



دانشگاه فردوسی مشهد

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

پایان نامه جهت اخذ درجه‌ی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده

**مقایسه‌ی اثربخشی زوج‌درمانی مثبت‌نگر و معنوی - مذهبی بر  
شادکامی، امید، رضایت از زندگی، و بهبود نگرش مادران نسبت  
به کودک آسیب‌دیده‌شان**

مصطفی بلقان آبادی

استاد راهنما

دکتر حسین حسن آبادی

استاد مشاور

دکتر سید محسن اصغری نکاح

اسفند ۱۳۹۰

بیتاب علم

نه می توانم سیدی موهایشان را سیاه کنم، نه می توانم رنج هایی که در طی این سالیان کشیده اند درک کنم، و نه حتی می توانم مرهمی باشم بر دست های پینه بسته شان؛ اما ز بانم به تشکر باز است و این سیاهمه که نتیجه ی رنج سالیان آن هاست هر چند ناچیز به وجود مقدس آن ها تقدیم می دارم.



تقدیم به پدر کوشا و مادر فداکارم؛

تقدیم به پدر و مادرم که به سخاوت بارانند؛

پدر و مادرم که دست های پر مهرشان، همیشه جایگرم بوده است؛

پدر و مادرم که امروز را در گروزحات آنان می دانم؛

و همیشه دوستان دارم.

و تقدیم به بزرگ سرداری از سرداران به خون خفتمی عشق؛

اکنون که با عنایت پروردگار تبارک و تعالی نگارش این پایان نامه به سرانجام رسیده است، بر خود لازم می دانم، مراتب قدردانی خود را از اساتید بزرگوارم آقای دکتر حسین حسن آبادی و آقای دکتر سید محسن اصغری نخلج بجای آورم.

از اساتید محترم داور آقای دکتر علی مهدی و آقای دکتر جواد صاحبی فردی که زحمت نقد و بررسی و افزودن به غنای این اثر را عمده دار بودند، کمال تشکر را دارم.

در نهایت از همکاری صمیمانه می مرکز توانبخشی الوند؛ خانم کارین زونبی مدیرت مرکز و همسرشان جناب

آقای حامی و همکاران کوشا و دلسوزشان و همچنین تمامی زوجینی که به اینجانب در انجام این تحقیق یاری رسانند، تشکر ویژه می نمایم.

ازیزدمنان برای تمامی کسانی که علم را می فهمند و به نحوی در پیشرفت آن نقش

دارند، آرزوی توفیق دارم

مصطفی باقران آبادی

## چکیده

حل مشکلات والدین کودکان آسیب‌دیده از مسائل بین رشته‌ای است که مستلزم توجه مشترک متخصصان حوزه روانشناسی استثنایی و مشاوره خانواده است، به نظر می‌رسد تاکنون مداخلات صورت گرفته اغلب بر فرزندان آسیب‌دیده تمرکز دارد، تا والدین به خصوص مادران. هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ی زوج‌درمانی مثبت‌نگر و معنوی- مذهبی بر شادکامی، امید، رضایت از زندگی، و بهبود نگرش مادران نسبت به کودک آسیب‌دیده‌شان بود. برای دستیابی به این هدف، نمونه‌ای از مادران کودکان آسیب‌دیده شهر مشهد به شیوه‌ی هدفمند انتخاب و به شیوه‌ی تصادفی در دو گروه آزمایشی ( $n_1, n_2=10$ ) و یک گروه کنترل ( $n_3=10$ ) جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های رضایت از زندگی، شادکامی، امیدواری، و نگرش والدین به کودکان آسیب‌دیده‌شان بود. زوج‌درمانی‌ها در ۷ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای به دو شیوه‌ی مثبت‌نگر و معنوی- مذهبی برگزار شد. یافته‌ها نشان داد که رضایت از زندگی و امیدواری مادرانی که مداخله‌ی زوج-درمانی مثبت‌نگر و معنوی- مذهبی را دریافت کرده بودند، افزایش یافته و در نگرش نسبت به فرزند آسیب‌دیده‌شان بهبود حاصل شده بود. همچنین شادکامی مادرانی که زوج‌درمانی مثبت‌نگر را دریافت کرده بودند، افزایش یافته بود. از طرفی اثربخشی زوج‌درمانی معنوی- مذهبی نسبت به مثبت‌نگر در افزایش امیدواری بیشتر بوده است. از سوی دیگر، زوج‌درمانی معنوی- مذهبی در افزایش شادکامی مادرانی که این مداخله را دریافت کرده بودند، اثربخش نبوده است. به نظر می‌رسد که زوج‌درمانی‌های مثبت‌نگر و معنوی- مذهبی از طریق کار بر روی تعاملات زوجین، نگرش، و تعاملات والد- فرزند؛ در بهبود مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان آسیب‌دیده اثربخش هستند. یافته‌ها در برگیرنده دلالت‌های کاربردی و پژوهشی در حیطه‌ی مشاوره خانواده‌های کودکان با نیازهای ویژه (استثنایی) است که مورد بحث قرار گرفته‌اند.

**کلیدواژه‌ها:** زوج‌درمانی مثبت‌نگر، زوج‌درمانی معنوی- مذهبی، نگرش به کودک آسیب‌دیده، رضایت از زندگی،

شادکامی، امیدواری

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱.....	فصل اول.....
۱.....	مقدمه.....
۲.....	مقدمه.....
۳.....	بیان مسئله.....
۷.....	اهمیت و ضرورت پژوهش.....
۹.....	اهداف پژوهش.....
۹.....	فرضیه‌های پژوهش.....
۱۱.....	تعاریف متغیرها.....
۱۱.....	تعاریف مفهومی.....
۱۱.....	نگرش.....
۱۱.....	نگرش به فرزند.....
۱۱.....	کودکان آسیب‌دیده.....
۱۲.....	شادکامی.....
۱۲.....	امید به زندگی.....
۱۲.....	رضایت از زندگی.....
۱۲.....	مداخله‌ی معنوی - مذهبی.....
۱۳.....	مداخله‌ی مثبت‌نگر.....
۱۳.....	تعاریف عملیاتی.....
۱۳.....	نگرش به فرزند.....
۱۳.....	شادکامی.....
۱۴.....	امید به زندگی.....
۱۴.....	رضایت از زندگی.....
۱۴.....	مداخله‌ی معنوی - مذهبی.....
۱۴.....	مداخله‌ی مثبت‌نگر.....
۱۵.....	فصل دوم.....
۱۵.....	پیشینه‌ی نظری و علمی.....
۱۶.....	مقدمه.....
۱۶.....	نگرش.....

۱۶	نگرش والدین به فرزند آسیب دیده شان
۱۷	عوامل اجتماعی - اقتصادی
۱۷	عوامل فرهنگی
۱۸	رضایت از زندگی
۱۹	شادکامی
۲۰	دیدگاه لذتی
۲۱	دیدگاه سعادت گرا
۲۲	امیدواری
۲۴	کودکان آسیب دیده
۲۴	آموزش ویژه
۲۵	طیف های مختلف کودکان آسیب دیده
۲۵	کودکان کم توان ذهنی
۲۶	کودکان دارای آسیب بینایی
۲۷	کودکان دارای آسیب شنوایی
۲۷	آتیسیم یا درخودماندگی
۲۹	کودکان چند معلولیتی
۲۹	سلامت روانی والدین کودکان آسیب دیده
۳۱	معنویت
۳۴	تعریف دین
۳۵	روانشناسی دینی
۳۷	دیدگاه های جامعه شناسان و روان شناسان نسبت به دینداری
۳۷	دیدگاه کارل مارکس (۱۸۱۸-۱۸۸۳):
۳۷	دیدگاه امیل دورکیم (۱۸۵۸-۱۹۱۷):
۳۸	دیدگاه زیگموند فروید (۱۸۵۶-۱۹۳۹):
۳۹	دیدگاه کارل گوستاو یونگ (۱۸۷۵-۱۹۶۱):
۳۹	روان درمانی معنوی - مذهبی
۴۱	تاریخچه روانشناسی مثبت نگر
۴۲	ساختن توانایی ها و قابلیت های انسان: وظیفه ی به فراموشی سپرده شده ی روانشناسی
۴۳	روانشناسی مثبت نگر چیست؟
۴۶	زوج درمانی
۴۷	زوج درمانی مثبت نگر

(ب)

۴۹	تمرکز بر هدف به جای تمرکز بر مشکل
۵۰	عاطفه‌ی مثبت
۵۱	الگوی ایجاد و بسط هیجانات مثبت
۵۱	امید
۵۲	فنون زوج‌درمانی مثبت‌نگر
۵۲	ایجاد ارتباط / ملحق شدن / قطع کردن
۵۳	بیطرفی
۵۴	تأکید بر نقاط مثبت یا تمرکز بر توانایی‌ها
۵۵	بازپردازی و خلاصه کردن
۵۶	سوالات چرخشی
۵۶	قابگیری مجدد یا شکل دهی مجدد
۵۷	زوج‌درمانی معنوی - مذهبی
۵۷	وحدت وجود (درونی و بیرونی)
۵۸	باور داشتن به غیب و ماوراء
۵۹	احساس حضور دائم در برابر ماوراء و خداوند
۵۹	انسان کامل
۶۰	ارزش و اخلاق
۶۰	معنویت ذاتی انسان
۶۱	هدفمندی جهان
۶۲	مشکلات روانی
۶۳	فنون زوج‌درمانی معنوی - مذهبی
۶۴	درس گرفتن از کتاب دینی
۶۴	دعا و نماز
۶۵	بیان سرگذشت الگوهای دینی
۶۶	توبه و طلب بخشش
۶۶	آموزش و تحلیل معنوی ارزش‌های اخلاقی
۶۷	مرور پژوهش‌های انجام شده
۶۷	پژوهش‌های بومی



۷۴	پژوهش‌های غیر بومی.....
۷۸	جمع‌بندی.....
۸۰	فصل سوم.....
۸۰	روش تحقیق و جمع‌آوری داده‌ها.....
۸۱	مقدمه.....
۸۱	روش پژوهش.....
۸۱	جامعه آماری، حجم نمونه، و روش نمونه‌گیری.....
۸۲	ابزار پژوهش.....
۸۲	پرسشنامه شادکامی آکسفورد.....
۸۳	پرسشنامه امیدواری بزرگسالان اسنایدر.....
۸۳	پرسشنامه رضایت از زندگی.....
۸۴	مقیاس نگرش والدین نسبت به فرزند آسیب‌دیده‌شان.....
۸۵	روند اجرا.....
۸۶	ملاحظات اخلاقی.....
۸۶	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها.....
۸۸	فصل چهارم.....
۸۸	نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها.....
۸۹	مقدمه.....
۸۹	ویژگی‌های جمعیت شناختی.....
۸۹	ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی معنوی- مذهبی.....
۹۰	ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی مثبت‌نگر.....
۹۱	ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان گروه کنترل.....
۹۲	بررسی توصیفی داده‌ها.....
۹۴	بررسی استنباطی داده‌ها.....
۹۴	بررسی پیشفرض‌های آزمون تحلیل واریانس مختلط.....
۹۴	نرمال بودن داده‌ها.....
۹۴	همسانی ماتریس کواریانس‌های دو گروه.....
۹۴	همسانی واریانس‌های خطا.....
۹۵	نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط.....
۹۵	فرضیه‌های مرتبط.....
۹۶	گزارش یافته‌ها.....

۹۸	نتایج آزمون فرضیه‌ها.....
۹۸	فرضیه‌های مرتبط.....
۹۸	گزارش یافته‌ها.....
۱۰۰	نتایج آزمون فرضیه‌ها.....
۱۰۰	فرضیه‌های مرتبط.....
۱۰۱	گزارش یافته‌ها.....
۱۰۲	آزمون فرضیه‌ها.....
۱۰۳	فرضیه‌های مرتبط.....
۱۰۳	گزارش یافته‌ها.....
۱۰۵	آزمون فرضیه‌ها.....
۱۰۶	فصل پنجم.....
۱۰۶	بحث و نتیجه‌گیری.....
۱۰۷	مقدمه.....
۱۰۷	مقایسه‌ی نتایج.....
۱۲۸	نتیجه‌گیری.....
۱۳۱	محدودیت‌ها.....
۱۳۲	پیشنهادات.....
۱۳۲	پیشنهادات عملی.....
۱۳۲	پیشنهاداتی برای پژوهش‌های آینده.....
۱۳۴	منابع.....
۱۴۹	پیوست.....
۱۵۰	برنامه‌ی جلسات زوج درمانی معنوی- مذهبی.....
۱۵۱	برنامه‌ی جلسات زوج درمانی مثبت‌نگر.....

## فهرست اشکال

صفحه	عنوان
۲۶	شکل ۱-۲. دیاگرام یک فرد دارای کم توانی ذهنی.....
۳۱	شکل ۲-۲. مدل سازگاری با معلولیت.....

## فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۳-۱) شاخص‌های نیکویی برآزش	۸۵
جدول ۴-۱) میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری	۹۲
جدول ۴-۲) تحلیل واریانس مختلط برای متغیر نگرش والدین نسبت به فرزند آسیب‌دیده‌شان	۹۶
جدول ۴-۳) تحلیل واریانس مختلط برای متغیر رضایت از زندگی مادران کودکان آسیب‌دیده	۹۸
جدول ۴-۴) تحلیل واریانس مختلط برای متغیر امیدواری مادران کودکان آسیب‌دیده	۱۰۱
جدول ۴-۵) تحلیل واریانس مختلط برای متغیر شادکامی مادران کودکان آسیب‌دیده	۱۰۳

## فهرست نمودارها

عنوان	صفحه
نمودار ۳-۱. دیاگرام طرح پژوهش .....	۸۱
نمودار ۳-۲) نمودار بارهای عاملی .....	۸۵
نمودار ۴-۱. تغییرات زمانی در نحوه‌ی نگرش مادران در گروه‌های معنوی- مذهبی، مثبت‌نگر، و کنترل .....	۹۷
نمودار ۴-۲. تغییرات زمانی در رضایت از زندگی مادران در گروه‌های معنوی- مذهبی، مثبت‌نگر، و کنترل .....	۱۰۰
نمودار ۴-۳. تغییرات زمانی در امیدواری مادران در گروه‌های معنوی- مذهبی، مثبت‌نگر، و کنترل .....	۱۰۲
نمودار ۴-۴. تغییرات زمانی در شادکامی مادران گروه‌های معنوی- مذهبی، مثبت‌نگر، و کنترل .....	۱۰۴

## فصل اول

## مقدمه

## مقدمه

تولد نوزاد، یکی از لذت‌های بزرگ در زندگی اکثر خانواده‌ها می‌باشد. با این وجود خانواده‌هایی که تولد فرزندشان با نقصی مواجه می‌شود، به یکباره این لذت تبدیل به یک رنج و ضربه‌ی روحی طاقت فرسا می‌گردد که تحمل آن برای هر انسانی سخت است (کاکاوند، ۱۳۸۵). عوامل و منابع گوناگونی می‌توانند باعث فشار روانی گردند که یکی از این عوامل در زندگی خانوادگی، تولد فرزند آسیب‌دیده می‌باشد. تولد کودک آسیب‌دیده به خودی خود یک عامل فشارزا برای اعضای خانواده و یک عامل نگران‌کننده برای سازگاری خانواده می‌باشد (سیف نراقی و نادری، ۱۳۸۰). با توجه به آمار اعلام شده از سوی معاونت توان‌بخشی سازمان بهزیستی در سال ۱۳۸۵، در کشور حدود دو میلیون و هشت هزار آسیب‌دیده وجود دارد. بنابراین، تعداد قابل توجهی از خانواده‌ها در جامعه ایرانی، از اثرات منفی داشتن یک کودک معلول و فشار روانی بسیار زیاد ناشی از آن رنج می‌برند (علاقبند و همکاران، ۱۳۹۰). در دوره‌های کارورزی ویژه روان‌شناسان و مشاورین، عموماً به کار با خانواده‌های کودکان آسیب‌دیده توجهی نمی‌شود و بیشتر توجه و تمرکز این دوره‌ها بر حل مشکل فرزندان آسیب‌دیده و کاردرمانی با آنان می‌باشد. حتی والدین هم توجهی به خود نکرده و فقط برای رفع مشکل فرزند آسیب‌دیده‌ی خود به مراکز توان‌بخشی مراجعه می‌کنند (هورن‌بی، ۱۳۷۶).

از آنجایی که یکی از نیروهای عمده‌ی تأثیرگذار بر کودک آسیب‌دیده، خانواده است، با این وجود اگر ما انتظار یک آموزش ویژه و موثر را برای کودکان آسیب‌دیده داشته باشیم، لذا باید به نظام خانوادگی‌ای که یک کودک آسیب‌دیده در آن زندگی می‌کند نیز توجه کنیم (کاکاوند، ۱۳۸۵). مداخلات صورت گرفته برای خانواده و والدین، بیشتر مداخلات آموزشی یا آموزش والدین بوده، و کمتر به مداخلات درمانی پرداخته شده است. در حالی که تعامل والدین با هم و والدین با فرزندان از اهمیت خاصی برخوردار است.

### 1. Parent training

در منابع مختلف در زمینه‌ی روانشناسی استثنایی، این گونه کودکان را با عناوینی مختلفی از جمله کودکان با نیازهای ویژه، کودکان استثنایی، کودکان ناتوان، کودکان معلول، و کودکان آسیب‌دیده مورد خطاب قرار داده‌اند، از این رو، در این پژوهش از بین این عناوین، واژه‌ی کودک آسیب‌دیده انتخاب می‌گردد، تا در تمامی متن این عنوان یکدست باشد.

## بیان مسئله

وجود کودک آسیب‌دیده باعث ایجاد استرس روحی و روانی در خانواده و به ویژه مادر شده و والدین کودکان مبتلا به ناتوانی‌های رشدی، استرس زیادی را متحمل می‌شوند (شیو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بار سنگین مراقبت و سرپرستی بیشتر بر دوش مادران است تا پدران (مارکز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷؛ هلر<sup>۳</sup>، هسی<sup>۴</sup>، و رویترز<sup>۵</sup>، ۱۹۹۷). مادران کودکان آسیب‌دیده، استرس بیشتری را در مقایسه با پدران گزارش کرده‌اند. دلیل احتمالی این امر این است که مادران با مشکلات کودک بیشتر درگیر بوده و تحت فشارهای بیشتری قرار می‌گیرند (هاستینگ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳). در حقیقت وجود کودک آسیب‌دیده، سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی والدین، به خصوص مادران را تهدید کرده، و غالباً تأثیر منفی بر آن‌ها دارد (سالوویتا<sup>۷</sup>، ایتالینا<sup>۸</sup>، و لینونن<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳). وجود کودک مشکل‌دار علاوه بر استرس‌های روانی که بر خانواده تحمیل می‌کند، شیوع خیلی از بیماری‌های جسمانی از جمله دردهای مزمن و اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب را در خانواده‌ها، به

- 
1. Schieve
  2. Marks
  3. Heller
  4. Hsieh
  5. Rowitz
  6. Hastings
  7. Saloviita
  8. Itälinna
  9. Leinonen



خصوصاً مادران، افزایش می‌دهد (آرنواد<sup>۱</sup> و دیگران، ۲۰۰۸؛ معتمدی، سیدنور، نوری خواجوی، و افغان، ۲۰۰۷). بطوری که والدین؛ اختلال روانی، حس بی‌ارزشی و احساس گناه، عملکرد جسمی مختل، و خستگی را تجربه می‌کنند (امرسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). میزان شیوع افسردگی در مادران کودکان مبتلا به اختلالات رشدی و کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر نسبت به مادران کودکان سالم بیشتر است (اولسون<sup>۳</sup> و هوانگ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). به طور مثال، یک کودک درخودمانده به عنوان یک کودک آسیب‌دیده، کل خانواده را متأثر می‌سازد، مادران این‌گونه کودکان از سوی دیگران درک نمی‌شوند، نظام‌های ارائه خدمات حمایتی در دسترس آن‌ها نیست، مشکلاتی مربوط به کنارآمدن دارند. از سوی دیگر دانش فرزندپروری مادران کودکان درخودمانده با مادران کودکان عادی متفاوت است (میرسکات<sup>۵</sup>، رویرز<sup>۶</sup> و وارین<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). توانایی‌های هیجانی، گفتاری، و اجتماعی محدود این کودکان، رشد شناختی و رفتارهای نابهنجارشان، استرس و فشار عجیبی بر روی والدین کودکان آن‌ها دارد (دیویس<sup>۸</sup> و کارتر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۸).

انسان با درک این موضوع که عدالت در نهایت بر زندگی سایه می‌افکند، بزرگ می‌شود. بنابراین، اگر فرد فرزندش را آسیب‌دیده مشاهده کند، احساس بی‌عدالتی شدیدی او را فرا می‌گیرد که می‌تواند باورهای اخلاقی و مذهبی او را متزلزل کند (هورن‌بی<sup>۱۰</sup>، ۱۳۷۶). والدین وقتی از مشکل فرزند خود اطلاع می‌یابند، واکنش‌هایی که از خود نشان می‌دهند معمولاً در یک پیوستار قرار دارد. این پیوستار عبارتست از: ضربه روحی، انکار، خشم، تأسف و ناامیدی، پوچی، واقع‌نگری، و سرانجام سازگاری (هورن‌بی، ۱۹۸۲).

- 
1. Arnaud
  2. Emerson
  3. Olsson
  4. Hwang
  5. Meirsschaut
  6. Roeyers
  7. Warreyn
  8. Davis
  9. Carter
  10. Hornby

فرانکل<sup>۱</sup> (۱۳۸۶) معتقد بود که انسان معنای زندگی خود را شکل می‌دهد. چرا که معنای زندگی، مهمترین انگیزه‌ی انسان است که او را از دیگر موجودات متمایز می‌سازد. معنای زندگی می‌تواند با تزریق مسئولیت به زندگی، توان مقابله با مشکلات زندگی را افزایش دهد. می<sup>۲</sup> و یالوم<sup>۳</sup> معتقدند انسان‌ها به معنادار بودن زندگی‌شان نیاز دارند (می و یالوم، ۱۹۸۹؛ به نقل از شارف<sup>۴</sup>، ۱۳۸۱). «معنای زندگی» یکی از مهمترین موضوعات فلسفی، روان‌شناختی و دینی انسان در دوران جدید و عصر صنعتی شدن جوامع و پیشرفت همه‌جانبه علم و فناوری است. مسایل اصلی که ذیل عنوان مذکور جای می‌گیرند، مشتمل بر پرسش‌هایی هستند مربوط به اینکه آیا زندگی هدف دارد یا نه؟ آیا زندگی ارزشمند است یا نه؟ و آیا مردم مستقل از شرایط و علایق خاص خود، دلیلی برای زندگی دارند یا نه؟ ما کجا هستیم؟ برای چه اینجا هستیم؟ هدف از زندگی کردن ما چیست؟ (وستفال<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸).

در میان سیستم‌های ارزشی موجود، معنویت و مذهب پتانسیل زیادی برای این امر دارند (حسن آبادی، ۱۳۸۵). الکینز<sup>۶</sup> (۱۹۹۵) وظیفه‌ی اصلی روان‌درمانی را پرورش و شفابخشی برای روح می‌داند. بدین معنی که روان‌درمانی فرآیند ارتباطی برای مراقبت و رفع بیماری‌ها و مشکلات روحی و روانی انسان است، و ما تنها با به کارگیری این شیوه درمانی می‌توانیم به مراجعین خود کمک کنیم. همچنین، وی معتقد است که به کارگیری مفاهیم و آموزه‌های دینی در قالب تکنیک‌های مشاوره و روان‌درمانی در ارتقاء سطح معنویت و درمان روحانی مراجعین سهم بسزایی دارد (الکینز، ۱۹۹۵؛ نقل از حسن آبادی، ۱۳۸۵). همانطور که گفته شد والدین کودکان آسیب‌دیده نیز در معنای زندگی خود تردید داشته و در برهه‌ای از زمان نیز به پوچی می‌گرایند، ناامیدی و یأس، و خشم و نارضایتی زندگی‌شان را فرا می‌گیرد (هورن‌بی، ۱۹۸۲). نصیری و جوکار (۱۳۸۷) اظهار می‌کنند که

1. Frankl
2. May
3. Yalum
4. Sharf
5. Westphal
6. Elkins

امید در رابطه‌ی بین معناداری زندگی و رضایت از زندگی و شاخص‌های سلامت روانی زنان نقش واسطه دارد. همچنین معناداری زندگی به طور غیرمستقیم و در تعامل با امید می‌تواند سبب افزایش شادی و رضایت از زندگی و کاهش افسردگی و ایجاد شادکامی شود.

روانشناسی مثبت‌نگر<sup>۱</sup> رویکردی است که بر افزایش توانایی‌ها و فضیلت‌های انسانی تأکید دارد و زندگی را ارزشمند ساخته و این امکان را برای افراد و جوامع فراهم می‌آورد که به موفقیت دست یابند (سلیگمن<sup>۲</sup> و سیکزنتمیهایلی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰). هیجان‌ات مثبت در زندگی نقش مهمی در بهزیستی روان‌شناختی و فیزیکی انسان‌ها دارد (امانس<sup>۴</sup> و مک‌کالف<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳). روان‌درمانی مثبت‌نگر در عمل، براساس روش‌های علمی سنتی جهت فهم و آسیب‌شناسی روانی رفتار طراحی شده است (سلیگمن، رشید<sup>۶</sup>، پارکز<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶). این رویکرد بر فرآیندهای مثبت و توانایی‌های افراد تأکید دارد، و به درمانگران توصیه می‌کند که به فرآیندهای مثبت مراجعینشان که کم و به ندرت در زندگی‌شان جریان دارد، توجه کنند (سلیگمن، رشید، پارکز، ۲۰۰۶). روان‌درمانی مثبت‌نگر بر فضایل و توانایی‌های انسان‌ها تأکید دارد. این دیدگاه افراد را تشویق کرده تا توانایی‌های و خصوصیاتشان را در قلمروهای اصلی زندگی‌شان (کار، فرزندپروری، عشق و غیره) به کار گیرند و این را به عنوان یک وظیفه بدانند (پترسون<sup>۸</sup>، پارکز، و سلیگمن، ۲۰۰۶). فوردایس<sup>۹</sup> (۱۹۸۳، ۱۹۷۷) در پژوهش‌های خود بر روی دانشجویان، دریافت که دانشجویانی که آموزش‌های لازم در زمینه چگونگی شادتر شدن را دریافت کرده بودند، در مقایسه با دانشجویانی که این آموزش‌ها را دریافت نکرده بودند، نشانگان افسردگی کمتری را گزارش کردند (نقل از سلیگمن، رشید، و پارکز، ۲۰۰۶). عاطفه مثبت به عنوان یکی از مؤلفه‌های رویکرد روان‌درمانی مثبت‌نگر با نتایج

- 
1. Positive Psychology
  2. Seligman
  3. Csikszentmihalyi
  4. Emmons
  5. McCullough
  6. Rashid
  7. Parks
  8. Peterson
  9. Fordyce

مثبت سلامتی رابطه داشته است. فرآیندهای زیست‌شناختی میانجی اثرات خُلق مثبت بر سلامت جسمی می‌باشند (دوکری<sup>۱</sup> و استپتو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). شواهد نشان داده‌اند که احساسات مثبت فرد را ذاتاً شادتر می‌نمایند. سطوح بالاتر عاطفه مثبت با جنبه‌های مختلف سلامتی رابطه داشته و آن را پیش‌بینی می‌نمایند (پرسمن<sup>۳</sup> و کوهن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵).

با توجه به اینکه مادران کودکان آسیب‌دیده مشکلاتی در زمینه سلامت روان، رضایت از زندگی، استرس و اضطراب، افسردگی و ناشادی، و عدم سازگاری با مشکل کودکشان دارند (آرنواد و دیگران، ۲۰۰۸؛ امرسون، ۲۰۰۳) و از آنجایی که مؤلفه‌های رویکرد مثبت‌نگر و معنوی- مذهبی در کاهش اضطراب و افسردگی، و افزایش رضایت از زندگی، سلامت روان، و شادکامی افراد اثربخش بوده‌اند (پرسمن و کوهن، ۲۰۰۵؛ دوکری و استپتو، ۲۰۱۰؛ موسوی نسب، تقوی، و محمدی، ۱۳۸۵؛ نصیری و جوکار، ۱۳۸۷)، در نتیجه این سؤال به ذهن متبادر می‌شود که آیا این دو رویکرد در بهبود نگرش به فرزند، رضایت از زندگی، شادکامی، و امید مادران کودکان آسیب‌دیده اثربخش هستند؟

## اهمیت و ضرورت پژوهش

کودکان آسیب‌دیده<sup>۵</sup> و والدین‌شان نه تنها بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند بلکه سایر اعضای نظام خانواده یعنی دیگر فرزندان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. وجود کودک آسیب‌دیده اغلب ضایعات جبران‌ناپذیری را بر پیکر خانواده وارد می‌کند. میزان آسیب‌پذیری خانواده در مقابل این ضایعه گاه به حدی است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدیدی می‌شود (نریمانی، آقامحمدیان شعرباف، و رجبی، ۱۳۸۶). والدین نه ماه مشتاقانه به انتظار می‌نشینند تا فرزندشان به دنیا بیاید، وقتی که پس از این انتظار طولانی به یکباره با این معضل

1. Dockray
2. Steptoe
3. Pressman
4. Cohen
5. Impaired child