

تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا بر بهزیستی روانی و سخت‌رویی روان‌شناختی مادران کودکان با نیازهای ویژه

محمد جواد آقاجانی^{۱*}، سیده سمیه موسوی^۲، سامره اسدی مجره^۳

۱. دکترای روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۲. کارشناس ارشد مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۹/۰۳

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۳/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: حضور یک کودک دارای ناتوانی یا بیماری، برای والدین و به‌خصوص مادران بسیار تنش‌آور است، زیرا که آنها تنیدگی، احساس گناه، و خستگی بیشتری را تجربه می‌کنند. تحقیق حاضر با هدف بررسی تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا در افزایش بهزیستی روانی و سخت‌رویی روان‌شناختی مادران دارای کودک با نیازهای ویژه انجام گرفت.

روش: این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه ناهمسان بود. جامعه مورد مطالعه را مادران با کودکان با نیازهای ویژه شهرستان رودسر در سال ۱۳۹۶ تشکیل داده بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه جایدهی شدند. هر دو گروه قبل از اجرای آموزش، مقیاس‌های بهزیستی (ریف، ۱۹۸۹) و سخت‌رویی روان‌شناختی (کوباسا، ۱۹۸۶) را تکمیل کردند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت روان‌درمانی مثبت‌گرا قرار گرفتند اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد نمرات گروه آزمایش در مقایسه با نمرات گروه گواه، در متغیر بهزیستی روانی و سخت‌رویی روان‌شناختی به طور معناداری افزایش یافته است.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، روان‌درمانی مثبت‌گرا با ایجاد تفکرات و روان‌بنه‌های ذهنی مثبت توانسته است شاخص‌های سلامت روان و کیفیت زندگی را در مادران کودکان با نیازهای ویژه افزایش دهد.

کلیدواژه‌ها: روان‌درمانگری مثبت‌گرا، بهزیستی، سخت‌رویی، کودکان با نیازهای ویژه

*نویسنده مسئول: محمد جواد آقاجانی، دکترای روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

تلفن: ۰۱۳-۳۳۴۲۳۳۰۸

ایمیل: Psy.aghajani@yahoo.com

مقدمه

وجود فرزند، یکی از مهم‌ترین عوامل انسجام روابط زناشویی و ایجاد تعادل در نظام خانواده است، به همین دلیل فرایند تولد فرزند با تمام مشکلاتی که دارد برای والدین بسیار لذت‌بخش است. با وجود این، با آگاهی از تولد فرزندی بیمار و یا تشخیص چنین وضعیتی، تعارض‌هایی در زندگی زناشویی شروع می‌شود (۱). چنین والدینی معمولاً در زمینه روابط اجتماعی (۲)، ازدواج فرزند بیمار، زندگی مستقل، و استخدام شغلی او دچار مشکلات عمده‌ای می‌شوند (۳). در چنین شرایطی واضح است که مادران اولین کسانی هستند که به طور مستقیم با فرزند ناتوان خود ارتباط داشته و فشار جسمی (۴)، احساس شرم و گناه زیادی را متحمل می‌شوند که منجر به کاهش بهزیستی روانی^۱ آنان می‌شود (۵).

بهزیستی، یکی از مفاهیم روان‌شناسی مثبت‌نگر^۲ است که به ارزیابی شناختی و عاطفی مردم از زندگی‌شان اشاره دارد؛ یعنی فردی که از زندگی خود رضایت داشته و در عین حال از شادزبستی، آسودگی خاطر، و امید به زندگی برخوردار است (۶). افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده‌ای هیجانات مثبتی را تجربه می‌کنند و از وقایع پیرامون خود، ارزیابی مثبتی دارند، درحالی که افراد با بهزیستی پایین، حوادث و موقعیت‌های زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی کرده و اغلب هیجانات منفی نظیر ترس و خشم را تجربه می‌کنند (۷).

مادران دارای فرزند با نیازهای ویژه معمولاً دچار پرخاشگری، وسواس، حساسیت بین‌فردی، تعارضات زناشویی، و نشخوار فکری درباره جدایی از همسر و همچنین اعتماد به خود پایین هستند (۵ و ۸)، بنابراین تصور می‌شود که آنها از سطح بهزیستی پایینی برخوردار باشند (۹). با وجود این، مطالعات نشان می‌دهند که مقاومت افراد در برابر شرایط تنش‌آور با یکدیگر متفاوت است و برخی از افراد با سهولت

بیشتری قادر به مقابله با مشکلات و موانع هستند. در همین زمینه، پژوهشگران برای توجیه این انعطاف‌پذیری، به مؤلفه‌های متفاوتی مانند ویژگی شخصیتی سخت‌رویی روان‌شناختی^۳ اشاره داشته‌اند (۱۰). سخت‌رویی که به عنوان یکی از تعدیل‌کننده‌های سطح تنیدگی مطرح می‌شود، به معنای توانایی تحمل فرد در موقعیت‌های مشکل و سخت بوده (۱۱) که شامل سه مؤلفه تعهد^۴، مهارگری^۵، و مبارزه‌جویی^۶ است که در مجموع موجب افزایش توان مقاومت فرد می‌شود. به بیانی دیگر، سخت‌رویی به شیوه خاص و باثبات فرد در واکنش به رویدادهای زندگی اشاره دارد که طی آن به جای کنار کشیدن، احساس تعهد و به جای احساس ناتوانی، احساس توانایی مهارگری می‌کند و مشکلات را چالش می‌داند نه تهدید (۱۲).

در مطالعات مختلف مشخص شده است که مادران دارای کودک با نیازهای ویژه که از ویژگی سخت‌رویی برخوردار بودند، دچار پریشانی روانی کمتر (۱۳)، و کیفیت زندگی، بهزیستی روانی و توان مراقبت بیشتری بودند (۱۴). در جمعیت عمومی هم، سخت‌رویی با سلامت روان (۱۵)، امید به زندگی (۱۶)، و بهزیستی روانی (۱۷ و ۱۸) رابطه مثبت معناداری دارد. مادران کودکان با نیازهای ویژه، به دلیل مواجهه با سطح بالایی از فشار روانی، مشکلات اقتصادی، عدم همکاری همسر، و احساس گناه، معمولاً رضایت از زندگی کمتری را تجربه می‌کنند، بنابر این، توجه به متغیرهای تعدیل‌کننده فشار روانی در حفظ سلامت آنان نقش مؤثری دارد که در این میان، خوش‌بینی و نگرش مثبت، جایگاه ویژه‌ای دارد (۱۹).

روان‌درمانی مثبت‌نگر^۷ چند نظریه^۸ زیربنایی دارد: (۱) نظریه توانمندی‌ها^۸، (۲) نظریه ساخت و گسترش هیجان‌های مثبت^۹ و (۳) نظریه بالندگی^{۱۰}. در نظریه توانمندی‌ها بر این نکته تأکید می‌شود که در کنار توجه به ضعف‌ها باید به

6. Challenge
7. Positive Psychotherapy
8. Strengths theory
9. The broaden - and - build theory of positive emotions
10. The flourish theory

1. Psychological well-being
2. Positive Psychology
3. Psychological Hardiness
4. Commitment
5. Control

دریافت کرده بودند، به طور معنی‌داری افزایش یافت (۲۹). گوپتا و سینگال در مطالعه خود تاکید می‌کنند که تقویت نگرش مثبت مادران دارای فرزند با نیازهای ویژه می‌تواند نقش مهمی در چگونگی تعامل آنان با فرزندان‌شان داشته باشد (۳۰).

مطالعه منابع داخلی و خارجی نشان می‌دهد که مطالعات اندکی در زمینه تأثیر درمان‌های مثبت‌گرا و متغیرهای پژوهش حاضر در مادران دارای کودک با نیازهای ویژه انجام گرفته است. بعلاوه، با توجه به اینکه این مادران در زمینه سلامت روان، کیفیت و رضایت از زندگی، امیدواری نسبت به آینده، و سازش‌یافتگی با وضعیت کنونی فرزندشان دچار مشکلاتی هستند (۸) و همچنین با نظر به اینکه آموزش مفاهیم مثبت‌اندیشی بر کاهش خشم، ناامیدی، و شادزیستی افراد اثربخش بوده است (۲۳)، این سوال مطرح می‌شود که آیا روان‌درمانی مثبت‌گرا می‌تواند بر افزایش سطح سخت‌رویی روانشناختی و بهزیستی روانی مادران دارای کودک با نیازهای ویژه، اثربخش باشد؟ هدف از مطالعه حاضر، پاسخ به سوال مذکور است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با گروه‌های ناهمسان و پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه مورد مطالعه پژوهش را، مادران دارای فرزندان با نیازهای ویژه شهرستان رودسر در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. برای انجام پژوهش حاضر، یک اطلاعاتی مبنی بر برگزاری کلاس‌های آموزش مثبت‌نگری در محل مراجعه والدین دارای کودک با نیازهای ویژه در مراکز آموزش استثنایی نصب شد. در این اطلاعاتی آمده بود که برنامه آموزشی مخصوص مادران دارای فرزند با نیازهای ویژه بوده، و کاملاً رایگان است. ضمناً از تمامی اطلاعات شخصی افراد محافظت خواهد شد، و مادران می‌توانستند در صورت عدم تمایل به ادامه شرکت در

قابلیت‌های انسان هم توجه شود. نظریه ساخت و گسترش هیجان‌های مثبت هم روی این موضوع تمرکز دارد که بعد از ایجاد هیجان مثبت، این هیجان نه صرفاً در لحظات خوش، که در بلندمدت نیز ادامه می‌یابد. نظریه سوم نظریه بالندگی است که طبق آن، افراد برای رسیدن به رشد و بالندگی به گفته‌ها یا احساسات مثبت به نسبت ۳ به ۱ در مقابل احساسات منفی نیاز دارند (۲۰ و ۲۱). افراد خوش‌بین در هنگام مواجهه با رویدادهای تنش‌آور به جای اینکه از تلاش و فعالیت اجتناب کنند برای مقابله آماده می‌شوند و گاهی این کار را از طریق دریافت بهتر حمایت‌های محیطی انجام می‌دهند، درحالی که افراد بدبین به دلیل ناامیدی از آینده، به بهداشت و سلامت خود و دیگران توجه اندکی دارند (۲۲).

پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی^۱ می‌تواند بر افزایش حرمت خود، سلامت روان و همچنین کاهش افسردگی و سازش‌نیافتگی خانوادگی مؤثر واقع شود (۲۳). بهراد و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که روان‌درمانی مثبت‌گرا به افزایش سلامت عمومی دانشجویان منجر می‌شود (۲۴). نتایج مطالعه حسین‌ثابت و همکاران حاکی از اثربخشی مفاهیم مثبت‌نگر بر افزایش تاب‌آوری و مهار خشم بود (۲۵). غیاثی و همکاران نیز از طریق آموزش این مفاهیم نتیجه گرفتند که سطح بهزیستی افراد افزایش یافته است (۲۶). در جمعیت مادران دارای فرزندان با نیازهای ویژه، نتایج مطالعه غلامی و همکاران که بر روی ۴۵ نفر از مادران دارای فرزند نابینا در شهر تهران انجام گرفت نشان داد که آموزش مثبت‌اندیشی موجب افزایش سطح سخت‌رویی گروه نمونه شد (۲۷). در همین راستا بررسی خدادادی سنگده و همکاران مؤید این مطلب بود که روان‌درمانی مثبت‌نگر، بر افزایش شادزیستی مادران کودکان با نیازهای ویژه تأثیرات مشهودی داشت (۲۸). بلقن‌آبادی و همکاران، پژوهشی با محوریت زوج‌درمانی مثبت‌گرا بر روی این مادران انجام دادند. طبق نتایج، سطح امید به زندگی و آینده‌مادرانی که مداخله را

پژوهش، جلسات آموزشی را ترک گویند. به دنبال این اطلاعات، ۳۶ نفر از مادران برای ثبت‌نام مراجعه کردند که طبق معیارهای ورود به مطالعه، ۶ نفر از آنان از روند مطالعه کنار گذاشته شدند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از داشتن یک فرزند با نیازهای ویژه، برخورداری از سلامت کامل جسمی، نداشتن پرونده درمانی در مراکز درمان روان‌شناختی طبق گزارش شخصی، عدم متارکه، و برخورداری از سواد خواندن و نوشتن. بعد از انتخاب افراد نمونه، افراد هر دو گروه به پرسشنامه‌های سه بخشی اطلاعات فردی، بهزیستی روانی، و سخت‌رویی روان‌شناختی پاسخ دادند. پس از تکمیل پرسشنامه‌های سه گانه، تعداد ۳۰ نفر باقی‌مانده به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواهی (۱۵ نفر) جایدهی شدند. در مرحله بعد برنامه روان‌درمانی مثبت‌گرا در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد اما گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکرد.

ب) ابزار

۱. پرسشنامه سخت‌رویی روان‌شناختی. این مقیاس که توسط کوباسا (۱۹۸۶) ساخته شد، شامل ۵۰ گویه با سه خرده‌مقیاس تعهد، مهارگری، و مبارزه‌جویی است که به ترتیب هر کدام از آنها ۱۷، ۱۶ و ۱۷ گویه از مقیاس را به خود اختصاص می‌دهند. قربانی (۱۳۷۳) در یک مطالعه مقدماتی بر روی ۱۱۰ زن ایرانی، پایایی را برای ۵۰ گویه کل مقیاس ۰/۷۴ و برای تعهد ۰/۷۰ برآورد کرد. برآورد پایایی هم برای مبارزه‌جویی ۰/۶۵ و برای تعهد ۰/۶۸ به دست آمد (۳۱).

۲. پرسشنامه بهزیستی. این ابزار در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف ساخته شد که دارای ۸۴ سؤال است و از آزمودنی درخواست می‌شود تا سوالات را خوانده و قضاوت درباره خود را روی یکی از گزینه‌های کاملاً مخالف، تا حدودی مخالف، خیلی کم مخالف، خیلی کم موافق، تا حدودی موافق، و کاملاً موافق مشخص کند. هر سؤال به صورت ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶ نمره گذاری می‌شود. نمره بالاتر، نشانه بهزیستی بالاتر است. برای بررسی روایی، رابطه نتایج این ابزار با دیگر سنجه‌هایی که صفات شخصیتی و شاخص بهزیستی روان‌شناختی را ارزیابی می‌کنند مانند مقیاس تعادل عاطفی برادبورن، رضایت زندگی نیوگارتن، و حرمت خود روزنبرگ مقایسه شد. نتایج همبستگی آزمون ریف با هر یک از مقیاس‌های فوق قابل قبول بود. بنابراین روایی این پرسشنامه در سطح سازه تأیید شده است. همچنین آلفای کرونباخ به‌دست آمده در مطالعه ریف برای پذیرش خود (۰/۹۳)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۹۱)، خودمختاری (۰/۸۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰)، هدفمندی در زندگی (۰/۹۰)، و رشد شخصی (۰/۸۷)، گزارش شده است (۳۲).

ج) برنامه مداخله‌ای: جلسات درمانی توسط پژوهشگر بر اساس برنامه روان‌درمانی خدادادی سنگده و همکاران (۲۸) برای گروه آزمایش اجرا شد. محتوای جلسات به شکل خلاصه در جدول زیر گزارش شده است.

جدول ۱: چارچوب کلی برنامه روان‌درمانی مثبت‌گرا

جلسات	محتوای جلسه	جلسات	محتوای جلسه
۱	آشنایی با قواعد گروه و اعضای گروه/تبیین اهداف گروه درمانی مثبت‌نگر	۶	بحث درباره احساس مسئولیت نسبت به فرزند، علی‌رغم ناتوانی او
۲	ترغیب اعضا به صحبت در مورد خود و فرزندشان، تشویق آنها به بیان احساسات خود در نقش یک مادر	۷	آموزش مهارت تمرکز بر هدف، به جای اجتناب از مواجهه با مشکل
۳	تنظیم مجدد وجود فرزند ناتوان در زندگی/ تشویق برای بیان احساسات خود درباره فرزند ناتوان	۸	آشنایی با تأثیرات قدرانی از خداوند و دیگران، برهیجان‌ها رفتارهای اجتماعی
۴	ترغیب اعضا برای بیان تجارب خود درباره امید و مثبت‌نگری	۹	بیان احساسات اعضا در زمینه معناداری زندگی
۵	آشنایی با تعدادی از الگوها. یعنی کسانی که امید و مثبت‌نگری به زندگی‌شان غنا بخشیده است	۱۰	یکپارچه‌سازی مطالب و فرایندهای جلسات قبل، تبیین تجربه گروه درمانی و اثرات آن، گرفتن بازخود از اعضا

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۱ ارائه شده است. همچنین، در این جدول نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف (K-S Z) برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به این جدول، آماره Z آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای تمامی متغیرها معنی‌دار نیست بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

روش اجرا: بعد از کسب مجوزهای لازم و رضایت کتبی از افراد نمونه، برنامه مداخله‌ای به شیوه گروهی برای گروه آزمایش اجرا شد و در پایان، هر دو گروه آزمایش و گواه مجدداً پرسشنامه‌های بهزیستی و سخت‌رویی روانشناختی را تکمیل کردند. لازم به ذکر است تقریباً تمامی کدهای اخلاقی مطرح‌شده توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا مانند جلب رضایت کتبی افراد نمونه، محرمانه ماندن اطلاعات به‌دست آمده، در این پژوهش رعایت شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (درصد، میانگین، و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کوواریانس) استفاده شد و داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل شد.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه (تعداد: ۳۰ نفر)

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	K-S Z	p
بهزیستی روانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۹۲/۵	۱۴/۵۲	۰/۷۷	۰/۵۹
	گواه	گواه	۱۸۹/۶۷	۱۴/۱۳	۱/۱۷	۰/۱۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۷۰/۷۱	۲۲/۴	۰/۶۷	۰/۷۶
	گواه	گواه	۱۹۶/۸۶	۱۵/۱۶	۰/۴۸	۰/۹۸
ارتباط	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۰/۹۳	۳/۱۲	۰/۷۹	۰/۵۶
	گواه	گواه	۳۲/۸۶	۴/۴۵	۰/۴۳	۰/۹۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۸/۵۷	۵/۳۴	۰/۵۵	۰/۹۲
	گواه	گواه	۳۳/۴۳	۴/۵۶	۰/۹۴	۰/۳۴
خودمختاری	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۰/۰۷	۳/۵۳	۰/۷۹	۰/۵۶
	گواه	گواه	۳۹/۶۴	۳/۲۶	۰/۹۳	۰/۳۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۲/۱۴	۳/۹	۰/۷۳	۰/۶۶
	گواه	گواه	۴۱/۵۱	۳/۸۱	۰/۷۷	۰/۵۹
هدفمندی	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۳/۳۶	۳/۴۷	۰/۵۲	۰/۹۵
	گواه	گواه	۳۵/۹۳	۳/۸۵	۰/۸۲	۰/۵۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۹/۳۵	۴/۱۷	۱/۱۹	۰/۱۲
	گواه	گواه	۳۶/۰۲	۳/۹۲	۰/۷۷	۰/۵۹
تسلط	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۷/۸۶	۳/۶۱	۰/۸۴	۰/۴۸
	گواه	گواه	۳۸/۵۷	۳/۸۵	۱/۰۵	۰/۲۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۷/۲۱	۴/۸	۰/۹۶	۰/۳۱
	گواه	گواه	۴۰/۹۳	۴/۴۲	۰/۹۵	۰/۳۳
رشد شخصی	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۵/۰۱	۳/۱۹	۰/۵۳	۰/۹۴
	گواه	گواه	۳۸/۲۸	۳/۴۸	۰/۸۲	۰/۵۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۵/۹۳	۴/۱۲	۰/۶۳	۰/۸۲
	گواه	گواه	۴۰/۱۴	۳/۹	۱/۰۵	۰/۲۲
	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۰/۹۲	۴/۶۸	۰/۷۳	۰/۶۶

سخت‌رویی	گواه	۲۸/۴۱	۳/۶۶	۰/۴۴	۰/۹۹
روانشناختی	پس‌آزمون	۱۰۸/۲۰	۷/۳۴	۰/۷۶	۰/۶۱
	گواه	۳۱/۴۰	۴/۱۲	۱/۰۳	۰/۲۴
	پیش‌آزمون	۱۳/۲۱	۱/۸۶	۰/۶۳	۰/۸۱
	گواه	۱۳/۱۱	۱/۱۲	۰/۸۴	۰/۴۷
تمهد	پس‌آزمون	۱۷/۲۸	۲/۷۹	۱/۲۵	۰/۰۹
	گواه	۱۴/۳۵	۱/۹۴	۱/۰۱	۰/۲۶
	پیش‌آزمون	۱۳/۰۱	۲/۱۸	۰/۷۶	۰/۶۱
	گواه	۱۳/۶۴	۲/۳۴	۰/۵۸	۰/۸۹
مهارگری	پس‌آزمون	۱۸/۲۸	۳/۲۴	۰/۹۴	۰/۳۴
	گواه	۱۵/۰۱	۲/۶۶	۱/۰۶	۰/۲۱
	پیش‌آزمون	۱۴/۴۳	۲/۵۴	۰/۷۹	۰/۵۶
	گواه	۱۲/۲۸	۲/۰۴	۰/۴۹	۰/۹۷
مبارزه‌طلبی	پس‌آزمون	۱۵/۱۷	۳/۶۹	۰/۸۱	۰/۵۴
	گواه	۱۴/۲۱	۲/۲۸	۰/۷۶	۰/۶۱

بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس بهزیستی روانی ($F=3/13$ & $p < 0/16$) و سرسختی روان‌شناختی ($F=3/37$ & $p < 0/2$) در گروه‌ها برابر است. در جدول ۳، نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر بهزیستی روانی و سرسختی روان‌شناختی گزارش شده است.

برای بررسی تاثیر آموزش روان‌درمانی مثبت‌گرا بر بهزیستی روانی و سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان با نیازهای ویژه از تحلیل کواریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون بهزیستی روانی و سرسختی روان‌شناختی در گروه آزمایش و گواه، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F=2/8$ & $p < 0/12$). نتایج آزمون لوین برای

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در بهزیستی روانی و سخت‌رویی روان‌شناختی

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	p	اندازه اثر
پیش‌آزمون		۸۴۸۵۲/۸۱	۱	۸۴۸۵۲/۸۱	۲۰/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۲۲
عضویت گروهی	بهزیستی روانی	۱۵۲۹۰۸/۴۸۶	۱	۱۵۲۹۰۸/۴۸۶	۳۷/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹
خطا		۱۰۷۳۴۲/۷۶	۲۶	۴۱۲۸/۵۶			
پیش‌آزمون		۱۹۴/۹۵۹	۱	۱۹۴/۹۵۹	۱۱/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۱۳
عضویت گروهی	سرسختی روان-شناختی	۳۷۹۰/۲۰۹	۱	۳۷۹۰/۲۰۹	۲۰/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷
خطا		۴۹۳۲/۲۱	۲۶	۱۸۹/۳۵			

(۲۰/۵۵) به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. این یافته نشان می‌دهد که پیش‌آزمون تاثیر معنی‌داری بر نمرات پس‌آزمون دارد. آماره سرسختی روان‌شناختی در پس‌آزمون (۲۰/۰۱) به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است که

با توجه به جدول ۳، آماره بهزیستی روانی در پس‌آزمون (۳۷/۰۳) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است و این یافته نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان بهزیستی روانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. آماره F پیش‌آزمون بهزیستی روانی نیز

نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس مؤلفه‌های ارتباط ($F=0/875$ & $p < 0/05$)، خودمختاری ($F=0/025$ & $p < 0/05$)، هدفمندی ($F=3/675$ & $p < 0/05$)، تسلط ($F=0/645$ & $p < 0/05$)، رشد شخصی ($F=0/279$ & $p < 0/05$)، تعهد ($F=0/51$ & $p < 0/05$)، مهارگری ($F=0/858$ & $p < 0/05$)، و مبارزه‌جویی ($F=1/812$ & $p < 0/05$) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($F=98/89$, $F=1/81$, $p < 0/05$). نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین مؤلفه‌های بهزیستی روانی و مؤلفه‌های سخت‌رویی روان‌شناختی نشان داد که رابطه مؤلفه‌های هر کدام با هم معنی‌دار است ($X^2=157/99$, $df=35$, $p < 0/01$). پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در مؤلفه‌های بهزیستی روانی و سخت‌رویی روان‌شناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=0/61$, $F=0/77$, $p < 0/01$). Wilk's Lambda=0/77. برای بررسی این که گروه آزمایش و گواه در کدام یک از مؤلفه‌های بهزیستی روانی و سخت‌رویی روان‌شناختی با یکدیگر تفاوت دارند، در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری گزارش شده است.

نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان سرسختی روان‌شناختی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اندازه اثر ۰/۴۹ نیز نشان می‌دهد که این تأثیر در جامعه بزرگ است. آماره F پیش‌آزمون سخت‌رویی روان‌شناختی نیز (۱۱/۰۳) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. این یافته نشان می‌دهد که پیش‌آزمون تأثیر معنی‌داری بر نمرات پس‌آزمون دارد. اندازه اثر ۰/۳۷ نیز نشان می‌دهد که این تأثیر در جامعه بزرگ است. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که میانگین تصحیح شده گروه آزمایش در بهزیستی روانی (۲۷۰/۷۱) و میانگین گروه گواه (۱۹۶/۸۶) است که با توجه به آماره F در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. همچنین، میانگین تصحیح شده گروه آزمایش در سخت‌رویی روان‌شناختی (۱۰۸/۲) و میانگین گروه گواه (۳۱/۴) است که با توجه به آماره F در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. با توجه به این یافته می‌توان گفت که روان‌درمانی مثبت‌گرا موجب افزایش بهزیستی روانی و سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان با نیازهای ویژه شده است.

برای بررسی تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا بر مؤلفه‌های بهزیستی روانی و سخت‌رویی روان‌شناختی مادران کودکان با نیازهای ویژه از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤلفه‌های بهزیستی روانی و سخت‌رویی روان‌شناختی در گروه آزمایش و گواه نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F=2/95$ & $p < 0/01$).

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری تفاوت گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های بهزیستی روانی و سخت‌رویی روان‌شناختی

مؤلفه	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	F	p	اندازه اثر
ارتباط	آزمایش	۳۹/۶۹	۵/۵۸	۲/۹	۲/۶۸	۰/۰۰۲	۰/۳۳
	گواه	۳۴/۱۱					
خودمختاری	آزمایش	۴۳/۵۳	۱/۴۱	۰/۶۴	۰/۰۹	۰/۹۱	۰/۱۳
	گواه	۴۲/۱۲					
هدفمندی	آزمایش	۴۰/۵۳	۲/۵۷	۱/۹	۱/۷۲	۰/۰۴	۰/۲۸
	گواه	۳۷/۹۶					
تسلط	آزمایش	۴۹/۹۳	۷/۷۲	۳/۴۴	۴/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	گواه	۴۲/۲۱					

۰/۳	۰/۰۰۵	۲/۴۵	۲/۷۶	۴/۷	۴۵/۱	آزمایش گواه	رشد شخصی
۰/۲۵	۰/۰۰۳	۲/۱۶	۲/۱۲	۲/۱۵	۱۸/۹	آزمایش گواه	تعهد
۰/۳۶	۰/۰۰۱	۴/۹۱	۱/۹۷	۳/۰۸	۱۹/۶	آزمایش گواه	مهارگری
۰/۱۱	۰/۵۵	۰/۶۱	۰/۸	۱/۴۶	۱۶/۳۶	آزمایش گواه	مبارزه‌جویی
					۱۴/۹		

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا بر بهزیستی روانی و سخت‌رویی مادران دارای کودک با نیازهای ویژه انجام شد. نتایج نشان داد که شرکت در جلسات روان‌درمانی مثبت‌گرا باعث افزایش معنادار میانگین گروه آزمایش در متغیر بهزیستی شد که این نتیجه با نتایج برخی از مطالعات گذشته (۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۸ و ۲۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تقویت مثبت‌اندیشی با فعال‌سازی همزمان فرد در حیطه تفکر و حیطه رفتار و از طریق ایجاد میانجی‌های تبدیل‌کننده تفکر به رفتار، بر بهزیستی افراد تأثیر می‌گذارد. افزایش نگرش مثبت، تنها به معنای تقویت یک دسته از احساسات سطحی و زودگذر نیست، که در وهله اول بر نوع نگرش و باور فرد مؤثر واقع می‌شود، و از آن جایی که این باور جدید، با تکالیف عملی زندگی روزمره همراه است، دلایل متقاعدکننده‌ای برای فرد به‌وجود می‌آورد که در عمل و رفتار هم، از این سبک خوش‌بینانه پیروی کند. این تغییر در سطح «فکر-رفتار» در نهایت، انگیزش لازم برای تغییر باورها و رفتارهای منفی و مخرب را به‌وجود می‌آورد و موجب اهمیت یافتن زندگی، معنای آن، و سلامت جسم و روان می‌شود. به همه این موارد باید این نکته را هم اضافه کرد که تقویت باور و رفتار مثبت قادر است بر روابط اجتماعی افراد تأثیرات مهمی داشته باشد، به همین دلیل است که افراد مثبت‌اندیش، در هنگام دشواری‌ها، با سهولت بیشتری از حمایت دیگران برخوردار می‌شوند و از این طریق، مقاومت خود را در برابر مشکلات زندگی حفظ می‌کنند.

با توجه به جدول ۴ آماره F برای مؤلفه‌های ارتباط (۲/۶۸) در سطح ۰/۰۱، هدفمندی (۱/۷۲) در سطح ۰/۰۵، تسلط (۴/۶۴) در سطح ۰/۰۱، رشد شخصی (۲/۴۵) در سطح ۰/۰۱، تعهد (۲/۱۶) در سطح ۰/۰۱، و مهارگری (۴/۹۱) در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این مؤلفه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین‌ها در جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در ارتباط (۳۹/۶۹)، هدفمندی (۴۰/۵۳)، تسلط (۴۹/۹۳)، رشد شخصی (۴۵/۱)، تعهد (۱۹/۶)، و مهارگری (۱۸/۹) بیشتر از میانگین گروه گواه در این مؤلفه‌ها به ترتیب با میانگین (۳۴/۱۱)، (۳۷/۹۶)، (۴۲/۲۱)، (۴۰/۴)، (۱۶/۷۵)، و (۱۶/۵۲) است. همچنین یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های خودمختاری و مبارزه‌جویی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که روان‌درمانی مثبت‌گرا موجب افزایش ارتباط، هدفمندی، تسلط، رشد شخصی، تعهد، و مهارگری در مادران کودکان با نیازهای ویژه می‌شود اما تأثیری بر خودمختاری و مبارزه‌جویی آنان ندارد. همچنین یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۳۳ درصد از واریانس ارتباط، ۲۸ درصد از واریانس هدفمندی، ۳۷ درصد از واریانس تسلط، ۳۰ درصد از واریانس رشد شخصی، ۲۵ درصد از واریانس تعهد، و ۳۶ درصد از واریانس مهارگری را تبیین می‌کند.

توجه به مدل ریف و همکاران (۷) هم نشان می‌دهد که بهزیستی در تمامی ابعاد خود، تحت تأثیر مثبت‌اندیشی یا منفی‌نگری قرار دارد. انسان مثبت‌نگر، خود را همان گونه که هست، می‌پذیرد، برای خودش ارزش و اراده قائل است، و می‌تواند رابطه صادقانه‌ای با دیگران برقرار کند. علاوه، مثبت‌اندیشی عامل مهمی برای هدفمندی زندگی و رشد شخصی است. در حالی که منفی‌نگری به قدرت اراده فردی، روابط اجتماعی، پذیرش خود، و هدف‌داری زندگی، آسیب وارد می‌کند.

طبق بررسی‌ها اغلب مادران دارای کودک با نیازهای ویژه به دلایلی مانند احساس ناامیدی از آینده فرزند، مشکلات مالی، جایگاه ذهنی اجتماعی، خستگی جسمی، و فرسودگی ناشی از نگهداری فرزند ناتوان، دچار تنیدگی، اضطراب، و افسردگی می‌شوند (۵)؛ بنابر این دور از ذهن نیست که این مادران از نظر بهزیستی روانی در مقایسه با مادران دیگر، در سطح پایین‌تری قرار داشته باشند (۸). 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 قایل شوند. آنها درمی‌یابند 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.

انتقال نگرش مثبت از سطح افکار به رفتار، مهارت دیگری است که در جلسات آموزشی و درمانی مورد توجه قرار می‌گیرد. مادران در جلسات مثبت‌اندیشی می‌آموزند که چگونه نگاه مثبت به زندگی را در خود ایجاد کرده و از سطح افکار به سطح رفتار تداوم بخشند. واقعیت‌گرایی موجود در متن درمانی هم موجب می‌شود تا این مادران، وجود فرزند با نیازهای ویژه در زندگی خود را کتمان نکنند و از مواجهه با مشکلات آن اجتناب نکرده و هراسی نداشته باشند. به علاوه، مثبت‌نگری توجه مادران را به سوی نگاه مثبت به سمت جامعه هدایت می‌کند. این به معنای ارزش‌دهی بیش از حد لازم به

محیط و اطرافیان نیست، اما اجازه نمی‌دهد که افراد به دلیل مشکلات‌شان، خودشان را از دیگران کنار بکشند. مادران طی جلسات مثبت‌نگری یاد می‌گیرند که اغلب مردم قابل اعتماد هستند و می‌توان در هنگام وخامت اوضاع از آنها طلب حمایت کرد. بنابراین، نگاه خوش‌بینانه نسبت به خود، دیگران، طبیعت و خداوند، به عنوان یک سازه شخصیتی مؤثر، در بهزیستی افراد نقش مهمی دارد. جهت‌گیری خوش‌بینانه موجب می‌شود تا افراد موقعیت‌های پرتنش را با نگاه مثبتی ارزیابی کنند. حداقل در یک بررسی (۲۸) مشخص شد که در نتیجه تغییر نگرش نسبت به مشکلات فرزندان، برخی از والدین دارای کودک با نیازهای ویژه، از نظر تحول روانی، بهبود روابط با دیگران، و افزایش صبر و همدلی، در شرایط مناسبی قرار گرفتند که بخش بزرگی از آن، در نتیجه تحول نگرش مثبت در برابر تشدید اثرات فشار روانی بود.

یکی دیگر از نتایج تحقیق حاضر، تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا بر افزایش سطح سخت‌رویی روان‌شناختی مادران دارای کودک با نیازهای ویژه بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد شرکت در این جلسات موجب افزایش معنی‌دار میانگین گروه آزمایش شده است، که این نتیجه با نتایج پژوهش‌هایی مانند (۲۷ و ۳۳) همسو است.

سخت‌رویی روان‌شناختی یک ویژگی مؤثر و مفید برای حفظ سلامت انسان است که اثربخشی آن از طریق ایجاد تعهد، مهارگری، و تمایل به مقابله و مبارزه با مشکلات و همچنین ادغام این سه مؤلفه در یکدیگر، توجیه می‌شود. یک نکته مهم این است که ویژگی سخت‌رویی در دوره کودکی شکل می‌گیرد، اما اخیراً برخی از بررسی‌ها نشان داده‌اند که سخت‌رویی حتی در دوره‌های بعد از کودکی هم قابل پرورش و تقویت است (۳۴). این نکته یعنی هر انسانی قادر است با اراده و تمایل شخصی خود، از تعهد، مهارگری، و حس مبارزه‌جویی بیشتری برخوردار شود.

مادران دارای کودک با نیازهای ویژه در جلسات مثبت‌اندیشی یاد می‌گیرند که زندگی برای هم و با هم معنا

حس رضایت از زندگی، و عاطفه مثبت بالا و عاطفه منفی پایین، موجب بهزیستی مادران می‌شود. یکی از محدودیت‌های این پژوهش، عدم وجود دوره پیگیری بود که می‌توانست میزان ماندگاری روش درمانی را تعیین کند. از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر می‌توان به عدم کنترل عوامل تأثیرگذار مانند وضعیت اقتصادی خانواده و تعداد فرزندان، و محدودیت جغرافیایی به دلیل انجام آن در شهر رودسر 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 مد نظر 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 با نیازهای ویژه 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.

تشکر و قدردانی

این مطالعه به صورت مستقل اجرا شده است و مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت با شماره مجوز ۹۶۱/۱۴۵۳۵/۲۳۱۲ در تاریخ ۹۶/۵/۲۱ صادر شد. بدین وسیله از تمامی مادرانی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته است.

پیدا می‌کند، به این ترتیب لازم است تا در برابر زندگی روزمره، نگاه مثبتی داشته باشیم که این نوع نگرش نسبت به پدیده‌ها موجب احساس تعهد بیشتر می‌شود. به علاوه، نگرش مثبت از طریق سازمان‌دهی اهداف بلندمدت و کوتاه‌مدت، و همچنین ایجاد انگیزه برای دستیابی به این اهداف می‌تواند در ایجاد احساس مهارگری، نقش‌های اساسی ایفا کند. در نهایت، احساس عمیق داشتن توانایی مهارگری بر زندگی و برخورداری از هدف و تعهد توأمان با هدف، باعث شکل‌گیری توانایی مقابله با مشکلات می‌شود که البته همه این پیشرفت‌ها و تحولات در چارچوب تغییر نگرش از منفی به مثبت معنا پیدا می‌کند.

مادران دارای کودک با نیازهای ویژه، 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. آنها باور دارند که پرورش کودک با نیازهای ویژه بسیار دشوار است اما می‌پذیرند که این یک اتفاق خاص برای مادری خاص بوده که با تقویت نگاه مثبت خود قادر است تعامل بهتری با فرزند خود داشته باشد.

طبق برخی از پژوهش‌ها، افرادی که در بدبینی نمره بالایی می‌گیرند فقط به محرک‌های منفی توجه می‌کنند، درحالی که افراد مثبت‌نگر، به هر دو دسته محرک‌های مثبت و منفی توجه دارند؛ یعنی می‌توانند در برابر نقاط ضعف دیگران، به ویژگی‌های مثبت آنان هم توجه کنند. در واقعیت هم، اگرچه کودکان با نیازهای ویژه احساسات منفی زیادی به وضعیت فرزندشان دارند اما بسیاری از آنان احساسات مثبتی را هم در این باره در خود پرورش می‌دهند (۳۵)؛ بنابر این می‌توان انتظار داشت که شرکت در جلسات مثبت‌اندیشی از طریق ایجاد

References

1. Singhi PD, Goyal L, Pershad D, Singhi S, walia BN. Psychosocial problems in families of disabled children. *Br J Med Psychol*. 1990; 63(2): 173-182. [Link]
2. Parameswari S, Jeryda Gnanajane Eljo JO. A Study on psychological well being among the parents of children with intellectual and developmental disabilities. *IOSR-JHSS*. 2016; 1(1): 8-12. [Link]
3. Khaleghipour S, Zargar F. Effect of Mindfulness-based cognitive therapy on depression and life expectancy mentally retarded children. *Journal of Research in Behavioral Science*. 2014; 12(2): 264-273. [Persian]. [Link]
4. Khaleghipour Sh, Zargar F. Effect of Mindfulness-based cognitive therapy on depression and life expectancy in mothers of children with Intellectual disabilities. *Journal of Research Behavioral Science*. 2014;12(2): 44-52. [Persian]. [Link]
5. Neff KD, Faso DJ. Self-Compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*. 2015; 6(4): 938-947. [Link]
6. Tavanaefard MR, Mohammadabadi F, Dashtbanzadeh S. relationship between psychological well-being and social support and happiness. *Journal of Behavioral Sciences*. 2013; 5(18): 53-74. [Persian]. [Link]
7. Shaghaghi F, Rezae F. The effect of teaching creative and critical thinking skills on psychological well-being of adolescents. *Journal of Psychological Research*. 2010; 2(5): 49-66. [Persian]. [Link]
8. Narimani M, Agha Mohammadadian HR, Rajabi S. A comparison between the mental health of mothers of exceptional children and mothers of normal children. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2007; 9(34): 33-34. [Persian]. [Link]
9. Cramm JM, Nieboer AP. Psychological well-being of caregivers of children with intellectual disabilities: using parental stress as a mediating factor. *J Intellect Disabil*. 2011; 15(2): 101-113. [Link]
10. Hoge CW, Terhakopian A, Castro CA, Messer SC, Engel CC. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(1): 150-153. [Link]
11. Aghajani M J, Tizdast T, Abbas Ghorbani M, Bajvar M. Relationship between hardiness and nurses' professional burnout. *J Holist Nurs Midwifery*. 2013; 23(2): 1-7. [Persian]. [Link]
12. Aghajani M J. Effect of hardiness training on self-esteem and adjustment of addicted male. *J Holist Nurs Midwifery*. 2016; 26(4): 1-9. [Persian]. [Link]
13. Weiss JA, Robinson S, Fung S, Tint A, Chalmers P, Lunskey Y. Family hardiness, social support, and self-efficacy in mothers of individuals with Autism Spectrum Disorders. *Res Autism Spectr Disord*. 2013; 7(11): 1310-1317. [Link]
14. Greeff AP, Vansteenwegen A, Gillard J. Resilience in families living with a child with a physical disability. *Rehabil Nurs*. 2012; 37(3): 97-104. [Link]
15. Karimi A, Venkatesan S. Mathematics anxiety, mathematics performance and academic hardiness in high school students. *Int J Educ Sci*. 2009; 1(1): 33-37. [Link]
16. Kardum I, Hudek-Knežević J, Krapić N. The structure of hardiness, its measurement invariance across gender and relationships with personality traits and mental health outcomes. *Psychological Topics*. 2012; 21(3): 487-507. [Link]
17. Carston MC, Gardner D. Cognitive hardiness in the New Zealand military. *NZ J Psychol*. 2009; 38(3): 26-34. [Link]
18. Vanhove AJ, Harms PD, Krasikova DV, Lester PB, Herian MN. Stress and emotional well-being in military organizations. In: *The role of emotion and emotion regulation in job stress and well being* [Internet]. Emerald Group Publishing Limited; 2013 [cited 2018 Jul 29]. pp: 103-132. (Research in Occupational Stress and Well-being; vol. 11). [Link]
19. Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *Am Psychol*. 2006; 61(8): 774-788. [Link]
20. Arabzade M. The effect of positive psychotherapy on self-management ability in elderly. *JHC*. 2016; 18(3): 228-236. [Persian]. [Link]

21. Pasandede A. Islamic Model of Happiness with Approach of Positive Psycholog. 5th Scientific Conference on Education, Psychology, social and cultural damage Iran. 2013; Paper 624. [Persian]. [\[Link\]](#)
22. Carver Ch, Scheier M, Segerstrom S. Optimism. Journal of Clinical Psychology Review. 2010; 30(7): 879-889. [\[Link\]](#)
23. Pais-Ribeiro J, da Silva AM, Meneses RF, Falco C. Relationship between optimism, disease variables, and health perception and quality of life in individuals with epilepsy. Epilepsy Behav. 2007; 11(1): 33–38. [\[Link\]](#)
24. Behrad M, Kalantari M, Molavi H. Efficacy of training optimism on general health. ZJRMS. 2012; 14(9): 107-110. [\[Link\]](#)
25. Hosainsabet F, Farahbakhsh K, Joubanian F. Effectiveness of positive psychology based training on resiliency and anger control on female high school students of Yazd. Journal of Counseling Research. 2015; 13(52): 5-23. [Persian]. [\[Link\]](#)
26. Ghiasi S E, Tabatabaee T S, Nasri M. Effect of optimism training on emotion regulation and psychological well-being in undergraduate students of University of Birjand, in 2014-2015. PSJ. 2016; 14(4): 27-37. [Persian]. [\[Link\]](#)
27. Gholami Heidarabadi Z, Navabinejad S, Shafi Abadi A, Delavar A. Effectiveness comparison of Group Consultation with two approaches: reality therapy and positivism to increase tirelessness of mothers who have blind child. Educational Administration Research. 2013; 4(15): 57-76. [Persian]. [\[Link\]](#)
28. Khodadadi Sangdeh J, Tavalaeayan SA, Bolghan-Abadi M. The effectiveness of positive group psychotherapy in increasing the happiness among mothers of children with special needs. IJFP. 2014; 1(1): 53-62. [Persian]. [\[Link\]](#)
29. Balghanabade M, Hasanabade H, Askare SM. The Effect of positive couple therapy on the mothers' hope for special needs children. Journal of Social Psychology (New Findings in Psychology). 2011; 7(21): 113-121. [Persian]. [\[Link\]](#)
30. Gupta A, Singhal N. Positive perceptions in parents of children with disabilities. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal. 2004; 15(1): 22-35. [\[Link\]](#)
31. Shirmohammadi L, Mikaeli Manee F, Zaree H. Relationship between Hardiness, Life Satisfaction, and Hope with Academic Performance in University Students. Journal of Modern Psychological Researches. 2011; 5(20): 125–147. [Persian]. [\[Link\]](#)
32. Michaeli Manee F. The study of undergraduate students' psychological well-being status in Urmia University. Horizon Med Sci. 2011; 16(4): 65-72. [Persian]. [\[Link\]](#)
33. Mehafarid M, Khakpour M, Jajarmi M, Alizadeh mousavi A. Effectiveness of positive thinking training on hardiness & resilience and Job burnout in women nurses. 3 JNE. 2015; 4(1): 72-83. [Persian]. [\[Link\]](#)
34. Aghajani MJ, Moghtadir L. Mental Health. 2016. Tehran: Sarva. [Persian]. [\[Link\]](#)
35. Raman RA. Attitudes and behavior of Ajman University of science and technology students towards the environment. IAFOR Journal of Education. 2016; 4(1): 69–88. [\[Link\]](#)

The Effect of Positive Psychotherapy on Psychological Well-being and Hardiness in Mothers of Children with Special Needs

Mohammad Javad Aghajani^{*1}, Syydi Somayi Mosavi², Samiri Asadi³

1. Ph.D. in General Psychology, Faculty of Human Sciences, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

2. M.A. of Public consultation, Faculty of Human Sciences, Roudhin Branch, Islamic Azad University, Roudhin, Iran

3. Assistant Professor, Faculty of Human Sciences, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

Received: November 24, 2017

Accepted: June 4, 2018

Abstract

Background and Purpose: The presence of a child with disability or disease is the source of a great deal of stress for parents, especially for mothers, because they experience more stress, feeling of guilt, and fatigue. The present study aimed at investigating the effect of positive psychotherapy on increasing the psychological well-being and hardiness in mothers of children with special needs.

Method: This semi-experimental study was of pretest-posttest design with nonequivalent group. The research population consisted of mothers of children with special needs in Roodsar city of Iran in 2017. Using convenience sampling, 30 students were selected and randomly assigned to the experimental and control groups (15 students per group). Prior to the training, both groups completed the *psychological well-being scale* (Reef, 1989), and *hardiness questionnaire* (Kobasa, 1986). The experimental group underwent ten 90-minute sessions of positive psychotherapy, while the control group received no intervention. Analysis of covariance (ANCOVA) was used to analyze the data.

Results: Data analysis by ANCOVA showed that the experimental group scored significantly higher than the control group in psychological well-being and hardiness ($P < 0.05$).

Conclusion: Based on the results of the present study, positive psychotherapy can increase the mental health indices and life quality of mothers of children with special needs through developing positive thoughts and schemes.

Keywords: Positive psychotherapy, psychological well-being, hardiness, children with special needs

Citation: Aghajani M, Mosavi SS, Asadi S. The effect of positive psychotherapy on psychological well-being and hardiness in mothers of children with special needs. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2018; 5(3): 22-33.

***Corresponding author:** Mohammad Javad Aghajani, Ph.D. in General Psychology, Faculty of Human Sciences, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Email: Psy.aghajani@yahoo.com

Tel: (+98) 013-33423308