

اثر بخشی آموزش مثبت نگری بر باورهای غیر منطقی و شادکامی مادران کودکان با نقص شنوایی

الهه نیلی / کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی / دانشگاه زنجان

محمود کاظمی / استادیار گروه روان شناسی / دانشگاه زنجان

محسن امیری / استادیار گروه روان شناسی / دانشگاه زنجان

چکیده

زمینه و هدف: روان‌درمانی مثبت‌گرا رویکردی در روان‌درمانی است، که به طور خاص با ایجاد توانمندی‌ها و هیجانات مثبت همراه است و با افزایش معنا در زندگی مراجعان به تخفیف و تسکین آسیب‌های روانی و افزایش شادکامی می‌پردازد. این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی آموزش مثبت‌نگری بر باورهای غیر منطقی و شادکامی مادران کودکان با آسیب شنوایی در شهر قزوین در سال ۱۳۹۶ انجام گرفت.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودکان با آسیب شنوایی بود، که از این میان ۳۴ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و با توجه به ملاک‌های ورود (سن، تحصیلات، شغل و وضعیت شنوایی مادران، سن، جنس، شنوایی کودک و دووالدی بودن خانواده‌ها) در دو گروه آزمایش (۱۷ نفر) و کنترل (۱۷ نفر) تقسیم شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه باورهای غیر منطقی جونز (۱۹۶۹) و پرسشنامه شادکامی آکسفورد (۱۹۸۹) بود. آموزش مثبت‌نگری در قالب ده جلسه نود دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه، در گروه آزمایش اجرا شد. در پایان برای دو گروه پس‌آزمون اجرا گردید. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها کوواریانس چند متغیری بود. یافته‌ها: نتایج نشان داد آموزش مثبت‌نگری بر باورهای غیر منطقی و شادکامی مادران کودکان با آسیب شنوایی، تاثیر ندارد.

نتیجه‌گیری: بدین ترتیب می‌توان گفت احتمالاً در کاهش باورهای غیر منطقی و افزایش شادکامی مادران کودکان با آسیب شنوایی، لازم است عوامل و متغیرهای مهمتر از مثبت نگری مدنظر قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: مثبت نگری، باورهای غیر منطقی، شادکامی، مادران کودکان با آسیب شنوایی.

مقدمه

می‌کند و آسیب شنوایی را به صورت خفیف (۲۶ تا ۴۰ دسی بل)، متوسط (۴۱ تا ۶۰)، شدید (۶۱ تا ۸۰) و با آسیب شنوایی (۸۱ و بیشتر) طبقه‌بندی می‌کند (۴). در سطح جهانی حدوداً یک تا سه کودک از هر ۱۰۰۰ کودک، با کم شنوایی متولد می‌شود (۵). شیوع نقص شنوایی در ایران، به ۴۰۷ از هر ۱۰۰۰ کودک زنده متولد شده در پایتخت گزارش شده است (۶).

کودکان با آسیب شنوایی، به علت آسیب شنوایی‌شان قادر به صحبت و برقراری ارتباط با دیگران نیستند (۷). این مسأله می‌تواند باعث نگرانی والدین شود و درگیری‌های ذهنی برای آنها ایجاد کند (۸). همچنین پیچیدگی این آسیب و مشکلات ارتباطی که به همراه

در سال‌های اول زندگی، حس شنوایی عامل مهمی در رشد گفتار، زبان و شناخت است (۱). کاهش شنوایی، در جمعیت‌های مختلف علت‌های متفاوتی دارد، از جمله: عفونت، ضربه، بلوغ زودرس، داروهای سمی برای گوش، و دیگر عوامل محیطی (۲). تأخیر در گفتار، زبان و مهارت‌های ارتباطی زمانی رخ می‌دهد، که کاهش شنوایی شناسایی و درمان نشده باشد (۳). سازمان جهانی بهداشت آسیب شنوایی را تحت عنوان از دست دادن کامل توانایی شنوایی در یک گوش یا هر دو گوش تعریف

1- World Health Organization (WHO)

می‌آورد از جمله مواردی هستند، که موجب اختلال در خانواده می‌شود (۹).

نظر به اینکه مادر، اولین شخصی است که اطلاعات مربوط به آسیب شنوایی کودک را از کارشناسان دریافت می‌کند (۱۰). خبر تشخیص با آسیب شنوایی بودن کودک می‌تواند درک منفی مادر را از خود تشدید کند و حتی منجر به انزوای اجتماعی او شود (۱۱). بنابراین یکی از چالش‌های جدی مادران این کودکان، زندگی در سایه نگرانی‌هاست که ممکن است به کیفیت زندگی آنها آسیب بزند (۱۲). بیشتر نگرانی‌های اصلی مادران کودکان با آسیب شنوایی مربوط به کودک و خانواده است، آنها درباره‌ی امنیت و سلامت فرزند خود، معنای مرگشان برای او و توانایی مستقل شدن کودکشان ابراز نگرانی می‌کنند (۱۳). همچنین نگرانی از احتمال تولد فرزند دیگری با همین آسیب، دلواپسی از ازدواج کودک با آسیب شنوایی و ترس از ناشنوا شدن فرزندانشان، از مهم‌ترین دغدغه‌ها و نگرانی‌های این مادران محسوب می‌شود (۱۲).

الیس^۱ معتقد است که ناراحتی‌ها و اضطراب‌های هر فرد زاینده‌ی افکار غیرعقلانی اوست (۱۴). این باورها و نگرش‌های نادرست عبارت‌اند از: تأیید و حمایت دیگران، انتظار بالا از خود، تمایل به سرزنش خود، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، دل‌مشغولی زیاد، اجتناب از مسائل، وابستگی، ناامیدی به تغییر و کمال‌گرایی (۱۵). همچنین باورهای غیرمنطقی، معیارهای انعطاف‌ناپذیری هستند که فرد از آن برای قضاوت درباره‌ی خود و دیگران استفاده می‌کند (۱۶). از جمله فعالیت‌هایی که موجب هراس و اضطراب خانواده‌های دارای فرزند با آسیب شنوایی می‌شود، می‌توان به انجام فعالیت‌های اوقات فراغت، شرکت در مهمانی‌ها، فعالیت‌های ورزشی، دیدار از دوستان و اقوام، بهره‌گیری از تسهیلات اجتماعی، رفت و آمد در مکان‌های عمومی و شناخته شدن نزد دیگران اشاره کرد (۱۷). به علاوه مادران کودکان با آسیب شنوایی با چالش در مسائلی از قبیل: پذیرش کودک

ناتوان، پذیرش واقعیت، ناامیدی و افسردگی مواجه هستند (۷). آنها با نگرانی‌هایی از قبیل: ناامیدی و احساسات منفی به سبب ناتوانی در دستیابی به اهداف مواجه می‌شوند، به سختی می‌توانند برنامه‌ریزی کنند و به نیازهای خود و کودک رسیدگی نمایند (۱۳). همچنین اغلب از نگرش اطرافیان و جامعه نسبت به کم‌شنوایی فرزند خود، نگران هستند (۱۱).

از طرف دیگر، مطالعات متعددی اثرات حضور کودک آسیب دیده در خانواده از جمله غمگینی و کاهش شادکامی مادران را نشان داده است (۱۸).

با توجه به نگرانی‌های متعدد مادران دارای کودک با آسیب شنوایی، لازم است در برنامه‌های توان بخشی و خدمات معمول برای این کودکان، به ابعاد هیجانی، احساسی و وضعیت روان‌شناختی مادران آنها نیز توجه شود (۱۲). از جمله روش‌هایی که تاکنون برای درمان افسردگی و ارتقا شادکامی مادران کودکان با نیازهای ویژه، علی‌الخصوص با آسیب شنوایی به کار برده شده است، می‌توان دارو درمانی یا درمان‌های ترکیبی را نام برد. همچنین اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر ارتقا رابطه‌ی مادر-کودک و شادکامی مادران دارای فرزند با آسیب شنوایی، نشان داد: شادکامی مادران در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به صورت معناداری بالاتر بود (۱۹).

در حرکت از دیدگاه‌های بیماری محور، به دیدگاه‌های سلامت محور، روان‌شناسی مثبت با شعار تمرکز و پرورش توانمندی‌ها، فضیلت‌ها و هیجان‌های مثبت، نقش بسزایی در پژوهش‌های مختلف داشته است (۲۰). در واقع، مثبت نگری به جای تأکید بر عواطف منفی، عواطف مثبت را بررسی می‌کند (۲۱). زیربنای نظری روان‌درمانی مثبت‌گرا متعلق به سلینگمن^۲ (۲۰۰۲) است. او فرض کرد که شادکامی شامل زندگی خوشایند و لذت بخش، زندگی با اشتیاق و زندگی معنادار است. مردم زمانی به زندگی خوشایند و لذت بخش می‌رسند که بتوانند هیجان‌های مثبتی را در زندگی گذشته، حال و آینده‌شان تجربه کنند. زندگی زمانی با اشتیاق (مشتاقانه) احساس می‌شود که

1- Ellis

2- Seligman

مثبت خود و دیگران می‌توانند نگرش و روابط خود را بهبود بخشند.

خدادادی سنگده، تولائیان و بلقان آبادی (۳۰) در مطالعاتی، اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر، به شیوه گروهی، بر افزایش شادکامی مادران کودکان با نیازهای ویژه را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر، در ارتقای شادکامی و سلامت روان این مادران مؤثر می‌باشد.

سودانی، نادى، احیاکننده و محمدی (۳۱) اظهار داشتند که: میان شادکامی و افسردگی با باورهای غیر منطقی رابطه معناداری وجود دارد. همچنین دریافتند شادکامی، پیش‌بینی‌کننده باورهای غیر منطقی است. و انواع باورهای غیر منطقی به سبب این‌که با توانمندی‌های مرتبط با مثبت‌اندیشی در تضاد است، باعث کاهش شادکامی در فرد می‌شود (۲۵).

یافته‌های پژوهش غلامی حیدرآبادی، نوایی‌نژاد، دلاور و شفیق آبادی (۲۱)، نشان داد که آموزش گروهی مثبت‌نگری، شادکامی و سخت‌رویی مادران دارای فرزند نابینا را افزایش داده است.

ضرورت این پژوهش در آن است که، تاکنون بیشتر پژوهش‌های انجام شده در حیطه کم‌شنوایی متوجه کودکان کم‌شنوا بوده است و تا حدودی مادران این گروه مورد غفلت قرار گرفته‌اند. این پژوهش از آن لحاظ که به بررسی متغیر باورهای غیر منطقی این مادران خواهد پرداخت و همچنین به طور اختصاصی برنامه مثبت‌نگر را در رابطه با این مادران به اجرا خواهد آورد، می‌تواند مؤثر واقع شود. در صورتی که این برنامه مثبت‌نگر در سطح گروهی مؤثر واقع شود، سازمان‌های فعال در زمینه خانواده و کودک با آسیب‌شنوایی می‌توانند، در سطح گسترده، فعالیت‌های مربوط به مثبت‌نگری را آموزش دهند و با آموزش مادران نقش بزرگی در سرنوشت این خانواده‌ها ایفا کنند. بنابراین، پژوهش حاضر در پاسخ به این پرسش انجام شده است: آیا آموزش مثبت‌نگری بر باورهای غیر منطقی و شادکامی مادران کودکان با آسیب‌شنوایی، اثر دارد؟

فرد در حوزه‌های گوناگون زندگی از جمله: کار، روابط عشقی و تفریح و بازی عمیقاً درگیر و غرق شود. زندگی با معنا نیز استفاده از توانمندی‌ها در خدمت به چیزی فراتر از خود است (۲۲). آموزش تفکر مثبت به والدین باعث می‌شود، که آن‌ها دیدگاهی واقع‌بینانه از خود و زندگی پیدا کنند و درباره‌ی مشکلات واقعی خود به درستی قضاوت نمایند و نگرش خود را تغییر دهند. از طریق آموزش، افراد توانمندی‌های خود را می‌شناسند و در ضمن یاد می‌گیرند تا به بهترین صورت از توانمندی‌های موجود خود استفاده کنند (۲۳). افراد مثبت‌نگر به توانمندی‌های خود نگرش مثبت دارند. به جای تمرکز بر شکست‌ها و دل‌مشغولی به حوادث ناگواری، که در گذشته داشته‌اند، بر حوادث مثبت متمرکز می‌شوند (۲۴). همچنین آموزش مهارت مثبت‌نگری، به افراد کمک می‌کند که سبک‌تئینی خوش‌بینانه را انتخاب نمایند و در مورد رویدادهای ناخوشایند به صورت سازنده و غیر جبری فکر کنند (۲۶). وقتی افراد بتوانند علاوه بر شناخت توانمندی‌های خود، نحوه‌ی استفاده از آنها را هم به بهترین حالت یاد بگیرند، باعث افزایش رضایت از زندگی می‌شود (۲۳). در مداخلات مثبت‌نگر تمرین‌هایی برای شناسایی و نام‌گذاری ویژگی‌های مثبت و همچنین تمرین‌هایی در مورد نوشتن هیجان‌ات منفی با روشی خاص وجود دارد (۲۷). مثلاً تمرین قدرانی ممکن است، حافظه را از جنبه‌های تلخ روابط گذشته آزمودنی به سمت حفظ جنبه‌های مثبت، که دوستان و خانواده برای او انجام داده‌اند، متمرکز کند (۲۸). بنابراین با به‌کارگیری مثبت‌اندیشی می‌توان به مادران کودکان با آسیب‌شنوایی کمک کرد تا به جای توجه مفرط به ناتوانی‌ها و ضعف‌های فرزند، بر توانایی‌های انسان مثل شاد زیستن، لذت بردن، قدرت حل مسأله و خوش‌بینی متمرکز شوند (۲۹). فلک افلاکی و ملکی تبار (۷) در پژوهشی، به بررسی اثربخشی برنامه روان‌درمانی مثبت‌گروهی، در افزایش شادکامی مادران کودکان کاشت حلزون پرداختند، که نشان داد این برنامه یک روش درمان مناسب در افزایش شادکامی و سازگاری این مادران با مشکلات فرزندانشان می‌باشد و این مادران با شناخت نقاط قوت و ویژگی‌های

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی است و بر اساس نحوه گردآوری داده‌ها، به طرح‌های نیمه آزمایشی تعلق دارد که همراه با پیش‌آزمون-پس‌آزمون، با گروه کنترل است.

جامعه نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران کودکان با آسیب شنوایی شهر قزوین است که در سال ۱۳۹۶ به مراکز توان بخشی خانواده و کودک ناشنوا مراجعه نمودند با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، مرکز پرنیان به عنوان جامعه پژوهش حاضر انتخاب شد و با توجه به معیارهای ورود سن مادر (۲۲ تا ۵۴)، تحصیلات (زیر دیپلم تا کارشناسی ارشد)، شغل مادر (خانه دار) و وضعیت شنوایی مادران (مادران شنوا)، سن کودک (۲ ماهگی تا ۷ سالگی)، جنس کودک، شنوایی کودک و دو والدی بودن خانواده‌ها، ۳۴ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل هر یک ۱۷ نفر تقسیم‌بندی و هم‌تاسازی شدند.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه باورهای غیر منطقی جونز^۱: این پرسشنامه توسط جونز (۱۹۶۹)، بر اساس نظریه عقلانی-عاطفی آلبرت ایس، تهیه شده است و انواع تفکرات غیر منطقی را مورد بررسی قرار می‌دهد. پرسشنامه دارای ۱۰۰ سؤال و در ده زیر مقیاس است. هر مقیاس ده سؤال دارد، که به روش لیکرت و به صورت پنج درجه‌ای تهیه شده است. آزمودنی هر عبارت را می‌خواند و موافقت و مخالفت خود را، با توجه به درجات به شدت مخالف، تا حدی مخالف، نه مخالف نه موافق، تا حدی موافق و به شدت موافق اعلام می‌نماید. ده باور غیر منطقی راکه این پرسشنامه می‌سنجد، عبارت است از: ضرورت تأیید و حمایت از دیگران، انتظارات بیش از حد از خود، تمایل به سرزنش کردن خود، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی هیجانی، نگرانی بیش از اندازه توأم با اضطراب در مورد آینده، اجتناب از مشکل، وابستگی، درماندگی نسبت به

تغییر و کمال‌گرایی. شیوه نمره‌گذاری پرسش‌نامه باورهای غیر منطقی جونز به طرف غیر منطقی بودن است و به هر گزینه‌ی آن عدد خام از ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد (۳۲). نمره کل باورهای غیر منطقی از جمع جبری همه‌ی نمره‌های خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید (۲۵). حداقل نمره در این مقیاس ۱۰۰ و حداکثر ۵۰۰ است. نمره‌ی بالا در این پرسش‌نامه نشانه‌ی تفکر غیر منطقی و نمره‌ی پایین نشانه‌ی تفکر منطقی است (۳۲). جونز با استفاده از روش آزمون مجدد، پایایی آزمون را ۰/۹۲ و هریک از مؤلفه‌های ده‌گانه آن ۰/۶۶ تا ۰/۸۰، میانگین پایایی همه زیر مؤلفه‌ها ۰/۷۴ و روایی آزمون را ۰/۹۹ گزارش نموده است. در پژوهش میکائیلی منیع (۳۳) پایایی آزمون را روی گروهی از دانشجویان دوره کارشناسی اجرا کرد که آلفای به دست آمده برابر ۰/۷۶ برای کل آزمون بود. برای خرده مقیاس توقع تأیید از دیگران ۰/۶۸، انتظارات بیش از حد از خود ۰/۷۵، سرزنش کردن خود ۰/۷۹، واکنش به ناکامی ۰/۸۱، بی‌مسئولیتی عاطفی ۰/۸۷، نگرانی زیاد توأم با اضطراب ۰/۷۳، اجتناب از مشکل ۰/۷۰، وابستگی ۰/۷۷ و درماندگی برای تغییر ۰/۸۳ و کمال‌گرایی ۰/۸۲ بود. رشیدی، قدسی و شفیع آبادی (۳۴) با استفاده از روش آلفای کرونباخ در یک نمونه تصادفی ۱۰۰ نفری، پایایی پرسشنامه باورهای غیر منطقی را ۰/۸۲ به دست آوردند. در پژوهش طباطبایی چهر، ابراهیمی ثانی و مرتضوی (۳۵) پایایی کل آزمون، با روش بازآزمایی مجدد (با فاصله یک ماه) و $r = 0.79$ تأیید گردید. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر با ۰/۹۶ بود (۳۶).

۲- پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۲: این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۹ توسط آرگایل و هیلز تهیه شده است. آرگایل جملات مقیاس افسردگی بک را معکوس کرد و ۱۱ ماده دیگر نیز به آن افزود، که سرانجام از ۲۹ ماده تشکیل شد (۱۸). این پرسشنامه دارای پنج مؤلفه، رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت می‌باشد (۳۷). این پرسشنامه بر اساس طیف چهار درجه‌ای از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌گذاری گزینه‌های هر عبارت به ترتیب عبارت است

2- Jones's Irrationally Believe Test

1- Jones's Irrationally Believe Test

و سلیگمن در کتاب شکوفایی روان شناسی مثبت‌گرا (درک جدیدی از نظریه‌ی شادکامی و بهزیستی) (۴۲) بود و خلاصه محتوای جلسات به شرح زیر است:

جلسه اول: جهت‌دهی به مراجعان، آشنایی با چارچوب روان‌درمانی مثبت‌گرا و تکلیف معرفی خود به صورت مثبت.

جلسه دوم: بررسی و بازنگری داستان معرفی مثبت با توجه به جدول توانمندی مورد سنجش در پرسشنامه‌ی ارزش‌های عملی توانمندی‌های منشی و اجرای کاربرگ برنامه عملیاتی توانمندی‌ها.

جلسه سوم: تهیه دفترچه روزانه موهبت‌ها و نعمت‌ها و دستورالعمل نوشتن سه خاطره بد.

جلسه چهارم: نوشتن نامه‌ی بخشش و دستورالعمل نگارش نامه‌ی سپاس (تشکر) و تحویل آن.

جلسه پنجم: دستورالعمل نوشتن نکات خیر، رها شدن از کینه‌ها و ثبت شکر خانوادگی.

جلسه ششم: مرور جلسات قبلی.

جلسه هفتم: دستورالعمل قناعت در مقابل بیشینه خواهی و تکلیف در بسته و در باز شده.

جلسه هشتم: دستورالعمل کلنجار رفتن با افکار و باورهای بدبینانه‌ی خود و سبک‌های چهارگانه‌ی پاسخ‌دهی به خبرهای خوش در زندگی دیگران.

جلسه نهم: دستورالعمل تهیه‌ی درخت خانوادگی توانمندی‌ها، لذت‌چشی و هدیه دادن به دیگران.

جلسه دهم: دستورالعمل تفریح با نیکوکاری و بحث درباره‌ی لذت انسجام بخش زندگی کامل، مجذوبیت و معنا.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: در این پژوهش، پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ شد. سپس برای تجزیه تحلیل داده‌ها به فراخور فرضیه‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، واریانس) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس چند متغیری) استفاده شد.

از الف: ۰، ب: ۱، ج: ۲، د: ۳. نمره بهنجار این آزمون بین ۴۰ تا ۴۲ است (۲۵). جمع نمرات موارد ۲۹ گانه، نمره کل مقیاس را تشکیل می‌دهد. نمره کل آزمودنی‌ها از ۰ تا ۸۷ در نوسان است (۳۷). هر چه نمره فرد در پرسشنامه بیشتر باشد، به معنای احساس شادکامی بیشتر و هر چه نمره فرد کمتر باشد، به معنای احساس شادکامی کمتر است (۱۸). آرگایل و همکاران (۱۹۸۹)، پایایی پرسشنامه را به کمک ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. روایی همزمان این پرسشنامه با استفاده از ارزیابی دوستان درباره آنان ۰/۴۳ محاسبه شد (۱۸). در پژوهش اهرمیان (۳۸) ضریب پایایی و روایی آزمون، با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۴ و ۰/۸۹ تصنیف شد. همچنین کیمرتی و مؤمنی نیز در پژوهش خود، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۴ گزارش کردند (۳۹). پایایی و روایی این پرسشنامه توسط علی‌پور و آگاه‌هریس (۴۰) سنجیده شده و نتایج نشان دادند که این ابزار برای اندازه‌گیری شادکامی مادران در جامعه‌ی ایران از روایی و پایایی مناسب برخوردار است.

شیوه اجرا

در این پژوهش همه مادران، پرسشنامه باورهای غیر منطقی جونز و پرسشنامه شادکامی آکسفورد را به عنوان پیش آزمون تکمیل نمودند. سپس مادران عضو گروه آزمایش، در یک دوره آموزشی بر اساس بسته آموزشی به مدت ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای در حدود دو ماه و نیم (به صورت هفته‌ای یک جلسه) شرکت کردند. طی جلسات آموزشی، تمرینات مرتبط با مثبت‌نگری به مادران آموزش داده می‌شد و جهت تثبیت مطالب، فعالیت‌هایی در قالب تکلیف خانگی برای آن‌ها در نظر گرفته شده بود. غیبت بیش از ۲ جلسه از جلسات آموزشی باعث کنار گذاشتن آنها از پژوهش گردید. پس از اتمام جلسه‌های آموزشی، هر دو گروه مجدداً پرسشنامه‌های مذکور را به عنوان پس‌آزمون تکمیل نمودند.

روند اجرایی جلسات برگرفته از برنامه روان‌درمانی مثبت‌گرا رشید (۴۱) در کتاب فنون روان‌شناسی مثبت‌گرا: راهنمای درمانگران (۲۲) و برنامه روان‌درمانی مثبت رشید

یافته ها

بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی، میانگین سن مادران در گروه آزمایش ۳۵/۳۴ و در گروه کنترل ۳۰/۱۴ بود. سطح تحصیلات هشت نفر از مادران گروه آزمایش زیر دیپلم، چهار نفر دیپلم و مابقی بالای دیپلم بوده است. در گروه کنترل نیز هفت نفر زیر دیپلم، شش نفر دیپلم و سایرین بالای دیپلم بودند. تمام مادران شرکت کننده در این پژوهش، خانه دار - به جز یک مورد کارمند - از لحاظ شنوایی سالم و خانواده ها دو والدی بودند. میانگین سن کودکان در گروه آزمایش ۵/۲۱ و گروه کنترل ۴/۲۸ بود. تعداد هشت نفر از کودکان گروه آزمایش و هفت نفر از کودکان گروه کنترل پسر و بقیه دختر بوده اند. در رابطه با شنوایی کودکان، هفت کودک از گروه آزمایش و سه کودک از گروه کنترل، از سمعک استفاده می نمودند و مابقی تجربه عمل کاشت حلزون داشته اند.

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون - پس آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف (K-S Z) برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه ها، گزارش شده است. با توجه به آماره Z آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای تمامی متغیرها معنی دار نمی باشد. لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

جدول ۱: شاخص های توصیفی نمرات پیش آزمون - پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف معیار	K-S-Z	P
باورهای غیرمنطقی	پیش آزمون	آزمایش	۲۸۴/۸	۹/۲۷	۰/۱۱	۰/۲
		کنترل	۲۸۵/۷۶	۱۶/۰۴		
	پس آزمون	آزمایش	۲۸۳/۸	۲۲/۴۶	۰/۱۶	۰/۰۶
		کنترل	۲۸۷/۸۴	۲۰/۵۹		
شادکامی	پیش آزمون	آزمایش	۴۱/۸	۱۲/۶۷	۰/۱۳	۰/۲
		کنترل	۴۳/۳۰	۱۲/۴۷		
	پس آزمون	آزمایش	۳۹/۶۶	۱۲/۱۴	۰/۰۹	۰/۲
		کنترل	۴۶/۹۲	۱۲/۷۲		

برای انجام تحلیل کوواریانس لازم است پیش فرض های زیر رعایت شود:

۱. مقیاس اندازه گیری باید نسبی یا فاصله ای باشد (عدد در معنای ریاضی).
۲. توزیع متغیرها نرمال باشد. (در صورت چولگی شدید یا خطایی بیش از ۲ استفاده می شود)؛ چنانچه آزمون کولموگروف-اسمیرنوف معنادار نشد، توزیع نرمال است.
۳. همگنی واریانس ها وجود داشته باشد.
۴. مشاهدات مستقل باشند.

در فرضیه اول، آزمون لون جهت سنجش همگونی واریانس ها اجرا شد. میزان F به دست آمده در پیش آزمون $F=1/63$ با سطح معنی داری $\text{sig}=0/21$ و این میزان در پس آزمون برابر است با $F=0/02$ با سطح معنی داری $\text{sig}=0/87$ است، که نشان دهنده عدم تفاوت و برابری واریانس ها است. از این رو پیش فرض برابری واریانس ها مورد تأیید قرار می گیرد. علاوه بر این، میزان به دست آمده از آزمون ام باکس برابر است با $Mbox=0/96$ و این میزان $F=0/93$ با سطح معنی داری $P=0/76$ که نشان می دهد با توجه به معنی دار نشدن آزمون، مفروضه های همگونی ماتریس های واریانس-کوواریانس برقرار است. همچنین، به بررسی مفروضه های دیگر که همگنی شیب رگرسیون است، پرداخته شد. میزان به دست آمده از نسبت F جهت بررسی تعامل گروه و پیش آزمون برابر است با $F=0/96$ ، با سطح معنی داری $\text{sig}=0/33$ که این تعامل از نظر آماری معنی دار نیست. از این رو می توان گفت پیش فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. بنابراین با توجه به برقراری تمامی مفروضه ها می توان از آزمون های پارامتریک برای داده های حاضر استفاده نمود. در فرضیه دوم، بر اساس نتایج آزمون لون، میزان F به دست آمده در پیش آزمون $F=0/29$ با سطح معنی داری $\text{sig}=0/59$ و این میزان در پس آزمون برابر است با $F=0/04$ با سطح معنی داری $\text{sig}=0/84$ است که نشان دهنده عدم تفاوت و برابری واریانس ها است. از این رو پیش فرض برابری واریانس ها مورد تأیید قرار می گیرد. همچنین با توجه به نتایج آزمون ام باکس، میزان به دست آمده از آزمون ام باکس برابر است با $Mbox=0/96$ و میزان

همچنین، در این جدول، نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنف (K-SZ) برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به این جدول، آماره Z آزمون کالموگروف-اسمیرنف برای تمامی متغیرها معنی دار نیست. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف معیار	K-SZ	P
نیاز به تأیید دیگران	پیش آزمون	آزمایش	۲۵/۴۶	۲/۷۴	۰/۶۴	۰/۷۹
	پس آزمون	کنترل	۲۷	۳/۷۶	۰/۷۹	۰/۵۵
انتظار بالا از خود	پیش آزمون	آزمایش	۲۴/۱۳	۰/۹۶	۰/۶۸	۰/۷۴
	پس آزمون	کنترل	۲۸/۸۴	۱/۰۳	۰/۶۳	۰/۸۱
تمایل به سرزنش	پیش آزمون	آزمایش	۳۱/۶۹	۴/۰۹	۰/۷۴	۰/۶۳
	پس آزمون	کنترل	۳۱/۲۶	۳/۷۵	۰/۵۳	۰/۹۳
واکنش نسبت به ناکامی	پیش آزمون	آزمایش	۳۰/۲۰	۳/۹۳	۰/۵۸	۰/۸۷
	پس آزمون	کنترل	۳۰/۳۸	۴/۰۵	۰/۵۹	۰/۸۷
بی مسئولیتی هیجانی	پیش آزمون	آزمایش	۲۹/۳۲	۳/۷۰	۰/۵۷	۰/۹۰
	پس آزمون	کنترل	۳۰/۱۵	۴/۰۵	۰/۷۷	۰/۵۹
نگرانی زیاد توأم با اضطراب	پیش آزمون	آزمایش	۲۷/۲۶	۳/۷۶	۰/۶۰	۰/۸۵
	پس آزمون	کنترل	۲۹/۰۷	۳/۴۹	۰/۵۹	۰/۸۷
اجتناب از مشکل	پیش آزمون	آزمایش	۲۷/۷۳	۲/۳۷	۰/۵۹	۰/۸۶
	پس آزمون	کنترل	۲۶/۷۶	۳/۷۰	۰/۶۷	۰/۷۱
وابستگی	پیش آزمون	آزمایش	۲۴/۷۳	۴/۷۲	۰/۷۱	۰/۶۸
	پس آزمون	کنترل	۲۶/۲۴	۹/۱۴	۴۰/۰	۹۹/۰
درماندگی نسبت به تغییر	پیش آزمون	آزمایش	۲۰/۲۳	۲/۴۰	۴۶/۰	۹۸/۰
	پس آزمون	کنترل	۹۲/۲۶	۵۷/۵	۴۵/۰	۹۸/۰
کمال‌گرایی	پیش آزمون	آزمایش	۷۳/۳۳	۶۳/۴	۵۹/۰	۸۶/۰
	پس آزمون	کنترل	۶۱/۳۱	۶۱/۳	۷۲/۰	۶۶/۰
درماندگی نسبت به تغییر	پیش آزمون	آزمایش	۷۳/۳۱	۹۳/۲	۵۵/۰	۹۱/۰
	پس آزمون	کنترل	۱۵/۳۱	۶۵/۴	۶۷/۰	۷۵/۰
کمال‌گرایی	پیش آزمون	آزمایش	۴۰/۲۵	۲۹/۳	۵۷/۰	۸۹/۰
	پس آزمون	کنترل	۱۵/۲۳	۷۳/۳	۵۶/۰	۹۰/۰
کمال‌گرایی	پیش آزمون	آزمایش	۶۶/۲۳	۹/۴۰	۹۹/۰	۲۷/۰
	پس آزمون	کنترل	۷۶/۲۴	۷۶/۳	۴۶/۰	۹۸/۰
کمال‌گرایی	پیش آزمون	آزمایش	۲۰/۳۲	۵۸/۳	۵۰/۰	۹۶/۰
	پس آزمون	کنترل	۶۱/۳۰	۱۸/۵	۶۰/۰	۸۵/۰
کمال‌گرایی	پیش آزمون	آزمایش	۴۰/۳۱	۱۵/۴	۷۹/۰	۵۵/۰
	پس آزمون	کنترل	۶۱/۳۰	۴۷/۵	۴۹/۰	۹۶/۰
کمال‌گرایی	پیش آزمون	آزمایش	۰۶/۳۲	۸۰/۳۰	۴۷/۰	۹۷/۰
	پس آزمون	کنترل	۳۸/۳۱	۶۸/۳	۷۳/۰	۶۵/۰
کمال‌گرایی	پیش آزمون	آزمایش	۰۶/۳۱	۶۸/۴	۹۵/۰	۳۲/۰
	پس آزمون	کنترل	۲۳/۳۱	۲۰/۴	۵۹/۰	۸۷/۰
کمال‌گرایی	پیش آزمون	آزمایش	۲۵	۵۸/۳	۶۹/۰	۷۲/۰
	پس آزمون	کنترل	۰۷/۲۶	۶۲/۲	۹۱/۰	۳۷/۰
کمال‌گرایی	پیش آزمون	آزمایش	۴۶/۲۵	۵۶/۳	۶۲/۰	۸۲/۰
	پس آزمون	کنترل	۲۳/۲۷	۳۰/۴	۶۶/۰	۷۷/۰

$F=0/28$ با سطح معنی داری $P=0/86$ که نشان می‌دهد با توجه به معنی دار نشدن آزمون، مفروضه‌ی همگونی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برقرار است.

در جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری، برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون با پس آزمون متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در باورهای غیر منطقی و شادکامی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P	اندازه اثر
باورهای غیرمنطقی	پیش آزمون	۱۴۲۵/۰۹	۱	۱۴۲۵/۰۹	۳/۳۲	۰/۰۸	۰/۱۱
	عضویت گروهی	۸۴/۵۹	۱	۸۴/۵۹	۰/۱۹	۰/۶۶	۰/۰
شادکامی	خطا	۱۰۷۳۰/۹۹	۲۵	۴۲۹/۲۴	۲۵	۰/۰۰۶	۰/۲۷
	پیش آزمون	۱۰۸۱/۷۷	۱	۱۰۸۱/۷۷	۸/۹۹	۰/۱۲	۰/۰۹
شادکامی	تعامل پیش آزمون گروه	۳۰۸/۲۵	۱	۳۰۸/۲۵	۲/۵۶	۰/۱۲	۰/۰۹
	خطا	۲۸۸۶/۴۷	۲۵	۱۲۰/۲۷	۲۵	۰/۰۰۶	۰/۲۷

با توجه به جدول ۲ آماره F باورهای غیرمنطقی در پس آزمون (۰/۱۹) است که در سطح ۰/۶۶ معنی دار نمی‌باشد و نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان باورهای غیرمنطقی تفاوت معنی دار وجود ندارد. اندازه اثر ۰/۰۰ نیز نشان می‌دهد که تفاوتی در دو گروه دیده نمی‌شود. آماره F پیش آزمون باورهای غیرمنطقی نیز (۳/۳۲) است که در سطح ۰/۰۸ معنی دار نیست. این یافته نشان می‌دهد که پیش آزمون تأثیر معنی داری بر نمرات پس آزمون ندارد. بنابراین می‌توان گفت که: آموزش مثبت نگری موجب کاهش باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با نقص شنوایی نمی‌گردد. همچنین آماره F شادکامی در پس آزمون (۲/۵۶) است که در سطح ۰/۱۲ معنی دار نمی‌باشد. و اندازه اثر ۰/۰۹ نشان می‌دهد میان دو گروه تفاوتی دیده نمی‌شود. میزان F پیش آزمون شادکامی (۸/۹۹) است که در سطح ۰/۰۰۶ معنی دار نیست. این یافته نشان می‌دهد که آموزش مثبت نگری باعث افزایش شادکامی مادران گروه آزمایش نگردیده است. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش در جدول (۱) ارائه شده است.

با توجه به جدول (۴)، آماره F برای مؤلفه‌های نیازمند تأیید دیگران (۳/۴۹)، انتظار بالا از خود (۰/۲۲)، تمایل به سرزنش (۱/۵۷)، واکنش نسبت به ناکامی (۱/۴۳) بی‌مسئولیتی هیجانی (۱/۸۱)، نگرانی زیاد توأم با اضطراب (۰/۵۹)، اجتناب از مشکل (۰/۷۰)، وابستگی (۰/۰۳)، درماندگی نسبت به تغییر (۰/۰۲) و کمال‌گرایی (۰/۰۱) در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این مؤلفه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. بنابراین، می‌توان گفت آموزش مثبت‌نگری بر مؤلفه‌های باورهای غیر منطقی مادران کودکان با نقص شنوایی تأثیر ندارد.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش در جدول (۵) ارائه شده است. همچنین، در این جدول، نتایج آزمون کالموگراف اسمیرنف (K-SZ) برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به این جدول، آماره Z آزمون کالموگراف-اسمیرنف برای تمامی متغیرها معنی‌دار نیست. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

جدول ۵: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

P	K-SZ	انحراف معیار	میانگین	گروه	وضعیت	متغیر
۹۹/۰	۴۲/۰	۰۵/۶	۱۳/۱۸	آزمایش	پیش‌آزمون	رضایت از زندگی
۵۶/۰	۷۹/۰	۰۲/۷	۱۵/۱۶	کنترل	کنترل	
۸۳/۰	۶۲/۰	۰۴/۵	۷۳/۱۶	آزمایش	پس‌آزمون	عزت نفس
۹۹/۰	۴۴/۰	۰۴/۷	۶۹/۱۸	کنترل	کنترل	
۴۷/۰	۸۴/۰	۴۳/۲	۹۳/۶	آزمایش	پیش‌آزمون	رضایت خاطر
۴۴/۰	۸۶/۰	۲۷/۳	۶۱/۷	کنترل	کنترل	
۸۶/۰	۶۰/۰	۳۸/۲	۳۳/۷	آزمایش	پس‌آزمون	انرژی مثبت
۹۱/۰	۵۵/۰	۸۵/۱	۴۶/۸	کنترل	کنترل	
۳۱/۰	۹۵/۰	۵۲/۱	۲۰/۴	آزمایش	پیش‌آزمون	خلق مثبت
۳۹/۰	۹۰/۰	۱۳/۲	۶۹/۴	کنترل	کنترل	
۲۵/۰	۰۱/۱	۹۸/۰	۶۰/۳	آزمایش	پس‌آزمون	رضایت خاطر
۷۲/۰	۶۹/۰	۸۲/۱	۵	کنترل	کنترل	
۶۹/۰	۷۰/۰	۹۱/۲	۳۳/۷	آزمایش	پیش‌آزمون	رضایت خاطر
۳۹/۰	۹۰/۰	۱۳/۳	۱۵/۷	کنترل	کنترل	
۹۷/۰	۴۸/۰	۸۷/۲	۳۳/۹	آزمایش	پس‌آزمون	خلق مثبت
۵۱/۰	۸۲/۰	۶۱/۲	۲۳/۷	کنترل	کنترل	
۸۳/۰	۶۲/۰	۲۱/۲	۲۰/۵	آزمایش	پیش‌آزمون	خلق مثبت
۴۹/۰	۸۳/۰	۳۵/۲	۶۹/۴	کنترل	کنترل	
۷۳/۰	۶۸/۰	۱۹/۲	۵۳/۵	آزمایش	پس‌آزمون	خلق مثبت
۸۵/۰	۶۱/۰	۶۱/۱	۶۶/۴	کنترل	کنترل	

برای بررسی تأثیر آموزش بر مؤلفه‌های باورهای غیر منطقی، از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F=2/57, P>0/05$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته، در گروه‌ها نشان داد که: واریانس مؤلفه‌های نیازمند به تأیید دیگران ($F=0/41, p=0/52$)، انتظار بالا از خود ($F=2/41, p=0/12$)، تمایل به سرزنش ($F=1/29, p=0/26$)، واکنش نسبت به ناکامی ($F=0/24, p=0/62$)، بی‌مسئولیتی هیجانی ($F=0/06, p=0/80$)، نگرانی زیاد توأم با اضطراب ($F=0/17, p=0/52$)، اجتناب از مشکل ($F=0/29, p=0/86$)، وابستگی ($F=0/22, p=0/67$)، درماندگی نسبت به تغییر ($F=0/10, p=0/75$) و کمال‌گرایی ($F=0/09, p=0/92$) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون باکس نشان داد که: ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($Box M=107/25, F=1/11, P=0/26$). پس از بررسی پیش فرض‌های تحلیل کواریانس چند متغیری، نتایج آزمون نشان داد که: بین دو گروه در مؤلفه‌های باورهای غیر منطقی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($Wilks Lambda=1/56, P=0/28$).

جدول ۴: نتایج مانکوا برای مقایسه مؤلفه‌های باورهای غیر منطقی در دو گروه آزمایش و کنترل

مؤلفه	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	F	P	اندازه اثر
نیاز به تأیید دیگران	آزمایش	۹۱/۲۴	۰۲/۳	۴۲/۱	۴۹/۳	۵۸/۰	۱۲/۰
	کنترل	۹۴/۲۷					
انتظار بالا از خود	آزمایش	۴۰/۳۱	۷۱/۰	۴۹/۱	۲۲/۰	۶۴/۰	۱/۰
	کنترل	۶۹/۳۰					
تمایل به سرزنش	آزمایش	۹۹/۲۷	۷۱/۲	۵۴/۱	۵۷/۱	۴۸/۰	۰۶/۰
	کنترل	۷۰/۳۰					
واکنش نسبت به ناکامی	آزمایش	۰۸/۲۸	۷۲/۱	۴۳/۱	۴۳/۱	۲۴/۰	۰۸/۰
	کنترل	۳۶/۲۶					
بی‌مسئولیتی هیجانی	آزمایش	۷۲/۲۳	۶۰/۲	۹۳/۱	۸۱/۱	۱۹/۰	۱۰/۰
	کنترل	۳۲/۲۶					
نگرانی زیاد توأم با اضطراب	آزمایش	۹۸/۳۰	۳/۱	۳۴/۱	۵۹/۰	۴۵/۰	۳/۰
	کنترل	۰۲/۳۲					
اجتناب از مشکل	آزمایش	۵۰/۲۳	۴۴/۱	۷۲/۱	۷۰/۰	۴۱/۰	۴/۰
	کنترل	۹۵/۲۴					
وابستگی	آزمایش	۸۴/۳۰	۴۱/۰	۲۰/۲	۳/۰	۸۵/۰	۲/۰
	کنترل	۲۵/۳۱					
درماندگی نسبت به تغییر	آزمایش	۱۸/۳۱	۰۸/۰	۸۶/۱	۲/۰	۹۶/۰	۰
	کنترل	۰۹/۳۱					
کمال‌گرایی	آزمایش	۳۹/۲۶	۲۲/۰	۶۳/۱	۰/۱۰	۸۹/۰	۰۰/۱۰
	کنترل	۱۶/۲۶					

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی آموزش مثبت نگری بر باورهای غیر منطقی و شادکامی مادران کودکان با آسیب شنوایی می باشد، که بر اساس دو فرضیه انجام گرفت: ۱- آموزش مثبت نگری بر باورهای غیر منطقی مادران کودکان با آسیب شنوایی مؤثر است. ۲- آموزش مثبت نگری بر شادکامی مادران کودکان با آسیب شنوایی مؤثر است.

پژوهش حاضر در فرضیه اول نشان داد که: آموزش مثبت نگری، بر کاهش باورهای غیر منطقی مادران کودکان با آسیب شنوایی، در پس آزمون نسبت به پیش آزمون معنادار نیست. بنابراین مداخله مثبت نگر بر کاهش باورهای غیر منطقی ده گانه مورد بررسی، در مادران کودکان با آسیب شنوایی، به طور کلی مؤثر نبوده است. با توجه به تحلیل نتایج، این فرضیه از پژوهش با مطالعه ی فورگرد و سلیگمن (۲۶) که به بررسی پیامدهای خوش بینی پرداختند، غیر همسو است، زیرا آنها اعتقاد داشتند که افراد خوش بین، وقایع منفی را می بینند ولی آنها را جبری نمی دانند و به شیوه های سازنده با آنها برخورد می کنند. همچنین رعیت ابراهیم آبادی، ارجمندنیا و افروز (۲۵) در پژوهشی نشان دادند که: دریافت مداخله مثبت نگری باعث افزایش معنادار شادکامی و کاهش باورهای غیر منطقی آزمودنی ها شده است، اما پژوهش حاضر با آن ناهمخوان است. علاوه بر این، پژوهشی همسو با نتایج پژوهش حاضر یافت نشد، که بتوان در تبیین عدم معناداری از آن بهره جست. بنا بر این، در تبیین این یافته با توجه به نتایج پژوهش های پیشین، «آموزش مهارت مثبت نگری به افراد کمک می کند که سبک تبیینی خوش بینانه را انتخاب نمایند و در مورد رویدادهای ناخوشایند به صورت سازنده و غیر جبری فکر کنند (۲۵ و ۲۶). همچنین مداخلات مثبت نگری نیز بر اصلاح شناخت ها و پرهیز از بدبینی و منفی بافی تأکید می کنند (۲۵). افراد مثبت نگر به توانمندی های خود نگرش مثبت دارند و به جای تمرکز بر شکست ها و دل مشغولی به حوادث ناگواری، که در گذشته داشته اند، بر حوادث مثبت متمرکز می شوند. این افراد

برای بررسی تأثیر آموزش مثبت نگری بر مؤلفه های شادکامی، از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F=2/01, P>0/05$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه ها نشان داد که: واریانس مؤلفه های رضایت از زندگی ($F=0/66, p=0/42$)، عزت نفس ($F=0/15, p=0/69$)، انرژی مثبت ($F=1/76, p=0/29$)، رضایت خاطر ($F=0/14, p=0/70$) و خلق مثبت ($F=2/45, p=0/12$) در گروه ها برابر است. نتایج آزمون باکس نشان داد که: ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($Box M=20/37, F=1/06, P=0/38$) پس از بررسی پیش فرض های تحلیل کواریانس چند متغیری، نتایج آزمون نشان داد که: بین دو گروه در مؤلفه های شادکامی تفاوت معنی داری وجود ندارد ($Wilks Lambda=1/52, P=0/23$).

جدول ۶: نتایج مانکوا برای مقایسه مؤلفه های شادکامی در دو گروه آزمایش و کنترل

مؤلفه	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	F	P	اندازه اثر
رضایت از زندگی	آزمایش	۱۴/۱۹	۸۰/۲	۳۱/۲	۴۷/۱	۲۳/۰	۰/۶۰
	کنترل	۳۳/۱۶					
عزت نفس	آزمایش	۳۸/۸	۹۸/۰	۸۰/۰	۴۸/۱	۲۳/۰	۰/۶۰
	کنترل	۳۹/۷					
انرژی مثبت	آزمایش	۰/۱۵	۴۲/۱	۵۲/۰	۰/۶۲	۱۳/۰	۰/۸۰
	کنترل	۵۹/۳					
رضایت خاطر	آزمایش	۴۲/۹	۲۵/۲	۰/۷۱	۳۷/۲	۴۹/۰	۱/۰
	کنترل	۱۶/۷					
خلق مثبت	آزمایش	۵۳/۵	۸۷/۰	۶۷/۰	۶۴/۱	۲۱/۰	۰/۷۰
	کنترل	۶۶/۴					

با توجه به جدول (۶)، آماره F برای مؤلفه های رضایت از زندگی ($۴۷/۱$)، عزت نفس ($۴۸/۱$)، انرژی مثبت ($۳۶/۲$)، رضایت خاطر ($۳۶/۳$) و خلق مثبت ($۶۴/۱$) در سطح $۰/۰۵$ معنادار نیست. این یافته ها نشانگر آن است که بین گروه ها در این مؤلفه ها تفاوت معنی داری وجود ندارد. بنابراین، می توان گفت: آموزش مثبت نگری بر مؤلفه های شادکامی مادران کودکان با آسیب شنوایی تأثیر ندارد.

پیروزی‌ها و موفقیت‌های خود را به توانمندی‌های خود نسبت می‌دهند (۲۴). افراد مثبت‌نگر سالم‌تر و شادترند و با بهره‌گیری از راهبردهای مسأله‌گشایی، با تنیدگی‌های روانی بهتر کنار می‌آیند. این رویکرد بر شناسایی هیجان‌ها، کنترل احساسات و عواطف، ایجاد خوش‌بینی، مبارزه با افکار منفی و تغییر دادن تصویرهای ذهنی تأکید می‌کند (۲۱). می‌توان گفت: علت عدم معناداری، کنترل ضعیف شرایط آزمایش توسط پژوهشگر و اجرای نادرست پژوهش است. چرا که در اواسط دوره آموزشی متوجه شدیم مادران گروه آزمایش، مطالب بیان شده در جلسات آموزشی را با مادران گروه کنترل به اشتراک گذاشته و حتی تکالیف خانگی را با همکاری و در حضور آنان انجام می‌دادند. این مسأله از کنترل پژوهشگر خارج شده بود. این موضوع به علت ارتباط صمیمی، دوستانه و حضور همزمان برخی از مادران هر دو گروه در مرکز بود. همچنین آنان اطلاع نداشتند که نباید مطالب را به اشتراک بگذارند به طور کلی گمان می‌رود تمرینات مثبت‌نگری، جهت تغییر باورهای غیر منطقی این گروه از افراد مؤثر نباشد و ممکن است با تغییر شیوهی مداخله به نتیجه مطلوب دست یابیم.

بر اساس فرضیه‌ی دیگر این پژوهش، که مبتنی بر بررسی آموزش مثبت‌نگری به مادران بر افزایش شادکامی آنان بود، نمره‌ی کلی شادکامی در مادران گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معناداری نداشته است. تحقیقات ناهمسو با پژوهش حاضر، مطالعه‌ی خدادادی سنگده، تولائیان و بلقان آبادی، (۳۰) نشان داد: رویکرد مثبت‌نگر به شیوه‌گروهی در افزایش میزان شادکامی مادران کودکان با نیازهای ویژه اثر بخش بوده است و این اثر بخشی در مرحله پیگیری نیز پایدار است. بر اساس نتایج حاصل از پژوهش غلامی حیدرآبادی، نوایی‌نژاد، دلاور و شفیع‌آبادی، (۲۱) می‌توان گفت: مادرانی که در جلسات گروهی آموزش مثبت‌نگری شرکت کرده‌اند، شادکامی شان افزایش یافته است. تحقیق حاضر همچنین غیرهمسو با نتایج پژوهش هنرمندزاده و سجادیان (۲۷) بود که به بررسی اثر بخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی بر بهزیستی روان شناختی، تاب آوری و شادکامی دختران نوجوان بی‌سرپرست پرداختند و نتایج آن، حاکی از افزایش مؤلفه‌های ذکر شده در گروه آزمایش، نسبت به گروه کنترل بود. همچنین نوفرستی،

روشن، فتی، حسن‌آبادی، پسندیده و شعیری (۲۸) نیز به نتیجه‌ی ناهمخوانی با پژوهش حاضر دست یافتند و نشان دادند که: روان‌درمانی مثبت‌نگر، به عنوان درمان کوتاه مدت مؤثر باعث افزایش هیجان‌های مثبت از جمله شادکامی می‌شود. در مورد این فرضیه نیز، پژوهشی همخوان با نتایج یافت نشد، که بر اساس آن تبیین انجام گیرد. بنابراین در تبیین این فرضیه، با نظر به مطالعات پیشین، زیربنای نظری روان‌درمانی مثبت‌نگر متعلق به سلیگمن است. او فرض کرد که شادکامی شامل زندگی خوشایند و لذت بخش، زندگی با اشتیاق و زندگی معنادار است (۲۲). یکی از اهداف مهم مداخلات مثبت‌نگر، افزایش شادکامی، بهزیستی و رضایت‌مندی از زندگی است. بنابراین، در این رویکرد، رسیدن به میزان شادی بیشتر هدف است و جامعه برای رسیدن به شکوفایی به افراد شاد نیاز دارد (۲۷). فلک افلاکی و ملکی تبار (۷) در پژوهشی، به بررسی اثر بخشی برنامه روان‌درمانی مثبت‌گروهی در افزایش شادکامی مادران کودکان کاشت حلزون، پرداختند و نشان دادند که: این برنامه یک روش درمان مناسب در افزایش شادکامی و سازگاری این مادران با مشکلات فرزندانشان می‌باشد و این مادران با شناخت نقاط قوت و ویژگی‌های مثبت خود و دیگران، می‌توانند نگرش و روابط خود را بهبود بخشند. بنابراین، با به‌کارگیری مثبت‌اندیشی می‌توان به این مادران کمک کرد، تا به جای توجه مفرط به ناتوانی‌ها و ضعف‌های بشری بر توانایی‌های انسان، مثل: شاد زیستن، لذت بردن، قدرت حل مسأله و خوش‌بینی متمرکز شوند. مثبت‌نگری به جای انگشت‌گذاشتن بر نقاط ضعف انسان به توانمندی او توجه می‌کند و برای دستیابی به آن باید برنامه‌ریزی و تلاش کرد (۲۹). بر اساس نتایج پژوهش خدابخش، خسروی و شاهنگیان (۲۰) درمان مثبت‌نگر با تأکید بر توانمندی‌ها، باعث کاهش افسردگی و افزایش ابعاد زندگی لذتمند، متعهدانه و معنادار در افراد شده است. همچنین بر اساس پژوهش سودانی، نادی، احیاکننده و محمدی (۳۱) بین شادکامی و افسردگی با باورهای غیر منطقی، رابطه معناداری وجود دارد و به این نتیجه رسیدند که شادکامی پیش‌بینی‌کننده باورهای غیر منطقی است. علت احتمالی عدم معناداری، اجرای ناصحیح پژوهش توسط پژوهشگر و عدم توجه به نکات مؤثر بر اثر بخشی مداخله می‌باشد.

References

1. Saki N, Bayat A, Hoseinabadi R, Nikakhlagh S, Karimi M, Dashti R. Universal Newborn Hearing Screening in Southwestern Iran. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2017; 97: 89-92.
2. Morton NE. Genetic Epidemiology of Hearing Impairment. *Annals New York Academy Of Sciences*. 1991; 630: 16-31.
3. Nancy K, Mellon MS. Parental Response to the Diagnosis of Hearing Loss. In Niparko J K. (Eds) in *Cochlear Implants: Principles & practices*. 2009.
4. Bilsin E, Cuhadar D, Gov P. A Review of the Relationship between the Needs of Mothers Who Have Hearing Impairment Children and Their State-Trait Anxiety Levels. *Journal of Pediatric Nursing*. 2014; 30: 254-261.
5. Dedhia M, Kitsko D, Sabo D, Chi DH. Children with Sensorineural Hearing Loss after Passing the Newborn Hearing Screen. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013; 139(2): 119-123.
6. Ebrahimi H, Mohammadi E, Ali Mohammadi M, Pirzadeh A, Mahmoudi H, Ansari I. Stigma in Mothers of Deaf Children. *Iranian Journal of Otorhinolaryngology*. 2015; 27(2): 109-118.
7. Falakflaki S, Malekitabar M. Group Positive Psychotherapy Effect on Increasing the Happiness of Mothers of Children with Cochlear Implant. *Journal of Practice in Clinical Psychology*. 2016; 4(3): 173-182.
8. Gharashi K, Sarandi P, Farid, A. The Comparison of Stress and Marital Satisfaction Status of Parents of Hearing-Impaired and Normal Children. *Journal of Audiol*. 2012; 22(1): 18-24. [Persian]
9. Pipp-Siegel S, Sedey AL, Yoshinga-Itano C. Predictors of Parental Stress in Mothers of Young Children with Hearing Loss. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2002 winter; 7(1):1-17.
10. Sahli S. Investigating Child Raising Attitudes of Fathers Having or not having a Child with Hearing Loss. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2011; 75: 681-685.
11. Movallali G, Nemati SH. Difficulties in Parenting Hearing-Impaired Children. *Audiol*. 2009; 18(1-2): 1-11. [Persian]
12. Ebrahimi H, Mohammadi E, Shamshiri M, Mohammadi MA, Dadkhab B. Concerns of Mothers with Hearing Loss Child: A qualitative study. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2015; 13(2):136-145. [Persian]
13. Ogston PL, Mackintosh VH, Myers BJ. Hope and Worry in Mothers of Children with an Autism Spectrum Disorder or Down syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2011; (5): 1378-1384.
14. Shafee Abadi A, Naseri GHR. *Theories of Counseling and Psychotherapy*. (Persian). Twelfth Edition. Tehran: University Publication Center; 2006.
15. Yaghoobi A, Mohagheghi H, Amiri L, sfandiari K. On the Relationship of Attitudes towards Substance Abuse with Irrational Beliefs and Academic Procrastination. *Journal of Research on Addiction*. 2016 Winter; 36(9): 9-18. [Persian]
16. Yaghubi H, Baradaran M, Joki M. Comparison of Irrational Beliefs, Social Support and Type A Personality in Patients with Coronary Heart Disease and Normal People. *Quarterly Journal*

به عنوان مثال، وقتی مادری پس از یک جلسه غیبت، در کلاس حضور می‌یافت پژوهشگر تمایل داشت مطالب پیشین را برای او بازگو نماید و در این حین می‌توان به برخی مادران اشاره کرد که با پاسخ به پرسش‌های پژوهشگر یا ارائه مثال، فرصت یادگیری و تفکر را از آن مادر سلب می‌کردند. ضمناً در کلاس، تعداد معدودی از مادران تمایلی به ابراز وجود و شرکت در بحث‌های گروهی نداشتند و در یکی دو مورد پژوهشگر به ناچار جلسه را انفرادی برای آنان برگزار می‌نمود و یا به جای صحبت کلاسی، آن مادر را به نوشتن نظر خود یا انجام تکلیف در خانه تشویق می‌کرد، زیرا اجبار را مانعی بر سر راه پیشرفت برنامه می‌دانست. لازم به ذکر است که مادران گروه آزمایش در تکالیفی نظیر دستورالعمل نحوه‌ی شکرگزاری، نوشتن نامه‌ی سپاس، نوشتن نامه‌ی بخشش، هدیه دادن زمان به دیگران و تفریح یا نیکوکاری به طرز ملموسی هیجانات مثبتی را تجربه نمودند و اظهار کردند شرکت در دوره‌ی آموزشی تأثیرات مثبتی بر زندگی‌شان داشته است، اما از لحاظ آماری تفاوت معناداری میان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دیده نشد و آموزش مثبت‌نگری بر کاهش باورهای غیر منطقی و افزایش شادکامی مادران کودکان با آسیب شنوایی، موثر نبود. ممکن است در صورت انجام مجدد پژوهش و برطرف نمودن ضعف‌های اجرایی این دوره آموزشی، به خصوص دقت در عدم تکرار اشتباهات کنونی، این فرضیه معنادار شود و به نتایجی دست یابیم که همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین باشد. ضمناً ابزار مورد استفاده پژوهشگر، دارای روایی و پایایی کافی می‌باشند و در پژوهش‌هایی با متغیرهای مشابه به نتایج معنادار دست یافته‌اند. از جمله محدودیت‌هایی که در این پژوهش با آن مواجه بودیم، نداشتن دوره‌ی پیگیری و عدم تحلیل تأثیر مثبت‌نگری بر خرده‌مقیاس‌های باورهای غیر منطقی و شادکامی بود. بنابراین، برای رفع نقص‌ها و محدودیت‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود در مطالعات دیگر، دوره‌ی پیگیری و تحلیل تأثیر مداخله بر خرده‌مقیاس‌ها لحاظ گردد و در پژوهش دیگری به مقایسه‌ی گروه مادران کودکان با آسیب شنوایی و شنوا پرداخته شود تا به درک بهتری از متغیرهای پژوهش دست یابیم.

- of Advanced Psychological Research. 2015; 10(37): 211-224. [Persian]
17. Denmark JC. Deafness and Mental Health. U. K: Jessica Kingsley Publishers; 1994.
 18. Sheykholeslami A, Mohammadi N, Gholami SE. Comparing the Parenting Stress, Happiness and Cognitive Flexibility of Mothers with Intellectually Disable and Learning Disable Children. Journal of learning Disabilities. 2016 summer; 5(4): 141-147. [Persian]
 19. Haji Hoseini SH. The Effectiveness of Group Spiritual Therapy on Promoting Maternal-Child Relationships and Happiness of Mothers with Deaf Children, [Theses for Master's Degree in Family Counselling]. [Tehran, Iran]: Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University; 2015. [Persian]
 20. Khodabakhsh R, khosravi Z, Shahangian SSH. The Effectiveness of Positive Psychotherapy in Symptoms of depression and Character Strengths and Virtues in Patients with Cancer. Journal of Positive Psychology. 2015; 1(1): 35-50. [Persian]
 21. Gholami Heidar Abadi Z, Navabi Nezhad SH, Delavar A, Shafee Abadi A. The Effectiveness of the Training of Positivism on Increasing Happiness and Hardiness among the Blind Children's Mothers. Journal of Psychology of Exceptional Individuals. 2014; 4(16): 95-113. [Persian]
 22. Magyar-Moe JL. Therapists Guide to Positive Psychological Interventions. Translated by Barati Sade F. (Persian translator). First Edition. Tehran: Roshd Publication; 2009.
 23. Kakavand A, Shams Esfandabad H, beiranvand M. Effect of the Positive Thinking Education to the Mothers on their Children Extetnalizing Disorders Reduction. Journal of School Psychology. 2016 winter; 4(4): 162-170. [Persian]
 24. Khodayari Fard M, Ghobari Bonab B, Akbari Zardkhaneh S, Zamonpour EA, Derakhshan M, Musavi SA. Iranian Positive Thinking Scale (IPTS): Development and Standardization. Psychological Research Quarterly. 2015; 5(4): 103-130. [Persian]
 25. Raeeyat Ebrahimabadi M, Arjmandnia A, Afrooz GH. The Effectiveness of Positive Thinking Intervention Program on Happiness and Irrational Beliefs of Delinquent Adolescents. Positive Psychology Research. 2015 summer; 1(2): 1-14. [Persian]
 26. Forgeard MJC, Seligman MEP. Seeing the Glass Half Full: A Review of the Causes and consequences of Optimism. Journal of pratiques psychologiques. 2012; (18): 107-120.
 27. Honarmand Zadeh R, Sajjadian I. Effectiveness of positive Group Intervention on Psychological Wellbeing, Resiliency and Happiness of Foster Care Adolescent Girls. Journal of Positive Psychology. 2016 summer; 2(6): 35-50. [Persian]
 28. Noforsati A, Roshan R, Fata L, Hasan Abadi HR, Pasandideh A, Shoairi MR. the Effectiveness of Positive Psychotherapy in Increasing Happiness and Psychological Well-being in People with Depression Symptoms: A Multiple baseline study. Journal of Positive Psychology. 2016; 18(2): 93-102. [Persian]
 29. Dastghaib Z, Narimani M, Ghobadi Dashed K, Hosaini F, Gharli pour Z, Imanzad M, Gholami M, Ghaitas Pour K. Comparission of Irrational Beliefs and Happiness in Intelligent and Normal Students. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2014; 22(3): 27-33. [Persian]
 30. Khodadadi Sangdeh J, Tavalaeayan SA, Bolghan-Abadi M. The Effectiveness of Positive Group Psychotherapy in Increasing the Happiness among Mothers of Children with Special Needs. Family Psychology. 2014 Aug; 1(1): 53-62. [Persian]
 31. Sodani M, Nadi SH, Ehya Konande M, Mohammadi K. The Relationship between Happiness and Depression with Irrational Beliefs of the Shahid Chamran University Boy Students, [Presented at the first National Happiness conference]. 2009. [Persian]
 32. Bahrami Ziarani M. The Relation between Irrational Beliefs and Cirtical Thinking Skills with the Level and kindness of Optimism, [Theses of Master's Degree in Psychology]. [Qazvin, Iran]: Faculty of Social Sciences, International Imam Khomeini University; 2014. [Persian]
 33. Michaeli Manee F. The Role of Coping with Stress Styles between Irrational Beliefs and Social Adjustment Relationship among Urmia University Students. Journal of Research in Psychological Health. 2010; 3 (4):45-54. [Persian]
 34. Rashidi F, Ghodsi A, Shafee Abadi A. The Effect of Illogical Beliefs on Mental Health of the Girl Students of High Schools in Tehran. Journal of Educational Management Innovations. 2010 spring; 5(2): 49-66. [Persian]
 35. Tabatabaeichehr M, Ebrahimi sani E, Mortazavi H. The Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Psychotherapy on Changing of Irrational Beliefs in Male Addicts. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2012; 4(3): 419-430. [Persian]
 36. Narrmashiri S, Raghibi M, Mazaheri M. The Effect of Happiness Training on Irrational Beliefs of Female Adolescents under the Surveillance of Welfare organization. Positive Psychology Research. 2015 summer; 1(2): 27-40. [Persian]
 37. Akbarian F. The Relationship between Styles of Child Fostering With Emotional Happiness and Mental Health of First and Second Grade High School Students. Journal of School Psychology. 2016; 4(4): 162-170. [Persian]
 38. Ahromian A. Efficiency of Teaching Solution Directed Approach with Group Focus Regarding Happiness and Marital Compatibility of the Husbands Referred to Bushehrrs Center for Family Consultation. Journal of New Literatures and Researches on Consultation. 2011; 4(58): 36-51. [Persian]
 39. Kiamarsi A, Moomeni S. A Survey of the relationship between social capital and happiness and academic achievement in female students. Journal of School Psychology. 2013 spring; 2(1): 131-137. [Persian]
 40. Alipour A, Agah Heris M. Reliability and Validity of the Oxford Happiness Inventory among Iranians. Journal of Iranian Psychologists. 2007; 3(12): 287-298. [Persian]
 41. Rashid, T. Positive Psychotherapy. In: Lopez SJ, ed. Positive Psychology: Exploring the Best in People; Vol. 4. Westport, CT: Praeger Publishers; 2008; 187-217.
 42. Seligman MEP. Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being. Translated by Kamkar A, Hazbarian S. (Persian translator). Third Edition. Tehran: Ravan Publication; 2011.