

Research Paper

The Effectiveness of Positive Psychology on Caregiver Burden and Self-Criticism in Mothers of Children with Mild Intellectual Disabilities

Mohadese Rostampour Brenjestanaki¹, Ghodratollah Abbasi^{*2}, Bahram Mirzaian²

1. Ph.D. Student in General Psychology, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran


2. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Citation: Rostampour Abbasi GH, Hadianfard H, Mirzaian B. The effectiveness of positive psychology on caregiver burden and self-criticism in mothers of children with mild intellectual disabilities. *J Child Ment Health*. 2022; 9 (1):119-140.

URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1015-en.html>



CrossMark

 doi [10.29252/jemh.9.1.9](https://doi.org/10.29252/jemh.9.1.9)
[20.1001.1.24233552.1401.9.1.1.7](https://doi.org/10.29252/jemh.9.1.9)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Positive psychology, caregiver burden, self-criticism, children with intellectual disabilities

Background and Purpose: A considerable percentage of families in Iran have children with intellectual disabilities who have various problems, including sleep disorders, attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), aggression, self-injury, and personality disorders. This study investigates the effectiveness of positive psychology on caregiver burden and self-criticism in mothers of children with mild intellectual disabilities.

Methods: This is a semi-experimental study that includes a pre-test post-test control group design with follow-up. The study population includes all mothers of children with mild intellectual disabilities who were studying in special needs schools in Qaem Shahr province from 2018 to 2019. A total of 30 subjects were selected through purposeful sampling and randomly divided into the control group (n=15) and the experimental group (n=15). Eight 90-minute sessions of intervention were conducted with the experimental group. The control group received no intervention. The data were collected by applying the multidimensional caregiver burden inventory by Novak and Cast (1989), and the levels of self-criticism scale by Tampuson and Zarof (2004). Data were analyzed by SPSS 22 using the repeated-measures analyses of variance (ANOVA).

Findings: The findings showed that positive psychology was associated with reduced caregiver burden dimensions ($P < 0.001$) ($F_{2,27} = 25.791$) and self-criticism dimensions ($P < 0.001$) ($F_{2,27} = 29.465$) in mothers of children with intellectual disabilities. Except for comparative self-criticism, the consistency of treatment was observed with other variables in the follow-up.

Conclusion: Through the use of positive psychology interventions, the mothers were able to change their attitudes toward multiple issues, including negative emotions, unpleasant emotions, and self-determination, leading to a reduction in caregiver burden and self-criticism.

Received: 2 Jul 2020

Accepted: 16 Oct 2020

Available: 16 Jun 2022

برنام جامع علوم انسانی



* **Corresponding author:** Ghodratollah Abbasi, Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

E-mail: Gh_abbasi@iausari.ac.ir

Tel: (+98) 1134445761

2476-5740/ © 2022 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Extended Abstract

Introduction

In today's world, intellectual disability is among the most common, complex, and complicated disorders in children and youth that lead to developmental disabilities in various aspects of physical, mental, developmental, social, and educational health (1). Several studies have revealed that parents of children with intellectual disabilities, particularly mothers, bear a heavy caregiver burden (4, 7, 8). It has been shown that the burden placed on women can adversely impact the mental and physical health of society at large, as well as the comfort and health of husbands and children (10). As a consequence of having a child with an intellectual disability, a mother is more likely to experience self-criticism since she is more exposed to various social harms (11).

As such, it seems necessary to identify approaches and effective interventions to reduce caregiver burden and self-criticism in mothers of children with intellectual disabilities. In doing so, the method of positive psychology seems to be an effective technique. There are studies showing the effectiveness of positive psychological interventions in improving the psychological well-being, happiness, and psychological hardiness of caregivers of children with special needs or individuals with incapacitating disorders like Alzheimer's disease (23).

Despite the important and fundamental mental harms that burden and self-criticism cause in mothers of children with intellectual disabilities by producing several negative consequences for parent-child relations, there is still no study on the effectiveness of positive psychological interventions in reducing these two variations in mothers. A number of studies have demonstrated the effectiveness of positive the positive psychological intervention in the improvement of the psychological well-being of caregivers of children with special needs or individuals with incapacitating diseases (21, 23, 26, 33). Regarding this and the importance of this research area, the

present study aimed to investigate the effectiveness of positive psychology intervention in reducing caregiver burden and self-criticism of mothers of children with mild intellectual disabilities.

Method

(A) **Research design and participants:** This is a semi-experimental study that includes a pre-test and post-test control group design with follow-up. The study population includes all mothers of children with mild intellectual disabilities with an IQ between 50 and 70 who attended special needs schools in Qaem Shahr province between 2018 and 2019. A total of 30 subjects were selected through purposeful sampling and randomly divided into the control group (n=15) and the experimental group (n=15). Inclusion criteria include having a child with mild intellectual disability aged 6-12 years old, giving written informed consent (both children and their parents), not seeking nor having been enrolled in any other treatment programs, not seeking nor having received any drug therapy or individual counseling. Exclusion criteria were not being able to attend 8 training sessions, having a multi-handicapped child, and having serious mental or physical problems. In the experimental group, eight 90-minute sessions of intervention were conducted. The control group received no intervention. The data were collected by applying the multidimensional caregiver burden inventory developed by Novak and Cast (28), and the levels of self-criticism scale developed by Tampuson and Zarof (30). It should be mentioned that the instruments utilized in this study were the validated versions that are also available in Persian for use in Iran (29, 31). Data were analyzed by SPSS 22 using the repeated-measures analyses of variance (ANOVA).

Results

The means and standard deviation of scores obtained for caregiver burden and self-criticism before and after intervention and follow-up are shown in Table 1.

Table 1. Mean, standard deviation, and distribution indicators for the variables of caregiver burden and self-criticism obtained in the pre-test, post-test, and follow-up

Variable	Time	Experiment		Control		Skewness	Kurtosis	Normality Test	
		Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation			Shapiro-Wilk Test	P
Internalized self-criticism	Pre-test	33.47	3.58	32.80	2.78	0.35	0.1	0.9870	0.533
	Post-test	29.47	3.56	32.80	4.44	0.23	-0.03	0.976	0.717
	Follow-up	30.33	3.75	31.60	2.35	0.20	0.28	0.971	0.575
Comparative self-criticism	Pre-test	38.27	2.49	37.33	3.75	-0.52	-0.44	0.941	0.098
	Post-test	31.33	4.55	37.80	3.57	-0.20	-0.92	0.958	0.278
	Follow-up	32.33	4.06	37.40	3.44	-0.11	-0.86	0.976	0.718
Overall self-criticism score	Pre-test	71.73	3.86	70.13	4.94	-0.07	-0/69	0.955	0.236
	Post-test	60.80	4.97	70.60	6.31	0.35	-0.40	0.955	0.228
	Follow-up	62.67	4.91	69.00	4.11	-0.03	-0.21	0.976	0.992
Time-dependence burden	Pre-test	17.47	2.29	18.47	3.23	0.1	-0.25	0.961	0.321
	Post-test	15.57	2.16	18.40	3.33	0.04	-0.11	0.965	0.413
	Follow-up	15.93	1.94	18.47	3.40	0.08	0.43	0.972	0.593
Developmental burden	Pre-test	17.27	1.87	16.67	3.13	0.21	0.95	0.952	0.196
	Post-test	10.80	1.57	17.07	2.34	0.33	0.85	0.950	0.166
	Follow-up	11.00	1.60	17.00	2.27	0.28	-0.59	0.967	0.465

Physical burden	Pre-test	13.47	2.50	12.33	2.53	0.32	0.90	0.952	0.187
	Post-test	10.93	2.02	12.80	2.78	0.02	0.23	0.962	0.341
	Follow-up	10.80	2.11	12.80	2.76	-0.20	0.53	0.963	0.365
Social burden	Pre-test	11.00	2.17	12.07	3.31	0.65	0.12	0.934	0.062
	Post-test	8.60	2.50	11.73	3.56	0.35	-0.42	0.955	0.227
	Follow-up	8.20	2.54	11.93	3.22	0.44	0.20	0.955	0.233
Emotional burden	Pre-test	12.80	2.08	12.20	2.68	0.51	-0.54	0.929	0.087
	Post-test	9.80	2.14	12.20	2.40	0.26	-0.127	0.918	0.083
	Follow-up	9.40	1.55	12.07	2.43	0.46	-0.28	0.952	0.190
caregiver burden	Pre-test	72.00	4.04	71.73	7.26	-0.33	0.38	0.0975	0.678
	Post-test	55.80	5.20	72.20	8.16	0.12	-1.03	0.956	0.251
	Follow-up	55.33	5.77	72.27	7.84	0.05	-1.23	0.947	0.140

By using repeated-measures multivariate analysis of variance (RM-MANOVA) for differential data of the self-criticism dimensions, a significant impact was achieved by the group which is shown in Table 3 ($P < 0.001$) ($F_{2,27} = 29.465$). A score of 0.689 was obtained for the group's simultaneous effect on the self-criticism dimensions. No significant effect was found for the time resource in the multivariate analysis ($F_{2,27} = 1.227$). Analysis of the caregiver burden dimensions revealed a significant group effect ($P < 0.001$) ($F_{2,27} = 25.791$) and a score of 0.843 was obtained for the group's simultaneous effect on the self-criticism dimensions. The multivariate analysis illustrated that the time resource effect was not significant in the self-care dimensions ($P = 0.358$) ($F_{2,27} = 1.159$). Investigating the overall score of self-criticism through the analysis of covariance with repeated measures displayed that the time effect was significant on the overall self-criticism ($\eta^2 = 0.143$, $F = 4.516$, $p = 0.043$), indicating changes during the post-test and follow-up. Results also revealed the significant effect of the positive psychology treatment ($\eta^2 = 0.678$, $F = 56.802$, $P < 0.001$). And the time interactional effect on the group was meaningful ($\eta^2 = 0.313$, $F = 12.316$, $p = 0.002$), revealing the changed performance of the participants of both groups during the post-test and follow-up. The results presented in Table 5 show that through the analysis of covariance with repeated measures, no significant effect of the time on the overall caregiver burden was observed ($P > 0.05$), suggesting the absence of any meaningful changes during the post-test and follow-up period. Findings also showed the significant effect of the positive psychology treatment ($\eta^2 = 0.803$, $F = 109.819$, $P < 0.001$). However, the interactional time failed to significantly affect the group ($P < 0.05$). Throughout the research, comparisons between the control and experimental groups revealed that the experimental group did not differ significantly from the control group based on the pre-test scores ($P > 0.05$). Yet, a significant difference was noted between the control group and experimental group in the differential scores of the self-criticism and caregiver burden dimensions in the post-test and follow-up. The comparison between the control and experimental groups in the overall scores of self-criticism and caregiver burden revealed a significance level of 0.05 following the pre-test modification.

Conclusion

The present study aims to determine the effectiveness of positive psychology in reducing the caregiver burden and self-criticism of mothers of children with intellectual disabilities. The findings showed that positive psychology can have a significant positive effect on the reduction of care burden in mothers of children with intellectual disabilities. These results are in agreement with those of earlier studies (23-26) that demonstrated the effectiveness of positive psychology on the psychological well-being and happiness of caregivers of children with special needs or individuals with incapacitating conditions. In light of the above results, it can be concluded that training sessions and positive psychology treatments can provide them with the opportunity to care about their children's status while striving to achieve a sense of self-respect. In addition, they can recognize that they can regulate their emotions, thoughts, and behaviors, and that based on the kind of attitude they adopt, they can find meaning in life and solutions to problems (26).

In this study, the impact of positive psychology on self-criticism in mothers of children with intellectual disabilities is also evidenced. The covariance analysis displayed that positive psychology had a positive significant effect on improving self-criticism in mothers with intellectually disabled children. The findings are consistent with those observed in the studies (21) and (33). We interpreted these results as showing that mothers of children with intellectual disabilities can combine commitment, restraint, and coping behavior – i.e. to cope with life's challenges – by fostering a positive attitude toward oneself. Someone who is oriented toward viewing life events as positive considers negative events as an opportunity for greater psychological development which leads to a reduction in self-criticism. This study has a number of limitations, including an inability to control various factors, including family economic status, number of children, and the geographic limitations of Qaem Shahr province. It is suggested for future research to overcome these limitations if possible. Considering different categories of special needs in children is also recommended to future researchers when delivering positive psychology therapy sessions. This study suggests that mothers of children with intellectual disabilities can benefit from using our proposed protocol at centers for support and education in order to improve their coping capacity.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: The present work was extracted from the author's Ph.D. dissertation in general psychology and approved by the ethical committee of the Islamic Azad University – Sari with the ethical code of IR.IAU.SARI.REC.1398.069 and through letter No.80826 on June 10, 2019, by the department of education of Sari province, Iran. Other ethical considerations, such as confidentiality and security of personal information, were considered in this research.

Funding: No sponsor had a role in carrying out this research and it was financially supported by the authors only.

Authors' contribution: The present study was extracted from the Ph.D. dissertation of Mohadese Rostam Por in general psychology at the Islamic Azad University of Sari. Mohadese Rostam Por is the main author of this research and the two other writers are respectively the supervisor and advisor.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest related to this work and report unbiased and clear results.

Acknowledgments: The authors would like to express their appreciation and gratitude to all participants who helped with the research.



مقاله پژوهشی

اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر فشار مراقبتی و خودانتقادی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف

محدثه رستم‌پور برنجستانی^۱، قدرت‌اله عباسی*^۲، بهرام میرزائیان^۲

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه و هدف: درصد قابل توجهی از خانواده‌های ایرانی دارای کودک کم‌توان ذهنی با مشکلات متعددی مانند اختلالات خواب، بی‌قراری، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، پرخاشگری، خودجرحی، و اختلالات شخصیت مواجه هستند. در این راستا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر فشار مراقبتی و خودانتقادی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف انجام شد.

روش: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه این پژوهش شامل تمامی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مشغول به تحصیل در مدارس استثنایی شهرستان قائم‌شهر در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۷ بودند که از بین آنها ۳۰ مادر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب، و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر یک ۱۵ نفر) جای‌دهی شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش تحت روان‌درمانی مثبت‌گرا در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل سیاهه فشار مراقبتی چندبعدی (نواک و گاست، ۱۹۸۹) و مقیاس سطوح خودانتقادی (تامسون و زاروف، ۲۰۰۴) بود. داده‌ها توسط نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS و با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر آمیخته تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد روان‌درمانی مثبت‌گرا بر کاهش ابعاد فشار مراقبتی ($F_{2,24}=25/791, P<0/001$) و کاهش ابعاد خودانتقادی ($F_{2,27}=29/465, P<0/001$) در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی مؤثر است. در مرحله پیگیری در همه متغیرها غیر از خودانتقادی مقایسه‌ای، ثبات درمان وجود داشت.

نتیجه‌گیری: مداخله مثبت‌گرا با گسترش دیدگاه فردی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی نسبت به موضوعات مختلف مانند عواطف منفی، هیجانات ناخوشایند و خودمختاری، به تغییر نگرش آنها و در نتیجه تقویت هیجانات مثبت در آنها کمک کرد که در نتیجه موجب کاهش فشار مراقبتی و خودانتقادی در آنها شد.

کلیدواژه‌ها:

روان‌درمانی مثبت‌گرا،
فشار مراقبتی،
خودانتقادی،
کودکان کم‌توان ذهنی

دریافت شده: ۱۳۹۹/۰۴/۱۲

پذیرفته شده: ۱۳۹۹/۰۷/۲۵

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۳/۲۶

* نویسنده مسئول: قدرت‌اله عباسی، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

رایانامه: Gh_abbasi@iausari.ac.ir

تلفن: ۰۱۱-۳۴۴۴۵۷۶۱

مقدمه

کم‌توانی ذهنی^۱ یکی از عمده‌ترین، پیچیده‌ترین، و دشوارترین مسائل و مشکلات کودکان و نوجوانان در جوامع بشری امروزی است که با کم‌توانی تحولی در ابعاد مختلف جسمانی، روانی، تکاملی، اجتماعی، و تربیتی همراه است (۱). مراقبت از یک کودک کم‌توان ذهنی، فرایند مزمن تنش‌آوری است که با پیامدهای منفی بر سلامت جسمی و روانی مراقبان همراه است (۲). نگهداری از یک کودک دارای نیازهای ویژه مانند کودک کم‌توان ذهنی شرایط خاصی را برای والدین فراهم می‌کند که این شرایط همراه با تجربه اضطراب و افسردگی است و در این میان بیشترین فشار متوجه مادر خانواده است که بیشترین زمان مراقبت از فرزند و تعامل با وی را بر عهده دارد (۳). در همین راستا بر اساس یافته‌های مطالعات انجام شده، مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی از سطوح بالای تنیدگی^۲ و فشار مراقبتی خبر می‌دهند (۴).

فشار مراقبتی^۳ اصطلاح کلی است که توصیف‌کننده بار روانی جسمی و مالی ناشی از مراقبت است که بر مراقبت‌کننده تحمیل می‌شود (۵). فشار مراقبتی در حکم منبعی از تنیدگی است که از عدم تعادل بین نیازهای مراقبتی با دیگر وظایف مراقب ناشی می‌شود (۶) و به صورت واکنش جسمی، روانی، و اجتماعی توسط مراقبت‌کنندگان تجربه می‌شود و ابعاد سلامتی آنها را تهدید می‌کند (۷). این عدم تعادل، مربوط به نقش‌های اجتماعی، شخصی، وضعیت جسمی، عاطفی، و منابع مالی مراقبت‌کننده است (۶).

کودکان با کم‌توانی ذهنی نسبت به همسالان فاقد اختلال با رفتارهای کشاکش‌برانگیز، اختلال در خواب، و آسیب‌های روانی بیشتری مواجه هستند (۸) و در نتیجه در چنین موقعیتی اگرچه همه اعضای خانواده تحت تأثیر قرار می‌گیرند و کنش‌وری آنها آسیب می‌بیند (۷)، اما مادر به علت نقش سنتی خود که مسئولیت بیشتری در پرورش فرزند کم‌توان ذهنی خود به عهده دارد، دچار آسیب بیشتری می‌شود (۹). در همین راستا نتایج برخی مطالعات نشان داده‌اند که والدین کودکان کم‌توان ذهنی به‌خصوص مادران، فشار مراقبتی زیادی را تحمل می‌کنند (۴، ۷) و (۸). فشار مراقبتی وارد بر مادر به دلیل استمرار علاوه بر سلامت جسمی و

روانی خود وی، سلامت و آسایش همسر، سایر فرزندان و در سطح وسیع‌تر سلامت و بهداشت روانی کل جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۰). علاوه بر این خودانتقادی^۴ می‌تواند یکی دیگر از پیامدهای ناشی از داشتن کودک کم‌توان ذهنی برای یک مادر باشد، زیرا که این مادران در معرض آسیب‌های اجتماعی متعدد قرار دارند (۱۱).

مادران با کودک کم‌توان ذهنی ممکن است برچسب داغ بر پیشانی خود و کودکان را از سوی جامعه دریافت کنند یا در معرض برخی از محرومیت‌های اجتماعی مانند شانس کمتر در یافتن شغل مناسب یا طرد شدن از سوی خانواده و جامعه باشند و حمایت رسمی و خانوادگی کمتری دریافت کنند و این عوامل می‌تواند زمینه خودانتقادی را در آنها تقویت کند. انتقاد از خود شامل چگونگی ارزیابی فرد از خود است که به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی منفی مورد مطالعه است (۱۲). خودانتقادی به‌عنوان گرایش فرد برای داشتن انتظارات سطح بالا از خود و زیر سؤال بردن کنش‌وری خود، موجب می‌شود که فرد عملکرد خود را ناقص بداند و معیارهای غیرقابل دست‌یابی برای خود تعریف کند (۱۳)؛ بنابراین افراد خودانتقادگر افرادی بر دست‌یابی غیرواقع‌بینانه به اهداف با قضاوت سخت‌گیرانه از خود بسیار تأکید دارند و این موضوع موجب می‌شود که آنها در لذت بردن از موفقیت‌های خود ناتوان باشند (۱۴) و معمولاً از احساس بی‌ارزشی، شکست، و گناه رنج می‌برند (۱۵). دو نوع ناکارآمد خودارزیابی منفی وجود دارد: انتقاد از خود مقایسه‌ای و انتقاد از خود درونی (۱۶). انتقاد از خود مقایسه‌ای به‌عنوان یک دیدگاه منفی نسبت به خود در مقابل دیگران تعریف می‌شود. در این سطح، تمرکز به‌صورت مقایسه نامطلوب خود با دیگران است که به‌صورت برتر دیدن دیگران ظاهر می‌شود و فرد، دیدی خصمانه و انتقادی نسبت به دیگران نشان می‌دهد و در نتیجه‌ی این ارزیابی‌ها، دچار ناراحتی و نارضایتی در برخورد با دیگران می‌شود. سطح دیگر خودانتقادی مربوط به نقد منفی از خود، در مقایسه با استانداردهای شخصی و خصوصی است. تمرکز خودانتقادی درونی بر مقایسه خود با دیگران نیست، که بر کمبودهای فرد از منظر خود شخص تمرکز دارد. خودانتقادگری با دامنه وسیعی از مشکلات سلامت روان همراه است و افراد دارای چنین ویژگی، مستعد

3. Care burden
4. Self-criticism

1. Intellectual disability
2. Atres

کودک کم‌توان ذهنی است و می‌تواند برای خود آنها و رابطه والد-فرزندیشان با پیامدهای منفی بسیاری همراه باشد، ولی مطالعه‌ای در مورد اثر بخشی مداخله‌های مثبت‌گرا در کاهش و بهبود این دو متغیر در این مادران وجود ندارد.

مراقبت روزانه از یک کودک کم‌توان ذهنی، انواع مختلف فشارهای روانی را بر والدین به‌خصوص مادر تحمیل می‌کند. مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی ناشی از وضعیت جسمی و ذهنی کودک خود در معرض محدودیت‌های بسیاری هستند و از جمله مشکلات این مادران تجربه سطوح بالای فشار مراقبتی است. همچنین خودانتقادی از دیگر تجربه‌های شایع در بین این مادران است و این خود می‌تواند بار فشار مراقبتی و تنیدگی مورد تجربه را در آنها افزایش دهد. از سوی دیگر روان‌درمانی مثبت‌گرا به‌عنوان فرایندی که بر تقویت زندگی لذت‌بخش، جذاب و بامعنا تأکید می‌ورزد، احتمالاً می‌تواند در بهبود وضعیت روانی این مادران مؤثر عمل کند و کاهش فشار مراقبتی و خودانتقادی را در آنها موجب شود. بر این اساس و با توجه به اهمیت این موضوع و خلأ پژوهشی موجود، مطالعه حاضر به‌منظور بررسی اثر بخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر کاهش فشار مراقبتی و خودانتقادی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف انجام شد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه این پژوهش شامل تمامی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی خفیف با هوش بهر ۵۰ تا ۷۰ مشغول به تحصیل در مدارس استثنایی شهرستان قائم‌شهر در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ بودند که با توجه به معیارهای ورود به مطالعه، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل جایدهی شدند (هر گروه ۱۵ مادر). نمونه‌گیری هدفمند، نوعی روش نمونه‌گیری غیر تصادفی است که در آن گروه نمونه بر اساس ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب می‌شوند (۲۷). برای انتخاب نمونه ابتدا یک فراخوان با هماهنگی اداره آموزش و پرورش و مدیران مدارس استثنایی شهرستان قائم‌شهر برای

تجربه افسردگی همراه با احساس ضعف روانی هستند و در مطابقت با معیارهای مورد انتظار خود احساس گناه، بی‌ارزشی، و شکست می‌کنند (۱۷). بر اساس مطالعات انجام شده، والدین کودکان کم‌توان ذهنی به خاطر داشتن چنین فرزند از نظر اجتماعی احساس شرم می‌کنند که با خودانتقادی همراه است (۱۸ و ۱۷). بر این اساس باید به دنبال شناسایی راهکارها و مداخلات مؤثر در جهت کاهش فشار مراقبتی و خودانتقادی در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بود. به نظر می‌رسد که روان‌درمانی مثبت‌گرا در این راستا می‌تواند مؤثر باشد.

روانشناسی مثبت‌نگر^۱ یک جنبش جدید در حیطه روان‌شناسی معاصر به رهبری سلیگمن^۲ است که بر فهم جنبه‌های مثبت تجارب انسانی و اینکه چه عاملی باعث می‌شود که زندگی ارزش زیستن داشته باشد، تأکید دارد (۱۹). این دیدگاه، مطالعه علمی هیجان‌های مثبت، صفات فردی مثبت، و ساختارهایی است که این تحول را سبب می‌شود (۲۰). در این روی‌آورد با تأکید بر استعدادها و توانایی‌ها، بهینه‌سازی شادی‌ها، توجه و تمرکز بیشتر به مسائل و هیجان‌های مثبت، و منع کردن هیجان‌های منفی از ورود به حیطه شخصی و افزایش ارتباطات مثبت، می‌توان بر سلامت افراد تأثیر مثبتی به جا گذاشت. سلیگمن شادزیستی^۳ را موضوع اصلی روان‌شناسی مثبت‌گرا دانسته و آن را به سه مؤلفه تقسیم می‌کند: هیجان مثبت (زندگی لذت‌بخش)، مجذوب شدن (زندگی جذاب)، و معنی (زندگی بامعنا) (۲۱ و ۲۲). بر اساس این روی‌آورد، راهبردهایی که به فرد کمک می‌کند تا یک زندگی لذت‌بخش، جذاب و بامعنا را بسازد، مداخله‌های مثبت‌گرا نامیده می‌شوند. مداخله مثبت‌گرا از طریق افزایش هیجان مثبت، افکار مثبت و ارضای نیازهای اساسی افراد مانند خودمختاری، عشق، تعلق خاطر و ارتباط می‌تواند در افزایش شادزیستی، احساس بهزیستی روان‌شناختی، رضایت از زندگی، و حرمت خود نقش داشته باشد (۲۴۴ و ۲۳). یافته‌های برخی از مطالعات، گویای اثر بخشی مداخله‌های مثبت‌گرا در بهبود بهزیستی روانی، شادزیستی، و سرسختی روان‌شناختی در مراقبان کودکان با نیازهای ویژه یا افراد با بیماری‌های ناتوان‌کننده مانند آلزایمر است (۲۶ و ۲۵). با وجود این اگرچه که فشار مراقبتی و خودانتقادی دو آسیب روانی مهم و اساسی در مادران دارای

برگزاری دوره‌های آموزشی و مشاوره گروهی برای مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی داده شد و در مرحله بعد از بین‌مادرانی که در این فراخوان ثبت‌نام کردند، با روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر بر اساس نمره بالا در پرسشنامه خودانتقادی و فشار مراقبتی و بر اساس مصاحبه اولیه و ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: رضایت کتبی برای شرکت در مطالعه، داشتن کودک ۶ تا ۱۲ ساله کم‌توان ذهنی خفیف، داشتن کودک فقط با اختلال کم‌توان ذهنی (کودک دارای ناتوانی‌های چندگانه نباشد)، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی روان‌شناختی و مشاوره فردی یا دارودرمانی، دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن مادران. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: غیبت در جلسات مداخله، داشتن مشکلات جدی جسمی و روانی (اطلاعات مربوط به مشکلات جسمی و روانی مادران از سامانه جامع بهداشت مدارس استثنایی و پرونده تحصیلی و مشاوره‌ای دانش‌آموزان گرفته شد)، درگیر بودن مادر با مشکلاتی نظیر طلاق و مهاجرت. ویژگی‌های جمعیت شناختی در متغیر سن در گروه مداخله، ۱۳/۳ درصد دارای ۲۰-۳۰ سال، ۴۰/۰ درصد ۳۱-۴۰ سال، ۴۰/۰ درصد ۴۱-۵۰ سال، و ۶/۷ درصد ۶۰-۵۱ سال بودند. در گروه کنترل نیز ۲۶/۷ درصد ۲۰-۳۰ سال، ۳۳/۳ درصد ۳۱-۴۰ سال، ۲۶/۷ درصد ۴۱-۵۰ سال، و ۱۳/۳ درصد در رده سنی ۶۰-۵۱ سال بودند. گروه آزمایش تحت روان‌درمانی مثبت‌گرا قرار گرفت و قبل و بعد از مداخله و همچنین ۴۵ روز پس از اتمام آن، همه شرکت‌کنندگان ابزار سنجش را تکمیل کردند.

(ب) ابزار

۱. سیاهه فشار مراقبتی چندبعدی^۱: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط نواک و گاست^۲ برای اندازه‌گیری فشار مراقبتی شرکت‌کنندگان تدوین شد که شامل ۵ خرده‌مقیاس فشار مراقبتی وابسته به زمان^۳، فشار مراقبتی تحولی^۴، فشار مراقبتی جسمی^۵، فشار مراقبتی اجتماعی^۶، و فشار هیجانی^۷ است که بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (۲۸).

1. Multidimensional caregiver burden inventory
2. Novak & Cast
3. Time-dependence burden
4. Developmental burden
5. Physical burden

بدین ترتیب که افراد نمونه در پاسخ به هر گویه، یکی از حالات کاملاً نادرست (۱ امتیاز)، نادرست (۲ امتیاز)، تا حدی درست (۳ امتیاز)، درست (۴ امتیاز) و کاملاً درست (۵ امتیاز) را انتخاب می‌کنند و نمرات حاصل از این پرسشنامه از ۲۴ تا ۱۲۰ است که نمرات ۲۴ تا ۳۹ فشار مراقبتی خفیف، ۴۰ تا ۷۱ فشار مراقبتی متوسط، و ۷۲ تا ۱۲۰ فشار مراقبتی شدید در نظر گرفته شده است. پرسشنامه به صورت خودگزارشی و انفرادی توسط مادران تکمیل شد. نواک و گاست (۲۸) در مطالعه خود با استفاده از تحلیل عاملی ساختار ۵ عاملی این سیاهه را مورد تأیید قرار دادند که نشان‌دهنده روایی سازه آن است. آنها همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۶۹ تا ۰/۸۷ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ گزارش کردند که نشان‌دهنده اعتبار ابزار از نوع همسانی درونی است. در یک مطالعه در ایران، روایی سازه این پرسش‌نامه با تحلیل عاملی تأییدی و ساختار ۵ عاملی آن مورد تأیید قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل پرسشنامه بالاتر از ۰/۶۹ گزارش شد (۲۹). در پژوهش حاضر اعتبار این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

۲. مقیاس سطوح خودانتقادی^۸: این مقیاس توسط تامسون و زاروف^۹ در سال ۲۰۰۴ برای اندازه‌گیری سطح خودانتقادی شرکت‌کنندگان تدوین شد و شامل ۲۲ گویه در دو مؤلفه خودانتقادی مقایسه‌ای^{۱۰} (۱۲ گویه) و خودانتقادی درونی^{۱۰} (۱۰ گویه) است. پاسخ به هر گویه این مقیاس به صورت لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۶) تنظیم شده و حداکثر و حداقل نمره آن به ترتیب از ۰ تا ۱۳۲ در نوسان است. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده خودانتقادی بیشتر است و بالعکس. اعتبار سطوح خودانتقادی را تامپسون و زاروف (۳۰) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برای خودانتقادی مقایسه‌ای ۰/۷۸ و برای خودانتقادی درونی ۰/۸۴ گزارش کردند. آنها نشان دادند که تحلیل عاملی این مقیاس گویای دو عامل خودانتقادی مقایسه‌ای و خودانتقادی درونی است. همچنین بین خرده‌مقیاس‌ها با خرده‌مقیاس روان‌گسستگی پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی رابطه معناداری به دست آمد که بیانگر روایی

6. Social burden
7. Emotional burden
8. Levels of self criticism scale
9. Tampuson & Zarof
10. Comparative self-criticism

همگرای آن است. در ایران در پژوهشی آلفای کرونباخ مقیاس سطوح خودانتقادی به ترتیب برای خرده‌مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای ۰/۸۸ و خودانتقادی درونی ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین در این مطالعه نشان داده شد که رابطه بین مؤلفه‌های مقیاس خودانتقادی با مشکلات بین‌فردی، مثبت و معنادار است که بیانگر روایی همگرای این مقیاس است (۳۱). در پژوهش حاضر پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

ج) برنامه مداخله‌ای: شرکت‌کنندگان گروه آزمایش تحت هشت جلسه روان‌درمانی مثبت‌گرا قرار گرفتند که بر اساس اصول روان‌درمانی مثبت‌گرای سلیگمن و همکاران (۱۹) طراحی شده بود (جدول ۱). روان‌شناسی مثبت‌گرا که توسط سلیگمن در سال ۱۹۹۰ مطرح شده است، بر این موضوع تمرکز دارد که برای بهبود سلامت روان انسان‌ها،

لازم است تا به جای توجه به جنبه‌های مرضی و بیمارگونه، جنبه‌های مثبت شخصیت انسان مورد توجه قرار گیرد. این روی‌آورد به جای توجه مفرط به ناتوانی‌ها و ضعف‌های بشری، بر توانایی‌های انسان مانند شاد زیستن، لذت بردن، قدرت حل مسئله، و خوش‌بینی متمرکز شده است و هدف آن کشف شیوه‌هایی است که با استفاده از آن افراد بتوانند احساس لذت و خوشی بیشتری تجربه کنند، نوع دوستی خود را ابراز کنند، و در خلق محیط‌های خانوادگی، شغلی، و اجتماعی نقش برجسته‌تری را ایفا کنند (۱۹). مداخله توسط نویسنده نخست این مقاله، مدرس و مشاور مدرسه استثنایی، در سالن اجتماعات مدرسه استثنایی در تابستان ۱۳۹۸ طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی و دو بار در هفته، مجموعاً به مدت ۴ هفته برای گروه آزمایش اجرا شد.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات آموزش متمرکز بر روان‌درمانی مثبت‌گرا

اهداف	محتوای جلسات	جلسات
- آماده‌سازی و آشنایی با اهداف - آشنایی با هنجارها و قواعد گروه - آشنایی با اعضای گروه، وظایف، و نقش‌ها - تشکیل همبستگی گروهی و اعتماد اعضا به یکدیگر و گروه - آشنایی چگونگی شکل‌گیری تفکر و نگرش	تشریح چگونگی انجام کار در گروه‌درمانی‌ها، آگاهی با مفهوم مثبت‌اندیشی و شناسایی علائم و نشانه‌های مثبت‌اندیشی تکلیف: در پایان به شرکت‌کنندگان گفته شد که انتظارات خود را با توجه به مباحث مطرح شده جهت شرکت در گروه برای جلسه بعدی تعیین کنند. ترغیب اعضا به صحبت درباره خود و فرزندانشان، تشویق آنها به بیان هیجانات خود در نقش‌ها برای کاهش ناگویی هیجانی و شکل‌گیری اعتماد. تکلیف: یک موضوع مثبت و یک موضوع منفی را انتخاب کرده و آن را در ذهن خود مجسم کنید و سپس تصویر آن را به خاطر بیاورید.	یکم
- آشنایی با افکار منفی و راه‌های تعدیل آن - بحث معنا در زندگی و چارچوب‌دهی مجدد وجود فرزند کم‌توان ذهنی به‌عنوان یکی از مشکلاتی که جزئی از زندگی دنیوی است. - آموزش مثبت بودن از طریق به‌کشاکش کشیدن افکار منفی، تغییر تصاویر ذهنی - آشنایی با نقش مثبت‌نگری به فعالیت‌های فرزندانشان در سلامت روانی و رفتاری - آموزش مثبت بودن از طریق نهادینه کردن راهبردهای تفکر مثبت در زندگی - ارائه الگوهای شاد و مثبت‌نگر در افزایش معنا به زندگی	کاهش خودانتقادی از خود، دیگران و دنیا، عدم تمرین و تکرار از حد موارد منفی، تشویق اعضا به بحث در رابطه با کم‌توانی فرزندشان به‌عنوان یک مشکل عادی یا یک مشکل غیرقابل‌باور در جهت کاهش خودانتقادی تکلیف: صبح خود را با یک موضوع مثبت مانند طلوع خورشید، مرور خاطرات شیرین، گفتگو با کسانی که برایشان لذت‌بخش است، شروع کنند. آموزش نظریه A-B-C آلبرت آلیس و بحث درباره آن، ترغیب اعضا به بیان تجربیات خود در رابطه با امید و شاد بودن تکلیف: پنج عامل مثبت را در زندگی خود فهرست کنید (شامل: افراد، فعالیت و یا هر رویدادی که از نظر خودشان مثبت تلقی می‌شود). استمرار در تمرین افکار مثبت، فرصت‌های تفکر مثبت از طریق کنار آمدن و سازش‌یافتگی با مشکلات در رابطه با فرزند کم‌توان ذهنی تکلیف: برای جلسه بعدی فهرستی از کلمات مثبت را در زندگی خود تنظیم کنید و آن‌قدر آنها را تکرار کنید که به تدریج جزء دامنه لغات شما شود.	دوم سوم
- درک اهمیت کمک کردن به فرزند کم‌توان ذهنی و پذیرفتن مسئولیت و نقش مادری به‌عنوان یکی از مثبت‌ترین نقش‌ها در زندگی فرد - تمرکز بر هدف به جای اجتناب از شکل و پذیرفتن مشکل و افزایش شادی و بهزیستی روانی مادران	تشویق اعضا به بیان هیجانات در رابطه با پذیرفتن مسئولیت فرزند کم‌توان ذهنی، تحلیل رابطه عدم مسئولیت‌پذیری با احساس گناه و سرخوردگی تکلیف: فهرستی از داشته‌های مثبت خود را یادداشت کرده و روی آنها تمرکز کنید. ترغیب اعضا به بیان هیجانات و افکار خود در پذیرفتن مشکل و تمرکز بر هدف و آگاهی از نقش انعطاف‌پذیری در بهزیستی روانی مادران، ایجاد عادات مطلوب ورزشی	چهارم پنجم ششم هفتم

تکلیف: تمرین توقف فکر در موقعیتی منزل در شرایط تنش‌آور و شرح آن در جلسه

- سلامتی پیش‌نیاز مثبت‌گرایی

- یکپارچه‌سازی مطالب و فرایند جلسات قبل، تبیین

گروه‌درمانی و اثرات آن

- گرفتن بازخورد از اعضا درباره احساس و نظرانشان

نسبت به گروه

اختتام گروه‌درمانی

مرور مطالب قبل و فرایند گروه، تبیین کشاکش‌های زندگی آینده اعضا و بازخورد عاطفی و فکری اعضا درباره آن، بحث درباره

نظرات اعضا درباره گروه‌درمانی مثبت‌گرا، ایفای نقش در یک موقعیت کشاکش‌برانگیز با توجه به آموخته‌ها در گروه

تکلیف: افراد در پایان جلسه باید فعالیت‌هایی پیشنهاد دهند که بهترین تجربه بدنی لذت‌بردن، یعنی خنده را در آنها ایجاد کند.

هشتم

آمده از مادران در پژوهش و نتایج مطالعه بر اساس رضایت آگاهانه آنها؛ هماهنگی زمان برگزاری مداخلات آموزشی با نظرخواهی مادران به دلیل مشکلات مراقبت از فرزندان کم‌توان ذهنی؛ و آموزش گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت یا روان‌درمانی مثبت‌گرا به گروه کنترل پس از اتمام پژوهش. داده‌های جمع‌آوری‌شده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ترکیبی تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این پژوهش یک عامل درون‌آزمودنی یا زمان اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش و یک عامل بین‌آزمودنی یا عضویت گروهی وجود داشت که یافته‌های جدول ۲، میانگین و انحراف معیار نمرات فشار مراقبتی و خودانتقادی از شرکت‌کنندگان را قبل و بعد از مداخله و مرحله پیگیری نشان می‌دهد. همچنین بررسی توزیع داده‌ها با استفاده از چولگی و کشیدگی و آزمون شاپیروویلیک انجام شد.

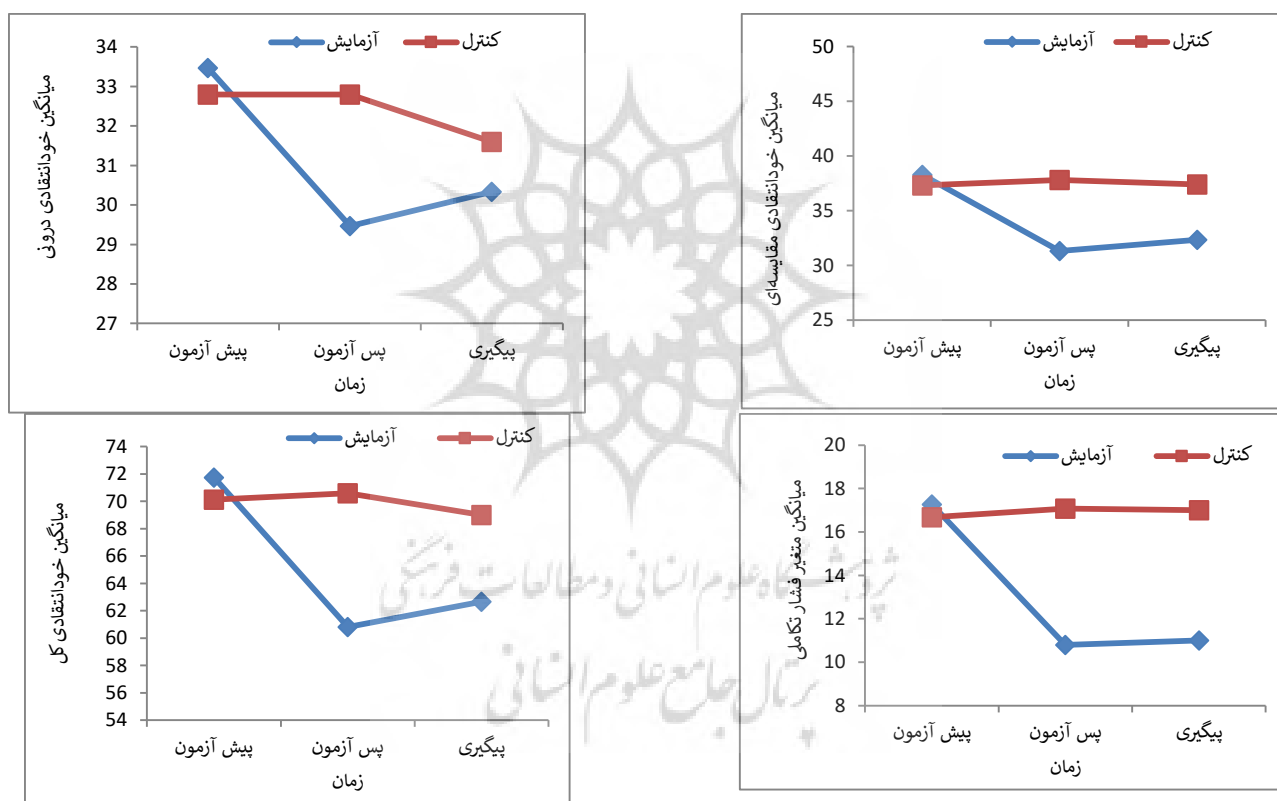
(د روش اجرا: پس از کسب مجوزهای لازم از آموزش و پرورش و مدارس استثنایی شهرستان قائم‌شهر و جلب موافقت و همکاری مسئولان، آزمودنی‌ها با توجه به معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. مداخله توسط نویسنده نخست این مقاله، مدرس و مشاور مدرسه استثنایی، در سالن اجتماعات مدرسه استثنایی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی و دو بار در هفته، مجموعاً به مدت ۴ هفته برای گروه آزمایش اجرا شد. شرکت‌کنندگان قبل از شروع مداخله، پس از اتمام مداخله، و مجدداً پس از ۴۵ روز بعد از اتمام مداخله، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش موارد زیر رعایت شد: حضور داوطلبانه آزمودنی‌ها در جلسات و کسب رضایت آگاهانه؛ اطلاع‌رسانی دقیق به آزمودنی در مورد روند اجرای پژوهش، اهداف پژوهش، مدت زمانی که مطالعه به طول می‌انجامد و آثار احتمالی آن در زندگی آزمودنی جهت تصمیم‌گیری آگاهانه برای شرکت در پژوهش؛ احترام به حریم شخصی آزمودنی در رعایت اصل رازداری؛ عدم اتخاذ روش‌های متغیر با اعتقادات دینی و فرهنگ خانوادگی آزمودنی؛ انتشار داده‌ها یا اطلاعات به دست

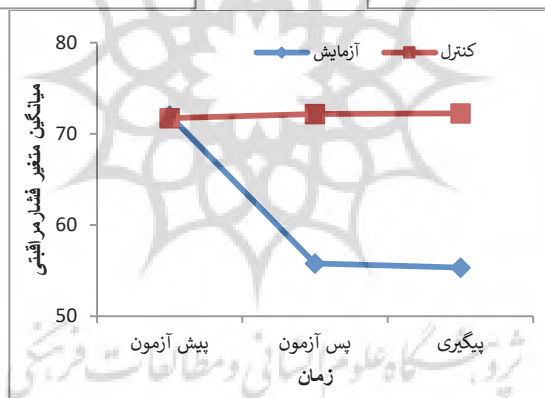
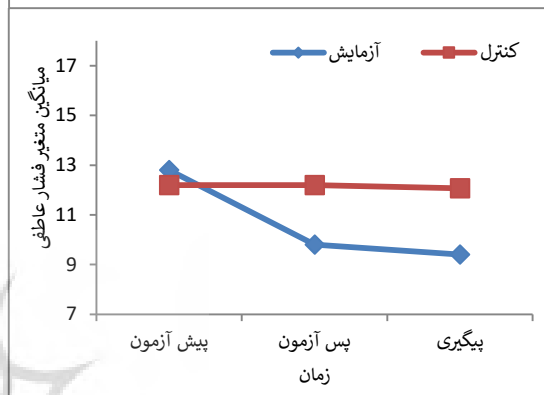
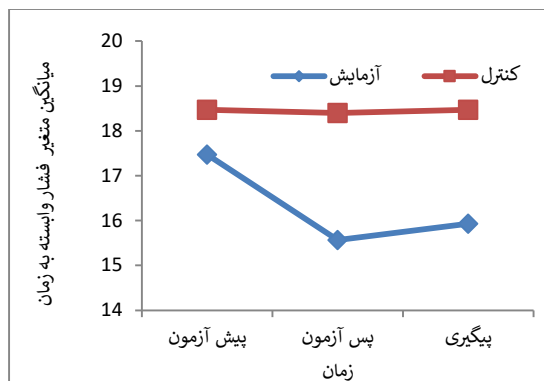
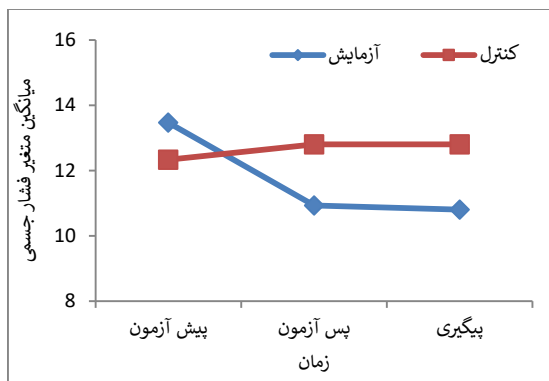
جدول ۲: میانگین و انحراف معیار و شاخص‌های توزیع متغیرهای فشار مراقبتی و خودانتقادی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری

متغیر	زمان	آزمایش		کنترل		چولگی	کشیدگی	شاپیروویلیک	آزمون نرمالیتی
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد				
خودانتقادی درونی	پیش‌آزمون	۳۳/۴۷	۳/۵۸	۳۲/۸۰	۲/۷۸	۰/۳۵	۰/۱۰	۰/۹۷۰	۰/۵۳۳
	پس‌آزمون	۲۹/۴۷	۳/۵۶	۳۲/۸۰	۴/۴۴	۰/۲۳	-۰/۳	۰/۹۷۶	۰/۷۱۷
خودانتقادی مقایسه‌ای	پیش‌آزمون	۳۰/۳۳	۳/۷۵	۳۱/۶۰	۲/۳۵	۰/۲۰	۰/۲۸	۰/۹۷۱	۰/۵۷۵
	پس‌آزمون	۳۸/۲۷	۲/۴۹	۳۷/۳۳	۳/۷۵	-۰/۵۲	-۰/۴۴	۰/۹۴۱	۰/۰۹۸
خودانتقادی کل	پیش‌آزمون	۳۱/۳۳	۴/۵۵	۳۷/۸۰	۳/۵۷	-۰/۲۰	-۰/۹۲	۰/۹۵۸	۰/۲۷۸
	پس‌آزمون	۳۲/۳۳	۴/۰۶	۳۷/۴۰	۳/۴۴	-۰/۱۱	-۰/۸۶	۰/۹۷۶	۰/۷۱۸
فشار وابسته به زمان	پیش‌آزمون	۷۱/۸۳	۳/۸۶	۷۰/۱۳	۴/۹۴	-۰/۰۷	-۰/۶۹	۰/۹۵۵	۰/۲۳۶
	پس‌آزمون	۶۰/۸۰	۴/۹۷	۷۰/۶۰	۶/۳۱	۰/۳۵	-۰/۴۰	۰/۹۵۵	۰/۲۲۸
فشار تحولی	پیش‌آزمون	۶۲/۶۷	۴/۹۱	۶۹/۰۰	۴/۱۱	-۰/۰۳	-۰/۲۱	۰/۹۷۶	۰/۹۹۲
	پس‌آزمون	۱۷/۴۷	۲/۲۹	۱۸/۴۷	۳/۲۳	۰/۱۰	-۰/۲۵	۰/۹۶۱	۰/۳۲۱
فشار وابسته به زمان	پیش‌آزمون	۱۵/۵۷	۲/۱۶	۱۸/۴۰	۳/۳۳	۰/۰۴	-۰/۱۱	۰/۹۶۵	۰/۴۱۳
	پس‌آزمون	۱۵/۹۳	۱/۹۴	۱۸/۴۷	۳/۴۰	۰/۰۸	۰/۴۳	۰/۹۷۲	۰/۵۹۳
فشار تحولی	پیش‌آزمون	۱۷/۲۷	۱/۸۷	۱۶/۶۷	۳/۱۳	۰/۲۱	۰/۹۵	۰/۹۵۲	۰/۱۹۶
	پس‌آزمون	۱۰/۸۰	۱/۵۷	۱۷/۰۷	۲/۳۴	۰/۳۳	۰/۸۵	۰/۹۵۰	۰/۱۶۶
فشار تحولی	پیش‌آزمون	۱۱/۰۰	۱/۶۰	۱۷/۰۰	۲/۲۷	۰/۲۸	-۰/۵۹	۰/۹۶۷	۰/۴۶۵
	پس‌آزمون								

۰/۱۸۷	۰/۹۵۲	۰/۹۰	۰/۳۲	۲/۵۳	۱۲/۳۳	۲/۵۰	۱۳/۴۷	پیش‌آزمون	فشار جسمی
۰/۳۴۱	۰/۹۶۲	۰/۲۳	۰/۰۲	۲/۷۸	۱۲/۸۰	۲/۰۲	۱۰/۹۳	پس‌آزمون	
۰/۳۶۵	۰/۹۶۳	۰/۵۳	-۰/۲۰	۲/۷۶	۱۲/۸۰	۲/۱۱	۱۰/۸۰	پیگیری	
۰/۰۶۲	۰/۹۳۴	۰/۱۲	۰/۶۵	۳/۳۱	۱۲/۰۷	۲/۱۷	۱۱/۰۰	پیش‌آزمون	فشار اجتماعی
۰/۲۲۷	۰/۹۵۵	-۰/۴۲	۰/۳۵	۳/۵۶	۱۱/۷۳	۲/۵۰	۸/۶۰	پس‌آزمون	
۰/۲۳۳	۰/۹۵۵	۰/۲۰	۰/۴۴	۳/۲۲	۱۱/۹۳	۲/۵۴	۸/۲۰	پیگیری	
۰/۰۸۷	۰/۹۲۹	-۰/۵۴	۰/۵۱	۲/۶۸	۱۲/۲۰	۲/۰۸	۱۲/۸۰	پیش‌آزمون	فشار هیجانی
۰/۰۸۳	۰/۹۱۸	-۰/۱۲۷	۰/۲۶	۲/۴۰	۱۲/۲۰	۲/۱۴	۹/۸۰	پس‌آزمون	
۰/۱۹۰	۰/۹۵۲	-۰/۲۸	۰/۴۶	۲/۴۳	۱۲/۰۷	۱/۵۵	۹/۴۰	پیگیری	
۰/۶۷۸	۰/۹۷۵	۰/۳۸	-۰/۳۳	۷/۲۶	۷۱/۷۳	۴/۰۴	۷۲/۰۰	پیش‌آزمون	فشار مراقبتی
۰/۲۵۱	۰/۹۵۶	-۱/۰۳	۰/۱۲	۸/۱۶	۷۲/۲۰	۵/۲۰	۵۵/۸۰	پس‌آزمون	
۰/۱۴۰	۰/۹۴۷	-۱/۲۳	۰/۰۵	۷/۸۴	۷۲/۲۷	۵/۷۷	۵۵/۳۳	پیگیری	

میانگین‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری در نمودار ۱ نمایش داده شده است.





نمودار ۱: بررسی ترسیمی متغیرهای تحقیق در طی زمان به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

فرض نرمال بودن داده‌ها با استفاده از شاخص کجی و کشیدگی بررسی شد و نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که شاخص کجی و کشیدگی برای تمام متغیرها در طی مطالعه در دامنه (۲- و ۲+) قرار دارد و همچنین مقادیر معناداری آزمون شاپیروویلک بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود که به معنای نرمال بودن داده‌ها است. برای بررسی فرض همگنی واریانس در متغیرهای خودانتقادی و فشار مراقبتی و نیز خرده‌مقیاس‌های آنها در طی مطالعه با استفاده از آزمون لوین، عدم معناداری F مشاهده شده شد ($P > 0/05$). آزمون لوین بیانگر این موضوع بود که مفروضه همسانی واریانس‌ها در

بر اساس نتایج توصیفی به دست آمده از جدول ۲ و مجموعه نمودار ۱ در مرحله پیش‌آزمون، میانگین نمرات خودانتقادی و ابعاد آن و نیز فشار مراقبتی و ابعاد آن در افراد نمونه در گروه آزمایش و کنترل گزارش شده که نزدیک به هم هستند، در حالی که در مرحله پس‌آزمون، در نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش، تغییراتی ایجاد شده است. با توجه به اینکه داده‌ها در طی زمان به دست آمدند، ماهیت طرح پژوهش مقایسه‌ی بین و درون‌گروهی است؛ بنابراین در راستای مفروضه‌های آماری جهت مقایسه‌های بین و درون‌گروهی نخست پیش

جفت متغیرها بررسی شد و ارتباط معناداری بین متغیرها مشاهده نشد ($P > 0/05$)، بنابراین فرض عدم وجود هم‌خطی برقرار است. از سویی دیگر فرض همگنی شیب خط رگرسیون در حالت چندمتغیری برقرار نبوده است و در نتیجه جهت تعدیل اثر پیش‌آزمون از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری با نمرات افتراقی استفاده شده است.

با توجه به اینکه مفروضه برای تحلیل چندمتغیره برقرار نیست، در بررسی ابعاد متغیرها نیز از داده‌های افتراقی و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با داده‌های افتراقی استفاده شد و در راستای بررسی نمرات کل با توجه به برقراری فرض نرمالیتی و همگنی واریانس و نیز فرض همگنی شیب خط رگرسیون ($P > 0/05$) از تحلیل کوواریانس اندازه‌گیری مکرر با تعدیل اثر پیش‌آزمون به‌عنوان کووریت استفاده شد.

بین گروه‌ها در هر متغیر برقرار است. جهت بررسی امکان تحلیل چندمتغیری در خرده‌مقیاس‌ها بر اساس نتایج آزمون ام. باکس، فرض همگنی ماتریس‌های واریانس در حالت چندمتغیری کمتر از $0/001$ به دست آمد به طوری که این مقادیر در ابعاد خودانتقادی ($p < 0/001$)، $\text{Box's M} = 44/784$ و ابعاد فشار مراقبتی ($p < 0/008$)، $\text{Box's M} = 138/418$ نشان‌دهنده آن است که در تمامی گروه‌ها، ماتریس‌های واریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته، مساوی نیست، ولی چون حجم نمونه در گروه‌ها برابر است می‌توان از این تخطی چشم‌پوشی کرد. در تحلیل چندمتغیری یک همبستگی جزئی باید بین جفت متغیرها باشد، ولی این همبستگی نباید آن قدر زیاد باشد تا منجر به هم‌خطی شود. با توجه به اینکه هم‌خطی بین متغیرهای وابسته با ضریب همبستگی بین

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری اندازه‌گیری مکرر روی داده‌های افتراقی ابعاد خودانتقادی و ابعاد فشار مراقبتی در مداخله روان‌درمان مثبت‌گرا

متغیر	منبع اثر	شاخص لامبدای ویلکنز	F	درجه آزادی	P	مجذور اتا
ابعاد خودانتقادی	زمان	۰/۹۱۷	۱/۲۲۷	(۲ و ۲۷)	۰/۳۰۹	۰/۰۸۳
	زمان * گروه	۰/۷۰۰	۵/۷۹۰	(۲ و ۲۷)	۰/۰۰۸	۰/۳۰۰
	گروه	۰/۳۱۴	۲۹/۴۶۵	(۲ و ۲۷)	< ۰/۰۰۱	۰/۶۸۹
ابعاد فشار مراقبتی	زمان	۰/۸۰۵	۱/۱۵۹	(۵ و ۲۴)	۰/۳۵۸	۰/۱۹۵
	زمان * گروه	۰/۷۹۱	۱/۲۶۸	(۵ و ۲۴)	۰/۳۱۰	۰/۲۰۹
	گروه	۰/۱۵۷	۲۵/۷۹۱	(۵ و ۲۴)	< ۰/۰۰۱	۰/۸۴۳

از تحلیل چندمتغیری اندازه‌گیری مکرر بر روی داده‌های افتراقی در ابعاد خودانتقادی در جدول ۳ نشان داد که اثر گروه ($P < 0/001$)، $F_{2,27} = 25/791$) معنادار بود و اندازه اثر توأم گروه در ابعاد خودانتقادی برابر با $0/843$ به دست آمده است. اثر منبع زمان در بررسی چندمتغیری داده‌های افتراقی در ابعاد خودمراقبتی ($P = 0/358$)، $F_{2,27} = 1/159$) معنادار نبود.

اثر گروه ($P < 0/001$)، $F_{2,27} = 29/465$) معنادار است. اندازه اثر توأم گروه در ابعاد خودانتقادی برابر با $0/689$ به دست آمده است. اثر منبع زمان در بررسی چندمتغیری روی داده‌های افتراقی ($P = 0/309$)، $F_{2,27} = 1/227$) معنادار نبود.

جدول ۴: خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغیری نمرات افتراقی برای آشکارسازی تفاوت بین گروهی و درون‌گروهی در هر یک از متغیرهای

مورد مطالعه

متغیر	ابعاد	منبع اثر	SS	Df	MS	F	P	مجذور اتا
خودانتقادی درونی	خودانتقادی درونی	زمان	۰/۴۱۷	۱	۰/۴۱۷	۰/۱۲۳	۰/۷۲۹	۰/۰۰۴
		زمان * گروه	۱۶/۰۱۷	۱	۱۶/۰۱۷	۴/۷۱۷	۰/۰۳۸	۰/۱۴۴
		گروه	۱۳۲/۰۱۷	۱	۱۳۲/۰۱۷	۱۴/۸۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶۴
خودانتقادی مقایسه‌ای	خودانتقادی مقایسه‌ای	زمان	۱/۳۵۰	۱	۱/۳۵۰	۱/۹۰۹	۰/۱۷۸	۰/۰۶۴
		زمان * گروه	۷/۳۵۰	۱	۷/۳۵۰	۱۰/۳۹۴	۰/۰۰۳	۰/۲۷۱
		گروه	۶۷۳/۳۵۰	۱	۶۷۳/۳۵۰	۳۹/۳۸۳	< ۰/۰۰۱	۰/۵۸۴
فشار مراقبتی	فشار وابسته به زمان	زمان	۰/۴۱۷	۱	۰/۴۱۷	۱/۴۷۱	۰/۲۳۵	۰/۰۵۰
		زمان * گروه	۰/۱۵۰	۱	۰/۱۵۰	۰/۵۲۹	۰/۴۷۳	۰/۰۱۹

۰/۳۱۰	۰/۰۰۱	۱۲/۵۷۱	۴۰/۰۱۷	۱	۴۰/۰۱۷	گروه	
۰/۰۰۵	۰/۷۰۴	۰/۱۴۷	۰/۰۶۷	۱	۰/۰۶۷	زمان	
۰/۰۲۱	۰/۴۴۹	۰/۵۸۹	۰/۲۶۷	۱	۰/۲۶۷	زمان* گروه	فشار تحولی
۰/۷۰۵	<۰/۰۰۱	۶۶/۸۲۹	۶۸۰/۰۶۷	۱	۶۸۰/۰۶۷	گروه	
۰/۰۰۵	۰/۷۰۶	۰/۱۴۵	۰/۰۶۷	۱	۰/۰۶۷	زمان	
۰/۰۰۵	۰/۷۰۶	۰/۱۴۵	۰/۰۶۷	۱	۰/۰۶۷	زمان* گروه	فشار جسمی
۰/۴۹۵	<۰/۰۰۱	۲۷/۴۹۳	۱۴۱/۰۶۷	۱	۱۴۱/۰۶۷	گروه	
۰/۰۲۱	۰/۴۴۵	۰/۶۰۰	۰/۱۵۰	۱	۰/۱۵۰	زمان	
۰/۱۶۲	۰/۰۲۸	۵/۴۰۰	۱/۳۵۰	۱	۱/۳۵۰	زمان* گروه	فشار اجتماعی
۰/۴۲۰	<۰/۰۰۱	۲۰/۲۶۸	۸۴/۰۱۷	۱	۸۴/۰۱۷	گروه	
۰/۰۴۵	۰/۲۶۱	۱/۳۱۸	۱/۰۶۷	۱	۱/۰۶۷	زمان	
۰/۰۱۲	۰/۵۷۱	۰/۳۲۹	۰/۲۶۷	۱	۰/۲۶۷	زمان* گروه	فشار هیجانی
۰/۷۰۸	<۰/۰۰۱	۶۷/۹۶۹	۱۴۷/۲۶۷	۱	۱۴۷/۲۶۷	گروه	

نتایج بررسی تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر روی داده‌های افتراقی در هر یک از ابعاد خودانتقادی و فشار مراقبتی در جدول ۴ گزارش شده است. در متغیر خودانتقادی درونی ($P < ۰/۰۰۱$)، ($\eta^2 = ۰/۳۶۴$ ، $F = ۱۴/۸۴۱$) و خودانتقادی مقایسه‌ای ($P < ۰/۰۰۱$)، ($\eta^2 = ۰/۵۸۴$ ، $F = ۳۹/۳۸۳$) اثر درمان (گروه) معنادار بود. همچنین بررسی اثر زمان نشان داد هم در متغیر خودانتقادی ($P = ۰/۷۲۹$)، ($\eta^2 = ۰/۰۰۴$ ، $F = ۰/۱۲۳$) و هم در متغیر خودانتقادی مقایسه‌ای ($\eta^2 = ۰/۰۶۴$ ، $F = ۱/۹۰۹$ ، $P = ۰/۱۷۸$) اثر زمان معنادار نبود، یعنی داده‌های افتراقی طی پس‌آزمون و پیگیری بعد از تفاضل پیش‌آزمون تغییرات معناداری نداشتند. همچنین اثر متقابل گروه در زمان در ابعاد خودانتقادی معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$).

در بررسی ابعاد فشار مراقبتی نتایج نشان داد که اثر گروه از تفاضل‌گیری و ایجاد داده افتراقی در طی مطالعه در فشار وابسته به زمان

($P < ۰/۰۰۱$)، ($\eta^2 = ۰/۳۱۰$ ، $F = ۱۲/۵۷۱$)، فشار تحولی ($P < ۰/۰۰۱$)، ($\eta^2 = ۰/۷۰۵$ ، $F = ۶۶/۸۲۹$) در فشار جسمی ($P < ۰/۰۰۱$)، ($\eta^2 = ۰/۴۹۵$ ، $F = ۲۷/۴۹۳$)، فشار اجتماعی ($P < ۰/۰۰۱$)، ($\eta^2 = ۰/۴۲۰$ ، $F = ۲۰/۲۶۸$) و فشار عاطفی ($P < ۰/۰۰۱$)، ($\eta^2 = ۰/۷۰۸$ ، $F = ۶۷/۹۶۹$) معنادار بود. همچنین اثر زمان در فشار وابسته به زمان ($P = ۰/۷۰۴$)، ($\eta^2 = ۰/۰۵۰$ ، $F = ۱/۴۷۱$)، فشار تحولی ($P = ۰/۷۰۶$)، ($\eta^2 = ۰/۰۰۵$ ، $F = ۰/۱۴۷$)، فشار جسمی ($P = ۰/۴۴۵$)، ($\eta^2 = ۰/۰۰۵$ ، $F = ۰/۱۴۵$)، فشار اجتماعی ($P = ۰/۲۶۱$)، ($\eta^2 = ۰/۰۲۱$ ، $F = ۰/۶۰۰$) و فشار هیجانی ($P = ۰/۰۴۵$ ، $F = ۱/۳۱۸$)، معنادار نبود. در بررسی اثر متقابل زمان در گروه نیز نتایج نشان داد که تنها در داده‌های افتراقی متغیر فشار اجتماعی، این اثر ($\eta^2 = ۰/۱۶۲$ ، $F = ۵/۴۰۰$ ، $P < ۰/۰۲۸$) معنادار بود.

جدول ۵: خلاصه تحلیل کوواریانس اندازه‌گیری مکرر در نمرات کل فشار مراقبتی و خودانتقادی

متغیر	منبع اثر	SS	Df	MS	F	P	مجذور اتا
	زمان	۲۰/۱۸۴	۱	۲۰/۱۸۴	۴/۵۱۶	۰/۰۴۳	۰/۱۴۳
خودانتقادی	زمان* گروه	۵۵/۰۵۰	۱	۵۵/۰۵۰	۱۲/۳۱۶	۰/۰۰۲	۰/۳۱۳
	گروه	۱۲۷۲/۷۹۵	۱	۱۲۷۲/۷۹۵	۵۶/۸۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۷۸
	زمان	۰/۶۶۶	۱	۰/۶۶۶	۰/۳۰۷	۰/۵۸۴	۰/۰۱۱
فشار مراقبتی	زمان* گروه	۱/۰۲۴	۱	۱/۰۲۴	۰/۴۷۲	۰/۴۹۸	۰/۰۱۷
	گروه	۴۲۸۳/۴۱۳	۱	۴۲۸۳/۴۱۳	۱۰۹/۸۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۰۳

بررسی نتایج تحلیل کوواریانس اندازه‌گیری مکرر روی نمره کل خودانتقادی نیز نشان داد اثر زمان در متغیر خودانتقادی کل معنادار شده (P=۰/۰۴۳، $\eta^2 = ۰/۱۴۳$ ، $F = ۴/۵۱۶$) و به منزله وقوع تغییراتی در بازه پس‌آزمون و پیگیری بوده است. همچنین درمان مثبت‌گرا (P<۰/۰۰۱، $\eta^2 = ۰/۰۶۷۸$ ، $F = ۵۶/۸۰۲$) معنادار بود (P=۰/۰۰۲، $\eta^2 = ۰/۳۱۳$ ، $F = ۱۲/۳۱۶$) که نشانگر عملکرد متفاوت گروه‌ها در طی پس‌آزمون و پیگیری بعد از تعدیل اثر

پیش‌آزمون است. بررسی فشار مراقبتی کل نیز در جدول ۵ نشان داد در تحلیل کوواریانس اندازه‌گیری مکرر، اثر زمان معنادار نشده (P>۰/۰۵) که به منزله عدم وقوع تغییرات معنادار در بازه پس‌آزمون و پیگیری بوده است. همچنین درمان مثبت‌گرا (P<۰/۰۰۱، $\eta^2 = ۰/۸۰۳$ ، $F = ۱۰۹/۸۱۹$) معنادار شد، ولی اثر متقابل زمان روی گروه معنادار نبود (P>۰/۰۵). در ادامه مقایسه درون‌گروهی با استفاده از آزمون تعقیبی بنفرونی برای متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در طی زمان در متغیرهای خودانتقادی و فشار مراقبتی و ابعاد آنها

متغیر	مقایسه	آزمایش			کنترل	
		میانگین اختلاف‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال	میانگین اختلاف‌ها	خطای معیار
خودانتقادی درونی	پیش‌آزمون	۴/۰۰۰	۰/۷۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۰۷	۰/۷۰۷
	پس‌آزمون	۳/۱۳۳	۰/۵۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۶۵	۰/۵۶۵
	پس‌آزمون پیگیری	۰/۸۶۷	۰/۶۷۳	۰/۶۲۵	۱/۲۰۰	۰/۶۷۳
خودانتقادی مقایسه‌ای	پیش‌آزمون	۶/۹۳۳	۰/۷۸۲	<۰/۰۰۱	-۰/۴۶۷	۰/۷۸۲
	پس‌آزمون	۵/۹۳۳	۰/۷۵۹	<۰/۰۰۱	-۰/۰۶۷	۰/۷۵۹
	پس‌آزمون پیگیری	-۱/۰۰۰	۰/۳۰۷	۰/۰۰۹	۰/۴۰۰	۰/۳۰۷
خودانتقادی (کل)	پیش‌آزمون	۱۰/۹۳۳	۰/۹۸۶	<۰/۰۰۱	-۰/۴۶۷	۰/۹۸۶
	پس‌آزمون	۹/۰۶۷	۰/۹۴۴	<۰/۰۰۱	۱/۱۳۳	۰/۹۴۴
	پس‌آزمون پیگیری	-۱/۸۶۷	۰/۸۱۸	۰/۰۹۱	۱/۶۰۰	۰/۸۱۸
فشار وابسته به زبان	پیش‌آزمون	۱/۸۰۰	۰/۳۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۰۶۷	۰/۳۵۰
	پس‌آزمون	۱/۵۳۳	۰/۳۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۳۳۰
	پس‌آزمون پیگیری	-۲/۶۷	۰/۱۹۴	۰/۵۴۳	-۰/۰۶۷	۰/۱۹۴
فشار تحولی	پیش‌آزمون	۶/۴۶۷	۰/۵۹۶	<۰/۰۰۱	-۰/۴۰۰	۰/۵۹۶
	پس‌آزمون	۶/۲۶۷	۰/۵۹۴	<۰/۰۰۱	-۰/۳۳۳	۰/۵۹۴
	پس‌آزمون پیگیری	-۰/۲۰۰	۰/۲۴۶	۱/۰۰۰	۰/۰۶۷	۰/۲۴۶
فشار جسمی	پیش‌آزمون	۲/۵۳۳	۰/۴۳۵	<۰/۰۰۱	-۰/۴۶۷	۰/۴۳۵
	پس‌آزمون	۲/۶۶۷	۰/۴۲۸	<۰/۰۰۱	-۰/۴۶۷	۰/۴۲۸
	پس‌آزمون پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۲۴۸	۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۴۸
فشار اجتماعی	پیش‌آزمون	۲/۴۰	۰/۳۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۳۳	۰/۳۹۳
	پس‌آزمون	۲/۸۰۰	۰/۳۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۱۳۳	۰/۳۷۲
	پس‌آزمون پیگیری	۰/۴۰۰	۰/۱۸۳	۰/۱۱۱	-۰/۲۰۰	۰/۱۸۳
فشار هیجانی	پیش‌آزمون	۳/۰۰	۰/۳۱۶	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۳۱۶
	پس‌آزمون	۳/۴۰۰	۰/۳۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۱۳۳	۰/۳۱۴
	پس‌آزمون پیگیری	۰/۴۰۰	۰/۳۲۹	۰/۷۰۱	۰/۱۳۳	۰/۳۲۹
فشار مراقبتی (کل)	پیش‌آزمون	۱۶/۲۰۰	۱/۱۱۵	<۰/۰۰۱	-۰/۴۶۷	۱/۱۱۵
	پس‌آزمون	۱۶/۶۶۷	۱/۲۱۰	<۰/۰۰۱	-۰/۵۳۳	۱/۲۱۰
	پس‌آزمون پیگیری	۰/۴۶۷	۰/۵۳۲	۱/۰۰	-۰/۰۶۷	۰/۵۳۲

جهت مقایسه مراحل سه گانه اندازه گیری در گروه آزمایش و کنترل از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شده است که در متغیرهای پژوهش در طی مطالعه در گروه کنترل اختلاف معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$)، ولی بررسی گروه آزمایش نشان داد در مقایسه مقادیر میانگین در پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش معناداری در خودانتقادی درونی، خودانتقادی مقایسه ای، نمره کل خودانتقادی، فشار مراقبتی، و ابعاد آن مشاهده شد ($P < 0/001$). مقایسه وضعیت متغیرها در مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون نیز بیانگر آن بوده که سطح نمرات در مرحله پیگیری همچنان نسبت به پیش آزمون در سطح پایین تری بوده که معنادار بود ($P < 0/001$). جهت بررسی ثبات درمانی نتایج نشان داد در متغیر خودانتقادی درونی در مرحله پیگیری با وجود افزایش سطح میانگین، تغییرات معنادار نبوده ($P = 0/625$) است، ولی در خودانتقادی مقایسه ای میزان تغییراتی که در مرحله پیگیری رخ داد نشان دهنده افزایش در میانگین بود که ثبات در این متغیر در پیگیری نسبت به پس آزمون دیده نشد ($P = 0/009$). در متغیر خودانتقادی کل با وجود اینکه در نمره

پیگیری افزایشی نسبت به پس آزمون دیده شد، ولی همچنان از نظر آماری ثبات درمانی در سطح خطای 0/05 برقرار بود و اختلاف سطح میانگین در پیگیری نسبت به پیش آزمون معنادار نشده است ($P = 0/091$) در بررسی ابعاد فشار مراقبتی نتایج نشان داد که در مرحله پیگیری نسبت به پس آزمون در فشار وابسته به زمان و فشار تحولی افزایشی دیده شد که با توجه به افزایش رخ داده شده، همچنان اختلاف معنادار نبود و ثبات درمان در این متغیرها در گروه آزمایش دیده شد. در فشار جسمی، فشار اجتماعی، و فشار هیجانی در مرحله پیگیری روند درمان ادامه داشت و کاهش سطح نمره همچنان رخ داد، ولی این کاهش به حدی نبود که ثبات درمان را در گروه آزمایش تحت تأثیر قرار دهد، بلکه با وجود کاهش رخ داده شده، اختلاف معناداری بین پیگیری و پس آزمون مشاهده نشد. همچنین بررسی نمره کل فشار مراقبتی نیز نشان داد در این متغیر نیز در مرحله پیگیری روند کاهش سطح از پس آزمون ادامه داشت، ولی این کاهش در سطحی نبوده که نشان دهنده عدم ثبات درمانی باشد.

جدول ۷: مقایسه گروه آزمایش و کنترل در طی مطالعه تحت آزمون تعقیبی بنفرونی

متغیر	پیش آزمون			پس آزمون بعد از تعدیل پیش			پیگیری بعد از تعدیل پیش		
	میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال	میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال	میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
خودانتقادی درونی	۰/۶۶۷	۱/۱۷۱	۰/۵۷۴	۴/۰۰	۱/۰۰	<۰/۰۰۱	۱/۹۳۳	۰/۷۹۹	۰/۰۲۲
خودانتقادی مقایسه ای	۰/۹۳۳	۱/۱۶۳	۰/۴۲۹	۷/۴۰۰	۱/۱۰۶	<۰/۰۰۱	۶/۰۰	۱/۰۷۳	<۰/۰۰۱
خودانتقادی (کل)	۱/۶۰۰	۱/۶۱۹	۰/۳۳۲	۱۱/۳۲۰	۱/۴۴۳	<۰/۰۰۱	۷/۴۲	۱/۲۷۶	۰/۰۰۰
فشار وابسته به زبان	-۱/۰۰	۱/۰۲۲	۰/۳۳۶	۱/۷۳۳	۰/۴۹۴	۰/۰۰۲	۱/۵۳۳	۰/۴۶۷	۰/۰۰۳
فشار تحولی	۰/۶۰۰	۰/۹۴۲	۰/۵۲۹	۶/۸۶۷	۰/۸۴۳	<۰/۰۰۱	۶/۶۰۰	۰/۸۴۰	<۰/۰۰۱
فشار جسمی	۱/۱۳۳	۰/۹۱۸	۰/۲۲۷	۳/۰۰	۰/۶۱۵	<۰/۰۰۱	۳/۱۳۳	۰/۶۰۶	<۰/۰۰۱
فشار اجتماعی	-۱/۰۶۷	۱/۰۲۱	۰/۳۰۵	۲/۰۶۷	۰/۵۵۶	۰/۰۰۱	۲/۶۶۷	۰/۵۲۶	<۰/۰۰۱
فشار هیجانی	۰/۶۰۰	۰/۸۷۵	۰/۴۹۹	۳/۰۰	۰/۴۴۷	<۰/۰۰۱	۳/۲۶۷	۰/۴۴۴	<۰/۰۰۱
فشار مراقبتی (کل)	۰/۲۶۷	۲/۱۴۸	۰/۹۰۲	۱۶/۶۴۲	۱/۵۹۳	<۰/۰۰۱	۱۷/۱۶۵	۱/۷۱۹	<۰/۰۰۱

مراقبتی بعد از تعدیل پیش آزمون نیز اختلاف معناداری در سطح خطای 0/05 نشان داد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان درمانی مثبت گرا بر فشار مراقبتی و خودانتقادی مادران دارای کودک کم توان ذهنی بود. نتایج

مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل در طی فرایند مطالعه نشان داد در پیش آزمون بین گروه آزمایش و کنترل اختلاف معناداری وجود ندارد ($P < 0/05$)، ولی در پس آزمون و پیگیری اختلاف معناداری بین نمرات افتراقی گروه آزمایش و کنترل در ابعاد خودانتقادی و ابعاد فشار مراقبتی وجود دارد و همچنین مقایسه دو گروه در نمرات کل خودانتقادی و فشار

دست‌یابی به آن برنامه‌ریزی و تلاش می‌کند (۲۰). مثبت‌اندیشی به معنای توجه نکردن به مشکلات و خوش‌بینی کاذب نیست، که به صورت ایده‌آل آن است که مشکلات را یادداشت و به جای گیر کردن در حلقه‌های فلج‌کننده هیجانات ناخوشایند، دست به کار حل مشکلات شود. این تفکر مثبت می‌تواند با گسترش دیدگاه فردی نسبت به مسائل و موضوعات مختلف به تغییر نگرش فرد و در نتیجه تقویت هیجانات مثبت و امیدواری در وی کمک کند که این خود می‌تواند موجب افزایش ظرفیت روانی و تحمل بیشتر مشکلات و تاب‌آوری در شرایط تنش‌آور شود (۲۲). این موضوع بدین معنا است که در یک مادر دارای کودک کم‌توان ذهنی، مداخله روان‌شناسی مثبت‌گرا با کاهش هیجانات منفی و تقویت امید و شادزیستی می‌تواند در جهت کاهش فشار مراقبتی مورد تجربه این افراد مؤثر واقع شود.

همچنین بر اساس نظریه سلیگمن نیز می‌توان نتایج این پژوهش را این‌گونه تبیین کرد که روان‌درمانی مثبت‌گرا باعث می‌شود افراد با بهره‌گیری از راهبردهای کنار آمدن مؤثر مانند ارزیابی مجدد و مسئله‌گشایی با فشارهای روانی بهتر مقابله کنند. همچنین به نحو فعال از رویدادهای تنش‌گر زندگی پرہیز می‌کنند و شبکه‌های حمایت اجتماعی بهتری را پیرامون خود می‌سازند و بنابراین مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی خفیف که از درمان مثبت‌گرا بهره گرفته‌اند، می‌توانند با داشتن توانایی مقابله بیشتر، داشتن خوش‌بینی بالاتر، و افسردگی کمتر، امیدواری بیشتری را از خود نشان دهند (۲۵). به‌طور کلی مداخله روان‌شناسی مثبت‌گرا از طریق افزایش هیجانات مثبت، افکار و رفتارهای مثبت و ارضای نیازهای اساسی و روان‌شناختی از جمله خودمختاری، ارتباط و تعلق خاطر سبب کاهش افسردگی، افزایش شادزیستی، و بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (۲۰) و شادزیستی و بهزیستی روان‌شناختی نیز می‌تواند در کاهش بار فشار مراقبتی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی مؤثر واقع شود.

یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر، تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا بر خودانتقادی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌گرا توانسته است اثر مثبت معناداری بر بهبود خودانتقادی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی داشته باشد. نتایج حاصل از این پژوهش همسو با نتایج دیگر پژوهش‌ها

نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌گرا توانسته است اثر مثبت معناداری بر کاهش فشار مراقبتی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی داشته باشد. یافته‌های این پژوهش با دیگر مطالعات انجام شده (۲۶-۲۳) مبنی بر تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا بر بهزیستی روانی، شادزیستی، و کاهش بار مراقبتی در مراقبان کودکان با نیازهای ویژه یا افراد با بیماری‌های ناتوان‌کننده، همسو است. بر این اساس نتایج مطالعات نشان داد که استفاده از مداخله روان‌شناسی مثبت‌گرا در مراقبان افراد مبتلا به آلزایمر در کاهش بار مراقبتی در این افراد اثربخش است (۲۳). همچنین خدادادی سنگده، تولایی و بلقان آبادی (۲۴) در مطالعه‌ای به بررسی اثرات مداخله روان‌شناسی مثبت‌گرا در مادران دارای کودک با نیازهای ویژه پرداختند که نتایج نشان داد که این مداخله در این گروه در تقویت شادزیستی و عواطف مثبت نقش دارد. نتایج پژوهش حاضر نیز تأکیدی بر اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا در کاهش فشار مراقبتی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف است. نتایج پژوهش حاضر را همسو با مطالعات کاترا، گرو و شفیلد (۲۶) که نشان دادند مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا از طریق بهبود خودشفقتی و خوددلسوزی موجب بهبود سلامت روان می‌شود، می‌توان این‌گونه تبیین کرد که اغلب مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی به دلایلی مانند احساس ناامیدی از آینده فرزند، مشکلات مالی، جایگاه ذهنی اجتماعی، خستگی جسمی و فرسودگی ناشی از نگهداری فرزند کم‌توان، دچار تنیدگی، اضطراب و افسردگی می‌شوند؛ بنابراین دور از ذهن نیست که این مادران فشار مراقبتی بیشتری را در مقایسه با مادران دیگر تحمل می‌کنند. با وجود این، شرکت در جلسات آموزشی و درمانی مثبت‌اندیشی، این بازخورد را به مادران می‌دهد که زندگی با وضعیت کنونی فرزند خود را بپذیرند و در عین حال برای خود منزلت قائل شوند. آنها در می‌یابند که اراده تنظیم احساس، افکار و همچنین رفتار شخصی‌شان را دارند و خودشان هستند که با نوع نگرش خود به جهان و مشکلات آن، معنا می‌دهند (۲۶). بر اساس نتایج مطالعات مشابه دیگر (۲۲، ۲۰) نیز اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا در کاهش فشار مراقبتی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که مثبت‌نگری به‌جای تأکید بر عواطف منفی، عواطف مثبت را بررسی می‌کند و به جای انگشت گذاشتن بر روی نقاط ضعف انسان به توانمندی انسان توجه می‌کند و برای

(۲۳ و ۲۱) است. مطالعات نشان دادند که این مداخله دارای اثربخشی معنادار در افزایش بهزیستی روان‌شناختی دارد (۲۵). نتایج پژوهش حاضر را بر اساس نتایج مطالعات اصغری‌پور (۲۱) که اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا را در بهبود سلامت روان تأیید کردند، می‌توان این‌گونه تبیین کرد که مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی به خاطر اینکه فرزندشان هرگز نمی‌تواند کنش‌وری مطلوبی نسبت به سایر افراد جامعه داشته باشد، خود را گناهکار دانسته و خود را شکست‌خورده می‌دانند. همچنین با دریافت برجسب اجتماعی، نگرش‌های قضاوت‌گرایانه و ترحم‌آمیز، احساس کام‌نایافتگی و شکست می‌کنند و این روند در خلیقات این مادران تأثیر می‌گذارد و هیجانات منفی، احساس ناراحتی، و خودانتقادی را در آنها گسترش می‌دهد (۲). مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، با تقویت نگرش مثبت در خود، در واقع به ادغام تعهد، مهارگری، و حس مقابله با مشکلات زندگی، کمک می‌کنند. کسانی که نسبت به وقایع نگاه مثبتی دارند، در مواجهه با حوادث منفی زندگی، آن را مرحله‌ای برای تحول روانی بهتر می‌دانند و کمتر دچار خودانتقادی می‌شوند. در واقع روان‌درمانی مثبت‌گرا از طریق ایجاد عواطف مثبت، افزایش اعتماد به خود، شناخت و ارتقای توانمندی‌ها، پذیرای تجربه جدید بودن، احساس خوب و داشتن اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت در زندگی به بهبود خودانتقادی مادران کمک می‌کند (۲۳). همچنین نتیجه به دست آمده را می‌توان بر اساس نظریه ریف تبیین کرد. این نظریه نشان می‌دهد که سلامت روان در تمامی ابعاد خود، تحت تأثیر مثبت‌اندیشی یا منفی‌نگری قرار دارد. انسان مثبت‌نگر، خود را همان‌گونه که هست، می‌پذیرد، برای خودش ارزش و اراده قائل است و می‌تواند رابطه صادقانه‌ای با دیگران برقرار کند. بعلاوه، مثبت‌اندیشی عامل مهمی برای هدف‌مندی زندگی و تحول شخصی است؛ در حالی که منفی‌نگری به قدر اراده فردی، روابط اجتماعی، پذیرش خود و هدف‌داری زندگی، آسیب وارد می‌کند. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر را بر اساس نتایج مطالعات آفاجانی (۲۵) می‌توان این‌گونه تبیین کرد که در سایه مداخلات مثبت‌گرا، مادران کودکان کم‌توان ذهنی به جای تمرکز روی جنبه‌های منفی و احساس شرم و گناه و توجه به نگرش‌های قضاوت‌گرایانه و ترحم‌انگیز، بر جنبه‌های مثبت و قابلیت‌های خود تأکید می‌کنند و به ارزیابی نقاط مثبت، قابلیت‌ها، و موفقیت خود می‌پردازند. این مادران با

تکیه بر توانایی‌های خود و فرزندانشان تسلیم شرایط موجود نشده و مسئولیت‌ها را پذیرفته و از خودانتقادی اجتناب می‌کنند. آنها در سایه تغییرات ناشی از مداخله روان‌شناسی مثبت‌گرا می‌توانند خود را محترم، مهربان، و مبتکر دانسته و با تمرکز بر اهداف خود، ابتکار عمل را در دست بگیرند و با جایگزین کردن هیجانات مثبت بر هیجانات منفی غلبه پیدا کنند (۲۵). به نظر می‌رسد که مادران این کودکان با احاطه خود در تونل مشکل، درگیر فرایندی هستند که خارج شدن از آن به راحتی امکان‌پذیر نیست و در نتیجه با تغییر در شیوه نگرش به دنیا و توانایی خود در قالب مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا، انگیزه آنها برای تلاش در جهت یافتن توانایی و قابلیت‌های مثبت فرزند خود، توجه به نکات مثبت زندگی و چارچوب‌دهی مجدد و تغییر دیدگاه نسبت به نکات منفی زندگی افزایش یافته و این موضوع خود به خود به کاهش ملامت، خودانتقادی، و افسردگی در آنان منجر می‌شود (۲۴).

باید توجه داشت که مثبت‌اندیشی فقط بر فرصت‌های خوب موجود تأکید ندارد، که بر توانایی‌هایی برای ایجاد فرصت خوب با وجود وجود شرایط دشوار به‌عنوان یک باور تأکید دارد (۲۶). بر اساس نتایج در روی آورد روان‌درمانی مثبت‌گرا از طریق برخی تکنیک‌ها مانند شکر‌گذاری و قدردانی، فرد با تمرکز روی داشته‌های خود احساس رضایت‌مندی می‌کند و عواطف منفی کاهش می‌یابد و اگر ارزیابی افراد از خودشان و ذهنیتی که از خود دارند مثبت باشد از سلامت و سازش‌یافتگی بیشتری برخوردار خواهند بود (۱۹). به‌طور کلی نقش مادری و نگهداری از یک کودک بسیار دشوار و پیچیده است و مادران بعضی اوقات در ایفای درست نقش خود در مقابل فرزندانشان دچار سردرگمی می‌شوند. حال وقتی ایفای نقش مادری با تمام سختی‌ها و مشقات در کنار کم‌توانی ذهنی فرزند آن قرار می‌گیرد، اوضاع به مراتب می‌تواند پیچیده‌تر و حتی بحران‌ساز شود. به‌طور معمول، یک مادر که دارای یک کودک بهنجار است، با تمام مشقاتی که در ایفای وظیفه مادری خود متحمل می‌شود، با این همه وی از موهبتی برخوردار است که می‌تواند از شدت بار این مشقات بکاهد و تمام امور فرزندداری را برای وی لذت‌بخش سازد. این موهبت، رابطه عاطفی و صمیمانه‌ای است که یک مادر با فرزند خود تجربه می‌کند که در بافت این رابطه عاطفی، هیجانات مثبت بسیاری بین دو طرف ردوبدل می‌شود و وجود مادر و

فرزند را سرشار از تجربیات مثبتی همچون عشق، محبت، امید، لذت، و شوق می‌سازد و هر دو را به وجد می‌آورد که این موضوع می‌تواند برای تحول عاطفی و هیجانی مادر و فرزند و ارتقای سلامت روان آنها اثرات نیرومندی داشته باشد (۲۳). حال در مقابل آن، وضعیتی است که مادری دارای یک کودک کم‌توان ذهنی است که نه تنها مراقبت و نگهداری از آن به مراتب مشقت‌بارتر از نگهداری از یک کودک بهنجار است، بلکه مادر چنین کودکی از تجربیات مثبتی که سایر مادران در رابطه با فرزند خود از آن بهره‌مند هستند، محروم است. یک کودک کم‌توان ذهنی به دلیل محدودیت‌های ذهنی خود قادر به برقراری یک رابطه عاطفی کامل با مادر خود و دادوستد تجارب مثبت عشق، محبت، صمیمیت، نشاط، و امید بین خود و مادرش نیست و در واقع مادر چنین کودکانی بدون دریافت هیجان و تجربه مثبتی از سوی کودک خود، متحمل فشار مراقبتی مضاعفی نیز هستند که این موضوع می‌تواند به مرور وخامت اوضاع را تشدید کرده و به سلامت روان کودک و مادر آسیب بیشتری وارد سازد. از سوی دیگر مادر چنین کودکانی علاوه بر فشار مراقبتی زیادی که متحمل می‌شوند، تحت فشار جامعه و افکار و تصورات آن نیز در مورد فرد کم‌توان هستند و به اجبار باید مشکلاتی را هم که از سوی جامعه بر افراد کم‌توان وارد است را بر خود و فرزندشان متحمل شوند. در چنین وضعیتی، یک مادر دارای کودک کم‌توان ذهنی با شرایطی مواجهه است که نه تنها از سوی جامعه پذیرفته شده نیست، که با نگاه انتقادی و ترحم‌برانگیز همراه است و بدیهی است که مواجهه با چنین نگاه انتقادی از سوی جامعه تا چه اندازه می‌تواند با برانگیختن افکار خودسرنزنی در این مادران همراه باشد و زمینه‌ساز تجربه هیجانات منفی و دردناک در آنها شود. در شرایطی که مادر دارای یک کودک کم‌توان ذهنی، به‌طور طبیعی و معمول از دریافت هیجانات مثبت و امیدبخش در رابطه با فرزند خود محروم است، دریافت مداخلاتی از محیط بیرون که می‌تواند با کمک به وی برای تغییر دیدگاه خود به زندگی و شرایط موجود، تجربه هیجانات مثبت را در وی تسهیل کنند تا حد زیادی می‌تواند در کاهش فشار مراقبتی و خودانتقادی در وی مؤثر عمل کنند (۲۶). همچنین مداخله مبتنی بر مثبت‌نگری می‌تواند به مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی کمک کند تا با تمرکز بر نقاط مثبت، توانمندی‌ها و استعداد‌های ناشناخته خود و کودکان و شناسایی آنها، از زاویه‌ای

دیگر به خودشان، کودکان و شرایط موجود بپردازند و با قرار دادن کشاکش‌های موجود در چارچوب فکری جدید، نوع نگرش و دیدگاه خود را به این موضوع و شرایط حاصل از آن تغییر دهند. غلبه بر نگاه بدبینانه، ناامیدکننده و منفی‌نگر و جایگزینی آن با مثبت‌نگری، خوش‌بینی، شادزیستی و امیدواری می‌تواند برای یک مادر دارای کودک کم‌توان ذهنی در حکم منبعی انرژی‌زا و امیدبخش باشد که به وی کمک می‌کند تا صرف‌نظر از تمام کمبودها و نواقص موجود، با حالتی از تجربه عواطف مثبت و هیجانات خوشایند با مشکلات پیش رو مواجهه شود و بدون احساس استیصال و کام‌نیافتگی با اتکا بر توانمندی و ظرفیت خود و فرزندش بر سختی‌ها و محدودیت‌ها مقابله سازنده کند. پیامد چنین روندی می‌تواند دستیابی به حسی از موفقیت، کامیابی، سرزندگی، و نشاط باشد که در تخفیف بار فشار مراقبتی و خودانتقادی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و در نتیجه ارتقای سلامت روان مادر و کودک مؤثر است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم کنترل عوامل تأثیرگذار مانند وضعیت اقتصادی خانواده و تعداد فرزندان و محدودیت جغرافیایی به دلیل انجام آن فقط در شهرستان قائم‌شهر (فرهنگ شهرهای مختلف در متغیرهای وابسته این مطالعه مؤثر است) اشاره داشت. پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی در صورت امکان با رفع این محدودیت‌ها انجام شوند. پیشنهاد دیگر این است که در مطالعات آینده از جلسات روان‌درمانی مثبت‌گرا به تفکیک گروه‌های مختلف کودکان با نیازهای ویژه مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که از پروتکل استفاده شده در این مطالعه در جهت افزایش توان مقابله مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی در مراکز آموزشی و حمایتی استفاده شود. همچنین برای کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران دارای کودک با نیازهای ویژه پیشنهاد می‌شود که آموزش سبک‌های والدگری و راهبردهای مقابله با فشار روانی در چارچوب طرح خدمات خانوادگی توسط نظام آموزشی در برنامه‌های رسمی مراکز آموزشی و توان‌بخشی قرار گیرد. نتیجه اینکه بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، روان‌درمانی مثبت‌گرا بر فشار مراقبتی و خودانتقادی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی مؤثر بود؛ بنابراین درباره والدین این کودکان به‌خصوص مادران که تنیدگی مزمنی را

متحمل می‌شوند، می‌توان با تدوین مداخلات مبتنی بر روان‌درمانی مثبت‌گرا، آنها را در راستای تغییر نگرش و تقویت تفکر مثبت و کاهش هیجانات منفی و در نتیجه کاهش فشار مراقبتی و خودانتقادی کمک کرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکترای روان‌شناسی عمومی مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1398.069 و شماره نامه ۸۰۸۲۶ از اداره آموزش و پرورش به تاریخ ۱۳۹۸/۳/۲۰ است. همچنین ملاحظات اخلاقی مانند رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات هویتی کاملاً رعایت شد.

حامی مالی: این مطالعه بدون حامی مالی و با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دکترای تخصصی محدثه رستم‌پور در رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است. نویسنده نخست این مقاله، پژوهشگر اصلی و نویسندگان دوم و سوم به‌عنوان استادان راهنما و مشاور پروژه نقش داشته‌اند.

تضاد منافع: انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی را به دنبال نداشته است و نتایج آن کاملاً شفاف و بدون سوگیری گزارش شده است.

تشکر و قدردانی: نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از تمامی شرکت‌کنندگان که در انجام این پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی کنند.



References

- Ghasemipour Y, RoshanBehnaaz B. Investigating the relationship between mindfulness and social support with mental health of mothers with mentally retarded child. *J Child Ment Health*. 2019; 6 (1):176-187. [Persian]. [Link]
- Shamsi M, Hemmati Alamdarloo G, Shojaee S. Comparison of Social Problem Solving Ability in Girl Students with Intellectual Disability and Normally Developing Peers. *J Child Ment Health*. 2018; 5 (1):15-24. [Link]
- Bayrakli H, Kaner S. Investigating the factors affecting resiliency in mothers of children with and without intellectual disability. *J Educ Sci: Theory Pract*. 2012; 12(2):936-43. [Link]
- Gohel M, Mukherjee S, Choudhary SK. Psychosocial impact on the parents of mentally retarded children in Anand District. *Healthline*. 2011;2(2):62-85. [Link]
- Dindar M, Rahnama M, Afshari M, Moghadam MP. The effects of spiritual self-care training on caregiving strain in mothers of mentally retarded children. *JCDR*. 2016 Dec;10(12):119-128. [Link]
- Fawley-King K, Trask EV, Ferrand J, Aarons GA. Caregiver strain among biological, foster, and adoptive caregivers caring for youth receiving outpatient care in a public mental health system. *Children and Youth Services*. 2020. 2(8):22-37. [Link]
- Bieñ-Barkowska K, Doroszkiewicz H, Bieñ B. Silent strain of caregiving: exploring the best predictors of distress in family carers of geriatric patients. *Clin Interv Aging*. 2017;12:263-281. [Link]
- Pal T, Agarwal V, Arya A, Gupta PK, Mahour P. A Study of Burden of Care on Key Relatives of Children and Adolescents with Mental Retardation. *Indian J Public Health Res Dev*. 2017;8(2):24-8. [Link]
- Park K, Seo M. Care burden of parents of adult children with mental illness: The role of associative stigma. *Comprehensive psychiatry*. 2016;70:159-64. [Link]
- Popa E. Particularities of Personality and Socio-Affective Behavior in Children with Mental Disabilities. *Trends Psychol*. 2020;2(1):37-44. [Link]
- Eaton K, Ohan JL, Stritzke WG, Corrigan PW. Failing to meet the good parent ideal: Self-stigma in parents of children with mental health disorders. *J Child Fam Stud* 2016. 25(10):3109-23. [Link]
- Dieleman LM, Soenens B, De Pauw SS, Prinzie P, Vansteenkiste M, Luyten P. The Role of Parental Reflective Functioning in the Relation between Parents' Self-Critical Perfectionism and Psychologically Controlling Parenting Towards Adolescents. *Parenting*. 2020;20(1):1-27. [Link]
- Hermanto N, Zuroff DC, Kopala-Sibley DC, Kelly AC, Matos M, Gilbert P, Koestner R. Ability to receive compassion from others buffers the depressogenic effect of self-criticism: A cross-cultural multi-study analysis. *Pers. Individ. Differ*. 2016;98:324-32. [Link]
- Vandenkerckhove B, Brenning K, Vansteenkiste M, Luyten P, Soenens B. The Explanatory Role of Basic Psychological Need Experiences in the Relation between Dependency, Self-Criticism and Psychopathology in Adolescence. *J. Psychopathol. Behav. Assess*. 2019;41(4):574-88. [Link]
- Pedro L, Branquinho M, Canavarro MC, Fonseca A. Self-criticism, negative automatic thoughts and postpartum depressive symptoms: the buffering effect of self-compassion. *J Reprod Infant Psychol*. 2019;37(5):539-53. [Link]
- You, J., Jiang, Y., Zhang, M., Du, C., Lin, M.-P., & Leung, F. Perceived parental control, self-criticism, and nonsuicidal self-injury among adolescents: Testing the reciprocal relationships by a three-wave cross-lag model. *Arch. Suicide Res.* 2017; 21(3), 379-391. [Link]
- Clark S, Coker S. Perfectionism, self-criticism and maternal criticism: A study of mothers and their children. *Personality and Individual Differences*. 2009;47(4):321-5. [Link]
- Beebe B, Jaffe J, Buck K, Chen H, Cohen P, Blatt S, Kammer T, Feldstein S, Andrews H. Six-week postpartum maternal self-criticism and dependency and 4-month mother-infant self-and interactive contingencies. *Dev. Psychol*. 2007;43(6):1360. [Link]
- Seligman ME, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *Am. Psychol*. 2005;60(5):410. [Link]
- Mahmoudi H, Khoshakhlagh H. The effectiveness of positive psychotherapy on psychological well-being and self-esteem among adolescents with depression disorder. *J Health Soc Behav*. 2018;2(1):153-63. [Persian] [Link]
- Asgharipoor N, Farid AA, Arshadi H, Sahebi A. A comparative study on the effectiveness of positive psychotherapy and group cognitive-behavioral therapy for the patients suffering from major depressive disorder. *Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2012;6(2):33. [Persian] [Link]
- Lee Duckworth A, Steen TA, Seligman ME. Positive psychology in clinical practice. *Annu. Rev. Clin. Psychol*. 2005;1:629-51. [Link]
- Stansfeld J, Stoner CR, Wenborn J, Vernooij-Dassen M, Moniz-Cook E, Orrell M. Positive psychology outcome measures for family caregivers of people living with dementia: A systematic review. *INT SYCHOGERIATR*. 2017;29(8):1281-96. [Link]
- Khodadadi Sangdeh J, Tavalaeayan S A, Bolghan-Abadi M. The effectiveness of positive group psychotherapy in increasing the happiness among mothers of children with special needs. *ijfp*. 2014; 1 (1) :53-62. [Persian] [Link]
- Aghajani MJ, Mosavi SS, Asadi S. The effect of positive psychotherapy on psychological well-being and hardiness in mothers of children with special needs. *jcmh*. 2018;5(3):22-33. [Persian] [Link]
- Kotera Y, Green P, Sheffield D. Roles of Positive Psychology for Mental Health in UK Social Work Students: Self-Compassion as a Predictor of Better Mental Health. *BJSW*. 2019. [Link]

27. Watters JK, Biernacki P. Targeted sampling: Options for the study of hidden populations. *Social problems*. 1989;36(4):416-30. [\[Link\]](#)
28. Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The gerontologist*. 1989;29(6):798-803. [\[Link\]](#)
29. Farajzadeh A, Akbarfahimi M, Maroufizadeh S, Rostami HR, Kohan AH. Psychometric properties of Persian version of the Caregiver Burden Scale in Iranian caregivers of patients with spinal cord injury. *Disability and rehabilitation*. 2018 ;40(3):367-72. [\[Link\]](#)
30. Thompson R, Zuroff DC. The Levels of Self-Criticism Scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Pers. Individ.Differ*. 2004 ;36(2):419-30. [\[Link\]](#)
31. Mousavi A, Ghorbani N. Self-criticism, self-knowledge and mental health. *Int. J. Psychol. Stud*. 2006;2(4):75-93. [Persian] [\[Link\]](#)

