

Examining the Effectiveness of Therapy Based on the Quality of Life on Improving the Psychological Wellbeing and Happiness of Mothers with Exceptional Children

Abdi S¹, Bayesteh S², *Darabi M³

Author Address

1. MA in Family Counseling, Islamic Azad University of Rudehen, Tehran, Iran;
2. MA in Counseling and Guidance, Islamic Azad University Science and Research Branch, Tehran, Iran;
3. MA in General Psychology, Islamic Azad University of Malard, Malard, Iran.
Corresponding Author Email: info@iaumalard.ac.ir

Received: 2022 April 13; Accepted: 2022 June 2

Abstract

Background & Objectives: The family serves as the fundamental unit for the preservation and maintenance of human emotions, relationships, intellectual standards, and high values. It also functions as a suitable stable kinship and community, a place for cultivating thoughts and morality. In addition to caring for and educating their children, the duty of parents, especially mothers, stands out to create a calm environment with healthy relationships between family members and to grow independence in their children, even those with disabilities such as mental retardation, blindness, deafness, and so on. Many researchers believe mothers of exceptional children are more depressed than mothers of typical children, unable to control their anger towards their children. Therefore, the present study was conducted to determine the effectiveness of therapy based on the quality of life (QoL) in improving the psychological wellbeing and happiness of mothers with exceptional children.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group. The statistical population consisted of mothers with exceptional children living in Tehran City, Iran, in 2020. The statistical sample consisted of 31 mothers who volunteered and qualified to enter the research. They were randomly assigned to the experimental group (n=16) and the control group (n=15). The inclusion criteria were as follows: not using other psychological and psychotherapy services simultaneously with the research, lacking psychiatric disorders, not taking psychiatric drugs, and not receiving other group counseling during the research period. The exclusion criteria were as follows: not being satisfied with continuing to participate in the research, absenting more than two sessions in training sessions, and being unable to carry out the training session plans. The study data were collected by Ryff's Psychological Well-Being Scale (RPWBS) (Ryff, 1989) and the Oxford Happiness Questionnaire (Argyl et al., 1989). Only the participants in the experimental group received 8 sessions of treatment based on improving their quality of life (Frisch, 2006). The research data were analyzed in descriptive (mean and standard deviation) and inferential statistics (multivariate covariance analysis) using SPSS version 22. The significance level of the tests was set at 0.05.

Results: The results showed that after removing the effect of the pretest, the therapy based on the QoL was effective in improving psychological wellbeing ($p<0.001$) and happiness ($p<0.001$) in mothers of exceptional children in the experimental group. According to the Eta squared, the average increase of each of the variables of psychological wellbeing and happiness was 71% and 74%, respectively, due to the intervention of this therapy.

Conclusion: Based on the present study, therapy based on the QoL effectively improves mothers' psychological wellbeing and happiness with exceptional children. Therefore, counselors and therapists can use this therapeutic intervention to improve the psychological wellbeing and happiness of mothers with exceptional children.

Keywords: Quality of life therapy, Psychological wellbeing, Happiness, Mothers of exceptional children.

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی مادران دارای کودکان استثنایی

سودابه عبدی^۱، سارا بایسته^۲، *محمود دارابی^۳

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، تهران، ایران؛
 ۲. کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران؛
 ۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد ملارد، ملارد، ایران.
 *رایانامه نویسنده مسئول: info@raumalard.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۴ فروردین ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۱۲ خرداد ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: والدین با کودکان استثنایی در فرایند رشد و تربیت فرزند خود با چالش‌های بسیاری مواجه هستند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی مادران دارای کودکان استثنایی انجام گرفت.

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی مادران دارای کودکان استثنایی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. نمونه آماری ۳۱ مادر داوطلب و واجد شرایط ورود به پژوهش بودند که با گمارش تصادفی در گروه آزمایش (شانزده نفر) و گروه گواه (پانزده نفر) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (ریف، ۱۹۸۹) و پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد (آرگیل و همکاران، ۱۹۸۹) استفاده شد. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، هشت جلسه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی (فریش، ۲۰۰۶) را دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲، تحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی مادران کودکان استثنایی گروه آزمایش مؤثر بود ($p < ۰/۰۰۱$). با توجه به مجذور اتا، افزایش میانگین هریک از متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی به ترتیب ۷۱ درصد و ۷۴ درصد، متأثر از مداخله آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی بود.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج مطالعه حاضر، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی مادران دارای کودکان استثنایی اثربخش است؛ بنابراین مشاوران و درمانگران می‌توانند از این مداخله درمانی به‌منظور ارتقای سطح بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی مادران دارای کودکان استثنایی استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی، کودکان استثنایی.

خانواده کانون اصلی حفظ و نگهداری عواطف، روابط، معیارهای فکری، ارزش‌های والای جامعه و نیز به‌عنوان رابطه‌ای خویشاوندی و اجتماعی پایدار به‌شمار می‌رود که بستر پرورش اندیشه و اخلاق است. در واقع خانواده از گروه‌های بسیار بنیادی در جامعه است که نیازهای اساسی انسان در آن برآورده می‌شود (۱). وظیفه والدین به‌ویژه مادران در خانواده علاوه بر مراقبت و تربیت فرزندان، ایجاد فضایی آرام همراه با روابط سالم بین اعضای خانواده و کمک به استقلال فرزندان است؛ حتی اگر کودک دارای معلولیت‌هایی مانند ناتوانی هوشی، نابینایی، ناشنوایی، ناتوانی جسمی و چندناتوانی باشد (۲).

کودکان استثنایی^۱ دارای معلولیت حدود ۳ درصد از کل جمعیت هر کشور را تشکیل می‌دهند (۳). کودکانی به‌عنوان کودکان استثنایی شناخته می‌شوند که برای استفاده از ظرفیت کامل خود نیازمند خدمات آموزشی ویژه و حمایت گسترده هستند. آن‌ها به خدمات آموزشی نیاز دارند؛ زیرا اکثر آنان در یک یا چند دسته از دسته‌های زیر متفاوت هستند: آن‌ها ممکن است دارای ناتوانی هوشی، اختلالات رفتاری، اختلالات عاطفی، ناتوانی‌های جسمی، اختلالات گفتار و زبان، اختلالات شنوایی یا بینایی باشند (۴). هنگامی که کودک مشکل یا ناتوانی خاصی دارد، رابطه مادر و کودک مختل می‌شود؛ زیرا مادر برای تلاش‌های خود بازخورد مناسبی از فرزندش دریافت نمی‌کند؛ از این رو اکثر این مادران از پریشانی روانی^۲ و استرس^۳ زیادی رنج می‌برند (۵). بسیاری از محققان باور دارند که مادران کودکان استثنایی بیشتر از مادران کودکان عادی افسرده^۴ هستند و نمی‌توانند خشم خود را درقبال فرزندانشان کنترل کنند (۶). علاوه بر افسردگی، اضطراب^۵ نیز مظهر وضعیت سلامت روان^۶ است (۷).

نتایج پژوهشی نشان داد که میزان بهزیستی روانی مادران درمقایسه با سایر مادران در سطح پایین‌تری قرار دارد (۸). بهزیستی روان‌شناختی^۷ به تمام فرایندهایی اطلاق می‌شود که منجر به رضایت کلی فرد از زندگی خواهد شد. بهزیستی روان‌شناختی یعنی اینکه فرد بتواند تمام استعدادهای خود را پیدا کند (۹). داشتن نگرش مثبت درباره خود، پذیرش جنبه‌های مختلف خود و داشتن احساس مثبت به زندگی گذشته است (۱۰). رویکرد مثبت به سلامت روان در سال‌های اخیر گسترش یافته و بر این اساس مفهوم بهزیستی روان‌شناختی به‌وجود آمده است که سلامت روان را دارای ویژگی‌های مثبت مانند عزت‌نفس و روابط اجتماعی مناسب و رضایت می‌داند (۱۱).

علاوه بر بهزیستی روان‌شناختی، یکی دیگر از متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با داشتن فرزند استثنایی برای مادران، شادکامی^۸ است. به‌عبارت‌دیگر، وجود کودک استثنایی علاوه بر استرس روانی که به خانواده تحمیل می‌کند، شیوع برخی بیماری‌های جسمی مانند دردهای مزمن و اختلالات روانی مثل افسردگی و اضطراب را در خانواده‌ها به‌ویژه در مادران افزایش می‌دهد که منجر به کاهش شادی آن‌ها می‌شود

(۱۲). شادکامی، حالتی عاطفی مثبت است که با رضایت و لذت و رضایت مشخص می‌شود و ویژگی‌ها و علائمی مانند داشتن باورهای مثبت درباره زندگی، احساسات مثبت و وجودداشتن احساسات منفی را به‌همراه دارد. به‌عبارتی، شادی، آرامشی است که نتایج مطلوب زندگی را پیش‌بینی می‌کند و رضایت از زندگی را افزایش می‌دهد (۱۳). شادکامی سه بخش مهم دارد: احساس مثبت یا احساس شادی؛ رضایت از زندگی؛ فقدان احساسات منفی مانند اضطراب و افسردگی (۱۴). شادکامی، از ویژگی‌های لازم برای لذت‌بردن از زندگی و ارتقای رضایت از زندگی است. شادکامی یکی از عواطف خوشایند و مثبت و اضطراب و افسردگی از جمله هیجان‌ات منفی است (۱۵).

مداخلات متعددی برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی مادران دارای فرزندان استثنایی وجود دارد. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی^۹، از مداخلات تعدیل‌کننده علائم است. آموزش مهارت‌های بهبود کیفیت زندگی به‌دنبال حمایت از رویکرد رضایت از زندگی^{۱۰} است (۱۶). رویکرد آموزش مهارت‌های بهبود کیفیت زندگی توسط مایکل بی فریش طراحی شد. فریش تکنیک‌های شناختی‌رفتاری را با تکنیک‌های مثبت ترکیب کرد و تأکید داشت، به‌جای پرداختن به اختلالاتی مانند افسردگی، باید افراد سالمی را هدف گرفت که به‌دنبال بهبود کیفیت زندگی خود هستند. هدف این آموزش‌ها تغییر پنج مفهوم اصلی است که به‌اختصار کاسیو^{۱۱} نامیده می‌شود. این پنج مفهوم عبارت است از: شرایط زندگی؛ نگرش‌ها؛ استانداردها؛ ارزش‌ها؛ رضایت کلی از زندگی (۱۷). نگوین و نگوین نشان دادند، آموزش کیفیت زندگی روشی نسبتاً جدید است که می‌تواند بر سازه‌های روان‌شناختی مثبت به‌ویژه شادی و تاب‌آوری و سرمایه روان‌شناختی تأثیر بگذارد (۱۸). بولیر و همکاران در پژوهشی با هدف بررسی مداخلات روان‌شناختی مثبت: یک متاآنالیز کارآزمایی‌های تصادفی‌سازی‌شده کنترل‌شده، به این نتیجه رسیدند که مداخلات روان‌شناختی مثبت به‌طور درخور توجهی سلامت روان را افزایش می‌دهد و علائم افسردگی را کم می‌کند (۱۹). عراقیان و همکاران دریافتند، مهارت مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت روابط بین‌فردی و معنای زندگی زنان دارای تعارض اثربخش است (۲۰). حیدریان و عیسی‌نژاد نشان دادند، اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر عملکرد و کیفیت زندگی خانواده‌آزادگان در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه در پس‌آزمون و آزمون پیگیری بیشتر است و تفاوت معناداری دارد (۲۱). پژوهش الهی‌فر و همکاران بیانگر آن بود که آموزش رویکرد مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی معلم‌های زن اثربخش است (۲۲). نتایج مطالعه وسترمن و همکاران حاکی از اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر کاهش علائم اضطراب افراد مواجهه‌شده با رویدادهای ضربه‌روانی بود (۲۳). فرنی و همکاران نشان دادند، درمان شناختی‌رفتاری به‌طرز معناداری می‌تواند ناسازگاری اجتماعی و

7. Psychological well-being

8. Happiness

9. Quality of Life Therapy

10. Life satisfaction

11. CASIO

1. Exceptional children

2. Psychological distress

3. Stress

4. Depressed

5. Anxiety

6. Mental health

هیجانی و افسردگی را کاهش دهد (۲۴). نتایج پژوهش عابدی و وستانیس مشخص کرد، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش رضایت از زندگی و کیفیت زندگی کودکان و مادران آنان و نیز کاهش نشانه‌های اضطراب این بیماران می‌شود (۸).

باتوجه به مطالب گفته‌شده و تحمل‌کردن فشار روانی بسیار توسط مادران کودکان استثنایی و نیز شکل‌گیری ناتوانی‌ها در خانواده، لزوم توجه به ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی مادران دارای کودکان استثنایی به‌عنوان قشری از جامعه که در معرض آسیب هستند، اهمیت خاصی پیدا می‌کند. حال باتوجه به نقش کیفیت زندگی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی و ازطرفی نبود پژوهش کافی در این زمینه، پژوهشگران بر آن شدند تا تأثیر بهبود کیفیت زندگی را بر این افراد بررسی کنند. این گروه از مادران باید تحت حمایت‌هایی قرار گیرند که ازجمله این حمایت‌ها بهبود کیفیت زندگی است؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی مادران دارای کودکان استثنایی صورت گرفت.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را مادران دارای فرزند استثنایی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. برای انجام این پژوهش ابتدا اطلاعیه‌ای مبنی بر برگزاری کلاس‌های کیفیت زندگی ویژه مادران با فرزند استثنایی، در محل تردد والدین در مراکز آموزش استثنایی نصب شد. در اطلاعیه نوشته شد که این کلاس‌ها رایگان است و شرکت‌کنندگان هیچ هزینه‌ای را متحمل نمی‌شوند. متعاقب این اطلاعات، ۳۸ نفر از مادران به محل تشکیل کلاس‌ها برای ثبت‌نام مراجعه کردند. محل تشکیل کلاس‌ها برای ثبت‌نام، یکی از مراکز مشاوره و روان‌شناسی رسمی بود. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: استفاده‌نکردن از خدمات روان‌شناختی و روان‌درمانگری دیگر هم‌زمان با شرکت در پژوهش؛ نداشتن اختلالات روان‌پزشکی و مصرف‌نکردن داروهای روان‌پزشکی؛ دریافت‌نکردن مشاوره گروهی دیگری در مدت پژوهش. معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، رضایت‌نداشتن از ادامه شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی و ناتوانی در انجام برنامه‌های جلسات آموزشی بود. قبل از اجرای پروتکل آموزشی از بین مراجعه‌کنندگان هفت نفر انصراف دادند. در مجموع ۳۱ نفر باقی ماندند که به دو گروه آزمایش (شانزده نفر) و گواه (پانزده نفر) تقسیم شدند. حجم نمونه در طرح‌های آزمایشی حداقل سی نفر در گروه آزمایش و گروه گواه توصیه می‌شود (۲۵). در این پژوهش باتوجه به شیوع کرونا، جلسات از طریق اسکای‌روم انجام گرفت و تمامی مادران شرکت‌کننده در گروه‌های آزمایش و گواه به‌دلیل اخلاقی و قرارداد با پژوهشگر در جلسات شرکت کردند و به‌همین دلیل افت آزمودنی وجود نداشت. در این مطالعه ملاحظات اخلاقی به‌شرح زیر بود: رضایت آگاهانه و داوطلبانه

۱. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف^۱: این مقیاس توسط ریف در سال ۱۹۸۹ ارائه شد (۲۶). مقیاس بهزیستی روان‌شناختی هیجده سؤال دارد و شش مؤلفه تسلط محیطی، پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد فردی و استقلال را اندازه‌گیری می‌کند. سؤالات به‌صورت شش‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۶ نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره هر مؤلفه ۳ و حداکثر ۱۸ است. برای کل مقیاس حداقل نمره ۱۸ و حداکثر نمره ۱۰۸ است (۲۶). ریف در سال ۱۹۸۹ به‌منظور هنجاریابی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی، آن را روی نمونه‌ای ۳۲۱ نفری اجرا کرد. وی ضریب همسانی زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه را به‌صورت پذیرش خود ۰/۹۱، روابط مثبت با دیگران ۰/۹۱، خودمختاری ۰/۷۶، تسلط بر محیط ۰/۹۰، زندگی هدفمند ۰/۹۰ و رشد فردی ۰/۷۴ گزارش داد. پایایی حاصل از روش بازآزمایی زیرمقیاس‌ها نیز در نمونه‌ای ۱۱۷ نفری و در فاصله شش‌هفته‌ای بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۵ بود (۲۶). در خارج از کشور ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس بررسی شد و ضریب همبستگی پیرسون این مقیاس با مقیاس رضایت از زندگی ۰/۹۲ و معنادار به‌دست آمد که نشان‌دهنده روایی همگرایی بود (۲۷). برای بررسی اعتبار مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب آلفای کل سؤالات مقیاس ۰/۷۴ به‌دست آمد (۲۸). در ایران بیانی و همکاران آلفای کرونباخ را برای تسلط بر محیط ۰/۷۷، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۷۷، رشد شخصی ۰/۷۸، پذیرش خود ۰/۷۱، هدفمندی در زندگی ۰/۷۲ و خودمختاری ۰/۸۲ محاسبه کردند (۲۹).

۲. پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد^۲: این پرسش‌نامه توسط آرگیل و همکاران در سال ۱۹۸۹ با هدف تشخیص شادکامی ساخته شد (۳۰). از آنجا که سیاهه افسردگی بک^۴ از مقیاس‌های بسیار موفق افسردگی است، آرگیل پس از رایزنی با بک، جملات مقیاس افسردگی او را معکوس کرد. بدین‌ترتیب به ۲۱ ماده قبلی، یازده ماده دیگر افزود تا سایر جنبه‌های شادکامی را در بر گیرد. سپس آن را روی تعدادی از دانشجویان اجرا کرد و باتوجه به روایی صوری پرسش‌ها و حذف چند ماده، درنهایت فرم نهایی ۲۹ سؤال پرسش‌نامه آماده شد. هر سؤال پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد دارای چهار گزینه است که از هرگز=صفر تا همیشه=۳ نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسش‌نامه حداقل نمره، صفر و حداکثر نمره ۹۹ است (۳۰). آرگیل و همکاران ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه را ۰/۹۲ با ۲۴۷ آزمودنی گزارش دادند و پایایی بازآزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۸ به‌دست آوردند (۳۰).

4. Beck Depression Inventory

1. Ryff's Psychological Well-Being Scale (RPWBs)

2. Life Satisfaction Scale

3. Oxford Happiness Questionnaire

مبتنی بر کیفیت زندگی مایکل بی فریش اجرا شد. روایی این پروتکل توسط مایکل بی فریش به تأیید رسید (۱۷). قبل از استفاده از برنامه درمانی مذکور در پژوهش حاضر، روایی محتوای این پروتکل مجدد توسط دو نفر از روان‌شناسان بالینی متخصص، با حداقل بیش از ده سال سابقه کار بالینی بررسی و تأیید شد. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان کیفیت زندگی ارائه شده است.

علی‌پور و نوربالا در ایران این پرسش‌نامه را ترجمه کردند و با اجرا روی ۱۰۱ دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی هنجاریابی شد؛ همچنین آلفای کرونباخ پرسش‌نامه برابر با ۰/۹۳ بود و با روش دونیمه‌کردن به روش اسپیرمن-براون، ۰/۹۲ و به روش گاتمن، ۰/۹۱ به دست آمد (۳۱).

جلسات درمان مبتنی بر کیفیت زندگی: این جلسات در هشت جلسه دودقیقه‌ای و هفته‌ای یکبار به مدت دوماه براساس روان‌درمانی

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر کیفیت زندگی

| جلسه | خلاصه موضوعات |
|------------|---|
| جلسه اول | برقراری ارتباط و معرفی اعضا به منظور آشنایی، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره درمانی، گرفتن تعهد از شرکت‌کنندگان برای حضور در جلسات، معرفی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، شادی، اجرای پیش‌آزمون، بازخورد |
| جلسه دوم | مروری بر بحث جلسه قبل، تعریف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، آشنا کردن اعضای گروه با تکنیک قدردانی‌ها، دستاوردها و استعدادها، درخت زندگی و کشف موارد مشکل‌آفرین اعضا، خلاصه بحث، ارائه بازخورد |
| جلسه سوم | مروری بر بحث جلسه قبل، معرفی پنج ریشه، شروع کردن با یکی از ابعاد، معرفی شرایط زندگی به عنوان راهبرد اول و کاربرد آن در ابعاد کیفیت زندگی و شناسایی حوزه‌های نگران‌کننده |
| جلسه چهارم | مرور جلسه قبل، بحث درباره پنج ریشه، معرفی نگرش به منزله راهبرد دوم، کاربرد راهبرد دوم در ابعاد کیفیت زندگی، تمرین مهارت‌های ارتباطی |
| جلسه پنجم | مرور جلسه قبل، بحث درباره پنج ریشه، معرفی استانداردها، اولویت‌ها، تغییر رضایت به عنوان راهبردهای سوم و چهارم و پنجم به منظور افزایش رضایت در زندگی، آموزش اصول کیفیت زندگی و استفاده از راهبردهای تغییر نگرش برای کمک به افراد به منظور رفع مسائل |
| جلسه ششم | مرور جلسه قبل، بحث درباره اصول مربوط به کیفیت زندگی، ارائه اصول و توضیح کاربرد این اصول برای افزایش رضایت، استفاده از اصول مرتبط با نگرش‌ها، طرح‌ها و اقدامات مؤثر بر رضایت بیشتر فرد از خانه و محله و جامعه |
| جلسه هفتم | مرور جلسه قبل، ادامه بحث درباره اصول، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در حیطه روابط، اجرای طرح فراغت یا عادت جاری تفریح |
| جلسه هشتم | ارائه خلاصه‌ای از مطالب عنوان‌شده در جلسات قبل، جمع‌بندی و آموزش تعمیم پنج ریشه در شرایط مختلف زندگی و کاربرد اصول در ابعاد مختلف زندگی، مدیریت استرس و حل مسائل برای مشکلات تضعیف‌کننده عادات‌های سالم یا کمک‌کننده به حفظ یا رشد عادات ناسالم |

از قبیل نرمال بودن توزیع داده‌ها، همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس و همگنی واریانس‌های خطا، پرداخته شد. نتایج آزمون کولموگوروف اسمیرنوف برای ارزیابی نرمال بودن توزیع داده‌ها ($p > 0.05$)، نتایج آزمون باکس به منظور بررسی مفروضه همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس ($F = 1.12, p > 0.05$)، نتایج آزمون لون به منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های خطا برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی ($F = 1.54, p > 0.05$) و متغیر شادکامی ($F = 3.24, p > 0.05$)، همگی بیانگر برقراری این مفروضه‌ها بود؛ بنابراین از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری به منظور مقایسه میانگین نمره‌های متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی در پس‌آزمون استفاده شد.

داده‌های پژوهش در دو بخش آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری) به کمک نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

شرکت‌کنندگان این پژوهش ۳۱ نفر از مادران دارای کودکان استثنایی بودند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه، به همراه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در جدول ۲ ارائه شده است. قبل از اجرای این آزمون، به بررسی رعایت پیش‌فرض‌های آن

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه به همراه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | مقایسه پس‌آزمون | |
|---------------------|--------|-----------|--------------|----------|--------------|-----------------|---------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | مقدار F | مقدار p |
| بهزیستی روان‌شناختی | آزمایش | ۴۹ | ۵/۹۱ | ۶۲/۴۶ | ۷/۵۷ | ۱۴۱/۵۴ | < ۰/۰۰۱ |
| | گواه | ۵۱/۶۶ | ۷/۱ | ۵۴/۰۶ | ۷/۳۸ | | |
| شادکامی | آزمایش | ۴۸/۱۳ | ۳/۶۲ | ۵۹/۳۳ | ۲/۳۱ | ۲۱۳/۸۶ | < ۰/۰۰۱ |
| | گواه | ۴۷/۶۶ | ۳/۰۸ | ۵۲/۸ | ۴/۹ | | |

بر اساس یافته‌های جدول ۲، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی مادران کودکان استثنایی گروه آزمایش مؤثر بود ($p < 0/001$). با توجه به مجذور آتا، افزایش میانگین هریک از متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی به ترتیب ۷۱ درصد و ۷۴ درصد، متأثر از مداخله آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی بود.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی مادران دارای کودکان استثنایی بود. نتایج نشان داد، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی منجر به افزایش بهزیستی روان‌شناختی در مادران گروه آزمایش شد. این یافته با نتایج مطالعات بولیر و همکاران مبنی بر اثربخشی مداخلات روان‌شناسی مثبت بر سلامت مذهبی و روانی (۱۹)، حیدریان و عیسی‌نژاد مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر عملکرد و کیفیت زندگی (۲۱) و فرنی و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان شناختی و رفتاری بر کاهش ناسازگاری اجتماعی و هیجانی و افسردگی (۲۴)، همسوست.

در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان استدلال کرد که یکی از بزرگ‌ترین و مهم‌ترین نگرانی‌ها و دغدغه‌های مادران کودکان استثنایی درباره آینده فرزندانشان است؛ این گروه از کودکان شاید هیچ‌وقت مانند کودکان عادی نشوند و ممکن است اطرافیان نیز وضعیت کودک را درک نکنند و به والدین و کودک واکنش‌های منفی نشان دهند و خانواده به‌خصوص مادران نتوانند حمایت‌های مناسبی از اطرافیان دریافت کنند (۳). در این میان، کیفیت زندگی به‌عنوان تجربه‌ای شناختی، با احساس رضایت از ابعاد مهم زندگی از نظر خود مادر و نیز تجربه‌ای احساسی که با شادی بروز می‌یابد، نشان داده می‌شود (۱۸). افزایش این دو عامل، منجر به افزایش بهزیستی روانی افراد می‌شود. به نظر می‌رسد در این پژوهش تغییر دیدگاه مراجعان در ابعاد تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی و پذیرش خود، به‌همین دلیل است. کیفیت زندگی ضعیف، بر ارتباطات خانوادگی تأثیر می‌گذارد و موجب ناسازگاری در افراد می‌شود و در نتیجه تنش را در آنان افزایش می‌دهد. افزایش تنش در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی است و بر شدت بیماری در افراد می‌افزاید (۱۶). در گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، به مادران آموزش داده شد که بهزیستی ذهنی را جزء ضروری سلامت روانی خود بدانند و به این دیدگاه دست پیدا کنند که سلامت روانی، تنها نداشتن بیماری روانی نیست؛ بلکه همواره باید به دنبال افزایش رضایت خاطر از زندگی باشند و با ایجاد تعادل بین حوزه‌های ارزشمند زندگی، میزان بهزیستی ذهنی و رضایت خاطر از زندگی و به دنبال آن سلامت روانی بیشتری را در خود ایجاد کنند (۸).

یافته دوم پژوهش حاضر بیانگر آن بود که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی منجر به افزایش شادکامی در مادران گروه آزمایش شد. این یافته با نتایج مطالعات نگوین و نگوین مبنی بر اثربخشی آموزش کیفیت زندگی بر بهبود سازه‌های مثبت روان‌شناختی به‌ویژه شادکامی و تاب‌آوری و سرمایه روان‌شناختی (۱۸) و عراقیان و همکاران مبنی بر اثربخشی

درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر روابط بین‌فردی و معنای زندگی (۲۰) و عابدی و وستانیس مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر رضایت از زندگی و کیفیت زندگی (۸)، همسوست. در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، انسجام به‌هم‌پیوسته شناخت‌درمانی و روان‌شناختی مثبت است که با آخرین صورت‌بندی درمان شناختی بک و نظریه افسردگی و آسیب‌شناسی روانی هماهنگی دارد. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، رویکردی برای افزایش رضایت و شادمانی در زندگی است (۱۶). هدف درمان این است که با پرداختن به مسائل و مشکلاتی که در زمینه تحقیق یافتن رضایتمندی در همه عرصه‌های مهم زندگی وجود دارد، شادکامی را افزایش دهد. در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به بررسی ابعاد مختلف زندگی فرد، خواسته، مشکلات پیش‌رو و نحوه غلبه بر مشکلات پرداخته می‌شود. افراد از این طریق می‌توانند آگاهی خود را افزایش دهند و شناخت بهتری از مشکلات خود داشته باشند. از جمله تأکیدهای درمانی این رویکرد آن است که رویکرد مذکور، دیدگاهی کلی به زندگی یا دیدگاهی کل‌نگر به اهداف زندگی دارد که در آن هر مرحله از مداخله با اهداف کلی زندگی مراجع در حیطه‌های ارزشمند و مهم زندگی مرتبط است؛ به‌طوری‌که مراجعان ارتباط مستقیمی بین یک مداخله یا تکلیف خانگی و تحقق نیازها و اهداف و خواسته‌های مهم‌تر خود، مشاهده می‌کنند (۲۰). همچنین ارزیابی و مفهوم‌سازی مشکلات و توانمندی‌های مراجعان، دیدگاهی کل‌نگر را درباره زندگی می‌پذیرد که اساس آن عملکرد در شانزده حیطه زندگی روزمره همراه با هرگونه مسائل و مشکلات روان‌شناختی، جسمانی، اختلال‌ها یا ناتوانی‌ها در نظر گرفته می‌شود. این رویکرد نوعی معنادرمانی است؛ به‌طوری‌که به مراجعان کمک می‌کند تا معنادارترین چیزی را بیابند که برای شادمانی و سلامت آن‌ها، در حال حاضر و نیز در طی دوره زندگی‌شان وجود دارد (۲۲). به عبارتی معناداری زندگی به‌گونه‌ای غیرمستقیم و در تماس با امید می‌تواند سبب افزایش شادی و رضایت از زندگی شود. افرادی که در موقعیت‌های چالش‌برانگیز و استرس‌زا برای موقعیت خود معنادهی دارند، معمولاً عاطفه منفی کمتری را تجربه می‌کنند و میزان رضایت از زندگی بیشتری را گزارش می‌دهند. این موضوع مشخص می‌کند که معنادهی می‌تواند تأثیر زیادی بر رضایت از زندگی داشته باشد تا صرف وجود عواطف مثبت به‌تنهایی. این عامل باعث می‌شود افراد به‌وسیله برانگیخته‌شدن در جهت درگیر شدن در فعالیت‌های همراه با یکپارچگی اجتماعی و انسجام اجتماعی و ارتباطات معنادار، کیفیت زندگی خود را افزایش دهند (۱۶).

در پژوهش حاضر محدودیت‌هایی وجود داشت؛ جامعه آماری پژوهش فقط حاوی مادران کودکان استثنایی شهر تهران بود. می‌توان پیشنهاد داد که در مطالعات بعدی، بر پدران کودکان استثنایی و جوامع دیگر، پژوهش صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش، استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای سنجش متغیرهای پژوهش بود که می‌تواند تحت تأثیر مطلوبیت اجتماعی قرار گیرد. توصیه می‌شود، در پژوهش‌های آتی علاوه بر پرسش‌نامه، از سایر ابزارهای اندازه‌گیری همچون مصاحبه‌های بالینی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود روش درمانی به‌کاررفته در این مطالعه به‌صورت گسترده‌تر و در قالب

کارگاه‌های آموزشی برای طیف گستردهٔ مادران کودکان استثنایی استفاده شود و با افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی، بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی آن‌ها افزایش یابد.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی منجر به افزایش بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی مادران دارای کودکان استثنایی می‌شود؛ بنابراین درمان مبتنی بر کیفیت زندگی روشی کارآمد و کاربردی و مؤثر در بهبود بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی مادران دارای کودکان استثنایی است که مشاوران و درمانگران می‌توانند استفاده کنند.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی عزیزانی که به‌نوعی در اجرای پژوهش نقش داشتند و روند اجرای آن را تسهیل کردند، قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان
در این پژوهش ملاحظات اخلاقی ازجمله رضایت آگاهانه، حفظ گمنامی، محرمانه‌بودن اطلاعات، حق کناره‌گیری در زمان دلخواه،

رعایت صداقت در هنگام تحلیل داده‌ها و تحریف‌نکردن آن‌ها، در نظر گرفتن زمانی برای استراحت شرکت‌کنندگان و توجه به رفاه اعضای گروه و اجتناب از ایجاد ناراحتی برای آن‌ها رعایت شد.

رضایت‌نامهٔ انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

همهٔ نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند در صورت لزوم از طریق مکاتبه با نویسندهٔ مسئول مقاله حاضر به این اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش با هزینهٔ شخصی محققان تهیه شده و تحت حمایت مالی هیچ سازمان و مؤسسه‌ای نبوده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول عهده‌دار گردآوری پیشینهٔ پژوهش بود و نظارت مستقیم بر اجرای پژوهش داشت. نویسندهٔ دوم مقاله جمع‌آوری داده‌ها و آموزش مداخله را عهده‌دار بود. نویسندهٔ سوم داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد و نگارش مقاله را بر عهده داشت. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Zandi H, Gholam Ali Lavasani M, Afrooz G, Mardookhi MS. A comparative study between mothers with two children with disabilities (multiple disabilities, intellectual disabilities, physical and motor disabilities, blindness, visual impairments, deafness, and hearing impairment) and mothers of normal children in terms of general health components. *Journal of Exceptional Children*. 2018;17(4):101–12. [Persian] <https://joec.ir/article-1-600-en.html>
2. Kobayashi R. Affective communication of infants with autistic spectrum disorder and internal representation of their mothers. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2000;54(2):235–43. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2000.00664.x>
3. Weiss MP. How to review for teaching exceptional children. *Teaching Exceptional Children*. 2018;50(3):123–9. <https://doi.org/10.1177/0040059917743480>
4. Crane N, Zusho A, Ding Y, Cancelli A. Domain-specific metacognitive calibration in children with learning disabilities. *Contemp Educ Psychol*. 2017;50:72–9. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2016.09.006>
5. Anjomani M, Taklavi SS. The role of attachment to god and emotional maturation in prediction of self compassion of deaf children's mothers. *Journal of Health and Care*. 2019;21(2):117–25. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/jhc.21.2.117>
6. Yazdkhasti F, Yarmohammadian A. Comparing correlation between mother's depression and their deaf and hearing adolescent daughter's emotional intelligence. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2010;8(1):75–80. [Persian] <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-170-en.html>
7. Rahimi S, Amin Yazdi SA, Afrooz G. Comparison of developmental family functioning, personality traits, and parenting stress in mothers with autism spectrum disorder and peers with normal counterparts. *Journal of Pediatric Nursing*. 2020;6(3):14–21. [Persian] <http://jpen.ir/article-1-479-en.html>
8. Abedi MR, Vostanis P. Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive–compulsive disorders in Iran. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(7):605–13. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0098-4>
9. Hayat I, Zafar M. Relationship between psychological wellbeing and coping strategies among parents with down syndrome children. *International Journal of Humanities and Social Science*. 2015;5(7):109–17.
10. Hogan MJ. Collaborative positive psychology: solidarity, meaning, resilience, wellbeing, and virtue in a time of crisis. *Int Rev Psychiatry*. 2020;132(7–8):698–712. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1778647>
11. Roshan M, Aqa Yousefi AR, Alipour A, Rezaei A. Asar bakhshi moghabele darmangari madaran bar moshkelat atefi – raftari va raftar jame pasand koodakan [The effectiveness of mothers' coping therapy on

- emotional-behavioral problems and community-friendly behavior of children]. *Journal of Applied Psychology*. 2016;9(4):1–17. [Persian]
12. Arnaud C, White-Koning M, Michelsen SI, Parkes J, Parkinson K, Thyen U, et al. Parent-reported quality of life of children with cerebral palsy in Europe. *Pediatrics*. 2008;121(1):54–64. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2007-0854>
 13. Chiang HM, Ni X, Lee YS. Life skills training for middle and high school students with autism. *J Autism Dev Disord*. 2017;47(4):1113–21. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3028-1>
 14. Hossein Alizadeh M, Asgharnejhad F. The relationship between life expectancy and happiness in the mothers of children with specific learning disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2020;10:44. [Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-1773-en.html>
 15. Mirzaie P. Positive psychotherapy on spiritual wellbeing and happiness in students with depressive disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2020;10:36. [Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-1327-en.html>
 16. Padash Z, Fatehizadeh M, Abedi MR. The effect of quality of life therapy on happiness in wives in Esfahan. *Journal of Family Counseling & Psychotherapy*. 2011;1(1):115–30. [Persian] https://fcp.uok.ac.ir/article_9407.html?lang=en
 17. Frisch MB. *Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. New York, NY: John Wiley & Sons; 2006.
 18. Nguyen TD, Nguyen TTM. Psychological capital, quality of work life, and quality of life of marketers: evidence from Vietnam. *Journal of Macromarketing*. 2012;32(1):87–95. <https://doi.org/10.1177/0276146711422065>
 19. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*. 2013;13(1):119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
 20. Araghian SH, Nejat H, Toozandejani H, Bagherzadeh Golmakani Z. Comparison of the effectiveness of quality of life therapy and compassion-focused therapy in the distress tolerance and meaning in life in of women with marital conflicts. *Psychological Methods and Models*. 2021;11(39):121–38. [Persian] https://jpmmm.marvdasht.iau.ir/article_4312.html?lang=en
 21. Heydarian M, Isanejad O. The impact of treatment based on improving quality of life on the performance and quality of life of the families of Azadeqn. *Journal of Military Psychology*. 2021;11(44):45–59. [Persian]
 22. Elahifar H, Ghamari M, Zahrakar K. Comparison of the effectiveness between treatment based on improving quality of life and acceptance and commitment therapy (ACT) on increasing happiness of female teachers. *Journal of Applied Psychology*. 2019;13(1):141–62. [Persian] https://apsy.sbu.ac.ir/article_97097.html?lang=en
 23. Westerman NK, Cobham VE, McDermott B. Trauma-focused cognitive behavior therapy: narratives of children and adolescents. *Qual Health Res*. 2017;27(2):226–35. <https://doi.org/10.1177/1049732315627795>
 24. Farnia V, Tatari F, Salemi S, Kazemi A, Alikhani M, Golshani S, et al. Effect of trauma-focused cognitive behavioral therapy on reduction social and emotional maladjustment of physically abused children: a clinical trial. *Int J Pediatr*. 2017;5(8):5473–81. [Persian] <https://doi.org/10.22038/ijp.2017.23549.1980>
 25. Farnam A, Madadzade T. Effect of positive training on positive psychological states (character strengths) of female high school students. *Positive Psychology Research*. 2017;3(1):61–76. [Persian] https://ppls.ui.ac.ir/article_22206.html?lang=en
 26. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *J Pers Soc Psychol*. 1989;57(6):1069–81. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
 27. Friedman EM, Ruini C, Foy R, Jaros L, Sampson H, Ryff CD. Lighten up! a community-based group intervention to promote psychological wellbeing in older adults. *Aging Ment Health*. 2017;21(2):199–205. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1093605>
 28. Tamosiunas A, Sapranaviciute-Zabazlajeva L, Luksiene D, Virviciute D, Peasey A. Psychological wellbeing and mortality: longitudinal findings from Lithuanian middle-aged and older adults study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019;54(7):803–11. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01657-2>
 29. Bayani AA, Mohammad Koocheky A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2008;14(2):146–51. [Persian] <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-464-en.html>
 30. Argyle M, Martin M, Crossland J. Happiness as a function of personality and social encounters. In: Forgas JP; Innes JM; editors. *Recent advances in social psychology: an international perspective*. North Holland: Elsevier Science Publishers; 1989.
 31. Alipoor A, Noorbala AA. A preliminary evaluation of the validity and reliability of the Oxford Happiness Questionnaire in students in the universities of Tehran. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 1999;5(1):55–66. [Persian] <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-1777-en.html>