

اثربخشی درمان مثبت‌نگر بر نشاط ذهنی، تاب‌آوری و شفقت به خود در مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی

صدیقه گله‌گیربان^۱، علی پولادی ریشه‌ری^۲، مولود کیخسروانی^۳

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۵/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۸/۲۸

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر درمان مثبت‌نگر بر نشاط ذهنی، تاب‌آوری و شفقت به خود در مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی به اجرا درآمد. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، تمام مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ بود. از میان جامعه آماری تعداد ۳۰ مادر به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس و هدفمند انتخاب و در گروه‌های آزمایش و گواه به تصادف گمارده شدند. گروه آزمایش مداخله مثبت‌نگر را طی نه جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه دریافت نمودند، در حالی که گروه گواه در طی انجام فرایند پژوهش از دریافت مداخله فوق بی‌بهره بودند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه نشاط ذهنی، تاب‌آوری و شفقت به خود بود. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مثبت‌نگر بر نشاط ذهنی، تاب‌آوری و شفقت به خود در مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تاثیر معنادار داشت. بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش، می‌توان نشاط ذهنی، تاب‌آوری و شفقت به خود مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی را با به کارگیری درمان مثبت‌نگر بهبود بخشید.

واژگان کلیدی: درمان مثبت‌نگر، نشاط ذهنی، تاب‌آوری، شفقت به خود.

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بوشهر، بوشهر، ایران. (نویسنده مسئول)
sed_galehgirian@yahoo.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور بوشهر، بوشهر، ایران.

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بوشهر، بوشهر، ایران.

مقدمه

یکی از وظایف والدین، مراقبت از کودک است ولی زمانی که کودک از نظر عملکردی محدودیت داشته و دچار وابستگی طولانی مدت می‌باشد، این نقش صورت متفاوتی را به خود می‌گیرد و فشار زیادی را بر مادران که عمدتاً نقش مراقب را ایفا می‌کنند، وارد می‌نماید. می‌توان گفت که ناتوانی کودک نه تنها زندگی وی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، بلکه زندگی مراقبین و سایر اعضای خانواده را نیز تحت تاثیر قرار داده و باعث به وجود آمدن مشکلات سلامتی و کاهش کیفیت زندگی و قرار گرفتن در معرض تنیدگی‌های مزمن به صورت طولانی مدت می‌گردد (لی، ماتیوس و پارک^۱، ۲۰۱۹). کودکان مبتلا به فلج مغزی^۲ از جمله گروه‌های دارای ناتوانی‌اند که استرس‌های مراقبتی زیادی را برای مادران به وجود می‌آورند (توفیقی، آقایی و گل‌پرور، ۱۳۹۶؛ کراستیک، میهیک و میهیک^۳، ۲۰۱۵). در واقع فلج مغزی یکی از اختلالات پیچیده و چند بعدی غیرپیشرونده و ایستا در وضعیت و حرکت است که به دنبال ضایعه عصبی بروز می‌کند. تشنج و ناهنجاری‌هایی در گفتار، دید، هوش، شناخت و رفتار اغلب با این اختلال همراه است (جیمز^۴، ۲۰۱۳). شمار زیادی از نشانه‌ها در این اختلال دیده می‌شود. اختلال فلج مغزی معمولاً در ابتدای زندگی رخ می‌دهد و به طور مادام‌العمر وجود داشته و تمام جنبه‌های رشد فرد را در سراسر زندگی تحت تاثیر قرار داده و می‌تواند از کارآیی فرد و خانواده بکاهد (وندراکر، پیرین، هانس - بذرافشان، رودگرز و جیمز^۵، ۲۰۱۲).

از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی^۶ و طبقه‌بندی بین‌المللی کارکرد، ناتوانی و سلامت^۷، فلج مغزی با نقص‌هایی در ساختار و کارکرد بدنی از جمله بازتاب‌ها و دامنه حرکتی، توان عضلانی، قدرت و محدودیت قابل توجه در فعالیت‌هایی نظیر پوشیدن لباس، خوردن

-
1. Lee, Matthews, Park
 2. Cerebral Palsy
 3. Krstić, Mihić, Mihić
 4. James
 5. Wadnerkar, Pirinen, Haines-Bazrafshan, Rodgers, James
 6. World Health Organization
 7. International classification of functioning disability and health

و تحرک کارکردی و محدودیت در بازی و محدودیت مشارکت در نقش‌های اجتماعی مدرسه همراه است (کریپو، کوهن و بوید اسچل^۱، ۲۰۰۳). در افراد مبتلا به فلج مغزی، نشانه‌های بسیارگوناگونی از جمله ناتوانی گسترده و عمومی در کنترل حرکات بدن تا نقصی جزئی و خفیف به تنهایی، مشاهده شده است و بر اساس نقایص فوق، طبقه‌بندی فیزیولوژیک فلج مغزی صورت گرفته و از یکدیگر متمایز شده و این طبقه‌بندی شامل فلج اسپاستیک^۲، فلج اتاکسیک^۳، فلج اتوئید^۴ و فلج ترمور^۵ می‌باشد (دئون، گابلر-اسپیرا^۶، ۲۰۱۰).

همان‌طور که بیان شد کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلا به فلج مغزی، تحت تاثیر این اختلال قرار می‌گیرد (آلتمداک، آيسان، آکان، کوكسال، ارسين و اگک^۷، ۲۰۰۷). به هنگام آسیب وارد آمدن به کیفیت زندگی، مشکلاتی در بهزیستی روان‌شناختی (پورعبدل و همکاران، ۱۳۹۴) و به دنبال آن نشاط ذهنی^۸ مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی بروز می‌کند. در واقع نشاط ذهنی، به تجارب درونی سرشار از انرژی اشاره دارد (بوستیک^۹، ۲۰۰۳) و این نشاط درونی، انرژی ذهنی و بدنی لازم را برای سرزندگی و انرژی و نیز تجربه‌ی احساس شوق ایجاد می‌نماید (رایان و دسی^{۱۰}، ۲۰۰۸). با انجام اعمال مرتبط با احساس استقلال و انگیزش درونی، نشاط ذهنی فرد افزایش می‌یابد. همچنین اگر فرد احساس نماید که از جانب دیگران تحت کنترل است، نشاط ذهنی وی کاهش می‌یابد. بهبود نگرش به زندگی، افزایش هیجانات مثبت، خودپنداره مثبت، عملکرد موثر اجتماعی

1. Crepeau, Cohn, Boyd Schell
2. Spastic
3. Ataxic
4. Athetoid
5. Termor
6. Deon, Gaebler-Spira
7. Altmdag, Iccan, Akcan, Koksall, Ercin, Ege
8. Mental vitality
9. Bostic
10. Riyan & Disi

و نگرش مطلوب به واسطه نشاط ذهنی افزایش می‌یابد (نیکس، رایان، منلی و دسی^۱، ۱۹۹۹؛ نقل از قنبری طلب و فولادچنگ، ۱۳۹۴).

از سوی دیگر باید اشاره کرد توان روانی فرد برای تحمل شرایط موجود از طریق شرایط محیطی آسیب‌زا سبب کاهش می‌یابد. بر اساس آنچه که ذکر شد، مولفه قدرت تاب‌آوری^۲ افراد، در این بین دچار آسیب می‌گردد. بدین دلیل که تاب‌آوری از طریق حمایت و یا عدم حمایت شاخصه‌های فردی، خانوادگی، محیطی و اجتماعی بهبود یافته و یا کاهش می‌یابد (پین کوارت^۳، ۲۰۰۹). تاب‌آوری را می‌توان توانایی کنار آمدن با مشکل به شمار آورد. در واقع تاب‌آوری فرار از مشکلات نیست بلکه به افراد این توانایی را می‌بخشد که از مشکلات عبور کرده، از زندگی خود لذت برده و استرس‌ها و فشارها را بهتر حل و فصل نمایند. به عبارت دیگر تاب‌آوری توانایی حرکت به همراه مشکلات است یعنی علیرغم این که فرد با استرس، نگرانی و مشکل روبرو بوده، قادر باشد وظایف شخصی، اجتماعی، رقابتی و محیطی خود را انجام داده و به فعالیت کاری خود ادامه دهد. به علاوه این خصیصه افراد به افراد کمک می‌کند تا در برابر مشکلات روانی مثل اضطراب، افسردگی و عصبانیت از خود محافظت نمایند (اسپرینگیت^۴ و همکاران، ۲۰۱۱). باید اذعان داشت که مادران دارای کودکان مبتلا به ناتوانی‌هایی نظیر فلج مغزی مدت زیادی از وقت و انرژی خود را به کودکان ناتوانشان اختصاص داده و علائق شخصی و لذت‌بخش خود را اغلب به فراموشی می‌سپارند (جلیلی و همکاران، ۱۳۹۲). بدین ترتیب چنین فرایندی موجب آسیب به شفقت به خود^۵ در آنان می‌گردد. بنا به نظر نف^۶ (۲۰۰۹)، شفقت به خود سازه سه مولفه‌ای شامل اشتراکات انسانی^۷ در مقابل انزوا^۸، مهربانی با خود^۹

1. Nix, Rayan, Manly & Deci
2. Resiliency
3. Pinqart
4. Springgate
5. Self- Compassion
6. Neff
7. Common Humanity
8. Isolation
9. Self-Kindness

در مقابل قضاوت کردن خود^۱، و ذهن‌آگاهی^۲ در مقابل همانندسازی فزاینده^۳ تعریف شده است. خصیصه شفقت خود علاوه بر آن‌که در تقویت حالات هیجانی مثبت فرد دخیل می‌باشد، بلکه او را در مقابل حالات روانی منفی نیز محافظت می‌نماید. با توجه به اینکه شفقت خود با عواطف مثبت ارتباط دارد، اما صرفاً یک شیوه تفکر مثبت نیست، بلکه توانایی نگهداری هیجان‌ات منفی به همراه هشیاری غیر قضاوت‌نگر است بدون اینکه جنبه‌های منفی تجربه فرونشانی یا انکار شود (قربانی، واتسون^۴ و نوربالا، ۲۰۱۲).

برای آسیب‌های روانی افراد گوناگون، روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی به کار رفته است. آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر، یکی از جدیدترین روش‌ها است که نتایج پژوهش‌های پیشین نشان از کارآیی این روش در بهبود مولفه‌های روان‌شناختی و هیجانی افراد مختلف داشته است (آلتمایر^۵، ۲۰۱۹؛ والش، زیمزینسکا، تایلور و پریب^۶، ۲۰۱۸؛ آنتونی، داویر، آندروتی و کانگارد^۷، ۲۰۱۸؛ یوولیا سزک، رشید، ویلیامز و گلامانی^۸، ۲۰۱۶؛ شوشانی، استینمتز و کانات-مایمون^۹، ۲۰۱۶؛ پرویر، گاندر، ولزون و راج^{۱۰}، ۲۰۱۶؛ فیلینک، اسمیت، برگبوم و پترز^{۱۱}، ۲۰۱۵؛ هنرمندزاده و سجادیان، ۱۳۹۵؛ نوفرستی، روشن، فتی، حسن‌آبادی، پسندیده و شعیری، ۱۳۹۴؛ سلیمانان، احمدبرآبادی، ارقبایی و وحیدی، ۱۳۹۴). بر اساس روش‌های علمی سنتی و به منظور فهم و آسیب‌شناسی روانی رفتار، روان‌شناسی مثبت‌نگر طراحی گردیده است. از آن جایی که این رویکرد بر فرآیندهای مثبت و توانایی‌های افراد تأکید دارد، بنا براین به درمان‌گران توصیه می‌گردد تا به فرآیندهای مثبت مراجعین شان که اغلب به ندرت در زندگی‌شان اتفاق می‌افتد، توجه

1. Self-Judgment
2. Mindfulness
3. Over-Identification
4. Watson
5. Altmaier
6. Walsh, Szymczynska, Taylor & Priebe
7. Antoine, Davier, Andreotti & Congard
8. Uliaszek, Rashid, Williams & Gulamani
9. Shoshani, Steinmetz & Kanat-Maymon
10. Proyer, Gander, Wellenzohn & Ruch
11. Flink, Smeets, Bergbom & Peters

کنند (ژوزف و وود^۱، ۲۰۱۰). از دیدگاه روانشناسی مثبت‌نگر، درمانگران صرفاً نباید بر روی ثابت‌نگه داشتن مشکلات مردم تمرکز کنند، بلکه باید در آنان توانایی ایجاد زندگی شادتر، غنی‌تر و کامل‌تر را به وجود آورند. به عبارتی هدف از روانشناسی مثبت‌نگر، تغییر جهت‌نگاه روان‌شناسی از بهبود بدترین چیزها به سوی ساختن بهترین کیفیت‌ها در زندگی می‌باشد (سلیگمن، رشید و پارک^۲، ۲۰۰۶).

ضرورت انجام پژوهش حاضر در این نکته است که امروزه یکی از مهمترین مباحث در نظام سلامت جامعه، مشکلات مربوط به زنان و خانواده است، این در حالی است که اگر خانواده با مشکلاتی فراتر از یک خانواده عادی مانند داشتن فرزند فلج مغزی مواجه باشد، می‌تواند وضعیت روان‌شناختی و اجتماعی آنان را به گونه‌ای تحت تأثیر قرار دهد که علاوه بر تخریب عملکرد فردی، شغلی و اجتماعی، منجر به از هم گسیختن نظام خانواده شود. به همین جهت بکارگیری روش‌های درمانی مناسب برای افراد این خانواده‌ها (به خصوص مادران به عنوان مراقبان اصلی)، می‌تواند چشم‌انداز روشن‌تری فراهم آورد تا بحران‌زایی وجود یک کودک فلج مغزی در خانواده کاسته شود.

بر اساس مطالب فوق و با توجه به نقش روان‌شناسی مثبت‌نگر در ارتقای کیفیت زندگی افراد معتاد به مواد افیونی (پرزور و همکاران، ۱۳۹۴) و بر عزت‌نفس، خودپنداره و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر (آل بویه و همکاران، ۱۳۹۴)، افزایش تاب‌آوری و کنترل خشم در دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه (ثابت، جوبانیان و فرح بخش، ۱۳۹۳)، افزایش سلامت روان و رضایت از زندگی (پورسردار و همکاران، ۱۳۹۲)، افزایش تاب‌آوری افراد وابسته به مواد (کردمیرزانکوزاده، ۱۳۹۰) و سرانجام با توجه به وجود آسیب‌های روانی در مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی (وندرکر، پرینن، هانس - بذرافشان، رودگرز و جیمز، ۲۰۱۲؛ پورعبدل و همکاران، ۱۳۹۴، آلتماگ و همکاران، ۲۰۰۷)، مساله اصلی پژوهش کنونی بررسی این امر است که آیا آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر بر نشاط ذهنی، تاب‌آوری و شفقت به خود در مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی تأثیر دارد؟

-
1. Joseph & Wood
 2. Seligman, Rashid & Park

روش

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود. متغیر مستقل روان‌شناسی مثبت‌نگر و متغیرهای وابسته نشاط ذهنی، تاب‌آوری و شفقت به خود مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمام مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس و هدفمند با گمارش تصادفی بین گروه‌ها استفاده گردید. بدین صورت که با مراجعه به مراکز مشاوره و درمانی کودکان مبتلا به فلج مغزی شهر اصفهان، کودکان مبتلا به فلج مغزی مورد شناسایی قرار گرفتند. در مرحله بعد با حضور در این مراکز، از مادران این کودکان درخواست گردید که در پژوهش حاضر شرکت نمایند که تعداد ۵۲ مادر جهت حضور در پژوهش اعلام آمادگی نمودند. سپس پرسشنامه‌های تاب‌آوری، نشاط ذهنی و شفقت به خود به این مادران ارائه گردید. پس از جمع‌آوری و نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، تعداد ۳۰ مادر که کمترین نمره را در پرسشنامه‌های تاب‌آوری، نشاط ذهنی و شفقت به خود کسب کرده بودند، انتخاب و پس از دعوت جهت شرکت در پژوهش، به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (۱۵ مادر در گروه آزمایش و ۱۵ مادر در گروه کنترل). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن فرزند دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی، رضایت جهت شرکت در پژوهش و داشتن سلامت جسمی (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آن‌ها) بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در جلسات آموزشی و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود.

در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های زیر استفاده شده است:

مقیاس نشاط ذهنی: مقیاس نشاط ذهنی توسط رایان و فردریک ۱ در سال ۱۹۹۷ تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۷ ماده بوده و به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (بسیار

مخالقم) تا ۵ (بسیار موافقم) اندازه‌گیری می‌شود. این مقیاس دامنه نمراتی از ۷ تا ۳۵ را در بر می‌گیرد. امتیازات بالاتر در این مقیاس، نشانگر نشاط ذهنی بیشتر آزمودنی است (رایان و فردریک، ۱۹۹۷). شیوه اجرای این پرسشنامه به دو صورت فردی و گروهی است که در این پژوهش به شیوه گروهی اجرا شد. به منظور اعتباریابی مقیاس نشاط ذهنی از آلفای کرونباخ استفاده و میزان آن ۰/۹۴ گزارش شده است و از طریق تحلیل عاملی، روایی سازه‌ای آن مورد تأیید قرار گرفته است (میلیویسکیا و کوستر^۱، ۲۰۱۱). شیخ الاسلامی و دفترچی (۱۳۹۰) نیز از ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی اعتبار این مقیاس استفاده نموده و ضریب آلفای آن ۰/۸۹ به دست آمد. علاوه بر این جهت بررسی روایی مقیاس، همبستگی هر ماده با نمره کل مقیاس نشاط ذهنی مورد محاسبه قرار گرفت و دامنه ضرایب از ۰/۵۷ تا ۰/۸۶ متغیر بوده و همه ضرایب در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بودند (شیخ الاسلامی و دفترچی، ۱۳۹۰). ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه شفقت به خود: پرسشنامه شفقت به خود افراد توسط ریس^۲ و همکاران در سال ۲۰۱۱ تهیه شده است. برای اندازه‌گیری این مقیاس ۱۲ ماده‌ای، از شش مولفه مهربانی به خود (۲ ماده) در برابر قضاوت کردن خود (۲ ماده)، اشتراک انسانی (۲ ماده) در برابر انزوا (۲ ماده) و ذهن آگاهی (۲ ماده) در برابر همانندسازی افراطی (۲ ماده) استفاده شده است. برای اندازه‌گیری این ماده‌ها از مقیاس لیکرت ۵ رتبه‌ای، از تقریباً هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۵ استفاده شده که نمره بالاتر بیانگر شفقت به خود بیشتر می‌باشد. قابل ذکر است که ماده‌های ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ به صورت معکوس امتیاز گذاری می‌گردند. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۱۲ تا ۶۰ است. شیوه اجرای این پرسشنامه به دو صورت فردی و گروهی است که در این پژوهش به شیوه گروهی اجرا شد. شهبازی، رجیبی، مقامی و جلوداری (۱۳۹۴) در پژوهش خود، ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس را ۰/۹۱ محاسبه نموده‌اند. برای خرده مقیاس‌های مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، تجارب مشترک انسانی،

1. Milyavskaya, Koestner
2. Raes

انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی، ضرایب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۷۷ می‌باشند. همگرایی و روایی همزمان پرسشنامه شفقت به خود نیز مطلوب گزارش گردیده است (شهبازی، رجبی، مقامی و جلوداری، ۱۳۹۴). در این پژوهش پایایی مولفه‌های مهربانی به خود در برابر قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی در برابر انزوا و ذهن آگاهی در برابر همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۹۰، ۰/۸۴، ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ محاسبه گردیده است.

پرسشنامه تاب‌آوری: پرسشنامه تاب‌آوری توسط کانر و دیویدسون^۱ در سال ۲۰۰۳ تهیه شده است. این پرسشنامه ۲۵ گویه‌ای به صورت طیف لیکرت از یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). نمره برش این پرسشنامه ۵۰، حداکثر نمره ۱۰۰ و حداقل نمره صفر می‌باشد. نمرات بالاتر نشانگر تاب‌آوری بیشتر فرد است. شیوه اجرای این پرسشنامه به دو صورت فردی و گروهی است که در این پژوهش به شیوه گروهی اجرا شد. پایایی این ابزار توسط پژوهش محمدی (۱۳۸۴) و با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ تعیین گردیده است؛ روایی مقیاس با استفاده از روش تحلیل عاملی نیز محاسبه گردید و بررسی همبستگی هر نمره با نمره کل بیانگر آن بود که به جز سه سؤال، ضرایب سؤالات دیگر بین ۰/۱۴ تا ۰/۶۴ می‌باشد. پژوهش عبادت پور و همکاران (۱۳۹۲) روایی را با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۹۰ گزارش نموده است. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ تعیین شده است.

پس از انتخاب حجم نمونه مرحله پیش‌آزمون بر روی افراد حاضر در پژوهش اجرا گردید. سپس این افراد به صورت گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (۱۵ مادر در گروه آزمایش و ۱۵ مادر در گروه کنترل). سپس افراد گروه آزمایش مداخله و روان‌شناسی مثبت‌نگر را در گروه‌های ۵ نفره طی ۹ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه دریافت نمودند، در حالی که گروه کنترل در طی

1. Connor, Davidson

انجام فرایند پژوهش از دریافت مداخله فوق بی بهره بودند. پس از اتمام جلسات مداخله‌ای افراد هر دو گروه در معرض پس آزمون قرار گرفتند تا تاثیر مداخله روان‌شناسی مثبت‌نگر بر نشاط ذهنی، تاب‌آوری و شفقت به خود مادران گروه آزمایش مشخص گردد. همچنین مرحله پیگیری نیز پس از دو ماه اجرا گردید تا کارآیی این مداخله در طول زمان نیز مورد آزمون واقع گردد. لازم به ذکر است که جهت رعایت اخلاق پژوهشی، قرار شد که افراد گروه کنترل نیز پس از اتمام فرایند پژوهش، مداخله روان‌شناسی مثبت‌نگر را دریافت نمایند. همچنین به افراد حاضر در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات آنان به شکل محرمانه باقی مانده و نتایج حاصل از پژوهش به صورت گروهی و بی نام منتشر خواهد شد. جلساتی آموزشی روان‌شناسی مثبت‌نگر نیز با اقتباس از سلینگمن، رشید و پارک (۲۰۰۶) نوشته شده است. این آموزش نیز در ۹ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه و در طی ۳ ماه به شکل گروه‌های ۵ نفره اجرا گردید.

جدول ۱. مداخلات مربوط به آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر (سلینگمن، رشید و پارک، ۲۰۰۶)

جلسه	محتوای درمانی در هر جلسه روان‌شناسی مثبت‌نگر
جلسه اول	معارفه اعضا گروه به یکدیگر و برقراری ارتباط اولیه، مروری بر قوانین گروه، ساختار و اهداف جلسات، ارائه دورنمایی از برنامه جلسات آتی. اجرای پیش آزمون
جلسه دوم	چهارچوب‌دهی درمانجویان بر اساس روان‌شناسی مثبت‌نگر، درخواست از درمانجویان برای نوشتن داستان معرفی مثبت خودشان، ارائه تکلیف خانگی
جلسه سوم	ارائه خلاصه از جلسه قبل و دریافت بازخورد، مرور داستان معرفی مثبت و شناسایی و بحث در مورد توانمندی‌های درون داستان، درخواست از درمانجویان برای طراحی یک طرح خاص برای به اجرا درآوردن توانمندی‌ها، ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل و دریافت بازخورد، تمرکز بر سازه بخشش و معرفی آن به عنوان ابزاری برای از بین بردن هیجان‌های منفی، ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل و دریافت بازخورد، تمرکز بر سازه شکرگذاری و معرفی مزایای آن به صورت پیامدهای روانشناختی، فیزیکی و میان فردی و به ویژه افزایش احساس رضایت از زندگی، ارائه تکلیف خانگی
جلسه ششم	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل و دریافت بازخورد، تمرکز بر موضوع‌های امید و خوشبینی، آموزش مفهوم اسنادها به درمانجویان، آموزش اسنادهای درونی، کلی و پایدار به درمانجویان برای افزایش امید و خوشبینی آنان، ارائه تکلیف خانگی

جلسه هفتم	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل و دریافت بازخورد، تمرکز بر عشق و دلبستگی، توصیه به درمانجویان برای برقراری ارتباط و پیوند با دیگران، ارائه تکلیف خانگی
جلسه هشتم	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل و دریافت بازخورد، آشنا کردن درمانجویان با مفهوم حس ذاتی، آموزش به درمانجویان برای مشارکت در فعالیت‌های لذت بخش، ارائه تکلیف خانگی
جلسه نهم	بررسی تکالیف، دریافت بازخورد از اعضاء، بررسی پیشرفت‌ها و دستاوردهای به دست آمده، جمع بندی و نتیجه‌گیری، گفتگو در مورد تعمیم یافته‌ها و کاربرد مباحث در زندگی، اجرای پس‌آزمون

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از بسته نرم‌افزاری spss23 صورت گرفت.

نتایج

نتایج حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	P Value	سن		تحصیلات	
				فرآوری	P Value	فرآوری	P Value
گروه آزمایش	۳۴/۶۶	۴/۴۰	۰/۲۱	۵	۰/۸۴	۷	۰/۲۳
گروه گواه	۳۳/۴۰	۴/۵۹		۶		۵	۰/۷۶

نتایج حاصل از جدول ۲ بیانگر آن است که بین گروه‌های آزمایش و گواه در مولفه سن و فراوانی سطوح تحصیلی تفاوت معناداری به چشم نمی‌خورد. همچنین باید اشاره کرد که میانگین سنی افراد حاضر در پژوهش ۳۴/۰۳ سال و بیشترین فراوانی سطح تحصیلی مربوط به سطح تحصیلی لیسانس (۴۰ درصد) بود.

میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های نشاط ذهنی، تاب‌آوری و شفقت به خود مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش و پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تاب‌آوری	۵۵/۱۳	۶/۱۹	۶۵/۵۳	۵/۳۵	۶۶/۳۳	۶/۸۵
گروه آزمایش	۵۶/۲۰	۴/۶۶	۵۴/۹۳	۶/۴۶	۵۵/۶۶	۷/۲۵
گروه گواه	۱۷/۵۳	۳/۵۶	۲۴	۳/۲۵	۲۵	۳/۹۰
نشاط	۱۷/۸۶	۳/۷۱	۱۶/۲۶	۳/۲۱	۱۶/۷۳	۳/۹۸
گروه آزمایش	۳۲/۸۶	۴/۹۲	۴۱/۸۰	۴/۶۹	۴۰/۱۳	۴/۳۴
گروه گواه	۲۹/۴۰	۶/۳۹	۲۸/۴۰	۵/۹۲	۳۰	۵/۵۱
ذهنی						
شفقت به خود						

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون کلموگراف-اسمیرنف بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است ($p > 0.05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن بیانگر عدم معناداری مقدار sig آن بود که نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0.05$). حال به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون و بین‌گروهی برای مؤلفه‌های تاب‌آوری، نشاط ذهنی و شفقت به خود

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
تاب‌آوری	۴۹۸/۸۶	۲	۲۴۹/۴۳	۷/۱۹	۰/۰۰۲	۰/۲۱	۰/۹۳
تعامل مراحل و گروه‌بندی	۶۸۴/۴۶	۲	۳۴۲/۲۳	۹/۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۸
گروه‌بندی	۱۰۲۰/۱۰	۱	۱۰۲۰/۱۰	۲۹/۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱
خطا	۱۹۴۱/۳۳	۵۶	۳۴/۶۶				
نشاط ذهنی	۱۶۴/۸۶	۲	۸۲/۴۳	۷/۱۹	۰/۰۰۲	۰/۲۱	۰/۹۲
تعامل مراحل و گروه‌بندی	۳۴۸/۲۹	۲	۱۷۴/۱۴	۱۵/۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵	۱
گروه‌بندی	۶۱۳/۶۱	۱	۶۱۳/۶۱	۶۴/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰	۱
خطا	۶۴۱/۵۱	۵۶	۱۱/۴۵				

۱	۰/۳۳	۰/۰۰۰۱	۱۳/۹۱	۱۵۶/۰۳	۲	۳۱۲/۰۶	مراحل	
۱	۰/۳۸	۰/۰۰۰۱	۱۷/۱۳	۱۹۲/۲۳	۲	۳۸۴/۴۶	تعامل مراحل و گروه‌بندی	شفقت به خود
۱	۰/۵۱	۰/۰۰۰۱	۲۹/۰۴	۱۸۲۲/۵۰	۱	۱۸۲۲/۵۰	گروه‌بندی	
			۱۱/۲۱	۵۶	۶۳۸/۱۳		خطا	

نتایج جدول تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳ نشان داد که میانگین نمرات تاب‌آوری، نشاط ذهنی و شفقت به خود فارغ از تأثیر گروه‌بندی در طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش‌آزمون یک تفاوت معنادار به شمار می‌رود. از طرفی نتایج سطر دوم جدول فوق بیانگر آن است که متغیر گروه‌بندی (آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر) فارغ از مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر تاب‌آوری، نشاط ذهنی و شفقت به خود مادران دارای فرزند مبتلا به فلج مغزی دارای تأثیری معنادار بوده است. بدین معنا که اثر روان‌شناسی مثبت‌نگر در مقایسه با گروه کنترل تأثیر معنادار بوده است. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه‌بندی حاکی از آن است که آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر با تعامل مراحل نیز تأثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) داشته است. همچنین نتایج نشان داد که به ترتیب ۲۸، ۳۵ و ۳۸ درصد از تغییرات متغیرهای وابسته (تاب‌آوری، نشاط ذهنی و شفقت به خود مادران دارای فرزند مبتلا به فلج مغزی) توسط تعامل متغیر مراحل و گروه‌بندی تبیین می‌شود. حال جهت بررسی این نکته که این تاثیر در کدامیک از مراحل آزمون بوده است به بررسی نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی پرداخته می‌شود.

جدول ۵. بررسی تفاوت‌های دو به دو در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مراحل آزمون	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	مقدار معناداری	
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۵۶	۱/۱۲	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	پیگیری	-۵/۳۳	۱/۷۴	۰/۰۱
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۴/۵۶	۱/۱۲	۰/۰۰۱
پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۷۶	۱/۶۱	۰/۹۷
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۲/۴۳	۰/۷۷	۰/۰۱
پیش‌آزمون	پیگیری	-۳/۱۶	۰/۹۶	۰/۰۰۹
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۲/۴۳	۰/۷۷	۰/۰۱
پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۷۳	۰/۸۷	۰/۹۶

۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	-۳/۹۶	پس آزمون	پیش آزمون	شفقت به خود
۰/۰۰۱	۰/۹۸	-۳/۹۳	پیگیری		
۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۳/۹۶	پیش آزمون	پس آزمون	
۰/۹۸	۰/۹۲	۰/۰۳	پیگیری		

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری در متغیرهای تاب‌آوری، نشاط ذهنی و شفقت به خود معنادار است. در حالی است که بین میانگین نمرات پس آزمون با پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. بنابراین روان‌شناسی مثبت‌نگر در حالی که بر میانگین نمرات تاب‌آوری، نشاط ذهنی و شفقت به خود در مرحله پس آزمون تاثیر معنادار داشته، توانسته تاثیر خود را در طول زمان نیز حفظ نماید.

جدول ۶. میانگین‌های تعدیل شده متغیرهای وابسته

خطای استاندارد	میانگین	گروه‌ها	متغیر
۰/۸۸	۶۲/۳۳	گروه آزمایش	تاب‌آوری
۰/۸۸	۵۵/۶۰	گروه گواه	
۰/۴۶	۲۲/۱۷	گروه آزمایش	نشاط ذهنی
۰/۴۶	۱۶/۹۵	گروه گواه	
۱/۱۸	۳۸/۲۶	گروه آزمایش	شفقت به خود
۱/۱۸	۲۹/۲۶	گروه گواه	

چنانکه از نتایج جدول ۵ مشخص است نمرات میانگین تعدیل شده متغیرهای تاب‌آوری، نشاط ذهنی و شفقت به خود در گروه آموزش از میانگین نمرات گروه گواه بیشتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته اول پژوهش حاضر بیانگر آن بود که روان‌شناسی مثبت‌نگر بر تاب‌آوری مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی تاثیر معنادار داشت. یافته حاضر با نتایج پژوهش آلتمایر (۲۰۱۹)؛ یولیاسزک و همکاران (۲۰۱۶) و شوشانی و همکاران (۲۰۱۶) همسو بود. در تبیین یافته حاضر باید گفت که در جریان آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر، مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی در جهت شناخت توانایی‌ها، قابلیت‌ها و جنبه‌های مثبت خود و اطرافیان گام بر می‌دارند که این امر منجر به بهبود نگرش‌شان نسبت به دیگران نظیر اعضای خانواده

و دوستانشان نیز می‌شود. در این رویکرد با تأکید بر استعدادها و توانایی‌ها، بهینه‌سازی شادی‌ها، توجه و تمرکز کردن بیشتر به مسایل و احساسات مثبت و جلوگیری از ورود احساسات منفی به حیطه شخصی، و نیز افزایش ارتباطات مثبت که یکی از مبانی رویکرد مثبت‌نگر است، می‌توان بر سلامت روانی افراد تأثیر مثبتی گذاشت. خوش‌بینی حاصل از مداخله روان‌شناسی مثبت‌نگر می‌تواند اتفاقی را که می‌خواهد رخ دهد، تغییر دهد. خوش‌بینی نیز می‌تواند تحمل روانی فرد را نیز در برابر چالش‌های زندگی بهبود بخشیده و سبب شود که قدرت مقابله‌ای بیشتری را ادراک نماید که طبیعتاً بهبود تحمل روانی نیز می‌تواند منجر به افزایش تاب‌آوری مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی شود. علاوه بر این روان‌شناسی مثبت‌نگر، اغلب بر تجربه هیجان‌های مثبت تأکید داشته، جهت سازگاری در برخورد با مشکلات زندگی و چالش‌های محیط کاری، توانمندی‌ها را افزایش و استفاده از آن‌ها را بهبود می‌بخشد (شوشانی و همکاران، ۲۰۱۶). مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا از طریق افزایش هیجان‌های مثبت، به بالا بردن سطح درگیری مثبت و افزایش معنا در زندگی کمک کرده و موجب ارتقای مولفه‌های روان‌شناختی مثبت فردی و ارتباطی می‌گردد (یوولیا سزک و همکاران، ۲۰۱۶). افزایش معنا نیز سبب می‌شود که فرد قدرت مقابله سازگارانه با مشکلات روزمره زندگی را به دست آورده و از قدرت تحمل روانی بالاتری برخوردار شده و از این طریق تاب‌آوری بالاتری را نیز می‌تواند کسب کند.

یافته دوم پژوهش حاضر بیانگر آن بود که روان‌شناسی مثبت‌نگر بر نشاط ذهنی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی تأثیر معنادار داشت. یافته حاضر با نتایج پژوهش والش، زیمزینسکا، تیلور و پریب (۲۰۱۸)؛ پرویر و همکاران (۲۰۱۶) و فیلینک و همکاران (۲۰۱۵) همسو بود. در تبیین نتیجه به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان گفت که آموزش فنون و مهارت‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر به مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی، به منظور تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود، دیگران و دنیا و نیز افزایش شادکامی انجام می‌گیرد تا مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی خود را بهتر شناخته و تجربه‌های

مثبت خود را بازشناسند و به نقش این تجارب مثبت در افزایش و ارتقای احترام به خود پی ببرند. توجه به نقاط مثبت، خودادراکی مثبت‌تری را بر جای می‌گذارد و همین امر سبب می‌شود که این مادران نشاط درونی و ذهنی بیشتری را تجربه نمایند. همچنین رویکرد روانشناسی مثبت با تأکید بر ایجاد و گسترش هیجان‌های مثبت، تصمیم به ایجاد سپری در برابر اختلال‌های روانی و افزایش بهزیستی و شادکامی افراد دارد (پرویر و همکاران، ۲۰۱۶). محافظت فرد از آسیب‌های روانی نیز می‌تواند منجر به افزایش شادکامی و نشاط ذهنی افراد شود. بر همین اساس است که روان‌شناسی مثبت‌نگر می‌تواند منجر به افزایش نشاط ذهنی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی شود.

یافته سوم پژوهش حاضر بیانگر آن بود که روان‌شناسی مثبت‌نگر بر شفقت به خود مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی تأثیر معنادار داشت. یافته حاضر با نتایج پژوهش آنتونی، داویر، آندروتی و کانگراد (۲۰۱۸) و سلیمانیان و همکاران (۱۳۹۴) همسو بود. در تبیین یافته حاضر باید گفت در مداخله روان‌شناسی مثبت‌گرا تمرین‌هایی در رابطه با شناسایی و نامگذاری ویژگی‌های مثبت و همچنین تمرین‌هایی در مورد نوشتن هیجانات منفی با روشی خاص وجود دارد (شوشانی و همکاران، ۲۰۱۶). بنابراین، به نظر می‌رسد که روان‌شناسی مثبت‌نگر از طریق افزایش احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و ویژگی‌های مثبت فردی و استفاده از آن‌ها در زندگی روزمره و افزایش احساس معنا و هدفمندی در زندگی می‌تواند باعث بهبود مهربانی با خود و شفقت به خود در مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی شود. همچنین می‌توان گفت که آموزش روان‌شناسی مثبت‌گرا از طریق تقویت توانمندی‌ها و ویژگی‌های مثبت فردی و استفاده از آن‌ها در زندگی روزمره اجتماعی و همچنین به واسطه افزایش احساس لذت، معنا و هدفمندی در زندگی می‌تواند باعث افزایش مولفه‌های روان‌شناختی مثبت شفقت به خود در مادران شود. روان‌شناسی مثبت‌گرا با آموزش مفاهیم مربوط به خود، به مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی می‌آموزد که توجه، حافظه و انتظارات خود را از وقایع منفی و فاجعه‌آمیز در محیط

ارتباطی و خانوادگی به سمت وقایع مثبت و امیدوار کننده سوق داده تا از این طریق به تجربه مولفه‌های روان‌شناختی مثبت‌گرای بالاتری دست یابند.

این پژوهش با محدودیت جامعه آماری (مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی)، محدودیت نمونه‌گیری تصادفی (نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند) و محدودیت جغرافیایی (شهرستان اصفهان) مواجه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که نظیر این پژوهش در جامعه آماری دیگر، سایر مناطق جغرافیایی و با حجم نمونه بیشتر انجام گردد تا سبب افزایش تعمیم یافته‌ها شود. با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر توصیه می‌گردد مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی، در مراکز درمانی کودکانشان از روش آموزشی روان‌شناسی مثبت‌نگر برخوردار گردند تا آنان بهتر بتوانند در فرایند درمانی کودک خود مشارکت نمایند. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر که بر تاثیر معنادار روان‌شناسی مثبت‌نگر بر نشاط ذهنی، تاب‌آوری و شفقت به خود در مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی دلالت داشت، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که به منظور بهبود نشاط ذهنی، تاب‌آوری و شفقت به خود مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی می‌توان از روان‌شناسی مثبت‌نگر بهره‌مند گردید.

منابع

- آلبویه، گ.، طباطبایی، س.م.، رحیمیان بوگر، ا. (۱۳۹۴). اثر مداخله روان‌شناسی مثبت‌نگر به شیوه گروهی بر عزت‌نفس، خودپنداره و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر تجدیدی پایه اول دبیرستان، *مجله مطالعات روان‌شناسی تربیتی*، ۲۲: ۲۲-۱.
- پرزور، پ.، علیزاده گورادل، ج.، یاقوتی زرگر، ح.، بشرپور، س. (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود کیفیت زندگی معنادان به مواد افیونی، *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۹ (۳۵): ۱۴۸-۱۳۷.
- پورسردار، ن.، پورسردار، ف.، پناهنده، ع.، سنگری، ع.ا.، عبدی زرین، س. (۱۳۹۲). تاثیر خوش بینی (تفکر مثبت) بر سلامت روانی و رضایت از زندگی: یک مدل روان‌شناختی از بهزیستی. *مجله حکیم*، ۱۶ (۱): ۴۹-۴۲.

پورعبدل، س.، عباسی، م.، پیرانی، ذ.، عباسی، م. (۱۳۹۴). رابطه امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی با کیفیت زندگی در سالمندان، فصلنامه روان‌شناسی پیری، ۱ (۱): ۶۵-۵۷.

توفیقی، ز.، آقایی، ا.، گل‌پرور، م. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی آموزش تاب‌آوری با تنظیم هیجان بر داغ اجتماعی ادراک شده و تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی، مجله روان‌شناسی افراد استثنایی، ۷ (۲۸): ۷۱-۹۳.

جلیلی، ن.، گودرزی، م.، رصافیانی، م.، حق‌گو، ح.، دالوند، ح.، فرضی، م. (۱۳۹۲). بررسی کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی شدید و عوامل موثر بر آن. توانبخشی نوین، ۷ (۳): ۴۷-۴۰.

حسین‌ثابت، ف.، جوبانیان، ف.، فرحبخش، ک. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر تاب‌آوری و کنترل خشم در دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر یزد. فصلنامه پژوهش‌های مشاوره، ۱۳ (۵۳): ۲۳-۵.

سلیمانیان، ع.ا.، احمدبرآبادی، ح.، ارقبایی، م. و وحیدی، شعیب. (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی مثبت‌گرا بر مؤلفه‌های روانی مثبت مادران دارای کودک استثنایی، اولین همایش علمی پژوهشی روانشناسی، علوم تربیتی و آسیب‌شناسی جامعه، بصورت الکترونیکی، شرکت طلای سبز، انجمن پایش.

شهبازی، م.، رجبی، غ.، مقامی، ا.، جلوداری، آ. (۱۳۹۴). ساختار عامل تاییدی نسخه فارسی مقیاس درجه بندی تجدیدنظر شده شفقت - خود در گروهی از زندانیان. فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۶ (۱۹): ۳۱-۴۶.

شیخ‌الاسلامی، ر.، دفترچی، ع. (۱۳۹۰). نقش برآورده شدن نیازهای اساسی روان‌شناختی در جهت‌گیری هدف و نشاط ذهنی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز.

عبادت‌پور، ب.، نوابی‌نژاد، ش.، شفیع‌آبادی، ع.، فلسفی‌نژاد، م.ر. (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای کارکردهای خانواده برای تاب‌آوری فردی و باورهای معنوی و دزدگی زناشویی. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۳ (۱۳): ۲۹-۴۵.

قنبری‌طلب، م.، فولادچنگ، م. (۱۳۹۴). رابطه بین تاب‌آوری و نشاط ذهنی با استعداد اعتیاد دانشجویان، فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، ۹ (۳۴): ۲۲-۹.

کردمیرزا نیکوزاده، ع. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی برنامه مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر و گروه درمانی آدلری در ارتقای تاب‌آوری افراد وابسته به مواد، فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۲ (۵): ۱-۲۷.

محمدی، م. (۱۳۸۴). عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. رساله دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
مصباح، ا.، حجت‌خواه، س.م.، گل‌محمدیان، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی، ۸ (۲۹): ۸۵-۱۰۹.

نوفروستی، ا.، روشن، ر.، فتی، ل.، حسن‌آبادی، ح.، پسندیده، ع و شعیری، م.ح. (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی افراد دارای نشانه‌های افسردگی: مطالعه تک‌آزمودنی با چند خط پایه، پژوهشنامه روانشناسی مثبت، ۱۱ (۱): ۱-۱۸.

هنرمندزاده، ر.، سجادیان، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شادکامی دختران نوجوان بی‌سرپرست، پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، ۲ (۲): ۳۵-۵۰.

- Altmaier, E.M.(2019). An introduction to positive psychology. *Promoting Positive Processes After Trauma*, 17-30.
- Altmdag, O., Iccan, A., Akcan, S., Koksall, S., Ercin, M., Ege, L. (2007). Anxiety and depression levels in mothers of children with cerebral palsy. *Turkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi*, 53: 4-22.
- Antoine, P., Dauvier, B., Andreotti, E., Congard, A.(2018). Individual differences in the effects of a positive psychology intervention: Applied psychology. *Personality and Individual Differences*, 122: 140-147.
- Bostic, J.H. (2003). *Constractive thinking , Mental Health and physical Health* , Unpublished Ph.D dissertation, Saint Louis University.
- Connor, K.M., Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression & anxiety Journal*, 18 (2): 76-82.
- Crepeau, E.B., Cohn, E.S., Boyd Schell, B.A. (2003). *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 10th ed. Altoona, Pa: Lippincott; 265.
- Deon, L.L., Gaebler-Spira, D. (2010) Assessment and treatment of movement disorders in children with cerebral palsy. *Orthopedic Clinical*, 41 (4): 507-17.

- Flink, I.K., Smeets, E., Bergbom, S., Peters, M.L.(2015). Happy despite pain: Pilot study of a positive psychology intervention for patients with chronic pain, *Scandinavian Journal of Pain* 7: 71–79.
- Ghorbani, N., Watson, P.J., Chen, Z., Norballa, F. (2012). Self-compassion in Iranian Muslims: relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation. *International Journal of Psychological Religion*, 22(2): 106-118.
- James, D. (2013). A single case study of a family-centred intervention with a young girl with cerebral palsy who is a multimodal communicator. *Child: Care Health and Development*, 38 (1): 87-97.
- Joseph, S., Wood, A. (2010). Assessment of positive functioning in clinical psychology: theoretical and practical issues. *Clinical psychology review*, 30: 830-838.
- Krstić, T., Mihić, L., Mihić, I.(2015). Stress and resolution in mothers of children with cerebral palsy. *Research in Developmental Disabilities*, 47: 135-143.
- Lee, M.H., Matthews, A.K., Park, C. Determinants of Health-related Quality of Life Among Mothers of Children With Cerebral Palsy. *Journal of Pediatric Nursing*, 44:1-8.
- Milyavskaya, M., Koestner, R. (2011). Psychological needs, motivation, and well-being: A test of self-determination theory across multiple domains. *Personality and Individual Differences*, 50: 387–391
- Neff, K.D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52: 211-214.
- Pinquart, M. (2009). Moderating effect of dispositional Resilience on association between hassles and Psychological distress. *Journal of applied Developmental Psychology*, 30 (1): 1-8.
- Proyer, R.T., Gander, F., Wellenzohn, S., Ruch, W.(2016). Nine beautiful things: A self-administered online positive psychology intervention on the beauty in nature, arts, and behaviors increases happiness and ameliorates depressive symptoms, *Personality and Individual Differences*, 94: 189–193.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a Short Form of the Self-compassion Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 250-255.
- Ryan, R.M., Deci, E. (2008). From ego-depletion to vitality: Theory and findings concerning the facilitation of energy available to the self. *Social and Personality Psychology of Environmental development psychology*, 2, 702-717.
- Ryan, R.M., Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529–565.
- Seligman, M., Rashid, T., Park, N. (2006). Positive psychology. *American psychologist*, *behavior research and therapy*, 25, 1-24.
- Shoshani, A., Steinmetz, S., Kanat-Maymon, Y.(2016). Effects of the Maytiv positive psychology school program on early adolescents'

- well-being, engagement, and achievement, *Journal of School Psychology*, 57: 73–92.
- Springgate, B. F., Wennerstrom, A., Meyers, D., Allen III, C. E., Vannoy, S. D., Bentham, W., et al. (2011). Building community resilience through mental health infrastructure and training in post-Katrina New Orleans. *Ethnicity & disease*, 21 (30): 9-20.
- Uliaszek, A.A., Rashid, T., Williams, G.E., Gulamani, T.(2016). Group therapy for university students: A randomized control trial of dialectical behavior therapy and positive psychotherapy, *Behavior Research and Therapy*, 77: 78-85.
- Wadnerkar, M.B., Pirinen, T., Haines-Bazrafshan, R., Rodgers, J., James, D. (2012). A single case study of a family-centred intervention with a young girl with cerebral palsy who is a multimodal communicator. *Child: Care Health and Developmental*, 38 (1): 87-97.
- Walsh, S., Szymczynska, P., Taylor, S.J.C., Priebe, S.(2018). The acceptability of an online intervention using positive psychology for depression: A qualitative study. *Internet Interventions*, 13: 60-66.

