



Effectiveness of Positive Psychology on Hope and Resilience in Mothers with Mentally Retarded Children

Suneh Reza Zadeh ¹, Anahita Khodabakhshi-Koolae ², Rahim Hamidy Pour ³,
Akram Sanagoo ^{4,*} 

¹ M.Sc., Department of Psychology and Education, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology and Education, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Counseling, Farhangian University, Tehran, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Nursing, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

* **Corresponding author:** Akram Sanagoo, Associate Professor, Department of Nursing, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. E-mail: sanagoo@goums.ac.ir

Received: 22 Jan 2018

Accepted: 22 May 2018

Abstract

Introduction: Mothers with mental retarded children deal with a number of psychological problems and challenges. New psychological interventions, such as positive psychology, have concepts and elements that help mothers improve their hope and resiliency in facing life problems. The purpose of this study was to determine the effectiveness of positive psychology on the hope and resilience of mothers with mentally retarded children.

Methods: This research had a semi-experimental design and pre-test-posttest with a control group. The research population included all mothers with mentally impaired children in Rofaydeh Hospital of Tehran, during year 2017. Thirty were selected by targeting sampling and then randomly assigned to two groups, experimental and control. The two groups responded in two stages: pre-test and post-test to Responder Questionnaire by Canner and Davidson (2003) and Schneider et al. (1991). The experimental group received 10 positive psychological training sessions. Data were analyzed by covariance test and SPSS software version 20.


Results: The findings showed that there was a significant difference between the pre-test of hope scores ($19/66 \pm 4/99$) and post-test ($25 \pm 4/20$) ($P = 0.001$). In addition, there was a significant difference between the pre-test of resiliency scores (51.66 ± 13.54) and pre-test (57.06 ± 13.54) ($P = 0.005$) of the experimental group. These changes were not found in the control group.

Conclusions: According to the research findings, therapeutic and educational positive psychological interventions could improve hope and resilience of mothers with mentally retarded children. This intervention could be recommended by family counselors at rehabilitation centers for mothers with special needs children.

Keywords: Positive Psychology, Hope, Resiliency, Mental Retardation



اثربخشی روانشناسی مثبت نگر بر امید و تاب آوری مادران دارای کودک کم توان ذهنی

سونه رضازاده مقدم^۱، آناهیتا خدابخشی کولایی^۲، رحیم حمیدی پور^۳، اکرم ثناگو^{۴*} 

^۱ کارشناس ارشد، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران

^۲ استادیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران

^۳ استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران

^۴ دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

* نویسنده مسئول: اکرم ثناگو، دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. ایمیل:

sanagoo@goums.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۳/۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۰۲

چکیده

مقدمه: مادران با کودک کم توان ذهنی با مشکلات و چالش‌های روان شناختی متعددی درگیر هستند. روش‌های جدید روان شناختی از جمله؛ روان شناسی مثبت گرا دارای مفاهیمی هستند که می‌توانند به امید و تاب آوری آنها در برابر مصائب زندگی کمک کنند. پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روانشناسی مثبت نگر بر امید و تاب آوری مادران دارای کودک کم توان ذهنی بود.

روش کار: روش این پژوهش از نوع نیمه تجربی و با پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه مادران با کودک کم توان ذهنی در بیمارستان رفیده شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بود که از این میان تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند و در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تخصیص یافتند. دو گروه در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به پرسش‌نامه تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و مقیاس امیدواری اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) پاسخ دادند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه آموزش مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر را دریافت کردند. داده‌های جمع آوری شده به وسیله آزمون کوواریانس و نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که بین نمرات امید در مرحله پیش آزمون ($4/99 \pm 19/66$) و پس آزمون ($4/20 \pm 25$) ($P = 0/001$) تفاوت معناداری را نشان داد. همچنین، در نمرات تاب آوری در مرحله پیش آزمون ($13/54 \pm 51/66$) و پس آزمون ($12/67 \pm 57/06$) ($P = 0/005$) در گروه آزمایش پس از اجرای مداخله تفاوت معناداری مشاهده شد. این تفاوت در گروه کنترل مشاهده نشد. **نتیجه گیری:** به نظر می‌رسد که، ارائه مداخله‌های آموزشی و درمانی مبتنی بر روان شناسی مثبت گرا می‌تواند به ارتقای امید و تاب آوری در برابر استرس در مادران با کودک ناتوان ذهنی اثربخش باشد. برگزاری دوره‌های آموزشی و درمانی به مادران با کودکان کم توان ذهنی در مراکز و مؤسسات توانبخشی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: روانشناسی مثبت نگر، امید، تاب آوری، کم توان ذهنی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

عوامل و منابع گوناگونی می‌توانند باعث ایجاد استرس شوند که یکی از این عوامل، داشتن فرزندی با نیازهای ویژه است. فرزند با نیازهای ویژه می‌تواند سلامت روان اعضای خانواده و به ویژه مادر را دستخوش تغییر کند (۲). لذا وجود کودک کم توان ذهنی می‌تواند اثرات نامطلوبی بر ساختار و عملکرد کل خانواده بگذارد و اعضای آن را تحت فشارهای جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی قرار بدهد تا حدی که روند طبیعی

معلولیت ذهنی اختلالی است شامل؛ نقص‌هایی در عملکرد ذهنی همانند؛ نقص در استدلال، برنامه ریزی، تفکر انتزاعی، قضاوت و یادگیری آموزشی می‌باشد. همچنین، این معلولیت به نقص در عملکرد سازگاران همانند، ناتوانی در دستیابی به ملاک‌های رشد اجتماعی- فرهنگی، استقلال و پذیرش مسئولیت اجتماعی منجر می‌شود (۱). استرس یا فشار روانی واقعیتی طبیعی در زندگی روزمره انسان‌هاست.

روش کار

روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل است. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه مادران دارای کودک با کم‌توانی ذهنی مراجعه‌کننده به بیمارستان رفیده شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بود. روش نمونه‌گیری براساس نمونه‌گیری در دسترس بود. حجم نمونه براساس پژوهش‌های پیشین (۲۳، ۲۴) و با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، ۳۰ نفر و برای هر گروه ۱۵ نفر برآورد شد. در نهایت براساس معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند که در دو گروه مداخله و کنترل تخصیص تصادفی یافتند (هر گروه ۱۵ نفر).

$$n_1 = n_2 = \frac{(S_1^2 + S_2^2)(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{(X_1 - X_2)^2}$$

معیارهای ورود به پژوهش شامل؛ ۱- مادرانی که فرزند کم‌توان ذهنی ثبت نام شده و دریافت‌کننده خدمات پزشکی و توانبخشی بیمارستان رفیده بودند، ۲- میزان تحصیلات سیکل برای خواندن و پاسخ مستقلا نه به پرسشنامه‌ها، ۳- مادران مطلقه نبودند برای اینکه فشارهای مضاعف روان‌شناختی بر آنها وارد نباشد ۴- مادران کودک ناتوان جسمی و ذهنی دیگری نداشتند. معیارهای خروج از پژوهش شامل؛ ۱- غیبت بیش از دو جلسه از کلاس‌های آموزشی و ۲- شرکت همزمان در سایر مداخلات روان‌شناختی. سپس برای اجرای پرسشنامه‌ها، پژوهشگر پس از شرح کلی جلسات و هدف از تشکیل کلاس‌ها از پرسشنامه‌ها بین آنها توزیع شد. سپس گروه آزمایش به مدت به مدت ۱۰ هفته به صورت هفته‌ای یکبار و هر جلسه بین یک ساعت و نیم تا دو ساعت دقیقه مداخله درمانی - آموزشی روان‌شناسی مثبت‌نگر را دریافت کردند. شرح جلسات مداخله در جدول ۱ آمده است. در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند و فرزندان آنها درمان‌های روتین بیمارستان را دریافت داشتند. بسته آموزشی روانشناسی مثبت‌نگر برگرفته از پژوهش‌های پیشین (۲۲، ۲۳) می‌باشد. این جلسات توسط پژوهشگر و به صورت گروهی در مرکز توانبخشی رفیده برای مادران برگزار شد.

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات، از دو پرسش‌نامه استفاده شده است. مقیاس امیدواری آشنایدر، این پرسش‌نامه که توسط آشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) برای سنجش امیدواری ساخته شد، دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خودسنجی اجرا می‌شود. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی (عبارت‌های ۲، ۳، ۷ و ۸)، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی (عبارت‌های ۴، ۹، ۱۱ و ۱۲)، و ۴ عبارت انحرافی است. بنابراین این پرسش‌نامه دو زیرمقیاس را در بر می‌گیرد: عامل و راهبردی. برای پاسخ دادن به هر پرسش، پیوستاری از ۱ (کاملاً غلط) تا ۴ (کاملاً درست) در نظر گرفته شده است که نمرات بالاتر نشان دهنده امید بیشتر می‌باشد. در پژوهش آشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) ضریب پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و ضریب پایایی پس از یک ماه ۰/۷۴ محاسبه شد (۲۵). پرسشنامه امید تأیید اعتبار سازه‌ای توافقی و تفکیکی قابل توجهی را دریافت کرده است. در ایران همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون - بازآزمون ۰/۸۰ و دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است (۲۶). پرسش‌نامه تاب‌آوری کاتر و دیویدسون این مقیاس شامل ۲۵ سؤال

زندگی را برای کل خانواده مختل کرده و منجر به فروپاشی آن می‌شود (۳). مادر نخستین فرد و مراقبی است که با کودک ارتباط برقرار می‌کند و بیشتر از سایر اعضای خانواده تحت تأثیر شرایط کودک است (۴). یکی از متغیرهایی که در ارتقای سطح سلامت روان‌شناختی مادران با کودک نیاز ویژه تأثیر دارد، امید است (۵). امید، ذهنیتی است که بر حس متقابل اراده و برنامه‌ریزی فرد برای رسیدن به هدف، استوار است. امید فرایندی است که به افراد امکان می‌دهد تا هدف‌هایی را طراحی کنند و از آنها پیروی کنند (۶). امید، توانایی درک از ایجاد راه‌های مطلوب در زندگی و دست‌یابی به آنهاست (۷). همچنین، امید نمادی از سلامت روانی و توانایی باور به احساس بهتر در آینده است و ناامیدی نقطه مقابل آن است (۸). امید با مؤلفه‌های روان‌شناختی دیگری همراه است که تاب‌آوری یکی از آنهاست. تاب‌آوری، یعنی بازگشت به تعادل و یا رسیدن به سطحی بالاتر از آن است که به سازگاری موفق در زندگی منجر می‌شود. تاب‌آوری، ویژگی شخصیتی است که فرد را قادر می‌سازد تا از سختی‌ها زندگی بگذرد و در مواجهه شدن با شرایط نامطلوب زندگی به مقاوم باشد (۹، ۱۰). تاب‌آوری، می‌تواند به بهبود سلامت روان در افراد منجر شود (۱۱). همچنین، تاب‌آوری می‌تواند سطوح استرس و ناتوانی را در شرایط استرس‌زای زندگی تعدیل کرده و به افزایش رضایت از زندگی منجر شود (۱۲، ۱۳). روان‌شناسی مثبت‌نگر، رویکرد تازه‌ای در روان‌شناسی است، که به دنبال تصویری مطلوب از زندگی است و برای اینکه مشخص کند چه چیزهایی زندگی را برای زیستن با ارزش می‌کند، از روش‌های عینی روان‌شناسی استفاده می‌کند (۱۴، ۱۵). موضوع اصلی روان‌شناسی مثبت‌نگر، پژوهش درباره تجربه‌های ذهنی مثبت است. این تجربه‌ها شامل؛ بهورزی، خشنودی، رضایت خاطر، لذت، امید، خوشبینی روانی، شایستگی، و عشق می‌باشد. روان‌شناسی مثبت‌نگر به دنبال آن است که افراد را نیرومندتر و پرتوان‌تر کرده و استعدادهايشان را شکوفا کند. همچنین، تجربه‌های مثبتی همچون؛ خوش‌بینی، شادکامی، شوخ‌طبعی در افراد رشد دهد (۱۶). یکی از روش‌های مؤثر در روان‌درمانی مثبت‌نگر، تأکید بر توانایی‌ها و نقاط قوت افراد است. در این نوع روان‌درمانی، هدف چیزی بیش از بهبود علائم منفی یک اختلال است و در پی افزایش بهزیستی و شادکامی در افراد است (۱۷). روان‌درمانی مثبت‌نگر، با ایجاد و گسترش هیجان‌های مثبت، دامنه تفکر مثبت را گسترش داده و هم‌زمان فرد را برای انجام کارهای مثبت آماده می‌سازد (۱۸). در پژوهش‌های پیشین، به اثربخشی درمان‌های مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر در سایر گروه‌های بالینی پرداخته شده است. از جمله، می‌توان به کاهش نشانه‌های روان‌شناختی چون افسردگی در افراد افسرده (۱۹) و ایجاد معنا و رضایت از زندگی در سالمندان اشاره کرده است (۲۰). یولیازیک و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان دادند که روان‌درمانی مثبت‌نگر بر کاهش علائم روان‌پزشکی دانشجویان تأثیر مثبتی داشته است (۲۱). اسپرانکو و همکاران (۲۰۱۴) نیز در پژوهشی دریافتند که آموزش‌های مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر باعث افزایش بهزیستی و سلامتی روان‌شناختی و کاهش علائم و نشانه‌های پریشانی و افسردگی در افراد می‌شود (۲۲). هر چند که، این پژوهش‌ها به اثربخشی این درمان را بر امید و تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی نپرداخته‌اند، لذا این پژوهش در پی پاسخ به این پرسش است که، روان‌درمانی مثبت‌نگر بر امید و تاب‌آوری مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی چه تأثیری دارد؟

که از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. این مقیاس اگر چه تعداد مختلف تاب آوری را می‌سنجد ولی دارای یک نمره کل می‌باشد. دامنه نمرات افراد بین ۰ تا ۱۰۰ می‌باشد.

است که توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ جهت اندازه گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید تهیه شده است. برای هر سؤال طیف درجه بندی پنج گزینه‌ای (کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده

جدول ۱: خلاصه مداخلات درمانی

جلسات	اهداف و مداخلات
جلسه اول	خوشامد گویی، معرفی پژوهشگر به اعضا، بیان هدف از تشکیل گروه و قواعد حاکم در جلسات گروهی؛ صحبت در مورد ذهن و افکار مثبت و منفی؛ تکلیف: بررسی افکار خود و ۱۰ مورد از آنها نوشته این افکار مثبت یا منفی هستند.
جلسه دوم	مرور جلسه قبل و تکالیف؛ تعریف مثبت اندیشی؛ ویژگی‌های افراد مثبت اندیش و بدبین و نحوه اندیشیدن آنها صحبت در مورد مزایای مثبت اندیشی؛ شناسایی علایم و نشانه‌های مثبت اندیشی؛ توضیح درباره چهار مهارت اصلی خوش بینی؛ تکلیف: مثال‌هایی از اتفاقات روزانه ذکر کنید و در هر مورد سبک تبیین خود را مشخص کنید کدام خوشبینانه و کدام بدبینانه است.
جلسه سوم	مرور جلسه قبل و تکالیف قبلی؛ آموزش مهارت مثبت اندیشی؛ بحث در مورد معنای زندگی (آفرینش معنا، پایبندی به معنای زندگی و اثرات معنای زندگی بر فرد)؛ معرفی و شناسایی افکار غیر منطقی؛ تکلیف: رد یابی افکار منفی و غیر منطقی؛ لیست نمودن ارزش‌های مهم زندگی
جلسه چهارم	مرور جلسه قبل و تکالیف قبلی؛ بحث در مورد ارزش‌های مهم زندگی و چگونگی کنش در جهت دستیابی به این ارزش‌ها؛ صحبت در مورد هیجان‌ها و احساسات و مثلث فکر، احساس و رفتار؛ ارائه مدل آلیس A-B-C؛ توضیح درباره از نو اندیشیدن درباره باورها؛ تکلیف: در این هفته هر رفتاری که دوستان در مورد شما انجام می‌دهد را نوشته و چه رفتاری از شما سرزده
جلسه پنجم	مرور جلسه قبلی و تکلیف جلسه قبل؛ استفاده از زبان و سخنان سازنده؛ انواع تحریف‌های شناختی؛ تکلیف: توقعاتی که از خود، خانواده و دوستان خود دارید نوشته و در مورد آنها فکر کنید یا غیر منطقی هستند یا غیر منطقی، اگر غیر منطقی هستند، آن‌ها را به چالش بکشید
جلسه ششم	آموزش مهارت خودآگاهی؛ شناخت ویژگی‌های خود؛ شناختن الگوهای فکری ناسالم (الگوی فکر قربانی بودن، سرزنش، درماندگی، حق ویژه داشتن، نادیده گرفتن امور مثبت و توجه بیش از حد به منفی‌ها، فاجعه سازی)؛ شناخت استعدادها و توانایی‌ها؛ شناخت نقاط ضعف؛ تدوین یک تعریف جامع از خود؛ تکلیف خانگی: ادامه شناسایی و چالش با افکار و نگرش‌های ناکارآمد.
جلسه هفتم	مرور جلسه قبلی و تکالیف؛ آموزش مهارت برقراری ارتباط مؤثر؛ تعریف ارتباط و ماهیت آن؛ اجزای ارتباط اصول حاکم بر ارتباط؛ الگوهای مخرب ارتباط؛ مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط مؤثر؛ مراحل یک گفتگوی مؤثر؛ موانع برقراری ارتباط مؤثر؛ دو اصل مهم در ایجاد یک رابطه مؤثر؛ ۱. وجود اعتماد و ۲. وجود یک چیز مشترک؛ تعریف بخشش؛ توضیح رابطه مثبت اندیشی و روابط خوب با دیگران؛ تکلیف خانگی: به کارگیری مهارت‌های ارتباط مؤثر و ارزیابی به کارگیری این مهارت‌ها و الگوها
جلسه هشتم	مرور جلسه قبلی و تکالیف؛ آموزش مهارت مقابله با احساسات ناخوشایند؛ شناخت عصبانیت و علائم و دلایل آن؛ مقابله با عصبانیت؛ شناخت غمگینی؛ مقابله با غمگینی؛ نگرانی و اضطراب؛ مقابله با نگرانی و اضطراب؛ تکلیف خانگی: به کارگیری مهارت‌های مقابله با احساسات ناخوشایند در مواجهه با احساسات ناخوشایند.
جلسه نهم	مرور جلسه قبلی و تکالیف؛ تعریف مهارت حل مساله؛ چه افرادی فاقد توان حل مساله و مشکلات خود هستند؛ مراحل هفتگانه حل مسئله؛ تکلیف: در این هفته یک مشکلی که به آن برخورد کردید بنویسید و آن را چگونه حل کردید.
جلسه دهم	مرور جلسه قبل و انجام مراحل مختلف حل مساله؛ جمع بندی مباحث بیان شده در جلسات پیشین و ایجاد یک ساختار جدید در سطح شناخت، رفتار و هیجان در افراد

یافته‌ها

در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی مادران شرکت کننده در پژوهش نشان داده شده است. در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل و به تفکیک دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای امیدواری و تاب آوری مرحله پس آزمون گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۲۵ و ۵۷/۰۶ و گروه کنترل برابر با ۱۹/۴۰ و ۵۴/۷۳ می‌باشد.

پیش از تحلیل کوواریانس برای اطمینان از نرمال بودن توزیع داده‌ها نیز آزمون کولموگوروف اسمیرنوف استفاده شد و نتایج حاکی از نرمال بودن داده‌ها در تمامی متغیرهای مورد مطالعه بوده است ($P > 0/05$). نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر امیدواری و تاب آوری در جدول ۳ و ۴ گزارش شده است.

همان طور در جدول ۳ ملاحظه می‌شود نتایج تحلیل واریانس برای امیدواری ($F(27,1) = 16/59, P = 0/001, Eta = 0/390$). همان طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود متغیر تاب آوری ($F(27,1) = 9/47, P = 0/005, Eta = 0/267$) نشان می‌دهد که بین دو گروه اختلاف معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر بین نمرات تاب‌آوری گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ) مقیاس توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف (عادی و خطر) احراز گردیده است (۲۷). در ایران، پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شد. روایی آزمون نیز از طریق عاملی به دست آمد (۲۸). روش اجرای پژوهش به این گونه بود که پس از تأیید طرح پژوهش در دانشگاه خاتم و اخذ نامه اخلاق، ابتدا با مراجعه به بیمارستان توانبخشی کودکان رفیده با بخش ناتوانی ذهنی هماهنگی‌های لازم با مسئولین این مرکز به عمل آمد. سپس، مادران برای انجام مقدماتی پژوهش به مرکز مراجعه کردند. پس توضیح طرح پژوهشی، از بین مادرانی که راغب به شرکت در پژوهش بودند، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شد و در نهایت به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس از تمامی مادران فرم رضایت آگاهانه به صورت کتبی اخذ شد و سایر موارد اخلاقی پژوهش از جمله؛ محرمانگی پرسشنامه و خروج داوطلبانه از پژوهش به آنها یادآوری شد. بعد از اتمام جلسات مداخله و گذشت یک هفته، مجدداً هر دو پرسشنامه‌های مذکور برای پس آزمون از هر دو گروه اخذ شد. در نهایت برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش، سه جلسه مداخله نیز برای گروه کنترل برگزار گردید. در نهایت، داده‌های مستخرج از مطالعه، از طریق آزمون کوواریانس برای بررسی اثر پس آزمون استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها نیز از برنامه نرم افزاری SPSS، نسخه ۲۰ استفاده گردید.

جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

شاخص توصیفی	فراوانی	درصد
سن		
۳۰-۳۵ سال	۱۲	۴۰٪
۳۵-۴۵ سال	۱۸	۶۰٪
میزان تحصیلات		
سیکل و دیپلم	۱۶	۵۳٪
فوق دیپلم و لیسانس	۱۴	۴۷٪

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات تاب‌آوری و امید در دو گروه آزمایش و کنترل (n = ۳۰)

مراحل	میانگین و انحراف معیار	
امیدواری		
آزمایش		
پیش از آزمون	۱۹/۶۶ ± ۴/۹۹	
پس از آزمون	۲۵ ± ۴/۲۰	
کنترل		
پیش از آزمون	۱۹/۱۳ ± ۳/۹۴	
پس از آزمون	۱۹/۴۰ ± ۳/۴۱	
تاب‌آوری		
آزمایش		
پیش از آزمون	۵۱/۶۶ ± ۱۳/۵۴	
پس از آزمون	۵۷/۰۶ ± ۱۲/۶۷	
کنترل		
پیش از آزمون	۵۴ ± ۱۲/۰۸	
پس از آزمون	۵۴/۷۲ ± ۱۲/۷۴	

جدول ۳: تحلیل کوواریانس امید در گروه‌های آزمایش و کنترل با حذف اثر متقابل (n = ۳۰)

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
بین گروه‌ها	۶۸/۸۷	۱	۶۸/۸۷	۱۶/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۳۹۰
درون گروه‌ها	۱۰۷/۹۳	۲۷	۴/۱۴			
کل	۴۰۰۶	۳۰				

جدول ۴: خلاصه تحلیل کوواریانس تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش و کنترل با حذف اثر متقابل (n=۳۰)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
بین گروه‌ها	۱۵۲/۶۹	۱	۱۵۲/۶۹	۹/۶۰	۰/۰۰۴	۰/۲۶۲
درون گروه‌ها	۴۲۹/۱۸	۲۷	۱۵/۸۹			
کل	۹۸۳۰۹	۳۰				

بحث

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که، مداخله روانشناسی مثبت‌نگر بر امید و تاب‌آوری مادران با کودک کم‌توان ذهنی تأثیر مثبت و معناداری داشته است. هر چند که پژوهش مشابه این مطالعه دقیقاً صورت نگرفته است، اما پژوهش‌هایی دیگری که کاربرد سایر مداخله‌های رویکرد روان‌شناسی مثبت را برای مادران با کودک نیاز ویژه به کار برده‌اند، همسو می‌باشد. به عنوان مثال، بن و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش خود نشان دادند که مداخله آموزشی درمانی ذهن آگاهی می‌تواند به کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران از جمله؛ افسردگی و اضطراب آنها منجر شود (۲۴). همچنین دایکنز (۲۰۱۳) در پژوهشی به این نتیجه دست یافت که مداخله‌های درمانی روان‌شناسی مثبت از جمله، غرقگی، ذهن آگاهی و امید به ارتقای بهزیستی روان‌شناختی، خودمختاری، پذیرش خود، خوش بینی و کاهش اختلالات و مشکلات روانشناختی همچون؛

افسردگی افراد مراقبان منجر می‌شود (۲۳). هر چند که، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که امید و تاب‌آوری در این قبیل مادران به شدت به میزان آسیب و درجه معلولیت فرزندشان بستگی دارد (۹، ۱۰). به هر حال، مداخله روان‌شناسی مثبت به دلیل آنکه، به مؤلفه‌های روان‌شناختی همچون؛ انعطاف‌پذیری و توانایی حل مسئله می‌پردازد، به مرور زمان فرد را در برابر مشکلات زندگی تاب‌آورتر می‌سازد (۹). مداخله‌های روان‌شناسی مثبت می‌تواند ذهن فرد را در جهت انتخاب راه‌های مناسب و خلاقانه برای پیشبرد اهداف و حل مسئله آماده نماید؛ یکی از این مؤلفه‌های خودآگاهی می‌باشد. خودآگاهی مؤلفه‌ای است که در اثر آموزش مثبت‌اندیشی در افراد تقویت می‌شود. مؤلفه دیگری که می‌تواند در این بین اثرگذار باشد، داشتن هدف و معنا در زندگی می‌باشد. با توجه به اینکه از یک طرف، یکی از پایه‌های روانشناسی مثبت‌نگر

آموزشی برای والدین در جهت امیدوار و تاب آور ساختن آنها در برابر مشکلات زندگی گام‌های موثری در مراکز توانبخشی و درمانی برداشته شود. همچنین، ارائه مهارت‌های روان درمانی مثبت‌نگر و انتقال این آموزه‌ها به مادران با کودک کم توان ذهنی، می‌تواند به کاهش اختلالات روانی و ارتقای سطح کیفیت زندگی آنها کمک کند.

نتیجه گیری

مداخله‌های درمانی و آموزشی روان شناسی مثبت نگر با ارائه مفاهیم روان شناختی مثبت گرایانه و خوش بینانه زندگی به مادران با کودک دچار معلولیت کم توان ذهنی، به ارتقای سطح امید و تاب آوری مادران در برابر مصائب زندگی یاری می‌رساند. لذا توصیه می‌شود که، این مداخله در کنار سایر مداخله‌های روان شناختی برای کاهش بار روانی و عینی مراقبت در مادرانی که مسئولیت نگهداری از این فرزندان را به عهده دارند، ارائه شود.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول رشته مشاوره خانواده با شماره مصوب ۹۵/ص/۱۰۰/۲۵۰۸ در دانشگاه خاتم می‌باشد. بدین وسیله، از تمامی مدیران و کارکنان مرکز توانبخشی رفیده و مادرانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که در نگارش این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5(5th Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
2. Plant KM, Sanders MR. Predictors of care-giver stress in families of preschool-aged children with developmental disabilities. *J Intellect Disabil Res.* 2007;51(Pt 2):109-24. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00829.x pmid: 17217475
3. Gupta A, Singhal N. Positive perceptions in parents of children with disabilities. *Asia Pac Disabil Rehabil J.* 2004;15(1):22-35.
4. Koolae AK, Khazan S, Tagvae D. Mother - Child Relationship and Burden in Families of Children with Mental Retardation. *Middle East J Psychiat Alzheimers.* 2014;5(3):32-6. doi: 10.5742/mejpa.2014.92529
5. Khodabakhshi Koolae A, Derakhshandeh M. [Effectiveness of hope-oriented group therapy on life meaning and resilience in mothers with physical-motor disabled children]. *Iran J Pediatr Nurs.* 2015;1(3):15-25.
6. Feldman DB, Kubota M. Hope, self-efficacy, optimism, and academic achievement: Distinguishing constructs and levels of specificity in predicting college grade-point average. *Learn Individ Dif* 2015;37:210-6. doi: 10.1016/j.lindif.2014.11.022
7. Du H, Bernardo ABI, Yeung SS. Locus-of-hope and life satisfaction: The mediating roles of personal self-esteem and relational self-esteem. *Pers Individ Dif* 2015;83:228-33. doi: 10.1016/j.paid.2015.04.026
8. Khodabakhshi-Koolae A, Rajae-Asl N. [Efficacy of Hope-Oriented Group Therapy on Quality of Life and Parent-Child Relationship in Mothers with Autistic Children]. *J Prev Health.* 2016;2(2):32-43.
9. Lloyd TJ, Hastings R. Hope as a psychological resilience factor in mothers and fathers of children with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res.* 2009;53(12):957-68. doi: 10.1111/j.1365-2788.2009.01206.x pmid: 19744261
10. Ogston PL, Mackintosh VH, Myers BJ. Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. *Res Autism Spectr Disord.* 2011;5(4):1378-84. doi: 10.1016/j.rasd.2011.01.020
11. Guralnick MJ. Early Intervention for Children with Intellectual Disabilities: An Update. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2016. doi: 10.1111/jar.12233 pmid: 26764896
12. Weiland BJ, Nigg JT, Welsh RC, Yau WY, Zubieta JK, Zucker RA, et al. Resiliency in adolescents at high risk for substance abuse: flexible adaptation via subthalamic nucleus and linkage to drinking and drug use in early adulthood. *Alcohol Clin Exp Res.* 2012;36(8):1355-64. doi: 10.1111/j.1530-0277.2012.01741.x pmid: 22587751
13. Friedman M, Woods J, Salisbury C. Caregiver Coaching Strategies for Early Intervention Providers. *Infants Young*

- Child. 2012;25(1):62-82. doi: [10.1097/1YC.0b013e31823d8f12](https://doi.org/10.1097/1YC.0b013e31823d8f12)
14. Halgunseth L, Peterson A, Stark D, Moodie S. Family engagement, diverse families, and early childhood programs: An integrated review of the literature. *Young Child*. 2009;64(5):56-8.
 15. Snyder CR, Cheavens J, Sympson SC. Hope: An individual motive for social commerce. *Group Dynam Theory Res Pract* 1997;1(2):107-18. doi: [10.1037/1089-2699.1.2.107](https://doi.org/10.1037/1089-2699.1.2.107)
 16. Hastings RP, Kovshoff H, Ward NJ, degli Espinosa F, Brown T, Remington B. Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *J Autism Dev Disord*. 2005;35(5):635-44. doi: [10.1007/s10803-005-0007-8](https://doi.org/10.1007/s10803-005-0007-8) pmid: [16177837](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16177837/)
 17. Rashid T, Seligman M. *Positive psychotherapy in current psychotherapies*. 10th ed. Belmont, CA: Cengage; 2013.
 18. Arabzadeh M. [The Effect of Positive Psychotherapy on Self-Management Ability in Elderly]. *J Health Care*. 2016;18(3):228-36.
 19. Burns W, Linley P. Strengthspotting. In: Burns W, editor. *Happiness, healing, enhancement your casebook collection for applying positive psychology in therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2010. p. 3-14.
 20. Kashaniyan F. Effectiveness of Positive Psychology Group Interventions on Meaning of Life and Life Satisfaction among Older Adults. *Eld Health J*. 2015;1(2):68-74.
 21. Uliaszek AA, Rashid T, Williams GE, Gulamani T. Group therapy for university students: A randomized control trial of dialectical behavior therapy and positive psychotherapy. *Behav Res Ther*. 2016;77:78-85. doi: [10.1016/j.brat.2015.12.003](https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.003) pmid: [26731172](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26731172/)
 22. Schrank B, Riches S, Coggins T, Rashid T, Tylee A, Slade M. WELLFOCUS PPT - modified positive psychotherapy to improve well-being in psychosis: study protocol for a pilot randomised controlled trial. *Trials*. 2014;15:203. doi: [10.1186/1745-6215-15-203](https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-203) pmid: [24888479](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24888479/)
 23. Dykens EM. Toward a positive psychology of mental retardation. *Am J Orthopsychiatry*. 2006;76(2):185-93. doi: [10.1037/0002-9432.76.2.185](https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.2.185) pmid: [16719637](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16719637/)
 24. Benn R, Akiva T, Arel S, Roeser RW. Mindfulness training effects for parents and educators of children with special needs. *Dev Psychol*. 2012;48(5):1476-87. doi: [10.1037/a0027537](https://doi.org/10.1037/a0027537) pmid: [22409766](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22409766/)
 25. Snyder CR. Conceptualizing, Measuring, and Nurturing Hope. *J Counsel Dev*. 1995;73(3):355-60. doi: [10.1002/j.1556-6676.1995.tb01764.x](https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01764.x)
 26. Kermani Z, Khodapanahi M, Heidari M. [Psychometrics characterise of Snyder Hope Scale]. *J Appl Psychol*. 2012;5(3):7-23.
 27. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82. doi: [10.1002/da.10113](https://doi.org/10.1002/da.10113) pmid: [12964174](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12964174/)
 28. Samani S, Jokar B, Sahragard N. [Resilience, mental health and life satisfaction]. *J Psychiat Clin Psychol*. 2006;3(3):290-5.
 29. Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *Am Psychol*. 2006;61(8):774-88. doi: [10.1037/0003-066X.61.8.774](https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774) pmid: [17115810](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17115810/)
 30. Rashid T. Positive psychotherapy: A strength-based approach. *J Posit Psychol*. 2014;10(1):25-40. doi: [10.1080/17439760.2014.920411](https://doi.org/10.1080/17439760.2014.920411)