

اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امیدآفرین اسنایدری بر خوش‌بینی  
و کاهش تنیدگی در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری

**The effectiveness of Snyder's hopeful positive thinking skills training  
on optimism and stress reduction in mothers with children  
with learning disabilities**

**Leyli abolizadeh**

Master of Psychology, Department of Psychology,  
Faculty of Humanities, Payame Noor University of  
Bushehr, Bushehr, Iran.

**Ali Pouladi Reshehri**

Assistant Professor, Department of Psychology,  
Department of Psychology, Faculty of Humanities,  
Payame Noor University of Bushehr, Bushehr, Iran.

Email: alipoladei@yahoo.com

**Zahra Bibak**

Ph.D. Student in Psychology, Faculty of Humanities,  
Islamic Azad University, Bushehr Branch, Bushehr,  
Iran.

لیلی ابولی زاده فرد

کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور مرکز بوشهر.

علی پولادی ریشه‌ری\*

استادیار روانشناسی، دانشگاه پیام نور مرکز بوشهر.

زهرا بی بابک

دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر.

**Abstract**

The aim of this study was to investigate the effectiveness of Snyder's hopeful positive thinking skills training on optimism and stress reduction in mothers with children with learning disabilities. This study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of this study included all mothers with children with learning disabilities in Bandar Lengeh, whose number is 135, of which 60 were selected by available sampling in a group of 30 experimental group and a group of 30 control group. The experimental group received Snyder's (1999) Positive Thinking Skills Training in 8 sessions of 90 minutes. Both experimental and control groups completed the Sheer et al. (1994) optimism questionnaire and the Abidin parenting stress index (PSI) (1991). Findings showed: Snyder's hopeful positive thinking skills training program has an effect on the optimism of

**چکیده**

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنایدری بر خوش‌بینی و کاهش تنیدگی در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری شهر بندرلنگه انجام گرفت. طرح کلی این پژوهش با توجه به اهداف و ماهیت پژوهش یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است. بدین منظور از بین همه مادران دارای کودکان ناتوان یادگیری شهرستان بندرلنگه که تعداد آنها ۱۳۵ نفر بودند و از این میان ۶۰ نفر به شکل نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه (۳۰ نفره) آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های خوش‌بینی شییر و کارور (۱۹۹۴) و پرسشنامه شاخص تنیدگی والدینی (PSI) آبی‌دین (۱۹۹۱) بود. نتایج تحلیل نشان داد که آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امیدآفرین اسنایدری بر خوش‌بینی مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری تاثیر دارد. میزان خوش‌بینی مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری که برنامه آموزشی مهارت‌های مثبت

mothers with children with learning disabilities. Optimism among mothers of children with learning disabilities who received Snyder's hopeful positive thinking skills training program is higher than mothers who did not.

**Keywords:** teaching Snyder's hopeful positive thinking skills, optimism, stress reduction, children with learning disabilities.

اندیشی امید آفرین اسنادی را دریافت کردند بیشتر از مادرانی است که این آموزش را دریافت نکردند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مهارت‌های مثبت اندیشی می‌تواند در ایجاد خوش بینی و کاهش تنیدگی موثر باشد.

**واژه‌های کلیدی:** آموزش، مهارت مثبت‌اندیشی، امیدآفرین اسنادی، خوش بینی، کاهش تنیدگی.

| نوع مقاله : پژوهشی | دریافت : خرداد ۱۴۰۲ | پذیرش: مرداد ۱۴۰۲ |
|--------------------|---------------------|-------------------|
|--------------------|---------------------|-------------------|

## مقدمه

ناتوانی یادگیری نوعی اختلال عصبی تحولی است و مانع یادگیری یا کاربرد مهارت‌های تحصیلی ویژه از جمله خواندن، نوشتن یا ریاضی می‌شود که پایه سایر یادگیری‌های تحصیلی هستند. نشانه‌های اولیه مشکلات یادگیری در سال‌های پیش از دبستان آشکار می‌شوند اما تشخیص آن فقط با شروع آموزش رسمی قابل اعتماد است. این اختلال در همه فرهنگ‌ها وجود دارد و شرایطی مزمن است که به طور معمول در بزرگسالی هم ادامه می‌یابد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). ناتوانی‌های یادگیری در کودکان می‌تواند منجر به پایین آمدن کیفیت زندگی آنان هم در حوزه روابط میان فردی و هم درون فردی شود و همچنین پیشبین خودپنداره تحصیلی آنان است (برابکوا، زاروبوا، کوهات، جاست و کرسک، ۲۰۱۵). کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری برای اینکه بتوانند برای زندگی تحصیلی و اجتماعی آماده شوند نیاز بیشتری به خدمات و حمایت آموزشی و اجتماعی نسبت به کودکان عادی دارند (روبلدورامون و گارسیاسانچز ۲۰۱۲). حضور یک فرزند با ناتوانی یادگیری اغلب کارکرد خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و تغییرات مهمی در زندگی خانواده‌ها ایجاد می‌کند (لارکان و کازوکری ۲۰۱۱). وجود فرزند مبتلا به ناتوانی یادگیری باعث ایجاد استرس در خانواده و به ویژه در مادر می‌شود. والدین این کودکان، استرس زیادی را متحمل می‌شوند که این فرایند سبب پدیدآیی فشار روانی برای مادران می‌شود (رسولی جزی و عارفی، ۱۳۹۶). تاکاهاشی، آداچی، تاکایانگی و همکاران (۲۰۱۷)، مشخص ساختند که ناتوانی یادگیری فرزندان خانواده پیشبین استرس والدین آنها است. کودکان با ناتوانی یادگیری موجب گستره ای از اثرات منفی (شامل: استرس خانوادگی، اختلاف والدین، بروز واکنش‌های منفی در اعضای خانواده، مشکلات در برقراری ارتباط با مدرسه) می‌شوند (دایسون ۲۰۱۰). مادران فرزند مبتلا به ناتوانی یادگیری در مقایسه با پدران به دلیل اینکه وقت بیشتری با فرزند خود می‌گذرانند تنش بیشتری را تحمل می‌کنند و در معرض فشار بیشتری هستند، این

<sup>۱</sup>learning disability

<sup>۲</sup>developmental neurological disorder

<sup>۳</sup>Quality of life

<sup>۴</sup>interpersonal and interpersonal relationships

<sup>۵</sup>educational self-concept

<sup>۶</sup>stress

<sup>۷</sup>family stress

<sup>۸</sup>parental conflicts

<sup>۹</sup>tension

مادران با مقایسه فرزند خود با کودکان عادی انبوهی از واکنش‌های روانشناختی<sup>۱۲</sup> از جمله انکار<sup>۱۳</sup>، خشم<sup>۱۴</sup>، احساس گناه<sup>۱۵</sup> و اضطراب<sup>۱۶</sup> تجربه میکنند که بر کیفیت ارتباط آنها با فرزندان<sup>۱۷</sup> و نقش آنها در سازگاری موفقیت‌آمیز این کودکان با همسالان<sup>۱۸</sup> تأثیر میگذارد (ال یاگان ۲۰۱۵). والدین کودکان دارای ناتوانی در جستجوی کمک و پیدا کردن منابع مناسب و برنامه‌های اجتماعی محور برای فرزند خود نگران پیشرفت رشد کودک خود بوده و با تقاضاهای ناشی از مشکلات رفتاری کودک خود مواجه اند (لانگ، ۲۰۰۹). این کودکان با گستره‌ای از رفتارهای غیر انطباقی و اضطراب اجتماعی اجتناب اجتماعی، تحریک پذیری و رفتارهای حرکتی قالبی و تکراری و فشار روانی مضاعفی بر والدین وارد می‌کنند (آبدوتو، برادی و کاور، ۲۰۰۷). مطالعات مختلف نشان دادند که والدین دارای کودکان کم شنوا (قراشی و همکاران، ۱۳۹۲) و والدین دارای کودکان کم توان ذهنی استرس والدینی و فشار بیشتری نسبت به مادران دارای کودکان عادی (نامجویان شیرازی و کشاورز، ۱۳۹۲) تجربه می‌کنند. چاپمن نشان داد که والدین دارای کودکان مبتلا به اختلال، حداقل دو برابر بیشتر از کودکان عادی با استرس والدینی دست به گریباند (دتر-دکار، ۲۰۰۸). یکی از حوزه‌های مهم روان‌شناسی که می‌تواند به یاری خانواده‌هایی با اختلال یادگیری کودکان بشتابد، روان‌شناسی مثبت نگر است. روانشناسی مثبت نگر به دنبال آن است که تصویری از زندگی خوب را به روشنی بیان کند (اشنایدر و لویز، ۲۰۱۴). در ۵۰ ساله گذشته، بیشتر تلاش روانشناسان بالینی بر درمان کمبودها و رفع ناتوانی‌ها متمرکز بوده است. این تمرکز سنت روانشناسی بر آسیب‌شناسی و بیماری‌ها با تغییرات به وجود آمده در روانشناسی در سال‌های اخیر، کاهش یافته و رویکرد جدیدی در دهه‌ی اخیر، تحت عنوان روانشناسی مثبت گرا، مورد توجه روانشناسان قرار گرفته است که با افزایش شادکامی و سلامتی و مطالعه‌ی علمی در مورد نقش نیرومندی‌های شخصی و سامانه‌های اجتماعی مثبت در ارتقای سلامت بهینه تأکید دارد. در روان‌شناسی مثبت گرا گفته می‌شود شناخت توانایی‌ها و پتانسیل درونی آدمی و کاربرد ویژگی‌های مثبت افراد و خانواده‌ها می‌تواند اثر بخشی فنون و درمان‌های روان‌شناختی را بیش از پیش کند و افزون بر درمان مشکلات روان‌شناختی و ناهنجاری‌های رفتاری به بالا بردن کیفیت زندگی افراد و جوامع بینجامد. در حالی که روان‌شناسی بالینی به گونه‌ای سنتی بر کمبودها و ناتوانی‌های روانی می‌پردازد و بر انعطاف پذیری، تدبیرمندی و توان مراجعان برای بازیابی کم‌تر پرداخته است سلیگمن و همکاران<sup>۱۹</sup> ایجاد بنیان‌های روان‌شناسی مثبت گرا را به عنوان متمم رویکرد های کم بود مدار شروع کرده اند (سین ولیوبمیرسکی، ۲۰۰۹). مادر نخستین فرد و مراقبی است که با کودک ارتباط برقرار میکند و بیشتر از سایر اعضای خانواده تحت تأثیر شرایط کودک است یکی از متغیرهایی که در ارتقای سطح سلامت روان شناختی مادران با کودک نیاز ویژه تأثیر دارد، امید است امید، ذهنیتی است که بر حس متقابل اراده و برنامه ریزی فرد برای رسیدن به هدف، استوار است. امید فرایندی است که به افراد امکان میدهد تا هدف‌هایی را طراحی کنند و از آنها پیروی کنند امید با مؤلفه‌های روان‌شناختی دیگری همراه است که تاب آوری یکی از آنهاست. تاب آوری، ویژگی شخصیتی است که فرد را قادر می‌سازد تا از سختیها زندگی بگذرد و در مواجه شدن با شرایط نامطلوب زندگی به مقاوم باشد. تاب‌آوری، میتواند به بهبود سلامت روان در افراد منجر شود. روانشناسی مثبت نگر، رویکرد تازه‌ای در روان‌شناسی است، که به دنبال تصویری مطلوب از زندگی است و برای اینکه مشخص کند چه چیزهایی زندگی را برای زیستن بالارزش میکند، از روش‌های عینی روان‌شناسی استفاده میکند موضوع اصلی روانشناسی مثبت نگر، پژوهش درباره تجربه‌های ذهنی مثبت است. این تجربه‌ها شامل؛ بهورزی، خشنودی، رضایت خاطر، لذت، امید، خوشبینی روانی، شایستگی، و عشق میباشد. روان‌شناسی مثبت نگر به دنبال آن است که افراد را

<sup>۱۲</sup>psychological reactions<sup>۱۳</sup>denial<sup>۱۴</sup>anger<sup>۱۵</sup>feel guilty<sup>۱۶</sup>anxiety

نیرومندتر و پرتوان تر کرده و استعدادهایشان را شکوفا کند. همچنین، تجربه های مثبتی همچون؛ خوش بینی، شادکامی، شوخ طبعی در افراد رشد دهد. یکی از روشهای مؤثر در روان درمانی مثبت نگر، تاکید بر توانایی ها و نقاط قوت افراد است. روان درمانی مثبت گرا، با ایجاد و گسترش هیجان‌های مثبت، دامنه تفکر مثبت را گسترش داده و هم زمان فرد را برای انجام کارهای مثبت آماده میسازد در پژوهش‌های پیشین، به اثربخشی درمان‌های مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر در سایر گروه‌های بالینی پرداخته شده است. از جمله، میتوان به کاهش نشانه های روانشناختی چون افسردگی در افراد افسرده و ایجاد معنا و رضایت از زندگی در سالمندان اشاره کرده است. یولیازیک و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان دادند که روان درمانی مثبت نگر بر کاهش علائم روان پزشکی دانشجویان تأثیر مثبتی داشته است. اسچرانکو و همکاران (۲۰۱۴) نیز در پژوهشی دریافتند که آموزش‌های مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر باعث افزایش بهزیستی و سلامت روانشناختی و کاهش علائم و نشانه‌های پریشانی و افسردگی در افراد میشود (رضا زاده مقدم و همکاران، ۱۳۹۷). یکی از مهمترین مباحث اساسی در روانشناسی مثبت ایجاد امید است (سنایدر و یامهور، ۲۰۰۰). اسنایدر و همکارانش براساس نظریه امید، یک برنامه درمانی به نام امید درمانی تدوین کردند تا مولفه‌های مثبت را در مراجعان افزایش دهند، امید درمانی یکی از رویکردهای جدید درمانی می‌باشد که براساس نظریه امید اسنایدر و همکارانش بنا شده است. و با ترکیب اصول مداخلات درمانی مبتنی بر شرح حال، تمرکز برحل مسئله و شناختی رفتاری، یک نظام درمانی کوتاه مدت، نیمه ساخت یافته و جدید را ارائه می‌کند. براساس نظریه اسنایدر امید از سه مولفه اصلی «هدف»، «عامل کارگذار» و «گذرگاه» تشکیل شده است. موفقیت در دستیابی به اهداف، هیجان‌های مثبت و شکست در آن هیجان‌های منفی ایجاد می‌کند. افراد امیدوار «عامل» و «گذرگاه‌های» بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و وقتی با مانع برخورد میکنند میتوانند انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاههای جانشین استفاده کنند اما افراد ناامید به دلیل اینکه «عامل» و «گذرگاه» های کمی دارند در برخورد با موانع به راحتی انگیزه خود را از دست داده و دچار هیجانهای منفی می‌شوند که این امر به نوبه خود منجر به افسردگی میشود (اسنایدر، ۲۰۰۰). یکی از حوزه های مهم روان شناسی که می تواند به یاری خانواده هایی با اختلال یادگیری کودکان بشتابد، روان شناسی مثبت نگر است. روانشناسی مثبت نگر به دنبال آن است که تصویری از زندگی خوب را به روشنی بیان کند (اسنایدر و لویز، ۲۰۱۴). روانشناسان مثبت نگر معتقدند امید میتواند از افراد در برابر روی دادهای تنش زای زندگی حمایت کند؛ از این روی، در یکی دو دهه اخیر، نقش امید در درمان انواع بیماری‌ها بررسی شده و در نتیجه این پژوهش ها، اسنایدر (۲۰۰۰) نظریه ای را به نام نظریه امید بیان کرده است. اسنایدر و همکارانش (۱۹۹۱) امید را مجموعه ای شناختی میدانند که مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون (تصمیم های هدف مدار) و مسیرها (شیوه های انتخاب شده برای نیل به اهداف) است. از طریق ترکیب منابع و مسیرها، میتوان به اهداف رسید. اگر هر کدام از این دو عنصر شناختی وجود نداشته باشند، رسیدن به اهداف غیرممکن است. امید شامل ادراکات شخص دربارهی توانایی هایش برای تعیین اهداف روشن، تدوین طرحهایی برای رسیدن به این اهداف (مسیرهای تفکر)، یافتن و حفظ انرژی و انگیزش مورد نیاز برای رفتن به دنبال آن اهداف و پیگیری آنها (عامل تفکر) است (مگیار - مویی، ۲۰۰۹) ترجمه براتی سده، ۱۳۹۱) یکی دیگر از چالش های پیش روی مادران دارای کودک با اختلال یادگیری احساس تنیدگی است. اختلال یادگیری احساس تنیدگی متغیر مهم و تأثیر گذاری است. احساس تنیدگی توانایی والدین را در شناسایی و درک صحیح پیامهای کودک کاهش میدهد و منجر به ناتوانی در پاسخ دهی حساس و اثربخش به نیازهای کودک میشود (نیجسنس، بلیز، کاسالین، ولیجن و لوتین، ۲۰۱۸، میلز - کونس، اپلیارد، بارنت، دنچ پوتالاز و کس، ۲۰۱۱). تنیدگی با تأثیر بالقوه ای که بر سلامت والد و کودک دارد، بهزیستی آنها را تحت تأثیر قرار میدهد (برگدورف سابو و ابوت، ۲۰۱۹). والدین تنیده، عواطف مثبت کمتر و عواطف منفی بیشتری را تجربه میکنند (دیتر - دکارد، لی و بل، ۲۰۱۶) و رضایت زناشویی پایینتری گزارش میکنند

(رابینسون و نیس ۲۰۱۵). تنیدگی نه تنها میتواند کارایی و صلاحیت والدین را کاهش دهد (چی و هو، ۲۰۱۸) بلکه ممکن است به عواقب جدی تری مانند تضعیف سبک‌های والدگری، انضباط سخت، بیش‌بالاتر و حتی آزارگری نسبت به کودک منجر شود (جکسون و چویی ۲۰۱۸، ونتا، ولز و لائو، ۲۰۱۶) پژوهش‌ها نشان داده‌اند تنیدگی والدگری بالاتر با مشکلات بیشتر در کیفیت ارتباط و مراقبت از کودک (مک ماهون و مینز، ۲۰۱۲؛ لئو، لین، هت، زو، دینگ و کین، ۲۰۱۸) و در نتیجه مشکلات رفتاری بیشتر در کودکان همراه است (کاسالین، لویتن، بزر ورتز و ولیجن، ۲۰۱۴، تسوتسی و همکاران، ۲۰۱۹، دک و همکاران ۲۰۱۷، فالوکو، آلدراج، گرکو و بلکمو، ۲۰۱۶). هر چند، به نظر می‌رسد تنیدگی بخش اجتناب‌ناپذیری در تجربه والدگری باشد، اما پژوهش‌ها نشان داده‌اند مادران با دل‌بستگی ناایمن مستعد تجربه سطوح بالاتری از تنیدگی در بافت رابطه کودک - والد هستند (میلز-کونس و همکاران، ۲۰۱۱، نیجسنس و همکاران، ۲۰۱۸، واسکوئیس دوریک و هید، ۲۰۰۲). خوشبینی یکی دیگر از سرمایه‌های روانشناختی مثبت است. شییر و کارور (۱۹۸۵). خوش بینی را «اعتقاد به اینکه در آینده رویدادهای خوب بیشتر از رویدادهای بد اتفاق خواهند افتاد» تعریف کرده‌اند. بنابراین خوشبینی گرایشی به عنوان صفتی واحد روی پیوستار دو قطبی قرار می‌گیرد که در یک انتها خوشبینی و در انتهای دیگر بدبینی قرار دارد (برایان و ونگروس، ۲۰۰۴). کارور، شییر و سبجراستروم (۲۰۱۰) این احتمال را مطرح می‌کنند که خوشبینی، تاب‌آوری فرد در برابر حوادث تنش‌زای زندگی را افزایش می‌دهد. به علاوه افراد خوشبین رفتارهای مواجهه‌های مؤثرتر، روابط اجتماعی بهتر و با ارزشتر، انعطاف‌پذیری بالاتر و بهزیستی ذهنی و جسمی بیشتری را نسبت به بدبین‌ها نشان می‌دهند (لائو و همکاران، ۲۰۱۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهد. با بررسی و مرور پیشینه پژوهش تاکنون هیچ‌گونه مطالعه‌ای که به طور مستقیم هماهنگ با پژوهش حاضر باشد یافت نشد و پژوهشگران نیز بخاطر جدید بودن متغیرها و مداخله آموزشی سعی در انجام چنین پژوهشی نمودند. پس فقط می‌توان به چند نمونه تقریباً مشابه اشاره نمود: برای مثال نریمانی و هدایت (۱۳۹۹) در پژوهش خود به موضوع اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر بر میزان ثبات قدم و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان پرداختند که آموزش امید به روش گروهی میزان ثبات بر افزایش قدم و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان اثرگذار است و به دنبال آموزش امید تحصیلی دانش‌م‌می‌توان موفقیت آموزش را انتظار داشت. شیخ الاسلامی و رضانی (۱۳۹۸) نیز در مطالعه خود نشان دادند که امیددرمانگری گروهی میتواند در افزایش کیفیت زندگی افراد ناتوان اثربخش باشد. بهاروند و همکاران (۱۳۹۸) در مطالعه خود با عنوان «اثربخشی آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تعارض والد- فرزند و رفتارهای قلدرانه دانش‌آموزان پسر تک والدینی مادر سرپرست مقطع متوسطه اول شهر اهواز» که آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی، یک آموزش مؤثر برای کاهش تعارضات والد فرزند و قلدری در نوجوانان مادر سرپرست است. همچنین قدم پور و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی به موضوع تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر بر میزان اشتیاق و سرسختی تحصیلی دانش‌آموزان دختر متوسطه اول پرداختند. نتیجه این پژوهش نشان داد که آموزش امید برافزایش میزان اشتیاق تحصیلی ( $P < 0.001$ ) و سرسختی تحصیلی ( $P < 0.01$ ) تأثیر معنادار دارد. کلاسمر و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که یک درمان گروهی متمرکز بر تعیین هدف، مشتمل بر افزایش تولید گذرگاه‌ها و عامل با استفاده از فعالیت‌های مناسب برای رسیدن به اهداف معقول و بحث در مورد فرایندها و تکالیف خانگی هفتگی، می‌تواند برای بزرگسالان افسرده سودمند باشد. در این تحقیق ناامیدی، اضطراب و افسردگی شرکت‌کنندگان به طور معناداری کاهش یافت و میزان امید و شادکامی و سرزندگی به طور معناداری افزایش یافت. پس از طرح نظریه امید از جانب اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، برنامه‌های درمانی به خصوصی نیز برای درمان انواع اختلالات روانی از جمله افسردگی، براساس آن پایه ریزی شده و اثربخشی آنها در تحقیقات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است و این روند همچنان ادامه دارد. امید درمانی در پاسخ به درخواست متخصصان بالینی برای کاربرد منظم اصول نظریه امید در بافت درمانی، ایجاد شد. علیرغم وجود راهکارهای فراوان برای افزایش امید، ایجاد امید درمانی و ۱۷ سال بررسی علمی نظریه امید و کاربرد آن، بسیاری از نیازها و سؤالات متخصصان بالینی هنوز با دقت زیاد تحت بررسی است. بنابر آنچه در مطالب فوق آمد این پژوهش به دنبال بررسی اثربخشی آموزش مهارت

آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنایدری بر خوش بینی و کاهش تنیدگی در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری

های مثبت اندیشی امید آفرین اسنایدری بر خوش بینی و کاهش تنیدگی در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری شهر بندرلنگه می باشد.

### روش پژوهش

طرح کلی این پژوهش باتوجه به اهداف و ماهیت پژوهش یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل است. که گروه آزمایش، مهارت‌های مثبت اندیشی اسنایدری را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و به گروه کنترل این آموزش‌ها ارائه نشد. جامعه آماری این تحقیق کلیه مادران دارای کودکان یادگیری شهرستان بندرلنگه که تعداد آنها ۱۳۵ بودند. حجم نمونه شامل ۶۰ نفر از مادران کودکان دارای ناتوانی یادگیری شهرستان بندرلنگه بود. این مادران به طور تصادفی از بین سایر مادرانی که دارای کودکان دارای ناتوانی یادگیری بودند انتخاب شدند. روش کار بدین صورت بود که لیست این مادران که در مرکز اختلالات یادگیری آموزش و پرورش ثبت بود با هماهنگی کارشناسان ذیربط تعداد ۶۰ نفر از این مادران برای انجام پژوهش انتخاب شدند. برای این مطالعه یک فرضیه اصلی و دو فرضیه جزئی مد نظر قرار گرفت:

### فرضیه‌ی اصلی

آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی امیدآفرین اسنایدری بر خوش‌بینی و کاهش تنیدگی در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری تاثیر دارد.

### فرضیه‌های جزئی:

- ۱- آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امیدآفرین اسنایدری بر خوش‌بینی در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری تاثیر دارد.
- ۲- آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امیدآفرین اسنایدری بر کاهش تنیدگی در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری تاثیر دارد.

### ابزار پژوهش

#### پرسشنامه خوش بینی شیروکارور ۱۳۸۵

برای سنجش متغیر خوش بینی از پرسشنامه شییر و کارور استفاده شده است. برای ارزیابی تفاوت‌های فردی در خوش بینی و بدبینی عمومی، اولین بار در سال ۱۹۸۵ توسط شییر و کارور با هدف سنجش خوشبینی سرشتی طراحی شد. سپس در سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت که فرم اصلی و اولیه، نشان دهنده تلقی خوش بینانه و ۳ ماده نشان دهنده تلقی بدبینانه است مقیاس اندازه گیری این متغیر فاصله‌ای می باشد و دارای ۱۰ سوال می باشد. این پرسشنامه متشکل از دوازده موقعیت فرضی، شامل شش موقعیت خوب و شش موقعیت بد است که آزمودنی‌ها باید خود را در تک تک این موقعیت‌ها فرض کرده و سپس به سؤالات مربوط به هر موقعیت پاسخ بدهند. این پرسشنامه دارای ۳۵ سؤال است که آزمودنی باید برای هر پاسخ در یک پیوستار ۷-۱ پاسخ را علامت بزند.

برای تعیین روایی این پرسشنامه، پیترسون و همکاران (۱۹۸۲، به نقل از موحد، ۱۳۸۲)، پاسخهای آن را با پیش بینی‌های افراد از حوادثی که در طی یک سال قبل برای آنها اتفاق افتاده بود، همبسته کردند. ضریب همبستگی بین این دو گروه نمرات در مطالعات مختلف از ۰/۱۹ تا ۰/۴۱ متغیر بوده است. ضریب پایایی این پرسشنامه ۰/۴۴ تا ۰/۶۹ متغیر بوده است. اعتبار این پرسشنامه نیز در پژوهش حاضر توسط متخصصین این حوزه مورد تایید قرار گرفت.

### پرسشنامه شاخص تنیدگی والدینی (PSI) آبیدين

این شاخص توسط آبیدين ساخته شده است و پرسشنامه ای است که بر اساس آن می توان اهمیت تنیدگی در نظام والدین و کودک را ارزشیابی کرد و بر این اصل مبتنی است که تنیدگی والدینی می تواند از پاره ای ویژگی های کودک، برخی خصیصه های والدین و یا موقعیت های متنوعی که با ایفای نقش والدینی بطور مسقیم مرتبط هستند، ناشی شود. شکل شاخص تنیدگی والدینی این پژوهش به عنوان شکل بازنگری شده شکل های پیشین است که تصحیح آن آسانتر و مقدار مواد آن کمتر است. این شاخص شامل ۱۲۰ ماده است که دو قلمرو کودکی (۴۷ ماده) و والدینی (۵۴) ماده به اضافه یک مقیاس اختیاری تحت عنوان تنیدگی زندگی (۱۹ ماده) را در بر می گیرد. زیر مقیاس های مربوط به هر قلمرو و همچنین تعداد موارد آنها عبارتند از: قلمرو کودکی (۶ زیر مقیاس): سازش پذیری (۱۱ ماده)، پذیرندگی (۷ ماده)، فزون طلبی (۹ ماده)، خلق (۵ ماده)، بی توجهی و فزون کنشی (۹ ماده)، تقویت گری (۶ ماده) و قلمرو والدینی، هفت زیر مقیاس افسردگی (۹ ماده)، دلبستگی (۷ ماده)، محدودیت- های نقش (۷ ماده)، حس صلاحیت (۱۳ ماده)، انزوای اجتماعی (۶ ماده)، روابط با همسر (۷ ماده)، سلامت والد (۵ ماده) را شامل می شود. شیوه نمره گذاری نیز به روش لیکرت برحسب پاسخ های ۱ تا ۵ از کاملاً موافقم تا (پاسخ شماره ۱) تا کاملاً مخالفم (گزینه شماره ۵) انجام می شود. فرآیند تفسیر نتایج در وهله نخست از بررسی نمره کلی مقیاس (قلمروهای کودک و والدین) آغاز می شود. پس از آن نتایج زیرمقیاسهایی که در هر قلمرو قرار دارند، بر اساس جدول نمره مورد تحلیل قرار می گیرند (استورا، ۱۳۷۷). ضریب قابلیت اعتماد و و همسانی درونی از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در یک گروه ۲۴۸ نفری از مادران هنگ کنگی ۹۳ / ۰ به دست آمد. این ضریب در قلمرو کودک ۸۵ / ۰ و در قلمرو والد ۹۱ / ۰ بوده است. اعتبار تفکیکی ابزار ۹۳ / ۰ و دامنه ضریب اعتبار همزمان ابزار با ۵ ابزار تنیدگی مختلف دیگر بین ۳۸ / ۰ تا ۶۶ / ۰ بوده است (دادستان، ۱۳۸۵). آبیدين (۱۹۹۱) در یک گروه از مادران آمریکایی ضریب قابلیت اعتماد همسانی درونی ابزار را برای کل مقیاس ۹۳٪ و برای قلمروهای کودک و والد به ترتیب ۸۶٪ و ۸۳٪ بدست آورد (آبیدين، ۱۹۹۱؛ به نقل از دادستان، ۱۳۸۵). در پژوهشی که دادستان، ازغندی و حسن آبادی انجام دادند نیز مقدار ضریب قابلیت اعتماد، همسانی درونی این ابزار برای کل مقیاس ۸۸٪ و ضریب اعتماد بازآزمایی آن با فاصله زمانی ۱۰ روز، ۹۴٪ گزارش شد. اعتبار این پرسشنامه نیز در پژوهش حاضر توسط متخصصین این حوزه مورد تایید قرار گرفت.

### روش اجرای پژوهش

روش اجرای پژوهش پس از انجام نمونه گیری، یک جلسه پیش آزمون در نیمه بهمن ماه ۱۴۰۰ اجرا شد که تمامی اعضای انتخاب شده برای پژوهش در یک جلسه در دبیرستان شبانه روزی نمونه دخترانه حضرت زینب (س) بندر لنگه با توضیحات لازم به سؤالات آزمون ها (پرسشنامه تنیدگی والدین و پرسشنامه خوش بینی) لازم پاسخ دادند. پس از آن کل افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. گروه آزمایش به صورت هفتگی تحت درمان گروهی بر مبنای اصول نظریه امید قرار گرفتند. برنامه درمانی بر اساس کارهای اسنایدر (۱۹۹۴) و مک درموت و اسنایدر (۱۹۹۹) طراحی شد. مدت هر جلسه ۹۰ دقیقه بود پس از هشت جلسه درمان، در یک جلسه عمومی همه افراد نمونه مجدداً به سؤالات آزمون ها پاسخ دادند. جلسات درمانی در ۸ جلسه درمانی ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی اجرا شد. برنامه درمانی براساس کارهای اسنایدر (۱۹۹۹) طراحی شده بود. هر جلسه مشتمل بر چهار بخش می باشد در بخش اول حدود ۲۰ دقیقه در مورد فعالیت ها و

آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنادی بر خوش بینی و کاهش تنیدگی در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری

تکالیف هفته گذشته مراجع بحث شد و افراد ترغیب می شدند تا به همدیگر در رفع مشکلات مربوط به آن تکالیف کمک کنند. در بخش دوم حدود ۲۰ دقیقه آموزش روانی و مهارت‌های مربوط به امید آموزش داده می‌شد که این مهارت‌ها در ۳ حیطه اهداف، گذرگاه‌ها و عامل قرار دارند. در بخش سوم که حدود ۴۰ دقیقه طول می کشید شیوه‌های به کارگیری این مهارت‌ها در زندگی روزمره فرد بحث می شد و مراجعان ترغیب می شدند که مسائل را به صورت عینی و روشن مطرح کنند و به یکدیگر کمک کنند تا با استفاده از مهارت‌های امید آنها را حل کنند. در ۱۰ دقیقه پایانی جلسه نیز تکالیف مربوط به جلسه آتی ارائه می شد. به طور کلی:

#### خلاصه محتوای جلسات انجام شده آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنادی

| جلسات | محتوا                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | پرسشنامه امید اجرا شد و سپس ساختار جلسات، اهداف برنامه آموزشی بر اساس نظریه امید اجرا شد و برای ارائه تکالیف طول هفته سولاتی از قبیل: به گذشته خود فکر کنید و ببینید تاکنون برای حل مشکلاتی که پیش رو داشته اید، از چه راهکارهایی استفاده کرده اید و درباره عوامل موثر بر امید در زندگی فکر کنید و سپس لیست کنید.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| دوم   | تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تاثیر آن بر ناامیدی و افسردگی و احساس پوچی.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| سوم   | هر یک از مراجعان داستان زندگی خود را تعریف کند. هدف از این جلسه این است که به اعضا در یافتن امید کمک کنیم.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| چهارم | تبیین این داستان‌ها بر اساس سه مولفه اصلی نظریه امید و قالب بندی مجدد داستان‌ها ضمن اینکه سعی شد تا مواردی از امید و موفقیت‌های گذشته اعضا شناسایی شود به منظور شناسایی عامل و گذرگاههای این عوامل                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| پنجم  | مطرح کردن لیستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی و میزان رضایت افراد از هر یک از این اتفاقات مشخص شد. (اتفاقاتی که اکنون توی زندگی رخ می دهند برای فردی که دچار تنش است و با فرزندش مشکل دارد. ما ابعاد زندگی (از نظر اقتصادی، احساسی، اخلاقی و...) را سنجیدیم و برای فرد توضیح دادیم که لیست‌های اقتصادی را در نظر بگیرد. مثلاً ما در هفته میتوانیم یک سیب زمینی پس انداز کنیم، پس در هفته دوم و سوم ۱ کیلو سیب زمینی داریم، پس این میتواند رضایت ما رو جلب کند. (به ما قانع بودن را یاد می دهد).                                                                                                                                    |
| ششم   | افراد را به انتخاب اهداف مناسب و مطرح کردن ویژگی‌های اهداف مناسب ترغیب کردیم و هدف در این جلسه و دو جلسه قبل امیدافزایی در اعضا بود و کمک کردیم تا اعضا پس از یافتن امید به افزایش آن بپردازند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| هفتم  | ویژگی‌های گذرگاههای مناسب مطرح شد و از افراد خواسته شد برای رسیدن به اهداف تعیین شده راهکارهای مناسب انتخاب کنند و به آن‌ها آموزش داده شد که گذرگاهها را به مجموعه‌ای از گام‌های کوچک بشکنند و گذرگاههای جانشین تعیین کنند. در این جلسه هدف حفظ و بقای امید در اعضا گروه بود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| هشتم  | راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل مطرح شد. از جمله اینکه از افراد خواسته شد تا به خودگویی‌های مثبت و تصور ذهنی بپردازند تا به اهداف خود برسند و در نهایت به آنها یاد دادیم که خودشان یک امید – درمانگر باشند و تفکر امیدوارانه را به صورت روزمره به کارگیرند به طوری که خودشان بتوانند اهداف و موانع را تعیین کنند، عامل لازم برای دستیابی به آن هدف در خود ایجاد و حفظ کنند و گذرگاههای لازم را تشخیص دهند و در پایان مروری کردیم بر مداخله‌های انجام شده طی جلسات قبل، بررسی اظهار نظر اعضا در مورد جلسات و رسیدن آنها به اهدافشان، هدف در این جلسه تعیین میزان مداخله‌های امید- درمانی و بررسی میزان پایداری امید در اعضای گروه بود. |

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

تجزیه و تحلیل اطلاعات در دوسطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد ابتدا که شامل میانگین، انحراف معیار و ... و در بخش دوم برای آزمون فرضیه‌ها از آزمونهای تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شده است. و برای این منظور از نرم افزار آماری SPSS26 بهره گرفته شد.

## یافته ها

### یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش

فرضیه اول: آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنادی بر خوش بینی مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری تاثیر معنی داری دارد.

جدول (۱) نتایج آزمون لوین جهت تعیین برابری واریانس ها

| F     | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معنی داری |
|-------|--------------|--------------|---------------|
| ۴/۱۳۷ | ۱            | ۵۸           | ۰/۴۴۹         |

طبق نتایج جدول (۱) سطح معنی داری خطای آزمون برابری واریانس ها ( $p > 0.05$ ) نشان می دهد که واریانس ها برابر هستند.

### جدول (۲) تجزیه و تحلیل واریانس کواریانس برای مقایسه ی میانگین نمره های تاثیر آموزش مهارت های مثبت اندیشی

امید آفرین اسنادی بر خوش بینی مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری

| منبع تغییرات  | مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F      | Sig   | اندازه اثر |
|---------------|---------------|-------------|-----------------|--------|-------|------------|
| مدل تصحیح شده | ۹۴۹۰/۵۰۰      | ۲           | ۴۷۴۵/۲۵۰        | ۴۴/۶۹۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۰۷      |
| عرض از مبدا   | ۲۴۲۶/۲۴۳      | ۱           | ۲۴۲۶/۲۴۳        | ۲۲/۸۵۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۳۸۲      |
| گروه          | ۸۲۰۸/۹۷۸      | ۱           | ۸۲۰۸/۹۷۸        | ۷۷/۳۱۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۷۶      |
| گروه * زمان   | ۱۱۹۶/۱۰۰      | ۱           | ۱۱۹۶/۱۰۰        | ۱۱/۱۹۳ | ۰/۰۰۲ | ۰/۲۳۳      |
| خطا           | ۳۹۲۸/۶۰۰      | ۵۸          | ۸۲۰۸/۹۷۸        |        |       |            |
| کل            | ۱۵۸۵۵۲/۰۰۰    | ۶۰          |                 |        |       |            |
| کل تصحیح شده  | ۱۳۴۱۹/۱۰۰     | ۵۸          |                 |        |       |            |

با توجه به نتایج جدول ۴-۷ ( $F=77/313$ ,  $p < 0/01$ ) برای متغیر خوش بینی مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری، تفاوت بین گروه کنترل و آزمایش در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین فرضیه اول تایید می شود و برنامه آموزشی مهارت های مثبت اندیشی امید آفرین اسنادی بر خوش بینی مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت وجود دارد. همچنین از نتایج آمار توصیفی متغیرها می توان نتیجه گرفت که میزان خوش بینی مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری که برنامه آموزشی مهارت های مثبت اندیشی امید آفرین اسنادی را دریافت کردند بیشتر از افرادی است که این آموزش را دریافت نکرده اند.

فرضیه دوم: آموزش مهارت های مثبت اندیشی امید آفرین اسنادی بر کاهش تنیدگی مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری تاثیر معنی داری دارد.

جدول (۳) نتایج آزمون لوین جهت تعیین برابری واریانس ها

آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنادی بر خوش بینی و کاهش تنیدگی در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری

| F      | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معنی داری |
|--------|--------------|--------------|---------------|
| ۱۳/۶۰۵ | ۱            | ۵۸           | ۰/۸۰۱         |

طبق نتایج جدول (۳) سطح معنی داری خطای آزمون برابری واریانس‌ها ( $p > 0.05$ ) نشان می‌دهد که واریانس‌ها برابر هستند.

جدول (۴) تجزیه و تحلیل واریانس کواریانس برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌های تاثیر آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنادی بر کاهش تنیدگی مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری

| منبع تغییرات  | مجموع مجزورات | درجات آزادی | میانگین مجزورات | F      | Sig   | اندازه اثر |
|---------------|---------------|-------------|-----------------|--------|-------|------------|
| مدل تصحیح شده | ۱۵۰۴/۸۳۱      | ۲           | ۷۵۲/۴۱۵         | ۵/۰۷۳  | ۰/۰۱۱ | ۰/۲۱۵      |
| عرض از مبدا   | ۳۴۰۶/۹۷۰      | ۱           | ۳۴۰۶/۹۷۰        | ۲۴/۹۹۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۰۳      |
| گروه          | ۱۴۷۷/۳۸۹      | ۱           | ۱۴۷۷/۳۸۹        | ۹/۹۶۱  | ۰/۰۰۳ | ۰/۲۱۲      |
| گروه* زمان    | ۲۸/۶۰۶        | ۱           | ۲۸/۶۰۶          | ۰/۱۹۳  | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۰۵      |
| خطا           | ۵۴۸۷/۵۴۴      | ۵۸          | ۱۴۸/۳۱۲         |        |       |            |
| کل            | ۷۴۶۴۳/۰۰۰     | ۶۰          |                 |        |       |            |
| کل تصحیح شده  | ۶۹۹۲/۳۷۵      | ۵۸          |                 |        |       |            |

با توجه به نتایج جدول (۴) ( $F=9/96$ ,  $p < 0/01$ ) برای متغیر تنیدگی مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری، تفاوت بین گروه کنترل و آزمایش در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین این فرضیه تایید می‌شود و برنامه آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنادی بر کاهش تنیدگی مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت وجود دارد. همچنین از نتایج آمار توصیفی متغیرها می‌توان نتیجه گرفت که میزان تنیدگی مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری که برنامه آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنادی را دریافت کردند کمتر از افرادی است که این آموزش را دریافت نکردند.

فرضیه فرعی: آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنادی بر کاهش تنیدگی در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری تاثیر معنی داری دارد.

جدول (۵) نتایج آزمون لوین جهت تعیین برابری واریانس‌ها (شاخص تنیدگی والدینی (قلمرو کودکی)

| F     | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معنی داری |
|-------|--------------|--------------|---------------|
| ۰/۲۵۵ | ۱            | ۵۸           | ۰/۷۴۶         |
| ۰/۰۰۴ | ۱            | ۵۸           | ۰/۸۱۹         |
| ۰/۲۹۲ | ۱            | ۵۸           | ۰/۵۹۲         |
| ۱/۷۵۵ | ۱            | ۵۸           | ۰/۱۹۳         |
| ۳/۵۷۵ | ۱            | ۵۸           | ۰/۰۶۶         |
| ۱/۲۳۱ | ۱            | ۵۸           | ۰/۱۹۹         |

طبق نتایج جدول (۵) سطح معنی داری خطای آزمون برابری واریانس‌ها ( $p > 0.05$ ) نشان می‌دهد که واریانس‌ها همگن هستند.

جدول (۶) آزمون باکس جهت بررسی مفروضه‌های همگنی ماتریس واریانس

|          |              |
|----------|--------------|
| مقدار    | آزمون        |
| ۸۱/۸۵۱   | باکس         |
| ۱/۷۵۵    | F            |
| ۵۸       | درجه آزادی ۱ |
| ۴۸۵۸/۸۴۹ | درجه آزادی ۲ |
| ۰/۱۴۴    | سطح معناداری |

همانطور که در جدول (۶) نتیجه آزمون باکس جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج، سطح معناداری ( $\text{sig}=0/144$ )، بزرگتر از  $0/05$  می‌باشد. بنابراین مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس‌ها برقرار می‌باشد. با توجه به جدول ۴-۵ و ۴-۶ از آنجایی که مفروضه‌ی همگنی واریانس‌های خطا و همگنی ماتریس کوواریانس‌ها برقرار بودند؛ از تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری به منظور مقایسه نمرات ابعاد کاهش تنیدگی (قلمرو کودکی) در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری در گروه‌های مورد مطالعه استفاده شد.

جدول (۷) نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چند متغیری آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنایدری بر کاهش تنیدگی (قلمرو کودکی) در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری

| نام آزمون         | مقدار | F      | df فرضیه | df خطا | P     | مجذور اتا |
|-------------------|-------|--------|----------|--------|-------|-----------|
| اثر پیلایی        | ۰/۷۷۶ | ۲۶/۸۳۹ | ۶        | ۵۸     | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۷۶     |
| لامبدا ویلکز      | ۰/۲۲۴ | ۲۶/۸۳۹ | ۶        | ۵۸     | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۷۶     |
| اثر هتلینگ        | ۳/۴۶۳ | ۲۶/۸۳۹ | ۶        | ۵۸     | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۷۶     |
| بزرگترین ریشه خطا | ۳/۴۶۳ | ۲۶/۸۳۹ | ۶        | ۵۸     | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۷۶     |
| اثر پیلایی        | ۰/۸۳۳ | ۳۸/۵۳۰ | ۶        | ۵۸     | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۳۳     |
| لامبدا ویلکز      | ۰/۱۶۷ | ۳۸/۵۳۰ | ۶        | ۵۸     | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۳۳     |
| اثر هتلینگ        | ۴/۹۷۲ | ۳۸/۵۳۰ | ۶        | ۵۸     | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۳۳     |
| بزرگترین ریشه خطا | ۴/۹۷۲ | ۳۸/۵۳۰ | ۶        | ۵۸     | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۳۳     |

همانطور که جدول (۷) نشان می‌دهد سطوح معناداری تمام آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ( $p < 0/01$ ,  $F = 38/53$ ,  $\lambda = 0/16$ ) = لامبدا ویلکز). مجذور اتا نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت بر اساس آزمون لامبدا ویلکز  $0/16$  است، یعنی  $83\%$  درصد واریانس مربوط به اختلاف بین گروه‌ها ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد.

جدول (۸) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنایدری بر کاهش تنیدگی (قلمرو کودکی) در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری

| منبع تغییر | متغیر وابسته | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F      | P     | اتا   |
|------------|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|-------|-------|
| مدل        | سازش پذیری   | ۴۲۴/۰۲۴       | ۱          | ۴۲۴/۰۲۴         | ۳۵/۸۰۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۱۳ |
|            | پذیرندگی     | ۵۵۹/۲۵۹       | ۱          | ۵۵۹/۲۵۹         | ۴۲/۱۶۹ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۵۴ |
|            | فزون طلبی    | ۶۱۵/۸۴۳       | ۱          | ۶۱۵/۸۴۳         | ۲۲/۶۲۲ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۰۰ |

آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنادی بر خوش بینی و کاهش تنیدگی در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری

|       |       |        |          |    |          |                         |      |
|-------|-------|--------|----------|----|----------|-------------------------|------|
| ۰/۳۷۷ | ۰/۰۰۰ | ۲۰/۵۴۰ | ۷۳۳/۸۸۵  | ۱  | ۷۳۳/۸۸۵  | خلق                     | گروه |
| ۰/۵۷۶ | ۰/۰۰۰ | ۴۰/۷۳۹ | ۹۵۶/۳۱۴  | ۱  | ۹۵۶/۳۱۴  | بی‌توجهی و<br>فزون کنشی |      |
| ۰/۴۰۱ | ۰/۰۰۰ | ۱/۱۳۷  | ۲۱۰/۴۹۵  | ۱  | ۰/۴۹۵    | تقویت گری               |      |
| ۰/۶۸۳ | ۰/۰۰۰ | ۷۳/۱۱۰ | ۸۶۵/۹۰۷  | ۱  | ۸۶۵/۹۰۷  | سازش پذیری              | گروه |
| ۰/۴۲۴ | ۰/۰۰۰ | ۲۵/۰۴۵ | ۳۳۲/۱۴۷  | ۱  | ۳۳۲/۱۴۷  | پذیرندگی                |      |
| ۰/۵۶۸ | ۰/۰۰۰ | ۴۴/۷۸۹ | ۱۲۱۹/۲۷۷ | ۱  | ۱۲۱۹/۲۷۷ | فزون طلبی               |      |
| ۰/۳۱۰ | ۰/۰۰۰ | ۱۵/۲۷۵ | ۵۴۵/۷۸۴  | ۱  | ۵۴۵/۷۸۴  | خلق                     |      |
| ۰/۷۳۹ | ۰/۰۰۰ | ۲۰/۷۷۷ | ۲۴۶۳/۸۳۸ | ۱  | ۲۴۶۳/۸۳۸ | بی‌توجهی و<br>فزون کنشی |      |
| ۰/۴۲۴ | ۰/۰۰۰ | ۲۵/۰۴۵ | ۳۳۲/۱۴۷  | ۱  | ۳۳۲/۱۴۷  | تقویت گری               |      |
|       |       |        | ۱۱/۸۴۴   | ۵۸ | ۴۰۲/۶۹۴  | سازش پذیری              |      |
|       |       |        | ۱۳/۲۶۲   | ۵۸ | ۴۵۰/۹۱۶  | پذیرندگی                | خطا  |
|       |       |        | ۲۷/۲۲۳   | ۵۸ | ۹۲۵/۵۷۴  | فزون طلبی               |      |
|       |       |        | ۳۵/۷۳۰   | ۵۸ | ۱۲۱۴/۸۰۷ | خلق                     |      |
|       |       |        | ۶۶/۶۱۹   | ۵۸ | ۱۴۶۵/۶۰۷ | بی‌توجهی و<br>فزون کنشی |      |
|       |       |        | ۳۵/۷۳۰   | ۵۸ | ۱۲۱۴/۸۰۷ | تقویت گری               |      |
|       |       |        |          |    |          |                         |      |

همانطور که جدول (۸) نشان می‌دهد تنیدگی و ابعاد آن شامل (سازش پذیری، پذیرندگی، فزون طلبی، خلق، بی‌توجهی و فزون کنشی و تقویت‌گری) در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری در پیش آزمون و پس آزمون مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < ۰/۰۱$ ) و ابعاد تنیدگی (سازش پذیری، پذیرندگی، فزون طلبی، خلق، بی‌توجهی و فزون کنشی و تقویت‌گری) و باتوجه به منفی بودن تمام شاخصهای این متغیر (تنیدگی) (در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری پس از آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنادی بهبود یافته است و همچنین ابعاد تنیدگی در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری که مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنادی دریافت کردند کمتر از مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری است که این مهارت را دریافت نکردند.

جدول (۹) نتایج آزمون لوین جهت تعیین برابری واریانس‌ها

| متغیر           | F     | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معنی داری |
|-----------------|-------|--------------|--------------|---------------|
| افسردگی         | ۱/۹۷۴ | ۱            | ۵۸           | ۰/۱۲۳         |
| دلبستگی         | ۱/۹۳۳ | ۱            | ۵۸           | ۰/۱۳۱         |
| محدودیت‌های نقش | ۱/۵۴۸ | ۱            | ۵۸           | ۰/۱۶۲         |
| حس صلاحیت       | ۱/۶۸۸ | ۱            | ۵۸           | ۰/۱۵۵         |
| انزوای اجتماعی  | ۱/۵۵۸ | ۱            | ۵۸           | ۰/۱۸۸         |
| روابط با همسر   | ۲/۱۶۴ | ۱            | ۵۸           | ۰/۶۸۶         |
| سلامت والد      | ۲/۳۳۹ | ۱            | ۵۸           | ۰/۷۵۵         |

طبق نتایج جدول (۹) سطح معنی‌داری خطای آزمون برابری واریانس‌ها ( $p > 0.05$ ) نشان می‌دهد که واریانس‌ها برابر هستند.

جدول (۱۰) نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چند متغیری چند متغیری آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنادیری بر کاهش تنیدگی (قلمرو والدینی) در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری

| نام آزمون         | مقدار   | F        | df فرضیه | df خطا | P     | مجذور اتا |
|-------------------|---------|----------|----------|--------|-------|-----------|
| اثر پیلایی        | ۰/۹۹۲   | ۲۷۷۹/۶۷۹ | ۵        | ۳۵     | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۹۲     |
| لامبدا ویلکز      | ۰/۰۰۸   | ۲۷۷۹/۶۷۹ | ۵        | ۳۵     | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۹۲     |
| اثر هتلینگ        | ۱۱۹/۵۵۶ | ۲۷۷۹/۶۷۹ | ۵        | ۳۵     | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۹۲     |
| بزرگترین ریشه خطا | ۱۱۹/۵۵۶ | ۲۷۷۹/۶۷۹ | ۵        | ۳۵     | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۹۲     |
| اثر پیلایی        | ۰/۵۵۷   | ۲۹/۲۶۳   | ۵        | ۳۵     | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۵۷     |
| لامبدا ویلکز      | ۰/۴۴۳   | ۲۹/۲۶۳   | ۵        | ۳۵     | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۵۷     |
| اثر هتلینگ        | ۱/۲۵۹   | ۲۹/۲۶۳   | ۵        | ۳۵     | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۵۷     |
| بزرگترین ریشه خطا | ۱/۲۲۳   | ۲۹/۲۶۳   | ۵        | ۳۵     | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۵۷     |

همانطور که جدول (۱۰) نشان می‌دهد سطوح معناداری تمام آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < ۰/۰۱$ ,  $F = ۲۹/۲۶$ ,  $p < ۰/۴۴$  = لامبدا ویلکز). مجذور اتا نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت بر اساس آزمون لامبدا ویلکز ۰/۵۵ است، یعنی ۵۵ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین گروه‌ها ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد.

جدول (۱۱) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنادیری بر کاهش تنیدگی (قلمرو کودکی) در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری

| منبع تغییر | متغیر وابسته    | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F         | P     | اتا   |
|------------|-----------------|---------------|------------|-----------------|-----------|-------|-------|
| مدل        | افسردگی         | ۶۴۰۵۹/۶۱۰     | ۱          | ۶۴۰۵۹/۶۱۰       | ۱۰۳۷۹/۶۲۹ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۹۱ |
|            | دلبستگی         | ۴۷۶۵۴/۸۹۰     | ۱          | ۴۷۶۵۴۰۹۰/۸۹۰    | ۴۷۵۶/۷۶۸  | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۸۰ |
|            | محدودیت‌های نقش | ۴۸۲۶۸/۰۹۰     | ۱          | ۴۸۲۶۸/۰۹۰       | ۳۳۹۰/۴۰۷  | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۷۲ |
|            | حس صلاحیت       | ۴۲۸۹۰/۴۱۰     | ۱          | ۴۲۸۹۰/۴۱۰       | ۶۵۵۳/۹۹۱  | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۸۶ |
|            | انزوای اجتماعی  | ۴۳۵۲۶/۳۸۸     | ۱          | ۴۳۵۲۶/۳۸۸       | ۶۸۷۵/۸۸۹  | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۷۷ |
|            | روابط با همسر   | ۲۸/۰۴۰        | ۱          | ۱۲۰/۰۴۰         | ۱/۸۰۴     | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۵۳ |
|            | سلامت والد      | ۱۱۰/۴۵۳       | ۱          | ۱۱۰/۴۵۳         | ۶/۵۷۰     | ۰/۰۱۵ | ۰/۱۷۰ |
| گروه       | افسردگی         | ۶۴۰/۰۱۰       | ۱          | ۶۴۰/۰۹۰         | ۱۰۳/۷۱۴   | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۱۹ |
|            | دلبستگی         | ۲۲۸/۰۱۰       | ۱          | ۲۲۸/۰۱۰         | ۲۲/۷۵۹    | ۰/۰۰۰ | ۰/۱۹۲ |

آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنایدری بر خوش بینی و کاهش تنیدگی در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری

|                 |          |    |          |        |       |       |
|-----------------|----------|----|----------|--------|-------|-------|
| محدودیت‌های نقش | ۰/۰۹۰    | ۱  | ۱۱۰/۰۹۰  | ۳۷/۶۶۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۲۸۲ |
| حس صلاحیت       | ۱۲۱۹/۲۷۷ | ۱  | ۱۲۱۹/۲۷۷ | ۴۴/۷۸۹ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۶۸ |
| انزوای اجتماعی  | ۵۴۵/۷۸۴  | ۱  | ۵۴۵/۷۸۴  | ۱۵/۲۷۵ | ۰/۰۰۰ | ۰/۳۱۰ |
| روابط با همسر   | ۲۵۴/۶۵۵  | ۱  | ۲۵۴/۶۵۵  | ۱۶/۳۸۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۳۳۹ |
| سلامت والد      | ۲۹۲/۹۲۱  | ۱  | ۲۹۲/۹۲۱  | ۱۷/۴۲۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۳۵۳ |
| افسردگی         | ۵۹۲/۴۸۰  | ۵۸ | ۶/۱۷۲    |        |       |       |
| دلبستگی         | ۹۶۱/۷۶۰  | ۵۸ | ۱۰/۰۱۸   |        |       |       |
| محدودیت‌های نقش | ۱۳۶۶/۷۲۰ | ۵۸ | ۱۴/۲۳۷   |        |       |       |
| حس صلاحیت       | ۶۲۸/۲۴۰  | ۵۸ | ۶/۵۴۴    |        |       |       |
| انزوای اجتماعی  | ۸۸۹/۳۶۳  | ۵۸ | ۸/۲۵۸    |        |       |       |
| روابط با همسر   | ۷۰/۳۹۳   | ۵۸ | ۱/۳۰۴    |        |       |       |
| سلامت والد      | ۸۳۵/۱۰۷  | ۵۸ | ۱۵/۴۶۵   |        |       |       |

همانطور که جدول (۱۱) نشان می‌دهد بین تنیدگی والدینی (قلمرو والدینی) (افسردگی، دلبستگی، محدودیت‌های نقش، حس صلاحیت، انزوای اجتماعی، روابط با همسر و سلامت والد) در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری در پیش آزمون و پس آزمون مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنایدری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < ۰/۰۱$ ) و ابعاد تنیدگی (افسردگی، دلبستگی، محدودیت‌های نقش، حس صلاحیت، انزوای اجتماعی، روابط با همسر و سلامت والد) و باتوجه به منفی بودن تمام شاخصهای این متغیر (تنیدگی والدینی) (قلمرو والدینی) (در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری پس از آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنایدری بهبود یافته است و همچنین ابعاد تنیدگی (قلمرو والدینی) در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری که مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنایدری دریافت کردند کمتر از مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری است که این مهارت را دریافت نکردند.

### بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه اول پژوهش این بود که آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنایدری بر خوش‌بینی مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری تاثیر معنی‌داری دارد.

نتایج به دست آمده از تحلیل و تجزیه نشان داد که برنامه آموزشی مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنایدری بر خوش بینی مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت وجود دارد. همچنین از نتایج آمار توصیفی متغیرها می‌توان نتیجه گرفت که میزان خوش‌بینی مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری که برنامه آموزشی مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنایدری را دریافت کردند بیشتر از افرادی است که این آموزش را دریافت نکردند. نتایج به دست آمده با مطالعات علوی (۱۳۹۵)، حسینی (۱۳۹۵)، قاسمی، عابدی و باغبان (۱۳۸۸)، کریپل و هندرسون کینگ (۲۰۱۹)، همسو می‌باشد. چنان که نتایج پژوهش حسینی (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر شادکامی و معنا در زندگی زنان سرپرست خانوار شهرستان باغملک» پرداخت. پژوهش حاضر با هدف بررسی آموزش مهارت‌های

مثبت‌اندیشی بر شادکامی و معنا در زندگی زنان سرپرست خانوار شهرستان باغملک انجام گرفت. در این پژوهش از روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل استفاده شد. جامعه‌ی آماری شامل کلیه زنان سرپرست خانوار شهرستان باغملک بود که تحت پوشش بهزیستی قرار داشتند. نمونه‌ی پژوهش ۱۲۰ زن سرپرست خانوار بودند که به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و سپس با توجه به ملاک‌های ورود و خروج ۳۰ زن سرپرست خانوار با روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند، و به پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHI) و پرسشنامه معنای زندگی (MLQ) پاسخ دادند. نتایج تحلیل شده از طریق روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) و نسخه Spss22 نشان داد که آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر افزایش شادکامی و مولفه‌های آن (رضایت از زندگی، عزت نفس، خودکارآمدی، سلامت روان و خلق مثبت) و افزایش معنا در زندگی و مولفه‌های آن (جستجوی معنا و وجود معنا) موثر بود. با توجه به یافته‌ها، لزوم گنجاندن آموزش مثبت‌نگری به منظور تقویت و ارتقاء احساس شادکامی و معنا در زندگی، توانمندسازی افراد و پیشگیری از آسیب‌ها برای زنان سرپرست خانوار ضروری بنظر می‌رسد و قاسمی عابدی، باغبان (۱۳۸۸) در پژوهشی به موضوع اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر بر میزان شادکامی سالمندان پرداختند و نتایج پژوهش نشان داد با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر کمکی، مداخلات آموزش گروهی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر منجر به افزایش شادکامی سالمندان شد.

در خصوص تبیین نتیجه به دست آمده قابل بیان است که به طور کلی، خوش بینی، نشان دهنده نگرش مثبت یا پیش‌آمدگی است برای اینکه چیزهای خوب رخ خواهند داد، در حالی که امید، به رفتار هدفمند مربوط می‌شود. معنی امید آن است که فرد، با استفاده از مهارت‌ها یا توانایی‌های خود، یا شاید با پافشاری، می‌تواند مسیر خود را در رسیدن به هدف پیدا کند که داشتن خودکارآمدی خیلی بهتر می‌تواند باعث توسعه خوشبینی تحصیلی گردد. خوش بینی و بدبینی افراد را ناشی از سبک تبیین آنها می‌دانند. افراد خوش بین، رویدادهای مثبت را به عوامل پایدار (همیشگی)، فراگیر (مربوط به تمام حیطه‌های زندگی) و درونی (ناشی از خود فرد)، و رویدادهای منفی را به عوامل موقتی، جزئی و بیرونی نسبت می‌دهند. در مقابل، سبک تبیین افراد بدبین، درست برعکس سبک تبیین افراد خوش بین است. در گذشته، خوش‌بینی، به عنوان یک صفت و نوعی تمایل ذاتی نسبت به حالت‌های پاسخ دادن قلمداد می‌شد، ولی با ظهور مفهوم هوش هیجانی، مفهوم خوش‌بینی نیز به عنوان یکی از ابعاد آن، قابل دستکاری و افزایش شد و داشتن خودکارآمدی زمینه‌ساز رفتن خوش بینی را فراهم می‌کند.

فرضیه دوم پژوهش این بود که آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی امید آفرین اسنایدری بر کاهش تنیدگی مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری تاثیر معنی‌داری دارد.

طبق نتایج بدست آمده برای تحلیل فرضیه اصلی دوم نشان داده شد که برنامه آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی امید آفرین اسنایدری بر کاهش تنیدگی مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت وجود دارد. همچنین از نتایج آمار توصیفی متغیرها می‌توان نتیجه گرفت که میزان تنیدگی مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری که برنامه آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی امید آفرین اسنایدری را دریافت کردند کمتر از افرادی است که این آموزش را دریافت نکردند. نتایج به دست آمده با مطالعات شیوافر (۱۳۹۸)، شیخ‌الاسلامی، رضانی (۱۳۹۸)، یادی سیرینی (۱۳۹۴)، آذری (۱۳۹۳)، غلامی (۱۳۹۰)، کلاسور و همکاران (۲۰۲۱)، هنکینز (۲۰۲۰) همسو می‌باشد.

در خصوص تبیین نتیجه به دست آمده قابل بیان است که منابع متعدد تنیدگی، توانمندی‌ها و مهارت‌های والدگری را با مشکلاتی مواجه می‌کنند (بلسکی، ۱۹۸۴). این منابع شامل عوامل برون خانوادگی، مانند فقر و بیکاری و عوامل درون خانوادگی، مانند وقایع منفی زندگی، اغتشاشات خانوادگی، انزوا، اضطراب و افسردگی، سوء مصرف الکل و مواد، مشکلات روزانه، و والدگری به تنهایی (مجرد بودن) می‌شوند (ویستر - استراتون، ۲۰۱۹). پژوهش‌های انجام شده برای سبب شناسی تنیدگی والدینی برخی والدین در پرورش فرزندان غالباً به مشکلات زندگی والدین و همچنین فشارهای بین فردی و اجتماعی رایج تمرکز کرده‌اند. شواهدی

موجود است که نشان می‌دهند تجارب کودکی اولیه بر مهارت‌های والدگری بزرگسالی تأثیر می‌گذارند. هرچند بخش جدیدی از پژوهشات ژنتیک به بررسی عوامل مؤثر احتمالی ژنتیکی بر تفاوت‌های فردی مشهود در رفتار والدگری پرداخته‌اند، اما هنوز داده‌های آشکاری در این مورد وجود ندارد (براون و همکاران ۲۰۱۶). شناخت عواملی که می‌توانند تنیدگی والدینی را پیش بینی کنند، از حساسیت خاصی برخوردار است، چراکه تأثیر تنیدگی بالقوه هم بر والدین و هم بر کودک زیان بخش است. اگر چه پژوهش‌ها کمتر به بررسی سطوح بهنجار تنیدگی والدینی پرداخته‌اند (مانند، دتیر، دکارت و اسکار، ۲۰۱۸)، اغلب پژوهش‌هایی که در زمینه تنیدگی والدینی انجام شده‌اند، بر پیامدهای شرایط یا وقایع تنیدگی‌زا مانند بیماری کودک (ارتباط مستقیم تنیدگی والدینی و دیابت نوع یک در فرزندان) یا مشکلات اقتصادی خانواده متمرکزند (وبستر، استراتون، ۲۰۱۸). تأثیر تنیدگی والدینی می‌تواند از طریق بافت کلی محیط خانه بیش از تعامل بلافصل والد-کودک منتقل شود. در خانواده‌های که بر اثر تنیدگی، والدین دچار درماندگی روانشناختی شده‌اند، محیط عاطفی بر اساس کاهش یا بی‌ثباتی ابراز عاطفی، کاهش پاسخ‌گویی و تعامل خصمانه مشخص می‌شود که چنین جو عاطفی منفی، از طریق تشدید بار هیجانی مستقیماً صلاحیت اجتماعی و هیجانی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (قشنگ، ۱۳۹۹) و طبق نتایج این فرضیه آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی می‌تواند در کاهش تنیدگی تأثیر مثبت داشته باشد.

فرضیه سوم پژوهش: آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنایدری بر کاهش ابعاد تنیدگی در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری تأثیر معنی‌داری دارد.

نتایج به دست آمده از تحلیل و تجزیه نشان داد که تنیدگی و ابعاد آن شامل (سازش‌پذیری، پذیرندگی، فزون‌طلبی، خلق، بی‌توجهی و فزون‌کنشی و تقویت‌گری) در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنایدری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/01$ ) و ابعاد تنیدگی (سازش‌پذیری، پذیرندگی، فزون‌طلبی، خلق، بی‌توجهی و فزون‌کنشی و تقویت‌گری) و باتوجه به منفی بودن تمام شاخص‌های این متغیر (تنیدگی) (در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری پس از آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنایدری بهبود یافته است و همچنین ابعاد تنیدگی در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری که مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنایدری دریافت کردند کمتر از مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری است که این مهارت را دریافت نکردند و بین تنیدگی والدینی (قلمرو والدینی) (افسردگی، دلبستگی، محدودیت‌های نقش، حس صلاحیت، انزوای اجتماعی، روابط با همسر و سلامت والد) در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنایدری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/01$ ) و ابعاد تنیدگی (افسردگی، دلبستگی، محدودیت‌های نقش، حس صلاحیت، انزوای اجتماعی، روابط با همسر و سلامت والد) و باتوجه به منفی بودن تمام شاخص‌های این متغیر (تنیدگی والدینی (قلمرو والدینی)) (در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری پس از آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنایدری بهبود یافته است و همچنین ابعاد تنیدگی (قلمرو والدینی) در مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری که مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنایدری دریافت کردند کمتر از مادران دارای کودکان ناتوانی یادگیری است که این مهارت را دریافت نکردند. نتایج به دست آمده با مطالعات شیوافر (۱۳۹۸)، شیخ‌الاسلامی و رضانی (۱۳۹۸)، یادی سربینی (۱۳۹۴)، آذری (۱۳۹۳)، غلامی (۱۳۹۰)، کلاسسر و همکاران (۲۰۲۱)، هنکینز (۲۰۲۰) همسو می‌باشد. چنانکه نتایج کلاسسر و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که یک درمان گروهی متمرکز بر تعیین هدف، مشتمل بر افزایش تولید گذرگاه‌ها و عامل با استفاده از فعالیت‌های مناسب برای رسیدن به اهداف معقول و بحث در مورد فرایندها و تکالیف خانگی هفتگی، می‌تواند برای بزرگسالان افسرده سودمند باشد. در این پژوهش ناامیدی، اضطراب و افسردگی شرکت‌کنندگان به طور معناداری کاهش یافت و میزان امید و شادکامی و سرزندگی به طور معناداری افزایش یافت.

در خصوص تبیین نتیجه به دست آمده قابل بیان است که به طور کلی، وجود یک کودک با اختلال یادگیری می‌تواند برای خانواده واقعه‌ای ناگوار باشد. برخی مسائل مربوط به واکنشها و سازگاری در برابر کودک با اختلال یادگیری را مورد بحث قرار داده است. اکثر والدین انتظار دارند که کودکانی جذاب، تیز هوش، تندرست، شاد و دوست داشتنی داشته باشند. والدین کودک با اختلال یادگیری نه تنها برای انتظارات بر باد رفته خود افسوس می‌خورند، بلکه اغلب با فشارهای روانی و اقتصادی بسیاری نیز روبرو هستند نظریه امید است. نظریه امید، رابطه بین سه مفهوم انتخاب هدف، انتظارات و مفهوم خودکارآمدی بندورا را برجسته کرده است. بنابراین، افرادی که اهداف ارزشمندی دارند، از این توانایی برخوردارند که راه‌های مختلفی برای رسیدن به آن پیدا کنند، درباره توانایی حل مسئله خود احساس اعتماد می‌کنند و در نتیجه، سطوح بالایی از امید را تجربه می‌کنند. نظریه امید، از دو مولفه تشکیل می‌یابد: مولفه اول، اندیشه مسیر یابی نامیده می‌شود؛ یعنی افراد امیدوار، در یافتن راه‌های مختلف برای رسیدن به هدف، خود را توانمند احساس می‌کنند. مولفه دوم، اندیشه کارگزاری است؛ که بر اساس آن، فرد این توانایی را در خود می‌بیند که از مسیرهای موجود، به خوبی استفاده کند. با وجود این دو مولفه، فرد، خود را نسبت به آینده، امیدوار احساس می‌کند. شنایدر، بنیانگذار نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، امید را به عنوان سازه‌ای شامل دو مفهوم، این گونه تعریف می‌کند: «توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به سوی اهداف مطلوب، به رغم موانع موجود و کارگزار یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه‌ها». مطابق نظر شنایدر (۲۰۰۲)، امید، شامل مجموعه‌ای از شرایط می‌شود که عبارتند از: ۱- دارا بودن اهداف ارزشمند شخصی ۲- ادراک توانایی، برای تولید راهبردها در تعقیب اهداف. شنایدر، نشان داد که افراد دارای سطح امید بالا، اهداف شان را به طور موفقیت آمیزی دنبال می‌کنند و متعاقباً، هیجانات مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و افراد دارای سطح امید پایین، در غلبه بر موانع، جهت رسیدن به اهدافشان مشکل دارند و متعاقباً، هیجانات منفی بیشتری را تجربه می‌کنند. ابیدین معتقد است که تأثیر رویدادهای مهم زندگی خارج از نظام والد-کودک با کاهش منابع والدین و توانایی آنان در کنار آمدن بانقش والدینی مشخص می‌شود. در تأیید این یافته می‌توان به تعداد قابل ملاحظه‌ای پژوهش‌هایی اشاره کرد که وجود ارتباط بین وقایع تنیدگی زای زندگی (مانند مشکلات مربوط به مسائل خانوادگی، با مرگ یکی از خویشاوندان، بیکار شدن و...) و سطح تنیدگی والدینی- در والدینی که کودکان با رفتارهای برونی سازی شده دارند- را تأیید کرده اند. ابیدین پیشنهاد کرد که میزان بالای تنیدگی والدین، مشکلات کودک و نارساکنش وری تعامل‌های والد-کودک به افزایش اقتدار منفی والدینی منجر می‌شود که به نوبه خود این رفتارها تأثیر مستقیم و منفی بر رفتارهای کودک برجای می‌گذارد و باعث افزایش مشکلات سازشی کودکان می‌شود که با توجه به نتایج این فرضیه آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی امید آفرین اسنایدری می‌تواند باعث کاهش تنیدگی شود.

## منابع

- [۱] استورا، جین بنجامین. (۱۳۷۷) تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن. مترجم: دادستان، پریخ. انتشارات رشد. تهران.
- [۲] بهاروند؛ ایمان، سودانی؛ منصور، عباسپور؛ ذبیح‌الله (۱۳۹۸). «اثربخشی آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تعارض والد-فرزند و قلدری در نوجوانان مادر سرپرست». مجله روانشناسی خانواده. دوره (۶). شماره (۱)
- [۳] دادستان، پریخ، حسن آبادی، حمیدرضا، احمدی ازغندی، علی (۱۳۸۵). تنیدگی والدینی و سلامت عمومی؛ فصلنامه روانشناسان ایرانی، سال دوم، شماره ۷.
- [۴] رسولی جزی؛ ف، عارفی؛ م (۱۳۹۶) تاثیر واقعیت درمانی گروهی بر بار روانی مادران دارای کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری. مجله پرستاری کودکان.
- [۵] رضازاده مقدم؛ سونه، خدابخشی کولایی؛ آناهیتا، حمیدی پور؛ رحیم، ثناگو؛ اکرم (۱۳۹۷). «اثربخشی روانشناسی مثبت نگر بر امید و تاب آوری مادران دارای کودکان ناتوانی ذهنی». نشریه روان پرستاری. تابستان ۱۳۹۷. دوره (۶) شماره (۳).
- [۶] شیخ الاسلامی؛ علی، رضانی؛ شکوفه (۱۳۹۸). «اثربخشی امید درمانگری گروهی مبتنی بر نظریه اسنادی بر کیفیت زندگی مردان با ناتوانی جسمی - حرکتی». مجله علوم روانشناختی. دوره هجدهم. شماره ۷۵.
- [۷] قدم پور؛ عزت الله، رادمهر؛ پروانه، یوسف وند؛ لیلا (۱۳۹۵). «تاثیر آموزش گروهی مبتنی بر نظریه امید اسنادی بر میزان اشتیاق و سرسختی تحصیلی دانش آموزان دختر متوسطه اول». پژوهش های تربیتی. پاییز و زمستان ۹۵. شماره ۳۳.
- [۸] قراشی، ک؛ سرندي، پ؛ و فرید، ا (۱۳۹۲) مقایسه میزان استرس و رضایت مندی زناشویی در والدین کودکان کم شنوا و عادی. شنوایی شناسی، ۲۲ (۱)، ۱۸-۲۴.
- [۹] مگیار - موئی، جینیا. ال (۲۰۰۹) فنون روانشناسی مثبت گرا. ترجمه فرید براتی سده، (۱۳۹۱) چاپ اول، تهران: انتشارات رشد.
- [۱۰] نامجویان شیرازی، ف؛ و کشاورز، ر. (۱۳۹۲) بررسی مقایسه‌ای میزان شدت فشار روانی و رضایت زناشویی بین مادران کودکان عقب مانده ذهنی تربیت پذیر نسبت به مادران کودکان عادی. زن و جامعه، ۴ (۴)، ۱۲۹-۱۴۶
- [۱۱] نریمانی؛ محمد، هدایت؛ سعیده (۱۳۹۹). «اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر نظریه امید اسنادی بر میزان ثبات قدم و خودکارآمدی تحصیلی دانش آموزان». مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت. سال هفتم، شماره (۳).
- [12] Abbeduto, L., Brady, N., & Kover, S. T. (2007). Language development and fragile X syndrome: Profiles, syndrome- specificity, and within- syndrome differences. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 13(1), 36-46.
- [13] Abidin , R.R. Solis , M.L (1991). The Spanish version parenting stress index : A psychometric study. *journal of clinical child psychology*. vol 20. No 4. 372-378
- [14] Al-Yagon, M. (2015). Fathers and mothers of children with learning disabilities: Links between emotional and coping resources. *Journal of Learning Disability Quarterly*, 38, 112-128.
- [15] American Psychiatric Association. (2013). *disorders* (5th Ed). Washington, DC: Auteurs.
- [16] Brabcová, D., Zárubová, J., Kohout, J., Jošt, J., & Kršek, P. (2015). Effect of learning disabilities on academic self-concept in children with epilepsy and on their quality of life. *Research in Developmental Disabilities*, 45, 120-128.
- [17] Bryant, F.B & Cvengros, J. A (2004). Distinguishing hope and optimism: Two sides of a coin, or two separate coins? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 273-302.
- [18] Burgdorf, V., Szabó, M.D., & Abbott, M.J. (2019). The Effect of Mindfulness Interventions for Parents on Parenting Stress and Youth Psychological Outcomes: A Systematic Review and MetaAnalysis. *Front. Psychol.* 10, 1336.
- [19] Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879-889

- [20] Chi, L. C., & Xu, H. X. (2018). Parenting Stress and its Associated Factors among Parents Working in Hospitality and Services Industries of Macau. *J Tourism Hospit*, 7(3), 362
- [21] Deater-Deckard, K., Li, M., and Bell, M. A. (2016). Multifaceted emotion regulation, stress and affect in mothers of young children. *Cogn. Emo*, 30, 444– 457.
- [22] Deater-Deckard, K. (2008). Parenting stress. Yale University Press. Del Fierro Avil, J. (2017). Stress and Marital Satisfaction of Parents with Children with Fragile X Syndrome. Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy Clinical Psychology, Walden University.
- [23] Dyson, L. (2010). Unanticipated effects of children with learning disability on their families. *The Journal of Learning Disability Quarterly*, 33, 43-55.
- [24] Jackson, A. P., & Choi, J. K. (2018). Parenting Stress, Harsh Parenting, and Children's Behavior. *J Family Med Community Health*, 5(3), 1150.
- [25] Klausner, E., Snyder, C.R. and Cheavens, J. (2021). "A hope-based group treatment for depressed older adult outpatients", in G.M. Williamson,
- [26] Larcen, R., & Cuzzocrea, F. (2011). Funzionamento della famiglia e sviluppo psico-sociale dei fratelli di individui con disabilità intellettive. *Psicologia Clinica Dello Sviluppo*, 15, 123-153.
- [27] Lau, S., Kubiak, T., Burchert, S., Goering, M., Oberlander, N., Vonsab, S., Selle, M & Hiemisch, A. (2014). Disentangling the effects of optimism and attributions on feelings of success. *Personality and Individual Differences*, 56, 78–82.
- [28] Liu, X., Lin, X., Heath, M. A., Zhou, Q., Ding, W., & Qin, S. (2018). Longitudinal linkages between parenting stress and oppositional defiant disorder (ODD) symptoms among Chinese children with ODD. *Journal of Family Psychology*, 32(8), 1078– 1086.
- [29] Long, A. C. J. (2009). Parenting stress and social support in families with children with fragile X syndrome: A comparison of mothers and fathers (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations & Theses Full Text database. (UMI No. 3366376).
- [30] McMahon, C. A., & Meins, E. (2012). Mind-mindedness, parenting stress, and emotional availability in mothers of preschoolers. *Early Childhood Research Quarterly*, 27 (2), 245–252.
- [31] Mills-Koonce, W. R., Appleyard, K., Barnett, M., Deng, M., Putallaz, M., & Cox, M. (2011). Adult attachment style and stress as risk factors for early maternal sensitivity and negativity. *Infant Mental Health Journal*, 32(3), 277–285
- [32] Nijssens, L., Bleys, D., Casalin, S., Vliegen, N., & Luyten, P. (2018). Parental Attachment Dimensions and Parenting Stress: The Mediating Role of Parental Reflective Functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 27(6), 2025 – 2036.
- [33] Robinson, M., and Neece, C. L. (2015). Marital satisfaction, parental stress, and child behavior problems among parents of young children with developmental delays. *J. Mental Health Res. Intellect. Disabil*, 8, 23–46.
- [34] Robledo-Ramón, P., & Garcia-Sánchez, J. N. 2012). Perceptions of the situation of families with children with learning disabilities and ADHD. *International Journal for Research in Learning Disabilities*, 1, 55-78.
- [35] Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219- 247
- [36] Schrank B, Riches S, Coggins T, Rashid T, Tylee A, Slade M. WELLFOCUS PPT - modified positive psychotherapy to improve well-being in psychosis: study protocol for a pilot randomised controlled trial. *Trials*. 2014;15:203. doi: 10.1186/1745-6215-15-203 pmid: 24888479
- [37] Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practicefriendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (5), 467-487

- [38] Snyder, C.R., Yamhure, L. C. (2000). Heartland Forgiveness Scale. Unpublished manuscript, University Kansas, Lawrence.
- [39] Snyder, C.R. Handbook of hope: therapy, measures, and applications. USA: Academic Press; 2000.
- [40] Snyder CR, & Lopez SL. (2007). Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths. Sage publications, Thousand oaks', London, New Delhi
- [41] Takahashi, M., Adachi, M., Takayanagi, N., ... Nakamura, K. (2017). Coordination aldifficulties in preschool-aged children are associated with maternal parenting stress: A communitybased cross-sectional study. *Research in Developmental Disabilities*, 70, 11-21.
- [42] Uliaszek AA, Rashid T, Williams GE, Gulamani T. Group therapy for university students: A randomized control trial of dialectical behavior therapy and positive psychotherapy. *Behav Res Ther*. 2016;77:78-85. doi: 10.1016/j.brat.2015 12.003 pmid: 26731172
- [43] Venta, A., Velez, L., and Lau, J. (2016). The role of parental depressive symptoms in predicting dysfunctional discipline among parents at high-risk for child maltreatment. *J. Child Family Stud*, 25, 3076–3082.
- [44] Yee Ho, M., Cheung, F.M., & Cheung, S.F. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*, 48, 658–663.