

«زن و مطالعات خانواده»

سال یازدهم - شماره چهل و سوم - بهار ۱۳۹۸

ص: ۵۹-۸۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۳/۴

اثربخشی آموزش مثبت نگری با تکیه بر آموزه های دینی در سلامت روانشناختی و تاب‌آوری مادران دارای فرزند اتیسم

عبداله رشیدزاده^۱

منصور بیرامی^۲

تورج هاشمی نصرت آباد^۳

میر محمود میرنسب^۴

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی با تکیه بر آموزه های دینی در تاب‌آوری و سلامت روانشناختی مادران دارای فرزند اتیسم صورت گرفت. روش این پژوهش نیمه آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون پس آزمون همراه با گروه گواه بوده است. جامعه آماری در این پژوهش همه مادران دارای کودک اتیسم که در سال ۹۵ به مراکز بهزیستی شهر تبریز مراجعه کرده بودند تشکیل می دادند. با روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش، مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف و تاب‌آوری کودک ریچارد سون بوده است. داده های حاصل از پرسشنامه های پژوهش از طریق آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که آموزش مثبت اندیشی با تکیه بر آموزه های دینی در متغیرهای سلامت روانشناختی و تاب‌آوری هردو معنادار است آموزش مثبت نگری در زیر مولفه های سلامت روانشناختی (رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش خود، استقلال و خودمختاری، و هدفمندی در زندگی) تأثیر معنادار دارد ولی بر تسلط بر محیط اثر بخش نبود. در کل می توان چنین نتیجه گیری کرد که آموزش مثبت نگری با تکیه بر آموزه های دینی می تواند باعث ارتقای بهزیستی روان شناختی مادران دارای فرزند اتیسم و نیز افزایش تاب‌آوری آنها شود و با توجه به ارتباطی که سلامت روان شناختی و همچنین تاب‌آوری با بسیاری

۱. دکترای تخصصی روان شناسی تربیتی، دانشگاه تبریز. تبریز. ایران. rashidzadea@yahoo.com (نویسنده مسئول)

۲. استادیار گروه علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه تبریز. تبریز - ایران. dr.bayrami@yahoo.com

۳. استادیار گروه علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه تبریز. تبریز - ایران. touraghashemi@yahoo.com

۴. استادیار گروه علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه تبریز. تبریز - ایران. mirnasab2006@gmail.com

از متغیرهای تضمین کننده سلامت دارد، این آموزش می تواند تحولات مثبت زیادی را در زندگی افراد دارای فرزند اتیسم ایجاد نماید.

واژه‌های کلیدی: آموزش مثبت نگری؛ آموزه های دینی؛ سلامت روان شناختی؛ تاب آوری، اتیسم

مقدمه

کودکان از نظر ویژگیهای جسمانی و تواناییهای یادگیری با یکدیگر تفاوت دارند. برخی به سرعت یاد می گیرند و آموخته های خود را در موقعیت های جدید به کار می بندند؛ درحالی که برخی دیگر به تکرار نیاز دارند و در نگهداری و تعمیم آموخته های خود مشکل دارند. ویژگیهای جسمانی و توانایی یادگیری گروهی از کودکان با همسالان آنان به قدری تفاوت دارد که به آموزش انفرادی متناسب با نیازهای شان احتیاج دارند. این گروه را کودکان استثنایی یا کودکان با نیازهای ویژه^۱ می نامند. در توصیف مشکلات این کودکان معمولا واژه هایی نظیر معلولیت، ناتوانی و آسیب به کار برده می شود (دیویس و کارتر^۲، ۲۰۰۸) تولد کودکان با نیازهای ویژه، به همراه خود مشکلات جدید و مضاعفی را برای والدین به دنبال دارد. مراقبتهای پزشکی و نیازهای مراقبتی و آموزشی به نوبه خود می تواند سازگاری خانواده های دارای کودکان با نیازهای ویژه را تحت تاثیر قرار دهد و پیامدهای مهمی همچون محدودیتهای اقتصادی، اجتماعی و هیجانی در خانواده ایجاد نماید (آرنواد، وایت -کنینگ، میشلسن، پارکز، پارکینسون^۳، ۲۰۰۸). طبق متن بازنگری شده چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM, IV-TR) (اختلال اتیسم^۴ یکی از بیماری های گروه اختلالات فراگیر رشد محسوب می گردد که با تخریب پایدار در تعامل اجتماعی متقابل، تاخیر یا انحراف ارتباطی و الگوی ارتباطی کلیشه ای محدود مشخص است. کارکرد نابهنجار در زمینه های فوق باید در سه سالگی وجود داشته باشد (ویلس چات^۵، ۲۰۱۳). مطالعات همه گیرشناسی درباره شیوع اتیسم نتایج متفاوتی را بر اساس راه های مختلف انتخاب، جمع آوری و طبقه بندی بیماران ارائه داده است. بر همین اساس برآوردهای متفاوتی از فراوانی اختلال اتیسم وجود دارد. آمارهای کنونی نشان دهنده میزان شیوع ۰/۵ تا یک درصد جمعیت در هر جامعه ای است. اتیسم، در هر دو جنس دیده می شود، ولی فراوانی آن در پسرها سه چهار برابر دختران است. هم چنین مطالعات نشان داده است از لحاظ رشد اجتماعی اولیه و نه رفتارهای قالبی، اتیسم پسرها شدیدتر از دخترها است هم چنین کنش متقابل بین آمادگی های ارثی و دیگر عوامل زیستی و تاثیرات محیطی مناسب در سبب شناسی این اختلال نقش والدین و دیگر اعضای خانواده، با تولد کودک با نیازهای ویژه می بایست تغییرات

1. Exceptional children
2. Davis, & Carter
3. Arnaud, White, Koning, Michelsen, Parkes & Parkinson
4. utism
5. Wilschut

عمده‌ای در ساختار خانواده به وجود آورند. دارند (ریاحی و همکاران، ۲۰۱۱). ویژگی‌های این اختلال و هم‌چنین گاهی تشخیص دیر هنگام و دشوار، فقدان درمان‌های قطعی و موثر و پیش‌آگهی نه‌چندان مطلوب، می‌تواند فشار روانی شدیدی را بر خانواده و والدین کودک تحمیل کند (چان و سارتر، ۲۰۰۶). بررسی‌ها نشان می‌دهند که والدین کودکان با اختلال‌های گسترده اوتیسم بیش از والدین کودکان با اختلال‌های روان‌شناختی دیگر، در معرض فشارهای روانی و اضطراب ناشی از داشتن کودک ناتوان قرار دارند (اوزبورن و ریڈ، ۲۰۱۰؛ آیزنهاور، باکر و بلاخر، ۲۰۰۵). مادران کودکان استثنایی در مقایسه با پدران، بیشتر با مشکلات رفتاری کودک درگیرند و استرس و بحران‌های روانی بیشتری را تجربه می‌کنند و نیاز به حمایت بیشتری دارند (اونگل چاندران و پنگ، ۲۰۰۵؛ سالویتا، لتالینا و لینونن، ۲۰۰۳). وجود کودک ناتوان، سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی مادر را تهدید می‌کند و غالباً تأثیر منفی بر وی می‌گذارد (بريستول، گالاگر و هالت، ۱۹۹۳؛ گاپتا و سینگل، ۲۰۰۴). در واقع رفتارهای مخرب و غیرعادی کودک به عنوان منبع اصلی تنیدگی برای والدین کودکان در خودمانده به خصوص مادر محسوب می‌شود (شو، لانگ و چانگ، ۲۰۰۰). مطالعات نیز نشان داده‌اند که مادران کودکان مبتلابه اوتیسم، تنیدگی و نگرانی بیشتری از سایر بیماری‌های مزمن تجربه می‌کنند (اسیکس، کلین، چو و کلین، ۲۰۰۲).

لذا از جمله متغیرهای والدین که می‌تواند بصورت منفی تحت تأثیر کودکان اوتیسم قرار گرفته و زندگی فردی، اجتماعی و زناشویی آنها را تحت الشعاع قرار دهد، بهزیستی روان‌شناختی است. بهزیستی روان‌شناختی یکی از حوزه‌های شایع در تحقیقات روان‌شناسی مثبت است و یک مفهوم چندمولفه‌ای و شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی است (کمپدش، تیلور، کروجر، ۲۰۰۸). در سال‌های اخیر گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی ملهم از روان‌شناسی مثبت‌نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه سلامت روانی برگزیده‌اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی، تلقی و آن را در قالب اصطلاح «بهزیستی روان‌شناختی» مفهوم‌سازی کرده‌اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی‌دانند بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با

1. Kuhn & Carter
2. Osborne & Reed
3. Eisenhower, Baker & Blacher
4. Onglchandran & Peng
5. Salovita, Ltalinna & Leinonen
6. Bristol, Galager & Holt
7. Gupta & Singhl
8. Shu, Lung & Chang
9. Essex, Klein, Cho & Kalin
10. Kamp Dush, Taylor, & Kroeger

جهان و پیشرفت مثبت، از مشخصه های فرد سالم است (رایان و دسی^۱، ۲۰۰۱؛ کارداماس^۲، ۲۰۰۷). اغلب اوقات بهزیستی روان شناختی به بهزیستی ذهنی اشاره دارد، اما ممکن است با آن متفاوت باشد. بهزیستی بر حسب کیفیت و کمیت مؤلفه هایی تعریف می شود که براساس آن افراد زندگی خود را لذتبخش می بینند. به عبارت دیگر، اینکه افراد چگونه زندگی خود را ارزیابی میکنند، به بهزیستی مربوط می شود (دینر، ۲۰۰۳؛ اشکانی و حیدری، ۱۳۹۳؛ نریمانی، یوسفی و کاظمی، ۱۳۹۳؛ نقل از سلیمانی و حبیبی، ۱۳۹۳). بهزیستی ذهنی به این حقیقت اشاره دارد که افراد قادر هستند تعیین کنند که آیا به زندگی خوشایند که وابسته به معیار های موفقیت است رسیده اند یا نه. یکی از مهمترین مدلهایی که بهزیستی روان شناختی را مفهوم سازی و عملیاتی کرده، مدل چند بعدی ریف^۴ و همکاران (۱۹۹۸) است. ریف (۱۹۹۸) بهزیستی روان شناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی های بالقوه خود میداند. این مدل از طریق ادغام نظریه های مختلف رشد فردی (مانند نظریه خود شکوفایی مزلو و شخص کامل راجرز) و عملکرد سازگاران (مانند نظریه سلامت روانی مثبت جاهودا) شکل گرفته و گسترش یافته است (کامپتون^۵، ۲۰۰۱؛ نقل از سلیمانی و حبیبی، ۱۳۹۳). براساس الگوی ریف بهزیستی روان شناختی از شش عامل پذیرش، (داشتن نگرش مثبت نسبت خود)، رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خود مختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشار های اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط) تشکیل می شود. ماهیت و ساختار بهزیستی موضوعی است که از گذشته مورد توجه فیلسوفان و دانشمندان رشته های مختلف علمی قرار داشته است و به تازگی در کانون توجه روان شناسی مثبت گرا، که مطالعه علمی عملکردهای بهینه انسان است، قرار گرفته است (لین لی^۶ و همکاران، ۲۰۰۹). شواهد پژوهشی نشان می دهد زمانی که خانواده تحت تاثیر کودک با نیازهای ویژه قرار می گیرد، بهداشت روانی اعضای آن تحت تاثیر قرار می گیرد و می تواند زمینه ساز پیامدهای ناگواری برای تمام اعضای خانواده باشد (شیو بلومبرگ، رایس، ویسر و بویل^۷، ۲۰۰۷). در خانواده های دارای فرزندان با نیازهای ویژه همواره این خطر وجود دارد که اعضای خانواده، اتحادها و ائتلاف های مخالف با یکدیگر را تشکیل دهند و به گونه ای عمل کنند که فرزند معلول نقش بلاگردان یا قربانی به خود بگیرد. نه فقط نحوه واکنش خانواده ها نسبت به ناتوانی فرزندان کاملاً متفاوت و منحصر است، بلکه تغییر و دگرگونی احساسات و واکنش آنها در طول دوران زندگی نیز متفاوت است. برای برخی خانواده ها، وجود یک ناتوانی نسبتاً خفیف فرزند

1. Ryan. & Deci
2. Karademas
3. Diener
4. Ryff
5. Compton
6. Linley
7. Schieve., Blumberg., Rice, Visser., & Boyle

می‌تواند فاجعه‌آمیز باشد اما برای برخی دیگر، وجود یک ناتوانی بسیار شدید نیز ممکن است چنین پیامدی را در پی نداشته باشد (دیویس و کارتر، ۲۰۰۸). وجود کودک با نیازهای ویژه باعث ایجاد استرس روانی در خانواده و به ویژه در مادر می‌شود، والدین کودکان مبتلا به ناتوانیهای تحولی، استرس زیادی را متحمل می‌شوند (شیو و همکاران، ۲۰۰۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بار سنگین مراقبت و سرپرستی این کودکان، بیشتر بر دوش مادران است تا پدران (مارکز، ۱۹۹۷؛ هلر، هسی و رویترز، ۱۹۹۷ نقل از خدادای سنگده و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهشی که توسط هاستینگ^۱ (۲۰۰۳) انجام شد، مادران کودکان با نیازهای ویژه، استرس بیشتری را در مقایسه با پدران گزارش کردند. دلیل احتمالی این امر این است که مادران با مشکلات کودک بیشتر درگیر بوده و تحت فشارهای بیشتری قرار می‌گیرند. در حقیقت وجود کودک با نیازهای ویژه، سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی والدین، بخصوص مادران را تهدید می‌کند و غالباً اثر منفی بر آنها دارد (سالوویتا، ایتالینا و لینون، ۲۰۰۳ نقل از خدادای سنگده و همکاران، ۱۳۹۳) وجود کودک با نیازهای ویژه علاوه بر استرس‌های روانی که بر خانواده تحمیل می‌کند، شیوع برخی از بیماریهای جسمانی از جمله دردهای مزمن و اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب را نیز در خانواده‌ها، به خصوص در مادران افزایش می‌دهد (آرنواد و همکاران، ۲۰۰۸). میزان شیوع افسردگی در مادران کودکان مبتلا به اختلالات تحولی و کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر بخصوص اتیسم نسبت به مادران کودکان سالم بیشتر است (اولسون و هوانگ^۲، ۲۰۰۱ نقل از خدادای سنگده و همکاران، ۱۳۹۳). به طور مثال؛ یک کودک در خود مانده به عنوان یک کودک با نیازهای ویژه، کل خانواده را متأثر می‌سازد، مادران اینگونه کودکان از سوی دیگران درک نمی‌شوند، نظامهای آرایه خدمات حمایتی در دسترس آنها نیست، و مشکلاتی در زمینه سازواری دارند. از سوی دیگر دانش‌فرزندپروری مادران کودکان در خودمانده با مادران کودکان عادی متفاوت است (میرسکات، رویرز و وارین^۳، ۲۰۱۰). توانایی‌های هیجانی، گفتاری و اجتماعی محدود این کودکان، رشد شناختی و رفتارهای ناهنجارشان، استرس و فشار شدیدی بر والدین آنها وارد می‌کند (دیویس و کارتر، ۲۰۰۸).

اما والدین چگونه سلامت و بهزیستی روانی‌شان را در یک محیط چالش‌برانگیز و پویا حفظ می‌کنند؟ این سؤالی است که در بررسی تاب‌آوری مطرح است (زاوترا، هال و مورای^۴، ۲۰۱۰). تاب‌آوری به عنوان فرایندی پویا که افراد را قادر می‌سازد تحت شرایط نامطلوب پاسخ دهند یا سازگار شوند تعریف می‌شود (تورنتون و سنچز^۵، ۲۰۱۰). والدین بچه‌های با ناتوانی نیاز به سازگار شدن و فراهم کردن یک تعادل بین نیازها و منابع دارند (کانر، ۲۰۰۹ نقل از مدنی و همکاران، ۱۳۹۵). علیرغم همه ناملایمات، مادران بچه

1. Hastings
2. Olsson,., & Hwang
3. Meirsschaut, Roeyers, & Warreyn
4. Zautra, Hall, Murray
5. Thornton, & Sanchez

های با ناتوانی بر مشکلات غلبه می کنند، عملکرد خانواده را با موفقیت حفظ می کنند و یک تعادل جدید به دست می آورند، به عبارت دیگر آنها تاب آور هستند (بایراکلی و کانر^۱، ۲۰۱۲). اگرچه تاب آوری خانواده به طور مستقیم در زمینه ناتوانی مطالعه نشده است، شواهدی در حال افزایش است که خانواده های بچه های با ناتوانی از میزان ظرفیت برخوردار هستند که کمک های زیادی به بهزیستی خانواده می کند (بایات^۲، ۲۰۰۷). تولد کودکان استثنایی می تواند به همراه خود مشکلات جدید و مضاعف را برای والدین این کودکان به دنبال داشته باشد، در چنین خانواده هایی درخواست های جدیدی برای والدین به واسطه نیاز به بستری شدن، مراقبت های پزشکی و نیازهای مراقبتی، آموزش و توانبخشی کودک ایجاد می شود و این عوامل به نوبه خود می تواند فرایند سازگاری و بهزیستی والدین را تحت تأثیر قرار دهد و پیامدهایی همچون تنیدگی را دنبال داشته باشد (پاستر^۳ و همکاران، ۲۰۰۹).

در پنجاه سال گذشته تلاش روانشناسان بیشتر بر درمان کمبودها و رفع ناتوانیها متمرکز بوده است. روانشناسان مثبت گرا به افزایش شادمانی و مطالعه در مورد نقش نیرومندی های شخصی و سامانه های اجتماعی مثبت در ارتقای سلامت بهینه تأکید دارند و به طریق علمی به شناسایی عواملی می پردازند که می توانند سلامت را افزایش دهند (نعیمی و همکاران، ۱۳۹۵). پژوهشها در زمینه ی روانشناسی مثبت گرا در دهه ی گذشته توسعه یافته است. در کنار پیشرفت های تحقیقاتی، کاربردهای زیادی هم بر اثر این بررسی ها پیدا شده است. در حقیقت نتایج پژوهشها در مورد روانشناسی مثبت گرا کاربردهایی را در آموزش و پرورش، ازدواج، اشتغال، تربیت فرزند و موارد دیگر نشان داده است (نعیمی و همکاران، ۱۳۹۵). شواهد پژوهشی نشان می دهند که درمان به شیوه مثبت نگر بر افزایش سلامت روانی و امید (امانس و مک کالوف^۴، ۲۰۰۳ نقل از خدادای سنگده و همکاران، ۱۳۹۳؛ حریری و خدامی^۵، ۲۰۱۱؛ سلیگمن^۶ و همکاران، ۲۰۱۰؛ افزایش روابط و هیجانهای مثبت (رشید^۷، ۲۰۱۵)؛ انگیزه پیشرفت، حرمت خود، و شادکامی (دونالدسون، دلوت و راثو^۸، ۲۰۱۴). مطابق دیدگاه مثبت نگر، هیجانها و توانمندیها از بهترین عوامل جلوگیری از آسیبهای روانی هستند. پژوهشگران حوزه پیشگیری اعتقاد دارند، پیشگیری تأکید بر ساختن توانمندیها و نه اصلاح ضعفهاست، بنابراین توانمندیهای انسان، محافظی در برابر بیماریهای روانی است. شهادت، خوشبینی، مهارتهای ارتباط بین فردی، رعایت کردن اخلاق کار، امید، صداقت نمونههای از این توانمندیها محسوب میشود (سلیگمن، ۲۰۱۰). نتایج تحقیقات مختلف در مورد اثربخشی پیشگیرانه

-
1. Bayrakli & Kaner
 2. Bayat
 3. Paster
 4. Emmons & McCullough
 5. Hariri, M., & Khodami
 6. Seligman
 7. Rashid
 8. Donaldson, Dollwet, & Rao

مداخلات مثبت‌نگر (گیلهام و ریویچ، ۱۹۹۹؛ ریف و سینگر، ۲۰۰۰؛ دنر، استودان و فریسن، ۲۰۰۱) نشان می‌دهد که شناسایی و ارتقای هیجانات مثبت و افزایش بهزیستی روانشناختی به عنوان یک سد محافظت‌کننده، از ابتلای افراد به افسردگی، اضطراب، آسیب‌های مزمن و تنش‌های زندگی جلوگیری می‌کند (خدا یاری فرد و همکاران، ۱۳۹۳). در تلاش برای شناسایی عوامل ارتقاء دهنده تاب‌آوری، برخی محققان به بررسی و مطالعه دینداری روی آورده‌اند. شواهدی که نقش مذهب را به عنوان یک مکانیسم حفاظتی در نوجوانان در معرض خطر بررسی کرده‌اند، حاکی از آن است که دینداری می‌تواند باعث ارتقاء تاب‌وری در آنها شود (بال، ۲۰۰۳ نقل از نعیمی و همکاران، ۱۳۹۵). مذهب و معنویت با زندگی ما آمیخته شده‌اند. بسیاری از افراد اذعان دارند که این امور نقش محوری در زندگی آنها بازی می‌کنند. معنویت عبارت از ارتباط با یک وجود متعالی، باور به غیب، باور به رشد و بالندگی در راستای گذر از پیچ‌وخم‌های زندگی و تنظیم زندگی شخصی بر مبنای ارتباط با وجود متعالی و درک حضور دائمی وجودی متعالی می‌باشد. این بعد وجود انسان فطری و ذاتی است و با توجه به رشد بالندگی انسان و در نتیجه انجام تمرینات و مناسک دینی متحول شده و ارتقا می‌یابد (غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۸). پژوهش‌های انجام شده نشان دهنده‌ی آن است که باورهای دینی می‌تواند روی سلامت روانی فرد و قدرت تحمل مشکلات تأثیر مطلوبی داشته باشد. کسانی که امور مذهبی را به جا می‌آورند به دلایل زیادی شادتر از سایر افراد هستند که در اینجا می‌توان سه دلیل روانشناختی را مورد توجه قرار داد. اول اینکه دین یک سامانه باور منسجم ایجاد می‌کند که باعث ایجاد معنا در زندگی افراد می‌شود (سلیگمن، ۲۰۰۰ نقل از نعیمی و همکاران، ۱۳۹۵). دوم اینکه حضور در امور مذهبی برای افراد حمایت اجتماعی را فراهم می‌آورد و سوم اینکه پرداختن به مذهب با سبک زندگی جسمانی و روانی سالمتر همراه است (کار، ۲۰۰۴، ترجمه پاشا شریفی، ۱۳۹۱). داشتن ایمان به افراد قدرت تحمل سختی‌ها، غلبه بر چالش‌ها و تغییر زندگی می‌دهد. معنویت یک عامل کلیدی، در ایجاد تاب‌آوری و افزایش آن است (ورنر و اسمیت^۱، ۲۰۰۱؛ مکی^۲، ۲۰۰۳؛ والش، ۲۰۰۶ نقل از نعیمی و همکاران، ۱۳۹۵). در تحقیق کرد میرزا نیکو زاده (۱۳۹۰) اثربخشی دو مداخله مثبت‌نگر و مداخله روایت‌شناسی شناختی در افزایش تاب‌آوری افراد معتاد نشان داده شده است. نادای راوندی و همکاران (۱۳۹۴) به تحقیقی با عنوان نقش مذهب و معنویت در ارتقاء تاب‌آوری و سلامت روان پرداختند که نتایج آنها سودمندی این مداخلات را تأیید کرد.

با توجه به این پیشینه از جمله مداخلاتی که می‌تواند بر بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری موثر باشد، آموزش مهارت مثبت‌اندیشی با تأکید بر منابع معنوی و اعتقادات دینی است. مهارت مثبت‌اندیشی شامل آموزش فکر کردن به صورت متفاوت هم راجع به حوادث و برداشت‌های مثبت و هم راجع به حوادث و داشته‌های منفی و ارزش نهادن به این داشته‌ها، است. در آموزش شادکامی و مثبت‌اندیشی افراد تشویق

1 . Werner & Smith

2. Mackay

می شوند تا تجربه های مثبت و خوب خود و نقاط قوت خود و زندگی شان و دیگران و نیز توانایی های بالقوه خود را باز شناسند و نقش آن ها را در افزایش و ارتقای احترام به خود و عزت نفس و بهبود زندگی شان بازشناسی کنند و با این حال، توانایی شناخت جنبه های مثبت دیگران را کسب کنند. آنان همچنین می آموزند تا در جهان موضعی فعال اتخاذکنند و زندگی خود را شخصاً شکل دهند، نه این که هر آنچه بر سرشان می آید را به گونه ای منفعلانه بپذیرند (سلیگمن، سیکزنت میهالی^۱، ۲۰۱۴). در این رویکرد با تأکید بر استعدادها و توانایی ها، بهینه سازی شادی ها، توجه و تمرکز کردن بیشتر به مسایل و احساسات مثبت و منع کردن احساسات منفی از ورود به حیطه ی شخصی، و افزایش ارتباطات مثبت که یکی از مبانی رویکرد مثبت نگر است، می توان بر سلامت افراد تأثیر مثبتی گذاشت (وود و جوزف^۲، ۲۰۱۰).

بولییر^۳ و همکاران (۲۰۱۳)، در یک پژوهش فراتحلیلی نشان دادند که روانشناسی مثبت بر بهزیستی روانشناختی تأثیر مثبت معناداری دارد. پژوهش های متعددی نشان دادند که درمان مثبت نگری بر بهزیستی روان شناختی، امیدواری، عزت نفس، شادکامی موثر است (پیکتت، کاگری، متیو، هولمز^۴، ۲۰۱۱، حریری، خدای، ۲۰۱۱ و آگوه، هدیت، گابل^۵، ۲۰۰۸؛ لیندفورس^۶، ۲۰۰۶؛ جیمنز و اورتگ^۷، ۲۰۱۵؛ پرا و مک لون^۸، ۲۰۱۴؛ لوپز اسنایدر^۹، ۲۰۰۳؛ گارنفسکی و کرایج^{۱۰}، ۲۰۰۶). پیکتت و همکاران (۲۰۱۱) چرخه ی جالب تأثیر عواطف مثبت و منفی بر احساسات مثبت و منفی را جهت تبیین اثرگذاری این رویکرد و برای جستجوی نحوه ی ایجاد شادکامی و ایجاد افسردگی در افراد بیان کرده اند. آنان نشان دادند که افراد مضطرب با ایجاد عواطف منفی، منجر به افزایش ملالت و بی قراری خود شده و در نهایت در یک سیکل و یک فرآیند تونلی قرار می گیرند. با توجه به این مسئله مطالعات نشان داده اند که خود پذیری در سلامت روانی از اهمیتی اساسی برخوردار است (رمضانی، دولتیان، شمس، علوی^{۱۱}، ۲۰۱۲) و شادی حاصل از مثبت نگری، فعالیت های اجتماعی افراد را بیشتر می کند (استوارت، واتسون، کلارک، ابمییر، دیری^{۱۲}، ۲۰۱۰). از نظر (کاورد و ریید^{۱۳}، ۱۹۹۶) بهزیستی روانشناختی، به نوعی از احساس سلامتی اشاره دارد که از تمامیت و یکپارچگی جنبه های فردی ناشی می شود و از عناصر معنوی زندگی تشکیل شده است. مذهب نیز عامل

1. Seligman, & Csikszentmihalyi
2. Wood, A. M., & Joseph
3. Bolier
4. Pictet, Coughtrey, Mathews & Holmes
5. Algoe, Haidt, & Gable
6. Lindfors
7. Jiménez & Ortega Egea
8. Perera & McIlveen
9. Lopez & Snyder
10. Garnefski & Kraaij
11. Ramezani, Dolatian, Shams & Alavi, H
12. Stewart, Watson, Clark, Ebmeier & Deary
13. Coward & Reed

نیرومندی برای تاب آوری افراد در مقابل آسیب ها است. در رویا رویی با شرایط ناگوار انسان های با ایمان توانایی قابل ملاحظه ای نشان می دهند. بسیاری از افراد مذهبی این احساس را دارند که ایمان در هنگام بحران به عنوان یک فرصت برای دستیابی به پیامدهای ارزشمند بیشتر به آنها کمک خواهد کرد (پارگامنت و کومینگز، ۲۰۱۰). این پژوهشگران یادآوری کردند که دیانت برای تنش های مهم زندگی تاب آوری ایجاد می کند. در زمان های مختلف مذهب در کمک به انسان برای حفظ روابط با مقدسات مؤثر است. کندلر، لیو، گاردنر، مک کالاک، لارسون^۲ و همکاران (۲۰۰۳) دریافتند که دیانت اجتماعی (یعنی حضور در کلیسا و تعامل با افراد مذهبی) احتمال ابتلاء به اختلال اضطراب فراگیر را کاهش می دهد. بنابراین یافته های پژوهش ها نشان می دهند که مذهب نیروی قدرتمندی برای تاب آوری افرادی است که در زندگی با تجارب آسیب زای زیادی روبه رو می شوند (پارگامنت و کومینگز، ۲۰۱۰). بررسی آیات قرآن کریم نیز حاکی از اهمیت نگرش مثبت به خود و رویدادهای مختلف زندگی در سلامت افراد است با بیان این تفاوت درباره مثبت نگری اسلامی و مثبت نگری صرفاً علمی، می توان گفت که مثبت نگری اسلامی بر اساس منابع و مفاهیم اسلامی (نوری و جان بزرگی، ۱۳۹۲: ۶۴) تلاش می کند تا نگرش افراد را مورد بازبینی و تصحیح قرار دهد. به علاوه، مثبت نگری اسلامی به بُعد معنوی و اخروی تغییر نگرشها، نگاه ویژه ای دارد و در کنار تجویز مثبت نگری برای دستیابی به فواید مادی، نگرش مثبت و خوشبینی را برای رسیدن به اهداف معنوی نیز پیشنهاد میکند؛ اما هر دوی آنها بر تغییر نگرش افراد از نگاه منفی به مثبت تأکید دارند و به این نکته می پردازند که نگرش انسان به زندگی می تواند بر سلامت روان فرد و موفقیت اجتماعی او تأثیرات مهمی بر جای گذارد.

یکی از عوامل مؤثر در مهار و کاهش افسردگی و اضطراب توجه انسان به خدا است. بهرامی (۱۳۹۰) در پژوهشی بیان می کند که اعتقاد و ایمان به خدا و انجام اعمال و مناسک مذهبی افراد، نقش مؤثری در سلامت روانی و جسمانی آنها دارد و در شکل گیری شخصیت و سبک زندگی سالم نقش مهمی ایفا می کند. غباری بناب، حدادی و کوهسار (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان رابطه اضطراب و افسردگی با تصویر ذهنی از خدا در دانشجویان نشان دادند که تصویر ذهنی مثبت از خدا با سلامت روانی بالا و اضطراب و افسردگی پایین توأم بوده است. با توجه به پیشینه پژوهشی و ضرورت توجه به بهزیستی روان شناختی مادران دارای فرزند اتیسم، ضعف تاب آوری آن ها و اثر تعدیل کنندگی تاب آوری بر بهزیستی روان شناختی و نهایتاً قابلیت اثربخشی مورد انتظار آموزش مهارتهای مثبت اندیشی با تکیه بر مفاهیم قرآنی و دینی در ارتقاء تاب آوری و بهزیستی روان شناختی بهزیستی روان شناختی مادران دارای فرزند اتیسم از یک طرف، و خلاء های پژوهشی موجود در این زمینه از طرف دیگر که در کشور ما پژوهشی مدون در مورد تاثیر آموزش مهارت های مثبت اندیشی با تکیه مفاهیم قرآنی بر بهزیستی روانشناختی و تاب آوری

1. Pargament & Cummings

2. Kendler, Liu, Gardner, McCullough & Larson

مادران دارای کودکان ویژه بخصوص اتیسم صورت نگرفته است و همچنین تعدد مشکلات مربوط به زندگی این افراد، این مطالعه درصدد بررسی آزمایشی آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی با تکیه بر منابع معنوی بر بهزیستی روانشناختی و تاب آوری مادران دارای فرزند اتیسم بود. که فرضیه های زیر را مورد بررسی قرارداد.

۱- آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی با تکیه بر اعتقادات دینی بر تاب آوری مادران دارای فرزند اتیسم تاثیر مثبتی دارد.

۲- آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی با تکیه بر اعتقادات دینی بر سلامت روانشناختی و مولفه های آن در مادران دارای فرزند اتیسم تاثیر مثبتی دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه و نمونه: روش این پژوهش نیمه آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون پس آزمون همراه با گروه گواه بوده است. جامعه آماری در این پژوهش همه مادران دارای کودک اتیسم که در سال ۹۵ به مراکز بهزیستی شهر تبریز مراجعه کرده بودند بعد از ایجاد هماهنگی با مرکز بهزیستی شهر تبریز برای انتخاب نمونه پژوهشی از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. سپس 30 نفر از مادران که در پرسشنامه های اضطراب و افسردگی نمره بیشتری گرفته بودند، به دو گروه 15 نفری تقسیم و هر گروه به صورت تصادفی به عنوان گروه آزمایش و گواه انتخاب شد. بعد از مشخص نمودن گروه نمونه، پرسشنامه های بهزیستی روان شناختی و تاب آوری در اختیار مادران دارای فرزند اتیسم قرار داده شده و نتایج به عنوان پیش آزمون در نظر گرفته شد. در مرحله ی بعد ضمن گمارش و تقسیم بندی مادران انتخاب شده، به دو گروه آزمایش و کنترل، آزمودنی های گروه آزمایش تحت هشت جلسه ی یک و نیم ساعته آموزش مهارت ها ی مثبت اندیشی با تکیه بر منابع معنوی قرار داده شدند. در مرحله ی آخر دوباره ی آزمون بهزیستی روانشناختی و تاب آوری در اختیار هر دو گروه قرار داده شده ، به عنوان پس آزمون در نظر گرفته شد و در نهایت داده های جمع آوری شده با استفاده از روش آماری کوواریانس تک متغیره و چند متغیره تجزیه و تحلیل گردید.

محتوی آموزشی

جلسه اول-هدف: آشنایی و معارفه، انجام ارزیابی های اولیه آشنایی و معرفی رهبر و اعضا به یکدیگر، بیان اهداف و قواعد گروه، احترام متقابل، شرکت منظم و اجرای پیش آزمون . بیان تاریخچه مختصری از مثبت اندیشی و تأثیر آن و آگاهی از ارزش ها، تمرکز و توجه بر قدرت مطلق هستی، آگاهی از داشته ها و نعمت هایی که پروردگار در اختیار فرد قرار داده است،

جلسه دوم-هدف: بررسی نوع جهان بینی اعضاء نسبت به دنیا و وضعیت کنونی زندگی تشویق اعضاء به بحث در رابطه با کودکان اتیسم به عنوان یک مشکل عادی یا یک مشکل غیر قابل باور و

پرداختن به چهارچوب دهی مجدد، آشنا کردن افراد با ویژگیها و آثار امید و ناامیدی از دید قرآن. تکلیف: یادداشت چگونگی تأثیرگذاری آیات قرآنی بر کاهش ناامیدی

جلسه سوم-هدف: آشنا کردن افراد با ویژگیها و آثار امید و ناامیدی از دید قرآن. آشنایی با نقش مثبت‌نگری و پرداختن به تجارب اعضا نسبت به امید و مثبت‌نگری تشویق اعضا به بحث گروهی در مورد نمونه ها و تجارب خود اعضا و چگونگی تأثیر آن ها بر شادکامی و امیدواری در زندگی و چگونگی غنابخشی آنان به زندگی. توجه دادن افراد به نقاط قوت خود با نظر به تأکید خداوند بر توانایی انسان در قرآن. تکلیف: یادداشت نقاط قوتی که در خود سراغ دارند.

جلسه چهارم-هدف: درک اهمیت تمرکز بر هدف و پذیرفتن مشکل و معنادهی به مسئله هدایت اعضا به سمت درک رابطه شادکامی با تمرکز بر هدف و پذیرفتن مشکل، ترغیب اعضا به بیان احساسات و افکار خود درباره پذیرفتن مشکل، جنبه های مثبت درون یک مشکل و تمرکز بر هدف، بیان احساسات اعضا در زمینه معناداری زندگی، کنکاش نقش معنا در زندگی، بیان نقاط قوت خود از دید دیگران. ارائه تکلیف متناسب با جلسه: تواناییهایی که در طول هفته به آن دست می یابند و افزودن آن به یادداشت خود.

جلسه پنجم-هدف: بیان حداقل ۵ تا ۱۰ تجربه و خاطره مثبت برای اعضای گروه. تمرکز بر نقطه قوت خود، دیگران، زندگی و همسر. احساس مسئولیت مادری و پذیرش آن ترغیب اعضا به برشمردن نقاط مثبت و قوت خود، زندگی و همسر و استفاده از صندلی داغ و برشمردن نقاط مثبت توسط هر یک از اعضا برای همدیگر. تشویق اعضا به بیان احساسات خود در رابطه با پذیرفتن مسئولیت مادری، تحلیل رابطه عدم مسئولیت پذیری با احساس گناه و سرخوردگی، ارائه تکلیف متناسب با جلسه تکلیف: ثبت تجربه های شیرین خود در هفته اخیر

جلسه ششم-هدف: گوش دادن به تجربیات خوب اعضای گروه و استخراج نقاط قوت یکدیگر از آنها. تمرکز بر تجارب و خاطرات مشترک مثبت، برقراری رابطه موثر با دیگران بخصوص همسر، مبارزه با افکار ناکارآمد پرداختن به تکلیف جلسه قبل، تشویق اعضا به بازگویی خاطرات مثبت برای همدیگر، همچنین نزدیک شدن بیشتر به همسر و توانمند کردن اعضا در برقراری رابطه خوب با همسر خود به عنوان توانایی بالقوه. تکلیف: تمرین تمرکز بر خوبیها و نقاط مثبت چیزهایی که با آن برخورد دارند.

جلسه هفتم-هدف: تعامل نزدیکتر افراد با یکدیگر از طریق بیان نقاط قوت آنها به طور چهره به چهره. تقویت ارزش های نگرشی، بررسی اشخاص و موقعیت هایی که برای فرد ارزشمند هستند، به منظور تقویت ارزش های معنوی و الهی فرد. تکلیف: تمرین توانایی اعتماد به توانمندی های خود

جلسه هشتم-هدف: تهیه فهرستی از همه نقاط قوت خود که تاکنون به آن پی برده اند متناسب کردن اهداف با ارزش های معنوی و

الهی، تکثیر و در اختیار قرار دادن نکات مثبت اندیشی برای تمرین در خانه. تکلیف: جمع آوری هر ویژگی مثبتی که تاکنون در مورد خود به آن دست یافته اند.

جلسه نهم-هدف: اولویت بندی نقاط قوت و توانمندیها. تکلیف: کمک گرفتن از دیگران برای تهیه و اولویت بندی فهرستی از همه توانمندیها و خوبیهای خود

جلسه دهم-هدف: ارائه شواهد و معیارهایی که با ارزشترین و معتبرترین نقاط قوت آنان قابل اتکا است، تمرکز بر آیات قرآن در مورد تواناییهای انسان. اجرای پس آزمون و تشکر از اعضا.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف^۱: این پرسشنامه توسط ریف در سال ۱۹۸۹ ساخته شده و در سال ۱۹۹۵ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. در این پژوهش از فرم ۱۸ سوالی استفاده شد. این پرسشنامه شش عامل خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود را می سنجد، ضمن این که مجموع این شش عامل به صورت نمره کلی بهزیستی روانشناختی را محاسبه می کند. این آزمون نوعی خودسنجی است که در یک مقیاس شش درجه ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره گذاری می شود. شواهد مربوط به اعتبار همگرایی این آزمون حاکی از آن است که شش عامل بهزیستی روانشناختی با مقیاس های رضایت از زندگی و عزت نفس رابطه مثبت و با افسردگی، اعتقاد به شانس و منبع کنترل بیرونی رابطه منفی دارد (بارنز، ماچین^۲، ۲۰۰۹). لیندفورس، برنتسون و لندبرگ (۲۰۰۶) دامنه ضریب ثبات درونی را برای ابعاد مختلف مقیاس ریف بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۰ گزارش کرده است. در ایران این مقیاس توسط بیانی، کوچکی، بیانی (۱۳۸۷) بر روی ۱۴۵ دانشجو انجام شد و ضریب پایایی به روش بازآزمایی ۰/۸۲ و خرده مقیاس های پذیرش ۰/۷۱، روابط مثبت با دیگران ۰/۷۷، خودمختاری ۰/۷۸، تسلط بر محیط ۰/۷۰، زندگی هدفمند و رشد شخصی ۰/۷۸ به دست آمد. در این پژوهش نیز ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش شد.

مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون^۳ (CD-RISC): کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) این مقیاس که توانایی سازگاری با تنش و آسیب را اندازه می گیرد، ساختند. این مقیاس یک ابزار ۲۵ گویه ای است که تاب آوری را در اندازه های پنج درجه ای لیکرت از صفر تا چهار می سنجد. حداقل نمره ی تاب آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره ی صد است. نتایج مطالعه ی مقدماتی مربوط به ویژگی های روان سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تایید کرده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرایی مقیاس، کافی گزارش شده اند و گرچه نتایج تحلیل عاملی

1. Psychological Well-Being Ryff

2. Burns, & Machin

3. Connor. Davidon, Resilience Scale (CD.RISC)

اکتشافی وجودپنج عامل شایستگی؛ استحکام شخصی و اعتماد به غرایز شخصی؛ تحمل عواطف منفی و پذیرش مثبت عواطف؛ روابط ایمن؛ کنترل و معنویت را برای این مقیاس تأیید کرده است. چون پایایی و روایی زیرمقیاس ها هنوز به طور قطع تأیید نشده است، در حال حاضر فقط نمره کلی تاب آوری برای اهداف پژوهشی، معتبر محسوب می شود (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). پایایی و روایی فرم فارسی مقیاس تاب آوری نیز در مطالعات مقدماتی نمونه های بهنجار و بیمار مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. محمدی (۱۳۸۴) این مقیاس را برای استفاده در ایران هنجاریابی کرده است. وی این مقیاس را بر روی ۲۴۸ نفر اجرا کرد و پایایی آن با سنجش همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. اعتبار این سازه در سال ۱۳۸۶ توسط بشارت تأیید شده است. در این پژوهش پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ بررسی شد و ۰/۹۱ به دست آمد.

یافته ها

با توجه به یافته های پژوهش میانگین سنی گروه آزمایش ۳۶/۰۲ با انحراف معیار ۷/۷۵ بود. میانگین سنی گروه کنترل برابر با ۳۵/۱۰ با انحراف معیار ۵/۲۱ بود. همچنین طبق این یافته ها ۴۵ درصد مادران دارای مدرک تحصیلی دیپلم و ۲۵ درصدشان نیز دارای مدرک تحصیلی فوق دیپلم بودند. ۲۵ درصد دارای مدرک لیسانس و ۵ درصد دارای مدرک فوق لیسانس بودند. برای آزمون نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان داد که توزیع نمرات متغیر تاب آوری و بهزیستی روانشناختی در پیش آزمون - پس آزمون نرمال بوده و داده ها از توزیع نرمال برخوردار بود) $(p \leq 0/05)$. همچنین برای بررسی همگنی واریانس ها از آزمون لوین استفاده گردید که با توجه به عدم معناداری آزمون لوین برای پیش آزمون پس آزمون - می توان نتیجه گرفت که پیش فرض همگنی واریانس ها برقرار می باشد. در جداول ۳ و ۲ و ۱ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای متغیر تاب آوری و بهزیستی روانشناختی و مولفه های بهزیستی روانشناختی آمده است.

جدول ۱. نتایج تحلیل کواریانس یک متغیری برای بررسی تفاوت پس آزمون تاب آوری در گروه

آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموعه مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار f	سطح معنی داری
پیش آزمون تاب آوری	۱/۱۵۰	۱	۱/۱۵	۵/۴۶	۰/۰۳۷
اثر اصلی	۳/۳۴	۱	۳/۳۴	۱۵/۸۶	۰/۰۰۱
خطای باقیمانده	۵/۶۸	۲۷	۰/۲۱۱		

همانطور که در جدول مشاهده می شود پس از تعدیل نمرات پیش آزمون تاب آوری گروههای آزمایش و کنترل تفاوت معنا داری وجود دارد. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین دو گروه رد می شود. به عبارت دیگر در پاسخ به سؤال اصلی پژوهش باید نتیجه گرفت که: که پس از کنترل اثر پیش آزمون،

میانگین نمرات پس آزمون تاب آوری در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است ($F=5/46$ و $P < 0/01$). نتایج یافته ها حاکی از آن است که آموزش مثبت اندیشی بر نمرات کسب شده توسط آزمودنی ها در متغیرنمره کلی تاب آوری معنادار است آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی با تکیه بر منابع معنوی و اعتقادات دینی برافزایش تاب آوری مادران مؤثر است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری برای بررسی تفاوت پس آزمون سلامت روانشناختی در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	سطح معنی داری
پیش آزمون بهزیستی روانشناختی	۲۵۸/۸۲	۱	۲۵۸/۸۲	۶/۰۹	۰/۲۰
اثر اصلی	۳۱۹/۳۰	۱	۳۱۹/۳۰	۷/۵۱	۰/۲۳
خطای باقیمانده	۱۰۶۱/۸۹	۲۷	۴۲/۴۷		

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل اثر پیش آزمون، میانگین نمرات پس آزمون بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است ($F=6/09$ و $P < 0/01$). نتایج یافته ها حاکی از آن است که آموزش مثبت اندیشی با تکیه بر منابع معنوی و اعتقادات دینی بر نمرات کسب شده توسط آزمودنی ها در متغیرنمره کلی بهزیستی روانشناختی معنادار است.

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل اثر پیش آزمون، میانگین نمرات پس آزمون مولفه های سلامت روان شناختی پذیرش خود ($F=11/23$)؛ زندگی هدفمند ($F=19/44$)؛ خود مختاری ($F=19/89$)؛ روابط مثبت با دیگران ($F=0/65$) و رشد فردی ($F=6/28$) در گروه آزمایشی بیش تر از گروه کنترل است ($P < 0/01$). ولی این تفاوت در مؤلفه تسلط بر محیط ($F=3/24$) معنا دار نبود ($P > 0/05$). این یافته ها نشان داد که آموزش مثبت اندیشی با تکیه بر منابع معنوی و اعتقادات دینی بر متغیرهای رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش خود، استقلال و خودمختاری، و هدفمندی در زندگی تأثیر معنادار دارد ولی بر تسلط بر محیط اثر بخش نبود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری برای بررسی تفاوت پس آزمون مولفه های سلامت روانشناختی در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری
پیش آزمون پذیرش خود	۵۳/۱۱	۱	۵۳/۱۱	۱۱/۲۳	۰/۰۰۲
اثر اصلی	۵۵/۳۳	۱	۵۵/۳۳	۱۸/۸۰	۰/۰۰۲
خطای باقیمانده	۱۱۷/۱۶	۲۷	۴/۶۸		
پیش آزمون خودمختاری	۴۶۷/۹	۱	۴۶۷/۹	۱۹/۸۹	۰/۰۰۱
اثر اصلی	۸۳/۰۶	۱	۸۳/۰۶	۳/۵۳	۰/۰۶۸
خطای باقیمانده	۱۶۴/۰۱	۲۷	۶/۵۶		
پیش آزمون رشد شخصی	۲۰/۶۰	۱	۲۰/۶۰	۶/۸۲	۰/۰۱۵
اثر اصلی	۱۲/۷۳	۱	۱۲/۷۳	۴/۲۱	۰/۰۰۵
خطای باقیمانده	۷۵/۴۷	۲۷	۳/۰۱		
پیش آزمون تسلط بر محیط	۲۵/۰۱	۱	۲۵/۰۱	۳/۲۴	۰/۰۷۶
اثر اصلی	۱۳/۰۳	۱	۱۳/۰۳	۱/۷۴	۰/۱۹۵
خطای باقیمانده	۹۷/۸۵	۲۷	۳/۹۱		
پیش آزمون ارتباط مثبت با دیگران	۳/۲۴	۱	۳/۲۴	۰/۶۵	۰/۴۲
اثر اصلی	۲۲/۰۹	۱	۲۲/۰۹	۴/۴۳	۰/۰۴۵
خطای باقیمانده	۱۲۴/۵۳	۲۷			
پیش آزمون هدمندی درزندگی	۴۴۲/۵۹	۱	۴۴۲/۵۹	۱۹/۴۴	۰/۰۰۱
اثر اصلی	۸۳/۰۲	۱	۸۳/۰۲	۵/۵۳	۰/۰۳۸
خطای باقیمانده	۱۲۷/۱۸	۲۷	۵/۰۸		

نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی تاثیر آموزش مهارتهای مثبت اندیشی با تکیه بر آموزه های دینی بر تاب آوری و سلامت روانشناختی مادران دارای فرزند اتیسم بود. در ارتباط با فرضیه اول این پژوهش (آموزش مهارتهای مثبت اندیشی با تکیه بر منابع معنوی و اعتقادات دینی در تاب آوری مادران دارای فرزند اتیسم) نتایج نشان داد که آموزش مهارتهای مثبت اندیشی با تکیه بر آموزه های دینی در تاب آوری مادران دارای فرزند اتیسم تاثیر مثبت و معناداری دارد. این یافته با نتایج بسیاری از مطالعات مرتبط انجام یافته همسو می باشد. از جمله این مطالعات می توان به پژوهش (پارگامنت و کومینگز، ۲۰۱۰؛ کندلر و همکاران، ۲۰۰۳؛ مرادی و قلم کاریان، ۱۳۹۳؛ گریف و لوبسر، ۲۰۰۸؛ میرزا و نیکو زاده، ۱۳۹۰؛ راوندی و همکاران، ۱۳۹۴؛ اسمیت و آلوی، ۲۰۰۹؛ آن، اریکسون -اشمیت، جان والاندرو و فرد بیاسینی، ۲۰۰۵ و

1. Smith & Alloy
2. Ann, Alriksson.Schmidt, Jan Wallander, & Fred Biasini

واسیلوسکیا، ۲۰۱۱) اشاره کرد. پارگامنت و کومینگز (۲۰۱۰) یادآوری کردند که دیانت برای تنش های مهم زندگی تاب آوری ایجاد می کند و در زمان های مختلف مذهب در کمک به انسان برای حفظ روابط با مقدسات مؤثر است. همچنین یافته های پژوهش آنها نشان داد که مذهب نیروی قدرتمندی و عامل نیرومندی برای تاب آوری افراد در مقابل آسیب ها است. در رویا رویی با شرایط ناگوار انسان های با ایمان توانایی قابل ملاحظه ای نشان می دهند. بسیاری از افراد مذهبی این احساس را دارند که ایمان در هنگام بحران به عنوان یک فرصت برای دستیابی به پیامدهای ارزشمند بیشتر به آنها کمک خواهد کرد. کندلر، لیو، گاردنر، مک کالاک، لارسون و همکاران (۲۰۰۳) دریافتند که دیانت اجتماعی (یعنی حضور در کلیسا و تعامل با افراد مذهبی) احتمال ابتلاء به اختلال اضطراب فراگیر را کاهش می دهد. بررسی آیات قرآن کریم نیز حاکی از اهمیت نگرش مثبت به خود و رویدادهای مختلف زندگی در سلامت افراد است با بیان این تفاوت درباره مثبت نگری اسلامی و مثبت نگری صرفا علمی، می توان گفت که مثبت نگری اسلامی بر اساس منابع و مفاهیم اسلامی (تلاش می کند تا نگرش افراد را مورد بازبینی و تصحیح قرار دهد. به علاوه، مثبت نگری اسلامی به بُعد معنوی و اخروی تغییر نگرشها، نگاه ویژه ای دارد و در کنار تجویز مثبت نگری برای دستیابی به فواید مادی، نگرش مثبت و خوش بینی را برای رسیدن به اهداف معنوی نیز پیشنهاد می کند؛ اما هر دوی آنها بر تغییر نگرش افراد از نگاه منفی به مثبت تأکید دارند و به این نکته می پردازند که نگرش انسان به زندگی می تواند بر سلامت روان فرد و موفقیت اجتماعی او تأثیرات مهمی بر جای گذارد. خدایاری فرد (۱۳۷۷) در مطالعه ای کاربرد مثبت نگری در روان درمانگری را با تأکید بر دیدگاه اسلامی تبیین کرده است. بر اساس این مطالعه تأکیدات دین اسلام و قرآن کریم بر خوبیها، درستیهها و قوتهای افراد در قالب مداخله روانشناسی مثبت در رواندرومانی فردی برای افراد افسرده و خانواده درمانی برای ناسازگاری خانوادگی و اختلال شخصیت آزمون و اثربخشی آن تأیید شده است. در تحقیق کرد میرزا و نیکو زاده (۱۳۹۰) اثربخشی دو مداخله مثبت نگر و مداخله روایت شناسی شناختی در افزایش تاب آوری افراد معتاد نشان داده شده است. نادری راوندی و همکاران (۱۳۹۴) به تحقیقی با عنوان نقش مذهب و معنویت در ارتقاء تاب آوری و سلامت روان پرداختند که نتایج آنها سودمندی این مداخلات را تأیید کرد.

در تبیین این یافته می توان گفت که رویارویی با مسائل و مشکلات مختلف در زندگی، در صورتی که با کنار آمدن و حل موفقیت آمیز همراه باشد، از طریق فرایند تقویت و قانون تجدید نظر شده اثر ثرندایک، منجر به افزایش اعتماد به نفس، احساس کارآمدی و همچنین افزایش قدرت تحمل افراد می شود. از آن جاکه متغیرهای ذکر شده، از ویژگی های کلیدی تاب آوری و افراد تاب آور می باشد، می توان چنین نتیجه گرفت که آموزش مهارتهای مثبت اندیشی با تکیه بر مفاهیم دینی و قرآنی می تواند منجر به افزایش تاب آوری در مادران دارای فرزند اتیسم شود. از طرف دیگر، تحقیقات (آن، الریکسون -

اشمیت، جان والاندر و فرد بیاسینی، ۲۰۰۵ و واسیلوسکیا، ۲۰۱۱) نشان می‌دهند که بین تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد. بنابراین افزایش تاب‌آوری و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی که در نتیجه‌ی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی به وقوع می‌پیوندد، می‌تواند همدیگر را تقویت نموده و در نهایت موجبات بهبود سلامت روانی افراد را فراهم نمایند. تاب‌آوری با افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی (بشارت، ۲۰۰۷) مقابله با شرایط دشوار زندگی را سهل‌تر کرده و توانایی چیره‌شدن بر مشکلات را افزایش می‌دهد که این عامل می‌تواند استرس را کاهش دهد. پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که توانایی تاب‌آوری می‌تواند به افراد کمک کند تا هیجانات مثبت بیشتری را تجربه کنند (اسمیت و آلوی، ۲۰۰۹). تجربه هیجانات مثبت به مادران کمک می‌کند تا تعامل مثبت‌تری نیز با کودک خود داشته باشند. هم‌چنین تجربه هیجان‌های مثبت به این مادران کمک می‌کند تا بتوانند با استرس و فشارهای والدگری بهتر مقابله کنند.

در ارتباط با فرضیه دوم این پژوهش (آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی با تکیه بر آموزه‌های دینی بر سلامت روان‌شناختی مادران دارای فرزند اتیسم) نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی با تکیه بر اعتقادات دینی بر بهزیستی روان‌شناختی و هم‌چنین مؤلفه‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند و رشد فردی مادران دارای فرزند اتیسم تاثیر مثبت و معناداری دارد. ولی این آموزش روی مؤلفه تسلط بر محیط بهزیستی روان‌شناختی اثربخش نبود. این یافته با نتایج بسیاری از مطالعات مرتبط انجام یافته، همسو می‌باشد. از جمله می‌توان به یافته‌های (بولیرو همکاران، ۲۰۱۳؛ لیندفورس، ۲۰۰۶؛ جیمز و اورتگ، ۲۰۱۵؛ پرا و مک لون، ۲۰۱۴؛ لویز اسنایدر، ۲۰۰۳؛ خدا یاری فرد و همکاران، ۱۳۹۳؛ گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶؛ پیکت و همکاران، ۲۰۱۱، حریری، خدای، ۲۰۱۱؛ آگوه‌هدیت، گابل، ۲۰۰۸؛ رضانی و همکاران، ۲۰۱۲؛ استوارت و همکاران، ۲۰۱۰؛ کندلر و همکاران، ۲۰۰۳؛ بهرامی، ۱۳۹۰؛ غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۸) اشاره کرد که بولیرو همکاران (۲۰۱۳) در یک پژوهش فراتحلیلی نشان دادند روان‌شناسی مثبت بر بهزیستی روان‌شناختی تاثیر مثبت معناداری دارد و درمان مثبت‌نگری بر بهزیستی روان‌شناختی، امیدواری، عزت‌نفس، شادکامی موثر است. پیکت و همکاران (۲۰۱۱) چرخه‌ی جالب تأثیر عواطف مثبت و منفی بر احساسات مثبت و منفی را جهت تبیین اثرگذاری این رویکرد و برای جستجوی نحوه‌ی ایجاد شادکامی و ایجاد افسردگی در افراد بیان کرده‌اند. آنان نشان دادند که افراد مضطرب با ایجاد عواطف منفی، منجر به افزایش ملالت و بی‌قراری خود شده و در نهایت در یک سیکل و یک فرآیند تونلی قرار می‌گیرند. با توجه به این مسئله مطالعات نشان

1. Smith & Alloy
2. Garnefski & Kraaij
3. Jiménez & Ortega Egea
4. Perera & Mellveen
5. Lopez & Snyder
6. Lindfors

داده اند که خود پذیری در سلامت روانی از اهمیتی اساسی برخوردار است (رضانی، دولتیان، شمس، علوی، ۲۰۱۲) و شادی حاصل از مثبت نگری، فعالیت های اجتماعی افراد رایبتر می کند (استوارت، واتسون، کلارک، ایمیبر، دیری، ۲۰۱۰). در زمان های مختلف مذهب در کمک به انسان برای حفظ روابط با مقدسات مؤثر است. کندلر، لیو، گاردنر، مک کالاک، لارسون و همکاران (۲۰۰۳) دریافتند که دیانت اجتماعی (یعنی حضور در کلیسا و تعامل با افراد مذهبی) احتمال ابتلاء به اختلال اضطراب فراگیر را کاهش می دهد. طبق پژوهش (گارفنسکی و کرایج^۱، ۲۰۰۶) آموزش مثبت اندیشی باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه می شود. بهرامی (۱۳۹۰) در پژوهشی بیان می کند که اعتقاد و ایمان به خدا و انجام اعمال و مناسک مذهبی افراد، نقش مؤثری در سلامت روانی و جسمانی آنها دارد و در شکل گیری شخصیت و سبک زندگی سالم نقش مهمی ایفا می کند. غباری بناب، حدادی و کوهسار (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان رابطه اضطراب و افسردگی با تصویر ذهنی از خدا در دانشجویان نشان دادند که تصویر ذهنی مثبت از خدا با سلامت روانی بالا و اضطراب و افسردگی پایین توأم بوده است. در توضیح زیر مؤلفه های بهزیستی روانشناختی نیز با توجه به عدم تأثیر آموزش بر تسلط بر محیط، می توان چنین تبیین کرد که مؤلفه تسلط بر محیط احتمالاً تحت تأثیر عوامل متعدد مانند فرهنگ و محیط خانواده و شرایط محیطی نامناسب قرار گرفته و ظاهراً در این تحقیق تأثیری دال بر اثر گذاری مثبت نگذاشته است. و این با پژوهشی که (پرا و مک لون^۲، ۲۰۱۴) با عنوان اثر مثبت اندیشی بر سازگاری دانشجویان با محیط دانشکده بررسی کردند همسو می باشد در تحقیق آنها مشخص شده است که مثبت اندیشی به دلیل تأثیری که بر ارتباط مثبت می گذارد باعث تسهیل سازگاری و محیط آموزشی می شود. روابط مثبت با دیگران به کمک ویژگی هایی از قبیل برقراری روابط گرم و قابل اعتماد، قابلیت همدلی بالا و صمیمیت بین فردی که از ویژگی های این افراد است که مثبت اندیشی بر این مؤلفه تأثیر داشته است. اما در پژوهش حاضر آموزش مثبت نگری بر هدفمندی در زندگی تأثیر گذار بود که با تحقیق پرا و مک لون، ۲۰۱۴ همسو نبود که ایشان علت عدم تأثیر آموزش مثبت اندیشی بر هدفمندی در زندگی را اینگونه مطرح کرده اند که هدفمندی در زندگی احتمالاً تحت تأثیر فعالیت ها و رویدادهای زندگی و یافتن معنی برای تلاش ها و چالش های زندگی قرار می گیرد. همانطور طبق نتایج تأثیر مثبت اندیشی بر پذیرش خود و مؤلفه رشد شخصی دارای تأثیر معناداری بوده است و با پژوهش های (لیندفورس^۳، ۲۰۰۶) همسو است. این مقیاس نیز از طریق ویژگی هایی نظیر احساس رشد مداوم، پذیرش تجارب جدید، تجربه تحول در خود، تعمق درباره خود، مشخص می گردد. همچنین مثبت اندیشی تأثیر معناداری بر روابط مثبت با دیگران داشته است و طبق پژوهش های (جیمز و اورتگا^۴، ۲۰۱۵)، تفکر مثبت

1. Lindfors
2. Perera & McIlveen
3. Garnefski & Kraaij
4. Jiménez & Ortega Gea

باعث ایجاد رابطه مثبت میان رسانه‌های تصویری، صوتی، چاپی و اینترنت با مخاطبین هر روز باعث ایجاد حلقه‌های جمعیتی خود جوش پیرامون موضوعات با منشأ رسانه می‌شود و طبق پژوهش (لوپز اسنایدر، ۲۰۰۳) مؤلفه‌ی پذیرش خود به معنی داشتن نگرش مثبت به خود و زندگی گذشته خویش است. در کل با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان چنین تبیین کرد که آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی با تکیه بر آموزه‌های دینی بر تاب‌آوری و سلامت و بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزند اتیسم مؤثر است. مهارت‌های مثبت‌اندیشی از طریق آموزش‌های مناسب در زمینه شناخت منبع هستی‌آفرین، شناخت خویشتن خویش، دعا و نیایش به درگاه باری تعالی و توکل بر آن منبع هستی بخش می‌تواند بر بعد " استفاده از منابع معنوی و پویایی " در مادران اثرگذار باشد. یکی از عوامل حمایتی که می‌تواند در افزایش تاب‌آوری و مقاومت در برابر فشارهای روانی، افسردگی و اضطراب فرد را مقاوم کند مذهب، معنویت و هوش معنوی است و تعالیم و باورهای دینی قادر است فرد را به سوی کمال و رشد و در نتیجه سلامت روان هدایت کند. ایمان به خدا چنان توانی را در فرد ایجاد می‌کند که زمینه‌های بروز افسردگی را در او از بین می‌برد. همچنین افراد مثبت‌اندیش در زندگی به اموری توجه دارند که توان مقابله با افسردگی و اضطراب را در آنها افزایش می‌دهد آنان به توانایی‌ها و استعداد‌های مختلف در زندگی خود باور دارند. این باور، امید نسبت به آینده و موفقیت را در این افراد افزایش می‌دهد. احساس امیدواری و احساس موفقیت، مانع از بروز افسردگی می‌شود. همچنین افراد مثبت‌اندیش نسبت به امکانات و اموال زندگی خود توجه دارند و به خاطر این نعمت‌ها از خداوند سپاسگزاری می‌کنند. احساس برخوردار بودن از امکانات و داشته‌ها، سبب احساس رضایت از زندگی می‌شود و این امر مانع بروز افسردگی در فرد می‌گردد. افراد مثبت‌اندیش در روابط اجتماعی خود با دیگران به ویژگی‌ها و رفتارهای مثبت دیگران توجه دارند و به ویژگی‌های منفی آنان توجهی نمی‌کنند. در واقع همان چیزهایی که در فرهنگ کشور به آن اعتقاد وجود دارد و نقش باورها، هنجارها، عقاید و ارزشها را در فعالیت‌هایی که بر فرد بر عهده می‌گیرد نشان می‌دهد. با توجه به نتایج این پژوهش چنین استنباط می‌شود که با بهره‌گیری از مثبت‌اندیشی و دیانت هیجان‌های منفی را می‌توان مهار کرد یا کاهش داد و به شیوه مؤثری با هیجان منفی مقابله کرد و همچنین آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی باعث می‌شود که افراد راه کارهای روانی و تازه‌ای پیدا کنند و به تفکر مثبت و سودمند دست پیدا کنند، همچنین نگرش مثبت به مسائل روزمره زندگی، انسان را قادر می‌سازد تا زندگی پر نشاطی را برای خود به ارمغان آورد درحالی‌که نگرش منفی انسان‌ها را بیمار و روان رنجور می‌سازد، بنابراین مثبت‌اندیشی با نتایج بهتر در سازگاری، رضایت، بهتر زیستن و بهزیستی روان‌شناختی همراه است در کل می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی با تکیه بر منابع معنوی و اعتقادات دینی می‌تواند باعث ارتقای بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند اتیسم و نیز افزایش تاب‌آوری آنها شود و با توجه به ارتباطی که بهزیستی روان‌شناختی و همچنین تاب‌آوری با

بسیاری از متغیرهای تضمین کننده سلامت دارد، این آموزش می تواند تحولات مثبت زیادی را در زندگی افراد دارای فرزند اتیسم ایجاد نماید. از محدودیت های این پژوهش می توان به محدود بودن نمونه فقط به مادران دارای فرزند اتیسم شهر تبریز و انتخاب نمونه در یک جنس اشاره کرد. با توجه به این که اثر بخشی آموزش مهارت های مثبت اندیشی با تکیه بر مفاهیم قرآنی و دینی در بهبود علائم گروه های مختلف از جمله مادران دارای فرزند اتیسم نشان داده شده است؛ لذا پیشنهاد می شود جلسات آموزش مهارت های مثبت اندیشی برای افزایش بهزیستی روان شناختی و تاب آوری اولیای دارای فرزند اتیسم و دیگر ناتوانی های ویژه، در برنامه های آموزشی مراکز مشاوره و بهزیستی و سایر موسسات درگیر در این حوزه گنجانده شود. و کلیه مراکز بهزیستی، مشاوره ای و درمانی، آموزش مهارت های مثبت نگری با تکیه بر منابع معنوی را در خانواده های آسیب پذیر به اجرا درآورند و سیاست گزاران امر سلامت کشور، برنامه های آموزشی را به عنوان یکی از مهمترین وظایف مراکز مشاوره ای، در رأس سیاست ها و برنامه ریزی های خود قرار دهند و با برگزاری کلاس های آموزشی مدون، خدمات مشاوره ای رایگان، تهیه جزوات و فیلم های آموزشی به روز، به خانواده های دارای فرزند اتیسم و خود افراد معلول، خدمات بیشتر و هدفمندتری در جهت پیشگیری از عوارض جسمی و روحی و همچنین تحمیل هزینه های گزاف بر بخش بهداشت و سلامت کشور، ارائه نمایند.

Referenc

- Algoe, S. B., Haidt, J., & Gable, S. L. (2008). Beyond reciprocity: Gratitude and relationships in everyday life. **Emotion**, 8(3), 425-429.
- Ann, I., Alriksson-Schmidt, MA., Jan Wallander, & Fred Biasini. (2005). Quality of life and resilience in adolescents with a mobility disability **Journal of Psychology**, 32 (3), 370-379.
- Arnaud, C., White-Koning, M., Michelsen, S. I., Parkes, J., Parkinson, K., Thyen, U., et al. (2008). Parent- Reported Quality of Life of Children With Cerebral Palsy in Europe. **Pediatrics**, 121, 54- 64. doi: 10.1542 /peds.2007-0854
- Bahrami, J. (2012). **The effect of mystical and spiritual teaching of Hafez poems on mental health Death anxiety an emotional cognitive regulation**. Master s thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Marvdasht.
- Bayat, M. (2007). Evidence of resilience in families of children with autism. **Journal of Intellectual Disability Research**. 51, 702-714.

-Bayrakli, H., & Kaner, S. (2012). Investigating the factors affecting resiliency in mothers of children with and without intellectual disability. **Educational Sciences: Theory & Practice**, 12 (2),936-943.

- Besharat MA. Resilience vulnerability and mental health. **J Psychol Sci.**2007;24:373-83.

-Bristol MM, Galager JJ, Holt KD. Maternal depressive symptoms in autism response to psycho educational intervention. **Rehabil Psychol**1993;38:1:3-10.

-Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. **BMC Public Health**, 13, 119-139.

-Burns, R.A., & Machin, A. M. (2009). Investigating the structural validity of Ryff's psychological well-Being scales across two samples, **Social Indicators Research**, 93(2), 359-375.

- Coward, D.D., & Reed, P.G. (1996). Self-Transcendence:a resource for healing at the end of life, **Issues in Mental Health Nursing**, 17(3), 275-288.

-Davis, N., & Carter, A. (2008). Parenting Stressin Mothers and Fathers of Toddlers with Autism Spectrum Disorders: Associationswith Child Characteristics. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 38,1278-1291. doi: 10.1007/s10803-007-0512-z

-Dadsetan, P. (2009).[Davelopmental psychopathology from infancy through adulthood] **Samt** ;8:176-83. (Persian)

-Donaldson, S. I., Dollwet, M., & Rao, M. A.(2014). Happiness, excellence, and optimal human functioning revisited: Examining thepeer-reviewed literature linked to positive psychology. **The Journal of PositivePsychology**, <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2014.943801>.

-Eisenhower AS, Baker BL, Blacher, J. Preschool children with intellectual disability syndrome specificity behavior problems, and maternal well being. **J Intellect Disabil** 2005;49:657-71.

-Hastings, R. P. (2003). Child behaviour problemsand partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children withautism. **Journal of Intellectual Disability Research**, 47, 231-237.-

-Hariri, M., & Khodami, N. (2011). A study of theefficacy of teaching happiness Based on theFordyce method to elderly people on their lifeexpectancy. **Procedia - Social and BehavioralSciences**, 30, 1412-1415 .

- Jiménez Castillo D, Ortega Egea JM. Too positive to change Examining optimism bias as a barrier to media effects on environmental activism. **Journal of Environmental Psychology**. 2015;43;216-225.

-Karademas, E. (2007). Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. **Personality and Individual Differences**, 43, 277-287.

-Kamp Dush, C. M., Taylor, M.G., Kroeger, R.A. (2008). Marital happiness and psychological well-being across the life course, **Family Relation**, 57(2), 211-226.

-Kendler, K.S., Liu, X.Q., Gardner, C.O., McCullough, M.E., Larson, D., & Prescott, C.A. (2003). "Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders." **American Journal of Psychiatry** 160, 496-503.

-Khodayarifard.M., Khobaribonab.B., Akbarizardkhane.S.(2014). Iranian Positive Scale: Construction and Standardization **Quarterly Journal of Psychological Application Research**.(in Persian).

- Khobaribonab.B., Hadadykohsar.A.(2009). Relationship of Anxiety and Depression with image of God in students. **Journal of psychology**. Volum8.issue31.(in Persian).

-Kordmirzanikozade.E(2011). Comparison of the effectiveness of the posteristic psychological intervention program and the adleri group therapy in improving the resilience. **quarterly. journal of counseling and psychotherapy**. The second year.number5.(in Persian).

-Kuhn JC, Carter AS. Maternal self efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. **Am J Orthopsychiatry** 2006;4:564-75.

-Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire development of a short 18 item version (CERQ short). **Personality and Individual Differences**. 2006;41(6):1045-1053.

- Gupta A, Singhl N. (2004). **Positive Perceptions in Parents of children with disability**. **Rehabil J** ;15:22-34.

- Lindfors P. (2006) Factor Structure of Ryff's Psychological Well being Scales in Swedish female and Male Whitecollar workers. **Personality and Individual Differences**.;40(6):1213-1222.

- Linley, A.P., Maltby, J., Wood, A.P., Osborne, G., & Hurling, R. (2009). Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. **Personality and Individual Differences** 47, 878– 884.

- Lopez SJ, Snyder CR. (2003). **Positive psychological assessment: A handbook of models and measures**. Washington DC: American Psychological Association.

- Madani.Z., Kholamali lavasani.M., Ezhaiy.J (2016). Investigating the relationship between resilience and social support with psychological well-being in mothers with slow and normal students. **Journal educational and psychology**. the first year, number 3. (in Persian).

- Meirsschaut, M., Roeyers, H., & Warreyn, P. (2010). Parenting in families with a child with autism spectrum disorder and a typically developing child: Mothers' experiences and cognitions. **Research in Autism Spectrum Disorders**, 4, 661-669.

- Nadiravandi.M., Sedigi erfaei.F., Naeimi.E., Davoodabadi.F (2015). **The role of religion and spirituality in promoting resilience and mental health**. The first national conference on islam and mental health. (in Persian).

- Naeimi.E., Shafieabady.A., Davoodabadi.F. (2016). The effectiveness of positive thinking skills training with emphasis on religious doctrines on resilience and job risks of students. **Journal of counseling and psychotherapy**. Year 7, issue 22. (in Persian).

- Onglchandran V, Peng R. Stress experienced by mothers of Malaysian children with mental retardation. **Intellect Disabil** 2005; 49:9: 657-666.

- Osborne LA, Reed P. Stress and self perceived parenting behaviors of parents of children with autistic spectrum conditions. **Res Autism Spect Dis** 2010;4:405–14.

- Pargament, K.I., & Cummings, J. (2010). Anchored by Faith: Religion as a Resilience Factor. In: Reich, J.W., Zautra. A. J., & Hall, J. S. **Handbook of adult resilience**. The Guilford Press, New York, London.

- Pictet, A., Coughtrey, A. E., Mathews, A., & Holmes, E. A. (2011). Fishing for happiness: The effects of generating positive imagery on mood and behaviour. **Behaviour Research and Therapy**, 49(1), 855-891.

- Perera HN, McIlveen P. (2014). The role of optimism and engagement coping in college adaptation: A career construction model. **Journal of Vocational Behavior**.; 84(3):395-404.

- Paster, A., Brand, W., & Joanne, W. (2009). A comparison of coping strategies used by parents of children with disabilities and parents of children without disabilities. **Research in Developmental Disabilities**, 30, 1337-1342.
- Rashid, T (2015). Positive Psychotherapy: A strength-based approach. **The Journal of Positive Psychology**, 10, 25-40.
- Ramezani, N., Dolatian, M., Shams, J., & Alavi, H. (2012). The relationship between self- esteem and sexual dysfunction and satisfaction in women. **Arak Medical University Journal**, 14(6), 57-65.
- Riahi F, Khajeddin N, Izadimazidi S, Eshrat T, Naghdinasab L. [The effect of supportive and cognitivebehavior group therapy on mental health and irrational believes of mothers of autistic children]. **Jundishapur Sci Med J** 2011;10:637-45.(Persian)
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). To be happy or to beself-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. In S. Fiske(Ed.), **Annual Review of Psychology**, 52, 141-166.
- Schieve, L. A., Blumberg, S. J., Rice, C., Visser,S. N., & Boyle, C. (2007). TheRelationship Between Autism and Parenting Stress.**Pediatrics**, 119, S114-S121. doi:10. 1542/ peds .2006-2089Q
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2014). **Positive Psychology: An introduction** (pp.279-298). Netherlands: Springer.
- Smith JM, Alloy LB.(2009) A roadmap to rumination a review of the definition assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. **J Clin Psychol Rev**2009;29:116-28.
- Soliymani.E., Habibi.Y.(2014).The relationship between emotional and emotional adjustment with psychological well-bing in students. **Journal of psychological studies**, volum3,number4.1393.
- Stewart, M. E., Watson, R., Clark, A., Ebmeier, K. P., & Deary, I. J. (2010). A hierarchy of happiness? Mokken scaling analysis of the Oxford Happiness Inventory. **Personality and Individual Differences**, 48(7), 845-848.
- Thornton, B., & Sanchez, J. E. (2010). Promoting resiliency among Native **American students to prevent dropouts**. *Education*, 131 (2), 455-464

-Salovita T, Ltalinna M, Leinonen E. Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability. **J Intellect Disabil Res** 2003;47: 103-120.

-Shu BC, Lung FW, Chang YY. The mental health in mothers with autistic children a care control study in southern Taiwan Kaohsiung. **J Med Sci** 2000;16:6:308-34.

- Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. **Journal of affective disorders**, 122(3), 213-217.

- Vasilevskaia, T. (2011). **Social problem solving as a moderator in the relationship between pregnancy specific stressors and depressive symptoms**. Dissertation for Doctor of Philosophy. DREXEL UNIVERSITY.

-Zautra, A. J., Hall, J.S., Murray, K. E. (2010). **Resilience: A new definition of health for people and communities**. In: Reich, J. W., Zautra, A. J., & Hall, J. S. Handbook of Adult Resilience. The Guilford Press, New York, London.

