

# اثربخشی گشتالت‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی

علی شیخ‌الاسلامی<sup>۱</sup> - حسین قمری‌کیوی<sup>۲</sup> - مسعود مرادی<sup>۳</sup> - سیرا محمدی<sup>۴</sup>

## چکیده

تاریخ دریافت: ۹۳/۸/۷ - تاریخ پذیرش: ۹۴/۱/۲۲

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گشتالت‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بود. روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش را کلیه‌ی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی مراکز تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر اردبیل در ۹۴-۱۳۹۳ تشکیل می‌دادند. برای انتخاب نمونه با توجه به محدودیت‌های موجود در عمل نمونه‌گیری، ابتدا از میان این مراکز یک مرکز بصورت در دسترس انتخاب شده و سپس از میان مادران کودکان این مرکز با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، ۳۰ مادر انتخاب گردیده و در نهایت به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، گشتالت‌درمانی گروهی را طی ۱۰ جلسه دریافت نمودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی ریف و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. داده‌ها از طریق آزمون آماری کواریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی گشتالت‌درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی مورد تأیید قرار گرفته است و مادران گروه آزمایش نسبت به مادران گروه کنترل در پس‌آزمون به طور معناداری، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیشتری داشتند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که گشتالت‌درمانی گروهی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی تأثیر معناداری

۱. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی (نویسنده مسئول: a\_sheikholslamy@yahoo.com)

۲. دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی.

۳. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی.

۴. کارشناس ارشد مشاوره توابعشی، دانشگاه محقق اردبیلی.

دارد.

واژه‌های کلیدواژه‌ها: گشتالت‌درمانی، بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی

## مقدمه

طبیعی‌ترین گروه انسانی خانواده است. وظیفه‌ی خانواد مراقبت از فرزندان و تربیت آن‌ها، برقراری ارتباط سالم اعضاء با یکدیگر و کمک به استقلال کودکان است، حتی اگر کودک کم‌توان ذهنی باشد<sup>۱</sup> (علیزاده، ۱۳۸۱). وجود کودک کم‌توان ذهنی می‌تواند اثرات نامطلوبی بروضعیت بهداشت روانی خانواده داشته باشد. پدر و مادر ممکن است از داشتن چنین فرزندی به شدت رنج ببرند و دچار حالاتی چون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس و خجالت شوند (مهرابی‌زاده، نجاریان و مسعودی، ۱۳۸۰). کم‌توانی ذهنی، نوعی ناتوانی است که مشخصه‌ی اصلی آن، محدودیت‌های قابل‌ملاحظه و معنادار در کارکرد هوشی و رفتار انطباقی می‌باشد که خود را در مهارت‌های مفهومی، اجتماعی و انطباقی-عملکردی نشان می‌دهد (لوکاسون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). خانواده‌ها از فشارهای روانی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از داشتن چنین کودکی رنج می‌برند که این عوامل باعث می‌شوند پدر و مادر تحت تنش‌های جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی قرار گیرند به حدی که روند طبیعی زندگی خود را از دست داده و می‌تواند باعث فروپاشی خانواده شود (امرسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳).

مدیریت یک کودک با کم‌توانی ذهنی، نباید تنها متمرکز بر کودک و مشکلاتش باشد، بلکه باید خانواده وی را هم که برای کودک بهترین منبع حمایتی است در نظر گرفت (آلو، ایوی و لاکومب<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). در چنین موقعیتی گرچه همه اعضاء خانواده صدمه می‌بینند (هرینگ، گرای، تافه، تونگ، اسوینی و اینفیلد<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶) ولی مادران به دلیل

1. intellectually disable

2. Luckasson, R.

3. Emerson, E.

4. Alao, M. J., Ayivi, B. & Lacombe, D.

5. Herring, S., Gray, K., Taffe, J., Tonge, B., Sweeney, D. & Einfeld, S.

داشتن نقش سنتی مراقبت، مسئولیت های بیشتری را در قبال فرزند کم توان ذهنی خود احساس می کنند و به عهده می گیرند که با تنش ها و مشکلات روانی بیشتری مواجه می شوند (مک کانکی، تروسدال کندی، چانگ، جاره و شاکری<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). مادران علاوه بر تحمل مشکلات ناشی از مراقبت از کودک کم توان ذهنی، باید با مشکلات مربوط به هزینه های بالای اقتصادی، کاهش روابط اجتماعی با آشنایان و بستگان، احساس گناه از به دنیا آوردن فرزندی مشکل دار و نگرش های منفی اطرافیان نیز کنار بیایند که این موارد می توانند منجر به افسردگی آنان شده (سینگر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶؛ به نقل از برزنجعه عطری، عبداللهی، ارشدی پستان آباد و اصغری جعفرآبادی، ۱۳۹۳) و در نتیجه پایین آمدن بهزیستی<sup>۳</sup> روان شناختی و کیفیت زندگی<sup>۴</sup> آنان گردد.

بهزیستی روان شناختی ارزیابی عاطفی و شناختی فرد از زندگی است و تجربه ی عواطف خوشایند، سطوح پایین خلق منفی و رضایت از زندگی بالا را در نظر می گیرد (کلارک و گوسن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). بهزیستی روان شناختی به معنی احساسات مثبت و رضایت مندی عمومی از زندگی خود و دیگران، در حوزه های مختلف مانند خانواده، تحصیل و شغل است و دارای دو بعد شناختی و هیجانی است. بعد شناختی رضایت مندی فرد از زندگی و ارزیابی فرد از جنبه های مختلف و بعد هیجانی به حضور نسبی عواطف مثبت و عدم حضور هیجان منفی اشاره دارد (دینر، اویشی و لوکاس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳). در تلاش برای ارزیابی بهتر بهزیستی روان شناختی، ریف یک مدل چند بعدی را ارائه داد که بیان گر نظریه ی بهزیستی روان شناختی است. این مدل با الهام از نظریه های مختلف رشد فردی مانند نظریه ی خود شکوفایی مزلو و شخص کامل راجرز و عملکرد سازگارانه مانند نظریه ی سلامت روانی مثبت جاهدودا شکل گرفته و گسترش یافته است

1. McConkey, R., Truesdale-Kennedy, M., Chang, M., Jarrah, S., Shukri, R.

2. Singer, G. H.

3. psychological well-being

4. quality of life

5. Clarke, D. & Goosen, T.

6. Diener, E., Oshi, S. & Lucase, R. E.

که شامل ۶ بعد استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، داشتن هدف در زندگی، روابط مثبت با دیگران و خویشتن‌داری می‌باشد (کامپتون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱).

کیفیت زندگی، به شکل آشکار یا پنهان نقطه‌ی مقابل کمیت است و نشان‌دهنده‌ی سال‌هایی از عمر است که ممکن است عالی و رضایت‌بخش باشد. در واقع، کیفیت زندگی مفهومی پویا است. در تعریف‌های گوناگون درباره‌ی کیفیت زندگی، جنبه‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی دیده می‌شوند. به گونه‌ای که در اندازه‌گیری کیفیت زندگی ابعادی مانند سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، سلامت محیط در نظر گرفته می‌شود (فریش<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). پژوهشگران در پژوهش خود روی کیفیت زندگی نشان داده‌اند که مادران دارای فرزند عادی نسبت به مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی شرایط مطلوب‌تری دارند (کلینگ، سلتزرورریف<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷). همچنین اغلب پژوهش‌های صورت گرفته نیز نشان داده‌اند که نمره‌ی کیفیت زندگی والدین کودکان کم‌توان ذهنی در حوزه‌های جسمانی، روانی و ارتباطات اجتماعی پایین است (مگنو، روتا، جنیتوری و مزون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷).

تحقیقات بوردن، شالتز، هرمن و بروکز<sup>۵</sup> (۲۰۱۰) نشان داد که مداخله‌ی گروهی می‌تواند سبب تحکیم روابط والدین و فرزندان بشود و خطرات پیشرفت مشکلات رفتاری و نتایج منفی در زندگی را کاهش می‌دهد. افزون بر این نشست گروهی تعامل والدین با فرزندان را افزایش می‌دهد و باعث می‌شود که روابط خانوادگی بین آنان افزایش یابد. از جمله‌ی این مداخله‌ها و برنامه‌ها انجام طرح گشتالت‌درمانی گروهی<sup>۶</sup> است. گشتالت‌درمانی گروهی، روش فوق‌العاده هیجان‌انگیزی برای درمان است. در گروه امکان بازخورد دادن اعضا وجود دارد و شرایطی در کار گروهی حاکم است که از نظر تبادلات، کاملاً متفاوت از

1. Compton

2. Frish, M. B.

3. Kling, K. C., Seltzer, M. M., & Ryff, C. D.

4. Mugno, D., Ruta, L., Genitori, V. & Mazzone, L.

5. Borden, L. A., Schultz, T. R., Herman, K. C. & Brooks, C. M.

6. gestalt group therapy

تبادلات میان درمان‌گر و مراجع در مشاوره‌ی فردی است.

در نظریه‌ی گشتالت، بر نقش آگاهی فرد از خود و محیط اطرافش از طریق احساسات بدنی و کشف هیجان‌ها تأکید می‌شود. در این نظریه، تماس با خود و دیگران و آگاهی از خود و دیگران در زمان حال مهم‌تر از گذشته یا آینده است (شارف<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹، ترجمه‌ی فیروزبخت، ۱۳۹۳). گشتالت‌درمانی به علت پافشاری بر مسئولیت‌پذیری افراد، عمل‌گرا بودن آنان در جریان‌های زندگی، استفاده از فنون برون‌ریزی احساسات در کار با گروه‌ها، تشویق به جستجوی حمایت درونی به جای حمایت بیرونی و خودمختاری فردی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است (برونل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). گشتالت‌درمانی به انسان کمک می‌کند اکنون را عمیقاً تجربه کند و از افکار و احساسات و اعمالش آگاهی یابد (کوری<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵، ترجمه‌ی سیدمحمدی، ۱۳۸۷).

مطالعات چندی روی اثربخشی مداخلات و تکنیک‌های برگرفته از گشتالت‌درمانی صورت گرفته است. برای مثال صادقی، قادری و جاهدی (۱۳۹۰) در پژوهشی تحت عنوان «اثربخشی گشتالت‌درمانی و شناخت‌درمانی بر بهبود کیفیت زندگی جانبازان»، به این نتیجه رسیدند که اجرای مشاوره‌ی گروهی تلفیقی به شیوه گشتالت‌درمانی و شناخت‌درمانی بر بهبود و افزایش کیفیت زندگی جانبازان در ابعاد سلامت جسمی، سلامت روان، محیط زندگی و روابط اجتماعی مؤثر است. سعادت‌ی، یونسی، فروغان و لشنی (۱۳۹۲) در پژوهشی تحت عنوان «اثربخشی گشتالت‌درمانی بر شادکامی سالمندان»، به این نتیجه رسیدند که گشتالت‌درمانی در ارتقای عواطف مثبت و شادکامی سالمندان مفید است. قمری کیوی، سید برزگر سقزچی و نادرپیله‌رود (۱۳۹۲) در پژوهشی تحت عنوان «اثربخشی نشست گروهی بر کیفیت زندگی و بهبود روابط خانوادگی در کودکان دارای کم‌توان ذهنی»، به این نتیجه رسیدند که نشست گروهی بر

1. Sharf, R.

2. Brownell, P.

3. Corey, J.

روی کیفیت زندگی خانواده‌های دارای کودک کم‌توان ذهنی تأثیر مثبتی دارد و باعث افزایش کیفیت زندگی آنان می‌شود. برزنجبه عطری، عبداللهی، ارشدی بستان‌آباد و اصغری جعفرآبادی (۱۳۹۳) در پژوهشی تحت عنوان «تأثیر آموزش گروهی بر رفتار مراقبین از کودک کم‌توان ذهنی»، به این نتیجه رسیدند که آموزش گروهی به مراقبین از کودکان کم‌توان ذهنی ارتقاء رفتار مراقبتی آنان شده و نیز با دادن آگاهی‌های لازم به چنین خانواده‌هایی می‌توان آنان را ترغیب نمود تا در ارتقاء کیفیت زندگی خود و فرزندشان مشارکت داشته باشند. دانا<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) در پژوهشی تحت عنوان «درمان‌های جایگزین و مکمل»، به این نتیجه دست یافت که درمانگری‌های کامل و متناوب همانند گشتالت‌درمانی، افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد. دراگیک<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) در پژوهشی تحت عنوان «روان‌درمانی تجربی در گروه سالمندان»، به مطالعه گروه‌درمانی به عنوان مناسب‌ترین روش درمانی برای سالمندان دارای اختلالات اضطرابی و افسردگی نشان داد که سالمندانی که در گروه گشتالت‌درمانی شرکت داشتند نشانگان افسردگی و اضطراب آنان کاهش یافته و این روش را مناسب برای درمان نشانگان افسردگی و اضطرابی بیماران سالمند بستری در بخش‌های روانپزشکی می‌داند.

بنابراین، با توجه به این واقعیت که مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی در معرض تهدید بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی قرار دارند و از آنجایی که کاهش مشکلات این مادران می‌تواند به بهبود وضعیت روان‌شناختی و تعامل آن‌ها با این کودکان منجر شود، و با در نظر گرفتن این مورد که در ایران تاکنون اثربخشی گشتالت‌درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی انجام نگرفته است، پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی گشتالت‌درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی اجرا شد.

1. Dana, U.  
2. Draghic, R.

## روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی بوده و از لحاظ روش، نیمه آزمایشی می باشد که در آن از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. دیاگرام این طرح در ذیل ارائه شده است.

پس آزمون	متغیر مستقل	پیش آزمون	نحوه جایگزینی	گروه ها
T <sub>2</sub>	X	T <sub>1</sub>	R	آزمایش
T <sub>2</sub>	-	T <sub>1</sub>	R	کنترل

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری: جامعه ی آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه ی مادران دارای کودک کم توان ذهنی مراکز تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر اردبیل در سال ۹۴-۱۳۹۳ بود. برای انتخاب نمونه با توجه به محدودیت های موجود در عمل نمونه گیری، ابتدا از میان این مراکز یک مرکز بصورت در دسترس انتخاب شده و سپس از میان مادران کودکان این مرکز با روش نمونه گیری تصادفی ساده، ۳۰ مادر انتخاب گردیده و در نهایت به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. برای گردآوری داده ها از ابزارهای ذیل استفاده شد.

پرسشنامه ی بهزیستی روان شناختی ریف: ریف (۱۹۸۰) برای ارزیابی شش جنبه بهزیستی روان شناختی، ابزاری را طراحی کرد (ریف، ۱۹۹۵). فرم اصلی دارای ۱۲۰ سؤال می باشد ولی در بررسی های بعدی فرم ۸۴، ۵۴ و ۱۸ سؤالی نیز پیشنهاد گردید. ابعاد نظری سلامت روان شناختی مثبت در دیدگاه ریف شامل: روابط مثبت با دیگران، تسلط محیطی، رشد فردی، هدف زندگی، استقلال و پذیرش خود است. در فرم کوتاه ۱۸ سؤالی پرسشنامه ی بهزیستی روان شناختی ریف که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است، پاسخ به هر سؤال بر روی یک طیف ۶ درجه ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) مشخص می شود (ریف و سینگر، ۲۰۰۶). این پرسشنامه شامل شش بعد است (هر بعد ۳ سؤال). نمره بالا بیانگر بهزیستی روان شناختی بهتر می باشد (مرادی و طاهری، ۱۳۹۱). همبستگی فرم کوتاه پرسشنامه ی بهزیستی روان شناختی ریف (۱۸ سؤالی) با

مقیاس اصلی از ۰/۷ تا ۰/۸۹ در نوسان است (ریف و سینگر، ۲۰۰۶). در پژوهش سفیدی و فرزاد (۱۳۹۱) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ضریب پایایی کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۲ به دست آمد.

**پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی:** این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است. این پرسشنامه چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی را با ۲۴ ایتِم مورد سنجش قرار می‌دهد (هریک 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 سنجش قرار می‌دهند؛ بنابراین این پرسشنامه دارای ۲۶ ایتِم می‌باشد که به هر سؤال از ۱ تا ۵ نمره داده می‌شود. (نجات، منتظری، هلاکوئی نائینی، محمد و مجدزاده، ۱۳۸۵). در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌ها و کل مقیاس گزارش شده است (نصیری و رضویه، ۱۳۸۵). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در ایران در حیطه‌ی سلامت فیزیکی ۰/۷۷، در حیطه‌ی سلامت روانی ۰/۷۷، در حیطه‌ی روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در حیطه‌ی سلامت محیطی برابر ۰/۸۴ به دست آمده است و همسانی درونی حیطه‌های مختلف را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افراد سالم و بیمار بین ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ محاسبه کرده‌اند (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۸ به دست آمد.

**شیوه‌ی اجرا:** بعد از اخذ مجوز از سازمان بهزیستی و انتخاب نمونه، ابتدا پرسشنامه‌های بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی برای به دست آوردن نمره‌های پیش‌آزمون، قبل از اجرای جلسه‌های گروه‌درمانی، بر روی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و



کنترل به اجرا درآمد. سپس جلسات گروه درمانی براساس یک طرح از پیش تعیین شده به مدت ۱۰ جلسه بر روی شرکت کنندگان گروه آزمایش اجرا گردید ولی شرکت کنندگان گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکرده و به روال عادی خود ادامه دادند. پس از اتمام جلسات گروه درمانی، شرکت کنندگان هر دو گروه برای به دست آوردن نمره های پس آزمون توسط پرسشنامه های مذکور، مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. خلاصه جلسات گشتالت درمانی گروهی در جدول ذیل آمده است. لازم به ذکر است که محتوای جلسات گشتالت درمانی گروهی با استفاده از ترکیب اصول نظری و فنون درمانی موجود در گشتالت درمانی مطرح شده توسط کوری<sup>۱</sup> (۲۰۰۵)، ترجمه ی سید محمدی، (۱۳۸۷)، یونتف<sup>۲</sup> (۲۰۰۲)، شفیع آبادی و ناصری (۱۳۹۲) و پژوهش های مشابه انجام گرفته از قبیل داوودی (۱۳۹۲)، سعادت، یونسی، فروغان و لشنی (۱۳۹۲)، سودانی، نیکرو و حسین پور (۱۳۹۰)، طراحی شده است.

#### جدول ۱: خلاصه جلسات گشتالت درمانی گروهی

جلسه ی اول	آشنایی اعضای گروه با رهبر گروه و با همدیگر، بیان هدف برگزاری گروه درمانی و مواردی که باید در طول جلسات رعایت نمایند از جمله رازداری، عدم سرزنش و قضاوت، هدایت اعضاء برای بیان احساسات خود در زمان حال.
جلسه ی دوم	صحبت در مورد بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی و اصول گشتالت درمانی مانند امور ناتمام و زندگی در زمان حال و تأثیر آن بر زندگی از دیدگاه گشتالت درمانی. فن فکر-احساس: هدف این فن تمرکز بر تمایز فکر و احساس است. فن تمرکز کردن: هدف این فن رسیدن به آرامش روانی، جسمانی و عاطفی در زمان حال است.
جلسه ی سوم	فن اصل اکنون: هدف این فن شرح تجربه ی حاضر و به دست آوردن خود آگاهی بیشتر است. فن چهار سؤال جادویی برای پرداختن به نگرانی ها: هدف این فن آشکار سازی مساله ی پنهانی است که آشفتگی ایجاد می نماید.
جلسه ی چهارم	فن پذیرش مسئولیت انتخاب ها: هدف این فن بررسی انکار مسئولیت انتخاب ها، علائق، ترس ها و ضعف ها است.

جلسه‌ی پنجم	فن‌صندلی خالی: هدف این فن ایجاد فرصتی برای بیان ناگفته‌ها و پرداختن به مسائل متعارض درونی و ارتباطی و تحریک افکار و برانگیختن هیجانات در مراجع است.
جلسه‌ی ششم	فن مرور تجربه‌ی گذشته در شرایط حاضر: هدف این فن کمک به حل تعارضات حل‌نشده و کارهای ناتمام است. فن والدین/همسران: هدف این فن فراخوان رنجش و حل تعارض می‌باشد.
جلسه‌ی هفتم	فن گفتگوی موازی: هدف این فن وحدت بخشیدن به شخصیت اعضاء و آگاهی بیشتر از نیروهای متعارض است. فن‌صندلی داغ: هدف این فن مواجهه‌ی افراد گروه با مسائل و مقاومت‌های بین شخصی می‌باشد.
جلسه‌ی هشتم	فن رفت و برگشت میان این‌جا و آن‌جا (میان واقعیت و خیال): هدف این فن کشف آنچه در حال حاضر جای آن خالی است با خیال کردن موقعیتی که فرد در آن احساس آرامش می‌کند و مقایسه‌ی آن با موقعیت اکنون می‌باشد.
جلسه‌ی نهم	فن تبدیل رویا به زندگی: هدف این فن آشکار کردن کارهای ناتمام است.
جلسه‌ی دهم	اختتام گروه: پایان دادن به گروه. بررسی فرآیند گروه از آغاز تا پایان، کاوش در احساسات اعضاء در مورد یکدیگر، ارزیابی اعضاء از میزان دستیابی به اهداف، اجرای پس‌آزمون، قدردانی و خداحافظی.

## یافته‌ها

جدول ۲: آماره‌های توصیفی بهزیستی روان‌شناختی مادران در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۴۱/۹۰	۵/۱۳
	کنترل	۱۵	۴۸/۸۰	۵/۴۳
پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۶۰/۴۷	۷/۳۵
	کنترل	۱۵	۴۴/۶۰	۶/۱۷

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار بهزیستی روان‌شناختی مادران گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۴۱/۹۰ و ۵/۱۳ و میانگین و انحراف معیار بهزیستی روان‌شناختی مادران گروه کنترل در مرحله‌ی

پیش آزمون به ترتیب برابر با ۴۸/۸۰ و ۵/۴۳ می باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار بهزیستی روان شناختی مادران گروه آزمایش در مرحله ی پس آزمون به ترتیب برابر با ۶۰/۴۷ و ۷/۳۵ و میانگین و انحراف معیار بهزیستی روان شناختی مادران گروه کنترل در مرحله ی پس آزمون به ترتیب برابر با ۴۴/۶۰ و ۶/۱۷ می باشد.

جدول ۳: آماره های توصیفی کیفیت زندگی مادران در پیش آزمون و پس آزمون

مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	آزمایش	۱۵	۵۰/۲۷	۴/۸۲
	کنترل	۱۵	۵۵/۵۳	۴/۹۸
پس آزمون	آزمایش	۱۵	۷۴	۷/۵۰
	کنترل	۱۵	۵۰/۹۳	۷/۱۸

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی مادران گروه آزمایش در مرحله ی پیش آزمون به ترتیب برابر با ۵۰/۲۷ و ۴/۸۲، میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی مادران گروه کنترل در مرحله ی پیش آزمون به ترتیب برابر با ۵۵/۵۳ و ۴/۹۸، همچنین میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی مادران گروه آزمایش در مرحله ی پس آزمون به ترتیب برابر با ۷۴ و ۷/۵۰، میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی مادران گروه کنترل در مرحله ی پس آزمون به ترتیب برابر با ۵۰/۹۳ و ۷/۱۸، می باشد.

برای آزمون فرضیه ها از روش تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. در تجزیه و تحلیل کواریانس رعایت بعضی مفروضه ها از قبیل همسانی ماتریس های واریانس-کواریانس و همگنی واریانس های خطا، الزامی است. در این پژوهش نیز ابتدا به بررسی این مفروضه ها پرداخته شد. نتایج آزمون باکس جهت بررسی مفروضه ی همسانی ماتریس های واریانس-کواریانس ( $F=1/50, P>0/05$ )، نتایج آزمون لوین جهت بررسی مفروضه ی همگنی واریانس های خطا برای متغیر بهزیستی روان شناختی ( $P>0/05$ )، و برای متغیر کیفیت زندگی ( $F=3/29, P>0/05$ )، همگی نشانگر برقرار

بودن این مفروضه‌ها بودند. بنابراین، از تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیره به منظور مقایسه‌ی میانگین نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مادران گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۴: تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیره برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مادران در پس‌آزمون

اندازه اثر	Sig	درجه‌ی آزادی خطا	درجه‌ی آزادی فرضیه	F	مقادیر	آزمون‌ها
۰/۷۵۵	۰/۰۰۰۱	۲۵	۲	۳۸/۵۲۱	۰/۷۵۵	اثر پیلایی
۰/۷۵۵	۰/۰۰۰۱	۲۵	۲	۳۸/۵۲۱	۰/۲۴۵	لامبدای ویلکز
۰/۷۵۵	۰/۰۰۰۱	۲۵	۲	۳۸/۵۲۱	۳/۰۸۲	اثر هتلینگ
۰/۷۵۵	۰/۰۰۰۱	۲۵	۲	۳۸/۵۲۱	۳/۰۸۲	بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتیجه‌ی تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیره حاکی از آن است که هر چهار آماره یعنی اثر پیلایی ( $F=۳۸/۵۲۱, P<۰/۰۵$ )، لامبدای ویلکز ( $F=۳۸/۵۲, P<۰/۰۵$ )، اثر هتلینگ ( $F=۳۸/۵۲, P<۰/۰۵$ ) و بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی ( $F=۳۸/۵۲, P<۰/۰۵$ )، معنادار می‌باشند. بدین ترتیب مشخص می‌گردد که ترکیب خطی متغیرهای وابسته پس از تعدیل تفاوت‌های اولیه، از متغیر مستقل تأثیر پذیرفته‌اند؛ به عبارت دیگر، نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان می‌دهد که روش مداخله (گشتالت‌درمانی گروهی) بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته مؤثر بوده است و تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد. بنابراین، با استفاده از تجزیه و تحلیل کواریانس تک‌متغیره به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته می‌شود تا معلوم گردد که تفاوت مشاهده شده در ترکیب خطی، مربوط به کجا است.

جدول ۵: تجزیه و تحلیل کواریانس برای مقایسه‌ی میانگین

نمره‌های بهزیستی روان شناختی مادران در پس آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	اندازه اثر
پیش آزمون	۹۷/۱۵۵	۱	۹۷/۱۵۵	۲/۱۴۱	۰/۱۵۵	۰/۰۷۶
گروه	۱۳۰۳/۳۳۰	۱	۱۳۰۳/۳۳۰	۲۸/۷۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲۵

با توجه به نتایج جدول ۵ ( $F=۲۸/۷۲۵, P<۰/۰۱$ )، پس از تعدیل نمره‌های پیش آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر تأثیر گشتالت درمانی گروهی بر افزایش بهزیستی روان شناختی مادران دارای کودک کم توان ذهنی و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان بهزیستی روان شناختی در پس آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۶: تجزیه و تحلیل کواریانس برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌های کیفیت زندگی مادران در پس آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	اندازه اثر
پیش آزمون	۳۲۲/۶۶۹	۱	۳۲۲/۶۶۹	۷/۱۲۱	۰/۰۱۳	۰/۲۱۵
گروه	۳۱۸۵/۰۹۳	۱	۳۱۸۵/۰۹۳	۷۰/۲۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۰

با توجه به نتایج جدول ۶ ( $F=۷۰/۲۹۲, P<۰/۰۱$ )، پس از تعدیل نمره‌های پیش آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر تأثیر گشتالت درمانی گروهی بر افزایش کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان کیفیت زندگی در پس آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثر بخشی گشتالت درمانی گروهی بر بهزیستی

روان‌شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی انجام گرفت. یافته‌ی اول پژوهش نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل‌شده‌ی گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون از لحاظ بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که گشتالت‌درمانی گروهی باعث افزایش قابل‌ملاحظه‌ای در میزان بهزیستی روان‌شناختی مادران گروه آزمایش شده بود. بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر در این زمینه به نوعی با یافته‌های قمری‌کیوی، سیدبرزگرسقزچی و نادرپیله‌رود (۱۳۹۲)، سعادت‌ی، یونس‌ی، فروغان و لشنی (۱۳۹۲)، برزنجه‌عطری، عبداللهی، ارشدی‌بستان‌آباد و اصغری‌جعفرآبادی (۱۳۹۳)، دانا (۲۰۰۸) و دراگیک (۲۰۱۲)، همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که گشتالت‌درمانی گروهی دامنه‌ی وسیعی از فنون را برای کمک به افراد به کار می‌برد. در تکنیک "فرض مسئولیت" با تأکید بر مسئولیت‌پذیری، زمان حال و آمادگی فرد برای خودمختاری، موقعیتی بی‌مانند برای درمان مشکلات روان‌شناختی فراهم می‌آید. این رویکرد به افراد کمک می‌کند تا از سطح بازی‌های خودفریب، دفاع‌ها و لایه‌های شناخته‌شده فراتر بروند و بدین منظور، آنان را به نشان دادن احساساتی که هرگز به گونه‌ای مستقیم تجربه نشده‌اند، تشویق می‌کند (گلدن‌برگ و گلدن‌برگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰) و منجر به بهبود وضعیت آنها می‌شود. با این تکنیک که هدف از اجرای آن بررسی انکار مسئولیت انتخاب‌ها، علایق، ترس‌ها و ضعف‌ها است، مادران با نوشتن جملاتی مانند من ترجیح می‌دهم که ... (به جای من مجبورم که) و جایگزین کردن جملات مناسب‌تر، به این نتیجه می‌رسند که مسئول انتخاب ناامیدی‌ها و افسردگی خود آنان هستند و به ادراک توانمندی‌های خود می‌رسند که در بهبود بهزیستی روان‌شناختی آنان مؤثر است. همچنین با استفاده از تکنیک "صندلی خالی" فرصتی برای بیان ناگفته‌ها و پرداختن به مسائل متعارض درونی و ارتباطی در افراد ایجاد

1. Goldenberg, I., Goldenberg, H.

می‌شود و باعث می‌گردد تا مادران به خاطر تنش‌هایی که به علت حضور کودک کم‌توان ذهنی خود دارند و دچار ناراحتی‌های جسمی و روحی شده‌اند، با حرف زدن با یک صندلی خالی مسائل و مشکلات و ناراحتی‌های خود را بیان کنند و هیجانات آنان تخلیه شود. به کمک این تکنیک برون‌ریزی احساس افراد گروه تسهیل می‌گردد، خود تخریب‌گری کاهش می‌یابد، عواطف مثبت رشد می‌کند و موجب می‌شود مادران افکار و احساسات خود را در جهت اصلاح نوع برخورد با محیط به زبان بیاورند؛ که همه‌ی این عوامل در افزایش بهزیستی روان‌شناختی مؤثرند.

یافته‌ی دوم پژوهش نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل‌شده‌ی گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که گشتالت‌درمانی گروهی باعث افزایش قابل ملاحظه‌ای در میزان کیفیت زندگی مادران گروه آزمایش شده بود. بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر در این زمینه به نوعی با یافته‌های صادقی، قادری و جاهدی (۱۳۹۰)، قمری‌کیوی، سیدبرزگر سقزچی و نادرپیله‌رود (۱۳۹۲)، سعادت‌ی، یونسی، فروغان و لشنی (۱۳۹۲)، برزنجه عطری، عبداللهی، ارشدی بستان‌آباد و اصغری جعفرآبادی (۱۳۹۳)، دانا (۲۰۰۸) و دراگیک (۲۰۱۲)، همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که با توجه به این‌که در دیدگاه گشتالت‌درمانی بر جهات مثبت و هدف‌های زندگی تأکید می‌شود و اعتقاد زیربنایی گشتالت‌درمانی مبتنی بر ارزش‌های زندگی حادث از تجربیات و مشاهدات و تعالی این ارزش‌هاست. طیب خاطر، آگاهی حسی، آزادی حرکت، پاسخ‌گویی عاطفی، لذت و شغف، آزادی انعطاف‌پذیری در ارتباط با دیگران، آشنایی نزدیک و محرمیت، خودحمایتی و خلاقیت، ارزش‌های سودمندی برای زندگی هستند که باید در مراجع به وجود آیند (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۹۲)، بنابراین تقویت موارد فوق باعث افزایش امید به زندگی و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی می‌شود. در گشتالت‌درمانی گروهی از تکنیک "مرور خاطرات" گذشته در شرایط حاضر برای کمک به

حل تعارض‌های حل‌نشده و کارهای ناتمام استفاده می‌شود. در این تکنیک مادران به اجرای مجدد ماجراهای گذشته با آوردن آن به زمان حال به گونه‌ای که انگار اکنون در حال رخ دادن است و تجربه هیجانانگیز مربوط به آن مانند ترس، اضطراب و گم‌گشتگی تشویق می‌شوند. برای مواجهه افراد گروه با مسائل و مقاومت‌های بین شخصی از تکنیک "صندلی داغ" استفاده می‌شود. پرسش‌های بسیار زیادی که در این تکنیک از طرف درمانگر و دیگر مادران بدون ارتباط به موضوع خاصی مطرح می‌شوند، در شناخت هرچه بیشتر مراجع مؤثرند. تکنیک‌های گفته شده باعث می‌شود که هیجان‌ها، ترس‌ها و آشفتگی‌های مادران گفته شود و به آرامش جسمی و روحی برسند. بنابراین، در یک موقعیت سالم و طبیعی و اجرای تکنیک‌های گفته شده، انرژی به حرکت درمی‌آید و فرد به آرامش می‌رسد و منجر به افزایش کیفیت زندگی می‌گردد.

به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که فنون موجود در گشتالت درمانی گروهی و فعالیت‌های گروهی نه تنها باعث آرامش و راحتی شرکت‌کنندگان می‌شود بلکه به توسعه روابط آن‌ها در خارج از محیط درمانی کمک می‌کند. ضمن اینکه اعضای گروه در جریان درمان از یکدیگر حمایت می‌کنند، به هم اطمینان می‌دهند، پیشنهاد می‌کنند و بینش می‌دهند. همچنین نشست گروهی با تغییر نگرش، رفع احساس حقارت از طریق تشویق به سخت‌کوشی، آموزش روش حل مسأله، سهیم ساختن والدین در فعالیت فرزندان، برنامه‌ریزی برای آینده و بحث درباره‌ی راه‌های موفقیت آنان، افزایش استقلال و کاهش وابستگی و تقویت احساس ارزشمندی، منجر به افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی می‌شود. بنابراین، با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود که از گشتالت درمانی گروهی در مداخلات مربوط به مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی در راستای افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی استفاده شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر مربوط به جامعه‌ی آماری آن است که فقط متشکل از مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که



دراینده، پژوهش‌هایی از این نوع روی هر دو والد و سایر گروه‌های استثنایی انجام پذیرد تا قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتری داشته باشد.

## منابع

- برزنجه عطری، شیرین؛ عبداللهی، حسین؛ ارشدی بستان‌آباد، محمد و اصغری جعفرآبادی، محمد. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش گروهی بر رفتار مراقبین از کودک کم‌توان ذهنی، *نشریه‌ی پرستاری کودکان*، ۱(۲)، ۱۹-۱۰.
- رنجبر، فرح‌دخت؛ اشک‌تراب، طاهره و دادگری، آتنا. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر میزان افسردگی. *مجله‌ی علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸(۴)، ۲۹۹-۳۰۶.
- سعادت، همین؛ یونسی، سید جلال؛ فروغان، مهشید و لشنی، لیلا. (۱۳۹۲). اثربخشی گشتالت‌درمانی بر شادکامی سالمندان. *مجله‌ی سالمندی ایران*، ۸(۲۹)، ۷-۱۵.
- سوندانی، منصور؛ نیکرو، طیبه و حسین‌پور، محمد. (۱۳۹۰). اثربخشی گشتالت‌درمانی به شیوه‌ی گروهی بر افزایش امید به زندگی و افزایش عزت‌نفس زنان بازنشسته آموزش و پرورش. *مجله‌ی پژوهش‌های مشاوره*، ۱۲(۴۵)، ۳۵-۵۱.
- شارف، ریچارد. (۱۹۹۹). *نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره* (ترجمه مهرداد فیروزبخت). تهران: رسا.
- شفیع‌آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا. (۱۳۹۲). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- شهرستانی، ملیحه؛ کرمی، ابوالفضل؛ دوستکام، محسن و علی محمدی، امیرحسین. (۱۳۹۲). اثربخشی امید‌درمانی بر بهبود افسردگی و ابعاد کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه‌ی افراد استثنایی*، ۳(۹)، ۹۳-۱۰۹.
- صادقی، سپیده؛ قادری، زهرا و جاهدی، سهیلا. (۱۳۹۰). اثربخشی گشتالت‌درمانی و شناخت‌درمانی در بهبود کیفیت زندگی جانبازان. *ارمغان دانش. مجله‌ی علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج*، ۱۶(۶)، ۵۱۷-۵۲۶.
- علیزاده، حمید. (۱۳۸۱). تأثیر فرزند معلول یا ناتوان بر خانواده. *ماهنامه‌ی تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱(۴)، صص ۳-۷.
- قمری کیوی، حسین؛ سیدبرگرسقزچی، عظیمه‌السادات و نادریله‌رود، مقصود. (۱۳۹۲). اثربخشی نشست گروهی بر کیفیت زندگی و بهبود روابط خانوادگی در در کودکان دارای کم‌توان ذهنی. *فصلنامه‌ی افراد استثنایی*، ۲(۹)، ۷۵-۹۲.
- کوری، جرالند. (۲۰۰۵). *نظریه و کاربرست مشاوره و روان‌درمانی* (ترجمه‌ی یحیی سیدمحمدی). تهران: ارسباران.
- محمدی، داوود. (۱۳۹۲). *تاثیر گشتالت‌درمانی گروهی بر خشم و افسردگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی*.

- پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد چاپ نشده. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- مرادی، اعظم و طاهری، صغری. (۱۳۹۱). *سنجش روان‌شناسی مثبت در دانشجویان*. تهران: دانژه.
  - مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز؛ نجاریان، بهمن و مسعودی، میترا. (۱۳۸۰). سلامت روانی و مقایسه‌ی والدین کودکان کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر ۷-۱۲ ساله با سلامت روانی والدین کودکان عادی. *پژوهش در حیطه‌ی کودکان استثنایی*، ۱(۲)، ۱۸۷-۲۰۰.
  - نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکوئی نائینی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استانداردهای پرستشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روان‌سنجی گونه‌ی ایرانی. *مجله‌ی دانشکده‌ی بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱-۱۳.
  - نصیری، حبیب‌الله و رضویه، اصغر. (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شیراز براساس مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی. *مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*، ۳ و ۴ خرداد ماه، ۳۶۸-۳۶۵.
  - Alao, M. J., Ayivi, B. & Lacombe, D. (2012). *Management of children with intellectual and developmental disability in an African setting*. In: Tan U. latest findings in intellectual and developmental disabilities research, Croatia: InTech, 45-76.
  - Borden, L. A., Schultz, T. R., Herman, K. C. & Brooks, C. M. (2010). The incredible years parent training program: promotiing resilince through evidence-based prevention groups. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 14(3), 230-241.
  - Brownell, P. (2010). *Gestalt therapy: A guide to contemporary practice*. New York: Springer Publishing Company.
  - Clarke, D. & Goosen, T. (2009). The mediating effects of coping strategies in the relationship between automatic negative thoughts and depression in a clinical sample of diabetes patients. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 460-464.
  - Compton, W. C. (2001). Towards a tripartite factor structure of mental health: Subjective well-being, personal growth, and teligiosity. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 135(5), 486-500.
  - Dana, U. (2008). Alternative and complementary therapies. *Journal of American Medicine*, 103, 235-242.
  - Diener, E., Oshi, S. & Lucase, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluation of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
  - Draghic, R. (2012). Experiential psychotherapy in geriatric groups. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 33, 979-983.
  - Emerson, E. (2003). Mothers of children and adolescents with intelectuall disability: social and economic situation mental health status and the self-assessed social and psychological impact of the Childs difficulties. *Journal of Intellectual Disability Reserch*, 47(4-5): 385-399.
  - Frish, M. B. (2006). *Quality of life therapy: Appling a life satisfactionapproach to*

*positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken, NJ: Wiley.

- Goldenberg, I., Goldenberg, H. (2002). *Family therapy: An overview*. Canada: Thomson learning.
- Herring, S., Gray, K., Taffe, J., Tonge, B., Sweeney, D. & Einfeld, S. (2006). Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: Associations with parental mental health and family functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), 874-882.
- Kling, K. C., Seltzer, M. M., & Ryff, C.D. (1997). Distinctive late life challenges: Implications for coping and well-being. *Psychology and Aging*, 12(2) 288-295.
- Luckasson, R. Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M. Spreat, S. & Tassé, M. J. (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports*. American Association on Mental Retardation.
- McConkey, R., Truesdale-Kennedy, M., Chang, M., Jarrah, S. & Shukri, R. (2008). The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 65-74.
- Mugno, D., Ruta, L., Genitori, V. & Mazzone, L. (2007). Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health Quality Life Outcomes*, 5(2), 22-30.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Direction in Psychological Science*, 4(4), 99-104.
- Ryff, C. D., Singer, B. H. (2006). Best News Yet on the Six-factor Model of Well-being. *Social Science Research*, 35(4), 1103-1119.
- Yontef, G. (2002). The Relational Attitude in Gestalt, Therapy Theory and Practice. *International Gestalt Journal*, 25(1), 15-34.