تأثیر برنامه درمانی مثبت‌نگر بر بهزیستی روانشناختی زنان دارای کودکان مبتلا به بیش‌فعالی – نقص توجه

صبا حسنوندی[1]، شیرین قاضی*[2]، عزت‌اله قدم‌پور[3]

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

۲- دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت آموزشی، کارشناس برنامه‌ریزی آموزشی مرکز مطالعات و توسعه آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۳- دانشیار، دکترای روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

یافته / دوره نوزدهم / شماره ۲ / تابستان ۹۶ / مسلسل ۷۲

چکیده

دریافت مقاله: ۹۶/۱/۱۴ پذیرش مقاله: ۹۶/۲/۲۷

مقدمه: این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی برنامه درمانی مثبت‌نگر بر بهزیستی روانشناختی زنان دارای کودکان مبتلا به بیش فعالی – نقص توجه انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع شبه‌آزمایشی و طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش شامل ۵۰ مادر دارای کودک مبتلا به بیش‌فعالی- نقص توجه در سال ۹۵-۹۴ بود. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری سهل‌الوصول استفاده شد. شرکت-کنندگان به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه ۲۵ نفره تقسیم شدند. این گروه‌ها به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش برنامه درمانی مثبت‌نگر و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. بسته درمانی مثبت‌نگر طی ۶ جلسه آموزشی ارائه شد. قبل و بعد از اجرای آزمایش، همه شرکت‌کنندگان به پرسشنامه بهزیستی روانشناختی پاسخ دادند. سه ماه بعد از آزمایش یعنی در پیگیری، جهت بررسی ماندگاری اثرات برنامه، شرکت‌کنندگان به پرسشنامه پاسخ دادند. داده‌های به دست آمده از طریق آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نرم‌افزار آماری SPSS18 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد برنامه مثبت‌نگر منجر به تأثیر معناداری در همه ۶ مؤلفه بهزیستی روانشناختی شد. لازم به ذکر است که همه نتایج در سطح (P<۰/۰۵) و درجات آزادی (۴۸ و ۲) معنادار بود و تأثیر آن طی سه ماهه پیگیری پابرجا ماند (P<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده برنامه درمانی مثبت‌نگر می‌تواند در کاهش مشکلات روانشناختی و ارتقای سطح زندگی مؤثر باشد. همچنین این برنامه در ترویج سلامت روان در میان مادران دارای کودکان مبتلا به مشکلات روانشناختی ازجمله بیش-فعالی مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: روانشناسی مثبت‌نگر، برنامه درمانی مثبت‌نگر، مادران، کودکان بیش‌فعال.

*آدرس مکاتبه : خرم آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، پردیس کمالوند، مرکز مطالعات و توسعه آموزشی.

پست الکترونیک: ghazi.shirin@yahoo.com

مقدمه

روانشناسی مثبت‌نگر عنوان جنبش و رویکرد جدیدی در روانشناسی است که در راستای دست‌یابی به اهداف ناتمام و مغفول مانده گستره روانشناسی پدید آمده است. مُبدع این رویکرد علمی و عمل‌گرا، مارتین سلیگمن است. وی روانشناسان را دعوت کرد تا رسالت فراموش شده علم روانشناسی که همانا تقویت توانمندی‌های انسانی و پرورش نبوغ بود را به خاطر آورند (۱). بنابراین، روانشناسی مثبت‌نگر تلاشی است برای تشویق روان‌شناسان به اتخاذ دیدگاهی بازتر و پذیراتر در قبال توانایی‌های بالقوه، انگیزه‌ها و قابلیت‌های انسانی. روان‌شناسی مثبت‌نگر به عنوان رویکرد تازه‌ای در روان‌شناسی، بر فهم و تشریح بهزیستی و همچنین پیش‌بینی دقیق عواملی که بر آن‌ها مؤثرند، تمرکز دارد. این رویکرد از منظری مثبت‌گرایانه با ارتقای بهزیستی و در عوض درمان نواقص و اختلالات سروکار دارد (۲).

برنامه‌های تدوین شده در رویکرد مثبت‌نگر در بُعد درمانی، ارتقایی و پیشگیری دریچه تازه‌ای بر روان‌شناسی گشوده است. محققان پیشرو این جنبش، با استفاده از نتایج پژوهش‌های انجام شده در حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر و جمع‌بندی آن به عنوان تاریخچه برنامه مثبت‌نگر، سه مؤلفه‌ی شادکامی در نظریه سلیگمن یعنی هیجان‌های مثبت، تعهد و معنا را به عنوان اساس برنامه‌های درمانی قرار داده‌اند (۳). رشیدو سلیگمن برنامه درمانی مثبت‌نگر را رویکردی می‌دانند که در آن مستقیماً به ایجاد و تقویت احساسات و عواطف مثبت، نقاط قوت و معنا در زندگی مراجع به منظور جبران آسیب‌های روانی و افزایش میزان شادکامی توجه می‌شود (۳). روان‌شناسان حامی جنبش مثبت‌نگر با گذشت چندین سال از ظهور این گرایش جدید در روان‌شناسی در تلاش هستند تا با آموزش مورد نظر در روان‌شناسی مثبت‌نگر به افزایش بهزیستی روانشناختی و به طور کلی آن چیزی که سلیگمن آن را یک زندگی خوب و کامل می‌نامند؛ دست یابند و برای عملیاتی نمودن این هدف، بسته‌ها و فنون آموزشی متعددی بر اساس اصول روان‌شناسی مثبت‌نگر ایجاد و اجرا نموده‌اند (۳).

سازمان بهداشت جهانی سلامت روان را به عنوان حالت کاملی از بهزیستی جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری یا ناتوانی، تعریف کرده است (۴،۵). سلیگمن و همکاران با ارائه مفهوم سلامت مثبت تعریف جدیدی از سلامت روان را ارائه کردند (۶). آنها معتقدند که سلامت مثبت حالتی فراتر از فقدان محض بیماری است و چیزی تعریف‌پذیر و اندازه‌پذیر است. سلامت مثبت ترکیبی از حالت‌های ممتاز و متعالی مقیاس‌های زیستی، ذهنی و عملکردی است (۷).

ادبیات پژوهشی حاضر در ارتباط با اثربخشی برنامه روانی- آموزشی مثبت‌نگر بر بهبود بهزیستی روانشناختی نشانگر حجم گسترده‌ای از مطالعات همسو است. برای مثال، اثربخشی برنامه درمانی مثبت‌نگر در تقویت میزان بهزیستی روانشناختی و کاهش علائم افسردگی (۸) کاهش میزان مصرف مواد مخدر و تقویت میزان بهزیستی در نوجوانان (۹) نشان داده شده است. در مطالعه‌ای که مؤید بنیان نظری این برنامه است نشان دادند که دنبال کردن لذت، تعهد و معنا در زندگی به ایجاد و تقویت بهزیستی روانشناختی می‌انجامد (۱۰).

رشید و همکاران نیز در مطالعه‌ای نشان دادند برنامه‌های درمانی مثبت‌نگر با تقویت بنیه روانشناختی افراد آنها را در برابر فشارها مقاوم می‌کند. همچنین نتیجه‌گیری نهایی آنها مبنی بر تأثیر درمانی این برنامه با تأکید بر جنبه‌های تقویت نقاط مثبت افراد است (۱۱).

از سویی پژوهشگرانی مانند کراوسکی همکاران با مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی مؤلفه‌های مؤثر برنامه‌های مثبت‌نگر بر بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودکان مبتلا به مشکلات روانشناختی، اثربخشی این برنامه‌ها را در گرو تأثیرات پایدار آنان بر عزت‌نفس مادران معرفی کرده‌اند (۱۲).

پارکز شینر نیز با همکاری سازمان بهداشت جهانی برنامه‌های درمانی مثبت نگر را بر بهبود بهزیستی روانشناختی گروهی از دانشجویان دچار اختلالات روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی بررسی کرده است. این مطالعه نشان داد مشکلات روانشناختی از قبیل اضطراب و افسردگی با کاهش سطح عملکرد در ارتباط اند و یکی از مؤلفه‌های برنامه‌های درمانی تمرکز بر افزایش سطح عملکرد است. از این رو تأثیرگذاری این برنامه‌ها در سایه افزایش سطح عملکرد فردی است (۱۳).

رشید و انجم نیز طی مطالعه‌ای فراتحلیلی به مؤلفه‌های مشترک برنامه‌های مثبت نگر و تأثیر آنان بر بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به مشکلات روانشناختی پرداختند. نتایج این فراتحلیل نشان داد با ارائه برنامه‌های درمانی می‌توان سطح عملکرد فعلی افراد را افزایش داد و رضایت از خویشتن را در آنها افزایش داد. در همین مطالعه پژوهشگران طی بررسی پژوهشی با عنوان فراسوی روانشناسی: رویکردی مثبت‌نگر به اختلالات، به جنبه‌های مثبت آموزش‌های روانی تأکید داشتند و نشان دادند زندگی امروزی نیازمند پیشرفت در بعد آموزش است. این آموزش می‌تواند حل اختلالات روانشناختی خفیف مؤثر باشد (۱۴).

در مسائل روان‌شناختی، به ویژه در حوزه آموزش همانند سایر حوزه‌های علوم انسانی، رویکردهای مختلف و گاه متضادی وجود دارد. بسیاری از برنامه‌های آموزشی جهت بهبود سطح سلامت روان به دلایلی از قبیل عدم مفهوم‌سازی دقیق، عدم توجه به سلامت روان خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به اختلالات روانشناختی مورد انتقاد قرار گرفته‌اند. مرور مطالعات انجام شده نشان می‌دهد بسیاری از مادران دارای کودکان مبتلا به اختلالات روانشناختی همانند فرزندانشان از مشکلات روانشناختی رنج می‌برند. همچنین بنا به گزارش کیس آن دسته از بزرگسالان مبتلا به بیماری‌های روانی که از سطوح متوسط سلامت روانی نیز برخوردار بودند در مقایسه با بزرگسالان دچار افسردگی، تعداد روزهای بیشتری از غیبت از محیط کار یا توقف کار در وسط روز کاری را گزارش نمودند (۱۵). به عبارتی تأثیر مشکلات روانشناختی فرزندانشان به صورت عمده خود را به شکل کاهش سطح سلامت روان نشان داده است. از آنجایی که ارتباط مادر و کودک یکی از پیوندهایی است که در تداوم چرخه مشکلات روانشناختی نقش دارد لزوم توجه به مشکلات مادران و ارتقای سطح سلامت روان آنها در قالب برنامه‌های روانی- آموزشی ضرورتی انکار ناپذیر است. در پژوهش حاضر بر آن شدیم تا ضمن بررسی اثربخشی رویکرد مثبت‌نگر با استفاده از «برنامه درمانی مثبت‌نگر رشید و سلیگمن» در ارتقاء سطح سلامت روان مادران دارای کودکان مبتلا به بیش فعالی- نقص توجه، اثربخشی این برنامه را برای مادران دارای کودکان مبتلا به بیش‌فعالی- نقص توجه، معرفی کنیم.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع پژوهش‌های شبه آزمایشی و در چهارچوب طرح‌های پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مادران دارای کودکان مبتلا به بیش‌فعالی- نقص توجه تشکیل می‌دهد. نمونه شامل ۵۰ نفر از این زنان در سال ۹۵-۹۴ است که به صورت داوطلبانه در این پژوهش حاضر به شرکت شدند. روش نمونه‌گیری در این مطالعه روش سهل‌الوصول است. به منظور انتخاب نمونه از میان تمام مادرانی که دارای کودک مبتلا به ADHD بودند و در سال ۹۵-۹۴ به مرکز سلامت جامعه فطرس در شهرستان خرم‌آباد مراجعه کردند و مایل به شرکت در پژوهش بودند درخواست شد موافقت کتبی خود را جهت شرکت در مطالعه اعلام نمایند. به منظور برآورد حجم نمونه از روش پیشنهادی کوهن استفاده شد. بر این اساس در پژوهش حاضر که دارای دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل است با پذیرش P<۰/۰۵ و حجم اثر برابر با ۰/۵۰ با انتخاب ۵۰ مشارکت‌کننده برای هر دو گروه می‌توان به توان آزمون برابر با ۰/۹۰ دست یافت؛ بنابراین

نمونه پژوهش ۵۰ مادر دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی بود که در دو گروه ۲۵ نفره قرار داده شدند. در پایان به دلیل افت شرکت‌کنندگان تنها ۳۴ نفر از افراد در مطالعه (۱۷ نفر در گروه آزمایش و ۱۷ نفر در گروه کنترل) باقی ماندند. ملاک‌های ورود این پژوهش شامل دامنه سنی ۵۰-۲۵ سال، عدم ابتلای مادران به اختلالات روانشناختی از قبیل افسردگی و اضطراب، عدم شرکت آنان در دیگر برنامه‌های درمانی به صورت همزمان بود. ملاک‌های خروج نیز شامل یک جلسه غیبت در جلسه‌های درمانی، ابتلا به بیماری، رخداد اتفاقاتی از قبیل طلاق، مرگ یکی از بستگان درجه اول، مشکل اقتصادی شدید، سرقت از منزل، سانحه رانندگی و سایر رویدادهای استرس‌زا بود.

سیاهه روان درمانی مثبت نگر: سیاهه روان درمانی مثبت‌نگر توسط رشید و سلیگمن برای اندازه‌گیری میزان بهزیستی (بالندگی) افراد با استفاده از پنج خرده مقیاس هیجانات مثبت، تعهد (مشغولیت)، معنا، روابط و موفقیت یا پیشرفت گسترش یافته است. این سیاهه شامل ۲۵ آیتم در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ تا ۵ می‌باشد. در این سیاهه آیتم‌های ۱، ۶، ۱۱، ۱۶ و ۲۱ «هیجان‌های مثبت»، آیتم‌های ۲، ۷، ۱۲، ۱۷ و ۲۲ میزان «تعهد (مشغولیت) در زندگی»، آیتم‌های ۴، ۹، ۱۴، ۱۹ و ۲۴ میزان «معنا در زندگی»، آیتم‌های ۳، ۸، ۱۳، ۱۸ و ۲۳ میزان «روابط در زندگی» آیتم‌های ۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰ و ۲۵ میزان «پیشرفت در زندگی» را اندازه‌گیری می‌کند.

مقیاس بهزیستی روانشناختی: این مقیاس در سال ۱۹۸۹ طراحی و در سال ۲۰۰۲ توسط رشید و انجم مورد تجدید نظر قرار گرفته است (۱۴). فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف ۱۸ سؤال و مشتمل بر ۶ عامل خودمختاری (توانایی و قدرت پیگیری خواسته‌ها و عمل بر اساس اصول شخصی)، تسلط بر محیط (توانایی تنظیم و مدیریت امور زندگی به ویژه مسائل زندگی روزمره)، رشد شخصی (احساس اینکه استعدادها و توانایی‌های بالقوه‌ی فرد در طی زمان و در طول زندگی بالفعل خواهد شد)، ارتباط مثبت با دیگران (داشتن ارتباط نزدیک و ارزشمند با افراد مهم زندگی)، هدفمندی در زندگی (داشتن غایت‌ها و اهدافی که به زندگی فرد جهت و معنا می‌بخشد) و پذیرش خود (توانایی دیدن و پذیرفتن قوت‌ها و ضعف‌های خود) را می‌سنجد. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» نمره یک تا شش پاسخ داده می‌شود. نمره بالاتر نشان دهنده بهزیستی روان شناختی بهتر است (۱۶). همبستگی فرم کوتاه پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (۱۷). در پژوهش شکری و همکاران ضرایب آلفای کرونباخ برای هر یک از مقیاس های بهزیستی روان شناختی پذیرش خود، تسلط محیطی، روابط مثبت با دیگران، هدف در زندگی، رشد فردی و استقلال به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵، ۰/۷۲ و ۰/۶۰ به دست آمده است (۱۸). در این پژوهش همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۳، ۰/۶۱، ۰/۵۹، ۰/۵۷، ۰/۶۸ و ۰/۶۴ به دست آمد.

روش اجرا

جهت اجرای این پژوهش با نصب اطلاعیه، از تمامی مادرانی که به مرکز سلامت جامع فطرس در شهر خرم‌آباد در بازه زمانی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ مراجعه کرده بودند و دارای کودک مبتلا به ADHD بودند درخواست شد در پژوهش شرکت کنند. بعد از تشریح هدف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از مادران آنهایی که مایل به شرکت در پژوهش بودند ثبت‌نام شدند و اطلاعات هویتی آنها دریافت شد. پرسشنامه بهزیستی روانشناختی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری توسط مادران تکمیل شد. جهت توجه به ملاحظات اخلاقی از مادران رضایت آگاهانه کتبی کسب شد. مادران به صورت کاملاً داوطلبانه در پژوهش شرکت داشتند و در هر مرحله از پژوهش می‌توانستند انصراف خود را اعلام کنند.

همچنین به آنها اطمینان داده شد تمام اطلاعات هویتی آنها نزد پژوهشگر محرمانه باقی خواهد ماند. مادران در شش جلسه درمانی شرکت کردند. خلاصه‌ای از شرح جلسات در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. برنامه درمانی مثبت‌نگر

جلسه	تمرینات و تکالیف	شرح و توصیف
۱	گرایش به PPT در جلسه	معرفی افراد گروه با هم و تشریح برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر. محرمانگی، محدودیت‌ها، نقش‌ها، قواعد و مسئولیت‌های مربوط به آن در کنار اهمیت انجام کامل تکالیف منزل مورد بحث قرار می‌گیرند. مسائل مطروحه در ارتباط با فقدان و یا کمبود منابع مثبت از قبیل هیجانات مثبت، تعهد، ارتباطات مثبت، معنا و توانمندی‌های منشی در بروز افسردگی، اضطراب و زندگی پوچ مورد بحث قرار می‌گیرد. چهارچوب روان‌درمانی مثبت‌نگر، نقش درمانگر و مسئولیت‌ها و وظایف مراجع نیز مورد بحث قرار می‌گیرند.
	تکلیف منزل: معرفی مثبت	مراجع اقدام به نوشتن یک معرفی مثبت از خود و ذکر توانمندی‌های خود در حدود یک صفحه (۳۰۰ کلمه) می‌کنند که در آن به بیان داستانی واقعی از زندگی خود می‌پردازند که وی در بهترین وجه از توانمندی‌های خود استفاده کرده و نشان می‌دهد.
۲	توانمندی‌های منشی ارزیابی توانمندی‌ها به صورت پویا	تقویت نقاط قوت شاخص و احساسات و عواطف مثبت. مراجع به تعیین توانمندی‌های منشی خود و ازجمله توانمندی‌های مطرح شده در معرفی مثبت‌نگر خود می‌پردازد. ۲۴ توانمندی منشی به منظور ایجاد و تقویت تعهد و غرقه‌گی مورد بحث قرار می‌گیرند. مراجع اقدام به تکمیل یک پرسش‌نامه در زمینه‌ی توانمندی‌های خود می‌نماید. نحوه‌ی به‌کارگیری نقاط قوت شاخص به بحث گذاشته می‌شود. به مراجعین برای شکل‌دهی به رفتارهای معین، عینی و قابل انجام در راستای تقویت نقاط قوت شاخص‌شان راهنمایی‌های لازم ارائه می‌گردد. نقش احساسات و عواطف مثبت در بهزیستی فرد و چگونگی ارتباط آن نیز مورد بحث قرار می‌گیرد.
	تکلیف منزل: دفترچه‌ی یادداشت اتفاقات خوب	مراجع برای ثبت و ضبط سه اتفاق خوب در پایان هر روز اقدام به تهیه‌ی یک دفترچه‌ی یادداشت می‌نماید. این اتفاقات می‌توانند اتفاقاتی کوچک و یا بزرگ و مهم باشند. در ابتدای هر جلسه، این یادداشت‌ها به صورت هفتگی مورد بررسی قرار می‌گیرند تا مزایا، الگوها و چالش‌های مربوط به آنها مشخص گردد.
۳	عفو و گذشت در جلسه	گذشت و بخشش و میراث شخصی. گذشت به عنوان ابزار نیرومندی معرفی می‌شود که می‌تواند احساس خشم و کینه را به احساسی خنثی و حتی برای برخی به احساسات و عواطف مثبت تبدیل شود. مراجعین با انجام یک تمرین با ماهیت گذشت به طور دقیق آشنا می‌شوند. همچنین به مراجعان آموزش داده می‌شود تا در حد یک الی دو صفحه به بیان این بپردازند که دوست دارند دیگران آنها را به خاطر کدام ویژگی مثبت‌شان به خاطر بسپارند. در قالب یک پیام نکوداشت یا بزرگداشت در پایان عمر.
	تکلیف منزل: نامه‌ی گذشت	مراجعین ضمن نگارش یک نامه‌ی اعلام گذشت، به تشریح جفایی که در حق آنها صورت گرفته و عواطف مربوط به آن می‌پردازند و متعهد می‌شوند که در صورت لزوم فرد خاطی را مورد عفو و گذشت قرار دهند. البته آنها می‌توانند از ارسال نامه برای فرد مورد نظر خودداری کنند.
۴	قدرشناسی در جلسه	سپاسگزاری و قدرشناسی تأکید بر خاطرات خوب و قدرشناسی به عنوان شکلی پایدار از سپاس‌گزاری مورد بحث قرار می‌گیرد. در اینجا نیز نقش خاطرات خوب و بد، این بار با تمرکز و تأکید بر قدرشناسی مورد بحث قرار می‌گیرد. مراجعین پس از تأمل، نخستین پیش‌نویس یک نامه‌ی قدرشناسی را خطاب به کسی که هرگز آن گونه که باید و شاید از وی قدردانی نکرده‌اند می‌نویسند.
	تکلیف منزل: نامه و دیدار قدرشناسی	مراجع نامه‌ای را برای کسی که هرگز آن گونه که باید و شاید از وی قدردانی نکرده است می‌نویسد و آن نامه را شخصاً به وی تقدیم می‌کند.
۵	روابط مثبت و ارتباطات اجتماعی در جلسه	ارتباطات مثبت در تأمین بهزیستی و بازخورد فعال سازنده بازخورد فعال سازنده به مراجعین پیرامون نحوه‌ی واکنش فعال سازنده در قبال اخبار خوشی که از دیگران دریافت می‌کنند آموزش‌های لازم داده می‌شود. مراجعین به تمرین واکنش سازنده و فعال به عنوان راهبردی برای تقویت ارتباطات مثبت می‌پردازند.
	تکلیف منزل: تمرین واکنش سازنده و فعال	مراجعین به منظور یافتن فرصت‌هایی برای انجام واکنش‌های سازنده و فعال خود را رصد می‌نمایند.
۶	التذاذ (کار با طمأنینه) و زندگی پربار در جلسه	التذاذ (لذت تدریجی و پیوسته) التذاذ به عنوان آگاهی کامل نسبت به لذت و تلاش عامدانه برای طولانی‌تر کردن هرچه بیشتر مدت آن تعریف می‌شود. شتاب در بهره‌گیری از لذات به عنوان تهدیدی احتمالی برای لذت تدریجی مطرح می‌شود و راه مقابله با آن نیز آموزش داده می‌شود. مراجعین در تمریناتی در ارتباط با التذاذ شرکت می‌کنند که در آنها از شیوه‌ها و راهبردهای متنوعی استفاده می‌شود. زندگی پربار به عنوان تلفیقی از هیجانات مثبت، تعهد، ارتباطات مثبت، معنا و موفقیت و پیشرفت مورد بحث قرار می‌گیرد. فواید و نیز تجارب درمانی به همراه شیوه‌های حفظ تغییرات مثبت ایجاد شده از دیگر مسائل مورد بحث هستند.
	تکلیف منزل فعالیت برنامه‌ریزی شده‌ی مبتنی بر التذاذ	مراجعین باید برای انجام فعالیت‌های لذت‌بخش برنامه‌ریزی کرده و فعالیت‌های مربوطه را طبق برنامه‌ریزی خود انجام دهند. تکنیک‌های مخصوص لذت تدریجی نیز به آنها آموزش داده می‌شود.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۴ مادر دارای کودک مبتلا به ADHD مشارکت نمودند. میانگین سنی این مادران ۳۵/۵ سال و انحراف معیار ۱/۸۷ بود. در گروه آزمایش و کنترل ۱۲ نفر از شرکت‌کنندگان شاغل و ۷ نفر خانه‌دار بودند. همچنین در گروه آزمایش ۱۵ نفر دارای تحصیلات لیسانس و ۲ نفر دارای مدرک فوق‌لیسانس بودند. در گروه کنترل نیز ۱۵ نفر از مادران تحصیلات دیپلم و ۲ نفر مدرک فوق‌دیپلم داشتند. در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری آورده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار و مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پذیرش خود	مثبت نگر	۱۲/۶۵	۲/۳۲	۱۶/۰۰	۰/۷۹	۱۵/۸۲	۰/۹۵
	کنترل	۱۲/۹۴	۲/۸۲	۱۳/۰۶	۲/۴۶	۱۳/۵۳	۲/۳۲
تسلط محیطی	مثبت نگر	۱۳/۷۶	۱/۸۵	۱۶/۲۴	۱/۰۳	۱۵/۸۸	۰/۷۸
	کنترل	۱۳/۴۷	۲/۴۲	۱۳/۰۶	۲/۹۲	۱۳/۲۹	۲/۳۴
ارتباط مثبت با	مثبت نگر	۱۳/۲۹	۲/۶۱	۱۵/۷۶	۱/۴۴	۱۵/۰۰	۲/۰۶
دیگران	کنترل	۱۳/۴۷	۲/۶۹	۱۳/۴۱	۲/۹۲	۱۳/۱۲	۲/۳۷
هدفمندی در	مثبت نگر	۱۳/۴۱	۲/۲۶	۱۶/۴۱	۰/۸۷	۱۶/۲۴	۱/۳۰
زندگی	کنترل	۱۳/۷۶	۲/۰۵	۱۳/۸۸	۲/۴۲۱	۱۳/۹۴	۲/۰۱
رشد شخصی	مثبت نگر	۱۳/۳۵	۲/۲۹	۱۵/۷۱	۱/۴۰۴	۱۵/۸۲	۱/۴۷
	کنترل	۱۳/۴۱	۲/۹۸	۱۴/۱۲	۲/۳۴۲	۱۴/۳۵	۲/۱۲
استقلال	مثبت نگر	۱۱/۰۶	۲/۱۹	۱۴/۱۲	۱/۵۳۶	۱۳/۴۷	۱/۵۸
	کنترل	۱۱/۷۱	۲/۲۱	۱۱/۰۰	۲/۵	۱۱/۰۶	۲/۱۹

داده‌های جدول ۲ میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مؤلفه‌های مقیاس بهزیستی روانشناختی را نشان می‌دهد. با نگاهی اجمالی در میانگین نمرات هر دو گروه در مرحله پیش آزمون مشخص می‌شود میانگین نمرات در این مرحله تفاوت و فاصله چندانی باهم ندارند. این امر به معنی همگنی دو گروه قبل از درمان می‌باشد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود در مرحله پس آزمون و پیگیری افزایش بهزیستی روانشناختی در گروه برنامه روانی- آموزشی مثبت‌نگر بیشتر از گروه کنترل می‌باشد.

جهت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره، پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون در تعامل بین گروه و پیش آزمون در عامل‌های استقلال (F=۰/۳۶۲ و P>۰/۰۵)، تسلط محیطی (F=۱/۳۰۹ و P>۰/۰۵)، رشد شخصی (F=۰/۱۵۸ و P>۰/۰۵)، ارتباط مثبت با دیگران (F=۰/۳۲۳ و P>۰/۰۵)، هدفمندی در زندگی (F=۰/۰۴۱ و P>۰/۰۵) و پذیرش خود (F=۰/۱۰۴ و P>۰/۰۵)؛ پیش‌فرض همگنی واریانس درون گروهی با استفاده از آزمون لوین در مؤلفه‌های استقلال (F=۲/۵۷۸ و P>۰/۰۵)، تسلط محیطی (F=۱/۹۸۵ و P>۰/۰۵)، رشد شخصی (F=۱/۳۲۳ و P>۰/۰۵)، ارتباط مثبت با دیگران (F=۱/۱۹۶ و P>۰/۰۵)، هدفمندی در زندگی (F=۱/۸۵۷ و P>۰/۰۵) و پذیرش خود (F=۱/۱۳۰ و P>۰/۰۵) با درجه آزادی ۲ و ۴۸ و پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو ویلکز محاسبه شد و تمامی این پیش‌فرض‌ها برای استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره برقرار بود. در ادامه معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیری نمرات مادران در مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی در مرحله پس آزمون بررسی شد. نتایج با توجه به مقادیر (η^2=۰/۳۷۶، P<۰/۰۵، ویلکز لامبدا= ۰/۳۶۶؛ F=(۴۸,۲)=۴/۶۸۵) نشان داد علاوه بر قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره در گروه‌های تحت مطالعه از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تأثیر گروه بر نمرات مادران در مرحله پس آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی در مرحله پس آزمون

	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیش آزمون	پذیرش خود	۱۰۴۲۰/۴۱	۱	۱۰۴۲۰/۴۱	۳۸۰۶/۲۰	۰/۰۰۱	
	تسلط محیطی	۱۰۷۳۷/۲۵	۱	۱۰۷۳۷/۲۵	۲۵۳۸/۱۲	۰/۰۰۱	
	ارتباط مثبت با دیگران	۱۱۱۱۷/۸۲	۱	۱۱۱۱۷/۸۲	۲۷۳۷/۵۲	۰/۰۰۱	
	هدفمندی در زندگی	۱۱۸۰۷/۳۷	۱	۱۱۸۰۷/۳۷	۴۵۷۹/۲۸	۰/۰۰۱	
	رشد شخصی	۱۱۱۷۶/۹۶	۱	۱۱۱۷۶/۹۶	۳۲۰۴/۶۳	۰/۰۰۱	
	استقلال	۸۲۵۸/۸۴	۱	۸۲۵۸/۸۴	۲۴۶۶/۷۷	۰/۰۰۱	
اثر گروه	پذیرش خود	۷۹/۱۷۶	۱	۳۹/۵۸۸	۱۴/۴۶۰	۰/۰۲۱	۰/۳۴
	تسلط محیطی	۸۷/۶۸۶	۱	۴۳/۸۴۳	۱۰/۳۶۴	۰/۰۱۵	۰/۳۱
	ارتباط مثبت با دیگران	۵۰/۲۳۵	۱	۲۵/۱۱۸	۶/۱۸۵	۰/۰۱۴	۰/۲۹
	هدفمندی در زندگی	۵۴/۸۶۳	۱	۲۷/۴۳۱	۱۰/۶۳۹	۰/۰۴۱	۰/۲۶
	رشد شخصی	۲۲/۶۲۷	۱	۱۱/۳۱۴	۳/۲۴۴	۰/۰۴۸	۰/۲۷
	استقلال	۸۵/۴۵۱	۱	۴۲/۷۲۵	۱۲/۷۶۱	۰/۰۳۲	۰/۲۵
خطا	پذیرش خود	۱۳۱/۴۱۲	۴۸	۲/۷۳۸		۰/۰۰۱	
	تسلط محیطی	۲۰۳/۰۵۹	۴۸	۴/۲۳۰		۰/۰۰۱	
	ارتباط مثبت با دیگران	۱۹۴/۹۴۱	۴۸	۴/۰۶۱		۰/۰۰۱	
	هدفمندی در زندگی	۱۲۳/۷۶۵	۴۸	۲/۵۷۸		۰/۰۰۱	
	رشد شخصی	۱۶۷/۴۱۲	۴۸	۳/۴۸۸		۰/۰۰۱	
	استقلال	۱۶۰/۷۰۶	۴۸	۳/۳۴۸		۰/۰۰۱	
کل	پذیرش خود	۱۰۶۳۱/۰۰۰	۳۴			۰/۰۰۱	
	تسلط محیطی	۱۱۰۲۸/۰۰۰	۳۴			۰/۰۰۱	
	ارتباط مثبت با دیگران	۱۱۳۶۳/۰۰۰	۳۴			۰/۰۰۱	
	هدفمندی در زندگی	۱۱۹۸۶/۰۰۰	۳۴			۰/۰۰۱	
	رشد شخصی	۱۱۳۶۷/۰۰۰	۳۴			۰/۰۰۱	
	استقلال	۸۵۰۵/۰۰۰	۳۴			۰/۰۰۱	

جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در مورد مقایسه نمرات در مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی مادران در مرحله پس آزمون را نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود مقدار (F=۱۴/۴۶۰ در مؤلفه پذیرش خود)؛ (F=۱۰/۳۶۴ در مؤلفه تسلط بر محیط)؛ (F=۶/۱۸۵ در مؤلفه ارتباط مثبت با دیگران)؛ (F=۱۰/۶۳۹ در مؤلفه هدفمندی در زندگی)؛ (F=۳/۲۴۴ در مؤلفه رشد شخصی) و (F=۱۲/۷۶۱ در مؤلفه استقلال) و با درجات آزادی ۲ و ۸ و P<۰/۰۵ معنادار می‌باشد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بین مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در مادران گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه بررسی اثربخشی برنامه درمانی مثبت‌نگر بر بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودکان مبتلا به ADHD در شهرستان خرم‌آباد بود. مقایسه نتایج مربوط به این فرضیه نشان می‌دهد که برنامه مثبت‌نگر در مقایسه با گروه کنترل در افزایش مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی (هیجان مثبت، تعهد، معنا، روابط و موفقیت) و به تبع آن نمره بهزیستی کلی در مادران مؤثر بوده است. این یافته با نتایج برخی پژوهش‌های انجام شده در این حوزه همسو است (۲۱-۱۹).

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان به نظر سلیگمن استناد کرد. از نظر سلیگمن بهزیستی از پنج مؤلفه قابل اندازه‌گیری تشکیل شده است که زمینه‌های لازم برای تحقق آن را فراهم می‌نمایند: هیجان‌های مثبت، تعهد، معنا، روابط و موفقیت. به اعتقاد او هیچ یک از این مؤلفه‌ها به تنهایی معرف بهزیستی نیستند اما هر یک از این مؤلفه‌ها در تأمین بهزیستی نقش دارند. در تمامی تمرین‌های برنامه مثبت‌نگر تقریباً تمامی عناصر فوق لحاظ شده و آموزش داده می‌شود. بنا به اعتقاد سلیگمن کسانی که بیشترین میزان هیجانات مثبت، تعهد، معنا، روابط و موفقیت را در زندگی تجربه می‌کنند شادترین افراد هستند و از بیشترین میزان رضایت از زندگی نیز برخوردار می‌باشند. او مفهوم بهزیستی را شامل

چند مؤلفه می‌داند و معتقد است بهزیستی مفهومی مبتنی بر گزینش بدون اجبار است و پنج مؤلفه تشکیل‌دهنده آن نیز همان عناصری هستند که انسان‌های آزاد و برخوردار از آن‌ها به خاطر خودشان انتخاب می‌کنند. همچنین هر یک از مؤلفه‌های بهزیستی باید برای آنکه به عنوان یک مؤلفه تلقی شود واجد سه شرط باشد: ۱) در ایجاد بهزیستی نقش داشته باشد، ۲) افراد بسیاری آن را به عنوان یک امر فی‌نفسه ارزشمند و نه صرفاً به منظور تحقق یکی دیگر از مؤلفه‌ها دنبال نمایند و ۳) بتوان آن را مستقل از سایر مؤلفه‌ها تعریف و اندازه‌گیری نمود. نظریه بهزیستی شامل پنج مؤلفه است و هر یک از این مؤلفه‌ها واجد این سه شرط می‌باشند (۶). برخی پژوهشگران معتقدند ایجاد هیجان‌های مثبت مربوط به گذشته، حال و آینده در افراد، همچنین ایجاد و تقویت تعهد و معنا از طریق شناسایی و دست یافتن فرد به شاخص‌ترین توانمندی‌های شخصی باعث افزایش و ارتقا بهزیستی، رضایت از زندگی می‌گردد و در کلیه تمرین‌های موجود در برنامه مثبت‌نگر ناظر بر همین هدف می‌باشد. به غیر از این سه عنصر، دو عنصر فعال دیگر یعنی روابط و موفقیت نیز به این سه عنصر افزوده شده است و در قالب نظریه بهزیستی روانشناختی معرفی شده است (۲۱). سلیگمن و گوداریو معتقدند افراد موفقیت، پیشرفت، نیل به هدف و تسلط را به عنوان اموری فی‌نفسه ارزشمند دنبال می‌کنند. موفقیت یا دستاورد غالباً به عنوان امری فی‌نفسه ارزشمند دنبال می‌شود، ولو دنبال کردن آن متضمن هیچ هیجان مثبت، معنا یا روابط مثبت نباشد. کسانی که زندگی معطوف به هدف را دنبال می‌کنند غالباً غرق کاری هستند که انجام می‌دهند. آنان حریصانه به دنبال کسب لذت هستند و وقتی موفقیتی به دست می‌آورند ولو به صورت گذرا هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و این موفقیت می‌تواند در خدمت هدف بزرگتری نیز باشد. افزودن عامل پیشرفت و موفقیت همچنین متضمن تأکید بر این نکته است که رسالت روانشناسی مثبت‌نگر، توصیف کارهایی است که افراد در واقع برای نیل به بهزیستی انجام می‌دهند. داشتن روابط مثبت در زندگی نیز متضمن بهره‌مند بودن از هیجان‌های مثبت، تعهد، معنا و موفقیت در زندگی است. به همین خاطر یکی از اجزای نظریه بهزیستی را شامل می‌شود (۲۲). لازم به ذکر است پژوهشگران معتقدند در مورد نظریه بهزیستی، هر یک از ۲۴ توانمندی منشی/ شخصیتی انسان نظیر مهربانی، هوش اجتماعی، شوخ طبعی، شجاعت، شرافت و غیره به عنوان حالت غرقه‌گی مطرح شده‌اند؛ به عبارت دیگر انسان زمانی وارد مرحله غرقه‌گی می‌شود که بالاترین توانمندی‌های وی به منظور مواجه با دشوارترین چالش‌های پیش رو به کار گرفته شوند (۲۳،۲۴).

در پایان باید اشاره کرد در کنار مفید بودن نتایج به دست آمده از این مطالعه باید در مورد تعمیم‌دهی نتایج این مطالعه محتاط بود زیرا نمونه این پژوهش بر اساس نمونه‌گیری سهل‌الوصول گردآوری شده است. همچنین سایر فاکتورهای ناشناخته که خارج از دسترس پژوهشگران بوده است ممکن است نتایج را تحت تأثیر قرار داده باشد. از این رو پیشنهاد می‌شود از روش‌های نمونه‌گیری دقیق‌تری همچون نمونه‌گیری احتمالی استفاده شود و تا حد امکان متغیرهای دخیلی که ممکن است نتایج را مخدوش کنند شناسایی و کنترل شوند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مدیریت محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان خرم‌آباد و سایر همکاران مرکز سلامت جامع فطرس که ما را در انجام این مطالعه یاری کرده‌اند نهایت سپاس و قدردانی را داریم.

References

1. Seligman ME. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. Am Psychol. 2006; 59; 670-681.
2. Bannink FP. Are you ready for positive cognitive behavioral therapy?. J Happiness & Well-Being. 2013; 1: 14-21.
3. Rashid T, Seligman ME. Positive psychotherapy: A treatment manual for normal people. Am Psychol. 2013; 3: 34-45.
4. Mills C. Summary report of the workshop on data for monitoring tobaccose. Chronic Dis Canada. 1994; 105: 110-117.
5. Rahimi G. World Health Organization. J Med Faculty Military. 2010; 5: 53-65. (In Persian)
6. Seligman ME, Steen T, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. American Psychologist. 2005; 60: 12-24.
7. Seligman ME. Positive health. Applied psychology. 2008; 57(s1): 3-18.
8. Darioni S. Positive psychology as a new movement in identifying of disorders, J Osychiatry. 2016; 5: 34-46.
9. Ashin G. On the integration of cognitive-behavioral therapy for depression and positive psychology. J Cognitive Psychotherapy. 2006; 20:159-170.
10. Shilerson D. Positive psychotherapy: Building a model of empirically supported self-help. Dissertation. 2009; 12: 34-46.
11. Rashid T, Anjum, Lennox C. Positive psychotherapy for middle school children. J Positive Psychol. 2006; 20: 14-23.
12. Alex Linley P, Joseph S, Harrington S, Wood AM. Positive psychology: Past, present, and (possible) future. The Journal of Positive Psychology. 2006; 1(1): 3-16.
13. Parks-Sheiner AC. Comparing Effectiveness of Positive Psychotherapy (PPT) with Dialectical Behavior Therapy (DBT): Results of a Randomized Clinical Trial. Poster presented at the Third International Positive Psychology Congress, Los Angeles, CA. 2015.
14. Rashid T, Anjum A. positive psychotherapy for children and adolescent. Am Psychol. 2007; 50: 210-218.
15. Keyes CL. The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: The complete mental health perspective and the moderating role of age and gender. Aging & Mental Health. 2004; 8(3): 266-274.
16. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wel-being. J Soc Psychol. 1999; 57: 1069-1081.
17. Sephidi F, Farzad V. Validation of psychological well-being test in students in Ghazvin University. J Ghazvin Med Sci Univ. 2012; 66-71. (In Persian)
18. Shokri A. Ghoodarzi A, Sharifi M. Testing factorial unchangablity of index Persian version in positive and negative emotions in both genders. Contemp Psychol. 2014; 9: 83-94. (In Persian)
19. Seligman ME, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. American psychologist. 2006; 61(8): 774.
20. Seligman ME. A visionary new understanding of happiness and well-Being. New York: Free Press. 2012.

21. Chan H. Positive strategies for better performance in families with ADHD children. J Child disorders. 2017; 23: 45-56.
22. Seligman ME, Godario R. Positive programs and their's effects on disabled children. J Disability. 2017; 56: 67-79.
23. Asim D, Hishkan G. Assessement of effectiveness of positive programs on children with ADHD. J Disability. 2017; 2: 34-45.
24. Goodvin D. The effect of positive programs on prevention psychosomatic disorders. J Health. 2017; 15: 34-46

The effect of positive therapeutic program on psychological well-being of women with ADHD children

Hasanvandi S[1], Ghazi Sh*[2], Ghadampour E[3]

1. PhD Student in Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Alzahra University, Tehran, Iran.

2. PhD student in Educational Management, Expert of Educational Planning, Center of Educational Research and Development, Lorestan University of Medical sciences, Khorramabad, Iran. ghazi.shirin@yahoo.com

3. Associate Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Human Sciences, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

Received: *3 April 2017* **Accepted:** *17 May 2017*

Abstract

Background: The present study was to evaluate effectiveness of positive therapeutic program on psychological well-being in women with ADHD children.

Materials and Methods: This study was quasi-experimental and pretest-posttest with control group kind. The study sample consisted of 50 mothers in 2015-2016. Convenience sampling was applied to select the participants. Participants were quite randomly divided into two groups of 25 individuals. These groups were randomly divided into two groups of experimental and control groups. The experimental group received positive program and the control group received no intervention. The therapeutic packages of the positive were conducted for six sessions. Before and after the experiment all of the participants responded to the psychological well-being questionnaire. Three months after the experiment, i.e. the follow-up stage, in order to check storage of the program's effects, the participants answered the instrument. The data were analyzed by covariance (MANCOVA) test using SPSS 18.0.

Results: The results of this study showed that positive program resulted significant effect in all of six components of psychological well-being. It should be noted that all of the results were significant at ($p< 0.05$) (DF 48, 2) and its effect maintain three months after the experiment ($p< 0.05$).

Conclusion: Regarding to results, the positive therapeutic program can be effective in decreasing psychological problems. Also, this program is useful in promoting mental health among mothers with psychological problems such as ADHD.

Keywords: Positive psychology, Positive therapeutic program, Psychological well-being, Mothers, ADHD children.

Citation: Hasanvandi S, Ghazi Sh, Ghadampour E. The effect of positive therapeutic program on psychological well-being of women with ADHD children. Yafte. 2017; 18(4): 30-40.