مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی ، شماره ۱۵ ، بهار ۱۳۹۸جلد۲، ص ۸۹-۸۱
http://www.jisc.ir

مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی (سال پنجم)
شماره ۱۵ / بهار ۱۳۹۸ / ص ۸۹-۸۱

اثربخشی آموزش روانشناسی مثبت نگر بر سبک دلبستگی مادران دارای کودک مبتلا به بیش فعالی-نقص توجه شهرستان مبارکه

زهرا موحدی[۱]، احمد غضنفری آنه[۲]، محمد قاسمی [۳]

[۱] کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، ایران.

[۲] دکتری روانشناسی عمومی، دانشیار، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، ایران.

[۳] دکتری روانشناسی تربیتی، استادیار روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، ایران.

نویسنده مسئول :

زهرا موحدی

چکیده:

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش روانشناسی مثبت نگر بر سبک دلبستگی مادران دارای کودک مبتلا به بیش فعالی-نقص توجه در شهرستان مبارکه بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود و جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی شهرستان مبارکه در سال ۹۶-۹۵ بودند، تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه گیری تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس داده‌ها با پرسشنامه سبک دلبستگی هازان و شاور (۱۹۸۷) گردآوری شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از روش تحلیل واریانس استفاده شد. یافته های پژوهش حاکی از آن بود که بین دلبستگی ایمن و دلبستگی ناایمن اجتنابی گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد (P<۰/۰۵) و بین دلبستگی دوسوگرا در گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی دار وجود ندارد (P>۰/۰۵). بنابراین استفاده از روانشناسی مثبت نگر در برنامه های آموزشی کمک به مادران دارای کودک مبتلا به اختلالات رفتاری مختلف، توصیه می گردد.

واژگان کلیدی: اختلال بیش فعالی-نقص توجه، سبک دلبستگی، روانشناسی مثبت نگر.

مقدمه

سلامتی و بیماری کودکان در سلامتی و بیماری خانواده، جامعه فردا و نسل های آینده اثرگذار است [1]. اکثر کودکان در جریان بزرگ شدن مشکلات هیجانی و رفتاری خاصی پیدا می کنند که معلول فشارهای رشد و انطباق با انتظارات خانواده و اجتماع است. اما علی رغم فشارهایی که برای کنار آمدن با این جنبه ها و رویدادها به کودک وارد می آید، مطالعات همه گیرشناسی نشان می دهند حدوداً فقط ۲۰ درصد کودکان، مشکل رفتاری و هیجانی شدیدی دارند که در زندگی روزمره ی آنان اخلال ایجاد می کند [2]. از جمله اختلال های رفتاری در کودکان، اختلال نقص توجه/ بیش فعالی[1] است که اشاره به افرادی دارد که سطحی از بی توجهی، بیش فعالی یا تکانشگری را نشان می دهند و مشکلاتی در خانه، مدرسه یا در بعضی از موقعیت های اجتماعی دارند [3].

کودکان مبتلا به این اختلال قادر به انجام دستورالعمل ها نبوده و نیازمند توجه بیشتری از جانب معلمین هستند. در خانه، خواسته های والدین خود را به طور کامل انجام نمی دهند. این کودکان بی ثباتی هیجانی نشان می دهند، و تحریک پذیر و انفجاری هستند. مسائل تحصیلی، هم از نظر یادگیری و هم رفتاری، شایع هستند. این مسائل گاهی از اختلالات خاص یادگیری یا زبان که مربوط به رشد هستند، یا از حواس پرتی و توجه نوسان دار کودک که موجب کندی کسب، ذخیره سازی و ابراز معلومات می گردد، ناشی می شوند [4].

شیوع اختلال کمبود توجه همراه با بیش فعالی در ایران بالا می باشد. در بررسی اخوان کرباسی، گلستان، فلاح و صدربافقی (۱۳۸۶) فراوانی کلی اختلال نقص توجه- بیش فعالی، ۱۶/۳ درصد بود که میزان آن در پسران (۱۹/۵ درصد) بیش از دختران (۱۳ درصد) بود. در پژوهش علیشاهی، ده بزرگی و دهقان (۱۳۸۲) شیوع کلی اختلال نقص توجه و بیش فعالی ۵/۸ درصد برآورد شد که شامل ۱/۱ درصد زیرگروه نقص توجه، ۰/۴۵ درصد زیرگروه بیش فعال/ تکانشگر و ۴/۲ درصد زیرگروه مرکب بود [5]. در مطالعه دیگری که شهیم، مهرانگیز و یوسفی (۱۳۸۶) انجام دادند، نتایج نشان داد که ۵ تا ۸/۵ درصد کودکان دارای یکی از اختلالات نقص توجه، بیش فعالی و تکانشگری و یا نوع ترکیبی هستند. همچنین یافته های این پژوهش نشان داد که در گروه های سنی مختلف ۷ تا ۱۱ ساله فراوانی شیوع اختلال بیش فعالی و تکانشگری کاهش داشته است اما بروز اختلال نقص توجه با افزایش سن افزایش داشت و نوع ترکیبی اختلال در گروه های سنی مختلف، کاهش یافته است. شیوع دو نوع اختلال نقص توجه و بیش فعالی در دختران و پسران تفاوت معنی دار نداشت، اما در اختلال ترکیبی این تفاوت معنی دار بود [6]. بر اساس DSM-5، زمینه یابی های جمعیتی حکایت دارند که اختلال نقص توجه- بیش فعالی در اغلب فرهنگ ها تقریبا در ۵ درصد کودکان و ۲/۵ درصد بزرگسالان روی می دهد [7].

عوامل زیادی وجود دارند که می توانند در روند طبیعی رشد روانی کودکان مداخله کنند و مشکلات همراه با اختلال نقص توجه-بیش فعالی می تواند تاثیرات نامطلوبی بر روابط این کودکان با خانواده ایجاد کرده و رشد روانی انها را مختل کند. خانواده نخستین و بادوام ترین عاملی است که اگر نه در تمام جوامع، حداقل در اکثر آن ها به عنوان سازنده و زیربنای شخصیت و رفتارهای بعدی کودک شناخته شده و حتی به عقیده ی بسیاری از روان شناسان، باید ریشه ی بسیاری از اختلالات رفتاری و بیماری های روانی را در پرورش اولیه ی خانواده جستجو کرد. از میان اعضای خانواده، مادر اولین کسی است که نوزاد با او رابطه برقرار می کند، لذا مهم ترین نقش را در پرورش ویژگی های روانی و عاطفی کودک به عهده دارد و کانون سلامتی یا بیماری محسوب می شود [8].

نوع روابطی که میان اعضای هر خانواده به خصوص مادر و کودک حاکم است فضایی ایجاد می‌کند که در آن عواطف، احساسات، افکار و در کل حالات روحی مختلف زاده می‌شوند [9]. در کل بسیاری از اشکال اختلالات روانی حاصل محرومیت کودک از مراقبت مادرانه و یا عدم ثبات رابطه‌ی کودک با چهره‌ی دلبستگی است [10]. دلبستگی نوعی ارتباط و پیوستگی عاطفی است که فرد به شخص خاصی که در زمان های پریشانی در دسترس است برقرار می کند و تمایل پایدار و عاطفی در فرد، برای بودن در جوار شخص مورد دلبستگی ایجاد می کند [11]. شیوه های تنظیم عواطف و برقراری ارتباط با دیگران متفاوت است. نظریه دلبستگی این تفاوت های فردی را در کودکان و بزرگسالان تبیین می کند. بالبی مدعی شد که پاسخگویی والدین به نشانه های رفتار دلبستگی کودک و در دسترس بودن آن ها در موقعیت های استرس زا پایگاهی امن برای کودک فراهم می کند که بر اساس آن انتظارات وی از محیط سازماندهی می شود [12].

1- Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

سبک های دلبستگی، تعیین کننده قواعد عاطفی، شناختی و راهبردهایی هستند که واکنش های هیجانی را در افراد و روابط بین شخصی هدایت می کنند. افراد ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای نظم دهی و پردازش اطلاعات هیجانی راهبردهای متفاوتی را به کار می برند. افراد دارای سبک دلبستگی ایمن برای نظم دهی به هیجانها از راهبردهایی سود می جویند که تنیدگی را به حداقل می رسانند و هیجانهای مثبت را فعال می سازند [13].

بنابراین تاکید روی ابعاد مثبت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به این اختلال می تواند در کاهش بسیاری از مشکلات روانی و اجتماعی هم کودک و هم خانواده نیز کمک کند. روش مثبت نگری به افرادی که دچار ناکارآمدی در روابط پایه ای خود مانند سبک های دلبستگی خود هستند کمک می کند از طریق تلاش برای ایجاد آفرینندگی، تغییر نگرش و جهان بینی و خلق ارزش های تازه، ارزش های فعلی خود را تغییر داده و ارزش های متناسب با موقعیت خود ایجاد کنند. روانشناسی مثبت، که اساساً به مطالعه توانمندی های انسان می پردازد، به شناسایی عوامل افزایش دهنده سلامت روانی توجه دارد. برخی از توانمندی های انسان که به منش و سرشت او مربوط می شود جنبه روانی داشته و به افراد کمک می کند تا حوادث بالقوه تهدید کننده را کمتر این گونه تصور کنند و یا واکنش های خود را نسبت به این گونه حوادث کنترل کنند [14].

سلیگمن (۲۰۰۲) شادکامی را موضوع اصلی روان شناسی مثبت دانست و آن را به سه مؤلفه هیجان مثبت، مجذوب شدن و معنی یا هدفمندی که از نظر علمی بهتر قابل تعریف هستند، تقسیم کرد [15]. در واقع روانشناسی مثبت به عنوان علم شاد زیستن تعریف شده است. مدل پزشکی به ترمیم آسیب ها بسنده می کند اما بحث روانشناسی مثبت این است که روانشناسی نباید به تقلید از این مدل پزشکی بپردازد. روانشناسی نباید به این بسنده کند که انسان منهای یک را تنها به صفر برساند، بلکه برای حرکت انسان از صفر به بالا نیز باید برنامه داشته باشد. رسالت علم روانشناسی تنها کاهش عواطف منفی نیست، بلکه افزایش عواطف مثبت است. برای این که انسان بتواند از صفر به بالا حرکت کند، باید علم شاد زیستن را بیاموزد، اگرچه ممکن است موانعی مانند زمینه های ارثی و شخصیتی نیز در این مسیر وجود داشته باشند [16].

بنابراین آموزش فنون و مهارت های مثبت نگری به افراد، به منظور تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود، دیگران و دنیا انجام می گیرد تا افراد خود را بهتر شناخته و تجربه های مثبت خود را بازشناسند و نقش این تجارب مثبت را در افزایش و ارتقای احترام به خود بشناسند. توجه به نقاط مثبت خود، زندگی مشترک و تجارب خوب گذشته، احتمال بروز برداشت های مثبت تر از خویش و دیگران را افزایش می دهد و همین امر سبب می شود که افراد قادر به پذیرش مسئولیت بیشتر در قبال ارزش خود شوند و به درک کامل تری از خویش نائل آیند که برایند آن تصحیح نگرش نسبت به خود و دیگران و چارچوب دهی مجدد نگاه افراد به واقعیت های زندگی می باشد و همین امر باعث افزایش کیفیت روابط و بالا رفتن سلامت روان در افراد می گردد.

در کل در زمینه درمان ها و آموزش های مختلف بر انواع مشکلات کودک مبتلا به بیش فعالی-نقص توجه و خانواده آنها تحقیقات متعددی انجام شده است که از جمله تحقیقات چند سال اخیر آن می توان به پژوهش های کجباف و همکاران (۱۳۹۵)، کمالی و همکاران (۱۳۹۵)، چراغ سحر (۱۳۹۴)، خدابخشی کولایی و همکاران (۱۳۹۴)، اکبری و رحمتی (۱۳۹۴)، محب، امیری و بهروش(۱۳۹۲)، بوجاری (۱۳۹۱)، یعقوبی، علیزاده و مرادی (۱۳۸۹)، بودنمان، سینا، لدرمن و ساندرز[1] (۲۰۱۳) و جته کوتا (۲۰۰۸) اشاره کرد [17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25]. همچنین در مورد اثربخشی درمان روانشناسی مثبت نگر بر متغیرهای مختلف تحقیقات مختلفی انجام شده که برخی از آنها عبارتند از پژوهش های خدابخشی کولایی و همکاران (۱۳۹۴)، چراغ سحر (۱۳۹۴)، اسماعیل پور مقدم و همکاران (۱۳۹۴)، رستمی و همکاران (۱۳۹۲)، شاهنگیان (۱۳۹۲)، بلقان آبادی و همکاران (۱۳۹۱)، عبادی و فقیهی (۱۳۸۹)، کابورال، ایواگلیستا و ویتسل[2] (۲۰۱۴)، بویلر، هاورمن، وسترهوف، ریپر، اسمیت و بوهلمیجر[3] (۲۰۱۳)، بودنمان و همکاران (۲۰۱۳) و پیکت و همکاران (۲۰۱۱) [26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33 ,34]. ولی با توجه به بررسی مطالعات و تحقیقات انجام شده مشاهده می شود تاثیر آموزش روانشناسی مثبت نگر بر سبک دلبستگی مادران دارای کودک مبتلا به بیش فعالی-نقص توجه مورد بررسی قرار نگرفته است و معمولاً به صورت یک نمای

1- Bodenmann, Cina, Ledermann, Sanders
2- Caboral, Evagelista, Whetsell
3- Bolier, Haverman, Westerhof, Riper, Smit & Bohlmeijer

کلی است که خلاء های تئوریکی و پژوهشی در این زمینه دیده می شود زیرا تحقیقات انجام شده در این زمینه در مراحل ابتدایی است. روان شناسان پیرو روان شناسی مثبت نگر مدعی اند که فنون مورد نظر آنان نه تنها از سطح مشکلات روحی افراد و جوامع می کاهد، بلکه راه و روش درست زندگی کردن و در نتیجه رضایتمندی از زندگی را نیز به افراد آموزش می دهد. به همین اعتبار آگاهی از میزان کاربردپذیری و سودمندی مداخلات مورد نظر و استفاده از آنها در افزایش توانمندی های فرد و کاهش مشکلات روحی نکته ای بسیار حائز اهمیت است، چه استفاده از این مداخلات می تواند در نهایت در خدمت مردم باشد و سعادت آنان را به همراه آورد. بنابراین به دلیل اینکه داشتن فرزند مبتلا به بیش فعالی-نقص توجه می تواند باعث اختلال در کیفیت روابط و سبک دلبستگی و کاهش اعتماد بنفس در مادران آنها گردد و این احساسات ممکن است منجر به افزایش مشکلات روحی و کاهش سلامت روانی شود، پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سوال است که آیا آموزش روانشناسی مثبت نگر بر سبک دلبستگی مادران دارای کودک مبتلا به بیش فعالی-نقص توجه در شهرستان مبارکه تاثیرگذار است؟

روش شناسی

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل به شیوه نمونه گیری تصادفی می باشد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی شهرستان مبارکه در سال ۹۶-۹۵ تشکیل دادند. بنابراین برای تعیین نمونه، ابتدا از بین مدارس ابتدایی شهرستان مبارکه سه مدرسه دخترانه و سه مدرسه پسرانه به صورت تصادفی انتخاب شدند و پس از هماهنگی با مسئولین این مدارس، فرم والدین پرسشنامه بیش فعالی-نقص توجه واندربیلت برای غربالگری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی-نقص توجه از این مدارس در بین مادران دانش آموزان توزیع گردید. سپس تعداد ۳۰ نفر از دانش آموزانی که توسط والدین مبتلا به بیش فعالی-نقص توجه تشخیص داده شدند به صورت تصادفی انتخاب و از مادران آنها برای همکاری با پژوهشگر درخواست گردید. سپس این مادران به صورت تصادفی در گروه های آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک های ورود مادران در پژوهش حاضرعبارت بود از: داشتن کودک مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی بر اساس پرسشنامه بیش فعالی-نقص توجه واندربیلت و با توجه به ملاک های DSM-5، داشتن سواد خواندن و نوشتن، رضایتمندی از شرکت در پژوهش. همچنین ملاک های خروج این دانش آموزان از تحقیق عبارت بود از: غیبت بیش از دو جلسه و انجام ندادن تکالیف هفتگی. پس از تکمیل پرسشنامه توسط هر دو گروه، مادران شرکت کننده در گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه تحت آموزش روانشناسی مثبت نگر قرار گرفتند و برای گروه کنترل در این مدت هیچ آموزشی انجام نگرفت. در نهایت پس آزمون پرسشنامه ها اجرا گردید و اطلاعات برای تجزیه و تحلیل جمع آوری شد. در پژوهش حاضر پروتکل درمانی بر اساس الگوی درمانی سلیگمن و رشید (۲۰۰۸، به نقل از مگیار موئه، ۱۳۹۳) استفاده شد. همچنین در این پژوهش از مقیاس تشخیص بیش فعالی واندربیلت- فرم والدین و پرسشنامه سبک دلبستگی (AAS) استفاده شد:

- مقیاس تشخیص بیش فعالی واندربیلت- فرم والدین: این مقیاس در سال ۲۰۰۳ به وسیله مارک. ال والریچ و همکاران و حمایت سازمان ملی سلامت ذهنی و روانی به منظور ارزیابی و تشخیص بیش فعالی و نقص توجه بر اساس علائم DSM-IV ساخته شده است. این مقیاس دارای ۴۵ ماده اصلی و چهار زیر مقیاس می باشد. دو زیر مقیاس اولیه به اندازه گیری نقص توجه- بیش فعالی می پردازند که عبارتند از: نقص توجه و بیش فعالی- تکانشگری و دو زیر مقیاس بعدی معضلات رایج توام با اختلال نقص توجه- بیش فعالی اندازه گیری می کنند که عبارتند از: اختلالات "نافرمانی مقابله ای و سلوک" و نشانگان "اضطراب- افسردگی". این مقیاس در کودکان ۶ تا ۱۲ ساله دبستانی کاربرد داشته است و ۴۵ ماده اصلی آن بر اساس درجه بندی لیکرت در چهار درجه (۰ برای هرگز تا ۳ برای خیلی زیاد) طراحی شده است. همچنین این مقیاس شامل دو خرده مقیاس مجزا جهت سنجش عملکرد علمی کودک (۴ ماده) و ارتباطات (۴ ماده) از دیدگاه والدین می باشد که بر اساس درجه بندی لیکرت ۵ گزینه ای نمره گذاری می شود. ولریچ، لمبرت، دافینگ و همکاران (۲۰۰۳) جهت بررسی پایایی مقیاس واندربیلت از آلفای کرانباخ استفاده کردند. برای ۱۸ سوال اول که شامل دو خرده مقیاس نقص توجه، بیش فعالی- تکانشگری می باشند آلفای کرانباخ بزرگتر و مساوی با ۰/۹۰ بود. مقدار آلفای کرانباخ برای اختلال نافرمانی مقابله ای و سلوک برابر با ۰/۹۱ و برای نشانگان اضطراب و افسردگی برابر با ۰/۷۹ می باشد. نتایج حاکی از این است که ثبات و همسانی درونی مقیاس واندربیلت والدین مورد قبول می باشد و با دیگر ویژگی های پذیرفته شده اختلال نقص توجه- بیش فعالی سازگار است. همچنین برای بررسی اعتبار همزمان، همبستگی میان مقیاس واندربیلت و C-DISC-4 را به دست آوردند که اعتبار همزمان بالا و ۰/۷۹ بود [35].

ویژگی های روانسنجی این پرسشنامه در ایران توسط خبازی (۱۳۹۴) در دانش آموزان ۱۲-۶ سال شهرکرد مورد بررسی قرار گرفت که بر اساس نتایج به دست آمده، در کل ساختار چهارعاملی آزمون واندربیلت (فرم والدین) در نمونه ایرانی تایید شد. ضریب آلفای کرانباخ عوامل آزمون واندربیلت (فرم والدین) بین از ۰/۷۹ مربوط به عامل اضطراب/ افسردگی تا ۰/۸۷ مربوط به عامل نقص توجه و عامل بیش فعالی- تکانشگری به دست آمد و ضرایب پایایی بازآزمایی پرسشنامه واندربیلت از ۰/۸۶ (عامل اختلال نافرمانی مقابله ای/ سلوک) تا ۰/۹۹ (عامل نقص توجه) متغیر بود. همچنین ضرایب همبستگی بین آزمون واندربیلت (فرم والدین) و آزمون کانرز (فرم والدین) از ۰/۷۸ (عامل اغلب بی توجه) تا ۰/۸۳ (عامل بیش فعال-تکانشگر) متغیر بود.

- پرسشنامه سبک دلبستگی (AAS): این آزمون که توسط هازان[1] و شاور[2] (۱۹۸۷) ساخته شده و یک ابزار خودگزارش دهی است که بر مبنای سبک های دلبستگی سه گانه اینزروث (ایمن، اجتنابی و دوسوگرا) طراحی شده است. این ۱۵ سوال دارد و روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای ارایه می شود، آزمون شونده به هر کدام از این توصیف ها نمره بالاتری اختصاص دهد، سبک دلبستگی او محسوب می شود. ضریب پایایی این پرسشنامه بیش از ۰/۸۳ به دست آمده است. همچنین روایی پرسشنامه به وسیله همسانی درونی سبک های دلبستگی، ۰/۷۴- ۰/۵۵ به دست آمده و پایایی آن ۰/۸۴ در دلبستگی ایمن و ۰/۷۸ در دلبستگی نا ایمن دوسوگرا محاسبه گردید. این پرسشنامه دارای سه بعد بوده که در ذیل شماره سوالات مربوط به هر بعد ارائه گردیده است: سبک دلبستگی ایمن: ۱-۳-۵-۷-۱۱-۱۲-۱۴-۱۹، سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی: ۴-۸-۱۳-۱۵-۱۸-۲۰، سبک دلبستگی ناایمن دوسوگرا: ۲-۶-۹-۱۰-۱۶-۱۷-۲۱ [36].

یافته ها

ابتدا میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون سبک های دلبستگی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار سبک های دلبستگی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه ها	مرحله			
		پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
دلبستگی ایمن	آزمایش	۲۴/۳	۵/۷	۲۵/۲	۴/۴
	کنترل	۲۴/۶	۲/۰۲	۲۳/۴	۲/۴
دلبستگی ناایمن اجتنابی	آزمایش	۱۸/۴	۳/۹	۱۹/۶	۲/۸
	کنترل	۱۹/۲	۰/۷	۱۸/۶	۱/۱
دلبستگی ناایمن دوسوگرا	آزمایش	۲۲/۵	۵/۰۶	۲۲/۶	۴/۰۶
	کنترل	۲۰/۴	۴/۷	۱۹/۸	۴/۶

همچنان که جدول ۱ نشان می دهد، در گروه آزمایش، میانگین (و انحراف معیار) نمره دلبستگی ایمن در مرحلۀ پیش آزمون برابر ۲۴/۳ (و ۵/۷) و در مرحلۀ پس آزمون برابر ۲۵/۲ (و ۴/۴) می‌باشد. میانگین (و انحراف معیار) دلبستگی ناایمن اجتنابی در گروه آزمایش در مرحلۀ پیش آزمون برابر ۱۸/۴ (و ۳/۹) و در مرحلۀ پس آزمون برابر ۱۹/۶ (و ۲/۸) می‌باشد. میانگین (و انحراف معیار) نمره دلبستگی ناایمن دوسوگرا در گروه آزمایش نیز در مرحلۀ پیش آزمون برابر ۲۲/۵ (و ۵/۰۶) و در مرحلۀ پس آزمون برابر ۲۲/۶ (و ۴/۰۶) می‌باشد. در گروه کنترل، میانگین (و انحراف معیار) نمره دلبستگی ایمن در مرحلۀ پیش آزمون برابر ۲۴/۶ (و ۲/۰۲) و در مرحلۀ پس آزمون برابر ۲۳/۴ (و ۲/۴) می‌باشد. میانگین (و انحراف معیار) دلبستگی ناایمن اجتنابی در گروه کنترل در مرحلۀ پیش آزمون برابر ۱۹/۲ (و ۷/۰) و در مرحلۀ پس آزمون برابر ۱۸/۶ (و ۱/۱) می‌باشد. میانگین (و انحراف معیار) نمره دلبستگی ناایمن دوسوگرا در گروه کنترل نیز در مرحلۀ پیش آزمون برابر ۲۰/۴ (و ۴/۷) و در مرحلۀ پس آزمون برابر ۱۹/۸ (و ۴/۶) می‌باشد.

1-Hazan
2-Shaver

سپس به منظور بررسی تأثیر آموزش روان شناسی مثبت نگر بر سبک های دلبستگی مادران از روش تحلیل واریانس چند متغیری (مانووا) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانووا) بر سبک های دلبستگی در گروه‌های آزمایش و کنترل

اثر	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	میزان تاثیر (ضریب اتا)
گروه	اثر پیلایی	۰/۴۱	۳/۳۹	۵	۲۴	۰/۰۱	۰/۴۱
	لمبدای ویلکز	۰/۵۸	۳/۳۹	۵	۲۴	۰/۰۱	۰/۴۱
	اثر هتلینگ	۰/۷۰	۳/۳۹	۵	۲۴	۰/۰۱	۰/۴۱
	بزرگترین ریشهٔ روی	۰/۷۰	۳/۳۹	۵	۲۴	۰/۰۱	۰/۴۱

جدول ۲ نشان می دهد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابستهٔ مربوط به خرده مقیاس های پژوهش یعنی سبک دلبستگی ایمن، ناایمن اجتنابی و ناایمن دوسوگرا تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بر این اساس، فرضیهٔ پژوهش مورد تایید قرار گرفت. برای بررسی بیشتر این تفاوت، تحلیل واریانس های یک متغیری در متن مانووا روی داده ها انجام شد. جدول۳ نتایج تحلیل واریانس های یک متغیری در متن مانووا را نشان می‌دهد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس یک متغیری در متن مانووا روی سبک های دلبستگی

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	میزان تاثیر (ضریب اتا)
گروه	دلبستگی ایمن	۳۲/۰۳	۱	۳۲/۰۳	۷/۸	۰/۰۰۹	۰/۲۱
	دلبستگی ناایمن اجتنابی	۲۶/۱	۱	۲۶/۱	۶/۲	۰/۰۱	۰/۱۸
	دلبستگی ناایمن دوسوگرا	۴/۰۳	۱	۴/۰۳	۰/۵۳	۰/۴	۰/۰۱

جدول ۳ نشان می دهد که نسبت F های تحلیل واریانس چند متغیری در دلبستگی ناایمن دوسوگرا (F = ۰/۵۳ و p =۰/۴) معنی دار نمی‌باشند. ولی در دلبستگی ایمن (F = ۷/۸ و p = ۰/۰۰۹) و دلبستگی ناایمن اجتنابی (F = ۶/۲ و p = ۰/۰۱) معنی دار می باشد (P<۰/۰۵). این یافته نشان می دهد بین دلبستگی ایمن و دلبستگی ناایمن اجتنابی گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به این نکته که اثربخشی آموزش روانشناسی مثبت نگر بر سبک های دلبستگی مادران دارای کودک مبتلا به بیش فعالی-نقص توجه در شهرستان مبارکه تاکنون مورد پژوهش قرار نگرفته است، می توان پژوهش های مشابه را با نتایج این مطالعه مورد مقایسه قرار داد. بنابراین نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش های کجباف و همکاران (۱۳۹۵)، اسماعیل پور مقدم و همکاران (۱۳۹۴)، بویلر و همکاران (۲۰۱۳)، پیکت و همکاران (۲۰۱۱)، حریری و خدامی (۲۰۱۱) همخوان می باشد.

در تبیین یافته های فوق می توان گفت آموزش روانشناسی مثبت نگر توجه ویژه ای به بنا نهادن توانمندی ها و هیجان های مثبت درمانجو دارد و حس معنا و خوش بینی را به منظور کاهش آسیب شناسی روانی و تقویت شادی، افزایش می دهد. روانشناسان مثبت نگر، هیجان ها و خاطرات مثبت را در بحث های خود با درمانجویان راه اندازی کرده و به آن ها توجه می کنند. همچنین به موضوعات مرتبط با مشکلات درمانجویان با هدف یکپارچه کردن هیجان های مثبت و منفی می پردازند. در این جلسات به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی کمک شد تا به بحث درباره مشکل کودک خود به عنوان یک مشکل عادی یا یک مشکل غیرقابل باور بپردازند و سپس چهارچوب دهی مجددی در مورد این مشکل داشته باشند. همچنین در این جلسات افراد با یادگیری شکرگزاری توانستند احساس های مثبت و لذت بخش را بیشتر تجربه کنند و فرزندان خود را همان طور که هستند دوست داشته باشند. آموزش فنون و مهارت های مثبت نگری به افراد، به منظور تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود، دیگران و دنیا انجام می گیرد تا افراد خود را بهتر شناخته و تجربه های مثبت خود را بازشناسند و نقش این تجارب مثبت را در افزایش و ارتقای احترام به خود بشناسند. توجه به نقاط مثبت خود، زندگی مشترک و تجارب خوب گذشته، احتمال بروز برداشت های مثبت تر از خویش و دیگران را افزایش می دهد و همین امر سبب می شود که افراد قادر به پذیرش مسئولیت بیشتر در قبال ارزش خود شوند و به درک کامل تری از خویش نائل آیند. اما با توجه به اینکه مادران شرکت کننده در پژوهش حاضر سال ها به خاطر رفتارهای کودکان مبتلا به بیش فعالی/نقص توجه خود احساس افسردگی و ناتوانی بسیار داشتند، باید ابتدا مشکلات زیربنایی مانند سبک دلبستگی در آنها تغییر می کرد تا سلامت روان آنها هم بهبود پیدا کند. بنابراین پژوهشگر به جای بررسی دیدگاه افراد به خود و زندگی و تغییر این دیدگاه، بیشتر برای حل مشکلات مربوط به دلبستگی وقت گذاشت، زیرا روش مثبت نگری به افرادی که دچار ناکارآمدی در روابط پایه ای خود هستند کمک می کند از طریق تلاش برای ایجاد آفرینندگی، تغییر نگرش و جهان بینی و خلق ارزش های تازه، ارزش های فعلی خود را تغییر داده و ارزش های متناسب با موقعیت خود ایجاد کنند.

انجام این تحقیق نیز همانند هر پژوهش دیگری با محدودیت هایی مواجه بود که هنگام تفسیر نتایج باید مد نظر قرار گیرند. برخی از این محدودیت ها عبارتند از: با توجه به این که جامعهٔ آماری این پژوهش محدود به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی بود نمی توان یافته های آن را به افراد دیگر جامعه تعمیم داد. همچنین، از آن جا که آزمودنی های این پژوهش محدود به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی بودند، امکان تعمیم نتایج آن به مادران این کودکان در سایر مناطق کشور با محدودیت رو به رو است. یکی از ملاک های ورود در نمونه پژوهش، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن بود، و لذا در تعمیم نتایج به افراد بی سواد باید احتیاط نمود. از دیگر محدودیتهای این پژوهش عدم انجام مطالعه پیگیری است که بررسی استمرار نتایج آموزش را با محدودیت مواجه نمود. بنابراین پیشنهاد می شود پژوهش های مشابهی روی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلالات دیگر صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش های مشابهی در سایر مناطق کشور صورت گیرد. در ضمن پیشنهاد می شود در صورت امکان مطالعات طولی در زمینه تاثیر روانشناسی مثبت نگر بر مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی اجرا گردد. در نهایت از آنجا که نتایج این پژوهش در زمینه سبک های دلبستگی مطلوب بود، استفاده از روانشناسی مثبت نگر در برنامه های آموزشی کمک به مادران دارای کودک مبتلا به اختلالات رفتاری مختلف، توصیه می گردد.

منابع و مآخذ

[1] صالحی، ب.، ابراهیمی، س.، مرادی، ش. (۱۳۹۱). ارتباط بین اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه و اختلالات همراه در دانش آموزان ابتدایی ناحیه یک اراک. مجله پزشکی هرمزگان، سال شانزدهم، شماره۱: ۵۹-۴۹.

[2] شرودر، ک.، و گوردون، ب. (۲۰۰۲). سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی. ترجمه ی فیروزبخت (۱۳۸۴)، تهران: انتشارات دانژه.

[3] Waxmonsky, J. (2009). Assessment and treatment of ADHD in children with comorbid psychiatric illness. Curr Opin pediatr, 15(5), 476-82.

[4] سادوک، ب و سادوک، و. (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی. ترجمه ی پورافکاری، (۱۳۸۹). انتشارات شهرآب- آینده سازان.

[5] علیشاهی، م.، ده بزرگی، غ.، و دهقان، ب.(۱۳۸۲). میزان شیوع اختلال کمبود توجه و بیش فعالی در کودکان دبستانی شیراز. مجله طبیب شرق، سال پنجم، شماره ۱: ۶۷-۶۱.

[6] شهیم، س.، مهرانگیز، ل.، و یوسفی، ف.(۱۳۸۶). شیوع اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در کودکان دبستانی. مجله بیماری های کودکان ایران، ویژه نامه ۲: ۲۱۶-۲۱۱.

[7] انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی. چاپ پنجم. ترجمه سید محمدی،۱۳۹۳. انتشارات ارجمند.

[8] Lorber, M. F., Byron, E. (2010). Infancy parenting and externalizing psychopathology from childhood through adulthood: Developmental trends. Developmental Psychology, 45, 4: 909-912.

[9] طاهری، م. (۱۳۹۰). رابطه بین سازگاری زناشویی والدین ورابطه والد -فرزندی با عزت نفس و مهارت‌های اجتماعی نوجوانان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی خانواده درمانی، دانشگاه علم و فرهنگ.

[10] گلدوز، ن.، رنجبرکهن، ز. (۱۳۹۳). رابطه بین سبک های دلبستگی و تنظیم شناختی- هیجانی کودکان و نوجوانان. چشم انداز امین در روانشناسی کاربردی، سال اول، شماره ۱ (پیاپی۲).

[11] Morley, T.E., Moran, G. (2011). The origins of cognitive vulnerability in early childhood: Mechanisms linking early attachment to later depression. Clinical Psychology Review, 31(7), 1071-1082.

[12] Korver, N., Meijer, C., Haan, L.D. (2010). The relationship between insecure attachment and psychotic sympthoms: preliminary results. Schizophrenia Research, 117(2-3), 521.

[13] سپاه منصور، م.، امانی پور، س.، حسن زاده، س. (۱۳۸۸). رابطه سبکهای دلبستگی با راهبردهای حل تعارض فرزندان نسبت به والدین. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

[14] Taylor, SE., Stanton, AL. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. Annu Rev Clin Psychol, 377-401.

[15] Stewart, M. E., Watson, R., Clark, A., Ebmeier, K. P., & Deary, I. J. (2013). A hierarchy of happiness? Mokken scaling analysis of the Oxford Happiness Inventory. Personality and Individual Differences, 48(7), 845-848.

[16] Eid, M,. Larsen, R. (2014). The science of subjective well-being. The Guilford press. New York – London.

Jette Cota, j.(2008). Academic challenges for children with ADHD: Policy implications for school- based practice. a Dissertation Presented. University of Vermont.

[17] کجباف،م.، شیرازی تهرانی،ع.، میر دریکوند، ف.، مظاهری، م. (۱۳۹۵).اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری والدین بر سلامت عمومی مادران کودکان بیش‌فعال. مجله خانواده پژوهی، دوره یازدهم، شماره ۱: ۱۱۲-۱۲۶.

[18] کمالی، ا.، واقعی، س.، صغری پور، ن.، بهنام وشانی،ح. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روان مادران دارای کودک بیش فعال- نقص توجه . مجله طنین سلامت، دوره چهارم، شماره ۳: ۲۳-۱۶.

[19] چراغ سحر، ز. (۱۳۹۱). اثر بخشی رفتار درمانی شناختی مثبت نگر بر سلامت روان، انعطاف پذیری شناختی و عواطف مثبت و منفی در مادران دارای کودکان مبتلا به بیش فعالی و کمبود توجه شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

[20] خدابخشی کولایی، آ.، شاهی، ع.، نویدیان، ع.، مصلی نژاد، ل. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت به مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی در کاهش مشکلات برونی سازی شده کودک. مجله اصول بهداشت روانی، دوره هفدهم، شماره ۳: ۱۴۳-۱۳۷.

[21] اکبری، ب.، رحمتی، ف. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری برکاهش پرخاشگری کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی. فصلنامه تحول روان شناختی کودک سال دوم شماره۲: ۹۰ -۸۳ .

[22] محب، ن.، امیری، ش.، بهروش، ع. (۱۳۹۲). اثر بخشی بازی درمانی کوتاه مدت ساختاری بر علائم اهتلال نفص توجه/ بیش فعالی کودکان پیش دبستانی (۶ساله). فصلنامه آموزش و ارزشیابی. سال ششم. شماره ۲۲: ۲۷-۴۳.

[23] بوجاری، س. (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین عملکردهای شناختی و عملکرد تحصیلی و کیفیت زندگی کودکان دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد گروه آموزشی کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

[24] یعقوبی، ا.، علیزاده، ح.، مرادی، م. (۱۳۸۹). مقایسه میزان سلامت روان، انگیزه پیشرفت و عملکرد تحصیلی در دانش آموزان دارای اختلال نقص توجه- بیش فعالی و دانش آموزان عادی. فصلنامه روانشناسی تربیتی، سال ششم، شماره ۱۶: ۱۶۳-۱۴۷.

[25] Bodenmann, G., Cina, A., Ledermann, T., Sanders, MR. (2013). The efficacy of the triple p-positive parenting program in improving parenting and child behavior: A comparison with two other treatment conditions. Behav Res Ther 2013;46(4): 411-27.

[27] اسماعیل پور مقدم،ح.، تاج بخش، م.، نصیری سید کلاته، س.، احمدی، ع. (۱۳۹۴) اثربخشی امید درمانی مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر بر افزایش بهزیستی روانشناختی و تاب آوری دانش آموزان چند معلولیتی دوره ی متوسطه شهرستان زیرکوه. ثبت شده در سیویلیکا، ناشر تخصصی مقالات کنفرانس ها و ژورنالها.

[28] رستمی، م.؛ یونسی، ج.، موللی، گ.، فرهود، دا.، بیگلریان، ا. (۱۳۹۱). بررسی اثر توانبخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت های مثبت اندیشی بر افزایش شادکامی نوجوانان کم شنوا. شنوایی شناسی. ۲۳(۳)، ۳۹- ۴۵.

[29] شاهنگیان، ش. (۱۳۹۲). تاثیر روان درمانی مثبت نگر برکاهش علائم افسردگی و افزایش توانمندی های منش در بیماران مبتلا به سرطان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه الزهراء، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.

[30] بلقان آبادی، م.، حسن آبادی، ح.، اصغری نکاح، م. (۱۳۹۱). تأثیر زوج درمانی مثبت نگر بر امیدواری مادران کودکان با نیازهای ویژه. یافته های نو در روان شناسی، سال هفتم، شماره ۲۱: ۱۲۱-۱۱۳.

[31] عبادی، ن.، فقیهی، ع.(۱۳۸۹). بررسی اثر بخشی آموزش مثبت نگری در افزایش امید به زندگی زنان بدون همسر شهر اهواز؛ با تأکید بر قرآن. مجله روانشناسی و دین. ۳(۲)، ۷۴-۶۱.

[32] Caboral, M. F., Evagelista, L. S., & Whetsell, M. V. (2014). Hope in elderly adults with chronic heart failure: Concept analysis. Investigation Y Educationa en Enfermeria, 30(3), 406-411.

[33] 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(1), 119.

[34] 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.

[35] Wolraich, ML., Lambert, EW., Doffing, MA., Bickman, L., Simmons, T., Worley, KA. (2003). Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale in a referred population. J Pediatr Psychol. 28(8): 67-559.

[36] طاهری، م.، قاسمی، خ.، صدرجهانی، س.، پورمحمدرضای تجریشی، م.، اکبری، ع. (۱۳۹۱). ارتباط سبک دلبستگی مادر با مهارت های ارتباطی فرزندان پسر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر. دوماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سال شانزدهم، شماره ۲.