kim, S. J. (2004). *Hospice care for children*. Seoul: Kunja Publishing Co.
- Rorich, V. J. M. (2008). Support to parents with learning disabilities. *Student Number*, 3211-128-2.
- Sjolie, T. (2002). Logo therapists view of Somatization Disorder and protocol. *The IFL*, 25910,24-30.
- Stranadova, I. (2006). Stress and resilience in families of children with specific learning disabilities. *Rev. Complut. Educ.*, 17, 35-50.

Tonga, E., & Duger, T. (2008). Factors affecting low back pain in mothers who have disabled children. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 21, 219-226.