

Developing and Evaluating Compassion-Based Positive Training Program for Parents of Infants with Down Syndrome and Its Effectiveness on Parents' Psychological Well-Being

*Karami Nejad R¹, Afrooz Gh², Shokoohi Yekta M³, Ghobari Bonab B³, Hasanzadeh S⁴

Author Address

1. PhD Student in Psychology and Education of Exceptional Children, Department of Psychology and Education, Tehran University, Tehran, Iran;

2. PhD in Psychology, Distinguished Professor of Tehran University, Tehran, Iran;

3. PhD in Psychology, Professor of Tehran University, Tehran, Iran;

4. PhD in Psychology, Associate Professor of Tehran University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author Email: karami1352@gmail.com

Received: 2019 August 18; Accepted: 2019 November 11

Abstract

Background & Objectives: The birth of a child with special needs is a stressful experience and challenging for the family that can affect the physical and mental health of the parents. Given the key role of parents in the care, education and supervision of children with intellectual disabilities, timely intervention and assistance to parents in discovering coping resources, especially internal coping resources, is essential. One of the most effective interventions in this area is Positive Psychology, proposed by Seligman in 2000. Positive psychology, as a meta-diagnostic intervention, emphasizes promoting well-being and prosperity rather than addressing weaknesses. The purpose of this study was to design a compassion-based positive education program for parents of children with Down syndrome and evaluate its effectiveness on parental psychological well-being.

Methods: This study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and follow-up with a control group. The study's statistical population included parents of children with Down syndrome less than 2 years old. The study was conducted in February 2019. Due to the limited population, 17 couples of infants with Down Syndrome who were accessible and willing to participate in the study were included from the three cities of Yazd, Meybod, and Ardakan, Yazd Province, Iran. They were identified by the Welfare Organization of Yazd Province and presented to the researcher. Of whom, 14 families were selected according to the inclusion criteria and matched based on their level of education and socioeconomic status. Then they were randomly divided into experimental and control groups. For data collection, we used Psychological Well-Being Scale (Ryff, 1989). The intervention program used in this research was designed by the researchers based on Martin Seligman (2011). The results of research in the field of positive psychology were designed according to the five core elements of psychological well-being: positive emotions, engagement, interest, meaning, and purpose. This program was adapted to cultural characteristics. A different and innovative feature of the present study was the use of compassion as a form and explanation of positive psychology exercises and activities from the perspective of compassion (Gilbert, 2019). The intervention included 14 sessions (one session per week). Both groups underwent three stages of evaluation: pretest, posttest and 3 months follow-up. Descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency, percentage) were used to describe the data. Then the data analysis was done using the analysis of variance test with repeated measurement of multiple variables and pairwise comparison test in SPSS version 20 software. The significance level was set at 0.05.

Results: The results showed a significant difference between the two groups in the psychological well-being scores after the intervention ($p=0.001$). The results of pairwise comparisons showed a statistically significant difference between the mean scores of the pretest with posttest and the pretest with follow-up of the experimental group ($p=0.001$). Also, the mean scores of the posttest phase are not significantly different from the mean scores of the follow-up phase for the experimental group, which indicates the persistence of the effects of the intervention and its effectiveness during the quarterly follow-up period ($p=0.080$). Examination of the subscales of the Psychological Well-Being Scale showed that the independent variable of compassion-based positivity education could make a significant difference between the experimental group and the control group in the meaningful life subscale ($p=0.045$). But in other subscales including mastery of the environment ($p=0.081$), positive relationships ($p=0.081$), self-acceptance ($p=0.133$), and personal growth ($p=0.051$), the differences observed in different stages between the two groups were not significant.

Conclusion: According to the result of this study, a positive education program for parents of children with Down syndrome can improve their psychological well-being.

Keywords: Positive psychology, Compassion, Down syndrome, Psychological well-being.

طراحی و ارزیابی برنامه آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت برای والدین دارای کودک خردسال با نشانگان داون و اثربخشی آن بر بهزیستی روان‌شناختی والدین

* رضا کرمی‌نژاد^۱، غلامعلی افروز^۲، محسن شکوهی‌یکتا^۳، باقر غباری بناب^۳، سعید حسن‌زاده^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛

۲. دکتری روان‌شناسی، استاد ممتاز روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران؛

۳. دکتری روان‌شناسی، استاد روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران؛

۴. دکتری روان‌شناسی، دانشیار روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

*اربابانامه نویسنده مسئول: rkarami1352@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۷ مرداد ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۲۰ آبان ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: تولد کودک با نیازهای ویژه می‌تواند مشکلات روان‌شناختی را برای والدین در پی داشته باشد؛ از این رو این پژوهش با هدف طراحی و ارزیابی برنامه آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت برای والدین دارای کودک خردسال با نشانگان داون و اثربخشی آن بر بهزیستی روان‌شناختی والدین انجام شد.

روش بررسی: روش این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری را والدین کودکان با نشانگان داون کمتر از دو سال در استان یزد در آبان ۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونه آماری شامل ۱۴ زوج (پدر و مادر) بود که به شیوه در دسترس، از شهرهای یزد، میبد و اردکان انتخاب شدند و براساس سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی-اجتماعی هم‌تاسازی شدند. سپس به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. ابزار پژوهش مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۸۹) بود. پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش چهارده جلسه آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت را دریافت کرد؛ در حالی که گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. برنامه مداخله‌ای به‌کاررفته در این پژوهش براساس دیدگاه مارتین سلیگمن (۲۰۱۱) طراحی شد که در آن از نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر و باتوجه به پنج مؤلفه بهزیستی روان‌شناختی یعنی هیجان مثبت، اشتیاق، معنا، روابط مثبت و دستاورد (موفقیت) اقتباس صورت گرفت و با ویژگی‌های فرهنگی انطباق داده شد. تحلیل داده‌ها به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون مقایسه زوجی در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، برنامه آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت، بهزیستی روان‌شناختی والدین گروه آزمایش را به‌طور معناداری افزایش داد ($p=0/001$). تأثیر برنامه در مرحله پیگیری پس از سه ماه نیز باقی بود ($p=0/080$). همچنین آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت توانست در خرده‌مقیاس زندگی معنادار بین دو گروه تفاوت معنادار ایجاد کند ($p=0/045$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های پژوهش می‌توان از برنامه آموزش مثبت‌نگری برای والدین کودکان با نشانگان داون در جهت افزایش بهزیستی روان‌شناختی آنان بهره گرفت. **کلیدواژه‌ها:** روان‌شناسی مثبت‌نگر، شفقت، نشانگان داون، بهزیستی روان‌شناختی.

تصمیم برای فرزندآوری یکی از تلاش‌های خانواده برای حرکت به سمت گسترش و تکامل است. تولد نوزاد شرایط زندگی خانواده را تغییر می‌دهد؛ زیرا بزرگ کردن کودک به‌ویژه در سال‌های نخست، کاری توان‌فرسا، ۲۴ ساعته، بدون تعطیلی و پر از دردهای ریز و درشت است که اغلب والدین نمی‌دانند چگونه باید با این مسائل برخورد کنند (۱). اغلب والدین پس از تولد نوزاد، به دلیل مسئولیت‌های مراقبت از او، استرس بیشتری را در مقایسه با گذشته تجربه می‌کنند؛ اما پژوهشگران وظایف روزمره را برای مراقبت و نگهداری از نوزاد با نیازهای ویژه در مقایسه با کودکان عادی بسیار متفاوت ارزیابی می‌کنند. اغلب پژوهشگران تولد کودک با نیازهای ویژه را تجربه‌ای استرس‌زا و چالشی سخت و مهم برای خانواده می‌دانند که می‌تواند سلامت جسمی و روانی والدین را تحت تأثیر قرار دهد (۲)؛ چراکه والدین کودکان با نیازهای ویژه علاوه بر ضرورت انطباق با استرس ناشی از مراقبت‌های روزمره و نگهداری از نوزاد، باید به مقابله با غم و اندوه، ناامیدی و چالش‌هایی نیز بپردازند که گاه می‌تواند بحران جدی و اختلال در سبک زندگی ایجاد کند (۳).

درباره کودکان با نشانگان داون کلیشه‌های ذهنی منفی موجب می‌شود والدین آن‌ها فاصله زیادی را بین کودک متولدشده و کودک رؤیایی خود احساس کنند و استرس و مشکلات روان‌شناختی بیشتری را در مقایسه با والدین نوزادان عادی تجربه کنند (۴). از آنجا که بر اساس یافته‌های علمی شرایط سخت و استرس‌زا و هیجان‌های منفی متعاقب آن، دامنه تفکر و عمل لحظه‌ای فرد را محدود می‌کند (۵) و با توجه به خاصیت پویایی و دیرپایی مشکلات کودکان با نشانگان داون، به نظر می‌رسد نبود مداخله مؤثر با هدف کاستن فشار و استرس خانواده و هیجان‌های منفی والدین به دلیل مقایسه کودک متولدشده با کودک رؤیایی، خانواده را در چرخه‌ای معیوب قرار می‌دهد؛ زیرا به نظر می‌رسد با توجه به محدودیت دامنه تفکر و عمل، راهبردهای برآمده از دل این محدودیت‌ها حداقل کارکرد سازگارانه داشته باشند (۶). مشخص است که در صورت ادامه وضعیت موجود و نبود مداخله مناسب برای کمک به والدین به منظور پذیرش نیازهای ویژه فرزند، آن‌ها افسردگی، اضطراب، کاهش عزت‌نفس، ناامیدی و کاهش رضایت‌مندی زناشویی را تجربه خواهند کرد. این مشکلات و مسائل می‌توانند کارکرد نهاد خانواده و روابط میان اعضای خانواده را تحت تأثیر خود قرار دهند و بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها را به‌طور معناداری کاهش دهند (۷). بر این اساس طراحی و اجرای مداخله‌های به‌هنگام و کمک به والدین در راستای کشف منابع مقابله‌ای به‌ویژه منابع مقابله درونی بسیار مهم و اجتناب‌ناپذیر است.

باتوجه به نقش محوری و مهم والدین در مراقبت، آموزش و نظارت بر افراد دارای معلولیت ذهنی، ایجاد زمینه سازگاری و کنارآمدن موفق با این موضوع برای آنان بسیار مهم و ضروری است؛ به همین دلیل پژوهش‌های دهه اخیر بیشتر بر یافتن مداخله‌های مؤثر به‌منظور کمک

به والدین در پذیرش و فراهم کردن مراقبت لازم کودک برای رشد بهتر، متمرکز شده است (۸). هیجان‌های مثبت از راه اثر گسترش‌دهندگی‌شان، موجب ایجاد حلقه‌های صعودی^۲ بهزیستی و افزایش خزانه تفکر-عمل می‌شوند و در درازمدت نیز باعث ساخت و گسترش منابع تقویتی و شخصی گوناگون از جمله منابع جسمی، منابع اجتماعی، منابع ذهنی و منابع روان‌شناختی (خوش‌بینی و تاب‌آوری) می‌شوند (۶)؛ از این رو یکی از مداخلات مؤثر و بسیار کارآمد در این زمینه، مداخلات برآمده از روان‌شناسی مثبت‌نگر است که در آن به جای پرداختن به ضعف‌ها، تأکید بر ارتقای بهزیستی و شکوفایی افراد است (۹)؛ همچنین روان‌شناسی مثبت‌نگر از طریق ایجاد رابطه سازنده با سه مقطع زمانی گذشته (با تمرکز بر بهزیستی و رضایت)^۳، حال (توجه به مفاهیمی از جمله تجربه غرقگی، خوشی، لذت جسمانی و شادی)^۴ و آینده (با استفاده از مفاهیمی چون خوش‌بینی و امید و ایمان)^۵ سعی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد دارد (۱۰).

بر اساس جنبش روان‌شناسی مثبت‌نگر، بهزیستی را نمی‌توان تنها در نبود بیماری روان‌شناختی دانست؛ بلکه برای رسیدن به بهزیستی باید نقاط قوت و ظرفیت‌های انسانی را نیز پرورش داد (۹). در این رویکرد به جای از بین بردن جنبه‌های منفی زندگی، تلاش برای ایجاد و گسترش وجوه مثبت زندگی است. از سوی دیگر، شفقت، توانمندی و ویژه‌ای است که ویژگی‌های مهربانی، یکپارچگی درونی و احساس ارتباط با خویش و دیگران را در بر می‌گیرد و به افراد کمک می‌کند تا در مواجهه با چالش‌های زندگی، امید و معنای زندگی خود را بیابند (۱۱). شفقت به‌عنوان مسیری در نظر گرفته می‌شود که هنگام مواجهه با چالش‌های زندگی به فرد امکان می‌دهد تا از طریق پرورش و توسعه آن با تمرین حضور در لحظه، به جای انتخاب پاسخ‌هایی از جمله خشم، نفرت یا ناشکیبایی، با ذهن آگاهی، قلب خود را به روی بخشندگی و فهم دیگران بگشاید و از این رهگذر به بهزیستی بیشتری دست یابد (۱۲). شفقت با خود، با سه ویژگی تعریف شده است: مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود؛ احساس داشتن اشتراکات انسانی با دیگران در مقابل داشتن احساس انزوا؛ ذهن آگاهی در مقابل پراکندگی ذهن (۱۱). شفقت به‌عنوان ابزار مثبت‌نگری می‌تواند در خدمت بهزیستی روان‌شناختی قرار بگیرد. شفقت با ایجاد فضایی همراه با پذیرش و کمک به انسان برای کشف معنا و هدف زندگی از درون دردها و رنج‌های خود، به‌جای پرهیز و دوری از درد و رنج، آن‌ها را با مهربانی و حسن نیت در آغوش می‌گیرد و بهزیستی روان‌شناختی از درون همین تجربه رشد که ریشه کاملاً انسانی دارد، پدیدار می‌شود. این ویژگی موجب شده است که در آموزش مثبت‌نگری از شفقت به‌عنوان ابزاری قدرتمند استفاده شود.

در روان‌شناسی مثبت‌نگر مداخله عبارت است از روش‌های درمان یا فعالیت‌های عمدی که با هدف ایجاد احساسات، رفتار یا شناخت‌های مثبت در فرد، صورت می‌گیرد (۱۳). روان‌شناسی مثبت‌نگر به‌عنوان مداخله‌ای فراتشخیصی می‌تواند در بسیاری از حوزه‌ها و برای افراد با

4. Flow, joy, the sensual pleasures and happiness

5. Optimism, hope and faith

1. Individual's momentary thought-action

2. Upward spirals

3. Well-being and satisfaction

در مواقعی که از مداخله مثبت نگر بهره گرفته می‌شود، از برنامه‌ها و بسته‌های موجود استفاده شده است و هیچ ویژگی منحصره‌فردی که نشان‌دهنده شرایط خاص این والدین باشد، در آن‌ها مشاهده نمی‌شود؛ برای نمونه می‌توان به پژوهش‌های حسین‌آبادی و همکاران (۱۷) و خانجانی (۱۸) اشاره کرد.

همچنین براساس تجربه پژوهشگران در اجرای مقدماتی برنامه مثبت‌نگر، باتوجه به شرایط ویژه‌ای که والدین در سالیان آغازین تولد کودک با نیازهای ویژه با آن مواجه هستند، همکاری آن‌ها برای این‌گونه مداخلات بسیار اندک است و ارتباط ضعیفی با تمرین‌ها و آموزش‌ها برقرار می‌کنند. به همین دلیل باتوجه به ضرورت نگاه شفقت‌آمیز والدین به خود و کودک با نشانگان داون در اوایل تولد و اینکه مهربانی و ویژگی ذاتی والدین است، در این پژوهش در طراحی برنامه مثبت‌نگری، براساس نظریه سلینگمن (۲۰) و باتوجه به ضرورت بسط و گسترش توان‌مندی ذاتی والدین در مهربانی، شفقت به‌عنوان اساس و بنیان کار قرار گرفت؛ همچنین تمامی تمرین‌های مثبت‌نگری براساس نظریه شفقت‌گیلبرت (۱۲) برای والدین تبیین شد. این ویژگی منحصره‌فرد برنامه مذکور موجب ارتباط قوی والدین با آموزش و اجرای بهتر تمرین‌ها شد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف طراحی برنامه آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت برای والدین کودکان خردسال با نشانگان داون و ارزیابی اثربخشی آن بر بهزیستی روان‌شناختی والدین طراحی و اجرا شد.

۲ روش بررسی

روش این پژوهش، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را والدین خردسالان با نشانگان داون کمتر از دو سال در آبان ۱۳۹۷ تشکیل دادند و از نمونه در دسترس برای انجام پژوهش استفاده شد. باتوجه به محدودبودن جامعه، تعداد ۱۹ زوج از والدین کودکان با نشانگان داون که امکان ارتباط با آن‌ها فراهم شد، از سه شهر یزد، میبد و اردکان توسط بهزیستی استان یزد شناسایی شدند و به پژوهشگر معرفی شدند. پس از توضیح درباره پژوهش، ۱۴ خانواده که دارای رضایت به شرکت در پژوهش بودند و ملاک‌های ورود به پژوهش را کسب کردند، به‌عنوان نمونه وارد مطالعه شدند. ملاک‌های ورود والدین به پژوهش شامل دریافت‌نکردن خدمات روان‌شناسی و مشاوره هم‌زمان با شرکت در پژوهش توسط آن‌ها، داشتن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی و نداشتن مشکل روان‌شناختی حاد نیازمند خدمات بالینی، از طریق پرسش از شرکت‌کنندگان بود.

فرایند انجام مطالعه به این صورت بود که پیش از شروع پژوهش به‌صورت تلفنی با هریک از والدین تماس گرفته شد و در صورت اعلام رضایت به شرکت در پژوهش و در صورت داشتن ملاک‌های ورود، به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. پس از انتخاب گروه نمونه، پیش‌آزمون با استفاده از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی^۲ (۲۱) انجام شد. بعد از پیش‌آزمون، گروه آزمایش چهارده جلسه آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت را دریافت کرد؛ درحالی‌که گروه گواه مداخله‌ای دریافت

ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی مختلف به‌کار گرفته شود (۱۴). این نوع از مداخله‌ها به‌جای تمرکز بر بیماری‌های روانی بر سلامت روان متمرکز است. روان‌شناسان مثبت‌نگر بر این باور هستند که به‌جای پرداختن و توجه به مشکلات روان‌شناختی، می‌توان با پرورش توانایی‌ها و وجوه قدرت فعلی خود از جمله خوش‌بینی، مهربانی، سخاوت، اصالت و شوخ‌طبعی که آن‌ها را توان‌مندی‌های منشی می‌نامند، سطح درخور توجهی از شادکامی را تجربه کنیم (۱۵). به باور نظریه‌پردازان این حوزه، برای رسیدن به شادکامی، تنها نباید بر حذف نقاط ضعف بسنده کرد؛ در عوض موفقیت بیشتر در زندگی و احساس عمیق‌تر رضایت از طریق ساخت و پرورش قدرت‌های شخصی به‌دست می‌آید (۱۵). به همین دلیل در سالیان اخیر توجه بسیاری از پژوهشگران به طراحی مداخلات مؤثر بر پایه روش‌های دقیق علمی، براساس رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر بوده است. مجموعه این تلاش‌ها، مداخلات مؤثر و کارآمدی را در این حوزه پدید آورده است؛ همچنین پژوهش‌های انجام‌شده در این حوزه، اثربخشی مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر را بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه در سه زمینه داشتن روزی خوب در محل کار، داشتن روابط حمایت‌گرانه و استفاده معنادار از وقت (۱۶)، افزایش بهزیستی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اتیسم (۱۷) و افزایش رضایت از زندگی، خوش‌بینی و عواطف مثبت در دانشجویان (۱۸) نشان داده‌اند.

از آنجاکه به‌طور موروثی ذهن انسان در برابر پدیده‌های منفی سوگیری^۱ دارد و افراد به پدیده‌ها و اتفاقات منفی وزن بیشتری می‌دهند و اغلب واکنش‌های آن‌ها درباره پدیده‌ها و اطلاعات منفی سریع‌تر و شدیدتر از واکنش آنان به اطلاعات مثبت است (۱۹)، این سبک ارتباط با پدیده‌ها موجب مخفی ماندن و بروز نکردن منابع مثبت موجود در زندگی خواهد شد؛ بنابراین باتوجه به اهمیت و کارایی مداخلات مثبت‌نگر بر حوزه‌های مختلف زندگی، به‌کارگیری مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر و کمک به کشف و ارتقای منابع درونی والدین کودکان دارای مشکلات ذهنی، روانی و عاطفی- رفتاری، ضرورتی بیش از پیش دارد تا به این وسیله حوزه تفکر و عمل این والدین گسترش یابد؛ همچنین آن‌ها در مواجهه با این مسئله و سایر مسائل زندگی می‌توانند به‌جای پرداختن به پاسخ‌های محدود و کلیشه‌ای به گستره‌ای از راهبردهای مؤثر دسترسی داشته باشند.

وجه تمایز این پژوهش با سایر پژوهش‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر در موضوعات زیر بیان‌شدنی است: نخست آنکه برخلاف پژوهش‌های گذشته که در آن‌ها شفقت به‌عنوان ابزاری استفاده شده است، در این پژوهش شفقت به‌منزله فرم به‌کار رفت و تبیین تمرین‌های منزل و فعالیت‌های جلسات آموزش مثبت‌نگری همگی براساس رویکرد شفقت به خود و فرزند با نیازهای ویژه صورت گرفت؛ چراکه مهربانی از ویژگی‌های بارز والدین است و با این زبان، یعنی زبان شفقت با فرزند با نیازهای ویژه خود بهتر ارتباط برقرار می‌کنند؛ دیگر آنکه هیچ برنامه مثبت‌نگری، خاص والدین کودکان با نیازهای ویژه و به‌طور خاص والدین کودکان با نشانگان داون طراحی نشده است؛ همچنین

۲. Psychological Well-being Scale

۱. Negativity bias

نکرد. در پایان، پس‌آزمون و پیگیری با فاصله سه ماه از هر دو گروه گرفته شد.

به دلیل رعایت حق شرکت‌کنندگان، تمامی شرکت‌کنندگان (گروه آزمایش و گروه گواه) با مؤسسه خیریه و غیرانتفاعی حامی سندرم داون استان یزد آشنا شدند و در جشن افتتاحیه و سایر برنامه‌های این مؤسسه امکان حضور، مشارکت و استفاده از خدمات مؤسسه را داشتند؛ به علاوه، با هدف برقراری مساوات بین گروه آزمایش و گروه گواه، بسته آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت برای گروه گواه دقیقاً مشابه با گروه آزمایش، پس از انجام شدن پژوهش و در پایان اجرا شد.

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارها و جلسات درمانی زیر استفاده شد.

- پرسشنامه جمعیت‌شناختی: به منظور ارزیابی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی والدین از این ابزار برای بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها استفاده شد که در آن وضعیت تحصیلی، سن، سن فرزند و سابقه مراجعه به روان‌شناس یا روان‌پزشک و مصرف دارو پرسش شد.

- مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف: این مقیاس در سال ۱۹۸۰ توسط ریف با هدف ارزیابی بهزیستی روان‌شناختی افراد طراحی شد. فرم اصلی دارای ۱۲۰ گویه بود؛ اما در بررسی‌ها و بازنگری‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تری از جمله فرم‌های ۸۴، ۵۴ و ۱۸ سؤالی نیز استخراج شد. نسخه کوتاه ۱۸ سؤالی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در سال ۱۹۸۹ طراحی شد (۲۱). پاسخ‌گویی به این مقیاس در پیوستاری ۶ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱ نمره) تا کاملاً موافقم (۶ نمره) امکان‌پذیر است. نمره بیشتر در این مقیاس ۱۰۸ است که نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. نمره کمتر برابر با ۱۸ است که بهزیستی روان‌شناختی کمتری را نشان می‌دهد. نمره‌گذاری این مقیاس برای ۱۰ پرسش به صورت مستقیم و برای ۸ پرسش به شکل وارونه انجام می‌شود. این مقیاس دارای ۶ خرده‌مقیاس شامل پذیرش خود، تسلط بر محیط، روابط مثبت، زندگی معنادار، رشد شخصی و استقلال است (۲۲). ضریب قابلیت اعتماد نسخه انگلیسی این مقیاس با استفاده از نمونه‌ای ۳۲۱ نفری (۱۳۰ مرد و ۱۹۱ زن) محاسبه شد که ضریب همسانی درونی این مقیاس بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳۳ و ضریب قابلیت اعتماد به روش بازآزمایی پس از شش هفته بر نمونه ۱۱۷ نفری بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۱۱ است. به دست آمد. همچنین همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۳۲ تا ۰/۷۶ گزارش شد (۲۲). نسخه کوتاه ۱۸ سؤالی مقیاس تجدیدنظرشده بهزیستی روان‌شناختی ریف توسط بیانی و همکاران از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد و به کمک اعضای هیئت علمی گروه زبان انگلیسی با اصل آن تطبیق داده شد. روایی نسخه فارسی این مقیاس با اجرای هم‌زمان آن با مقیاس رضایت از زندگی^۱، پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۲ و پرسش‌نامه عزت نفس روزنبرگ^۳ به ترتیب ۰/۴۸، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آمد. در نسخه فارسی ضریب قابلیت اعتماد با روش بازآزمایی ۰/۸۲ به دست آمد و در خرده‌مقیاس‌های

پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی معنادار و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ محاسبه شد. برای تعیین همسانی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضریب آلفا ۰/۸۹ بود (۲۳).

برنامه مداخله‌ای به کاررفته در این پژوهش توسط پژوهشگران مطالعه حاضر، براساس دیدگاه مارتین سلیگمن (۲۰) طراحی شد که در آن از نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر و باتوجه به پنج مؤلفه بهزیستی روان‌شناختی یعنی هیجان مثبت، اشتیاق، معنا، روابط مثبت و دستاورد (موفقیت) اقتباس صورت گرفت و با ویژگی‌های فرهنگی انطباق داده شد. ویژگی متفاوت و برجسته پژوهش حاضر استفاده از شفقت به عنوان فرم و تبیین تمامی تمرین‌ها و فعالیت‌های مثبت‌نگری با رویکرد شفقت بود؛ زیرا به باور اغلب پژوهشگران شفقت و مهرورزی همراه با دلسوزی، رفتارهای ذاتی والدین محسوب می‌شوند که زمینه‌ساز ارتباط اجتماعی هستند (۱۲).

برای طراحی برنامه هشت مرحله، به شرح زیر اقدام شد. مرحله اول: بررسی نظریه‌های موجود در زمینه روان‌شناسی مثبت‌نگر و شفقت؛

مرحله دوم: بررسی پیشینه پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه خدمات روان‌شناختی لازم برای خانواده دارای کودکان با نیازهای ویژه؛

مرحله سوم: نیازسنجی از طریق مصاحبه با ۱۷ نفر از والدین کودکان با نشانگان داون؛

مرحله چهارم: تهیه محتوای برنامه روان‌شناسی مثبت‌نگر مبتنی بر شفقت؛

مرحله پنجم: بررسی روایی محتوای آموزشی مثبت‌نگری با استفاده از نظرات ۵ نفر از اساتید محترم دانشگاه و دارای فعالیت در حوزه مثبت‌نگری. در این زمینه، نسبت روایی محتوایی^۴ لاوشه^۵ نیز گویای روایی مناسب برنامه حاضر است. به منظور بررسی عمیق‌تر میزان روایی برنامه، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (۲۱) در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری اجرا شد. هدف اصلی استفاده از این ابزار، سنجش عنصر اصلی مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر یعنی افزایش بهزیستی روان‌شناختی بعد از آموزش و در مرحله پیگیری درمقایسه با پیش از شروع آموزش بود؛

مرحله ششم: اجرای مقدماتی برنامه روی سه خانواده دارای فرزند با نشانگان داون (کودکان در آستانه ۲ سالگی)؛

مرحله هفتم: بازنگری و اصلاح برنامه مداخله؛

مرحله هشتم: اجرای نهایی برنامه، پیگیری و تعیین پایایی برنامه مداخله از طریق روش‌های آماری.

برنامه آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت به مدت چهارده جلسه و هر هفته یک جلسه به صورت گروهی، در مرکز مشاوره امام حسین و مهدالرضای شهر یزد توسط پژوهشگر (نویسنده اول مقاله) اجرا شد. به جز جلسه نخست که ۹۰ دقیقه پیش‌بینی شد، زمان سایر جلسات ۷۵ دقیقه بود.

3. Rosenberg's Self-esteem Questionnaire

4. Content Validity Ratio (CVR)

5. Lawshe

1. Satisfaction With Life Scale

2. Oxford Happiness Inventory

جدول ۱. شرح مختصر جلسات آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت

جلسه	نام فعالیت	شرح و توصیف جلسه	تکلیف
اول	معرفی و آشنایی افراد گروه، تشریح برنامه مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت	معرفی و آشنایی افراد با یکدیگر و بیان قواعد کار گروهی، محرمانه‌بودن جلسات، ضرورت و فواید شرکت در جلسات، تأکید بر انجام تکالیف منزل. تعریف شفقت، توضیح سه سیستم تنظیم هیجان (سیستم دفاع، سیستم انگیزش و سیستم امنیت).	انجام تمرین صندلی مشفق در جلسه و تعیین آن به‌عنوان تمرین منزل.
دوم	شفقت به فرزند با نشانگان داون	معرفی نقشه مهربانی، آشنایی با تعریف مهربانی و نامهربانی. معرفی عینک رنج‌بینی، توضیح کاربرد تمرین منزل با عنوان دیدن رنج خود و فرزند.	تکمیل کاربرد تمرین در منزل با عنوان فرم رنج‌بینی.
سوم	شفقت به فرزند با نشانگان داون	بررسی مشفقانه رنج پدر و مادر باتوجه به تمرین منزل با هدف انتقال احساس عادی‌بودن به آن‌ها. معرفی رقبای مهربانی و درخواست برای بیان خاطره در این زمینه. توضیح ویژگی‌های رفتار شفقت‌آمیز.	تکمیل کاربرد تمرین در منزل با عنوان فرم رنج‌بینی، همراه با ستون رفتار مشفقانه.
چهارم	ذهن‌آگاهی	بررسی سه سیستم تنظیم عاطفه: ۱. سیستم دفاع؛ ۲. سیستم انگیزش؛ ۳. سیستم امنیت. شناخت موانع ذهن‌آگاهی، درگیری مداوم با سیستم تهدید یا انگیزش. تمرین ذهن‌آگاهی با تنفس ذهن آگاه. تمرین برای شناخت سیستم فعال در ذهن.	تلاش برای آگاهی ذهنی از درد و رنج در لحظه وقوع و یادداشت در فرم رنج‌بینی.
پنجم	تشخیص توان‌مندی‌های منشی	اجرای آزمون توان‌مندی‌های منشی، توضیح درباره نقش این قدرت‌ها در زندگی. بحث گروهی درباره اهمیت به‌کارگیری توان‌مندی‌های منشی در فعال کردن سیستم امنیت باتوجه به تجربه مثبت غرقگی. نقش همسران در افزایش توان‌مندی‌ها و به‌کارگیری آن‌ها در زندگی زناشویی. چگونگی مواجهه همسران با این توان‌مندی‌ها.	نوشتن داستان «خود توان‌مند». نوشتن خاطره‌ای از زمانی با عملکرد بسیار خوب و شرح آن با جزئیات.
ششم	به‌کارگیری توان‌مندی‌های منشی	تحلیل آزمون توان‌مندی‌های منشی همسران برای یکدیگر، بیان خاطره‌ای از به‌کارگیری این توان‌مندی‌ها، زمینه‌سازی برای احترام به این توان‌مندی‌های شخصیتی و زمینه‌سازی برای ارتقای این توان‌مندی‌ها در همسران. مشخص کردن چالش‌های زندگی ناشی از به‌کارگیری نامناسب این توان‌مندی‌ها.	یادداشت از زمان به‌خوبی به پیش‌بردن خودکاری همسران با استفاده از توان‌مندی‌های منشی. نوشتن توان‌مندی‌های منشی فرزند با نشانگان داون.
هفتم	گذشت و بخشش و میراث ماندگار شخصی	آشنایی با مفهوم و کارآمدی بخشش به‌عنوان توان‌مندی شخصیتی دارای توانایی تزیین احساسات مثبت و سازنده به زندگی. برقراری ارتباط بین توان‌مندی‌های شخصیتی و بخشایش ارتباط. بیان ویژگی‌ای که شرکت‌کننده دوست دارد همه در پایان عمر او را با این ویژگی یاد کنند.	نوشتن نامه بخشایش، معرفی خطای فرد و توصیف هیجان پدیدآمده در پی آن. تعهد به بخشش او و نگهداری نامه نزد خود.
هشتم	قدردانی از فردی مهم در زندگی به‌طور ویژه همسر	قدردانی به‌عنوان حضور در لحظه و شناخت ویژگی‌های پدیده‌های پیرامون. شناخت توان‌مندی‌های شخصیتی افراد پیرامون و دیدن این توان‌مندی‌ها در زندگی روزمره. تمرکز بر خوبی دیگران و تنظیم سیستم‌های هیجان.	نوشتن نامه قدردانی به همسر. نوشتن نامه قدردانی به فرزند با نشانگان داون.
نهم	سه اتفاق خوب	نمایش فیلم کوتاه حاوی اتفاقات شیرین و تلخ و درخواست از شرکت‌کنندگان برای یادداشت سه اتفاق مهم فیلم. خواندن یادداشت‌ها و تعیین نسبت اتفاقات شیرین و تلخ. توضیح دلیل براساس سیستم‌های هیجان و اهمیت توجه به اتفاقات مثبت و نقش آن‌ها در فعال‌تر شدن سیستم سوم تنظیم هیجان یعنی سیستم امنیت.	یادداشت سه کار با پیشرفت خوب در روز. یادداشت اتفاقی خوب درباره فرزند با نشانگان داون.
دهم	محبت کوچک	کاستن از فعالیت بیش‌ازحد سیستم انگیزش در هنگام تلاش برای جست‌وجو و هدیه خوبی‌هایی برای دیگران و کمک‌کردن این موضوع به فعال‌تر شدن سیستم امنیت.	کمک کوچک به دیگران به‌صورت روزانه. انجام رفتاری شفقت‌آمیز بدون

بیان خاطره‌ای از کمک به دیگران و بیان تجربه و حس آن. گفت‌وگو درباره نقش یاریگری در کسب هیجان‌های مثبت.	چشم‌داشت به جبران برای فرزند با نشانگان داون.
یازدهم	خاطره‌سازی
اهمیت تجربه لحظه‌های خوب برای مقاوم‌شدن در برابر سختی‌ها و توسعه روابط بین فردی. همچنین تنظیم فعالیت سیستم دفاع و فعال‌ساختن سیستم امنیت.	تعیین وقتی مناسب برای دورهمی همگی افراد خانواده، ساختن خاطره خوش و ثبت آن با تصویر یا فیلم (نگهداری عکس و فیلم به صورت شخصی).
دوازدهم	توکل و سپاسگزاری
در ابتدا توضیح درباره حوزه توان‌مندی‌ها و حوزه کنترل. پرسش درباره شکل تمرکز افراد و عوارض ناشی از هریک از این دو روش تمرکز. توکل به عنوان ویژگی فرهنگی مذهبی و زمینه‌ساز تمرکز بر حوزه کنترل. بررسی نگرانی و رنج خانواده از آینده فرزند با نشانگان داون، شفقت در قبال این درد و رنج. کمک به فعال‌تر شدن سیستم امنیت با توکل و واگذاری نتیجه امور به خداوند.	نامه‌های شبانه به خداوند.
سیزدهم	معنا در زندگی
انسجام‌بخشیدن به زندگی و یافتن معنا در پس رنج‌ها، شکست‌ها و موفقیت‌ها. بحث درباره دلایل زندگی و کارکردن هر فرد تا رسیدن به معنای زندگی. پیدا کردن معنای زندگی با کودک با نشانگان داون با توجه به توان‌مندی‌های منشی هریک از والدین. توضیح درباره هدف زندگی از دیدگاه اسلامی.	یافتن دلیل زندگی و کار با پرسش از خود و یادداشت پاسخ‌های نهایی.
چهاردهم	زندگی به عنوان یک بسته
آموزش واکنش مثبت و سازنده با اتفاقات خوب زندگی و موفقیت‌های نزدیکان. تلاش برای مواجهه فعال و سازنده‌تر با زندگی و دیدن آن به عنوان بسته‌ای کامل شامل تلخی‌ها و شیرینی‌های بسیار. ارتباط سازنده با اطرافیان با واکنش فعال-سازنده با اخبار خوش آن‌ها به ویژه درباره بهبود عملکرد کودک با نشانگان داون.	تمرین واکنش فعال-سازنده به خبرهای خوب اطرافیان.

اعضای نمونه براساس سطح تحصیلات (براساس ترکیب زوج) و وضعیت اقتصادی اجتماعی هم‌تاسازی شدند. سپس به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. وضعیت تحصیلات شرکت‌کنندگان با توجه به هم‌تاسازی به این شرح بود: در گروه آزمایش ۳ نفر (۲۱/۴۲ درصد) دارای مدرک تحصیلی کمتر از دیپلم (حداقل سوم راهنمایی)، ۵ نفر دارای مدرک تحصیلی دیپلم یا کاردانی (۳۵/۷۱ درصد)، ۵ نفر دارای مدرک تحصیلی کارشناسی (۳۵/۷۱ درصد) و ۱ نفر دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد یا دکتری (۷/۱۴ درصد) بودند. همچنین در گروه گواه ۲ نفر (۱۴/۲۸ درصد) دارای مدرک تحصیلی کمتر از دیپلم (حداقل سوم راهنمایی)، ۶ نفر دارای مدرک تحصیلی دیپلم یا کاردانی (۴۲/۸۵ درصد)، ۴ نفر دارای مدرک تحصیلی کارشناسی (۲۸/۵۷ درصد) و ۲ نفر دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد یا دکتری (۱۴/۲۸ درصد) بودند. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، وضعیت تحصیلی گروه آزمایش و گروه گواه با توجه به هم‌تاسازی انجام شده تقریباً یکسان است. مشخصات توصیفی متغیر بهزیستی روان‌شناختی شامل میانگین و انحراف معیار در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ گزارش شده است.

برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی، درصد) استفاده شد. در سطح آمار استنباطی، به منظور ارزیابی تأثیر برنامه آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی والدین کودکان با نشانگان داون، ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر با کمک آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع پراکندگی نمرات، آزمون ام‌باکس به منظور بررسی همسانی ماتریس کوواریانس، آزمون لوین برای بررسی همسانی واریانس‌های خطای تعامل و آزمون موخلی به منظور ارزیابی پیش‌فرض کرویت بررسی شد؛ سپس تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر چندمتغیره و آزمون مقایسه زوجی به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

۳ یافته‌ها

با هدف آشنایی با گروه نمونه ابتدا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل سن و تحصیلات شرکت‌کنندگان آورده شده است. در گروه آزمایش، میانگین سن مادران $32/00 \pm 7/141$ سال و میانگین سن پدران $34/14 \pm 5/210$ سال بود؛ همچنین در گروه گواه، میانگین سن مادران $30/13 \pm 7/118$ سال و میانگین سن پدران $33/86 \pm 6/619$ سال به دست آمد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار بهزیستی روان‌شناختی والدین در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	آزمایش	۷۵/۱۴	۸/۲۲
		گواه	۷۴/۲۱	۹/۴۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۸۱/۵۷	۵/۰۷
		گواه	۷۶/۰۷	۶/۳۹
	پیگیری	آزمایش	۸۳/۷۸	۴/۱۴
		گواه	۷۷/۰۷	۶/۸۹

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمره‌های گروه آزمایش و گروه گواه در بهزیستی روان‌شناختی، در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری افزایش داشته است؛ اما این تغییرات در گروه گواه اندک و در گروه آزمایش زیاد است. پیش از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، با کمک آزمون شاپرو-ویلک، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع پراکنندگی نمرات بهزیستی روان‌شناختی (گروه آزمایش $p=0/984$ و گروه گواه $p=0/651$)، با آزمون ام‌باکس، پیش‌فرض همسانی ماتریس کوواریانس‌های بهزیستی روان‌شناختی ($p=0/330$)، با آزمون لوین، پیش‌فرض همسانی واریانس‌های خطای تعامل بهزیستی روان‌شناختی

($p=0/613$) و با آزمون موخلی، پیش‌فرض کرویت ($p=0/001$) بررسی شد. با توجه به مقادیر به‌دست‌آمده، تمامی پیش‌فرض‌ها به‌جز پیش‌فرض کرویت برآورده شد. به دلیل برآورده نشدن پیش‌فرض کرویت از تصحیح آماری مربوط یعنی آزمون گرین‌هاوس‌گیزر استفاده شد؛ همچنین با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، تفاوت بین عملکرد گروه‌ها در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری با سطح معناداری $0/05$ بررسی شد.

در جدول ۳ نتیجه آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر چندمتغیره برای بهزیستی روان‌شناختی والدین کودکان با نشانگان داون گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر چندمتغیره برای بررسی بهزیستی روان‌شناختی

منبع	اثر	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	مقدار احتمال	مربع ایثای جزئی
زمان	اثر پیلایی	۰/۵۹۴	۱۸/۳۱۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰
	لامبدای ویلکز	۰/۴۰۶	۱۸/۳۱۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰
	اثر هتلینگز	۱/۴۶۵	۱۸/۳۱۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۴۶۵	۱۸/۳۱۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰
	اثر پیلایی	۰/۶۲۲	۱۹/۷۷۷	۲	۲۴	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰
	لامبدای ویلکز	۰/۳۷۸	۱۹/۷۷۷	۲	۲۴	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰
گروه	اثر هتلینگز	۱/۶۴۸	۱۹/۷۷۷	۲	۲۴	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۶۴۸	۱۹/۷۷۷	۲	۲۴	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰
زمان*گروه	اثر پیلایی	۰/۲۵۶	۴/۲۹۸	۲	۲۵	۰/۰۲۵	۰/۶۹۴
	لامبدای ویلکز	۰/۷۴۴	۴/۲۹۸	۲	۲۵	۰/۰۲۵	۰/۶۹۴
	اثر هتلینگز	۰/۳۴۴	۴/۲۹۸	۲	۲۵	۰/۰۲۵	۰/۶۹۴
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۳۴۴	۴/۲۹۸	۲	۲۵	۰/۰۲۵	۰/۶۹۴

مطابق با نتایج جدول ۳ مقدار احتمال عامل زمان نشان داد که عامل زمان، بر مدل چندمتغیره سهم داشته است و بین نمرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنادار وجود داشت ($p=0/001$). همچنین معناداری اثر گروه نشان‌دهنده تفاوت عملکرد گروه‌های آزمایش و گواه بود ($p=0/001$).

معنادار شدن اثر متقابل گروه و زمان نیز بیانگر تفاوت تغییرات در گروه‌های آزمایش و گواه بود ($p=0/025$).

جدول ۴ آزمون تک‌متغیره اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل را نشان می‌دهد. از آنجا که فرض کرویت برقرار نبود، از اطلاعات مربوط به اصلاح گرین‌هاوس‌گیزر استفاده شد.

جدول ۴. نتایج آزمون اثرات درون‌گروهی نمرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی با استفاده از اصلاح گرین‌هاوس‌گیزر

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مربع ایثا
زمان	۴۲۸/۸۸	۱/۳۸۳	۳۱۰/۰۶۴	۳۰/۶۷۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴۱
زمان*گروه	۱۰۲/۳۱۰	۱/۳۸۳	۷۲/۹۶۶	۷/۳۱۸	۰/۰۰۱	۰/۲۲۰
خطا	۳۶۳/۴۷۶	۳۵/۹۶۳	۱۰/۱۰۷			

شفقت در افزایش بهزیستی روان‌شناختی والدین کودکان با نشانگان داون مؤثر بوده است. با توجه به اندازه اثرهای گزارش شده مشخص شد که قدرت تأثیرگذاری برنامه آموزشی بر بهزیستی روان‌شناختی متوسط بود. در جدول ۵ آزمون اثرات بین‌گروهی آورده شده است.

مطابق با نتایج جدول ۴ مشخص شد که در حالت تک‌متغیره، عامل زمان و نیز تعامل گروه و زمان بر مدل اثرگذار بود ($p=0/001$). این نتیجه به این معنا است که بین گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل متفاوت اندازه‌گیری در متغیر بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معنادار وجود داشته است و برنامه آموزشی روان‌شناسی مثبت‌نگر مبتنی بر

جدول ۵. نتایج آزمون اثرات بین‌گروهی نمرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی با استفاده از اصلاح گرین‌هاوس‌گیزر

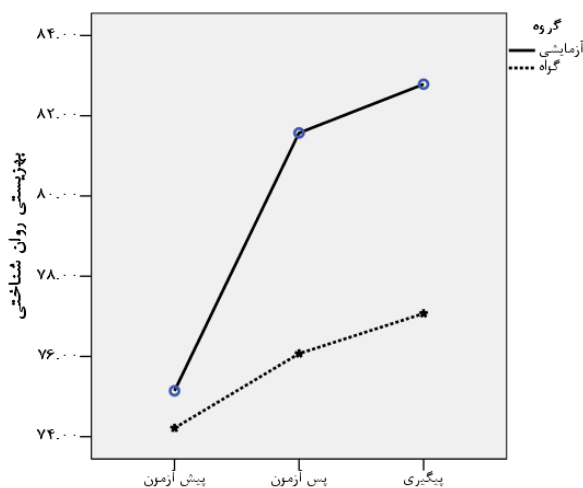
منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مربع ایتا
همپراش	۵۰۸۵۶۳/۰۴۸	۱	۵۰۸۵۶۳/۰۴۸	۳۹۰۴/۸۱۷	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰
گروه	۳۴۴/۰۴۸	۱	۳۴۴/۰۴۸	۲/۶۴۲	۰/۱۱۶	۰/۳۴۷
خطا	۳۳۶۶/۲۳۸	۲۶	۱۳۰/۲۴۰			

و به دلیل اعمال متغیر مستقل (آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت) در گروه آزمایش پدیدار شده است. در واقع برنامه آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت توانسته است بهزیستی روان‌شناختی والدین را افزایش دهد. به منظور بررسی دقیق‌تر تفاوت‌ها، نتایج هر مرحله به صورت زوجی مقایسه شد و در جدول ۶ گزارش شده است.

بر اساس داده‌های جدول ۵ همان‌طور که انتظار بود، بین میانگین بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون اختلاف معناداری وجود نداشت ($p=0/116$) که با توجه به همگن بودن گروه‌ها این نتیجه مورد انتظار بود. با توجه به معنادار بودن تفاوت بین گروه‌ها در سه مرحله اندازه‌گیری می‌توان نتیجه گرفت این تغییرات نتیجه شانس و تصادف نبوده است

جدول ۶. نتایج مقایسه زوجی نمرات میانگین بهزیستی روان‌شناختی والدین در سه مرحله زمانی در گروه آزمایش و گروه گواه

گروه	زمان الف	زمان ب	T	انحراف معیار	مقدار احتمال
آزمایش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*-۶/۰۵۱	۳/۹۷۵	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	*-۵/۵۴۹	۵/۱۵۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	*۶/۰۵۱	۳/۹۷۵	۰/۰۰۱
گواه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۶۴۶	۴/۲۲۱	۰/۱۲۴
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۲/۸۵۹	۳/۷۳۸	۰/۰۶۳
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۶۴۶	۴/۲۲۱	۰/۱۲۴
			-۱/۸۷۱	۲/۰۰۱	۰/۰۸۴



نمودار ۱. نمودار اثر تعاملی بین گروه و زمان در متغیر بهزیستی روان‌شناختی

نظر آماری تفاوت معنادار وجود داشت ($p=0/001$). در واقع، میانگین نمرات مراحل پس‌آزمون (۸۱/۵۷) و پیگیری (۸۳/۸۷) از میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون (۷۵/۱۴) به طور معناداری بیشتر بود که

مطابق با نتایج مقایسه‌های زوجی زمان‌های مختلف اندازه‌گیری متغیر بهزیستی روان‌شناختی در جدول ۶، مشخص شد که بین میانگین نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون-پیگیری گروه آزمایش از

نشان‌دهنده اثربخشی برنامه آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت است. همچنین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون (۸۱/۵۷) با میانگین نمرات مرحله پیگیری (۸۳/۸۷) تفاوت معنادار نداشت که نشان‌دهنده ماندگاری اثرات مداخله و اثربخشی آن در طی دوره سه‌ماهه پیگیری است ($p=0/080$). باتوجه به معناداربودن اثر درون‌گروهی، می‌توان گفت که تغییرات در دو گروه، در زمان‌های مختلف به‌شکل یکسان پدید نیامده است. این تفاوت‌ها در نمودار اثر متقابل (نمودار ۱) مشاهده می‌شود.

همچنین بررسی خرده‌مقیاس‌های مقیاس بهزیستی روان‌شناختی نشان داد که متغیر مستقل آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت توانسته است در خرده‌مقیاس زندگی معنادار ($p=0/045$) بین گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنادار ایجاد کند؛ اما در سایر خرده‌مقیاس‌ها شامل تسلط بر محیط ($p=0/081$)، روابط مثبت ($p=0/081$)، پذیرش خود ($p=0/133$) و رشد شخصی ($p=0/051$) تفاوت مشاهده‌شده در مراحل مختلف اندازه‌گیری بین دو گروه معنادار نبود.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف طراحی برنامه آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت برای والدین دارای کودک خردسال با نشانگان داون و بررسی اثربخشی آن بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی انجام شد. نتایج این پژوهش مشخص کرد، برنامه آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی شرکت‌کنندگان را افزایش دهد. مطالعات حوزه مثبت‌نگری نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر از قابلیت افزایش بهزیستی روان‌شناختی برخوردار هستند؛ برای مثال می‌توان به پژوهش‌هایی که با هدف افزایش بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه (۱۶) و افزایش بهزیستی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اتیسم (۱۷) انجام شده است، اشاره کرد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، امروزه توجه بیشتر به نکات منفی زندگی به‌عنوان ویژگی موروثی سازگارانه در موجود انسانی، موجب نادیده‌انگاشتن مثبت‌ها و سبک زندگی رقابتی شده است؛ ازاین‌رو این سبک زندگی یعنی مقایسه مداوم با دیگران سبب می‌شود تا در هنگام مواجهه با مشکلات، شخص در وجوه منفی زندگی غرق شود و نکات مثبت زندگی به‌طور کامل به فراموشی سپرده شود. براساس یافته‌های پژوهش نف و کایرپاتریک، تمرینات مثبت‌نگری با ایجاد زمینه لازم برای توجه به جنبه‌های مثبت و افزایش هیجان مثبت در زندگی، گسترش روابط بین‌فردی و کشف و به‌کارگیری توان‌مندی‌های منشی (۱۱)، موجب گسترده‌تری دامنه دید و افزایش خزانه تفکر-عمل فرد می‌شود و در درازمدت نیز سبب ساخت و گسترش منابع تقویتی و شخصی گوناگون ازجمله منابع جسمی، منابع اجتماعی، منابع ذهنی و منابع روان‌شناختی (خوش‌بینی و تاب‌آوری) در افراد می‌شود (۶). بر همین اساس می‌توان گفت، تمرینات مثبت‌نگری موجب آشنایی ما وجوه مثبت زندگی و پدیده‌ها و توجه ما به آن‌ها می‌شود و این توجه به وجوه مثبت باعث کم‌رنگ‌شدن وجوه منفی پدیده‌ها درمقایسه با قبل خواهد شد (۹). ازاین رهگذر منابع درونی افراد ازجمله صبر، پذیرش، تسلیم، رضا و توکل فعال می‌شوند و این چرخه به بهبود بهزیستی

روان‌شناختی منتهی خواهد شد.

در تبیینی دیگر می‌توان گفت باتوجه به موروثی بودن سوگیری ذهن دربرابر پدیده‌های منفی و واکنش سریع‌تر و شدیدتر آن درقبال پدیده‌ها و اطلاعات منفی (۱۹)، در هنگام مواجهه با چالش‌های زندگی، شفقت به فرد این امکان را می‌دهد تا با حضور در لحظه به‌جای انتخاب پاسخ‌هایی ازجمله خشم، نفرت یا ناشکیبایی، با ذهن‌آگاهی قلب خود را به روی بخشندگی و فهم دیگران بگشاید (۱۱)؛ همچنین با ایجاد تعادل در سیستم‌های تنظیم هیجان، از فعالیت شدید و نامتعادل سیستم دفاع و انگیزش بکاهد و فرصت را برای فعالیت سیستم امنیت فراهم کند (۱۲). از این رهگذر، سیستم روانی فرد پیغام آرامش را دریافت می‌کند و در نتیجه بهزیستی روان‌شناختی بیشتری را تجربه می‌کند.

براساس نظریه نف، شفقت با تمرین برای رسیدن به قابلیت‌های سه‌گانه، شامل نخست مهربانی و درک خویشتن هنگام مواجهه با رنج و نابسندگی، دوم پذیرش رنج و شکست به‌عنوان تجربه‌های مشترک بشر و از جنبه‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی و سوم آگاهی از احساسات و توانایی مواجهه با افکار و احساسات دردناک بدون اغراق یا احساس ترحم به خود که به‌منزله روش سالم پذیرش خود است (۱۱)، وضع گرم و پذیرایی را برای جنبه‌هایی از زندگی ایجاد می‌کند که فرد آن‌ها را دوست ندارد؛ ازاین‌رو شفقت با ایجاد پذیرش نسبت به خویشتن از سرزنش، شرم و کمال‌گرایی والدین کودکان با نشانگان داون می‌کاهد (۱۲) و به آن‌ها کمک می‌کند تا با درک عمومی بودن درد و رنج بشر، تصدیق درد و رنج خویش به‌جای انکار آن، با ایجاد موضع گرم و پذیرا درقبال خود و موقعیت تولد کودک با نشانگان داون که مطلوب آن‌ها نیست، بهزیستی روان‌شناختی بیشتری را تجربه کنند.

از سوی دیگر، چون بخشی از آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت به تلاش برای یافتن معنای زندگی اختصاص دارد، گاه این معنا به‌طور ویژه در طی جلسات آموزشی از دل رنج‌ها و سختی‌ها کشف می‌شود و گاه در پی انجام تمرینات شفقت با خود و دیگران است که زندگی رنگ و معنای جدیدی پیدا می‌کند. داشتن معنا یکی از مؤلفه‌های اصلی بهزیستی روان‌شناختی است. علاوه بر این، افراد دارای منابع درونی هستند که می‌توانند هنگام نیاز به کمک آن‌ها از شرایط آسیب‌زا به‌سلامت عبور کنند. تمرینات مثبت‌نگری موجب آگاهی فرد درباره این توان‌مندی‌ها و به‌فعل‌آوردن این پتانسیل می‌شود. بر این اساس می‌توان دریافت که انجام تمرینات مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت با ایجاد حلقه‌های صعودی بهزیستی، گسترش خزانه تفکر-عمل و ساخت و گسترش منابع درونی افراد می‌تواند برای آن‌ها احساس کنترل بر زندگی را ایجاد کند. داشتن احساس کنترل بر زندگی نیز موجب ارتقای بهزیستی روان‌شناختی افراد می‌شود.

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت برنامه آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت علاوه بر روایی صوری و محتوایی که توسط اساتید این حوزه تأیید شد، به‌صورت ویژه در زمینه افزایش بهزیستی روان‌شناختی نیز دارای روایی پیش‌بین و ملاکی است.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج پژوهش می‌توان از برنامه آموزش مثبت‌نگری برای والدین کودکان با نشانگان داون در جهت افزایش بهزیستی روان‌شناختی

اطلاعات. همچنین با هدف برقراری مساوات بین گروه آزمایش و گروه گواه، در پایان پژوهش، بسته آموزش مثبت‌نگری مبتنی بر شفقت برای گروه گواه دقیقاً مشابه با گروه آزمایش اجرا شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

تمامی داده‌ها و اطلاعات استفاده‌شده در این پژوهش در نزد نویسنده مسئول محفوظ خواهد بود.

تضاد منافع

این مقاله برگرفته از رساله دکتری با شماره ۶۵۸۸۵۶۰ در دانشگاه تهران است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از سازمان بهزیستی استان یزد با شماره نامه ۷۷/۲۱۴۸۱۱ صادر شده است. نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

تمامی هزینه‌های اجرای پژوهش توسط نویسنده مسئول تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول این مقاله به‌عنوان پژوهشگر، مسئول تهیه بسته و مجری مداخله بود. نویسندگان دوم و سوم به‌عنوان راهنما و نویسندگان چهارم و پنجم به‌عنوان مشاور در این پژوهش نقش داشتند.

آنان بهره گرفت؛ همچنین براساس نتایج پژوهش می‌توان گفت مداخلات مثبت‌نگر مداخلاتی اثربخش با تأثیر درازمدت هستند. این‌گونه مداخلات کمک می‌کنند تا والدین بتوانند در کنار یافتن معنایی جدید برای زندگی با کودک با نیازهای ویژه، تنها بر کمبودها و دشواری‌ها تمرکز نکنند و بتوانند زیبایی‌های زندگی را نیز کشف و درک کنند؛ همچنین با انجام رفتارهای مثبت خودخواسته کنترل بیشتری را بر زندگی احساس کنند؛ در نتیجه، مجموعه این عوامل به بهزیستی روان‌شناختی بیشتر منتهی شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی خانواده‌های شرکت‌کننده در این پژوهش که مشفقانه در پی یافتن راه بهتری برای کمک به فرزند خود بودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول مقاله با شناسه اخلاق IR.UT.PSYEDU.REC.1398.015 است که در دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران بررسی و به تصویب رسید. ملاحظات اخلاقی پژوهش عبارت بود از رضایت شرکت‌کنندگان برای شرکت در این پژوهش، رعایت اصل رازداری و محرمانه‌بودن

References

1. Frost J. Supernanny: how to get the best from your children. First edition. New York :Hyperion; 2005.
2. Goudie A, Narcisse M-R, Hall DE, Kuo DZ. Financial and psychological stressors associated with caring for children with disability. *Families, Systems, & Health*. 2014;32(3):280–90. doi:[10.1037/fsh0000027](https://doi.org/10.1037/fsh0000027)
3. Kandel I, Merrick J. The birth of a child with disability. Coping by parents and siblings. *The Scientific World Journal*. 2003;741–50. doi:[10.1100/tsw.2003.63](https://doi.org/10.1100/tsw.2003.63)
4. Pelchat D, Ricard N, Bouchard J-M, Perreault M, Saucier J-F, Berthiaume M, et al. Adaptation of parents in relation to their 6-month-old infant's type of disability. *Child: Care, Health and Development*. 1999;25(5):377–98. doi:[10.1046/j.1365-2214.1999.00107.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.1999.00107.x)
5. Fredrickson BL, Branigan C. Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition & Emotion*. 2005;19(3):313–32. doi:[10.1080/02699930441000238](https://doi.org/10.1080/02699930441000238)
6. Fredrickson BL, Joiner T. Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*. 2002;13(2):172–5. doi:[10.1111/1467-9280.00431](https://doi.org/10.1111/1467-9280.00431)
7. Kakabarae K, Afrooz GA, Hooman HA, Moradi A. Investigation and comparison of the mental wellbeing, coping styles and perceived social support in parents having exceptional and normal children. *Journal of Research in Psychological Health*. 2012;5(2):45–58. [Persian] <http://rph.khu.ac.ir/article-1-12-en.html>
8. Dishion TJ, Stormshak EA. *Intervening in children's lives: an ecological, family-centered approach to mental health care*. First edition. Washington: American Psychological Association; 2007.
9. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. *Positive psychology: an introduction*. *American Psychologist*. 2000;55(1):5–14. doi:[10.1037/0003-066X.55.1.5](https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5)
10. Lee Duckworth A, Steen TA, Seligman MEP. Positive psychology in clinical practice. *Annual Rev Clin Psychol*. 2005;1(1):629–51. doi:[10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154](https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154)
11. Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick KL. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*. 2007;41(4):908–16. doi:[10.1016/j.jrp.2006.08.002](https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002)
12. Gilbert P, Basran J, MacArthur M, Kirby JN. Differences in the Semantics of prosocial words: an exploration of compassion and kindness. *Mindfulness*. 2019;10(11):2259–71. doi: [10.1007/s12671-019-01191-x](https://doi.org/10.1007/s12671-019-01191-x)
13. Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 2009;65(5):467–87. doi:[10.1002/jclp.20593](https://doi.org/10.1002/jclp.20593)

14. Rashid T, Baddar MKA-H. Positive psychotherapy: clinical and cross-cultural applications of positive psychology. In: Lambert L, Pasha-Zaidi N. Positive psychology in the middle east/north africa. First edition. Gewerbestrasse: Springer; 2019, pp:333–62. doi:[10.1007/978-3-030-13921-6_15](https://doi.org/10.1007/978-3-030-13921-6_15)
15. Rashid T, Seligman MP. Positive psychotherapy: clinician manual. Oxford: Oxford University Press; 2018.
16. Rippstein-Leuenberger K, Mauthner O, Bryan Sexton J, Schwendimann R. A qualitative analysis of the three good things intervention in healthcare workers. *BMJ Open*. 2017;7(5):1–6. doi:[10.1136/bmjopen-2017-015826](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-015826)
17. Hosein-Abadi S, Pourshahryari M, Zandipour T. Effectiveness of positive psychology on psychological well-being of mothers of autistic children. *Empowering Exceptional Children*. 2017;8(1):54–60. [Persian]
18. Khanjani M. Effectiveness of positive psychotherapy on satisfaction with life, optimism and positive affects in university students. *Clinical Psychology Studies*. 2017;7(27):137–59. [Persian] doi:[10.22054/jcps.2017.7911](https://doi.org/10.22054/jcps.2017.7911)
19. Norris CJ, Leaf PT, Fenn KM. Negativity bias in false memory: moderation by neuroticism after a delay. *Cognition and Emotion*. 2019;33(4):737–53. doi:[10.1080/02699931.2018.1496068](https://doi.org/10.1080/02699931.2018.1496068)
20. Seligman MEP. *Flourish: a visionary new understanding of happiness and well-being*. First edition. New York: Free Press; 2011. <https://www.amazon.com/Flourish-Visionary-Understanding-Happiness-Well-being/dp/1439190763>
21. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality Social Psychology*. 1989;57(6):1069–81. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
22. Kafka GJ, Kozma A. The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being (SPWB) and their relationship to measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*. 2002;57(2):171–90. <https://doi.org/10.1023/A:1014451725204>
23. Bayani AA, Mohammad Koocheky A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008;14(2):146–51. [Persian] <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-464-en.html>