

اثربخشی مداخله سرمایه روان‌شناختی لوتانز بر تاب‌آوری و سلامت روانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال کاستی توجه/ بیش‌فعالی

مجتبی مهدوی^۱، غلامعلی افروز^۲، زهرا تقی‌پور^۳

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

^۲ استاد ممتاز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران.

^۳ دانشجوی کارشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه بهشتی، تهران، ایران.

نام نویسنده مسئول:

مجتبی مهدوی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۴/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۷/۱

چکیده

پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که آسیب‌های روانی مادر، تعیین‌کننده سلامت روان کودک است و مادران کودکان مبتلا به کاستی توجه و بیش‌فعالی، میزان بیشتری از اختلال‌های روانی را از خود نشان می‌دهند. هدف پژوهش کنونی ارائه راهکاری برای ارتقای تاب‌آوری و سلامت روانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال کاستی توجه/ بیش‌فعالی است. جامعه پژوهش را کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال کاستی توجه/ بیش‌فعالی منطقه ۲ شهرستان تهران تشکیل می‌دادند. پژوهش حاضر بر روی ۳۲ نفر از مادرانی که نمره آنها در مقیاس سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) و تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) کمتر از سایرین بود اجرا شد. نمونه به‌صورت در دسترس انتخاب شد. مداخله سرمایه روان‌شناختی لوتانز در طی ۱۰ جلسه اجرا شد. تفاوت‌های میان گروه آزمایشی و گواه در سطح خطای ۰.۰۱ معنادار بود (۰.۰۰۱). نتایج این تحقیقات نشانگر آن است که افرادی که سرمایه روان‌شناختی (استقامت، امید، خودکارآمدی و خوشبینی) بالاتری از خود نشان می‌دهند، سلامت روانی بالاتری دارند و استقامت بیشتری در زندگی از خود نشان می‌دهند.

واژگان کلیدی: سلامت روانی، تاب‌آوری، کاستی توجه/ بیش‌فعالی.

مقدمه

کودک دارای اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی هویتی منفرد و جداگانه ندارد، بلکه کل خانواده را در معرض خطر افزایش عواقب و تجارب منفی قرار می‌دهد. اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی به‌طور متقابل هم کودک و هم والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهد (ژائو^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). مشکلات رفتاری و نافرمانی کودک، به‌عنوان یکی از جدی‌ترین مشکلات این کودکان تأثیر بسیاری بر سیستم و کارکرد خانواده می‌گذارد (جوزف^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که آسیب‌های روانی مادر، تعیین‌کننده سلامت روان کودک است (گودمن^۳ و همکاران، ۲۰۱۱؛ کسلر^۴ و همکاران، ۲۰۱۰) و مادران کودکان مبتلا به کاستی توجه و بیش فعالی، میزان بیشتری از اختلال‌های روانی را از خود نشان می‌دهند (کرونیس^۵ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ری^۶ و همکاران، ۲۰۰۹؛ اسپریش^۷ و همکاران، ۲۰۰۰). بسیاری از نمونه‌های ارجاع داده شده به کلینیک و نمونه‌های موجود در جامعه، نرخ بالایی از مشکلات روانی را در والدین کودکان مبتلا به کاستی توجه و بیش فعالی گزارش دادند (کرونیس و همکاران، ۲۰۰۳). در نهایت، در نمونه‌های مشابه کودکان مبتلا به کاستی توجه و بیش فعالی، مشکلات رفتاری شدید تری در کودکان مبتلا به کاستی توجه و بیش فعالی با آسیب‌های روانی والدین در ارتباط بود (آقا^۸ و همکاران، ۲۰۱۳؛ هامفریز^۹ و همکاران، ۲۰۱۲؛ لوپز سیکو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۵).

این واقعیت که در جریان زندگی، برخی از افراد در برابر مشکلات بسیار آسیب‌پذیر عمل می‌کنند و به سرعت در هم می‌شکنند و برخی دیگر آرام، منطقی، صبور و مطمئن با مشکلات برخورد می‌کنند، انکارناپذیر است. در این میان، تفاوت این دو گروه در ویژگی شخصیتی است که «تاب‌آوری» نامیده می‌شود. تاب‌آوری به معنای توانایی رویارویی با اوضاع دشوار و پاسخ انعطاف‌پذیر به فشارهای زندگی روزانه است (کرد میرزا، ۱۳۹۰). تاب‌آوری ظرفیتی برای مقاومت در برابر تنش و فاجعه است. رفتارهای تاب‌آورانه به افراد کمک می‌کند تا بر تجربه منفی چیره شوند و حتی آنها را به تجربه مثبت در خودشان تبدیل کنند. افراد تاب‌آور، توانایی ترمیم ضربه‌های روانی و فائق آمدن بر سختی را دارند (کو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین والدین دارای کودکان استثنایی می‌توانند حتی پس از تجربیات ناگواری که داشته‌اند به بازسازی زندگی خود بپردازند ارتقای تاب‌آوری به رشد این افراد در به دست آوردن تفکر و مهارت‌های خودمدیریتی بهتر و دانش بیشتر منجر می‌شود (سینگ، مینای، اسکوارک و تومبورو^{۱۲}، ۲۰۱۹).

یکی از متغیرهایی که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار می‌گیرد، سلامت روانی است. فرانکلین^{۱۳} (۲۰۱۶) اعلام می‌دارد: «تعریف سلامت روانی همواره در حال تغییر بوده است، به‌طوری‌که تعریف موردقبول در آغاز قرن بیست و یکم امروزه ناقص به نظر می‌رسد». در دهه‌های اخیر از سوی متخصصان تعریف‌های متعدد و گوناگونی ارائه شده است، به همین دلیل پیدا کردن تعریفی جامع برای آن امری دشوار است. پزشکان و افرادی که با دید پزشکی به مسئله می‌نگرند، بهنجاری یا سالم بودن را نداشتن علائم بیماری قلمداد می‌کنند و به عبارتی سلامتی و بیماری را در دو قطب مخالف یکدیگر قرار می‌دهند و برای اینکه فردی سالم، بیمار تلقی شود بایستی از قطب سالم به قطب مخالف برود (سدر^{۱۴}، ۲۰۱۵). سازمان بهداشت جهانی^{۱۵} (۲۰۱۴) در این باره اذعان می‌دارد که «سلامت روانی حالتی از بهزیستی است که افراد به توانایی‌های بالقوه خود پی می‌برند، می‌توانند با عوامل استرس‌زای زندگی مقابله کنند، می‌توانند به‌صورت مولدی به کار و فعالیت بپردازند و قادر به مشارکت با جامعه هستند. سلامت روانی، بهزیستی جسمانی، روانی و اجتماعی نیست و صرفاً غیاب بیماری نیست».

برنامه‌های متعددی برای ارتقای سلامت روانی و تاب‌آوری افراد طراحی شده‌اند که از آن میان می‌توان به برنامه آموزشی لوتانز اشاره کرد. مدل مداخله‌ای و برنامه آموزشی لوتانز یک برنامه آموزشی است که به‌منظور افزایش سرمایه روان‌شناختی تهیه و تدوین شده است (لوتانز، لوتانز و آوی^{۱۶}، ۲۰۱۴). سرمایه روان‌شناختی مفهومی است که عمدتاً از نظریه و تحقیق در حیطه روانشناسی مثبت به‌دست‌آمده و در محیط

1. Zhao

2. Joseph

3. Goodman

4. Kessler

5. Chronis

6. Ray

7. Sprich

8. Agha

9. Humphrys

10. Lopez Seco

11. Kuo

12. Singh, Minaie, Skvarc, & Toumbourou

13. Franklin

14. Sederer

15. World Health Organization

16. Luthans, Luthans, & Avey

کار مورد استفاده قرار گرفته است (آوی، ریچارد، لوتانز و ماتر^{۱۷}، ۲۰۱۱). امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری از مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی هستند (برنت، گومز و بویانوا^{۱۸}، ۲۰۱۱). در برنامه مداخلاتی لوتانز برنامه‌هایی جهت ارتقای سرمایه روان‌شناختی با تمرکز بر هر کدام از مؤلفه‌ها ارائه شده است. به این ترتیب که در سازه امید با استفاده از نظریه اسنایدر که امید را دارای سه مؤلفه عامل، هدف و طرح می‌داند برنامه‌هایی به منظور آموزش هدف‌گزینی درست ترتیب داده شده است (لوتانز و همکاران، ۲۰۱۴). در خوش‌بینی افزایش اسناد مثبت مطرح شده است (کارور، شیر، میلر و فالفورد^{۱۹}، ۲۰۰۹). در این مداخله آموزشی برنامه‌هایی به منظور تشخیص و تفکیک خوش‌بینی واقعی از خوش‌بینی غیرواقعی و افزایش اسناد مثبت به عمل می‌آید. خودکارآمدی باور فرد به توانایی‌ها در دستیابی به موفقیت را نشان می‌دهد. در مدل مداخله‌ای و بسته آموزشی لوتانز با الهام از یافته‌های بندورا (بندورا^{۲۰}، ۲۰۰۷) زمینه مناسب جهت کسب تجربه موفق و افزایش خودکارآمدی فراهم شده است. تاب‌آوری میزان مقاومت افراد در برابر مشکلات را نشان می‌دهد. برای افزایش تاب‌آوری به مجموعه‌ای از نگرش‌ها و مهارت‌ها نیاز است که در اصطلاح سخت‌رویی نامیده می‌شود. سه مؤلفه تعهد، گواه و کشاکش طلبی در آن دخالت دارند (لوتانز و همکاران، ۲۰۱۴). در برنامه آموزشی لوتانز در شکل‌گیری و بروز رفتارهای سخت‌روانه، مهارت‌های تعامل و حل مسئله آموزش داده می‌شود (لوتانز و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین، با توجه به اینکه مادران دارای کودک مبتلا به کاستی توجه و بیش‌فعالی سلامت روانی پایینی دارند (کرونیس و همکاران، ۲۰۰۳؛ ری و همکاران، ۲۰۰۹؛ اسپریش و همکاران، ۲۰۰۰)، پژوهش حاضر در نظر دارد تا اثربخشی مداخله سرمایه روان‌شناختی لوتانز را بر تاب‌آوری و سلامت روانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی مورد بررسی قرار دهد.

روش

طرح پژوهش

در این پژوهش، با توجه به وجود دو گروه آزمایشی و گواه و اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی آن، از طرح نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروهی استفاده شده است. در پژوهش حاضر از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد، انتخاب گروه‌های آزمایشی و گواه و انتصاب کاربندی به هر گروه تصادفی بود. طرح نموداری پژوهش حاضر هم به صورت زیر است:

E	T_1	x_1	T_2
C	T_1	-	T_2

جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه پژوهش را کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی منطقه ۲ شهرستان تهران تشکیل می‌دادند. بر اساس فرمول کوهن^{۲۰} (۱۹۶۶) حجم ۳۲ نفر انتخاب شد. نمونه به صورت در دسترس انتخاب شد و با توجه به معیارهای ورود (داشتن سلامت روانی پایین) و خروج از پژوهش (غیبت بیشتر از ۲ جلسه از جلسات آموزشی) همه والدین (مادران و پدران) پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر را تکمیل کردند. سپس مداخله سرمایه روان‌شناختی لوتانز در طی ۱۰ جلسه بر روی آن‌ها اجرا شد و دوباره ملزم به تکمیل پرسشنامه سلامت روانی شدند و بعد از ۶ ماه دوباره پرسشنامه سلامت روانی را تکمیل کردند. خلاصه جلسات در زیر آورده شده است.

$$n = \left(\frac{Z_{\alpha/2} \sigma}{E} \right)^2 = 32$$

در این محاسبات $Z_{\alpha/2}$ در سطح خطای ۰,۰۵ محاسبه شده و برابر با ۱,۹۶ است. مقدار خطای E را پژوهشگر تعیین می‌کند و به صورت پیش فرض ۰,۵ در نظر گرفته می‌شود؛ بنابراین بر اساس فرمول فوق، حجم نمونه ۲۶ به دست آمده می‌آید.

روش اجرا

¹⁷. Avey, Reichard, Luthans, & Mhatre

¹⁸. Brandt, Gomes, & Boyanova

¹⁹. Carver, Scheier, Miller, & Fulford

²⁰. Cohen

در روش اجرای پژوهش، به تمام افراد شرکت کننده هدف پژوهش به اختصار توضیح داده شد و بی‌نام‌نشان ماندن آنان در تمام منابع و مقالاتی که از این پژوهش استخراج می‌شود تضمین گردید. در ضمن، به هرکدام از افراد شرکت کننده توضیح داده شد که شرکت در این پژوهش پیامد ناگوار روانی و عاطفی برای آنان نخواهد داشت. افزون بر آن، شرکت کنندگان آزاد بودند هر زمانی که خواستند می‌توانند از ادامه همکاری سر باز زنند.

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله

جلسه	خرده اهداف	سرفصل مطالب
اول	امید	ارائه تعاریفی از امید و ناامیدی و ویژگی‌های افراد امیدوار
	خوش بینی	ارائه تعاریفی از مفاهیمی مانند خوش بینی، بدبینی، خوش بینی واقعی و خوش بینی غیر واقعی و وجه تمایز بین آنها
	خودکارآمدی	ارائه تعاریفی از مفهوم خودکارآمدی و بحث در خصوص ویژگی‌های افراد خودکار آمد
	استقامت	ارائه تعاریفی از مفاهیم استقامت و تاب‌آوری و بحث در خصوص ویژگی‌های افراد تاب‌آور و مقاوم
دوم	امید	بررسی امید و رضایت از زندگی شرکت کنندگان و ایجاد انگیزه
	خوش بینی	آشنایی با مفهوم درماندگی آموخته شده و نقش آن در خوش بینی و بدبینی
	خودکارآمدی	بحث در خصوص نقش درماندگی آموخته شده در کاهش خودکارآمدی
	استقامت	ارائه تعاریفی از مفهوم سرسختی و معرفی مؤلفه‌های آن (تعهد، کشاکش و کنترل)
سوم	امید	آگاه ساختن شرکت کنندگان از نقش اهداف در ایجاد و افزایش امید
	خوش بینی	آشنا ساختن شرکت کنندگان با فرآیند اسناد و مفهوم کنترل
	خودکارآمدی	بررسی ارتباط بین انگیزه، اراده و اعتماد به خود با خودکارآمدی و استفاده از فن بازخورد
	استقامت	تمرکز بر مؤلفه تعهد و استفاده از فنونی جهت ارتقای آن
چهارم	امید	آشنایی شرکت کنندگان با چگونگی دستیابی به اهدافی روشن و قابل دستیابی
	خوش بینی	آشنایی اعضا با اسناد درونی، بیرونی، کلی، خاص، پایدار و ناپایدار و نقش هر کدام در خوش بینی
	خودکارآمدی	بررسی و بحث در خصوص چگونگی افزایش اعتماد به خود و خودکارآمدی و استفاده از فن بازخورد مثبت
	استقامت	تمرکز بر مؤلفه کشاکش، چگونگی تبدیل مشکلات به کشاکش‌ها و افزایش تمایل به روبرو شدن با آنها
پنجم	امید	آموزش چگونگی تقسیم یک هدف بزرگ به اهدافی کوچک‌تر به منظور افزایش احتمال تحقق آنها
	خوش بینی	آشنایی اعضا با نقش اسناد در خوش بینی
	خودکارآمدی	استفاده از فن تصویرسازی ذهنی به منظور ایجاد تجارب مثبت و تقویت آن به منظور افزایش خودکارآمدی
	استقامت	تمرکز بر مؤلفه کنترل و بحث در خصوص چگونگی افزایش احساس کنترل بر زندگی
ششم	امید	آگاه ساختن شرکت کنندگان با چگونگی تدوین اهدافی روشن و عینی
	خوش بینی	آموزش چگونگی ایجاد و گسترش اسناد مثبت درونی
	خودکارآمدی	استفاده از فن تقویت جانشینی از طریق ارائه نمونه‌های جهانی و منطقه‌ای از افراد خودکار آمد
	استقامت	آشنایی شرکت کنندگان با راهبردهای مسئله محور و هیجان محور و نقش آنها در افزایش استقامت
هفتم	امید	آشنا ساختن اعضا با خود تعیین اهداف روزانه در تحقق اهداف بزرگ و چگونگی انجام آن
	خوش بینی	استفاده از فن تحلیل وقایع ناخوشایند به ناخوشایندتر به منظور ارتقای سطح خوش بینی
	خودکارآمدی	آشنایی شرکت کنندگان با روش‌های علمی حل مسئله و نقش کاربردی آنها در افزایش سطح خودکارآمدی
	استقامت	آشنایی بیشتر با راهبردهای مستقیم یا مسئله محور و تشویق اعضا به استفاده از این راهبردها
هشتم	امید	آشنا ساختن اعضا با چگونگی استفاده از گذرگاه‌های متعددی در تحقق هدف
	خوش بینی	استفاده از فن تحلیل وقایع ناخوشایند و تعیین پیامدهای مثبت این وقایع به منظور ارتقای سطح خوش بینی
	خودکارآمدی	دعوت از فردی موفق و خودکار آمد به منظور استفاده از الگوهای عینی در افزایش سطح خودکارآمدی
	استقامت	آشنایی بیشتر با راهبردهای غیرمستقیم با هیجان محور و استفاده از آنها در صورت لزوم و در شرایط تنیدگی بالا

نهم	امید	آشنا ساختن اعضا با چگونگی تبدیل موانع به کشاکش‌هایی جهت تحقق اهداف
	خوش‌بینی	توجه و تمرکز بر استعدادها و توانایی‌های فردی و محیطی به‌منظور افزایش سطح خوش‌بینی
	خودکارآمدی	استفاده از تقویت مستقیم و تقویت جانشینی از طریق بحث در خصوص موفقیت‌های پیشین
	استقامت	بحث در خصوص نقش مکان کنترل در سرسختی و استفاده از فن خود گویی‌های مثبت جهت افزایش سطح استقامت
دهم	امید	مرور آموخته‌های جلسات پیشین و تمرین عملی به‌منظور افزایش استقامت
	خوش‌بینی	مرور آموخته‌های جلسات پیشین و تمرین عملی به‌منظور افزایش سطح خوش‌بینی
	خودکارآمدی	مرور آموخته‌های جلسات پیشین و تمرین عملی به‌منظور افزایش سطح خودکارآمدی
	استقامت	مرور آموخته‌های جلسات پیشین و تمرین عملی به‌منظور افزایش سطح استقامت

ابزار

جهت جمع‌آوری اطلاعات و به‌منظور دستیابی به میزان سلامت روانی و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی، از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

الف) پرسشنامه سلامت عمومی: پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ و هیلر^{۲۱} (۱۹۷۹) ارائه شده است و آزمونی است با ماهیت چندگانه و خود-گزارشی که به‌منظور بررسی اختلال‌های روانی که در وضعیت‌های مختلف جامعه یافت می‌شد طراحی شده است. این پرسشنامه ممکن است برای نوجوانان و بزرگسالان در هر سنی و به‌منظور کشف ناتوانی در عملکردهای بهنجار و وجود حوادث آشفته‌کننده در زندگی استفاده شود. این آزمون جنبه تشخیصی ندارد و تنها می‌توان از آن برای تشخیص اولیه در شرایط حاد استفاده نمود (گلدبرگ و ویلیامز^{۲۲}، ۱۹۸۸). این آزمون دارای ۴ مقیاس فرعی است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد. مقیاس‌های مذکور عبارتند از: ۱. مقیاس علائم جسمانی؛ ۲. مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب؛ ۳. مقیاس کارکرد اجتماعی؛ ۴. مقیاس علائم افسردگی. از ۲۸ عبارت پرسشنامه موارد ۱ تا ۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی است. موارد ۸ الی ۱۴ علائم اضطرابی و خواب را بررسی کرده و موارد ۱۵ الی ۲۱ مربوط به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی است. عبارات ۲۲ الی ۲۸ نیز علائم افسردگی را می‌سنجد. برای جمع‌بندی نمرات به اصلاً، نمره صفر، در حد معمول، ۱، بیش‌ازحد معمول، ۲ و خیلی بیشتر از حد معمول نمره ۳ تعلق می‌گیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ و درمجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است.

جدول ۲. نمرات برش در هریک از خرده مقیاس‌های پرسشنامه GHQ

خرده مقیاس‌ها	نمرات در خرده مقیاس‌ها	نمرات در کل پرسشنامه
هیچ یا کمترین حد	۰-۶	۰-۲۲
خفیف	۷-۱۱	۲۳-۴۰
متوسط	۱۲-۱۶	۴۱-۶۰
شدید	۱۷-۲۱	۶۱-۸۴

ب) پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳). این پرسشنامه را کانر و دیویدسون^{۲۳} (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کرده‌اند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران با فشار روانی پس از سانحه انجام شده است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، پایایی آزمون - باز آزمون این پرسشنامه روی ۲۴ بیمار PTSD و GAD را ۰/۸۷ گزارش کردند. روایی همگرای این پرسشنامه با استفاده از پرسشنامه‌ی سرسختی کوباسا روی ۳۰ نفر از بیماران روان‌پزشکی انجام شده و نتایج نشان داد که پرسشنامه‌ی تاب‌آوری با پرسشنامه‌ی سرسختی کوباسا ۰/۸۳ ارتباط دارد، ولی با استرس ادراک شده ۰/۷۶- رابطه دارد و نشان می‌دهد که سطح بالای تاب‌آوری با استرس تجربه‌شده‌ی پایین ارتباط دارد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در این پرسشنامه ۲۵ عبارت است و

²¹. Goldberg & Hiller

²². Goldberg & Williams

²³. Connor & Davidson

هر عبارت براساس یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست)، نمره گذاری می شود. این پرسشنامه دارای پنج خرده مقیاس (۱) شایستگی/استحکام شخصی، (۲) اعتماد به غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی، (۳) پذیرش عواطف مثبت، عواطف امن، (۴) مهار و (۵) معنویت است. بنابراین، حداکثر نمره در این پرسشنامه ۱۰۰ است. پایایی این آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و روایی که به شیوه تحلیل عاملی به دست آمده ۰/۸۷ است (کرد میرزا، ۱۳۹۰).

یافته‌ها

میانگین سنی مادران در گروه آزمایشی و گواه، ۳۷ سال بود. در گروه آزمایشی، ۲۵ درصد از مادران دارای مدرک دیپلم، ۲۵ درصد دارای مدرک فوق دیپلم، ۲۵ درصد دارای مدرک کارشناسی و ۲۵ درصد نیز دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. در گروه گواه نیز ۲۵ درصد دارای مدرک دیپلم، ۳۱/۳ درصد دارای مدرک فوق دیپلم، ۱۸/۸ درصد دارای مدرک کارشناسی و ۲۵ درصد نیز دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی حاصل از اجرای ابزارهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون

خرده مقیاس‌ها	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آماره شاپیرووویلک
پیش‌آزمون علائم جسمانی	آزمایشی	۱۷/۶۲	۰/۹۵	۰/۶۵
	کنترل	۱۷/۵۰	۰/۹۶	۰/۷۳
	آزمایشی	۱۲/۹۳	۱/۷۳	۰/۰۹۳
	کنترل	۱۷/۱۸	۱/۰۴	۰/۱۳۷
پیش‌آزمون علائم جسمانی	آزمایشی	۱۸/۰۶	۰/۷۷	۰/۰۵
	کنترل	۱۷/۶۸	۰/۸۷	۰/۰۵۴
	آزمایشی	۱۲/۸۱	۱/۶۴	۰/۱۱۲
	کنترل	۱۶/۷۵	۱/۸۴	۰/۰۶۵
پیش‌آزمون کارکرد اجتماعی	آزمایشی	۱۸/۲۵	۱/۰۶	۰/۰۷۱
	کنترل	۱۸/۱۲	۱/۰۲	۰/۱۱۴
	آزمایشی	۱۲/۲۵	۱/۶۹	۰/۴۴۹
	کنترل	۱۶/۶۸	۲/۰۵	۰/۰۵۶
پیش‌آزمون افسردگی	آزمایشی	۱۸/۳۷	۱/۰	۰/۰۶۲
	کنترل	۱۸	۰/۹۶	۰/۰۵۱
	آزمایشی	۱۲/۲۵	۱/۶۵	۰/۴۰۶
	کنترل	۱۶/۶۸	۲/۰۵	۰/۱۴۲
پیش‌آزمون شایستگی	آزمایشی	۸	۱/۱۵	۰/۴۰۰
	کنترل	۸/۱۱۸	۰/۹۸	۰/۲۲۱
	آزمایشی	۱۵/۱۸	۰/۶۵	۰/۰۶۲
	کنترل	۹/۱۲	۲/۴۷	۰/۰۶۶
پیش‌آزمون اعتماد	آزمایشی	۷/۹۳	۱/۲۸	۰/۱۱۴
	کنترل	۷/۶۸	۱/۰۱	۰/۰۱۳۶
	آزمایشی	۱۵/۶۸	۱/۶۶	۰/۱۲۲
	کنترل	۸/۰۶	۱/۱۲	۰/۰۴۱
پیش‌آزمون پذیرش عواطف	آزمایشی	۷/۶۸	۱/۵۳	۰/۱۲۵
	کنترل	۸/۰۶	۰/۷۷	۰/۰۱۵
	آزمایشی	۱۵/۳۱	۱/۰۷	۰/۰۵۶
	کنترل	۱۵/۳۱	۱/۰۷	۰/۰۵۶

مقیاس سلامت روانی

مقیاس تاب‌آوری

۰/۰۶۶	۲/۴۷	۹/۱۲	کنترل	پیش آزمون مهار
۰/۰۶۳	۱/۶۷	۷/۴۳	آزمایشی	
۰/۱۵۰	۰/۶۸	۷/۹۳	کنترل	
۰/۲۷۹	۱/۵۰	۱۴/۵۶	آزمایشی	پس آزمون مهار
۰/۰۸۲	۱/۶۲	۸/۳۷	کنترل	
۰/۱۴۳	۱/۰۳	۷/۵۰	آزمایشی	
۰/۰۵۱	۱/۰۸	۷/۶۲	کنترل	پیش آزمون معنویت
۰/۲۰۲	۱/۷۷	۱۵/۶۸	آزمایشی	
۰/۰۹	۱/۴۰	۸/۳۷	کنترل	

یافته‌های توصیفی حاصل از گروه نمونه بر اساس مقیاس‌های سلامت روانی و تاب آوری نشان می‌دهند که شرکت در کارگاه سرمایه روانشناختی لوتانز، در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون به کاهش میانگین در خرده مقیاس‌های سلامت روانی و افزایش میانگین در خرده مقیاس‌های تاب آوری منجر شده است (جدول ۱). افزون بر آن، نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی توزیع نرمال متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به این جدول، آماره Z این آزمون برای اکثر متغیرها معنی‌دار نیست، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، توزیع متغیرها نرمال است.

جدول ۲. آزمون کرویت ماشلی

عامل‌ها	ماشلی	مجدور خی	درجه آزادی	معنی‌داری	گرینهاوس گیرز	هین فلت	حد پایین
نشانه‌های جسمانی	۰/۸۹۵	۰/۴۱۹	۲	۰/۸۲۵	۰/۹۸۵	۱	۰/۵۰
نشانه‌های اضطراب	۰/۸۲۹	۵/۰۷	۲	۰/۱۷۹	۰/۸۵۴	۰/۹۳۶	۰/۵۰
کارکرد اجتماعی	۰/۹۹۷	۰/۰۸۴	۲	۰/۸۵۹	۰/۹۹۷	۱	۰/۵۰
نشانه‌های افسردگی	۰/۸۷۷	۳/۶۵	۲	۰/۱۷۹	۰/۸۹۰	۰/۹۸۱	۰/۵۰
شایستگی	۰/۹۶۷	۰/۸۹۷	۲	۰/۶۴۰	۰/۹۶۸	۱	۰/۵۰
اعتماد	۰/۷۶۴	۷/۲۵	۲	۰/۲۲۷	۰/۸۰۹	۰/۸۸۲	۰/۵۰
پذیرش عواطف	۰/۹۰۲	۲/۷۹	۲	۰/۸۸	۰/۹۱۱	۱	۰/۵۰
مهار	۰/۹۷۸	۰/۰۷۴	۲	۰/۹۵۹	۰/۹۹۷	۱	۰/۵۰
معنویت	۰/۷۷۷	۳/۵۵	۲	۰/۱۶۹	۰/۸۹۰	۰/۹۸۱	۰/۵۰

جدول ۲، نتایج آزمون کرویت را نشان می‌دهد. نقص کرویت زمانی روی می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها میان تمام ترکیب‌های گروه‌های مرتبط، برابر نباشد. کرویت را می‌توان همانند همگنی واریانس در تحلیل آنوا دانست. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در تمام موارد، این فرض رعایت شده است. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس-طرح سنجش مکرر برآورده شده است، فرضیه‌های پژوهش مورد آزمون قرار می‌گیرد.

الف) آزمون فرضیه اول پژوهش: مداخله سرمایه روانشناختی لوتانز، موجب ارتقای سلامت روانی مادران دارای کودکان مبتلا به کاستی توجه و بیش‌فعالی می‌شود.

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس مختلط ابعاد سلامت روانی

منبع	خرده مقیاس	عامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
اثر درون آزمودنی	علائم جسمانی	خطی	۱۰۰	۱	۱۰۰	۱۰۵/۴۹۵	۰/۰۰۰
	اضطراب	خطی	۱۵۳/۱۴۱	۱	۱۵۳/۱۴۱	۱۰۴/۴۸۸	۰/۰۰۰
	کارکرد اجتماعی	خطی	۲۲۱/۲۶۶	۱	۲۲۱/۲۶۶	۱۵۰/۹۷۰	۰/۰۰۰
	افسردگی	خطی	۲۲۱/۲۶۶	۱	۲۲۱/۲۶۶	۱۳۱/۲۰۱	۰/۰۰۰
اثر تعامل درون آزمودنی و گروه	علائم جسمانی	خطی	۷۶/۵۶۲	۱	۷۶/۵۶۲	۸۰/۷۶۹	۰/۰۰۰
	اضطراب	خطی	۷۴/۳۹۱	۱	۷۴/۳۹۱	۵۰/۷۵۷	۰/۰۰۰
	کارکرد اجتماعی	خطی	۸۳/۲۶۶	۱	۸۳/۲۶۶	۵۶/۸۱۲	۰/۰۰۰
	افسردگی	خطی	۹۲/۶۴۱	۱	۹۲/۶۴۱	۵۴/۹۳۲	۰/۰۰۰
اثر بین گروهی	علائم جسمانی	خطی	۶۸/۰۶۲	۱	۶۸/۰۶۲	۳۳/۶۴۶	۰/۰۰۰
	اضطراب	خطی	۵۰/۷۶۶	۱	۵۰/۷۶۶	۲۲/۴۴۸	۰/۰۰۰
	کارکرد اجتماعی	خطی	۷۴/۳۹۱	۱	۷۴/۳۹۱	۲۳/۴۳۸	۰/۰۰۰
	افسردگی	خطی	۶۶/۰۱۶	۱	۶۶/۰۱۶	۲۳/۶۹۲	۰/۰۰۰

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، اثرات اصلی درون آزمودنی و گروه و همچنین اثر تعاملی گروه و درون آزمودنی معنادار است. با توجه به ضریب F محاسبه شده اثر خطی درون آزمودنی، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های علائم جسمانی، نشانه‌های اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی در دو مرحله اندازه‌گیری تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < 0.05$). همچنین اثر بین گروهی نشان می‌دهد بین میانگین‌های علائم جسمانی، نشانه‌های اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < 0.05$). همچنین معناداری اثر تعاملی نشان می‌دهد بین تفاوت نمرات افراد در زمان‌های مختلف در گروه آزمایش و کنترل نیز تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین با توجه به میانگین‌های مشاهده شده در بخش توصیفی نتیجه گرفته می‌شود که فرض صفر رد شده و مداخله سرمایه روانشناختی لوتانز در شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تأثیر بیشتری بر علائم جسمانی، نشانه‌های اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی در مادران دارای کودکان مبتلا به کاستی توجه و بیش فعالی داشته است.

ب) آزمون فرضیه دوم پژوهش: مداخله سرمایه روانشناختی لوتانز، موجب ارتقای تاب آوری مادران دارای کودکان مبتلا به کاستی توجه و بیش فعالی می‌شود.

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس مختلط ابعاد تاب آوری

منبع	خرده مقیاس	عامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
اثر درون آزمودنی	شایستگی	خطی	۲۶۴/۰۶۲	۱	۲۶۴/۰۶۲	۹۳/۵۴۲	۰/۰۰۰
	اعتماد	خطی	۲۶۴/۰۶۲	۱	۲۶۴/۰۶۲	۱۲۵	۰/۰۰۰
	پذیرش عواطف	خطی	۳۰۱/۸۹۱	۱	۳۰۱/۸۹۱	۹۹/۱۵۰	۰/۰۰۰
	مهار	خطی	۲۲۸/۷۶۶	۱	۲۲۸/۷۶۶	۱۰۷/۴۹۶	۰/۰۰۰
اثر تعامل درون	معنویت	خطی	۳۱۹/۵۱۶	۱	۳۱۹/۵۱۶	۱۹۲/۷۹۴	۰/۰۰۰
	شایستگی	خطی	۱۵۶/۲۵۰	۱	۱۵۶/۲۵۰	۵۵/۳۵۱	۰/۰۰۰
	اعتماد	خطی	۲۱۷/۵۶۲	۱	۲۱۷/۵۶۲	۱۰۲/۹۸۸	۰/۰۰۰

آزمودنی و گروه	پذیرش عواطف	خطی	۱۷۲/۲۶۶	۱	۱۷۲/۲۶۶	۵۶/۵۷۷	۰/۰۰۰
	مهار	خطی	۱۷۸/۸۹۱	۱	۱۷۸/۸۹۱	۸۴/۰۶۰	۰/۰۰۰
	معنویت	خطی	۲۲۱/۲۶۶	۱	۲۲۱/۲۶۶	۱۳۳/۵۱۰	۰/۰۰۰
	شایستگی	خطی	۶۵۶۱	۱	۶۵۶۱	۸۶/۴۰۲	۰/۰۰۰
	اعتماد	خطی	۶۲۰۱/۵۶۲	۱	۶۲۰۱/۵۶۲	۱۹۹/۱۱۴	۰/۰۰۰
اثر بین گروهی	پذیرش عواطف	خطی	۶۴۶۰/۱۴۱	۱	۶۴۶۰/۱۴۱	۶۵/۱۶۱	۰/۰۰۰
	مهار	خطی	۵۸۷۱/۳۹۱	۱	۵۸۷۱/۳۹۱	۶۶/۱۰۷	۰/۰۰۰
	معنویت	خطی	۶۱۴۲/۶۴۱	۱	۶۱۴۲/۶۴۱	۱۰۱/۲۶۳	۰/۰۰۰

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، اثرات اصلی درون آزمودنی و گروه و همچنین اثر تعاملی گروه و درون آزمودنی معنادار است. با توجه به ضریب F محاسبه شده اثر خطی درون آزمودنی، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی، پذیرش عواطف مثبت، عواطف امن، مهار و معنویت در دو مرحله اندازه‌گیری تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < 0.05$). همچنین اثر بین گروهی نشان می‌دهد بین میانگین‌های شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی، پذیرش عواطف مثبت، عواطف امن، مهار و معنویت شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < 0.05$). همچنین معناداری اثر تعاملی نشان می‌دهد بین تفاوت نمرات افراد در زمان‌های مختلف در گروه آزمایش و کنترل نیز تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین با توجه به میانگین‌های مشاهده شده در بخش توصیفی نتیجه گرفته می‌شود که فرض صفر رد شده و مداخله سرمایه روانشناختی لوتانز در شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تأثیر بیشتری بر شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی، پذیرش عواطف مثبت، عواطف امن، مهار و معنویت در مادران دارای کودک مبتلا به کاستی توجه و بیش فعالی داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

در حالی که روانشناسی در نیمه دوم قرن بیستم، اساساً محدود به ترمیم آسیب‌ها و درمان بیماری‌ها بوده است، امروزه شاهد پژوهش‌های بسیاری هستیم که متمرکز بر شکوفایی و رشد ویژگی‌های مثبت در افراد هستند. این تغییر در توجه روانشناسان از ترمیم و درمان آسیب‌ها به پرورش استعدادها و شکوفایی هرچه بیشتر انسان‌ها، کانون روانشناسی مثبت‌گرا بوده است (مایرز، وان ورکوم و بیکر^{۲۴}، ۲۰۱۳). از میان مداخله‌های متعددی که در این حوزه طراحی شده است، مدل مداخله ای لوتانز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این یک مدل آموزشی است که به منظور ارتقای سرمایه روانشناختی با تمرکز بر هر کدام از مؤلفه‌های امید، خوشبینی، خودکارآمدی و استفاده تهیه شده است (لوتانز، کارلین و بروس^{۲۵}، ۲۰۱۵).

در این راستا، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی مداخله سرمایه روانشناختی لوتانز بر سلامت روانی و تاب‌آوری مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل‌های آماری نشانگر این مطلب است که برنامه آموزشی حاضر توانسته به‌طور معناداری سلامت روانی (نشانه‌های جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، علائم افسردگی و کارکرد اجتماعی) و تاب‌آوری (شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی، پذیرش عواطف مثبت، عواطف امن و مهار و معنویت) مادران را افزایش دهد. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های لوتانز و همکاران (۲۰۱۵)، لوتانز و همکاران (۲۰۱۴) و لوتانز، آوی، آولویو و پیترسون^{۲۶} (۲۰۱۰) همسو است. لوتانز و همکاران (۲۰۱۴) عنوان کردند که این مداخله برای تغییر نگرش مثبت و عملکرد افراد مناسب است در پژوهش دیگری، القاسمی، منزور و حسن^{۲۷} (۲۰۱۵) این مداخله را در بهبود عملکرد مناسب دانستند.

²⁴. Meyers, van Woerkom, & Bakker

²⁵. Luthans, Carlyn, & Bruce

²⁶. Luthans, Avey, Avolio, & Peterson

²⁷. Alqasmi, Manzoor, & Hassan

مداخله سرمایه روانشناختی لوتانز درصدد ارتقای امید، خودکارآمدی، استقامت و خوشبینی افراد است و مؤلفه هایی که در سرتاسر این مداخله مورد توجه قرار می گیرند، این عوامل هستند. در سازه امید، با استفاده از نظریه اسنایدر (کمپل، ۲۰۱۶)، برنامه هایی به منظور آموزش هدف گیری درست، مفید و قابل دستیابی ترتیب داده شد. سپس چگونگی تعیین و بکارگیری گذرگاه های متعدد در تحقق اهداف مطرح شد. در ارتباط با خوشبینی، برنامه هایی به منظور تشخیص و تفکیک خوشبینی واقعی از خوشبینی غیرواقعی و افزایش سطح اسنادهای مثبت به عمل آمد (لوتانز و همکاران، ۲۰۱۴). در خودکارآمدی از طریق برنامه هایی مانند بازخورد، تقویت مثبت و تقویت جانشینی، زمینه مناسب جهت کسب تجربه موفق فراهم آمد و از طریق آموزش سرمشق گیری افزایش یافت. همچنین اقداماتی جهت تقویت استقامت بویژه از طریق آموزش سرسختی و تقویت باور به توانایی بر تأثیرگذاری نتایج رویدادها صورت گرفت (دلوروسو و استوکوا^{۲۸}، ۲۰۱۵).

نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که خودکارآمدی، خوشبینی و استقامتی که در مداخله سرمایه روانشناختی لوتانز مورد توجه قرار می گیرند، می توانند به طور معناداری سلامت روانی را پیشبینی کنند؛ بدین گونه که هر قدر خودکارآمدی و خوشبینی و استقامت فرد افزایش یابد، سلامت روانی آنها نیز افزایش خواهد یافت. این یافته ها با پژوهش شاکرمی و همکاران (۱۳۹۳) همخوانی دارد که بیان کردند، سرمایه روانشناختی قادر به پیشبینی بهزیستی روانی است و همچنین با پژوهش نجد و همکاران (۱۳۹۲) و شریفی و سعیدی (۱۳۹۴) از این جهت که بهزیستی روانشناختی براساس خودکارآمدی و خوشبینی پیشبینی می شود نیز همسویی دارد. بنابراین به نظر می رسد، به آن دلیل که خودکارآمدی به داشتن اعتماد به توانایی های خود، خودمختاری و استقلال، باور به توانایی مقابله با مشکلات و قابلیت کنترل محیط اشاره دارد و به آن دلیل که بهزیستی روانشناختی نیز با عواملی همچون پذیرش خود، داشتن ارزیابی مثبت نسبت به توانمندی های خود، خودمختاری و رشد شخصی معنا پیدا می کند؛ بنابراین افزایش خودکارآمدی در افراد می تواند موجب رشد سلامت روانی در آنها شود و از آنجایی که افراد خودکارآمد با این توانمندی هایی که دارا هستند، معمولاً توانایی سازگاری و احساس رضایت مندی بیشتری را در زندگی تجربه می کنند، در نتیجه از میزان سلامت روانشناختی بالایی نیز برخوردار خواهند بود.

محدود بودن تعداد افراد شرکت کننده، منحصر بودن نمونه پژوهش به مادران، عدم امکان بهره گیری از روش نمونه برداری تصادفی و تأثیر آن بر روایی بیرونی پژوهش و عدم امکان پیگیری آثار برنامه مداخله، از محدودیت های پژوهش حاضر به شمار می روند. پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی با لحاظ کردن این موارد، بر توان تعمیق پذیری و غنای اطلاعات به دست آمده افزوده شود.

منابع و مراجع

- [۱] شاکرمی، م، داورنیا، ر. و زهراکار، ک. (۱۳۹۳). عوامل پیشبین بهزیستی روانشناختی در دانشجویان. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۱(۳)، ۴۸۱-۴۶۸.
- [۲] شریفی، ک، و سعیدی، ح. (۱۳۹۴). پیشبینی بهزیستی روانشناختی براساس جهت گیری زندگی و خوشبینی. رویش روانشناسی، ۱۰، ۵۸-۴۱.
- [۳] کردمیرزا نیکوزاده، عزت الله (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی برنامه مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر و گروه درمانی آدلری در ارتقای تاب آوری افراد وابسته به مواد. فرهنگ مشاوره و روان درمانی. ۵، ۲۷-۱.
- [۴] نجد، م، مصاحبی، م. و آتش پور، ح. (۱۳۹۲). پیشبینی بهزیستی روانشناختی از طریق مؤلفه های خودکارآمدی، سرسختی روانشناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده. اندیشه و رفتار، ۳۰(۸)، ۸۹-۴۷.
- [5] Agha, S. S., Zammit, S., Thapar, A., & Langley, K. (2013). Are parental ADHD problems associated with a more severe clinical presentation and greater family adversity in children with ADHD? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 369-377.
- [6] Alqasmi, T., Manzoor., S. R., & Hassan, S. (2015). Psychological capital intervention towards controlling counterproductive work behavior. *Abasyn University Journal of Social Sciences*, 8 (1), 62-73.
- [7] Avey JB, Reichard, Luthans F, Mhatre KH. Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance. *Human resource development quarterly*; 22(2): 127-52.
- [8] Bandura A. Cultivate self-efficacy for personal and organizational E.A Locke (Ed), *The Blackwell Handbook of Principles in organization Behavior*. London: Blackwell Publishing 2007: 120-36.
- [9] Brandt T, Gomes J, Boyanova, D. Personality and psychological capital as European countries. *Finnish. Journal of Business Economics*; 2011; 3(11): 263-89.
- [10] Carver CS, Scheier MF, Miller CJ, Fulford D. Optimism. In S.J. Lopez & C. R. Snyder (Eds), *Oxford Handbook of Positive Psychology*, 2nd Edition London: Oxford University Press. 2009: 303-11.
- [11] Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Kipp, H. L., Baumann, B. L., & Lee, S. S. (2003). Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1424-1432.
- [12] Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. San Diego, CA: Academic Press; 1969, pp: 66-67
- [13] Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76
- [14] Dello Russo, S., & Stoykova, P. (2015). Psychological capital intervention (PCI): a replication and extention. *Human Resource Development Quarterly*. 26(3), 329-347.
- [15] Franklin C. Mental health personalities : personality disorders, mental disorders & psychotic disorders. [Place of publication not identified]: Carol Franklin; 2016, pp: 21-22.
- [16] Goldberg, D. & Williams, P. (1988). *A Users' Guide to the General Health Questionnaire*. London: NFER Nelson.
- [17] Goldberg, D. P., & Hiller, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9 (1), 139-45.
- [18] Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 1-27.
- [19] Humphreys, K. L., Mehta, N., & Lee, S. S. (2012). Association of parental ADHD and depression with externalizing and internalizing dimensions of child psychopathology. *Journal of Attention Disorders*, 16, 267-275.
- [20] Joseph, H.M., Kennedy, T.M., Gnagy, E.M, Perlman, S. B., Pelham, W. E., Molina, B. S. G. (2018). Fathers with childhood ADHD, parenting, and their young children's behavior:

- offspring of the pittsburg ADHD longitudinal study (PALS). *Child Psychiatry & Human Development*, 50: 35. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0819-3>
- [21] Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 378–385.
- [22] Kuo, C., LoVette, A., Stein, D. J., Cluver, L. D., Brown, L. K., Atujuna, M., ... Beardslee, W. (2019). Building resilient families: Developing family interventions for preventing adolescent depression and HIV in low resource settings. *Transcultural Psychiatry*, 56(1), 187–212.
- [23] López Seco, F., Aguado-Gracia, J., Mundo-Cid, P., Acosta-García, S., Martí-Serrano, S., Gaviria, A. M., & Masana-Marín, A. (2015). Maternal psychiatric history is associated with the symptom severity of ADHD in offspring. *Psychiatry Research*, 226, 507–512.
- [24] Luthans, B. C., Luthans, K. W., & Avey, J. B. (2014). Building the leaders of tomorrow: the development of academic psychological capital. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 21 (2), 191-199.
- [25] Luthans, F., Avey, J. B., Avolio, B. J., & Peterson, S. J. (2010). The development and resulting performance impact of positive psychological capital. *Human resource development quarterly*, 21, 1.
- [26] Luthans, F., Carlyn, M., & Bruce, J. (2015). *Psychological capital and beyond*, Oxford University Press.
- [27] Meyers, M. C., van Woerkom, M., & Bakker, A. B. (2013). The added value of the positive: a literature review of positive psychology interventions in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22, 5, 618-632.
- [28] Organization WH. Mental health: a state of well-being. 2014. [Cifeg 2018 May 23]. Available from: URL: [http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/2014]
- [29] Ray, G. T., Croen, L. A., & Habel, L. A. (2009). Mothers of children diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder: health conditions and medical care utilization in periods before and after birth of the child. *Medical Care*, 47, 105–114.
- [30] Sederer LI. The family guide to mental health care. New York: W.W. Norton & Company; 2015, 33-34.
- [31] Singh, N., et al. (2019). "Impact of a Secondary School Depression Prevention Curriculum on Adolescent Social-Emotional Skills: Evaluation of the Resilient Families Program." *Journal of Youth and Adolescence* 48(6): 1100-1115.
- [32] Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M. H., Mundy, E., & Faraone, S. V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 1432–1437.
- [33] Zhao, X., Page, T. F., Altszuler, A. R., Pelham, W. E., Kipp, H., Gnagy, E. M. (2019). Family burden of raising a child with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1-12.