

بررسی اثر مثبت اندیشی در سه ماهه آخر بارداری بر افسردگی بعد از زایمان مادران (مطالعه موردی شهرستان چالوس)

وحید خوش روش^۱، حلیمه علی محمدی^۲، سحر واسعی^۳، فریبا رضایی^۴

^۱ استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن
^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد واحد تنکابن
^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد واحد تنکابن
^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد واحد تنکابن

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مثبت اندیشی در سه ماهه آخر بارداری بر افسردگی بعد از زایمان مادران اجرا گردید. این پژوهش از نوع نیمه تجربی (نیمه آزمایشی) و کاربردی است که با طرح پژوهشی پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بوده و جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان باردار شهرستان چالوس که به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان چالوس در سال ۱۳۹۷ مراجعه کرده اند. که از تعداد ۲۰۰ نفر زنان باردار به روش نمونه گیری تصادفی ساده تعداد ۱۵۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. و این ۱۵۰ نفر زنان باردار به پرسشنامه افسردگی پاسخ دادند. تعداد ۹۳ نفر نمره پرسشنامه افسردگی آنها یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین بود. که ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر) آنگاه گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای دوبار تحت آموزش مثبت اندیشی قرار گرفته اند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از: بسته آموزشی مثبت اندیشی، پرسشنامه افسردگی (۱۹۸۶)، کانر و دیوید سون (۲۰۰۳) تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کمک نرم افزار SPSS انجام گردید. نتایج نشان داد که بین میزان افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد $p < 0.01$. یافته ها نشان داد که آموزش مثبت اندیشی در کاهش میزان افسردگی سه ماهه آخر بارداری زنان باردار شهرستان چالوس که به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان چالوس مراجعه کردند، تاثیر دارد.

واژه های کلیدی: مثبت اندیشی، افسردگی، زنان باردار

مقدمه

در پنجاه سال گذشته تلاش روانشناسان بیشتر بر درمان کمبودها و رفع ناتوانی ها متمرکز بوده است. روانشناسان مثبت گرا به افزایش شادمانی و مطالعه در مورد نقش نیرومندی های شخصی و سامانه های اجتماعی مثبت در ارتقای سلامت بهینه تاکید دارند و به طریق علمی به شناسایی عواملی می پردازند که می توانند سلامت را افزایش دهند (کار، ۲۰۰۴ به نقل از پاشا شریفی ۱۳۹۱). مثبت اندیشی به ما نشان می دهد برای آنکه درباره خود احساس خوبی داشته باشیم روابط ارزشمندی با دیگران برقرار کنیم و در تصمیم گیریهای خود اصول منطقی را رعایت کنیم و از پس چالش های زندگی بر آییم و در رویارویی با مشکلات زندگی شانه خالی نکنیم باید با چه دیدی به زندگی بنگریم (کویلیام، ۱۳۹۵). در میان بیماریهای جسمی و روانی، افسردگی و اضطراب با سرعت شیوع ۲۰ درصد از شایعترین اختلالات روانپزشکی هستند. از هر پنج مرگی که در دنیا رخ می دهد، یک مورد مربوط به بیماری عروق کرونر قلبی میباشد. افسردگی، اضطراب و استرس از شایعترین پیامدهای این بیماری هستند که سیر بیماری را وخیم تر می سازند. یکی از روشهای مقابله با استرس، اضطراب و افسردگی مثبت اندیشی است که به مطالعه علمی نیرومندی ها و شادمانی انسان نظر دارد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر معیارهای موثر بر ایجاد مثبت اندیشی و بررسی اثر آن در سه ماهه آخر بارداری و تاب آوری بر افسردگی بعد از زایمان مادران انجام می گیرد. اخیراً مداخلات مثبت نگر متعددی طراحی شده اند که از جمله آن ها می توان به برنامه روان درمانی مثبت رشید (۲۰۰۹)، برنامه آموزش مثبت نگر (خانجانی، ۱۳۹۳) و بسته آموزش مهارت های مثبت اندیشی (خدایاری فرد، مهدی زاده، غلامعلی لواسانی و حکیم زاده، ۱۳۹۵) اشاره کرد. این درحالی است که کمتر پژوهشی به بررسی کارآمدی مداخلات مثبت نگر بر فرایند خانواده پرداخته است و در این حوزه خلأ پژوهشی مشهود است. با توجه به موارد مطرح شده پژوهش حاضر قصد دارد اثربخشی بسته آموزش مثبت اندیشی (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۹۵) را بر افسردگی و تاب آوری بعد از زایمان بررسی نماید. مطابق دیدگاه مثبت نگر، هیجانات و توانمندیها از بهترین عوامل جلوگیری از آسیب های روانی هستند. پژوهشگران حوزه پیشگیری اعتقاد دارند، پیشگیری تأکید بر ساختن توانمندی ها و نه اصلاح ضعفهاست، بنابراین توانمندیهای انسان، محافظتی در برابر بیماریهای روانی است. شهادت، خوشبینی، مهارت های ارتباط بین فردی، رعایت کردن اخلاق کار، امید، صداقت نمونه ای از این توانمندیها محسوب میشود. نتایج تحقیقات مختلف در مورد اثربخشی پیشگیرانه مداخلات مثبت نگر نشان می دهد که شناسایی و ارتقای هیجانات مثبت و افزایش بهزیستی روانشناختی به عنوان یک سد محافظت کننده، از ابتلای افراد به افسردگی، اضطراب، آسیب های مزمن و تنشهای زندگی جلوگیری می کند (سلیگمن، ۲۰۱۰). مثبت اندیشی شیوه یا نتیجه تمرکز مثبت ذهن فرد بر روی چیزی سازنده و خوب است و بنابراین تفکرات و عواطف منفی یا مخرب را از آن حذف می کند. روانشناسی مثبت نگر عمدتاً به تقویت کردن توانایی ها و شایستگی های فرد توجه دارد. افراد برای جلوگیری از بیماری باید از توانایی هایی چون امید، خوشبینی، مهارت، پشتکار، انگیزش درونی و قابلیت روانی برخوردار باشند. نداشتن دید مثبت به زندگی از عوامل مهم بروز افسردگی و اضطراب می باشند (جباری، ۲۰۱۵). از سویی دیگر تاکنون پژوهشی به اثربخشی مثبت اندیشی در سه ماهه آخر بارداری بر افسردگی بعد از زایمان مادران که سلامت مادران، سلامت فرزندان را نیز تأمین خواهد کرد، انجام نشده است بنابراین این سوال مطرح می شود که آیا مثبت اندیشی در سه ماهه آخر بارداری بر افسردگی بعد از زایمان مادران تأثیر دارد؟

۲. مبانی تحقیق

افسردگی در سراسر جهان یک مشکل جدی و ناتوان کننده در سلامت عمومی با شیوع بسیار بالا می باشد (کوپفر^۱ و همکاران، ۲۰۱۶) و ارتباط قوی بین این اختلال و تمایل به خودکشی وجود دارد (هندلی^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). از نشانه های این اختلال خلقی می توان به وجود غم، احساس پوچی، خلق تحریک پذیر به همراه تغییرات جسمی و شناختی که به طور واضح بر

^۱ Kupfer

^۲ Handley

ظرفیت کارکرد فرد تأثیر می‌گذارد، و همچنین کاهش علاقه و لذت در فعالیت‌های روزانه، افزایش یا کاهش وزن قابل توجه، بی‌خوابی یا پر خوابی، از دست دادن انرژی، ناتوانی در تمرکز، یأس و بدبینی، احساس بی‌ارزشی، احساس گناه و افکار تکرار شونده مرگ یا خودکشی را اشاره نمود (شریعتمداری، ۱۳۹۳).

سازمان بهداشت جهانی^۳ تخمین زده است که اختلالات افسردگی و اضطرابی در رأس فهرست بیماری‌های روانی قرار دارند. هم‌اکنون افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی و دومین اختلال شایع قرن حاضر و معضل عمومی در زندگی مدرن امروزی است (لامبرت^۴، ۲۰۰۶). این در حالی است که در سال ۱۹۹۰ افسردگی در رده چهارم قرار داشته است. این اختلال روانی به عنوان مشکل بهداشتی و جهانی در تمام فرهنگ‌ها خودنمایی می‌کند و متعلق به قشر خاصی نیست. اما برخی افراد جامعه به دلیل موقعیت خاص، نسبت به این اختلال آسیب پذیر هستند، این بیماری با کاهش انرژی و علاقه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی، افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود و با تغییر در سطح فعالیت‌ها و توانایی‌های شناختی همراه است (مامی و همکاران، ۱۳۹۳). افسردگی محدود به زمان، مکان و شخص خاصی نیست و همه اقشار جامعه را از فقیر، غنی، بی‌سواد، با سواد و غیره را در بر می‌گیرد و در هر فرهنگ و کشوری وجود دارد و بسیاری از مردم در اقصی نقاط جهان را مورد آزار قرار می‌دهد. افسردگی از وجود یک سری علائم تا اختلال افسردگی اساسی طیف وسیعی را تشکیل می‌دهد (کهریزی و همکاران، ۱۳۹۰). انواع خفیف‌تر افسردگی که ملاک‌های افسردگی را برآورده نمی‌سازند از اختلال افسردگی اساسی رایج‌تر هستند (والمسلی^۵، ۲۰۰۳). امروزه شیوع افسردگی در زنان بیشتر از مردان است. خشونت، مشکلات اقتصادی، فشارهای محیط کار و سوء استفاده‌های جنسی مهم‌ترین مشکلات اجتماعی ایجاد کننده افسردگی زنان است (روزنتال، ترجمه هادیان، ۱۳۹۱).

در هر مقطع معینی از زمان، ۱۵ تا ۲۰ درصد بزرگسالان در سطح قابل توجهی از نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند و حداقل ۱۲ درصد به میزانی از افسردگی مبتلا هستند که آنها را در مرحله‌ای از زندگی به سمت درمان بکشاند. افسردگی از شایع‌ترین تشخیص‌های روانپزشکی است که با روند رو به رشد و شیوع آن مشکل اساسی برای بهداشت روان ایجاد کرده است. براساس پیمایشی که برای بررسی سلامت روان جهانی در هفده کشور انجام شد، مشخص گردید که به طور متوسط یک نفر از هر بیست نفر، دوره‌هایی از افسردگی را در این سال تجربه کرده‌اند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۲). سازمان بهداشت جهانی پیش بینی می‌کند که تا سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین علت ناتوانی پس از بیماری اسکیمی قلبی^۶ باشد. همچنین مطالعات شیوع افسردگی در ایران نشان می‌دهد که احتمال ابتلای زنان به افسردگی (۳۰/۵ درصد) بیشتر از مردان (۱۶/۷ درصد) است (رجبی و همکاران، ۱۳۹۰). تقریباً در سراسر جهان و در همه کشورها و فرهنگ‌ها شیوع افسردگی در زنان دو برابر مردان است. از همه بیماری‌های جسمی و روانی در زنان ۴۵-۱۵ ساله افسردگی شایع‌ترین بیماری شناخته شده است. این اختلال نشانه‌های زیادی دارد، از قبیل سردرد، یبوست، کم شدن اشتها، کمر درد و خستگی. از آنجایی که افسردگی جلوه‌های گوناگونی دارد پزشکان از تشخیص آن غافل می‌شوند (همان منبع).

۳. روش شناسی تحقیق

^۳ World Health Organization

^۴ Lambert

^۵ Walmsley

^۶ Heart Ischemic

این پژوهش از نوع نیمه تجربی (نیمه آزمایشی) و کاربردی است که با طرح پژوهشی پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل انجام می شود در این پژوهش بررسی اثر مثبت اندیشی در سه ماهه آخر بارداری بر افسردگی بعد از زایمان مادران (مطالعه موردی شهرستان چالوس) مورد بررسی قرار می گیرند.

جامعه آماری در این پژوهش کلیه زنان باردار شهرستان چالوس هستند که به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان چالوس مراجعه خواهند کرد (حدود ۲۰۰ نفر).

ابتدا از بین کلیه زنان باردار شهرستان چالوس که به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان چالوس مراجعه می کنند (حدود ۲۰۰ نفر)، بصورت نمونه گیری تصادفی تعداد ۱۵۰ نفر انتخاب شدند که به پرسشنامه افسردگی پاسخ دادند آنگاه از بین تمام افرادی که به پرسشنامه افسردگی پاسخ داده اند، تعداد ۹۳ نفر نمره پرسشنامه افسردگی آنها یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین بود. از بین این ۹۳ نفر، ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر) آنگاه گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای هفته ای دوبار تحت آموزش مثبت اندیشی قرار گرفته اند که در این جلسات در راستای آموزشی مثبت اندیشی برای زنانی بود که در دوره سه ماهه آخر بارداری را سپری می کنند. و به گروه کنترل هیچ گونه آموزشی ارائه نمی گردد در نهایت بعد از اتمام جلسات دوباره پرسش نامه ها در گروهها به عنوان پس آزمون اجرا می شود.

- بسته آموزشی مثبت اندیشی:

آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای هفته ای دوبار تحت آموزش مثبت اندیشی قرار گرفته اند که در این جلسات در راستای آموزش مثبت اندیشی به زنان بارداری که در سه ماهه آخر بارداری به سر می برند، می باشد.

جلسه اول: آشنایی:

برقراری و ایجاد ارتباط اولیه، معارفه اعضای گروه با یکدیگر و مشاور، بیان اهداف پژوهش و روش کار، گروه بندی و تعیین تاریخ جلسات، بیان مقررات و اصول جلسه ها، اهمیت رعایت نظم و همچنین فعال بودن در بحثها و انجام دادن تکلیف، بیان توضیحاتی در مورد جلسات آموزشی، آشنایی با مفهوم مثبت اندیشی و داشتن دید مثبت، اجرای پیش آزمون.

جلسه دوم: آموزش شناخت نقاط قوت خویش و آگاهی از مزایای مثبت نگری:

آموزش شناخت نقاط قوت خویش، تعیین اهداف زندگی و مسیر خواسته ها، بررسی راههایی که فرد را در نزدیک کردن به خواسته ها و اهدافش یاری می کند، بررسی عوامل مؤثر در زندگی سالم، آگاهی از مزایای مثبت نگری و ایجاد باورهای مثبت. تکلیف: یادداشت نقاط قوت از نظر خود و آنچه می داند دیگران در مورد او می گویند.

جلسه سوم: آموزش مهارت خوش بینی:

بررسی تکلیف جلسه دوم. آموزش مهارت خوش بینی و ارزیابی افکار خود آیند. تکلیف: یادداشت نقاط قوتی که از دیگران در مورد خود پرسیده اند. تهیه فهرستی از افکار خود آیند.

جلسه چهارم: آموزش داشتن دید مثبت نسبت به اطرافیان:

بررسی تکلیف جلسه قبل (فرم نقاط قوت از نظر دیگران و انتقال آنها از ستون های دوم و سوم به ستون اول). تکلیف: یادداشت نقاط قوت ده نفر از اعضای خانواده، اقوام، دوستان و همکاران.

جلسه پنجم: بازگو کردن دست کم ۱۰ تا ۱۵ تجربه و خاطره خوب:

یادداشت دست کم ۱۰ تا ۱۵ تجربه و خاطره خوب و بازگو کردن آن به اعضای گروه، گوش دادن به تجربیات خوب اعضای گروه و استخراج ویژگی های مثبت.

تکلیف: تکمیل ۱۰ تا ۱۵ تجربه و خاطره خوب با اعضای خانواده در منزل.

جلسه ششم: بررسی نقاط قوت خاطرات:

بررسی نقاط قوت خاطرات، چگونگی واکنش هنگام دریافت بازخورد از جانب دیگران، آموزش تغییر کلمات به صورت مثبت، افزایش خودگویی های مثبت.

تکلیف: تهیه فهرستی از کلمات جایگزین خویش.

جلسه هفتم: ارائه شواهد و معیارهای معتبر:

اولویت بندی نقاط قوت و توانمندی های خود و ارائه شواهد و معیارهای معتبر. تکلیف: جمع بندی کل ویژگی های مثبتی که در خود یافته اند و استفاده از نقاط قوت قابل اتکای خود در حل مسائل و مشکلات.

جلسه هشتم: جمع بندی نهایی:

جمع بندی نهایی، بازخورد گرفتن از اعضا، بیان جملات مثبت توسط ایشان

اجرای پس آزمون، نظرسنجی.

پرسشنامه افسردگی:

در این پژوهش فرم ۲۱ سوالی پرسشنامه بک مورد استفاده قرار گرفت. هدف این پرسشنامه سنجش کمی افسردگی است. بررسی پایایی این آزمون حاکی از همسانی درونی بالا است. همچنین بین دونیمه ی آزمون نیز قابل توجه بوده است. ضریب باز آزمایی آن در فواصل چند ساعت تا چهار ماه از ۰/۴۸ تا ۰/۹۰ به دست آمد. همبستگی بین درجه بندی های شدت کلی توسط روانپزشک و متخصص بالینی با نمره های پرسشنامه افسردگی بک مثبت و معنادار بوده است. که حاکی از اعتبار همزمان این آزمون است (۰/۶۷).

در این تحقیق از روش های آماری ذیل استفاده شده است:

۱- روش های آمار توصیفی: در قسمت توصیف داده ها و اطلاعات گردآوری شده، روش های که برحسب ویژگی های آنها در فرضیه ها، مورد استفاده قرار گرفت عبارتند از: جدول ها، نمودار ها، میانگین، انحراف استاندارد.

۲- روش آمار استنباطی: با توجه به اینکه در این پژوهش از طرح دو گروهی پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل استفاده خواهد شد. از آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیره برای آزمون فرضیه ها استفاده شد.

۴. یافته های تحقیق

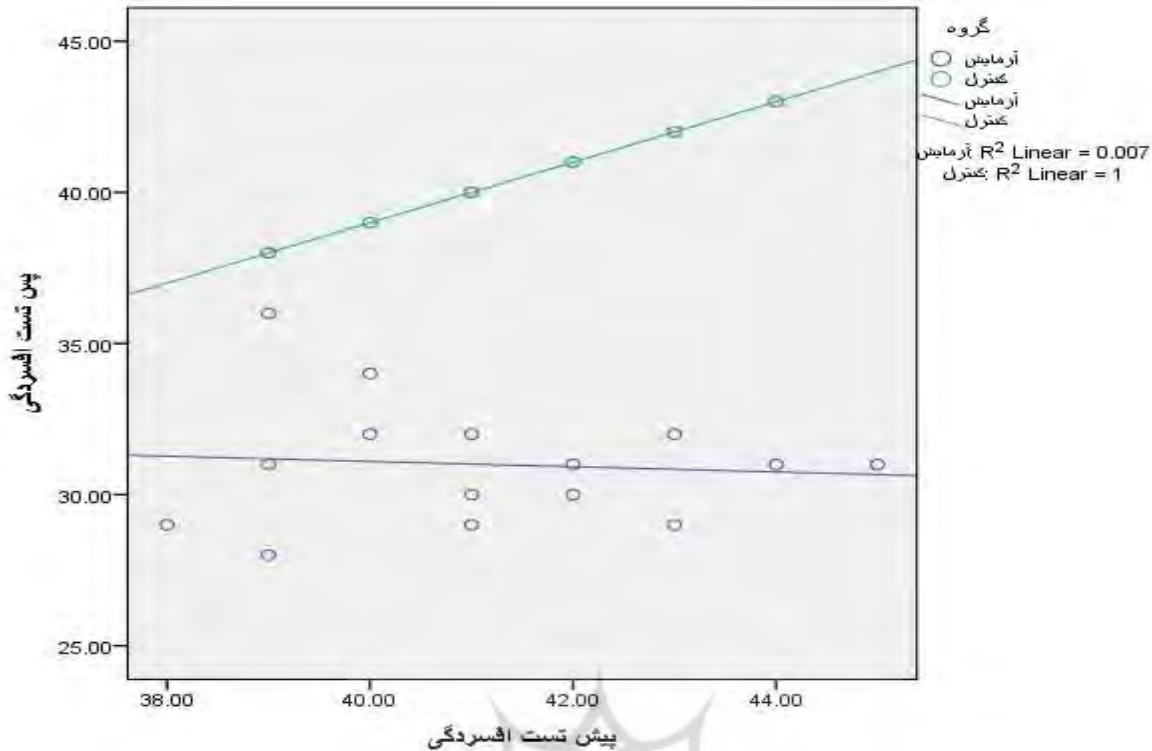
به منظور آزمون فرضیه های پژوهش میانگین های نمرات اختلافی پیش تست. پس تست دو گروه آزمایشی و کنترل از طریق تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیری^۷ مورد بررسی قرار گرفت. قبل از اجرای تحلیل کواریانس چند متغیری لازم است موارد زیر مورد بررسی قرار می گیرد.

۱- وجود رابطه خطی (خط مستقیم) بین متغیرهای وابسته که با بررسی نمودارها ی پراکندگی بین هر جفت از متغیرها وابسته که با بررسی نمودارها پراکندگی بین هر جفت از متغیرها ی وابسته صورت می گیرد.

۲- داده های تک متغیری و چند متغیری ها دارای توزیع نرمال باشد. هر یک از موارد فوق در پژوهش حاضر به ترتیب مورد بررسی قرار می گیرد.

با بررسی نموداری که از رابطه بین متغیرها ی وابسته بدست می آید مشخص شد که بین آنها رابطه خطی وجود دارد.

^۷. MANCOVA



نمودار ۱-۴: نمودار پراکنندگی نمرات متغیر افسردگی

همانطور که در نمودار فوق مشاهده می شود بین متغیر تصادفی کمکی (پیش آزمون) و پس آزمون متغیر وابسته افسردگی رابطه خطی وجود دارد و پیش فرض رابطه خطی بین متغیر همپراش و متغیر وابسته افسردگی رعایت شده است. داده های مربوط به فرضیه همبستگی ماتریس های واریانس-کواریانس در جدول ۱-۴ ارائه شده است.

جدول ۱-۴: آزمون باکس جهت بررسی ماتریس واریانس / کواریانس داده های مربوط به برابری واریانس های متغیر وابسته

افسردگی، تاب آوری

Box's M	آزمون	dF_1	dF_2	F	P سطح معناداری
۱/۵۲۲		۳	۱۴۱۱۲۰	۰/۴۶۸	۰/۷۰۴

داده های جدول فوق نشان می دهد آزمون با کس معنادار نیست لذا فرض همگنی ماتریس کواریانس رد نمی شود. لذا برابری واریانس های متغیرهای وابسته افسردگی، تاب آوری برقرار بوده و اجرای آزمون مانکوا امکان پذیر است. با توجه به نتایج آزمون لونز جدول ۲-۴ و معنادار نبودن متغیر وابسته های افسردگی برای این متغیرها برابری واریانس ها برقرار بوده و اجرای آزمون مانکوا امکان پذیر است.

جدول ۲-۴: نتایج آزمون لونز برای برابری واریانس ها

Sig	dF_2	dF_1	F	متغیرها
۰/۰۸۲	۲۸	۱	۳/۲۵۱	افسردگی

جدول ۴-۳: مفروضه همگنی شیب های رگرسیون متغیرهای افسردگی

متغیر	ss	df	ms	f	Sig	η^2
عامل متغیرمستقل و پیش آزمون افسردگی	۳/۰۷۸	۱	۳/۰۷۸	۲/۲۸۸	۰/۱۰۷	۰/۱۱۹

نتیجه جدول (۳-۴) نشان می دهد چون مقدار سطح معناداری (Sig) تعامل بین متغیر مستقل و پیش آزمون افسردگی، که از سطح آلفای ۰/۰۵ بزرگتر است لذا آزمون F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار نیست. بنابراین با احتمال ۰/۹۵ می توان بیان کرد که مفروضه همگنی شیب های رگرسیون رعایت شده است.

پس از بررسی به عمل آمده چون رابطه خطی و مفروضه های همگنی ماتریس واریانس/ کواریانس و مفروضه یکسانی واریانس ها و همگنی شیب خط رگرسیون رعایت شده است. پژوهشگر مجاز به استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره است. بررسی میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون و تعدیل شده میزان افسردگی گروه آزمایش و کنترل در جدولهای ۴-۳، ۴، ۵ و شده است. مشخصه های آماری متغیرهای در دو گروه آزمایش و کنترل ر جدول ۴-۴ نمایش داده شده است.

جدول ۴-۴: مشخصه های آماری مولفه ای متغیر وابسته افسردگی (n=۳۰)

مولفه ها	گروه آزمایش		گروه گواه	
	پیش تست		پیش تست	
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
افسردگی	۲/۰۳	۳۱	۱/۷۲	۴۰/۳۳

از ملاحظه ارقام جدول فوق مشخص می شود که بین میانگین گروه کنترل و میانگین گروه آزمایش در متغیرهای وابسته افسردگی، تاب آوری تفاوت وجود دارد این تفاوت ها در هر دو متغیر به سود گروه آزمایشی است. نتایج میانگین تعدیل یافته برای متغیرهای وابسته افسردگی، تاب آوری در جدول ۴-۵ ارائه گردید است.

جدول ۴-۵: نتایج میانگین تعدیل یافته برای متغیرهای وابسته افسردگی

مولفه ها	گروه آزمایش		گروه گواه	
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
تنظیم هیجان	۰/۴۷۳	۳۰/۹۵	۰/۴۷۳	۴۰/۳۸
کیفیت زندگی	۰/۵۸۸	۵۲/۹۸	۰/۵۸۸	۴۲/۹۵

جدول ۴-۶: تحلیل کواریانس چند متغیره نسبت F برای اندازه متغیر ترکیبی افسردگی

منبع	ارزش	F(۲۵،۲)	سطح معناداری	Eta
متغیر ترکیبی (گروه)	۰/۰۶۴	۱۸۱/۹۳۹	۰/۰۰۰	۰/۹۳۶

مقایسه مجزوراتی Eta که در جدول فوق دیده می شود سهمی از واریانس است که مربوط به متغیر ترکیبی جدید می شود. قاعده کلی چنین است که اگر این مقدار از ۰/۱۴ باشد میزان اثر بخشی زیاد آموزش مثبت اندیشی است در جدول فوق این مقدار برای متغیر ترکیبی جدید به نام گروه ۰/۹۳۶ است این نشان دهنده اثر زیاد آموزش مثبت اندیشی بر افسردگی نشان می دهد. همچنین نتایج آزمون ویلکز لامبدای در مورد متغیر ترکیبی (افسردگی) معنی دار است.

و معنی داری نتایج تحلیل کواریانس برای متغیرهای وابسته افسردگی در جدول ۴-۸، ۴-۹، ۴-۱۱ ارائه گردیده است. معنی داری در متغیر ترکیبی جدید نشان دهنده این است که شرکت کنندگان در دو گروه با هم متفاوت هستند و میانگین های گروه ها تحت تاثیر متغیر مستقل معنادار است.

$$F_{(2,25)} = 181/939 ; P < 0/01 ; \text{Lambda} = 0/064 ; \text{Partial } \eta^2 = 0/936$$

جدول ۴-۷: تحلیل کواریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین افسردگی

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری P	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۹۳۶	۱۸۱/۹۳۹	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۹۳۶
لامبدای ویلکز	۰/۰۶۴	۱۸۱/۹۳۹	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۹۳۶
اثر هاتلینگ	۱۴/۵۴۷	۱۸۱/۹۳۹	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۹۳۶
بزرگترین ریشه روی	۱۴/۵۴۷	۱۸۱/۹۳۹	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۹۳۶

با توجه به داده های جدول ۴-۷ میانگین نمرات افسردگی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون حداقل در یکی از متغیرهای افسردگی تفاوت معناداری با یکدیگر دارد.

برای بررسی دقیق تر، نتایج تحلیل کواریانس در تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در هر یک از متغیرهای افسردگی، تاب آوری در جدول ۴-۸ ارائه گردیده است.

جدول ۴-۸: تحلیل حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیری برای متغیر افسردگی

منبع پراش	مجموع مجزورات SS	درجه آزادی Df	میانگین مجزورات MS	F	سطح معناداری P	اندازه اثر	توان آزمون
افسردگی	۶۲۶/۱۲۲	۱	۶۲۶/۱۲۲	۱۷۶۵ ۱۹۲	۰/۰۰۰	۰/۸۸۱	۱/۰۰
خطا	۸۴/۴۵۱	۲۶	۳/۲۴۸				

جدول ۴-۹: تحلیل حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیری برای متغیر تاب آوری

منبع پراش	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی Df	میانگین مجذورات MS	F	سطح معناداری P	اندازه اثر	توان آزمون
تاب آوری	۷۵۴/۱۹۹	۱	۷۵۴/۱۹۹	۱۵۰/۲۱۲	۰/۰۰۰	۰/۸۵۲	۱/۰۰
خطا	۱۳۰/۵۴۳	۲۶	۵/۰۲۱				

در جدول ۴-۳-۷-۸-۹ نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری ANCOVA نشان داده است با توجه به اینکه ۲ متغیر وابسته دارد. با تقسیم ۰/۰۱ بر ۲ تصحیح بونفرونی اجرا شده است پس حد معنی آری کوچکتر ۰/۰۵ است، این امر در مورد هر دو متغیر صادق است. مقدار Eta نشان می دهد که تقریباً ۸۸/۱ درصد واریانس متغیر افسردگی برای متغیر گروه به حساب آمده است. با توجه به داده های جدول ۴-۶ و ۸-۴ و ۹-۴ نتایج زیر حاصل شده است.

فرضیه اصلی: مثبت اندیشی در سه ماهه آخر بارداری بر افسردگی بعد از زایمان مادران تاثیر دارد. نتایج جدول ۴-۶ نشان می دهد بین گروه آزمایش که تحت تاثیر آموزش مثبت اندیشی بوده اند و گروه کنترل که تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفتند در میزان افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد.

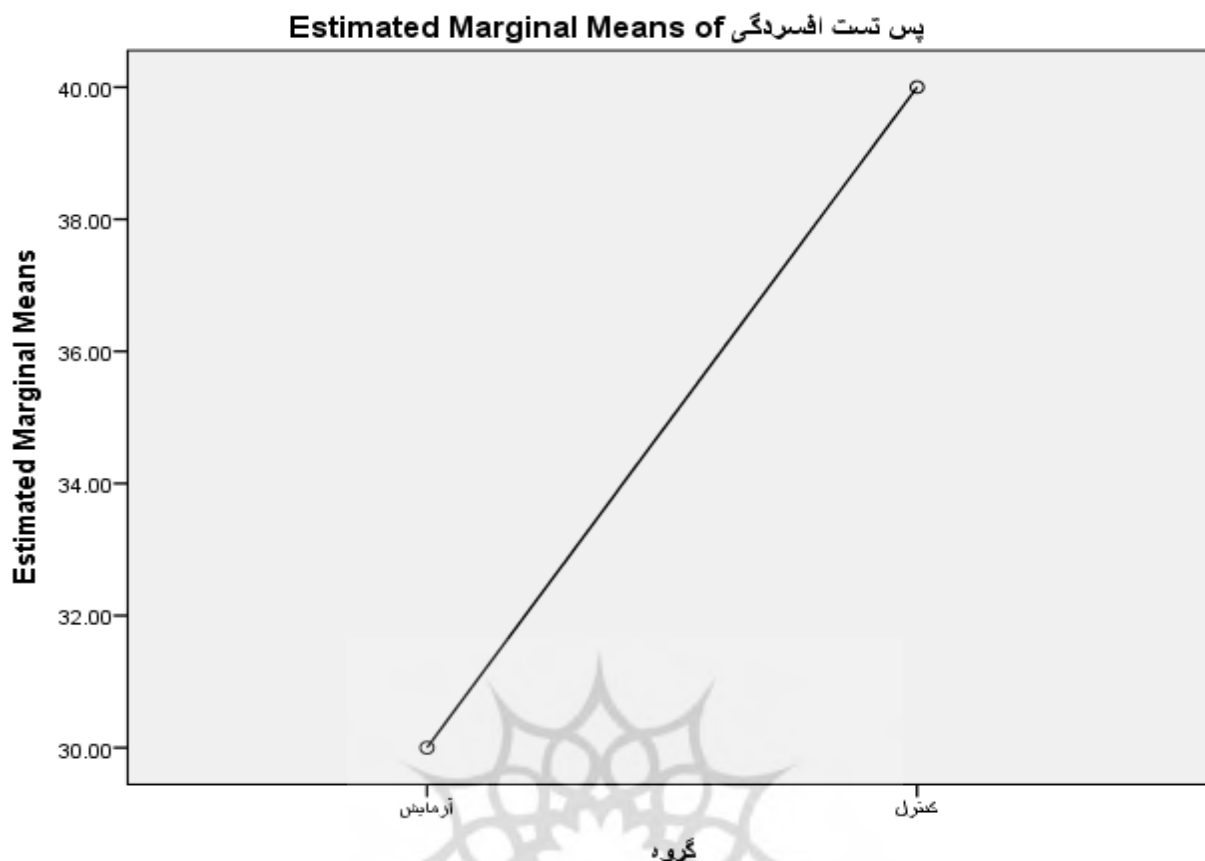
$$F_{(2,25)} = 181/939 \text{ ؛ } P < 0/01 \text{ ؛ } \Lambda = 0/064 \text{ ؛ } \text{Partial } \eta^2 = 0/936$$

با توجه به داده های جدول ۴-۶ میانگین نمرات افسردگی در دو گروه افراد گروه آزمایش که تحت تاثیر آموزش مثبت اندیشی بوده اند و گروه کنترل که تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفتند حداقل در واریانس یکی از متغیر افسردگی تفاوت معناداری با یکدیگر دارند.

فرضیه: مثبت اندیشی در سه ماهه آخر بارداری بر افسردگی بعد از زایمان مادران تاثیر دارد. همانطور که نتایج کواریانس در جدول ۴-۸ می بینیم بین میانگین های تعدیل شده دو گروه در میزان افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد.

$$F_{(1,26)} = 192/765 \text{ ؛ } P < 0/01 \text{ ؛ } \text{Partial } \eta^2 = 0/881$$

به منظور روشن شدن مطالب بالا اطلاعات مربوط به این بخش در نمودار ۴-۹ نمایش داده شده است. چنانچه سطوح دوگانه آزمایش و کنترل در محور افقی و متغیر وابسته افسردگی در محور عمودی قرار دهیم، خطوط نمایش میانگین ها به صورت زیر خواهد بود.



شکل ۴-۴: نمایش میانگین ها افسردگی در گروه آزمایش و کنترل

نمودار فوق بخوبی نشان می دهد مادران در سه ماهه آخر بارداری که تحت تاثیر آموزش مثبت اندیشی قرار گرفته اند ، افسردگی کمتری نسبت به گروه کنترل نشان می دهند.

۵. بحث و نتیجه گیری

درفصل حاضر نتایج مربوط به داده های پژوهشی با استفاده از روشهای آمار توصیفی (میانگین ، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی تحلیل کواریانس چند متغیره (MACOVA) برای بررسی فرضیه استفاده شده است .

-آزمون فرضیه های پژوهش اول

به منظور آزمون فرضیه های پژوهش میانگین های نمرات اختلافی پیش تست . پس تست دو گروه آزمایشی و کنترل از طریق تجزیه وتحلیل کواریانس چند متغیری (MACOVA) مورد بررسی قرار گرفت . قبل از اجرای تحلیل کواریانس چند متغیری MANCOVA لازم است موارد زیر مورد بررسی قرار می گیرد .

وجود رابطه خطی (خط مستقیم) بین متغیرهای وابسته که با بررسی نمودارهای پراکندگی بین هر جفت از متغیرها وابسته صورت می گیرد .

داده های تک متغیری و چند متغیری ها دارای توزیع نرمال باشد .

هریک از موارد فوق در پژوهش حاضر به ترتیب مورد بررسی قرار می گیرد .

ببررسی نموداری که از رابطه بین متغیرهای وابسته بدست می آید مشخص شد که بین آنها رابطه خطی وجود دارد.

درفصل حاضر نتایج مربوط به داده های پژوهشی با استفاده از روشهای آمار توصیفی (میانگین ، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی تحلیل کواریانس چند متغیره (MACOVA) برای بررسی فرضیه استفاده شده است .

-آزمون فرضیه های پژوهش اول

به منظور آزمون فرضیه های پژوهش میانگین های نمرات اختلافی پیش تست . پس تست دو گروه آزمایشی و کنترل از طریق تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیری (MACOVA) مورد بررسی قرار گرفت . قبل از اجرای تحلیل کواریانس چند متغیری MANCOVA لازم است موارد زیر مورد بررسی قرار می گیرد .

۱- وجود رابطه خطی (خط مستقیم) بین متغیرهای وابسته که با بررسی نمودارهای پراکنندگی بین هر جفت از متغیرها وابسته صورت می گیرد .

۲- داده های تک متغیری و چند متغیری ها دارای توزیع نرمال باشد .

هریک از موارد فوق در پژوهش حاضر به ترتیب مورد بررسی قرار می گیرد .

ببررسی نموداری که از رابطه بین متغیرهای وابسته بدست می آید مشخص شد که بین آنها رابطه خطی وجود دارد.

فرضیه فرعی دوم : مثبت اندیشی در سه ماهه آخر بارداری بر افسردگی بعد از زایمان مادران تأثیر دارد.

همانطور که در نتایج کواریانس جدول ۴-۹ می بینیم بین میانگین های تعدیل شده دو گروه درمیزان افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد.

پژوهش حاضر با نتایج پژوهش های مشابه پورخالقی و همکاران (۱۳۹۶)، مقصودلو و همکار (۱۳۹۶) و خدایاری فرد و همکاران (۱۳۹۵)، سیف (۱۳۹۵)، بیجاری و همکاران (۱۳۹۴)، خانجانی (۱۳۹۳) همسو می باشد. براساس نتایج به دست آمده از تحلیل داده ها این نتایج حاصل شد.

در تبیین این پژوهش می توان گفت که یکی از روشهای مقابله با استرس، اضطراب، افسردگی مثبت اندیشی است. مثبت اندیشی شیوه یا نتیجه تمرکز مثبت ذهن فرد بر روی چیزی سازنده و خوب است و بنابراین تفکرات و عواطف منفی یا مخرب را از آن حذف می کند. مثبت اندیشی عمدتاً باعث تقویت توانایی ها و شایستگی های افراد می شود. مادران برای جلوگیری از بیماری می بایست از توانایی هایی چون امید، خوش بینی، مهارت، پشتکار، انگیزش درونی و قابلیت روانی برخوردار باشند. چراکه نداشتن دید مثبت به زندگی از عوامل مهم بروز افسردگی و اضطراب می باشد. افکار مثبت و خوش بینانه مانند سپری در مقابل افسردگی عمل می کند. آموزش مثبت اندیشی از طریق افزایش هیجانهای مثبت، افکار مثبت و رفتارهای مثبت باعث کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و احساس بهزیستی روانشناختی می شود. مثبت اندیشی از طریق کاهش استرس، رسیدن اطلاعات جدید به مغز، افزایش خلاقیت، غلبه بر عقده ی خود کم بینی، کاهش بی قراری و شتاب، مغتنم دانستن فرصت ها و لحظه ها و با نگاه کردن از منظر یک انسان قدرتمند به موضوع زمینه ساز موفقیت، بهبود و افزایش امید و نشاط در افراد می شود.

منابع

- احمدی، رضا؛ شریفی درآمدی، پرویز (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی آموزش تاب آوری بر سلامت روان افراد مبتلا به وابستگی مواد در کانون توسکای شهر تهران. فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی. دوره ۴. شماره ۱۶.
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۹۲). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی. ترجمه: محمدرضا نیکخو و هامایک آوادیسیناس. نشر سخن. ۱۳۵۴ ص.
- رضایی شهسوارلو، زهرا؛ تقدسی، محسن؛ موسوی، معصومه سادات؛ لطفی، محمد سجاد؛ هراتی، خدیجه (۱۳۹۵). ارتباط بین سلامت معنوی و نگرش مذهبی با رضایت از زندگی در سالمندان مبتلا به سرطان. روان پرستاری. دوره ۴. شماره ۱. ۴۷-۵۵.

- کلانتری، مهرداد؛ اسماعیلی، مریم (۱۳۹۴). مروری تحلیلی بر نظریه روان شناسی مثبت. مجله مطالعات تحول در علوم انسانی. دوره ۳. شماره ۴.

- محمدی، مسعود (۱۳۸۴). بررسی عوامل موثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سوءمصرف مواد. پایان نامه دکتری. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

۱. Bogar, C. B., & Hulse-Killacky, D. (۲۰۰۶). Resiliency determinants and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Counseling & John Wiley & Sons*.
۲. Bonanno, G. A. (۲۰۰۴). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American psychologist*, ۵۹(۱), ۲۰.
۳. Clauss-Ehlers, C. S. (۲۰۰۸). Sociocultural factors, resilience, and coping: Support for aculturally sensitive measure of resilience. *Journal of Applied Developmental Psychology*, ۲۹(۳), ۱۹۷-۲۱۲.
۴. Delahaij, R., Gaillard, A. W., & van Dam, K. (۲۰۱۰). Hardiness and the response to stressful situations: Investigating mediating processes. *Personality and Individual Differences*, ۴۹(۵), ۳۸۶-۳۹۰.
۵. Johnson, J., & Wood, A. M. (۲۰۱۷). Integrating positive and clinical psychology: Viewing human functioning as continua from positive to negative can benefit clinical assessment, interventions and understandings of resilience. *Cognitive Therapy and Research*, ۴۱(۳), ۳۳۵-۳۴۹.
۶. King, L. A., Hicks, J. A., Krull, J. L., & Del Gaiso, A. K. (۲۰۰۶). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of personality and social psychology*, ۹۰(۱), ۱۷۹.
۷. Peng, L., Zhang, J., Li, M., Li, P., Zhang, Y., Zuo, X., ... & Xu, Y. (۲۰۱۲). Negative life events and mental health of Chinese medical students: the effect of resilience, personality and social support. *Psychiatry research*, ۱۹۶(۱), ۱۳۸-۱۴۱.
۸. Seligman, M. E. (۱۹۷۵). *Helplessness: On depression, development, and death. A series of books in psychology*. New York, NY: WH Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.
۹. Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (۲۰۱۴). Positive psychology: An introduction. *In Flow and the foundations of positive psychology* (pp. ۲۷۹-۲۹۸). Springer Netherlands.
۱۰. Seligman, M. E., Abramson, L. Y., Semmel, A., & Von Baeyer, C. (۱۹۷۹). Depressive attributional style. *Journal of abnormal psychology*, ۸۸(۳), ۲۴۲.