

اثربخشی روان درمانی مثبت گرا بر تحمل پریشانی و تاب آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون-کنشی شاغل در بیمارستان های استان گیلان

سیده مائده جعفری چایچپانی^{۱*}، سید علی مجیدی^۲

چکیده

مقدمه: اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی یکی از اختلالات عصبی-رشدی شایع در بین کودکان و نوجوانان است. این اختلال در بین کودکان ۳ تا ۵ ساله نیز گزارش شده است هدف از انجام این پژوهش اثربخشی روان درمانی مثبت گرا بر تحمل پریشانی و تاب آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی شاغل در بیمارستان های استان گیلان بود.

روش پژوهش: روش این پژوهش نیمه آزمایشی (پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل) است. جامعه آماری این پژوهش کلیه ی مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی شاغل در بیمارستان های استان گیلان در سه ماهه ی سوم سال ۱۴۰۱ بود. نمونه آماری بر اساس طرح پژوهش و طبق نظر دلاور ۲ گروه ۱۵ نفری و در مجموع ۳۰ نفر در نظر گرفته شد، نمونه ی آماری با توجه به طرح پژوهشی (نیمه آزمایشی) بصورت در دسترس و از بین داوطلبان انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شد. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه های تحمل پریشانی سیمونز و گاهر و پرسشنامه مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون استفاده شد.

یافته ها: نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد روان درمانی مثبت گرا بر تحمل پریشانی و تاب آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی شاغل در بیمارستان های استان گیلان اثربخش است.

نتیجه گیری: پیشنهاد می شود کارگاه هایی با محتوای تکنیک های افزایش تحمل پریشانی و تاب آوری از سوی سازمان بهزیستی برنامه ریزی و برگزار شود. تا تمامی افراد علاقه مند و به ویژه مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی بتوانند در چنین کارگاه هایی شرکت نمایند.

واژگان کلیدی: اختلال نارسایی توجه، تاب آوری، تحمل پریشانی، روان درمانی مثبت گرا

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۵/۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۳/۳

استناد: جعفری چایچپانی سیده مائده، مجیدی سید علی. اثربخشی روان درمانی مثبت گرا بر تحمل پریشانی و تاب آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی شاغل در بیمارستان های استان گیلان، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۳؛ ۱۴(۴): ۲۳۷-۲۴۹

^۱ - (نویسنده مسئول)، کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی دانشگاه آزاد رشت، Maedeh.jafari397@gmail.com، تلفن: ۰۹۳۶۲۴۸۰۸۸۸

^۲ - دانشکده پرستاری و مامایی واحد رشت دانشگاه آزاد رشت amajidi@iaurasht.ac.ir کد ارکید: ۰۰۰۰۰۰۰۰۲۲۷۵۷۸۱۷۴

مقدمه:

حضور کودک با مشکلات و اختلال‌های رفتاری که یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین آن‌ها اختلال بیش‌فعالی است؛ در هر خانواده، ساختار آن خانواده را تحت تأثیر و سلامت روانی خانواده بخصوص والدین را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. در محیط خانواده که به‌واقع جامعه‌ای محدود است، کنش و واکنش‌های میان اعضا تأثیر بسزایی در افزایش یا کاهش مشکلات موجود دارد. تولد کودکی با مشکلات سازگاری در هر خانواده‌ای با نوعی تنش همراه است و در چنین موقعیتی اگرچه همه اعضای خانواده و کارکرد آن آسیب می‌بیند اما مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند دچار اختلال کم‌توجهی- فزون‌کنشی، والدین، بویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به آسیب روانی قرار می‌دهد. همان‌طور که واکنش‌های مادر قدرت اثرگذاری بسیاری بر کودک دارد، رفتارها و خلق و خوی کودک نیز می‌تواند بر سلامت روان مادران تأثیرگذار باشد (۱). از جمله این مسائل بر اساس پژوهش آیلی، نورهارلین، مانوین و سالوینا^۱ (۲) می‌توان به کاهش تحمل‌پریشانی اشاره کرد. تحمل‌پریشانی^۲، را به عنوان سازه‌ای نوظهور در روانشناسی می‌توان توانایی واقعی یا درک شده فرد در ایستادگی در برابر پریشانی‌های عاطفی و یا تحمل استرس‌ها بدون ایجاد وخیم‌تر شدن مسئله تعریف کرد (۳). تقریباً همه در مراحل مختلف زندگی خود حالت‌های عاطفی شدید را تجربه می‌کنند، اما برخی از افراد بطور منظم با احساسات بیش از حد یا غیرقابل کنترل با آن مبارزه می‌کنند. این ویژگی اغلب با ترس از تجربه احساسات منفی در ارتباط است (۴). تحمل‌پریشانی ممکن است بر ویژگی‌هایی همچون توجه، ارزیابی‌های شناختی وضعیت‌های هیجانی یا جسمانی استرس‌زا تحت تأثیر قرار بگیرد. با این حال، داشتن مهارت تحمل‌پریشانی به افراد کمک خواهد کرد تا با مشکلات مقابله کرده و در هنگام بحران‌ها زنده مانده و تحمل دردهای جسمی و عاطفی کوتاه مدت و بلند مدت را تسهیل می‌کند (۵). بنابراین، کودکان و نوجوانانی که مجبور هستند بیشتر اوقات روز را به تنهایی بگذرانند، معمولاً تحمل کمی برای پریشانی دارند و می‌توانند در سطوح نسبتاً خفیف استرس دچار مشکل شوند و ممکن است با رفتارهای منفی واکنش نشان دهند. خوشبختانه امروزه چندین راهکار درمانی وجود دارد که افراد می‌توانند به صورت خود به خود یا با کمک یک متخصص در یک محیط بالینی پیگیری کنند (۶).

بلیدو-گزالس و رابلس-اورتگا دیگر عامل مهم در مادران کودکان مبتلا به فزون‌کنشی را تاب‌آوری مطرح کرده‌اند. تاب‌آوری^۳، فرآیند سازگاری در مواجهه با سختی، تروما، تراژدی، تهدید یا منابع قابل توجه استرس از جمله مشکلات خانوادگی و روابط، مشکلات جدی سلامتی به شمار می‌رود (۷). تاب‌آوری یک واکنش اضطرابی است که افراد هنگام مواجه شدن با رویدادهای استرس‌زا به کار می‌گیرند. اما این یک ویژگی مادر زادی نیست و هر کسی می‌تواند تاب‌آوری را در خود تقویت کند (۸-۹). از ویژگی‌های افراد تاب‌آور، نگرش مثبت، خوش‌بینی، توانایی تنظیم احساسات و توانایی دیدن شکست برای دریافت بازخورد مثبت است. افراد تاب‌آور حتی پس از مشکلات، چنین دیدگاهی دارند که خوشبخت هستند و می‌توانند بازی را به نفع خود تمام کنند. داشتن چنین روحیه‌ای، منجر به تصمیم‌گیری‌های صحیح می‌شود و نشان دهنده آرامش روانی و ذهنی فرد است (۱۰). از آن جایی که تاب‌آوری می‌تواند یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر سلامت روان باشد، پژوهشگران براین عقیده‌اند که نقص در تاب‌آوری می‌تواند پیش‌بینی کننده اختلال‌های روانشناختی باشد و این موضوع یکی از زمینه‌های اساسی در مورد بررسی متخصصان روان درمانی برای تعیین سطح سلامت افراد در حیطه‌های مختلف روانشناختی و جسمانی است (۱۱).

^۱ Aili, Norharlina, Manveen & Salwina^۲ tolerate distress^۳ resilience

براساس بررسی های انجام شده یکی از مناسبترین مداخلات برای افزایش تحمل پریشانی و تاب‌آوری مادران، روان‌درمانی مثبت‌گرا است. روان‌درمانی مثبت‌گرا^۱، بر دور شدن از اشتباهات یا جنبه‌های منفی فردی و در مقابل حرکت به سمت جنبه‌های خوب و مثبت و حمایت از مددجویان در استفاده از منابع درونی خود برای غلبه بر چالش‌ها، درک و شناخت زمینه‌های رشد تمرکز دارد (۱۲). این روش مداخله، اغلب از طیف وسیعی از رویکردهای بین رشته‌ای روان‌درمانی، از جمله استفاده از داستان‌ها، ایده‌ها و استعاره‌های چندفرهنگی برای کمک به افراد در ایجاد دیدگاه جدید در مورد سلامت روان خود به روش‌های مثبت استفاده می‌کند. مداخله گرانی که از این روش استفاده می‌کنند، اغلب از فرد دعوت می‌کنند تا خود را در متن داستان‌ها قرار دهند، بنابراین آن‌ها در روند بهبودی خود به شیوه‌ای فعال مشارکت می‌کنند و به روند بهبود خود کمک می‌کنند. این رویکرد حوزه تمرکز روانشناسی بالینی را فراتر از علائم ناخوشایند یک اختلال و تسکین مستقیم علائم وسعت بخشید و هدف روان‌درمانی را چیزی بیش از بهبود ویژگی‌های منفی یک اختلال، یعنی افزایش بهزیستی و شادکامی افراد است (۱۲). سلیگمن (۱۳) بهزیستی را موضوع اصلی رویکرد روان‌درمانی مثبت دانسته و آن را به سه مولفه هیجان مثبت (زندگی لذت بخش)، مجذوبیت (زندگی جذاب) و معنا (زندگی با معنا) تقسیم کرده است و هریک از این مداخلات به گونه‌ای طراحی شده است که یک یا تعداد بیشتری از جنبه‌های بهزیستی را تحت تاثیر قرار دهند (۱۴).

در پژوهش‌های انجام شده توسط کوترا، گرین و شیفیلد^۲ (۱۵) تاثیر آموزش مداخله روانشناسی مثبت بر بهزیستی؛ اونوبل، سایار، اکشی، اکشی، آوساراولو، باریش، گونایدن^۳ و همکاران (۱۶) تاثیر درمان روانشناختی مثبت گرا بر و هوش هیجانی؛ هوپن و مورینا^۴ (۲۰۲۱) در تاثیر روان‌درمانی مثبت گرا بر افزایش ویژگی‌های مثبت و کاهش ویژگی‌های منفی را به تفکیک بررسی و تایید کردند. اما با توجه به بررسی پژوهشگران تا کنون در هیچ پژوهشی به بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر تحمل‌پریشانی و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی شاغل به طور همزمان نپرداخته است. براین اساس و با توجه به خلاء موجود پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا روان‌درمانی مثبت‌گرا بر تحمل‌پریشانی و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی شاغل در بیمارستان‌های استان گیلان موثر است؟

روش پژوهش:

روش این پژوهش نیمه آزمایشی (پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل) است. جامعه آماری این پژوهش کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی شاغل در بیمارستان‌های استان گیلان در سه ماهه سوم سال ۱۴۰۱ بود. تعداد افراد نمونه آماری بر اساس طرح پژوهش و طبق نظر دلاور^۲ گروه ۱۵ نفری و در مجموع ۳۰ نفر در نظر گرفته شد. نمونه آماری با توجه به طرح پژوهشی (نیمه‌آزمایشی) بصورت در دسترس و از بین داوطلبان انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شد. ابزار پژوهش:

تحمل پریشانی: پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن توسط هیجان‌های منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم چالش‌ها برای تسکین پریشانی)، است. عبارات این پرسشنامه بر مقیاس پنج درجه ای (۱. کاملاً موافق؛ ۲. اندکی موافق؛ ۳. نه موافق و نه مخالف؛ ۴. اندکی مخالف؛ ۵. کاملاً مخالف) نمره گذاری می‌شود و برای سؤال شش نمره گذاری به‌صورت معکوس است. در پژوهش سیمونز و گاهر ضرایب آلفا برای این مقیاس‌ها

^۱ positive psychological intervention

^۲ Kotera, Green & Sheffield

^۳ Üñübol, Sayar, Ekşi, Avşaroğlu, Barış & Günaydin

^۴ Hoppen & Morina

به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین نتایج روایی نشان داد این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. علوی در پایان نامه اش از این ابزار بهره گرفته است وی آن را بر روی ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد) اجرا کرده است و گزارش کرده است که کل مقیاس دارای پایایی همسانی درونی بالا ($\alpha = 0/71$) و خرده مقیاس‌ها دارای پایایی متوسطی (برای تحمل ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶، تنظیم ۰/۵۸) هستند.

تاب‌آوری: در این پژوهش برای سنجش تاب‌آوری افراد از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون استفاده شد. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد و در مقیاس لیکرت بین صفر (هرگز) و ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس اگرچه سطوح مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد، ولی یک نمره کل دارد. سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف (عادی و خطر) روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ) مقیاس را به دست آورده‌اند. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تأیید کرده است. این مقیاس در فرم فارسی در مطالعات قبلی از روایی و پایایی خوبی برخوردار بوده است و در پژوهش حق رنجبر، کاکاوند، برجعلی و برماس ضریب آلفای آن ۰/۸۴ گزارش شده است.

در این پژوهش مداخله روان‌درمانی مثبت‌گرا با استفاده از پروتکل استاندارد مداخله روان‌درمانی مثبت‌گرا سلیگمن، رشید و پارکس (۱۲) در ۱۴ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای اجرا شد. عنوان‌ها و محتواهای جلسات طراحی شده در جدول ۱ گزارش شده است:

جدول ۱: خلاصه پروتکل مداخله مثبت‌نگر گروهی

جلسات	عنوان‌ها	محتواها
اول	فقدان منابع مثبت، باعث تداوم مشکلات می‌شود	بحث درباره چارچوب درمان مثبت‌نگر، نقش درمانگر و مسئولی تهای مراجع، نقش غیبت یا فقدان هیجان‌های مثبت و توانمندی‌ها در تداوم مشکلات
دوم	تعیین توانمندی‌های خاص	بحث درباره شادکامی زناشویی، تاب‌آوری و رضایت از زندگی، شناسایی توانمندی‌های خاص و مثبت خود و بررسی موقعیت‌هایی که توانمندی‌ها به آنها کمک کرده است
سوم	پرورش توانمندی‌های خاص و هیجان‌های مثبت	بحث درباره رشد توانمندی‌های خاص و آماده شده مراجعان برای شکل دادن به رفتارهای خاص، عینی و قابل دستیابی برای پرورش توانمندی‌های خاص
چهارم	خاطرات خوب در برابر خاطرات بد	نقش خاطرات خوب و بد بر حسب نقش آن‌ها در حفظ مشکلات، تشویق مراجعان به بیان احساس‌های توأم با تلخی‌ها و اثرات تلخی‌ها بر سلامت و بهزیستی در زندگی
پنجم	بخشش	معرفی بخشش به عنوان ابزاری قدرتمند برای تبدیل مشکلات و تلخی‌های به احساس‌ها و هیجان‌های خنثی یا حتی به احساس‌ها و هیجان‌های مثبت
ششم	قردرانی	بحث درباره قردرانی به عنوان تشکر و برجسته‌سازی خاطرات با تأکید بر قردرانی

هفتم	بررسی میان دوره ای درمان	هیجان های مثبت، مرور اهداف مرتبط با توانمندی ها، بحث درباره فرایند و پیشرفت و بررسی بازخورد مراجعان درباره منافع درمانی	بررسی مباحث جلسات قبل، تشویق مراجعان به مشارکت در بحث ها، بیان اهمیت
هشتم	قناعت در برابر بیشینه سازی	بحث درباره قناعت (به اندازه کافی خوب) در برابر بیشینه سازی در بافت کار پر زحمت لذت بخش و تشویق به قناعت به واسطه تعهد در برابر بیشینه سازی	
نهم	خو شبینی و امید	یک برنامه بزرگ مضمحل می شود و یا زمانی که توسط دیگران پذیرفته نمی شوند و بررسی اینکه از چه راهکارهایی برای مقابله با آن ها استفاده کنند	تشویق مراجعان به تفکر درباره زمانی که در یک کار مهم شکست خوردند، زمانی که
دهم	عشق و دلبستگی	بحث درباره پاسخدهی فعال و سازنده و دعوت به شناسایی توانمندی های خاص و موثر سایر افراد بر آنان	
یازدهم	شجره نامه توانمندی ها	بررسی اهمیت شناسایی توانمندی های اعضای خانواده	
دوازدهم	حس ذائقه	معرفی حس ذائقه به عنوان آگاهی از لذت و ایجاد عمدی آن و نحوه محافظت از آن در برابر مشکلات و تهدیدها	
سیزدهم	موهبت زمان	بحث درباره استفاده از موهبت زمان صرف نظر از اوضاع مالی و تشریح نحوه استفاده از توانمندی های خاص برای در خدمت به همسر و دیگران بودن تا در خدمت خود بودن	
چهاردهم	زندگی کامل	تشریح زندگی کامل و ابعاد آن، مرور جلسات و بررسی منافع و ماندگاری روش مداخله	

در این پژوهش داده ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به طوری که در بخش توصیفی، فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار یافته ها نمایش داده شد و در سطح استنباطی، ابتدا جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن متغیرهای پژوهشی از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف^۱ استفاده گردید، سپس فرضیه های پژوهش با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری و تحلیل کواریانس تک متغیری در متن تحلیل کواریانس چندمتغیری و توسط نرم افزار SPSS ویرایش ۲۳ تحلیل شد.

یافته ها:

جدول ۱- محاسبه میانگین و انحراف معیار متغیر پریشانی تحمل و مؤلفه های آن

گروه آزمایش		گروه کنترل	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
متغیرها		موقعیت	

^۱ Kolmogorov-Smirnov Test

۱/۲۵	۷/۰۰	۱/۱۳	۷/۰۰	پیش آزمون	تحمل
۱/۲۶	۷/۲۰	۱/۲۹	۱۲/۶۶	پس آزمون	
۱/۲۳	۶/۶۶	۱/۴۰	۶/۸۶	پیش آزمون	جذب
۱/۲۴	۶/۸۶	۱/۱۸	۱۰/۶۰	پس آزمون	
۱/۰۱	۱۶/۲۰	۱/۱۹	۱۶/۰۰	پیش آزمون	ارزیابی
۰/۹۸	۱۶/۴۰	۱/۵۱	۲۰/۰۰	پس آزمون	
۱/۳۸	۶/۲۶	۱/۴۷	۶/۸۰	پیش آزمون	تنظیم
۱/۴۰	۶/۴۰	۱/۳۴	۱۰/۶۶	پس آزمون	
۲/۹۲	۳۶/۱۳	۲/۸۹	۳۶/۶۶	پیش آزمون	پریشانی تحمل
۳/۱۵	۳۶/۸۶	۲/۸۴	۵۳/۹۳	پس آزمون	

بر اساس نتایج جدول ۱ در متغیر پریشانی تحمل و مؤلفه های آن، میانگین گروه آزمایش از پیش آزمون تا پس آزمون بهبود یافته است. این بهبود صورت مثبت می باشد. بنابراین تفاوت دو گروه در مرحله پس آزمون به نفع گروه آزمایش است.

جدول ۲- محاسبه میانگین و انحراف معیار متغیر تاب آوری و مؤلفه های آن

گروه کنترل		گروه آزمایش		موقعیت	متغیرها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۱/۳۵	۱۳/۸۶	۱/۳۰	۱۳/۸۶	پیش آزمون	شایستگی / استحکام شخصی
۱/۳۰	۱۴/۰۰	۱/۴۷	۱۸/۲۰	پس آزمون	
۱/۳۵	۱۲/۱۳	۱/۳۰	۱۱/۸۶	پیش آزمون	اعتماد به غرایز شخصی، تحمل
۱/۷۵	۱۲/۳۳	۱/۳۳	۱۶/۰۶	پس آزمون	
۰/۹۴	۸/۲۰	۱/۱۴	۸/۲۰	پیش آزمون	عواطف منفی
۱/۱۱	۸/۳۳	۱/۳۰	۱۲/۸۶	پس آزمون	
پذیرش عواطف مثبت، عواطف امن					
۰/۹۸	۴/۶۰	۰/۹۱	۴/۶۰	پیش آزمون	مهاری
۰/۸۹	۴/۶۶	۱/۲۰	۷/۸۰	پس آزمون	
۰/۹۹	۲/۵۳	۰/۹۹	۲/۵۳	پیش آزمون	معنویت
۰/۷۲	۲/۶۶	۰/۸۲	۵/۶۰	پس آزمون	
۱/۵۸	۴۱/۳۳	۲/۶۳	۴۱/۰۶	پیش آزمون	تاب آوری
۱/۶۴	۴۲/۰۰	۲/۱۳	۶۰/۵۳	پس آزمون	

بر اساس نتایج جدول ۲ در متغیر تاب آوری و مؤلفه های آن، میانگین گروه آزمایش از پیش آزمون تا پس آزمون بهبود یافته است. این بهبود صورت مثبت می باشد. بنابراین تفاوت دو گروه در مرحله پس آزمون به نفع گروه آزمایش است.

جدول ۳- محاسبه آزمون کولموگروف- اسمیرنف متغیرهای پژوهش

متغیرها	آماره کولموگروف- اسمیرنف	سطح معناداری
تحمل پریشانی	۰/۰۹۵	۰/۲۰۰
تاب آوری	۰/۲۰۱	۰/۱۰۶

نتایج جدول ۳، که مربوط به بررسی نرمال بودن داده های پژوهش است نشان می دهد که آماره آزمون کولموگروف- اسمیرنف برای هر دو متغیر بزرگتر از ۰/۰۵ است. بنابراین می توان گفت که توزیع داده ها نرمال می باشد.

فرضیه اول: روان درمانی مثبت گرا بر تحمل پریشانی مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی اثربخش است.

جدول ۴- نتایج آزمون لوین در مورد رعایت مفروضه همگنی واریانس ها در متغیر تحمل پریشانی

متغیرها	F	df ₁	df ₂	سطح معنی داری
تحمل پریشانی	۲/۶۸۲	۱	۲۸	۰/۱۱۳

در جدول ۴ مفروضه همگنی واریانس ها محاسبه شده است. با توجه به عدم معنی داری آزمون لوین در متغیر تحمل پریشانی فرض همگنی واریانس در بین متغیر برقرار بوده و استفاده از آزمون های پارامتریک بلامانع می باشد.

جدول ۵. نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس برای متغیر تحمل پریشانی

آزمون	مقدار	درجه آزادی	درجه آزادی	سطح	ضریب
		فرضیه	خطا	معناداری	اتا
اثر پیلای	۰/۹۳۷	۷۲/۱۶۴	۴/۰۰	۲۰/۰۰	۰/۹۳۵
لامبدای ویلکز	۰/۰۶۵	۷۲/۱۶۴	۴/۰۰	۲۰/۰۰	۰/۹۳۵
اثر هتلینگ	۱۴/۴۳۳	۷۲/۱۶۴	۴/۰۰	۲۰/۰۰	۰/۹۳۵
بزرگ ترین ریشه روی	۱۴/۴۳۳	۷۲/۱۶۴	۴/۰۰	۲۰/۰۰	۰/۹۳۵

در جدول ۵ معناداری تحلیل کوواریانس برای متغیر تحمل پریشانی محاسبه شده است. همان طور که نتایج نشان داد که بین دو گروه در متغیر مورد مطالعه تفاوت معنی داری وجود دارد ($WilkS = ۰/۰۶۵$, $F = ۷۲/۱۶۴$, $P < ۰/۰۰۱$, $Eta = ۰/۹۳۵$). همچنین سطوح معناداری همه آزمون ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری را مجاز می شمارد. این نتایج نشان می دهند که دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی دار وجود دارد. مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می دهد که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه معنادار می باشد و میزان این تفاوت ۰/۹۳۵ است؛ یعنی ۹۳/۵ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه، ناشی از تأثیر متقابل متغیرها می باشد.

جدول ۶- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس اثربخشی روان درمانی مثبت گرا بر تحمل پریشانی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون	۶۱۸۳۴/۸۰۰	۱	۶۱۸۳۴/۸۰۰	۵۲/۴۰۵	۰/۰۰۱	۰/۹۹۶
گروه	۲۱۸۴/۵۳۳	۳	۲۱۸۴/۵۳۳	۲۴/۰۸۲	۰/۰۰۱	۰/۸۹۶
خطا	۲۵۲/۶۶۷	۵۶	۹/۰۲۴			

در جدول ۶ تحلیل کوواریانس اثربخشی روان درمانی مثبت گرا بر تحمل پریشانی محاسبه شده است. نتایج نشان می دهد با کنترل نمرات پیش آزمون، نمره تحمل پریشانی آزمودنی های دو گروه قبل از اجرای پژوهش تفاوت معنی داری نداشتند. با کنترل این رابطه غیرمعنادار و با توجه به ضریب F محاسبه شده، تفاوت میانگین نمره تحمل پریشانی دو گروه از لحاظ آماری معنی دار است ($0/001 < P$). به عبارت دیگر، آموزش روان درمانی مثبت گرا باعث افزایش تحمل پریشانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده است. مجذور اتا یا ضریب تأثیر حاکی از آن است که مداخله های مورد مطالعه باعث افزایش ۸۹/۶ درصدی نمره تحمل پریشانی آزمودنی های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. با توجه به نتیجه مذکور، فرضیه اول تأیید می شود.

فرضیه دوم: روان درمانی مثبت گرا بر تاب آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی اثربخش است.

جدول ۷- نتایج آزمون لوین در مورد رعایت مفروضه همگنی واریانس ها در متغیر تاب آوری

متغیرها	F	df ₁	df ₂	سطح معنی داری
تاب آوری	۳/۲۹۴	۱	۲۸	۰/۰۸۰

در جدول ۷ مفروضه همگنی واریانس ها محاسبه شده است. نشان می دهد با توجه به عدم معنی داری آزمون لوین در متغیر تاب آوری فرض همگنی واریانس در بین متغیر برقرار بوده و استفاده از آزمون های پارامتریک بلامانع می باشد.

جدول ۸. نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس برای متغیر تاب آوری

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	ضریب اتا
اثر پیلای	۰/۹۷۲	۱۳۳/۰۴۳	۵/۰۰	۱۹/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷۲
لامبدای ویلکز	۰/۰۲۸	۱۳۳/۰۴۳	۵/۰۰	۱۹/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷۲
اثر هتلینگ	۳۵/۰۱۱	۱۳۳/۰۴۳	۵/۰۰	۱۹/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷۲
بزرگ ترین ریشه روی	۳۵/۰۱۱	۱۳۳/۰۴۳	۵/۰۰	۱۹/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷۲

در جدول ۸ معناداری تحلیل کوواریانس برای متغیر تاب آوری محاسبه شده است. همان طور که نتایج نشان داد که بین دو گروه در متغیر مورد مطالعه تفاوت معنی داری وجود دارد ($WilkS = 0.028, F = 133/0.43, P < 0.001, Eta = 0.972$). همچنین سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهند که دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی دار وجود دارد. مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه معنادار می‌باشد و میزان این تفاوت ۰/۹۷۲ است؛ یعنی ۹۷/۲ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه، ناشی از تأثیر متقابل متغیرها می‌باشد.

جدول ۹- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس اثربخشی روان درمانی مثبت گرا بر تاب آوری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون	۳۹۷۵۵/۷۳۵	۱	۳۹۷۵۵/۷۳۵	۵/۱۴۶	۰/۰۴۹	۰/۱۲۱
گروه	۱۳۱۵/۸۰۷	۳	۲۵/۲۰۲	۷/۳۰۶	۰/۰۲۲	۰/۴۲۱
خطا	۱۳۸/۵۸۳	۵۶	۹/۰۲۴			

در جدول ۹ تحلیل کوواریانس اثربخشی روان درمانی مثبت گرا بر تاب آوری محاسبه شده است. نتایج نشان می‌دهد با کنترل نمرات پیش آزمون، نمره تاب آوری آزمودنی‌های دو گروه قبل از اجرای پژوهش تفاوت معنی داری نداشتند. با کنترل این رابطه غیرمعنادار و با توجه به ضریب F محاسبه شده، تفاوت میانگین نمره تاب آوری دو گروه از لحاظ آماری معنی دار است ($P < 0.001$). به عبارت دیگر، آموزش روان درمانی مثبت گرا باعث افزایش تاب آوری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده است. مجذور اتا یا ضریب تأثیر حاکی از آن است که مداخله های مورد مطالعه باعث افزایش ۴۲/۱ درصدی نمره تاب آوری آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. با توجه به نتیجه مذکور، فرضیه دوم تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه گیری:

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی روان درمانی مثبت گرا بر تحمل پریشانی و تاب آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی شاغل در بیمارستان‌های استان گیلان انجام شد. در فرضیه اول نتایج نشان داد روان درمانی مثبت گرا بر تحمل پریشانی مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی اثربخش بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های سوادکوهی (۱۷) و چادهازی همسو است. در همین رابطه راسل و همکاران (۳) معتقدند تحمل پریشانی، را به عنوان سازه‌ای نوظهور در روانشناسی می‌توان توانایی واقعی یا درک شده فرد در ایستادگی در برابر پریشانی‌های عاطفی و یا تحمل استرس‌ها بدون ایجاد وخیم‌تر شدن مسئله تعریف کرد. تقریباً همه در مراحل مختلف زندگی خود حالت‌های عاطفی شدید را تجربه می‌کنند، اما برخی از افراد بطور منظم با احساسات بیش از حد یا غیرقابل کنترل با آن مبارزه می‌کنند. این ویژگی اغلب با ترس از تجربه احساسات منفی در ارتباط است. همچنین از نظر مکاتی و همکاران (۷) تحمل پریشانی ممکن است بر ویژگی‌هایی همچون توجه، ارزیابی‌های شناختی وضعیت‌های هیجانی یا جسمانی استرس‌زا تحت تأثیر قرار بگیرد. با این حال، داشتن مهارت تحمل پریشانی به افراد کمک خواهد کرد تا با مشکلات مقابله کرده و در هنگام بحران‌ها زنده مانده و تحمل دردهای جسمی و عاطفی کوتاه مدت و بلند مدت را تسهیل می‌کند. بنابراین، کودکان و نوجوانانی که مجبور هستند بیشتر اوقات روز را به تنهایی بگذرانند، معمولاً تحمل کمی برای پریشانی دارند و می‌توانند در سطوح نسبتاً خفیف استرس دچار مشکل

شوند و ممکن است با رفتارهای منفی واکنش نشان دهند. خوشبختانه امروزه چندین راهکار درمانی وجود دارد که افراد می‌توانند به صورت خود به خود یا با کمک یک متخصص در یک محیط بالینی پیگیری کنند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت بر اساس بررسی‌های انجام شده یکی از مناسبترین مداخلات برای افزایش تحمل‌پیشانی، روان‌درمانی مثبت‌گرا است. روان‌درمانی مثبت‌گرا، بر دور شدن از اشتباهات یا جنبه‌های منفی فردی و در مقابل حرکت به سمت جنبه‌های خوب و مثبت و حمایت از مددجویان در استفاده از منابع درونی خود برای غلبه بر چالش‌ها، درک و شناخت زمینه‌های رشد تمرکز دارد. این روش مداخله، اغلب از طیف وسیعی از رویکردهای بین رشته‌ای روان‌درمانی، از جمله استفاده از داستان‌ها، ایده‌ها و استعاره‌های چندفرهنگی برای کمک به افراد در ایجاد دیدگاه جدید در مورد سلامت روان خود به روش‌های مثبت استفاده می‌کند. مداخله گرانی که از این روش استفاده می‌کنند، اغلب از فرد دعوت می‌کنند تا خود را در متن داستان‌ها قرار دهند، بنابراین آن‌ها در روند بهبودی خود به شیوه‌ای فعال مشارکت می‌کنند و به روند بهبود خود کمک می‌کنند. این رویکرد حوزه تمرکز روانشناسی بالینی را فراتر از علائم ناخوشایند یک اختلال و تسکین مستقیم علائم وسعت بخشید و هدف روان‌درمانی را چیزی بیش از بهبود ویژگی‌های منفی یک اختلال، یعنی افزایش بهزیستی و شادکامی افراد است.

در فرضیه دوم نتایج نشان داد روان‌درمانی مثبت‌گرا بر تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی اثربخش بود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های کیائی و محمدی (۱۸)، ترکاشوند و همکاران (۱۹)، رضازاده مقدم و همکاران (۲۰) و مک‌فارلین (۲۱) همسو است. در همین رابطه بلیدو-گنزالس و رابلس-اورتگا یکی از عوامل مهم در مادران کودکان مبتلا به فزون‌کنشی را تاب‌آوری مطرح کرده‌اند. تاب‌آوری، فرآیند سازگاری در مواجهه با سختی، تروما، تراژدی، تهدید یا منابع قابل توجه استرس از جمله مشکلات خانوادگی و روابط، مشکلات جدی سلامتی به شمار می‌رود. تاب‌آوری یک واکنش اضطرابی است که افراد هنگام مواجه شدن با رویدادهای استرس‌زا به کار می‌گیرند. اما این یک ویژگی مادر زادی نیست و هر کسی می‌تواند تاب‌آوری را در خود تقویت کند. از سوی دیگر استارت و همکاران (۱۰) بر این باور هستند که از ویژگی‌های افراد تاب‌آور، نگرش مثبت، خوش‌بینی، توانایی تنظیم احساسات و توانایی دیدن شکست برای دریافت بازخورد مثبت است. افراد تاب‌آور حتی پس از مشکلات، چنین دیدگاهی دارند که خوشبخت هستند و می‌توانند بازی را به نفع خود تمام کنند. داشتن چنین روحیه‌ای، منجر به تصمیم‌گیری‌های صحیح می‌شود و نشان دهنده آرامش روانی و ذهنی فرد است. از آن جایی که تاب‌آوری می‌تواند یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر سلامت روان باشد، پژوهشگران بر این عقیده‌اند که نقص در تاب‌آوری می‌تواند پیش‌بینی‌کننده اختلال‌های روانشناختی باشد و این موضوع یکی از زمینه‌های اساسی در مورد بررسی متخصصان روان‌درمانی برای تعیین سطح سلامت افراد در حیطه‌های مختلف روانشناختی و جسمانی است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت تاب‌آوری به فرآیند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود. همچنین آن را به معنای مهارت‌ها، خصوصیات و توانمندی‌هایی تعریف می‌کنند که فرد را قادر می‌سازد با سختی‌ها، دشواری‌ها و چالش‌ها سازگار شود. تاب‌آوری نقطه مقابل آسیب‌پذیری به‌شمار می‌آید و تاحدی ویژگی شخصیتی و متأثر از عوامل محیطی است. از این‌رو می‌توان از طریق آموزش، آن را ارتقاء داد و به افراد کمک کرد تا با رویدادها و واقعیت‌های ناخوشایند زندگی به‌گون‌های مثبت و کارآمد رویارو شوند. با یک جمع‌بندی کلی می‌توان تاب‌آوری را شامل حفظ آرامش زیر فشار، انعطاف‌پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش‌بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواری‌ها و خلاص شدن از موانع درونی دانست. افراد تاب‌آور درجه‌هایی از سلامتی و استقلال را نشان می‌دهند. آن‌ها قادرند که خود فکر کنند و آن را عملی سازند و وقتی از محیط خود انتقاد دارند، قادر هستند که نظرات را به دیگران انتقال دهند. آن‌ها احساسات خوبی نسبت به اطرافیان دارند و توانایی‌هایشان را برای تغییر دادن محیط باور دارند. تاب‌آوری، بازگشت به تعادل اولیه رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در شرایط تهدید کننده) است و از این‌رو سازگاری موفق در زندگی را فراهم می‌کند.

سازگاری مثبت با زندگی، هم می‌تواند پیامد تاب‌آوری به‌شمار رود و هم به‌عنوان پیشاینده، سطح بالاتری از تاب‌آوری را سبب شود. این مسئله ناشی از پیچیدگی تعریف و نگاه فرآیندی به تاب‌آوری است.

ملاحظات اخلاقی: پس از تأییدیه‌های لازم و اخذ مجوز از طرف دانشگاه، جهت تکمیل پرسشنامه‌ها به کلیه افراد شرکت‌کننده در مطالعه اهداف و نحوه کار توضیح داده شد و رضایت آن‌ها را جلب نموده و به آن‌ها اطمینان داده شد که در صورت تمایل نتایج پژوهش در اختیار آنان قرار خواهد گرفت. همچنین به افراد اطمینان داده شد که برای شرکت یا عدم شرکت در پژوهش آزاد هستند و در صورت عدم شرکت و همکاری، روند درمان یا مراقبت‌های ایشان تحت اثربخشی قرار نخواهد گرفت و به‌صورت معمول پی‌گیری خواهد شد. به افراد اطمینان داده شد که در هر مرحله از پژوهش می‌توانند تصمیم به خروج از پژوهش بگیرند و این امر تبعات سوئی برای ایشان نخواهد داشت.

محدودیت پژوهش: این مطالعه در سطح و اندازه خود به نتایج قابل اعتنا پی دست یافته اما پژوهشگر مدعی کنترل تمامی جوانب از جمله کنترل متغیرهای مزاحم و مداخله‌گر نمی‌باشد و شاید در کنترل این عوامل دقت بسیار زیادی صورت نگرفته باشد. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌توان به عدم اجرای مرحله پیگیری اشاره نمود. این موضوع باعث شد که از میزان ماندگاری نتایج اطلاعی در دست نداشته باشیم.

تضاد منافع: بدینوسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد.

تقدیر و تشکر: نویسندگان مقاله از تمام مشارکت‌کنندگان در پژوهش، تقدیر و تشکر به عمل می‌آورند.

References

1. Zoghipaydar M R, ghaseni M, Bayat A, Sanayee Kamal S. Comparing the Mental Health in Mothers of Children with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). J Except Educ 2015; 8 (136) :5-14. <http://exceptionaleducation.ir/article-1-422-fa.html>
2. Aili HH, Norharlina B, Manveen KS, Wan Salwina WI. Family Difficulties in Children with ADHD, the Role of Integrated Psychopharmacology Psychotherapy Treatment [Internet]. ADHD - New Directions in Diagnosis and Treatment. InTech; 2015. Available from: <http://dx.doi.org/10.5772/61416>
3. Russell BS, Lincoln CR, Starkweather AR. Distress Tolerance Intervention for Improving Self-Management of Chronic Conditions: A Systematic Review. Journal of Holistic Nursing. 2019;37(1):74-86. doi:[10.1177/0898010118777327](https://doi.org/10.1177/0898010118777327)
4. Grisham JR, Roberts L, Cerea S, Iseman S, Svehla J, Norberg MM. The role of distress tolerance, anxiety sensitivity, and intolerance of uncertainty in predicting hoarding symptoms in a clinical sample. Psychiatry Res. 2018 Sep; 267: 94-101. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.084>
6. Hancock L., Bryant R. Posttraumatic stress, uncontrollability, and emotional distress tolerance. Depression and anxiety, 2018; 35 (11): 1040-1047. <https://doi.org/10.1002/da.22783>

7. Macatee RJ, Albanese BJ, Crane NA, Okey SA, Cogle JR, Schmidt NB. Distress intolerance moderation of neurophysiological markers of response inhibition after induced stress: Relations with cannabis use disorder. *Psychol Addict Behav.* 2018 Dec; 32(8): 944-955. <https://doi.org/10.1037%2Fadb0000418>
8. Gardner D.G. The importance of being resilient: Psychological well-being, job autonomy, and self-esteem of organization managers. *Personality and Individual Differences*, 2020; 155 (1): 109-73. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109731>
9. Alvarado A., Spataru A., Woodbury C. Resilience & Emotional Intelligence between First Generation College Students and Non-First Generation College Students. *FOCUS on Colleges, Universities & Schools*, 2017; 11: 1-10. <https://scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3093301>
10. Stark AM, White AE, Rotter NS, Basu A. Shifting from survival to supporting resilience in children and families in the COVID-19 pandemic: Lessons for informing U.S. mental health priorities. *Psychol Trauma.* 2020 Aug;12(S1):S133-S135. <https://doi.org/10.1037/tra0000781>
11. Rieger E, Van Buren DJ, Bishop M, Tanofsky-Kraff M, Welch R, Wilfley DE. An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): causal pathways and treatment implications. *Clin Psychol Rev.* 2010 Jun;30(4):400-10. 12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.02.001>
12. Rashid T., Seligman M.E.P. Positive psychotherapy – clinical manual. New York, NY: Oxford University Press; 2013 https://doi.org/10.1007/978-3-030-13921-6_15
13. Seligman, M. E. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of positive psychology*, 2002; 2: 3-12. <http://dx.doi.org/10.1093/oso/9780195135336.003.0001>
14. Chaves C., Lopez-Gomez I., Hervas G., Vazquez C. A Comparative Study on the Efficacy of a Positive Psychology Intervention and a Cognitive Behavioral Therapy for Clinical Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 2017; 41: 417-433. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10608-016-9778-9>
15. Kotera Y, Green P, Sheffield D. Positive Psychology for Mental Wellbeing of UK Therapeutic Students: Relationships with Engagement, Motivation, Resilience and Self-Compassion. *Int J Ment Health Addict.* 2022;20(3):1611-162. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00466-y>
16. Ünübol H., Sayar G., Ekşi K., Avşaroğlu Z., Barış B., Günaydın Ş., Dolu F., Yıldız E., Tarhan K. Positive Psychology Course and Its effect on Well-Being, Social, and Emotional intelligence. *The Journal of Neurobehavioral Sciences*, 2018; 5 (3): 156- 164. <http://dx.doi.org/10.5455/JNBS.1538465211>
17. Swadekoghi Gudjanaki M. Investigating positive psychotherapy on distress tolerance of depressed students. *The third humanities conference (new developments in the field of science and metascience)*, 2019.

18. Kiai M. and Mohammadi Z. The effectiveness of positive psychology on the resilience of mothers of exceptional children. The 5th National Conference on Positive Psychology Updates, Bandar Abbas; 2018.
19. Turkashund M., Hajlu N. and Narimani M. The effectiveness of positive psychology on emotional regulation and resilience of mothers with autistic children. Master's thesis in psychology, education of exceptional children, Mohaghegh Ardabili University, Faculty of Educational Sciences and Psychology, 2018.
20. Reza Zadeh S, Khodabakhshi-Koolae A, Hamidy Pour R, Sanagoo A. Effectiveness of Positive Psychology on Hope and Resilience in Mothers with Mentally Retarded Children. IJPN 2018; 6 (3): 32-38. <http://ijpn.ir/article-1-1112-fa.html>
21. Macfarlane J. Positive psychology: resilience and its role within mental health nursing. British Journal of Mental Health Nursing, 2021;10 (5): 1-14. <https://doi.org/10.12968/bjmh.2020.0049>