

تاثیر آموزش تفکر مثبت بر افسردگی و شادکامی مادران کودکان با اختلالات بیرونی شده

معصومه بیرانوند^۱، عارفه اوحدی^۲، اعظم غفوری^۳، سیده سمیرا موسوی^۴

^۱ کارشناس ارشد روان شناسی عمومی.

^۲ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی.

^۳ دکترای روان سنجی

^۴ دکترای روان شناسی عمومی

نام نویسنده مسئول:

عارفه اوحدی

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی آموزش تفکر مثبت به مادران کودکان دارای اختلالات بیرونی شده بر افسردگی و شادکامی آنهاست. اختلالات بیرونی سازی شده شامل اختلال بیش فعالی بی توجهی، اختلال سلوک و اختلال لجبازی نافرمانی مقابله ای می باشد. پژوهش از نوع طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل است. نمونه ای متشکل از ۳۰ نفر (۱۵ نفر در گروه آزمایشی، ۱۵ نفر در گروه گواه)، از میان مادران مراجعه کننده به کلینیک مشاوره و روان شناسی دانش آموزی نه منطقه تهران، به گونه ای تصادفی انتخاب شدند. ابزار اندازه گیری مورد استفاده این پژوهش پرسشنامه افسردگی بک و شادکامی آکسفورد بود. این نوع آموزش در ۸ جلسه انجام پذیرفت. نمرات پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری یک ماهه، در مورد هر دو گروه با روش تحلیل کواریانس تحلیل شد. یافته ها نشان داد که فرضیه پژوهش مورد تایید قرار گرفته است و آموزش تفکر مثبت در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در پس آزمون، به طور معناداری باعث افزایش شادکامی و کاهش افسردگی شده است ($P < 0/001$). تفکر مثبت بر افزایش شادکامی و کاهش افسردگی مادران کودکان با اختلالات بیرونی شده تاثیر معنادار دارد. **واژگان کلیدی:** آموزش تفکر مثبت، اختلالات بیرونی شده، شادکامی، افسردگی.

مقدمه

اختلال‌های برونی‌سازی شده از جمله اختلال‌های دوران کودکی است و محتوای اصلی آنها را رفتارهای ضداجتماعی و تضادورانه تشکیل می‌دهند که براساس طبقه‌بندی ابعادی، با اصطلاح اختلال‌های برونی‌سازی شده^۱ نام‌گذاری شده‌اند. این نوع مشکلات در طبقه‌بندی مقوله‌ای انجمن روان‌پزشکی آمریکا (IV-TR-DSM) به سه اختلال لجبازی/نافرمانی مقابله‌ای^۲ (ODD)، اختلال سلوک^۳ (CD) و اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی^۴ (ADHD) تقسیم می‌شوند (مهکام و دادستان، ۱۳۸۸).

اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه، رایج‌ترین اختلال کودکی است که توجه روان‌شناسان را به خود جلب کرده است (بوسینگ، میسون، بل، پرت و گارون^۵، ۲۰۱۰). ADHD یک سندرم بالینی با سه ویژگی اصلی کمبود توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری است، و کاستی‌های روشنی در زمینه اختصاصی بودن و حساسیت در تشخیص این اختلال وجود دارد. تصور می‌شود ADHD منشا، نفوذ پذیری پایین، ناهمگنی، و اپیستازی پیچیده‌ای دارند. شناسایی و شمار این پیچیدگی‌ها، زمانی که در پی تغییرات ژنتیکی خاصی باشیم که زمینه‌آمدگی برای ابتلا به ADHD و نمود بالینی آن را فراهم می‌کند بسیار اهمیت دارند (اکتون^۶، ۲۰۱۳؛ اکتون، ۲۰۱۳).

اختلال لجبازی/نافرمانی مقابله‌ای از رایج‌ترین اختلالات بالینی در کودکان و نوجوانان است (استینر و رمسینگ^۷، ۲۰۰۷). این اختلال نوعی اختلال شایع روان‌پزشکی است که حداکثر تا اوایل نوجوانی با الگوی رفتاری مکرر منفی گرایانه، خصومت و لجبازی در برابر مراجع قدرت مشخص می‌شود و حداقل ۶ ماه این روند ادامه دارد (محمد اسماعیل، ۱۳۸۰). از دیدگاه مدل فرضیه‌ای چندگانه، برای اختلال لجبازی نافرمانی مقابله‌ای تعامل پیچیده‌ای بین استعداد بالقوه و عوامل حمایتی وجود دارد. این مدل‌ها عوامل بیولوژیکی، عوامل کارکردی، عوامل روان‌شناختی گسترده و دیگر عوامل محیطی را برای این اختلال شناسایی می‌کنند (فرری^۸، ۲۰۱۳).

ارتباطی حیاتی و مهم بین اعمال ناکارآمد والدگری و نتایج رفتاری ضد اجتماعی کودک وجود دارد. کما اینکه با آموزش نحوه رفتار صحیح و مؤثر والدگری، علامت‌های اختلالات رفتاری ضد اجتماعی و رفتارهای لج بازی مقابله‌ای در کودکان به طرز معناداری کاهش می‌یابد (هوش ور، بهنیا، خوشبایی، میرزایی و رهگذر، ۱۳۸۸).

خانواده در زندگی اجتماعی کودک نقش عمده‌ای ایفا می‌کند. وظیفه خانواده، مراقبت از فرزندان و تربیت آنها، برقراری تعامل سالم اعضا با هم و کمک به استقلال کودکان می‌باشد، اما وجود یک کودک مشکل‌دار و رویاهای بر باد رفته والدین آنها را تحت فشار روحی و روانی قرار داده و تعامل آنها را بر هم می‌زند (کشاورزی ارشد و آزموده، ۱۳۸۸). مادران کودکان ناتوان، در زمینه سلامت روان، رضایت از زندگی، استرس و اضطراب، ناامیدی، افسردگی و ناشادی، و عدم سازگاری با کودکشان، مشکل دارند (آرنواد^۹ و همکاران، ۲۰۰۸). نشانگان افسردگی در مادران کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری در مقایسه با مادران کودکان طبیعی بسیار بیشتر است. نشانه‌های اضطرابی کودکان با اختلالات اضطرابی ممکن است در رفتارهای والدین بروز یابد، به طور خاص در موقعیت‌هایی که والدین مجبورند با کودکانشان که نافرمان و جدلی هستند روبرو شوند، تمایل به برون‌ریزی خشم دارند. در مقابل، والدین افسرده بیشتر تمایل دارند که اشتباهات و بی‌کفایتی‌های خود را نشخوار کنند (کاشدان^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۴).

روانشناسی مثبت‌نگر^{۱۱} در اواخر دهه ۱۹۹۰ به وسیله سلیگمن در مدتی که رئیس انجمن روان‌شناسی آمریکا بود شکل گرفت. روانشناسی مثبت‌نگر خوشبختی، برتری و عملکرد را نادیده گرفته و در عوض روی نابهنجاری‌ها حالت دفاعی، ضعف‌ها، و انگیزش‌های منفی اشکالات انسان به جای محسنات آنها تمرکز می‌کنند انتقاد کرده است. روانشناسان مثبت‌نگر بر شادکامی متمرکزند. اما روان‌شناسان بالینی بر کاهش ناشادبودن تمرکز دارند (کریمی، ۱۳۸۸).

روان‌شناسی مثبت‌نگر بر زندگی دلپذیر، متعهدانه و معنی‌دار متمرکز است. این سه مسیر به سوی شادکامی است که با بهزیستی در ارتباط است. روان‌شناسی مثبت‌نگر بر آن است تا بهزیستی و شادکامی را افزایش دهد نه اینکه کمبودها را از بین برد (کار^{۱۲}، ۲۰۱۳؛ سلیگمن،

1. externalized disorders.

2. oppositional defiant disorder.

3. conduct disorder

4. Attention deficit hyperactivity disorder.

5. Bussing, R., Msson, D. M., Bell, L., & Garvan, C

6. Acton, Q. A.

7. Steiner, H., Remsing, L

8. Ferri, F.

9. Arnaud, C.

10. Kashdan, T. B.

11. positive psychology.

12. Carr, A.

رشید و پارکز^۱، ۲۰۰۶). شادکامی دارای مولفه های عاطفی اجتماعی و شناختی است. مولفه عاطفی باعث می شود که فرد همواره از نظر اخلاقی شاد و خوشحال باشد. مولفه اجتماعی موجب گسترش روابط اجتماعی با دیگران و افزایش حمایت اجتماعی می شود. مولفه شناختی موجب می گردد فرد نوعی تفکر و پردازش اطلاعات ویژه خود داشته و وقایع روزمره را طوری تعبیر و تفسیر کند که خوش بینی وی را به دنبال داشته باشد. روابط مثبت با دیگران، هدفمند بودن زندگی، رشد شخصی، دوست داشتن دیگران و طبیعت نیز اجزای شادکامی به حساب می آیند (کار، ۲۰۰۴).

سابقاً شادکامی مهم ترین جزء روان شناسی مثبت نگر بود اما بر طبق نظریه تجدید نظر شده سلیگمن درباره روان شناسی مثبت نگر، شادکامی اکنون بخشی از ساختار بزرگتر بهزیستی است. هدف بهزیستی این است که میزان پیشرفت در زندگی افراد را افزایش دهد. شادکامی بخش بزرگی از زندگی فرد را در بر می گیرد که شامل: هیجانات مثبت^۲، تعهد^۳ و علاقه^۳، معنی و هدف است. (مک کنویل و ری، ۲۰۱۲). شادکامی به این معنا نیست که افراد تمام مدت خوشحال و شاد باشند، بلکه منظور حفظ تعادل بین درد و لذت است (مک نوپل و ری، ۲۰۱۲؛ دیوید، بونیول و کنلی آیزر^۵، ۲۰۱۳؛ شوارتز و استراک^۶، ۱۹۹۱).

آموزش مثبت اندیشی بر افزایش شادکامی افراد اثر گذار است (رافائل^۷، ۲۰۰۹؛ سلیگمن، ۱۹۹۶؛ سهرابی و جوان بخش، ۱۳۸۸؛ حسن شاهی، ۱۳۸۱). مداخلات روان شناسی مثبت نگر ابعاد نوید بخش و جدیدی به تعلیم و تمرینات بالینی پیشنهاد می کنند. آنها برای دیگر درمان های افسردگی موثر و مکمل هستند وحتی تاثیرش از دیگر درمان ها طولانی مدت تر است (سیلیک، آگوئر و بی^۸، ۲۰۱۱). مولفه های رویکرد مثبت نگر در کاهش اضطراب و افسردگی، افزایش رضایت از زندگی، سلامت روان، امیدواری و شادکامی افراد اثربخش بوده است (دوکر^۹ و استپتو^۹، ۲۰۱۰).

روش

پژوهش حاضر از نوع طرح های نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه پژوهشی مورد نظر عبارت است از کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال های بیرونی شده که به کلینیک مشاوره و روان شناسی دانش آموزی منطقه نه شهر تهران مراجعه کرده اند و فرزندان آن ها در این مرکز پرونده دارند. تعداد آن ها ۴۵ نفر است. نمونه پژوهشی که به صورت تصادفی از بین این جامعه ۴۵ نفری انتخاب شده اند شامل ۳۰ نفر از مادران کودکان (۶ تا ۱۱) سال که ۱۱ نفر از این والدین به طور تصادفی به عنوان گروه آزمایشی و ۱۵ نفر از آن ها به طور تصادفی به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شده اند. آموزش تفکر مثبت به مادران به عنوان متغیر مستقل ارائه می شود و اختلال های بیرونی شده (بیش فعالی /کمبود توجه و نافرمانی مقابله ای) به عنوان متغیر وابسته که قبل وبعد از اعمال متغیر مستقل اندازه گیری می شوند. تفکر مثبت در ۸ جلسه ۲ ساعته آموزش داده شد. یک ماه پس از پایان آموزش تفکر مثبت به مادران، دوره پیگیری روی هر دو گروه انجام گرفت. روش نمونه گیری به شکل تصادفی ساده بود به این شکل که پژوهشگر از میان کلیه مادران این کودکان ۳۰ نفر از این مادران را با روش تصادفی ساده انتخاب و سپس ۱۵ نفر از والدین را به صورت تصادفی در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر دیگر از والدین را به صورت تصادفی در گروه کنترل قرار می دهد، در گروه کنترل هیچ نوع مداخله ای صورت نمی گیرد. شرایط ورود به پژوهش عبارت است از:

۱. تشخیص بیش فعالی و یا لج بازی /نافرمانی یا بیش فعالی به همراه لج بازی/ نافرمانی توسط روان شناس یا روان پزشک
۲. دامنه سنی ۶-۱۱ سال
۳. زندگی کردن با هر دو والد
۴. بهره هوشی در دامنه متوسط
۵. نداشتن سابقه بیماری روان پزشکی قابل تشخیص در والدین
۶. نبود مشکلات جسمانی و روان شناختی به جز موارد مطرح شده در بالا در کودکان

1. Seligman, M. E. P., Rashid, T & Parks, C
 2. positive emotions.
 3. commitment.
 4. MacConville, R., & Rae, T
 5. David, D., Boniwell, A & Conley ayers, A
 6. Shwarz, N., & Strack, F.
 7. Raffaele, M.
 8. Csillik, A., Aguerre, C & Bay, M
 9. Dockray, s., & Steptoe, A.

پرسشنامه ها:

الف: پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۱، نسخه بهبود یافته پرسشنامه شادکامی آکسفورد است که توسط هیلز و آرگایل^۲ (۲۰۰۲) ساخته شده است و سازه های روانشناختی زیر را مورد ارزیابی قرار میدهد: پاداش دهندگی زندگی، آمادگی روانی، رضایت از خود، احساس زیبایی شناختی، رضایت از زندگی، سازماندهی زمانی، جستجوی جذابیت، و خاطرات شاد.

هیلز و آرگایل (۲۰۰۲) ضریب پایایی پرسشنامه را ۹۱۰ و همبستگی درونی گویه ها را بین ۰/۰۴ تا ۰/۶۵ گزارش کرده اند مؤلفان همبستگی معناداری را بین OHQ و مقیاس های برون گرایی (۰/۶۱، $P < ۰/۰۰۱$)، پسیکوزگرایی (۰/۱۷، $P < ۰/۰۰۱$)، نوروگرایی (۰/۰۵، $P < ۰/۰۰۱$)، (به دست داده اند. همچنین، همبستگی های مثبتی بین این پرسشنامه با آزمون جهتگیری زندگی ۱، شاخص توجه زندگی ۲، آزمون حرمت خود ۳، و مقیاس رضایت مندی از زندگی ۴ به دست آمده اند که نشان دهنده اعتبار سازه ی این پرسشنامه در حد بالا هستند پرسش نامه شادکامی آکسفورد به وسیله علی پور و نور بالا (۱۳۷۸) به فارسی ترجمه گردیده و سپس به صورت مقدماتی روی تعدادی دانشجو اجرا شد و اصلاحاتی روی آن انجام گرفت. با اجرای فرم نهایی آزمون، شاخص های آماری از روایی درون آزمون و آلفای کرونباخ آن محاسبه گردید که برابر با ۹۳/۰ است. با روش دو نیمه کردن به روش اسپیرمن براون، ۹۲/۰ گزارش شده است (هادی نژاد و زارعی، ۱۳۸۸).

ب: پرسشنامه افسردگی بک^۳: این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تدوین شد. این پرسشنامه که شامل ۲۱ سوال است، به منظور سنجش بازخوردها و نشانه های بیماران افسرده ساخته شده است. و ارزش عدد صفر تا سه برای هر جمله نشان دهنده شدت درجه ی تعیین شده است. این مواد و وزن های آنها به طور منطقی انتخاب شده اند. بک، استیر و گاربین اظهار کرده اند که همسانی درونی (ضریب آلفا) پرسشنامه بک را ۸۷/۰ و پایایی آن نیز به روش بازآزمایی بیش از ۶۰/۰ بوده است. هم چنین همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس درجه بندی روان پزشکی همیلتون (HRSD)، مقیاس خود سنجی زونک، مقیاس افسردگی MMPI، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی و SCL-90 در بین بیماران روان پزشکی بیش از ۶۰/۰ است. در ایران نیز پژوهش های انجام گرفته، اعتبار پرسشنامه بک را بالا و پایایی آن را بالای ۹۰/۰ و پایایی بازآزمایی آن را ۷۰/۰ گزارش کرده است (هاشمی و حکمتی، ۱۳۸۹). روش جمع آوری اطلاعات در این پژوهش، روش اجرای مستقیم در گروه بود. نتایج توصیفی در سطح میانگین و انحراف معیار، و استنباط از نتایج به شیوه تحلیل کواریانس انجام شد.

یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد (افسردگی) نمره پیش آزمون افراد در گروه کنترل ۲۲/۰۷ و ۱۰/۷۰ و در پس آزمون ۲۰/۵۳ و ۹/۸۳ است و در گروه آزمایش میانگین و انحراف استاندارد نمره پیش آزمون ۲۳/۶۰ و ۱۰/۸۲ و نتایج حاکی از تفاوت میان نمره ها در دو گروه است. میانگین و انحراف استاندارد (شادکامی) نمره پیش آزمون افراد در گروه کنترل ۳۶/۴۶ و ۷/۲۱ و در گروه آزمایش ۳۵/۶۰ و ۸/۰۴، نمره پس آزمون در گروه کنترل ۳۷/۰۶ و ۶/۷۲ و در گروه آزمایش ۵۳/۳۳ و نمره پیگیری در گروه کنترل ۳۵/۸۶ و ۷/۳۰ و در گروه آزمایش ۵۱/۳۳ و ۶/۸۱ است. در پیش آزمون پس آزمون و پیگیری (با فاصله زمانی ۱ ماه). نتایج حاکی از تفاوت میان نمره ها در دو گروه است آموزش تفکر مثبت موجب افزایش شادکامی در مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال های بیرونی شده، شده است.

جدول ۱: نتایج مربوط به بررسی فرض همگنی شیب های رگرسیون

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معناداری
گروه و پیش آزمون	۰/۳۵	۱	۰/۳۵	۰/۰۲	۰/۸۸

1 . Oxford Happiness Inventory

2 . Hills & Argyle

3 . Beck Depression Inventory

جدول شماره ۲: نتایج مربوط به بررسی فرض همگنی شیب های رگرسیون

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معناداری
گروه	۱۸۷/۷۱	۱	۱۸۷/۷۱	۲۹/۲۷	۰/۰۰۰
پیش آزمون	۱۰۰۰/۲۴	۱	۱۰۰۰/۲۴	۱۵۶	۰/۰۰۰
گروه و پیش آزمون	۲۰/۶۵	۱	۲۰/۶۵	۳/۲۲	۰/۰۸
خطا	۱۶۶/۷۰	۲۶	۶/۴۱		
مجموع	۶۴۴۴۴	۳۰			

در جدول شماره ۲ بررسی همگنی شیب های رگرسیون از جمله مفروضه های محاسبه تحلیل کوواریانس است. در این محاسبه اگر تعامل میان گروه و نمره های پیش آزمون از نظر آماری معنادار باشد داده ها از فرضیه همگنی شیب های رگرسیون پشتیبانی و حمایت نمی کنند. در اینجا نتایج حاصل نشانگر این است که تعامل معنادار نیست بنابراین این مفروضه تأیید می شود و می توان گفت شیب های رگرسیون همگن هستند.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به افسردگی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	۲۵۸۹/۸۳	۱	۲۵۸۹/۸۳	۱۶۳/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۵
گروه	۲۸۴	۱	۲۸۴	۱۷/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۳۹

نتایج محاسبه تحلیل کوواریانس در خصوص اختلال بیش فعالی از نوع بی توجهی در جدول شماره ۳ گزارش شده است. همان گونه که مشاهده می شود به منظور بررسی تفاوت نمره های افسردگی دو گروه کنترل و آزمایش، از روش تحلیل کوواریانس استفاده شده است. متغیر پیش آزمون نشان می دهد که متغیر تصادفی کمکی (پیش آزمون) به طور معناداری با متغیرهای وابسته (متغیر پس آزمون و متغیر پیگیری) رابطه دارد و خط بعدی (متغیر گروه) نیز نشان دهنده اثر اصلی گروه است. پس از تعدیل نمره های پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی های گروه در متغیر پس آزمون ($F = 17/88$) وجود دارد. بنابراین نتایج به دست آمده بیانگر وجود تفاوت معنادار میان نمره های پس آزمون و پیگیری دو گروه است و حاکی از این است که میزان افسردگی در گروه آزمایش پس از انجام دوره های آموزش تفکر مثبت کاهش داشته است.

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به میزان شادکامی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معناداری	اندازه اثر
پس آزمون	۹۸۰/۹۰	۱	۹۸۰/۹۰	۱۴۱/۳۵	۰/۰۰۰	۰/۸۴
پیش آزمون	۸۴۸/۴۶	۱	۸۴۸/۴۶	۴۱/۷۵	۰/۰۰۰	۰/۶۰
پس آزمون	۲۱۴۴/۳۰	۱	۲۱۴۴/۳۰	۳۰۹	۰/۰۰۰	۰/۹۲
پیش آزمون	۱۹۳۵/۲۱	۱	۱۹۳۵/۲۱	۹۵/۲۴	۰/۰۰۰	۰/۷۷
خطا	۱۸۷/۳۶	۲۷	۶/۹۳			
پیش آزمون	۵۴۸/۵۹	۲۷	۲۰/۳۱			
پس آزمون	۶۴۴۴۴	۳۰				
پیش آزمون	۶۰۲۲۰	۳۰				

نتایج محاسبه تحلیل کوواریانس در خصوص مقایسه میزان شادکامی در دو گروه کنترل و آزمایش و در دو نوبت پس آزمون و پیگیری در جدول شماره ۴ گزارش شده است.

اولین خط پرننگ در جدول نشان می دهد که متغیر تصادفی کمکی (پیش آزمون) به طور معناداری با متغیرهای وابسته (پس آزمون و پیگیری) رابطه دارد و خط بعدی نشان دهنده اثر اصلی گروه است. پس از تعدیل نمره های پیش آزمون، اثر معنادار عامل بین آزمودنی های گروه در پس آزمون ($F = 3.09$) و پیگیری ($F = 9.5/24$) وجود دارد. بنابراین نتایج به دست آمده بیانگر وجود تفاوت معنادار میان نمره های پس آزمون و پیگیری دو گروه است و حاکی از این است که میزان شادکامی در گروه آزمایش پس از انجام دوره های آموزش تفکر مثبت افزایش داشته است.

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش تفکر مثبت بر کاهش افسردگی و افزایش شادکامی مادران کودکان با اختلالات بیرونی شده موثر است. در واقع این پژوهش تاثیر اجرای ۸ جلسه ای پکیج آموزش تفکر مثبت سلیگمن را بر ۳۰ نفر از مادران این نوع کودکان نشان داد. نتایج تحلیل کواریانس در جداول ۳ و ۴ به همراه میانگین و انحراف معیار تشریح شده بیانگر این است که به طور معناداری این آموزش بر کاهش افسردگی و افزایش شادکامی مادران تاثیر داشته است. این یافته با پژوهش های (رافائل، ۲۰۰۹؛ سلیگمن، ۱۹۹۶؛ کشاورزی ارشد و آزموده، ۱۳۸۸؛ سهرابی و جوان بخش، ۱۳۸۸؛ حسن شاهی، ۱۳۸۱) که اثر آموزش مثبت اندیشی را بر افزایش شادکامی افراد، نشان داده اند همسو است. برای تبیین این یافته که آموزش تفکر مثبت توانسته است در افزایش شادکامی آن ها اثر گذار باشد، می توان گفت: از طریق آموزش تفکر مثبت به افراد کمک می شود تا خود را بهتر بشناسند و در پیرامون خود و جهان کنجکاوی کنند. در آموزش تفکر مثبت افراد تشویق می شوند تا تجربه های مثبت و خوب خود را باز شناسند و نقش آن ها را در افزایش و ارتقای احترام به خود و عزت نفس بازشناسی کنند. با این حال، توانایی شناخت جنبه های مثبت دیگران را کسب کنند. آنان همچنین می آموزند تا در جهان، موضعی فعال اتخاذ کنند و زندگی خود را شخصا شکل دهند، و نسبت به اتفاقات منفعل نباشند.

همچنین از طریق آموزش، آموخته اند که چگونه با خوش بینی نسبت به خود و اطرافشان بنگرند، خوش بینی که می تواند مانعی در برابر افسردگی باشد و درعین حال شادکامی آن ها را افزایش دهد. افراد آموزش می بینند که برای همه ی مراحل زندگی خود برنامه و هدف داشته باشند. هدف داشتن می تواند، امیدواری را در افراد افزایش دهد. همه این عوامل می توانند در افزایش شادکامی این افراد تأثیر گذار بوده باشند. درضمن بخشی از شادکامی آن ها، می تواند در اثر بهبود روابط آن ها با کودکان شان به وجود آمده باشد. رویکرد روان شناسی مثبت نگر با تمرکز بر استعدادها و توانایی های افراد به جای پرداختن به ناهنجاری و اختلالات، هدف نهایی خود را شناختن شیوه هایی می داند که بهزیستی و شادکامی افراد را سبب گردد (نادری و حیدری و مشعل پور، ۱۳۸۷)

سلیک و همکاران، ۲۰۱۱ دوکری و استپتو، ۲۰۱۰، نیز دریافته اند که مداخلات روان شناسی مثبت نگر بر کاهش افسردگی افراد مورد پژوهش اثر گذار بوده است و این نوع مداخله مکمل سایر درمان ها برای افسردگی هستند. افسردگی مانع بر سر راه شکوفایی فردی و اجتماعی افراد است. زمانی که بحث به حیطه خانواده و به خصوص رابطه مادر و کودک کشیده می شود اهمیتی دو چندان می یابد. شواهد نشان می دهد والدین کودکان ناتوان، سلامت جسمی و روانی پایین تری دارند. بسیاری از آنها دچار کمر درد، سردرد، میگرن، اضطراب، خشم، احساس گناه، کم خوابی و افسردگی هستند (مورفی، کریستین، کاپلین و یونگ^{۲۵}، ۲۰۰۷). رویکرد روان شناسی مثبت نگر با تمرکز بر استعدادها و توانایی های افراد به جای پرداختن به ناهنجاری ها و اختلالاتی چون افسردگی، هدف نهایی خود را شناختن شیوه هایی می داند که بهزیستی و شادکامی و کاهش افسردگی را سبب گردد (نادری و همکاران، ۱۳۸۷).

یکی از محدودیت های این پژوهش پیشینه پژوهشی اندک درباره تاثیر آموزش تفکر مثبت بر افسردگی و شادکامی مادران کودکان با اختلالات بیرونی شده در خارج از کشور و عدم اجرای این آموزش بر روی نمونه ذکر شده در داخل کشور می باشد. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از نمونه های بزرگتری استفاده شود تا تعمیم پذیری یافته ها با اطمینان بیشتری انجام شود. هم چنین پیشنهاد می گردد از این آموزش بر روی پدران کودکان با اختلالات بیرونی شده نیز استفاده گردد.

سپاسگزاری

در پایان از همکاری صمیمانه مراکز مشاوره و کلینیک دانش آموزی مناطق نه گانه تهران که امکانات لازم جهت جمع آوری نمونه و برگزاری جلسات را در اختیار پژوهشگران قرار دادند، کمال تشکر را داریم.

منابع و مراجع

- [۱] حسن شاهی، م. (۱۳۸۱). بررسی ارتباط میان خوشبینی و راهبردهای مقابله با استرس در دانشجویان دانشگاه. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۴ (۱۵ و ۱۶)، ۸۱-۹۸.
- [۲] سلیگمن، م. (۱۹۹۶). کودک خوش بین. ترجمه فروزنده داور پناه (۱۳۸۳). تهران: انتشارات رشد.
- [۳] سهرابی، ف.، جوانبخش، ع. (۱۳۸۸). اثر بخشی تقویت مهارت های مثبت اندیشی به شیوه گروهی بر منبع کنترل دانش آموزان دبیرستان شهر گرگان. دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد، ۱۶(۳۷)، ۸۷-۹۷.
- [۴] کریمی، ر. (۱۳۸۸). نظریه درماندگی آموخته شده. تهران: نشر دانژه.
- [۵] کشاورزی ارشد، ف.، آزموده، م. (۱۳۸۸). مقایسه بهزیستی روانی در والدین کودکان استثنایی با والدین کودکان عادی و تبیین آن بر حسب مدل ۵ عاملی شخصیت. اندیشه و رفتار، ۳(۱۲)، ۱۹-۲۳.
- [۶] محمد اسماعیل، الف. (۱۳۸۰). بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال های پرسش نامه ی علائم مرضی کودکان (CSI-4) بر روی دانش آموزان ۱۴-۶ ساله ی مدارس ابتدایی و راهنمایی تهران. تهران: پژوهشکده ی کودکان استثنایی.
- [۷] مهکام، ر.، دادستان، پ. (۱۳۸۸). تاثیر درمانگری اسلامی بر اختلالات برونی سازی شده در کودکان و نوجوانان. نشریه روان شناسی و دین، ۳ (۲)، ۶۹-۸۸.
- [۸] نادری، ف.، حیدری، ع.ر.، مشعل پور، م. (۱۳۸۷). مقایسه بهزیستی روانی در والدین کودکان استثنایی با والدین کودکان عادی و تبیین آن بر حسب مدل ۵ عاملی شخصیت. اندیشه و رفتار، ۳(۱۲)، ۱۹-۲۸.
- [۹] هاشمی، ت.، حکمتی، ع. (۱۳۸۹). مقایسه عملکرد نوروسایکولوژیک افراد افسرده، وسواسی-اجباری غیر بالینی با افراد سالم الگوی سه مولفه ای کارکردهای اجرایی میاک. فصلنامه علمی پژوهشی روان شناسی دانشگاه تبریز، ۵(۱۸)، ۳۲-۱.
- [۱۰] هادی نژاد، ح.، زارعی، ف. (۱۳۸۸). پایایی و اعتبار و هنجاریابی پرسشنامه شادکامی آکسفورد. پژوهشهای روان شناختی، ۱۷(۱ و ۲)، ۶۲-۷۷.
- [۱۱] هوش ور، پ.، بهنیا، ف.، خوشای، ک.، میرزایی، ه.، رهگذر، م. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش گروهی والدین کودکان ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی / کمبود توجه بر اختلالات رفتاری فرزندانشان. مجله توانبخشی، ۱۰(۳)، ۲۴-۳۰.
- [12] Acton, Q. A. (2013). HIV/AIDS and dementia: new insights for the healthcare professional. Georgia: Scholarly editins.
- [13] Acton, Q. A. (2013). Issues in psychology and psychiatry-special fields. Georgia: Scholarly editins.
- [14] Arnaud, C., White-Koning, M., Michelsen, S. I., Parkinson, K, Thyen, U., et al. (2008). parent-reported quality of life of children with cerebral palsy in europe. *perdiatric*, 121(1), 54-64. doi: 10.1542/peds.2007-0854.
- [15] Bussing, R., Mason, D.M., Bell, L., Porter, P.H., Garvan, C. (2010). Adolscent outcom of childhood attention deficit/hyperactivity disorder in a divers community sample. *Journal of american academy of child and adolscent psychiatry*, 49 (6), 565-605.
- [16] Carr, A. (2004). *Positive psychology: the science of happiness and human strengths*. 27 Church Road ,Hove, East Sussex BN3 2FA.
- [17] Carr, A. (2013). *positive psychology: the science of happiness and human strengths*. USA: Routledge.
- [18] Csillik, A., Aguerre, C. Bay, M. (2011). *positive Psychotherapy of depression: specificities and clinical contributions*. Elsevier masson, 3(6). 1-6.
- [19] David, S., Boniwell, A., Conley ayers, A. (2013). *Oxford handbook happiness*. United kingdom: Oxford university press.
- [20] Dockray, s., Steptoe, A. (2010). Positive affect and psychological processes. *Neuroscience & biobehavioral reviews*, 35(1), 69-75.
- [21] Ferri (2013). *Ferri's clinical advisor 2013,5 book in 1, expert consult*. Philadelphia: Mosby, an important of Elsevier Inc.
- [22] Kashdan, T. B., Jacob, R. G., Pelham, W. E., Lang. A. R., Hoza. B., & etl. (2004). Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varing levels of

- oppositional defiant behavioral: modeling relationships with family functioning. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 33(1), 169-181.
- [23] MacConville, R., Rae, T. (2012). *Building Happiness, resilience motivation in adolescents: a positive psychology curriculum for well-being*. USA: Jessica kingsley publishers.
- [24] Murphy, N. A., Christian, B., Caplin, D. A., Young, P. C. (2007). The health of caregivers for children with disabilities: caregiver perspectives. *Child: Care, Health and Development*, 33(2),180-187.
- [25] Raffaele, M. (2009). An exploration of the psychosocial effects that school-age children with Child Absence Epilepsy (CAE) experience when their condition is misdiagnosed as Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Faculty of Education and Social Work the University of Sydney www.NDLTD.com.
- [26] Seligman, M. E. P., Rashid, T., Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American psychologist*, 61, 774-788.
- [27] Shwarz, N., Strack, F. (1991). Evaluating ones life: a judgment model of subjective well0being. In F. Strack, M. Argyle, and N. Schwarz (Eds). *Subjective well-being: an interdisciplinary perspective*. Oxford: pergamon press.
- [28] Steiner, H., Remsing, L. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the America academy of child and adolescent psychiatry*, 46(1), 126-41.