

تأثیر روان درمانی مثبت‌نگر (PPT) بر شادکامی مادران کودکان مبتلا به سندروم داون (DS)

سید مصطفی پور یحیی^۱، داود نظر پور^۲، پریسا ملک زاده ترکمانی^۳، رضا داورنیا^{۴*}

^۱گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، ^۲گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران، ^۳گروه روان‌شناسی بالینی، واحد چالوس، دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس، ایران، ^۴گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۱۲/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۴/۱۱

چکیده:

زمینه و هدف: مادران کودکان مبتلا به سندروم داون با چالش‌هایی در مراقبت از فرزندان خود مواجه هستند که باعث کاهش میزان شادکامی آنها می‌شود. هدف از این پژوهش تعیین و بررسی تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر شادکامی مادران کودکان مبتلا به سندروم داون بود.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش را مادران کودکان مبتلا به سندروم داون مراجعه کننده به مرکز جامع توانبخشی نوید عصر شهر تهران در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند، نمونه‌ها ۴۰ نفر از مادران بودند که به شیوه هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. شرکت کنندگان هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه شادکامی آکسفورد را تکمیل نمودند. جلسه‌های روان‌درمانی مثبت‌نگر در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی و هفتگی برای آزمودنی‌های گروه آزمایش برگزار شد، اما آزمودنی‌های گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری، کولموگروف - اسمیرنوف و لوین تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمرات شادکامی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون $38 \pm 6/39$ و در مرحله پس‌آزمون $45 \pm 9/59$ بود. در گروه کنترل نیز میانگین و انحراف معیار نمرات شادکامی قبل از مداخله $20 \pm 6/40$ و بعد از مداخله $22 \pm 7/28$ بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد که نشان دهنده اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر در افزایش شادکامی آزمودنی‌های تحت مداخله است ($p < 0/01$, $F = 95/76$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر در بهبود شادکامی مادران کودکان مبتلا به سندروم داون را مورد تأیید قرار داد. نتایج بر اهمیت کاربرد این مداخله بر علایم روانشناختی مادران کودکان مبتلا به سندروم داون و آرایه افق‌های جدید در مداخلات بالینی تأکید دارد.

واژه‌های کلیدی: شادکامی، روان‌درمانی مثبت‌نگر، سندروم داون، مادران

*نویسنده مسئول: رضا داورنیا، تهران، دانشگاه خوارزمی، گروه مشاوره

Email: rezadavarniya@yahoo.com

مقدمه

سندروم داون^(۱) اختلالی با چندین ناهنجاری مادرزادی است که در تقریباً ۹۳ درصد از موارد دارای کروموزوم ۲۱ اضافی رخ می‌دهد (۱). مشکلاتی که در DS مشاهده می‌شوند شامل؛ تأثیر در تحول حرکتی، مشکلات حسی و حرکتی، اختلالات ادراکی، عقب ماندگی ذهنی شدید و اختلالات رفتاری انطباقی می‌شوند (۲). افراد مبتلا به DS ممکن است چالش‌های هیجانی و رفتاری را نیز تجربه کنند (۳ و ۴)، همچنین می‌توانند با محدودیت‌های فعالیت در حیطه‌های تعاملات اجتماعی و مهارت‌های جمعی ارتباط داشته باشند (۵). افراد مبتلا به DS خطر بیشتری برای ابتلا به انواع مشکلات سلامت نظیر؛ آپنه خواب، نقص قلبی، بیماری تیروئید و کم خونی قرار دارند (۶). پژوهش‌های گذشته آشکار کردند که مادران کودکان مبتلا به DS در سراسر زندگی کودکان خود با چالش‌های مختلفی مواجه می‌شوند (۷-۹). آنها ممکن است هیجانات دشواری نظیر؛ غم، افسردگی، گناه و خودسرزنی را تجربه کنند (۱۰ و ۱۱).

ادبیات پژوهشی مربوط به تجربه والدین دارای کودک مبتلا به DS عمدتاً بر عوامل استرس‌زایی که والدین با آنها مواجه می‌شوند و تفاوت آن با استرس تجربه شده در خانواده‌های بدون کودکان دارای نیازهای خاص، تمرکز داشته‌اند. نشان داده شده که خانواده‌های دارای کودک مبتلا به DS، نسبت به خانواده‌های دارای کودکان تحول نرمال، سطوح بالاتری از استرس را تجربه کرده و مقابله

ضعیف‌تری دارند (۱۲). گزارش شده است که فشار مراقبت از کودکان مبتلا به DS بر استرس مادران تأثیر می‌گذارد (۱۳). نتایج پژوهش دورماز و همکاران نشان داد که چون کودکان مبتلا به DS بیشتر وقت خود را با مادران خود صرف می‌کنند، مادران سطح بالاتری از استرس نسبت به پدران دارند که این میزان بالای استرس در مادران می‌تواند باعث کاهش شادکامی آنها شود (۱۴). شادکامی عبارت است از مقدار ارزش مثبتی که یک فرد برای خود قابل است (۱۵). شادکامی سه جز اساسی دارد که شامل؛ هیجان مثبت، رضایت از زندگی، نبود هیجانات منفی از جمله افسردگی و اضطراب است. روابط مثبت با دیگران، هدفمند بودن زندگی، رشد شخصیتی، دوست داشتن دیگران و زندگی از اجزای شادکامی است (۱۶). سلیگمن اعتقاد دارد، شادکامی می‌تواند به سه عنصر متفاوت شامل؛ هیجان مثبت، جذابیت و معنا تقسیم شود که هر یک از این عناصر و اجزا بهتر از شادکامی، قابل تعریف و اندازه‌گیری هستند. اولین مورد، هیجان مثبت است، یعنی آن چه احساس می‌کنیم مانند؛ لذت، شمع، سرمستی، گرما، راحتی و مانند این‌ها. در مجموع می‌توان زندگی را که با موفقیت حول این محور می‌چرخد، یک زندگی لذت بخش نامید، عنصر دوم یعنی جذابیت به معنای سیلان است، مانند یکی بودن با موسیقی، توقف زمان

1-Down Syndrome(DS)

و از دست دادن خودآگاهی در طول انجام یک فعالیت جذاب و عنصر شناخته شده دیگری از شادکامی، معنا نام دارد (۱۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که شادکامی تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله؛ ارتباطات خانوادگی و اجتماعی، فعالیت‌های ورزشی، فعالیت‌های تفریحی، تغذیه، سلامتی، سن، شرایط اجتماعی، نمایه توده بدن و وضعیت تأهل، اشتغال و میزان تحصیلات قرار می‌گیرد (۱۷-۲۰).

یکی از مدل‌های درمانی که به نظر می‌رسد در افزایش میزان شادکامی مادران دارای فرزند مبتلا به DS، مؤثر واقع شود، رویکرد روان درمانی مثبت‌نگر (۱) است. فرم اولیه این برنامه به وسیله سلینگمن، رشید و پارکز تدوین شده است (۲۱). این محققان با استفاده از نتایج پژوهش‌های انجام شده در حوزه روانشناسی مثبت‌نگر و جمع‌بندی آن به عنوان تاریخچه برنامه مثبت‌نگر، سه مؤلفه هیجان‌های مثبت، تعهد و معنا مربوط به شادکامی در نظریه سلینگمن را به عنوان اساس برنامه‌ای درمانی - آموزشی قرار داده‌اند (۲۲). رشید و سلینگمن معتقدند دنبال کردن لذت، تعهد و معنا در زندگی به ایجاد و تقویت شادکامی می‌انجامد (۲۳). سلینگمن شادکامی را موضوع اصلی رویکرد روانشناسی مثبت‌نگر دانست و آن را به سه مؤلفه که از نظر علمی بهتر قابل تعریف هستند، تقسیم کرد؛ هیجان مثبت (زندگی لذت بخش)، مجذوب شدن (زندگی جذاب) و معنی (زندگی با معنی). بر اساس این رویکرد، راهبردهایی که به مراجعین کمک می‌کند تا یک زندگی لذت بخش، جذاب و با معنا را بسازند،

مداخله‌های مثبت‌نگر گفته می‌شود (۲۴). سلینگمن و همکاران (۲۱) معتقدند، هدف PPT قرار دادن جنبه‌های مثبت زندگی فرد در پیش زمینه ذهن وی با هدف آموزش رفتارهایی است که بازخورد مثبت دیگران را به دنبال دارند. هدف دیگر آن تقویت جنبه‌های مثبت موجود به جای آموزش به افراد برای تفسیر مجدد جنبه‌های منفی در زندگی است. مداخله‌های مثبت‌نگر سعی می‌کنند از طریق افزایش هیجان مثبت، افکار و رفتار مثبت و همچنین عشق و تعلق خاطر شادکامی و بهزیستی روانشناختی را افزایش دهند (۲۵).

نظریه‌های زیربنایی PPT عبارتند از نظریه توانمندی‌ها که به موجب آن نیاز است، علاوه بر پرداختن به خطاها و ضعف‌ها به شکوفایی توانمندی‌ها و قابلیت‌ها هم توجه شود و همچنین نظریه ساخت و گسترش هیجان‌های مثبت که بیان می‌کند، هیجان‌های مثبت دامنه تفکر عمل لحظه‌ای را گسترش می‌دهد و هم‌زمان بدن برای انجام عملی خاص آماده می‌شود، در اثر این گسترش، با گذشت زمان منابع تقویتی و شخصی گوناگونی اعم از منابع جسمی، اجتماعی، فکری و ذهنی و روانشناختی ساخته و پرداخته می‌شود. همچنین هیجان‌های مثبت وظیفه خنثی کردن هیجان‌های منفی طولانی را هم در طول زمان به عهده می‌گیرند و نیز این هیجان‌ها از راه اثر گسترده شان، باعث ایجاد حلقه‌های صعودی بهباشی می‌

1-Positive Psychotherapy(PPT)

شوند و آن هم به ایجاد مجموعه‌ای از مهارت‌های مقابله‌ای نیز کمک می‌کند. به این ترتیب آنهایی که هیجان‌های مثبت را تجربه می‌کنند، در اغلب موارد با ناملایمات و شداید زندگی بهتر مقابله می‌کنند و تاب آورترند. نظریه سوم نظریه بالندگی است که بیان می‌کند افراد برای رسیدن به رشد و بالندگی به گفته‌ها یا احساسات مثبت به نسبت ۳ به ۱ در مقابل احساسات منفی نیاز دارند (۲۶). افراد مثبت‌نگر سالم‌تر، شادتر و خوشبین‌تر هستند و دستگاه‌های ایمنی آنان بهتر کار می‌کند. آنان با بهره‌گیری از راهبردهای کنار آمدن مؤثرتر مانند؛ ارزیابی مجدد و مسئله‌گشایی، با فشارهای روانی بهتر کنار می‌آیند. همچنین به نحو فعال از رویدادهای فشارزای زندگی پرهیز می‌کنند و شبکه‌های حمایت اجتماعی بهتری را پیرامون خود می‌سازند، بنابراین این افراد شادکامی بالاتری را تجربه می‌کنند و امیدواری بالاتری نسبت به آینده دارند (۲۷).

در پژوهش‌های مختلف اثربخشی PPT بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است. گوا و همکاران در قالب یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی، اثربخشی PPT بر افسردگی و خودکارآمدی در دانشجویان دوره کارشناسی پرستاری را مورد بررسی قرار دادند. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که مداخله به طور معنی‌داری افسردگی را کاهش و خودکارآمدی را بهبود داد (۲۸). سالدو، سویج و مرسر در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر مداخلات PPT بر روی گروهی از نوجوانان پرداختند. یافته‌های به دست

آمده از پژوهش نشان داد که در پایان مداخله نوجوانان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل رضایت از زندگی و عاطفه مثبت بیشتر و عاطفه منفی کمتری را نسبت به گروه کنترل نشان دادند (۲۹). پیتروسکی و میکوتا در پژوهشی تحت عنوان اثر بخشی مداخلات PPT بر افسردگی بیماران دریافتند، که مداخلات مثبت بر کاهش علائم افسردگی و افزایش بهزیستی تأثیر دارد (۳۰). لامبرت - دراون، مولویر و تامپسون در مطالعه‌ای گزارش کردند که PPT به بهبود بهزیستی ذهنی، سلامت جسمانی، تعهد کاری و ایجاد سرزندگی در بیماران منجر شده است (۳۱).

با توجه به این که مادران کودکان مبتلا به سندروم داون در نتیجه بیماری فرزندشان، دچار مشکلات روان شناختی متعددی هستند و این مشکلات روان شناختی، آنها را برای نگهداری و مراقبت از فرزند بیمار خود، ناتوان می‌سازد، لذا توجه به ارتقای سطح سلامت عمومی و بهداشت روان این مادران ضروری به نظر می‌رسد. تاکنون مداخلات روان شناختی متعددی با هدف بهبود وضعیت کودکان مبتلا به سندروم داون طراحی و انجام شده است، اما مداخلات آموزشی و درمانی برای والدین این کودکان بسیار محدود می‌باشد و همین امر سبب گردیده تا آنها به دلیل مشکلات فراوان ناشی از مراقبت از فرزند خود، از میزان شادکامی پایینی برخوردار باشند. از طرفی روان درمانی مثبت‌نگر شیوه درمانی نوینی است که نتایج درمانی مؤثر آن در بهبود بسیاری از مشکلات روان شناختی بررسی و به تأیید رسیده

است. از آنجا که در جستجوهای انجام شده به وسیله محقق در پژوهش‌های داخلی و خارجی، اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر بر شادکامی مادران کودکان مبتلا به سندروم داون را مورد بررسی قرار نداده است، لذا هدف از این پژوهش تعیین و تأثیر روان درمانی مثبت‌نگر بر شادکامی مادران کودکان مبتلا به سندروم داون بود.

روش بررسی

این پژوهش از نوع نیمه تجربی است و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه این پژوهش را مادران کودکان مبتلا به سندروم داون مراجعه کننده به مرکز جامع توانبخشی نوید عصر شهر تهران در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. پس از انجام هماهنگی‌ها با مدیریت مرکز نوید عصر و اطلاع رسانی پیرامون برگزاری جلسه‌های درمانی، از میان ۵۲ نفر از مادران متقاضی شرکت در جلسه‌های درمانی، ۴۰ نفر از مادران بر اساس معیارهای ورود و خروج به مطالعه به شیوه هدفمند انتخاب شدند و با به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. لازم به ذکر است برای طرح‌های تجربی، حجم نمونه با تعداد ۱۵ تا ۲۰ نفر آزمودنی کفایت می‌کند (۳۲). ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به مطالعه شامل تحصیلات حداقل سیکل، دامنه سنی ۵۰ - ۲۵ سال، نداشتن اختلال روانپزشکی شدید و سایکوز بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تکمیل فرم رضایت‌نامه درمان و عدم دریافت سایر مداخلات

روانشناختی در حین شرکت در جلسه‌های درمانی بود. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز سابقه بستری در بیمارستان‌های روانپزشکی، مصرف هر نوع داروی آرام‌بخش، الکل و مواد مخدر، غیبت بیش از یک جلسه از هشت جلسه درمانی و سابقه شرکت در برنامه‌های درمانی پیرامون روان درمانی مثبت‌نگر در شش ماه گذشته در نظر گرفته شد.^۱

در این مطالعه مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی^(۱) رعایت شد که از جمله آنها می‌توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل اشاره کرد (۳۳). پس از تکمیل پرسشنامه شادکامی به وسیله شرکت کنندگان هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، مداخله روان‌درمانی مثبت‌نگر در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته به شیوه گروهی و هفتگی برای شرکت کنندگان گروه آزمایش برگزار شد، در حالی که آزمودنی‌های گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسه‌های درمانی، شرکت کنندگان هر دو گروه مجدداً از نظر میزان شادکامی مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از پایان مرحله پس‌آزمون، پژوهش‌گر جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش و همچنین تشکر و قدردانی از همکاری گروه کنترل، جلسه‌های درمانی را برای آنها

1-Helsinki

نیز اجرا کرد. پکیج درمانی جلسه‌های روان درمانی مثبت‌نگر بر اساس اصول، مبانی و تکنیک‌های این شیوه درمانی بر اساس طرح درمانی رشید و سلیگمن (۲۳) تنظیم شد. شیوه اجرای جلسه‌های درمانی به صورت مختصر در جدول ۱ ارائه شده است.

در این پژوهش جهت جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک آزمودنی‌ها از پرسشنامه اطلاعات جمعیتی شناختی استفاده شد. پرسشنامه اطلاعات جمعیتی شناختی شامل اطلاعات مربوط به؛ سن، مدت تأهل و تحصیلات بود که به وسیله محقق تدوین شد. جهت گردآوری اطلاعات مربوط به میزان شادکامی شرکت‌کنندگان از پرسشنامه شادکامی آکسفورد استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۲۹ ماده است و میزان شادکامی فردی را می‌سنجد. این آزمون در سال ۱۹۸۹ به وسیله آرگایل و بر اساس پرسشنامه افسردگی بک که در سال ۱۹۷۶ منتشر شد، ساخته شده است. نمره‌گذاری آن از چهار عبارت به ترتیب ۰ تا ۳ می‌باشد. شادکامی دارای سه بخش؛ عاطفه مثبت، رضایت و نبود عاطفه منفی می‌باشد. بالاترین نمره‌ای که در این پرسشنامه به دست می‌آید، ۸۷ می‌باشد که نشان دهنده بالاترین میزان شادکامی فرد و کمترین آن ۰ می‌باشد. نمره بهنجار این آزمون ۴۰ تا ۴۲ است. نمره‌های کمتر از ۴۰ تا ۴۲ از لحاظ میزان شادکامی در وضعیت پایین قرار دارند و نمره‌های ۴۰ تا ۴۲ به بالا نشان دهنده شادکامی بیشتر است. بنابراین هر چه نمره کسب شده به بالاترین میزان (۸۷) نزدیکتر باشد،

نشان دهنده شادکامی بیشتر است (۳۴). آرگایل و همکاران پایایی پرسشنامه آکسفورد را به کمک ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی آن را طی ۷ هفته، ۰/۷۸ گزارش کردند (۳۵). در پژوهش مرمچی‌یا و ذوقی پایدار ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۰ محاسبه گردید (۳۶). در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۱ محاسبه شد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری، کولموگروف - اسمیرنوف و لوین تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش، میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه آزمایش $42/66 \pm 5/18$ سال و برای گروه کنترل $41/20 \pm 4/45$ سال بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد مدت تأهل گروه آزمایش $9/35 \pm 3/12$ و گروه کنترل $10/67 \pm 4/02$ بود. در مورد تحصیلات نیز در گروه آزمایش دو نفر سیکل، هفت نفر دیپلمه، هشت نفر کارشناسی و سه نفر نیز با تحصیلات کارشناسی ارشد حضور داشتند و در گروه کنترل دو نفر سیکل، هشت نفر دیپلمه، هشت نفر کارشناسی و دو نفر با تحصیلات کارشناسی ارشد حضور داشتند.

جدول ۱: مختصری از محتوای جلسه‌های روان درمانی مثبت‌نگر

جلسه‌های	اهداف	محتوا	تکالیف
اول	گرایش به روان درمانی مثبت‌نگر	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمان‌گر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسه‌های و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، تشریح برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر، مسایل مطروحه در ارتباط با فقدان و یا کمبود منابع مثبت از قبیل: هیجانات مثبت، تعهد، ارتباطات مثبت، معنا و توانمندی‌های منشی در بروز افسردگی، اضطراب و زندگی پوچ مورد بحث قرار می‌گیرد.	نوشتن یک معرفی مثبت از خود و ذکر توانمندی‌های خود در حدود یک صفحه که در آن به بیان داستان واقعی از زندگی خود می‌پردازد که وی در بهترین وجه از توانمندی‌های خود استفاده را نشان می‌دهد.
دوم سوم	ارزیابی توانمندی‌های منشی	تقویت نقاط قوت شاخص و احساسات و عواطف مثبت: بحث پیرامون ۲۴ توانمندی‌های منشی به منظور ایجاد و تقویت تعهد.	اقدام به تکمیل یک پرسشنامه در زمینه توانمندی‌های خود و نحوه به کارگیری نقاط قوت شاخص به بحث گذاشته می‌شود.
چهارم	عفو و گذشت	گذشت و بخشش و میراث شخصی: گذشت به عنوان ابزار نیرومندی معرفی می‌شود که می‌تواند احساس خشم و کینه را به احساسی خنثی و حتی برای برخی به احساسات و عواطف مثبت تبدیل شود.	با انجام یک تمرین با ماهیت گذشته به طور دقیق آشنا می‌شوند. در حد یک الی دو صفحه به بیان این بپردازند که دوست دارند دیگران آنها را به خاطر کدام ویژگی مثبتشان به خاطر بسپارند. در قالب یک پیام نکوداشت یا بزرگداشت در پایان عمر.
پنجم و ششم	قدرشناسی	سپاس‌گزاری و قدرشناسی: تأکید بر خاطرات خوب و قدرشناسی به عنوان شکلی پایدار از سپاسگزاری مورد بحث قرار می‌گیرد. نقش خاطرات خوب و بد این بار با تمرکز و تأکید بر قدرشناسی مورد بحث قرار می‌گیرد.	مراجع نامه‌ای را برای کسی که هرگز آن گونه که باید و شاید از وی قدردانی نکرده است می‌نویسد و آن را شخصاً به وی تقدیم می‌کند.
هفتم	روابط مثبت و اجتماعی	ارتباطات مثبت و بازخورد فعال - سازنده: به مراجعین پیرامون نحوه واکنش فعال سازنده در قبال اخبار خوشی که از دیگران دریافت می‌کنند، آموزش‌های لازم داده می‌شود.	مراجعین به تمرین واکنش سازنده و فعال به عنوان راهبردی جهت تقویت ارتباطات مثبت می‌پردازند.
هشتم	التذاذ و زندگی پربار	التذاذ (لذت تدریجی و پیوسته): آگاهی کامل نسبت به لذت و تلاش عاقلانه جهت طولانی‌تر کردن هر چه بیشتر و بهره‌گیری از لذات به عنوان تهدیدی احتمالی برای لذت تدریجی مطرح می‌شود و راه مقابله با آن نیز آموزش داده می‌شود.	مراجعین باید برای انجام فعالیت‌های لذت بخش برنامه‌ریزی کرده، فعالیت‌های مربوطه را طبق برنامه‌ریزی خود انجام دهند. تکنیک‌های مخصوص لذت تدریجی نیز به آنها آموزش داده می‌شود.

پس‌آزمون افزایش داشته است، برای دانستن این مطلب که این افزایش به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد یا خیر، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب‌های رگرسیون و وجود رابطه خطی بین متغیر

جدول ۲ میانگین و انحراف‌معیار متغیر شادکامی را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش نشان می‌دهد. با توجه به اطلاعات این جدول، میانگین نمرات شادکامی گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ۳۹/۹۵ و در مرحله پس‌آزمون ۵۹/۴۵ می‌باشد. ملاحظه می‌شود نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در متغیر پژوهش در

همپراش و متغیر وابسته می‌باشد که ابتدا این پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفت.

برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. با توجه به این که مقادیر آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای متغیر شادکامی در هیچ یک از مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌های آزمایشی و کنترل معنی‌دار نشد ($p < 0/05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در متغیر شادکامی نرمال می‌باشد. برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون لوین استفاده شد. عدم معنی‌داری این آزمون برای متغیر شادکامی ($F = 0/111$ و $p > 0/05$) نشان داد پیش‌فرض برابری واریانس‌ها دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر شادکامی تأیید می‌شود. برای بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون، تعامل گروه و پیش‌آزمون بررسی شد که نتایج حاکی از عدم معنی‌داری این تعامل ($F = 0/741$ و

$p > 0/05$) و رعایت شدن این پیش‌فرض داشت. نتایج پیش‌فرض خطی بودن نیز حاکی از تأیید شدن این پیش‌فرض داشت ($F = 7/23$ و $p > 0/05$).

با توجه به این که تمامی مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس برقرار می‌باشند، نتایج این آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

براساس اطلاعات مندرج در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر شادکامی نشان می‌دهد ($F = 95/76$ و $p < 0/01$). با توجه به مقادیر میانگین این متغیر برای گروه آزمایش در پیش‌آزمون ($39/95$) و پس‌آزمون ($59/45$)، مشاهده می‌شود که اجرای مداخله درمانی باعث افزایش میانگین نمرات شادکامی آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون گردیده است، میزان تأثیر این درمان نیز ۷۲ درصد بوده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیر شادکامی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله آزمون	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شادکامی	پیش‌آزمون	۳۹/۹۵	۶/۳۸	۴۰/۲۰	۶/۰۶
	پس‌آزمون	۵۹/۴۵	۹/۱۰	۳۸/۶۵	۷/۲۲

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تأثیر روان درمانی مثبت‌نگر بر میزان نمرات شادکامی

منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
اثر پیش‌آزمون	۹۱۹/۸۹	۱	۹۱۹/۸۹	۲۰/۶۷	۰/۰۰۱	-
اثر پس‌آزمون	۴۲۶۱/۳۸	۱	۴۲۶۱/۳۸	۹۵/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۲
خطا	۱۶۴۶/۴۵	۳۷	۴۴/۴۹			
مجموع	۱۰۲۲۹۹	۴۰				

بحث

سندروم داون اختلالی با چندین ناهنجاری مادرزادی است که در تقریباً ۹۳ درصد از موارد دارای کروموزوم ۲۱ اضافی رخ می‌دهد (۱)، لذا هدف از این پژوهش تعیین و تأثیر روان درمانی مثبت‌نگر بر شادکامی مادران کودکان مبتلا به سندروم داون بود.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که روان درمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی به طور معنی‌داری موجب افزایش شادکامی مادران دارای فرزند مبتلا به سندروم داون شده بود. مطالعه‌ای که یافته‌های آن در راستای نتایج این پژوهش باشد، مشاهده نشد، اما نتایج این مطالعه با یافته‌های برخی پژوهش‌های پیشین که اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر را مورد تأیید قرار داده بودند، هم‌سو می‌باشد. در تحقیقی که به وسیله اوچوآ و همکاران با عنوان "تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر پریشانی در بیماران بهبود یافته از سرطان" انجام شد، نتایج نشان داد که گروه روان درمانی مثبت‌نگر پس از درمان نسبت به گروه کنترل نتایج معنی‌دار و بهتری به دست آورد و میزان پریشانی و علایم پس از سانحه در افراد کاهش و رشد پس از سانحه افزایش یافت. همچنین فواید درمانی در دوره پیگیری سه و دوازده ماهه حفظ شد (۳۷). در پژوهشی که چاوز و همکاران تحت عنوان "یک مطالعه مقایسه‌ای اثربخشی مداخله روانشناسی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری برای افسردگی بالینی" انجام دادند، ۹۶ زن بزرگسالان با

تشخیص افسردگی اساسی یا افسرده خویی (دیستایمی) در مطالعه شرکت داده شدند. شرکت کنندگان به صورت کور در شرایط درمان ۱۰ جلسه‌ای با مداخله روانشناسی مثبت‌نگر و شرایط گروه درمانی شناختی رفتاری قرار گرفتند. تحلیل قصد درمان نشان داد که هر دو مداخله در کاهش علایم بالینی و افزایش بهزیستی مؤثر بودند. (۳۸). هاول، جاکوبسن و لارسون با مطالعه‌ای در میان ۳۴ نفر بیمار مبتلا به درد نشان دادند که روان درمانی مثبت‌نگر به افزایش بهزیستی ذهنی، پذیرش درد و کاهش فاجعه‌انگاری درد منجر شد (۳۹). در پژوهشی دیگر خدادادی و همکاران اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر بر افزایش شادکامی مادران کودکان با نیازهای ویژه را مورد بررسی قرار دادند. نتایج پژوهش نشان داد که روان درمانی مثبت‌نگر بر افزایش شادکامی مادران مؤثر بوده است (۴۰). همچنین یافته‌های این مطالعه مبنی بر اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر با نتایج پژوهش‌های نیکراهان و همکاران (۴۱)، کاسیمرسی (۴۲)، لو، وانگ و لیو (۴۳)، گندر، پرویر، راج و ویز (۴۴)، گوا و همکاران (۲۸)، سالدو، سویچ و مرسر (۲۹) و پیترسکی و میکوتا (۳۰) هم‌سو و در تأیید آنها می‌باشد.

در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت افراد مثبت‌نگر سالم‌تر، شادتر و خوشبین‌تر هستند و دستگاه‌های ایمنی آنان بهتر کار می‌کند. آنان با بهره‌گیری از راهبردهای کنار آمدن مؤثرتر مانند ارزیابی مجدد و مسئله‌گشایی، با فشارهای روانی

بهتر کنار می‌آیند. همچنین به نحو فعال از رویدادهای فشارزای زندگی پرهیز می‌کنند و شبکه‌های حمایت اجتماعی بهتری را پیرامون خود می‌سازند، بنابراین این افراد شادکامی بالاتری را تجربه می‌کنند و امیدواری بالاتری نسبت به آینده دارند (۲۷). رویکرد مثبت‌نگر، به افراد کمک می‌کند تا برای احیا و تقویت شجاعت، مهربانی، سخت‌کوشی و هوش عاطفی و اجتماعی کوشش کنند. این موضوع هرچند باعث کاهش و مدیریت مشکلات هیجانی در آنان می‌شود، اما مهم‌تر از آن، ایجاد و تقویت هیجان‌ها و جنبه‌های مثبت، تعهد و معنا در زندگی است که منجر به ارتقاء سلامت روان و رضایت از زندگی در افراد می‌شود. در برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر یکی از مهم‌ترین اهداف، کمک به ارتقاء و افزایش میزان رضایت از زندگی، شادکامی و بهزیستی افراد است. بر اساس این رویکرد، افزایش توانمندی‌ها، هیجان‌های مثبت، تعهد و معنا هم زندگی را شادتر و غنی‌تر می‌سازد و هم باعث کاسته شدن از مشکلات هیجانی می‌شود. در واقع رسیدن به بهزیستی، رضایت از زندگی و شادکامی از اهداف غایی روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌باشد (۲۱).

بنا به اعتقاد فردریکسون ایجاد هیجان‌های مثبت در افراد که از تمرین‌ها و مفروضه‌های اصلی روانشناسی مثبت‌نگر است؛ منجر به خنثی نمودن اثر هیجان‌های منفی، ایجاد و افزایش منابع شخصی، ارتقاء تاب‌آوری روانشناختی، افزایش سلامت جسمی و روانشناختی و همچنین ایجاد بستر لازم برای

بالتنگی انسان می‌شود. در نتیجه این افزایش تاب‌آوری و افزایش منابع شخصی، میزان خوشبینی افراد یعنی انتظار مثبت آنان در مورد وقایع آینده افزایش می‌یابد (۴۵). مداخله‌های روانشناسی مثبت به افراد کمک می‌کند تا توجه، حافظه و انتظارات خود را از وقایع منفی و فاجعه‌آمیز به سمت وقایع مثبت و امیدوارکننده سوق دهند (۲۲). اسکولار در پژوهش خود گزارش کرد روانشناسی مثبت با تمرکز بر هیجان‌های مثبت، ویژگی‌های مثبت و موقعیت‌های مثبت زمینه را برای ایجاد آرامش و دوری از استرس یا افزایش توان برای تحمل آن فراهم می‌سازد (۴۶). روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌تواند ذهن فرد را در جهت انتخاب راه‌های مناسب و خلاقانه برای پیشبرد اهداف و حل مسئله آماده کند، یکی از این مؤلفه‌ها، خودآگاهی می‌باشد. خودآگاهی مؤلفه‌ای است که در اثر آموزش مثبت اندیشی در افراد تقویت می‌شود. مؤلفه دیگری که می‌توان در این بین اثرگذار باشد، داشتن هدف و معنا در زندگی می‌باشد. سازگاری با محیط و آرامش درونی مؤلفه دیگری است که در اثر مداخله‌های مثبت‌نگر بهبود خواهد یافت (۲۱)، به این ترتیب می‌توان گفت مادرانی که این دوره درمانی را دریافت کردند، می‌توانند با بهبود مهارت‌های حل مسئله و بهبود خودآگاهی و افزایش معنای زندگی و ارتقاء سطح سازگاری، امید و تاب‌آوری خود را بهبود بخشند و در نتیجه شادکامی بیشتری را تجربه نمایند، از طرفی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افرادی که عاطفه مثبت را تجربه می‌کنند، الگوهایی از تفکر را از

استفاده از ابزار خودگزارشی از محدودیت‌های دیگر مطالعه حاضر است.

از دستاوردهای این پژوهش می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه‌گیری کرد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تأیید کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به سودمندی روان درمانی مثبت‌نگر در افزایش شادکامی مادران کودکان مبتلا به سندروم داون، پیشنهاد می‌شود؛ در پژوهش‌های آتی این مداخله برای پدران این کودکان نیز ارایه شود، در پژوهش‌های بعدی مطالعه پیگیری با فواصل زمانی منظم نیز در طرح پژوهش گنجانده شود تا امکان ارزیابی پایداری تغییرات مثبت در شرکت‌کنندگان فراهم شود، در پژوهش‌های آتی از ابزارهای دیگری جهت سنجش شادکامی مادران کودکان مبتلا به سندروم داون استفاده شود و در مواردی از مصاحبه برای جمع‌آوری اطلاعات در کنار پرسشنامه استفاده شود و بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود، روان‌شناسان و مشاوران در مراکز توانبخشی از مؤلفه‌های درمانی رویکرد روان‌درمانی مثبت‌نگر در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش سلامت روان والدین کودکان مبتلا به سندروم داون بهره ببرند.

خود نشان می‌دهند که به طور غیر قابل ملاحظه‌ای غیر معمول، منعطف و خلاقانه است. عاطفه مثبت تمایل به داشتن انتخاب‌های متعدد فرد را در زندگی افزایش می‌دهد و گزینه‌های متعدد رفتاری را برای او ایجاد می‌کند. همچنین، عاطفه مثبت، موجب ساختار شناختی منعطف و گسترده‌تر در افراد می‌شود و توانایی آنها را برای یکپارچه ساختن موضوعات گسترده را افزایش می‌دهد. همچنین، زمانی که مردم آرام و شاد هستند افکارشان رشد و وسعت یافته، خلاقانه‌تر می‌شوند و قوه تخیلشان گسترش می‌یابد. عاطفه مثبت توجه را افزایش می‌دهد، حال آن که عاطفه منفی، حالت منفی مثل اضطراب، افسردگی و شکست، توجه کم و محدود را پیش‌بینی می‌کند (۴۸ و ۴۷). به این ترتیب می‌توان بیان کرد که مادرانی که روان درمانی مثبت‌نگر را دریافت کرده‌اند، می‌توانند با بهبود خلق و افزایش عاطفه مثبت، انعطاف‌پذیری بیشتری داشته و سازگاری بالاتری را در سطح ذهن نشان دهند و بدین ترتیب شادکامی بیشتری را تجربه نمایند. هر پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه است، از آن‌جا که این پژوهش بر روی مادران کودکان مبتلا به سندروم داون مرکز توانبخشی نوید عصر شهر تهران انجام شد، در تعمیم نتایج آن به دیگر مراکز و شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. این پژوهش فقط بر روی مادران کودکان مبتلا به سندروم داون انجام شد و اجرای مطالعه بر روی هر دو والد میسر نبود. شیوه نمونه‌گیری هدفمند، عدم وجود مرحله پیگیری و

نتیجه گیری

مداخله‌های درمانی و آموزشی روان شناسی مثبت‌نگر با ارایه مفاهیم روان‌شناختی مثبت‌گرایانه و خوش بینانه زندگی به مادران کودکان مبتلا به سندروم داون، به ارتقای سطح شادکامی مادران در برابر مصایب زندگی یاری می‌رساند.

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس با کد ۱۰۰/۱۴۰۸ می‌باشد، لذا نویسندگان از مدیریت محترم مرکز جامع توانبخشی نوید عصر شهر تهران و تمامی مادران عزیزی که صمیمانه محققین را یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را می‌نمایند.

REFERENCES

1. Smith E, Hedge C, Jarrold C. A novel framework to measure executive function in down syndrome with applications for early clinical diagnosis of dementia. *Am J Intellect Dev Disabil* 2019; 124(4): 354-73.
2. Leonard S1, Msall M, Bower C, Tremont M, Leonard H. Functional status of school-aged children with Down syndrome. *J Paediatr Child Health* 2002; 38(2): 160-5.
3. de Winter CF, Jansen AA, Evenhuis HM. Physical conditions and challenging behaviour in people with intellectual disability: a systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research* 2011; 55 (7): 675-98.
4. Einfeld SL, Tonge BJ. Population prevalence in children and adolescents with intellectual disabilities: II epidemiological findings. *J Intellect Disabil Res* 1996; 40(Pt 2): 99-109.
5. Foley KR, Jacoby P, Girdler S, Bourke J, Pikora T, Lennox N, et al. Functioning and post-school transition outcomes for young people with Down syndrome. *Child: Care, Health and Development* 2013; 39(6): 789-800.
6. Bull MJ. Committee on Genetics. Health supervision for children with Down syndrome. *Pediatrics* 2011; 128(2): 393-406.
7. Baum RA, Nash PL, Foster EA, Spader M, Ratliff-Schaub K, Coury DL. Primary care of children and adolescents with Down's syndrome: An update. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2008; 38(8): 241-61.
8. Gafford A. Learning disability nursing: Down's syndrome: Experiences of mothers from different cultures. *Br J Nurs* 2001; 10(18): 1193-9.
9. Rogers C. Disabling a family? Emotional dilemmas experienced in becoming a parent of a child with learning disabilities. *Br J Educ Psychol* 2007; 34(3): 148-57.
10. Myers BJ, Mackintosh VH, Goin-Kochel RP. 'My greatest joy and my greatest heart ache': Parents' own words on how having a child in the autism spectrum has affected their lives and their families' lives. *Res Autism Spectr Disord* 2009; 3(3): 670-84.
11. Resch JA, Mireles G, Benz MR, Grenwelge C, Peterson R, Zhang D. Giving parents a voice: A qualitative study of the challenges experienced by parents of children with disabilities. *Rehabil Psychol* 2010; 55(2): 139-50.
12. Sanders JL, Morgan SB. Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome: Implications for intervention. *Child Fam Behav Ther* 1997; 19(4): 15-32.
13. Chang MY, McConkey R. The perceptions and experiences of Taiwanese families who have children with intellectual disability. *International Journal of Disability, Development and Education* 2008; 55(1): 27-41.
14. Durmaz A, Cankaya T, Durmaz B, Vahabi A, Gunduz C, Cogulu O, Ozkinay F. Interview with parents of children with Down syndrome: their perceptions and feelings. *Indian J Pediatr* 2011; 78(6): 698-702.
15. Buss DM. The evolution of happiness. *American Psychologist* 2000; 55: 15-23.
16. Argyle M. Personality, self – esteem and demographic predictions of happiness and depression. *Pers Individ Dif* 2001; 34(6): 921-42.
17. Seligman MEP. A visionary new understanding of happiness and well-being. 2ed. Washington: Atria Books; 2012; pp: 172-74.
18. Lesani A, Mohammadpoorasl A, Javadi M, Esfeh JM, Fakhari A. Eating breakfast, fruit and vegetable intake and their relation with happiness in college students. *Eat Weight Disord* 2016; 21(4): 645-53.
19. Kye SY, Park K. Health-related determinants of happiness in Korean adults. *Int J Public Health* 2012; 59(5): 731-38.
20. Robertson S, Davies M, Winefield H. Why weight for happiness? Correlates of BMI and SWB in Australia. *Obesity Research and Clinical Practice* 2012; 9(6): 609-12.
21. Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *American Psychologist* 2006; 61(8): 774-8.
22. Rashid T. Positive psychotherapy: A strength-based approach. *J Posit Psychol* 2015; 10(1): 25-40.
23. Rashid T, Seligman MEP. Positive psychotherapy: Clinician Manual. 1ed. New York: Oxford University Press; 2018; pp: 112-13.
24. Duckworth AL, Steen TA, Seligman ME. Positive psychology in clinical practice. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1: 629-51.

25. Lyubomirsky S, Layous K. How do simple positive activities increase well-being? *Curr Dir Psychol Sci* 2013; 22(1): 57-62.
26. Fredrickson B. The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist* 2001; 56(3): 218-26.
27. Seligman ME, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *Am Psychol* 2005; 60(5): 410-21.
28. Guo YF, Zhang X, Plummer V, Lam L, Cross W, Zhang JP. Positive psychotherapy for depression and self-efficacy in undergraduate nursing students: A randomized, controlled trial. *Int J Ment Health Nurs* 2017; 26(4): 375-83.
29. Suldo SM, Savage JA, Mercer SH. Increasing middle school students' life satisfaction: Efficacy of a positive psychology group intervention. *J Happiness Stud* 2014; 15(1): 19-42.
30. Pietrowsky R, Mikutta J. Effects of positive psychology intervention in depressive patients: A randomized control study. *Psychology* 2012; 3(12): 1067- 73.
31. Lambert D'raven LT, Moliver N, Thompson D. Happiness intervention decreases pain and depression, boosts happiness among primary care patients. *Prim Health Care Res Dev* 2015; 16(2): 114-26.
32. Farahani HA, Arizi HR. Translated: Methods in behavioral sciences. Cozby PC, meditor. 1th ed. Tehran: Nashr Ravan Publishing; 2008; 77-8.
33. World Medical A. World medical association declaration of helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2013; 310(20): 2191-4.
34. Salehzadeh M, Fallahi M, Rahimi M. The role of family functioning, peer attachment and academic performance in predicting of happiness in adolescent girls. *Positive Psychology Research* 2017; 2(4): 65-78.
35. Hills P, Argyle M. The oxford happiness questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological wellbeing. *Pers Individ Dif* 2002; 33(7): 1073-82.
36. Marmarchinia M, ZoghiPaydar MR. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on hope and happiness in girls. *Journal of Applied Psychology* 2017; 11(2): 157-74.
37. Ochoa C, Casellas-Grau A, Vives J, Font A, Borràs JM. Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *Int J Clin Health Psychol* 2017; 17(1): 28-37.
38. 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. *Cognit Ther Res* 2017; 41(3): 417-33.
39. Howell AJ, Jacobson PM, Lorse DJ. Enhanced psychological health among chronic pain clients engaged in hope-focused group counseling. *The Counseling Psychologist* 2015; 43(4): 586-613.
40. Khodadadi Sangdeh J, Tavalaeayan SA, Bolghan-Abadi M. The effectiveness of positive group psychotherapy in increasing the happiness among mothers of children with special needs. *IJFP* 2014; 1(1): 53-62.
41. Nikrahan GR, Suarez L, Asgari K, Beach SR, Celano CM, Abedi MR, et al. Positive psychology interventions for patients with heart disease: A preliminary randomized trial. *Psychosomatics* 2016; 57(4): 348-58.
42. Kasimirski J. The effect of an online positive psychology exercise and motivating pictures on well-Being. (dissertation). University of Twente; 2014.pp: 86-8.
43. Lü W, Wang Z, Liu Y. A pilot study on changes of cardiac vagal tone in individuals with low trait positive affect: the effect of positive psychotherapy. *Int J Psychophysiol* 2013; 88(2): 213-17.
44. Gander F, Proyer RT, Ruch W, Wyss T. Strength-based positive interventions: Further evidence for their potential in enhancing well-being and alleviating depression. *J Happiness Stud* 2012; 4: 174-85.
45. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist* 2001; 56: 218-26.
46. Schueller SM. Positive psychology. In: Ramachandran VS (editor). *Encyclopedia of Human Behavior*. 1ed. San Diego, CA: Elsevier Academic Press; 2012; 140-7.
47. Kashaniyan F. Effectiveness of positive psychology group interventions on meaning of life and life satisfaction among older adults. *Eld Health J* 2015; 1(2): 68-74
48. Rashid T. Positive psychotherapy: A strength-based approach. *J Posit Psychol* 2014; 10(1): 25-40.

The Effectiveness of Positive Psychotherapy (PPT) on Happiness among Mothers of Children with Down Syndrome (DS)

Pouryahya SM¹, Nazarpour D², MalekZadeh Torkamani P³, Davarniya R^{4*}

¹Department of Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran,

²Department of Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran, ³Department of Clinical Psychology, Chalus Branch, Islamic Azad University, Chalus, Iran, ⁴Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran

Received: 02 Mar 2019

Accepted: 02 July 2019

Abstract

Background & aim: Mothers of children with Down syndrome face challenges in caring for their children which lead to decreased happiness among them. The present research was conducted by the aim of investigating the effectiveness of positive psychotherapy on happiness among mothers of children with Down syndrome.

Methods: The present research was a semi-experimental study which used a pretest-posttest with control group design. The research population included all the mothers of children with Down syndrome referring to Navide Asr comprehensive rehabilitation center in Tehran in 2017. The sample included 40 mothers (20 subjects per group) who were selected by purposeful sampling method and were assigned into experiment and control groups through random assignment method. The participants of both groups completed the Demographic Information Questionnaire and the Oxford Happiness Questionnaire in pretest and posttest stages. Sessions of weekly group positive psychotherapy were held in eight 90-minute sessions for the participants of the experiment group, but the control group participants received no intervention. Univariate analysis of covariance, Kolmogorov-Smirnov test and Levene's Test in SPSSv20 was used for analyzing the data.

Results: Mean and standard deviation of the scores of happiness among the subjects of the experiment group were 39.95 ± 6.38 in pretest which equaled 59.45 ± 9.10 in the posttest. Also, in the control group, mean and standard deviation of the scores of happiness were 40.20 ± 6.06 and 38.65 ± 7.22 in pretest and posttest stages, respectively. Results of the covariance analysis indicated that, by controlling for the effect of pretest, there is a significant difference in between the mean scores of experiment and control groups suggesting the effectiveness of positive psychotherapy in increasing happiness among the experiment subjects ($F = 95.76, P < 0.01$).

Conclusion: Results of the present research confirmed the effectiveness of positive psychotherapy in improving happiness among mothers of children with Down syndrome. The results affirm the importance of applying this intervention on psychological symptoms of mothers of children with Down syndrome and offering new perspectives in clinical interventions.

Keywords: Happiness, Positive Psychotherapy, Down Syndrome, Mothers

*Corresponding author: Davarniya R, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran
Email: rezadavarniya@yahoo.com

Please cite this article as follows:

Pouryahya SM, Nazarpour D, MalekZadeh Torkamani P, Davarniya R. The Effectiveness of Positive Psychotherapy (PPT) on Happiness among Mothers of Children with Down Syndrome (DS). *Armaghane-danesh* 2020; 25(2)(1): 313-327.