

## تأثیر آموزش مثبت‌اندیشی بر ناگویی هیجانی و خودبخشایشگری مادران کودکان با ناتوانی یادگیری

علی محمد ناعمی<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۸/۱۳

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۳/۰۳

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مثبت‌اندیشی بر ناگویی هیجانی و خودبخشایشگری در مادران کودکان با ناتوانی یادگیری انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. تعداد ۳۴ نفر از مادران کودکان با ناتوانی یادگیری بین سنین ۶ تا ۱۲ ساله سبزواری به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه جایگزین شدند. پرسشنامه‌های ناگویی هیجانی و خودبخشایشگری به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. مادران گروه آزمایشی ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای در برنامه آموزش مثبت‌اندیشی شرکت کردند و آن‌گاه پس‌آزمون اجرا شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش مثبت‌اندیشی موجب کاهش ناگویی هیجانی و مولفه‌های آن (دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی) و نیز افزایش خودبخشایشگری و مولفه‌های آن (احساسات و کنش‌های خودبخشایشگری و باورهای خودبخشایشگری) شده است. بر این اساس می‌توان گفت که آموزش مثبت‌اندیشی یک برنامه مداخله‌ای اثربخش برای کمک به مادران کودکان با اختلال یادگیری است.

واژگان کلیدی: مثبت‌اندیشی، ناگویی هیجانی، خودبخشایشگری، ناتوانی یادگیری

---

۱. استادیار گروه تربیتی واحد سبزواری، دانشگاه آزاد اسلامی، سبزواری، ایران (نویسنده مسئول)  
amnaemi@yahoo.com

## مقدمه

ناتوانی یادگیری می‌تواند به عنوان ناتوانی‌های اساسی تحصیلی تعریف شود و با الگوی خاصی از تغییرات روانی و زیستی حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد کودکان مدرسه را در بر می‌گیرد (اسکلون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). در کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم<sup>۲</sup> (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳)، اختلال یادگیری به اختلال یادگیری ویژه تغییر نام داده است. اختلال یادگیری ویژه نوعی اختلال عصب-تحوالی است که از سن مدرسه آغاز می‌شود؛ هرچند ممکن است تا چندین سال بعد شناخته نشود. این اختلال در برگیرنده مشکلات مداوم یادگیری مهارت‌های اساسی تحصیلی، از قبیل خواندن، نوشتن و ریاضی است. این کودکان با وجود این که ممکن است از نظر هوشی طبیعی باشند (سیگل<sup>۴</sup>، ۱۹۸۹)، در مدرسه عملکرد مطلوبی ندارند و تغییرات عصب-روانشناختی خاصی همراه با مشکلات هیجانی و شناختی از خود نشان می‌دهند (هندریکسون<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). ناتوانی‌های یادگیری در کودکان می‌تواند منجر به پایین آمدن کیفیت زندگی آنان هم در حوزه روابط میان فردی و هم درون فردی شود و همچنین پیش‌بینی کننده خودپنداره تحصیلی آنان است (برابکوا، زاروبوا، کوهات، جاست و کرسک<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵).

هنگامی که والدین متوجه ناتوانی یادگیری فرزندشان می‌شوند، آن‌ها وارد مسیری در زندگی می‌شوند که با هیجان‌های شدید و انتخاب‌های دشوار همراه است (کالك<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸). والدین این کودکان مسئولیت فرایند بهبودی و حمایتی از رشد فرزند را در ابعاد جسمی، عاطفی، اجتماعی، فکری، معنوی از نوزادی تا بزرگسالی را بر عهده دارند (مومبائونا<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰). هارپر<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۱۳) اشاره می‌کند که چالش‌های گسترده‌ای در فرایند فرزندپروری کودکان با ناتوانی‌های یادگیری وجود دارد. معمولاً، کودکان با ناتوانی‌های یادگیری نسبت به کودکان بدون اختلال به خاطر نیازهای بیشتری که دارند، به

- 
1. Scanlon
  2. diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)
  3. American Psychiatric Association
  4. Siegel
  5. Hendriksen
  6. Brabcová, Zárubová, Kohout, Jošt & Kršek
  7. Kalek
  8. Mumbuna
  9. Harper

توجه بیشتری از سوی والدین نیاز دارند (وانپلت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). گرابلر<sup>۲</sup> (۲۰۱۲)؛ به نقل از تادره‌را و هال<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷) مدعی است که والدین کودکان با ناتوانی‌های یادگیری، ممکن است به خاطر اختلالات ژنتیکی، ناتوانی در مراقبت دوران بارداری، استفاده از داروها و سوء مصرف مواد، خود را به طور مستقیم مسئول ناتوانی‌های فرزند تلقی کرده و احساس گناه کنند. معمولاً، احساس بی‌ارزشی، شرم و گناه سبب می‌شود برخی از والدین، اختلال یادگیری کودکان را مانند یک راز مخفی نگاه دارند (نادری و سیف‌نراقی، ۱۳۹۵). یافته‌های رش و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۱۰) نشان داد والدین کودکان با ناتوانی‌های یادگیری به دلیل افزایش مسئولیت‌های فرزندپروری، در معرض خطر افسردگی، بیماری‌های جسمی و کاهش کیفیت زندگی قرار می‌گیرند. علاوه بر این، وجود کودکان با ناتوانی‌های یادگیری می‌تواند تأثیر مهمی بر خانواده داشته باشد و موجب بروز احساسات شدیدی شود که روابط عاطفی والدین با فرزند را تحت تأثیر قرار دهد (دیسون<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). آن‌ها بر این باورند که عامل اساسی که در روابط اجتماعی آن‌ها نقش بازی می‌کند، نگرانی آنان نسبت به رشد آینده فرزندانشان است (فرناندز-الکانتارا<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). این اختلال، رابطه صمیمانه والد-فرزند را تحت تأثیر قرار داده و سبب استرس اعضای خانواده، به‌ویژه مادر می‌شود (دی‌گیلیو، فیلیپو و جاشینسک<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴). پژوهش‌ها نشان داده که کودکان با ناتوانی‌های یادگیری در مدرسه عملکردی ضعیف دارند و در تعامل با خانواده از مشکلات عاطفی رنج می‌برند (لنچ، لوین و والن<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳) و ناامیدی والدین را سبب می‌شوند (کاکسی<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). نتایج پژوهش‌های کیفی حاکی از آن است که والدگری این کودکان بسیار طاقت‌فرسا است (معین، هال-لورد و هدلین<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۱) و هر روزه با مشکلات عاطفی و رفتاری فراوانی مواجه می‌شوند (کاکسی و همکاران، ۲۰۱۴). به نظر می‌رسد دشواری تعامل والدین با این فرزندان باعث پریشانی قابل توجه در والدین

1. VanPelt
2. Grobler
3. Taderera & Hall
4. Resch
5. Dyson
6. Fernández-Alcántara
7. Di Giulio, Philipov, & Jaschinsk
8. Lench, Levine & Whalen
9. Cacci
10. Moen, Hall-Lord & Hedelin

می‌گردد (بونیفکسی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). نتایج پژوهش (تاکاهاشی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷) نشان می‌دهد که ناتوانی یادگیری فرزندان خانواده پیش‌بینی‌کننده استرس والدین آنها است.

فشارهای روانی ناشی از حضور یک کودک دارای ناتوانی‌های یادگیری در خانواده می‌تواند منجر به ناگویی هیجانی<sup>۳</sup> مادر شود (یی، لو و زونگ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). ناگویی هیجانی به معنی نبود واژه‌هایی برای بیان هیجان‌ها است (لوانت، آلن و لین<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴) که با اختلال در تشخیص کلامی و غیرکلامی احساسات مرتبط است. ناگویی هیجانی در طیف وسیعی از افراد دارای مشکلات روانشناختی از جمله اختلالات اضطرابی، اختلالات شبه جسمانی و افسردگی پدیدار می‌شود (سانگ‌هوا<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). اگر چه ناگویی هیجانی را می‌توان به عنوان نوعی اختلال روانی در نظر گرفت که در اثر عواملی مانند تروما (فرنزونی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۳) یا اختلال نیمکره راست مغز (جسینر و مارکهام<sup>۸</sup>، ۱۹۹۷) ایجاد می‌شود؛ اما متغیر تفاوت‌های فردی راجع به باورها در مورد ارزش هیجان‌های زندگی اجتماعی که طی فرایند رشد شکل می‌گیرد، نیز می‌تواند زمینه پدیدآیی ناگویی هیجانی را سبب شود (اید و داینر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱).

ناگویی هیجانی سازه‌ای است که از سه مولفه دشواری در شناسایی احساسات<sup>۱۰</sup>، دشواری در توصیف احساسات<sup>۱۱</sup> برای دیگران و جهت‌گیری فکری بیرونی<sup>۱۲</sup> (سبک تفکر عینی) تشکیل شده است. ناگویی هیجانی با ویژگی‌هایی از قبیل، ناتوانی در بازشناسی و توصیف کلامی هیجان‌های شخصی، فقر شدید تفکر نمادین که آشکارسازی برخوردها، احساسات، تمایلات و سائق‌ها را محدود می‌کند، ناتوانی در به کارگیری احساسات به عنوان

- 
1. Bonifacci
  2. Takahashi
  3. alexithymia
  4. Yi, Luo & Zhong
  5. Levant, Allen & Lien
  6. Sung hwa
  7. Franzoni
  8. Jessimer & Markham
  9. Eid & Diener
  10. difficulty in identifying feeling
  11. difficulty in describing feeling
  12. externally oriented thinking

علائم مشکلات هیجانی، تفکر انتزاعی در مورد واقعیت‌های کم‌اهمیت بیرونی، کاهش یادآوری رؤیاهای، دشواری در تمایز بین حالت‌های هیجانی و بدنی، فقدان جلوه‌های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی مشخص می‌شود (کوماکی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳؛ آلن، لوکوتساو، هایس و زلتزر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). این افراد به دلیل عدم آگاهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی احساسات خود، معمولاً قادر به شناسایی، درک و یا توصیف هیجان‌های خویش نیستند و توانایی سازگاری محدودی با شرایط تنش‌زا دارند. زمانی که افراد نتواند احساسات منفی خود را به صورت کلامی بیان کنند، اختلالات روانی از جمله افسردگی اساسی (سلیکل<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰)، اختلال هراس (مارچسی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۴)، اختلال خوردن (کارانو<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۶) و سوءمصرف مواد (دی تایماری<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۸) در آن‌ها دیده می‌شود. کسانی که سطح بالاتری از ناگویی هیجانی دارند در مقایسه با آنان که کمتر این مشکل را دارند، نمره هوش کلامی پایین‌تری داشته و توان کمتری در شناخت احساسات، به ویژه خشم و ترس که از کمترین نمرات دقت برخوردار هستند، از خود نشان می‌دهند (مونت باروکسی، روزی، سورینلی و بالدارو<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱). همچنین، این افراد در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و نظم‌دهی هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجه هستند و در تمایز احساسات درونی از احساسات بدنی مشکل دارند (سوارت، کورتکاس و آلمن<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹). باید دانست ناگویی هیجانی به معنی فقدان احساس و هیجان نیست، بلکه به این معنا است که این افراد علیرغم داشتن احساسات و هیجان‌ها قادر به توصیف یا درک آن‌ها نیستند (تیلور، بگبای و پارکر<sup>۹</sup>، ۱۹۹۷). با توجه به نقایص شناختی و عاطفی تصور می‌شود که ناگویی هیجانی با شاخص‌های سلامت به‌طور کلی و با مشکلات جسمانی و پزشکی به‌طور خاص رابطه داشته باشد. این نکته نیز آشکار شده است که ناگویی هیجانی با ناتوانی در خودتنظیمی رابطه دارد (چن، جینگ و جانگ<sup>۱۰</sup>،

1. Komaki
2. Allen, LuQTsao, Hayes & Zeltzer
3. Celikel
4. Marchesi
5. Carano
6. De Timary
7. Montebroccci, Surcinelli, Rossi & Baldaro
8. Swart, Kortekaas, & Aleman
9. Taylor, Bagby & Parker
10. Chen, Jing & Chan

(۲۰۱۱). ناگویی هیجانی با طیف وسیعی از مشکلات روانشناختی، مانند اضطراب، افسردگی و اختلالات شبه‌جسمی همراه است (سانگ هوا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که والدین کودکان با نیازهای ویژه بیشتر از راهبردهای متمرکز بر هیجان استفاده می‌کنند که این سبک مقابله‌ای با سلامت، بهزیستی روانی و انسجام پایین خانواده، تنیدگی، افسردگی و اضطراب بالاتر همراه است (لین، ورسمند و کاستر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). یافته‌های هیمن و برگر<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) نشان می‌دهد که مادران کودکان با ناتوانی‌های یادگیری نسبت به مادران کودکان عادی احساسات خود را کمتر بیان کرده و از دوستی و حمایت اجتماعی کمتری برخوردار هستند. از این رو، خانواده‌های این کودکان نیازمند حمایت اجتماعی و بالابردن سطح آگاهی از طریق برنامه‌های مداخله‌ای برای بالابردن توانایی مقابله و تسهیل تعاملات اجتماعی هستند (اسکوتارزاک و لی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). یافته‌های گالاگر و هانینگان<sup>۵</sup> (۲۰۱۵) نیز حکایت از آن دارد والدین کودکان با معلولیت که مراقبت از فرزند را بر عهده دارند پس از تعدیل افسردگی و سایر اختلالات رفتاری در معرض خطر چاقی قرار می‌گیرند و افزایش مشکلات رفتاری فرزند پیش‌بینی کننده چاقی والدین است. نتایج پژوهش گالاگر و هانینگان (۲۰۱۴) نشان داد که خطر ابتلاء مجدد به افسردگی والدین کودکان با ناتوانی‌های رشدی که سلامت روانی خود را بازیافته‌اند، وجود دارد. به‌طور کلی، مادران کودکان با ناتوانی یادگیری که اندیشه انعطاف‌پذیری بیشتری دارند، به‌صورت مثبت‌تری چهارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز و حوادث استرس‌زا را بهتر تحمل می‌کنند و نسبت به مادرانی که انعطاف‌پذیری کمتری دارند از توان مقابله و تاب‌آوری بیشتری برخوردار خواهند بود (هاگلوند، نستادت، کوپر سوتویک، چارنی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷).

مادران کودکان با ناتوانی‌های یادگیری برای رهایی از احساس گناه و شرم، مکرراً درگیر خودبخشایشگری<sup>۷</sup> می‌شوند (مک‌کانل، دیکسون، فینچ و هولمز<sup>۸</sup>، ۲۰۱۲).

1. Sunghwa
2. Lin, Orsmond, Coster & Cohn
3. Heiman & Berger
4. Skotarczak & Lee
5. Gallagher & Hannigan
6. Haglund, Nestadt, Cooper, Southwick & Charney
7. Self Forgiveness
8. McConnell, Dixon & Finch

خودبخشایشگری حرکتی خودانگیخته است که فرد قربانی، خواهان جلوگیری از انجام اعمال خلاف به منظور کاهش انتقام‌جویی و افزایش رفتار خیرخواهانه و مثبت در خود نست به افراد متخلف می‌باشد (هال و فینچام<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). بخشایشگری مانند عدالت، صبر و مهربانی، فضیلتی است که فرد مظلوم به خاطر ظلمی که دیگری در حق او روا داشته شده، متحمل درد و رنج گردیده و تصمیم می‌گیرد که خشم و ستیزه‌جویی خود را در طول زمان کاهش داده و نسبت به فرد متخلف مهربان باشد (هولوم گرن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳). بخشایشگری الزاما به معنی عذرخواهی، آشتی کردن و نادیده گرفتن نیست؛ بلکه بخشایشگری و عدالت‌جویی باید با هم باشند (ان رایت و فیتزبیبانس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). خودبخشایشگری عملی آگاهانه، فرایندی مسالمت‌آمیز با وسایل جایگزینی یا حذف گناه و شرم از طریق به‌عهده گرفتن مسئولیت، تلاش در جبران کردن، ارزش نهادن به خود با وجود محدودیت‌ها و اصلاح نقص‌های رفتاری و شخصیتی است که در ارتباط با خطاهای بین فردی، درون فردی و یا معنوی انجام می‌گیرد (مک کانل، ۲۰۰۹). به عبارت دیگر، بخشایشگری فرایند چشم‌پوشی ارادی از حق عصبانیت و انزجار از یک عمل ارتكابی پُرگزند است که شخص متألم رفتاری گرم و محبت‌آمیز با فرد خاطی در پیش می‌گیرد، فرایند بخشودن چهار مرحله آزرده‌گی، نفرت، شفا یافتن و بخشیدن و در نهایت آشتی و بازگشت به سوی یکدیگر را شامل می‌شود (زاکورینی، جانسون و دلگلیش و مکینن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). فرایند خودبخشایشگری می‌تواند فرد را از عواطف منفی همچون خشم، رنجش، احساس گناه، شرم، سرزنش خود، افسردگی، اضطراب، یأس و غم و اندوه رها سازد و احساسات مثبت از قبیل همدلی، شفقت، مهربانی و عشق به‌خود را جایگزین آن‌ها نماید (ورتینگتون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). به اعتقاد کارشناسان، پاسخ‌های مسالمت‌آمیز و صلح‌جویانه سبب کاهش احساس گناه و تمایل به جبران آسیب‌های ناشی از آن شده (اکسلاین، روت، یاداوالی مارتین و فیشر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱) و خودبخشایشگری را افزایش می‌دهد (کارپنتر، کارلیسل

- 
1. Hall & Fincham
  2. Holmgren
  3. Enright & Fitzgibbons
  4. Zuccurini, Johnson, Dagleish & Makinen
  5. Worthington
  6. Exline, Root., Yadavalli, Martin & Fisher

و تسانگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴) و خودبخشایشگری نیز موجب افزایش احترام به خود (برتون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۵)، سلامت روان (ان‌رایت و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶)، امیدواری، رضایت از زندگی (توسایت، اون و چیدل<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲؛ توسایت، باری، انگوس، بورنفرند و مارکمن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷)، سلامت جسمی، معنوی، ارتباط (دیویس، ورتینگتون، هوک و هیل<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳) و کاهش احساس گناه و شرم (هالاها، کافمن و پولین<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴)، اختلالات روانشناختی از جمله سوء‌مصرف مواد، اختلالات خوردن (ورتینگتون و لانگبرگ<sup>۸</sup>، ۲۰۱۲) و خودکشی / خودآزاری (وب، هیل و پرور<sup>۹</sup>، ۲۰۱۲؛ شرر<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۱)، هیجان‌های منفی (اسکوئیرز، زاتینرت، گیلن، کانتی و هول<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۲) خودانتقادی، اضطراب، افسردگی (توسایت و همکاران، ۲۰۱۷) و خشم (ان‌رایت و همکاران، ۲۰۱۶) می‌شود.

تمامی افراد و جوامع بشری به دنبال ایجاد و حفظ زندگی خوب هستند. زندگی خوب دربرگیرنده شادمانی، سلامت، مولد بودن و معنی‌دار بودن است که فراتر از نداشتن بیماری، اختلال و مشکل می‌باشد. رویکردهای سنتی روانشناسی عمدتاً بر شناسایی مشکلات و کاهش آن‌ها تمرکز دارند. در حالی که روانشناسی مثبت به عنوان یکی از جدیدترین شاخه‌های روانشناسی، بر توانایی‌های افراد از قبیل شادکامی، لذت بردن، قدرت حل مساله و خوش‌بینی تمرکز دارد (پارک، پترسون و سان<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۳). مثبت‌اندیشی شامل آموزش فکر کردن به صورت متفاوت هم در باره رویدادها و داشته‌های مثبت و هم در باره رویدادها و داشته‌های منفی و ارزش نهادن به داشته‌ها است. در آموزش مثبت‌اندیشی به افراد کمک می‌شود تا توانایی‌های بالقوه، تجربه‌های مثبت و خوب خود و دیگران را باز شناسند. علاوه

1. Carpenter, Carlisle & Tsang
2. Breton
3. Enright
4. Toussaint, Owen, & Cheadle
5. Toussaint, Barry, Angus, Bornfriend & Markman
6. Davis, Worthington, Hook & Hill
7. Hallahan, Kauffman & Pullen
8. Worthington & Langberg
9. Webb, Hill, & Brewer
10. Scherer
11. Squires, Sztainert, Gillen, Caouette & Wohl
12. Park, Peterson, Sun



براین، آن‌ها یاد می‌گیرند تا فعالانه در زندگی درگیر شده و شخصا زندگی خویش را شکل دهند (سلیگمن، سیکزنت میهالی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). آموزش مثبت‌اندیشی می‌تواند زندگی خوب - احساسات مثبت، تعامل، ارتباط، معنا و موفقیت - را تقویت کند (سلیگمن، ۲۰۱۰). در مثبت‌اندیشی سعی بر این است تا افراد با تمرکز بر جنبه‌های مثبت، از ورود احساسات منفی به حیطه شخصی ممانعت به عمل آورده و از این راه به سلامت روانی خود کمک کنند (وود و جوزف<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). روانشناسی مثبت با هدف گسترش بهزیستی در چهار حوزه فعالیت می‌کند که عبارتند از: الف - احساسات مثبت (مثل خوشبختی، شادکامی) و اثرات آن‌ها بر عملکرد روانشناختی و فیزیکی؛ (ب) صفات مثبت فردی (مثل، ارزش‌ها، استعدادها) و نقش محافظتی آن‌ها در مقابل اختلالات روانی و فیزیکی مختلف؛ (ج) روابط مثبت بین فردی (مثل دوستی، ازدواج) و (د) نهادها و سازمان‌های مثبت (مثل خانواده، مدرسه) (پارک، پترسون و سان<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). آموزش مثبت‌اندیشی به معنای فعالیت‌های متمرکز بر جنبه‌های منفی، درمان یا آسیب‌شناسی نیست، بلکه تاکید بر بهبود بهزیستی و سلامت روان از طریق فعالیت‌هایی است که منجر به افزایش آثار مثبت شناختی و رفتاری می‌شود (بانوس<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). پترسون، پارک و سلیگمن<sup>۵</sup> (۲۰۰۵) معتقدند استفاده از نقاط قوت می‌تواند نتایج محسوسی مانند بهزیستی روانشناختی، صلاحیت، کارایی، مهارت، سلامت روان و شبکه اجتماعی غنی را در پی داشته باشد. استفاده از این نقاط قوت موجب کمک به ارتقاء نیازهای روان‌شناختی اساسی و بهزیستی از قبیل صلاحیت، خودمختاری، پیوندگرایی و عزت‌نفس می‌شود و این نقاط قوت میتواند به‌عنوان سپری در برابر بیماری‌های روانی از فرد محافظت کند. در سال‌های اخیر مداخله مثبت‌نگری با تاکید بر توانایی‌ها و فضیلت‌های آدمی به بررسی عوامل موثر بر سلامت روان، شادکامی و رضایت از زندگی حتی در شرایط مخاطره‌آمیز پرداخته است (سلیگمن، رشید و پارکس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). اکنون شواهد قابل توجهی مبنی بر تأثیر مثبت این مداخله‌ها بر

1. Seligman & Csikszentmihalyi
2. Wood, & Joseph
3. Park, Peterson & Sun
4. Baños
5. Peterson, Park, & Seligman
6. Seligman, Rashid & Parks

بهزیستی، کاهش علائم افسردگی (پیتروسکی و میکوتا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲)، بهبود اعتماد به نفس، افزایش هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی (گارسیا، پلچانو، گنزalez-لیندرو و موران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳) و افزایش اثربخشی درمان‌های روانشناختی وجود دارد (بانوس و همکاران، ۲۰۱۷). گرچه در زمینه تأثیر مثبت‌نگری بر آسیب‌های روانی پژوهش‌های زیادی انجام شده است (هنرمندزاده و سجادیان، ۱۳۹۵؛ رستمی و همکاران، ۱۳۹۲؛ پیتروسکی و میکوتا، ۲۰۱۲؛ گارسیا و همکاران، ۲۰۱۳؛ لیونگ، چان، لام، یائو و تسانگ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶)، اما در ارتباط با تأثیرگذاری آن بر ناگویی هیجانی و خودبخشایشگری مادران کودکان با ناتوانی‌های یادگیری در خارج و به‌ویژه در ایران (با بررسی کامل پایگاه‌های اطلاعاتی و کلیدواژه‌های مختلف) پژوهشی صورت نگرفته است. با این حال، بررسی پژوهش‌هایی که در ارتباط با تأثیر احساسات و انتظارات والدین بویژه مادران دارای کودک ناتوان یادگیری بر فرزند و نیز مداخله مثبت‌نگری بر این احساسات و هیجان‌ها انجام شده است، می‌تواند مفید باشد. نتایج پژوهش هنرمندزاده و سجادیان (۱۳۹۵) نشان داد که مداخله مثبت‌نگری گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شادکامی دختران نوجوان بی‌سرپرست تأثیر مثبت و معناداری دارد. نیک منش و زند و کیلی (۱۳۹۴) بر اساس نتایج حاصل از پژوهش اعلام کردند که آموزش مثبت‌نگری بر کاهش میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس و ارتقای سطح کیفیت زندگی نوجوانان مؤثر است. رستمی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت مثبت‌اندیشی بر افزایش شادکامی نوجوانان کم‌شنوا مؤثر است. پیتروسکی و میکوتا (۲۰۱۲) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا بر افسردگی بیماران، دریافتند که مداخله مثبت‌گرا بر کاهش علائم افسردگی و افزایش بهزیستی اثربخش است. یافته‌های گارسیا و همکاران (۲۰۱۳) حاکی از آن است که افراد با اعتقادات مثبت و خوش‌بینانه بالا، از اعتمادبه‌نفس بیشتری برخوردارند و این امر موجب کسب تجارب مثبت شده و آن‌ها را از تجربه‌های منفی دور می‌کند. بولیر<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی فرا تحلیلی اعلام کردند که روانشناسی مثبت بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیر مثبت و معناداری دارد. نتایج پژوهش

1. Pietrowsky & Mikutta
2. Garcia, Pelechano, Gonzalez-Leandro & Moran
3. Leung, Chan, Lam, Yau & Tsang
4. Bolier

لیونگ، چان، لام، یابو و تسانگ (۲۰۱۶) نشان داد که برنامه آموزشی شاد برای والدین کودکان با ناتوانی‌های یادگیری سبب کاهش معنی‌دار استرس والدین، مشکلات رفتاری کودکان و راهبردهای ناکارآمد انضباطی والدین می‌گردد.

با توجه به این که مشکلات کودکان با ناتوانی‌های یادگیری در خانواده، تنها به مسایل آموزشی محدود نمی‌شود، بلکه بر سلامت، عملکرد و روابط خانواده‌ها و جامعه تأثیر قابل توجهی می‌گذارند و در این میان مادران رنج بیشتری را متحمل می‌شوند و تداوم چنین شرایط سخت و دشوار می‌تواند منجر به ناگویی هیجانی و احساس شرم و گناه در مادر شود، پرداختن به وضعیت والدین بویژه مادران کودکان با ناتوانی‌های یادگیری، امری مهم و ضروری به نظر می‌رسد تا از طریق مثبت‌نگری زمینه کاهش ناگویی هیجانی و افزایش خودبخشایشگری در آنان فراهم شود. از سوی دیگر، پژوهش‌های گذشته عمدتاً بر مشکلات مختلف کودکان با ناتوانی‌های یادگیری تمرکز داشته‌اند و به مشکلات والدین این گونه کودکان کمتر توجه شده است (دیسون، ۲۰۱۰) و همان‌گونه که قبلاً اشاره شد تا کنون پژوهشی در زمینه تأثیر مداخله مثبت‌اندیشی بر ناگویی هیجانی و خودبخشایشگری مادران کودکان با ناتوانی‌های یادگیری در ایران انجام نشده است که اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش را بیشتر آشکار می‌سازد. براین اساس و با الهام از مبانی نظری و تجربی فوق، این پژوهش در صدد پاسخگویی به این سوال است که آیا آموزش مثبت‌اندیشی بر ناگویی هیجانی و خودبخشایشگری مادران کودکان با ناتوانی‌های یادگیری مؤثر است؟

## روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه مادران کودکان با ناتوانی‌های یادگیری شهر سبزوار به تعداد ۱۵۲ نفر بودند که در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۵ به دو مرکز اختلالات یادگیری ارجاع داده شده و ناتوانی یادگیری فرزندان آنها با توجه به آزمون‌های انجام شده، مورد تأیید کارشناسان مراکز فوق قرار گرفته بود. برای انتخاب نمونه ابتدا از بین دو مرکز اختلالات یادگیری مذکور یک مرکز به صورت تصادفی ساده انتخاب شد که تعداد مراجعان آن ۷۴ نفر بود. برای نمونه‌گیری ابتدا پرسشنامه‌های ناگویی هیجانی و خودبخشایشگری (پیش-آزمون) با همکاری مسئولان مرکز درمانی در اختیار مادران قرار گرفت. پس از تکمیل پرسشنامه و جمع‌آوری آنها، تعداد ۳۴ مادری که بیشترین نمره ناگویی هیجانی را کسب

کرده بودند، انتخاب و به صورت گمارش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۷ نفر) و گواه (۱۷ نفر) جایگزین شدند. پس از انتخاب نمونه، برای آزمودنی‌های گروه آزمایش برنامه آموزش مثبت‌اندیشی اجرا شد و برای گروه گواه مداخله‌ای اجرا نشد. پس از اتمام جلسات آموزش مثبت‌اندیشی آزمودنی‌های هر دو گروه پرسشنامه‌های ناگویی هیجانی و خودبخشایشگری را کامل کردند. معیارهای ورود به پژوهش برای مادران شرکت‌کننده عبارت بودند از: داوطلب بودن، برخورداری از هوش بهنجار، نداشتن بیماری‌های حاد و مزمن جسمی، عدم شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی، ۲۰-۴۵ سال سن، حداقل تحصیلات سیکل، داشتن کودک ۶-۱۴ ساله دارای ناتوانی‌های یادگیری. معیارهای خروج نیز داشتن بیش از دو جلسه غیبت از مجموع جلسات آموزشی بوده است.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی ضمن جلب رضایت از مادران شرکت‌کننده مبنی بر شرکت در برنامه آموزش مثبت‌اندیشی، به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از آن‌ها محرمانه خواهد ماند و آن‌ها در مرحله‌ای از برنامه مختارند که به همکاری خود با پژوهشگر پایان دهند. علاوه بر این، در مورد عدم ضرر و زیان ناشی از شرکت در پژوهش، اطلاعات کامل در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های استاندارد پرسشنامه‌های ناگویی هیجانی و خودبخشایشگری استفاده شد. مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو که به وسیله بگبای، تیلور و پارکر (۱۹۹۴) ساخته شده، دارای ۲۰ سوال است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است. (پارکر، تیلور و بگبای، ۲۰۰۳؛ پالمر، گیگانس، مانوچا و اسیاف، ۲۰۰۴). در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو به روش بازآزمایی در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای کل مقیاس و مولفه‌های آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ گزارش شده است (بشارت، ۱۳۸۴). همچنین، روایی سازه برای دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۰، دشواری در توصیف احساسات ۰/۶۳ و تفکر عینی ۰/۵۳ گزارش شده است (مفردنژاد، ۱۳۹۳). در این پژوهش، پایایی ناگویی هیجانی و مولفه‌های آن شامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۰ به دست آمد.

مقیاس خودبخشایشگری توسط ول، دی‌شی و واکنی<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) ساخته شد و دارای دو مولفه احساسات و کنش‌های خودبخشایشگری ( $\alpha = 0/86$ ) (۸ گویه) و باورهای خودبخشایشگری ( $\alpha = 0/97$ ) (۹ گویه) است. گویه‌ها در مقیاس چهار درجه‌ای (کاملاً ۴= و به هیچ وجه ۱=) تنظیم شده‌اند؛ سازندگان مقیاس با استناد به نتایج معنادار ( $p < 0/05$ ) آزمون کیزر-مایر-الکین ( $KMO = 0/87$ ) و کرویت بارتلت برابر با  $2544/84$  دو عامل استخراج کردند. مقدار واریانس تبیین شده برای هر یک از عوامل اول و دوم به ترتیب ۲۶/۶۵ و ۲۱/۲۶ برآورد شده است که در مجموع ۴۷/۹۱ از واریانس کل را تبیین می‌کند. در جامعه ایرانی، پایایی احساسات و کنش‌ها و باورهای خودبخشایشگری به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۹۷ گزارش شده است (نادی و لبکی، ۱۳۹۴).

برنامه آموزشی مثبت‌اندیشی: پس از انتخاب نمونه و تقسیم تصادفی آن‌ها، همه آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های ناگویی هیجانی و خودبخشایشگری را کامل کردند. آنگاه گروه آزمایش برنامه آموزشی مثبت‌اندیشی را به صورت گروهی دریافت کردند. برنامه آموزشی مثبت‌اندیشی به کار رفته در این پژوهش (جدول ۱) بر اساس اصول نظریه روانشناسی مثبت سلیگمن و بر گرفته از پروتکل درمانی سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵) می‌باشد. این برنامه آموزشی طی ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به مدت ۱۲ هفته (هر هفته یک جلسه) و در مرکز آموزشی استثنایی تربیت توسط کارشناس ارشد روانشناسی با سابقه بیش از ۱۰ سال تجربه، اجرا شد و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و به خاطر حفظ و رعایت مسایل اخلاقی تا پایان پژوهش در لیست انتظار باقی ماندند. شیوه ارائه مطالب بیشتر به صورت مشارکتی (بحث گروهی) بود. رئوس و محتوای اصلی هر جلسه توسط درمانگر ارائه می‌شد

1. Wohl, DeShea & Wahkinney

و آنگاه مادران فعالانه وارد بحث می‌شدند. فرایند هر جلسه شامل واریسی تکالیف جلسه قبل، آموزش مستقیم به صورت سخنرانی، بحث گروهی، بارش فکری و جمع‌بندی بود. در پایان برنامه مداخله‌ای از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد.

جدول ۱. خلاصه جلسات مثبت‌اندیشی بر گرفته از پروتکل درمانی سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵)

جلسه	هدف	محتوا	فعالیت‌ها	روش
اول	آشنایی و ایجاد ارتباط اولیه	معارفه و آشنایی اعضا با یکدیگر، بیان اهداف و قوانین گروه، تاکید بر شرکت منظم در جلسات، بحث در باره مثبت‌اندیشی و ایجاد آمادگی ذهنی برای تقویت تفکر سالم	یادداشت نقاط قوتی که در خود سراغ دارند.	سخنرانی و بحث گروهی
دوم	آشنایی با شکل‌گیری نگرش‌ها و زندگی سالم	شکل‌گیری تفکر و نگرش، بررسی عوامل مؤثر بر زندگی سالم (عوامل جسمانی، روانی، اجتماعی، معنوی)، احترام به خود، بخشایشگری و احساس شرم و گناه.	یادداشت نقاط قوت خود از دید دیگران	بارش فکری و بحث گروهی
سوم	آشنایی با مثبت‌اندیشی	بررسی تجارب اعضا نسبت به امید و مثبت‌اندیشی و تاثیر آن بر شادکامی و امیدواری در زندگی.	نوشتن ویژگی‌های شخصیتی مطلوب.	بحث گروهی
چهارم	پی بردن به اهمیت هدف، پذیرش و معناداری به مشکل	بررسی رابطه شادکامی با تمرکز بر هدف و پذیرفتن مشکل، بیان احساسات و افکار اعضا جهت پذیرش مشکل، جنبه‌های مثبت درون یک مشکل با تمرکز بر هدف، بررسی احساسات اعضا در زمینه معناداری و نقش آن زندگی.	نوشتن ۳ هدف مهم در زندگی و بیان جنبه‌های مثبت آن‌ها.	سخنرانی و بحث گروهی
پنجم	شناخت نقاط قوت خانواده، خود و دیگران، پذیرش والدگری	بررسی نقاط مثبت و قوت خود، اعضای خانواده و زندگی از طریق خاطره گویی، بر شمردن نقاط مثبت هر عضو توسط دیگران؛ بیان احساسات جهت پذیرش مسئولیت فرزند.	نوشتن حداقل ۵ ویژگی مثبت خود و توضیح در باره آن.	بارش فکری و بحث گروهی
ششم	بازسازی شناختی	بازسازی شناختی با جایگزینی افکار منطقی با افکار منفی، آشنایی با افکار غیرمنطقی و راه‌های تعدیل آن، تغییر تصاویر ذهنی، استفاده از زبان سازنده و اصلاح باورها.	نوشتن ۳ فکر منطقی و ۳ فکر غیر منطقی	بحث گروهی

هفتم و هشتم	آموزش مثبت‌اندیشی	بحث در مورد سه مسیر شادی شامل لذت، تعهد و معنا و انسجام آن‌ها به‌عنوان زندگی کامل، معرفی بخشایشگری به‌عنوان ابزاری قوی جهت خنثی کردن هیجان‌های منفی و حتی تبدیل آن‌ها به هیجان‌های مثبت.	نوشتن خاطرات شیرین و مثبت در هفته گذشته	بحث گروهی و توضیحی
نهم	افزایش افکار و خودگویی‌های مثبت	تمرکز بر نقاط قوت خود و توجه به جنبه‌های مثبت دیگران، آموزش مثبت بودن از طریق نهادینه کردن راهبردهای تفکر مثبت در زندگی، تمرین مداوم افکار مثبت، ایجاد تفکر مثبت از طریق کنار آمدن و سازگاری با مشکلات لاینحل.	بیان تجارب مثبت اعضا از نحوه برخورد و کنار آمدن با مشکلات	بارش فکری، بحث گروهی
دهم	تمرکز بر تجارب مثبت، برقراری رابطه موثر با فرزند و دیگران	بازگویی خاطرات مثبت توسط هر یک از اعضا برای گروه، ارزیابی جنبه‌های مثبت هر فرد توسط دیگر اعضای گروه، نزدیک شدن بیشتر به فرزند و توانمند کردن اعضا در برقراری ارتباط موثر با فرزند و سایر اعضای خانواده.	تهیه فهرستی از ویژگی‌های مثبت یکی از اعضا و ارائه به او	بحث گروهی و بارش فکری
یازدهم	شناخت تعهد و معنا در زندگی	بررسی عشق و دل‌بستگی، تأثیر افراد با معنا بر زندگی دیگران، بیان توانمندی‌های اعضای خانواده.	بیان اهمیت نیازهای عاطفی در خانواده	بحث گروهی
دوازدهم	اختتامیه	مرور و جمع‌بندی، ارزیابی فرایند جلسات و دریافت نظرات اعضا.	ارائه نظرات در مورد برنامه آموزشی	سخنرانی و بحث گروهی

داده‌های حاصل از این طرح با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS<sup>23</sup> مورد تحلیل قرار گرفت. ابتدا با استفاده از روش‌های آماری توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار، داده‌ها توصیف و سپس با استفاده از روش‌های آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) فرضیه‌ها مورد سنجش قرار گرفت.

## یافته‌ها

نتایج آمار توصیفی نشان داد که میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون ناگویی هیجانی و خودبخشایشگری و مولفه‌های آن‌ها در دو گروه

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		متغیرها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	گروه
۰/۴۶	۱۳/۸۲	۰/۴۱	۱۵/۲۳	آزمایش
۰/۳۱	۱۴/۷۶	۰/۴۱	۱۴/۵۲	کنترل
۰/۲۸	۱۶/۰۵	۰/۲۸	۱۸/۳۵	آزمایش
۰/۲۷	۱۷/۹۸	۰/۲۲	۱۸/۱۱	کنترل
۵/۶	۱۹/۲۹	۲/۶	۲۱/۰۱	آزمایش
۲/۹	۲۱/۱۸	۳/۰۴	۲۱/۱۱	کنترل
۰/۵۸	۴۹/۱۴	۰/۴۶	۵۴/۵۶	آزمایش
۰/۱۲	۵۳/۸۹	۱/۲۱	۵۴/۰۷	کنترل
۱/۱۳	۱۲/۸۶	۱/۰۳	۹/۳۶	آزمایش
۰/۷۸	۱۰/۲۸	۰/۹۳	۱۰/۱۶	کنترل
۰/۸۵	۱۵/۷۱	۰/۷۸	۱۱/۴۷	آزمایش
۱/۲۱	۱۱/۵۹	۰/۷۶	۱۱/۳۶	کنترل
۰/۴۶	۲۷/۶۱	۰/۸۵	۲۲/۹۶	آزمایش
۰/۴۱	۲۴/۰۹	۰/۸۲	۲۳/۴۲	کنترل

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمرات پس‌آزمون ناگویی هیجانی و خودبخشایشگری و مولفه‌های آن‌ها در آزمودنی‌های گروه آزمایش کمتر از میانگین نمرات پیش‌آزمون آن‌ها است؛ در حالی که تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه گواه ناچیز است.

برای انجام تحلیل کوواریانس با توجه به مستقل بودن متغیرها، ابتدا مفروضه‌های آن برای ناگویی هیجانی، خودبخشایشگری و مولفه‌های هر یک از آن‌ها به‌طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفت و پس از تایید مفروضه‌ها از تحلیل کوواریانس تک متغیره برای متغیرهای اصلی و از تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مولفه‌های آن‌ها استفاده شد.



نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف<sup>۱</sup> برای ناگویی هیجانی نشان داد که مقدار آماره Z به دست آمده ۰/۶۹ و سطح معناداری ۰/۷۶ بود. با توجه به سطح معناداری توزیع داده‌ها نرمال است ( $P > ۰/۰۵$ ). همچنین، نتایج بررسی همگنی واریانس ناگویی هیجانی با استفاده از آزمون برابری خطای واریانس‌های لوین<sup>۲</sup> نشان داد که واریانس ناگویی هیجانی ( $P > ۰/۰۵$ ;  $F > ۲/۳۵$ ) در دو گروه با هم برابرند. به منظور بررسی همگنی شیب رگرسیون یعنی رابطه متغیر ناگویی هیجانی و متغیر کمکی (در این‌جا نمره پیش‌آزمون) از رگرسیون استفاده شد؛ نتایج نشان داد که مقدار شیب رگرسیون ناگویی هیجانی ( $P > ۰/۰۵$ ;  $F > ۱/۷۲$ ) در دو گروه همگن می‌باشد. با توجه به نتایج فوق، از تحلیل کوواریانس تک متغیری برای تجزیه و تحلیل داده‌های ناگویی هیجانی استفاده شد و نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تاثیر آموزش مثبت‌اندیشی بر ناگویی هیجانی

منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	F	P	مجذوراتا	توان آزمون
پیش‌آزمون	۶۱۵/۲۶	۱	۱۵/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۲۳	۰/۶۷
گروه	۸۶۴/۲۴	۱	۱۷/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۸۶
خطا	۹۱۳/۲۹	۳۰				

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که آموزش مثبت‌اندیشی بر کاهش ناگویی هیجانی ( $P < ۰/۰۵$ ;  $F = ۱۷/۵۰$ ) مادران کودکان با ناتوانی‌های یادگیری تاثیر مثبت و معناداری دارد و ۳۸ درصد ناگویی هیجانی را تبیین نموده است.

مقدار آماره Z آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای خودبخشایشگری ۰/۴۱ در سطح معناداری ۰/۷۸ به دست آمد که با توجه به سطح معناداری توزیع داده‌ها نرمال است ( $P > ۰/۰۵$ ). همچنین، نتایج بررسی همگنی واریانس خودبخشایشگری با استفاده از آزمون لوین نشان داد که واریانس خودبخشایشگری ( $P > ۰/۰۵$ ;  $F > ۱/۲۰$ ) در دو گروه با هم برابرند. به منظور بررسی همگنی شیب رگرسیون یعنی رابطه متغیر خودبخشایشگری و متغیر کمکی (در این‌جا نمره پیش‌آزمون) از رگرسیون استفاده شد؛ نتایج نشان داد که مقدار شیب رگرسیون خودبخشایشگری ( $P > ۰/۰۵$ ;  $F > ۰/۲۶$ ) در دو گروه همگن

1. Kolmogorov-Smirnov

2. Leven

می‌باشد. با توجه به نتایج فوق، از تحلیل کوواریانس تک متغیری برای تجزیه و تحلیل داده‌های خودبخشایشگری استفاده شد و نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تاثیر آموزش مثبت اندیشی بر خودبخشایشگری

منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	F	P	مجذور اتا	توان آزمون
پیش آزمون	۱۷۴/۸۹	۱	۱۵/۳۲	۰/۰۷	۰/۳۳	۰/۲۸
گروه	۱۱۷/۱۲	۱	۱۶/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۶۵
خطا	۱۹۸/۲۱	۳۰				

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که آموزش مثبت‌اندیشی بر افزایش خودبخشایشگری ( $F=15/50$ ;  $P<0/05$ ) مادران کودکان با ناتوانی‌های یادگیری تاثیر مثبت و معناداری دارد و ۶۱ درصد خودبخشایشگری را تبیین کرده است.

مقدار آماره Z آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای مولفه‌های ناگویی هیجانی شامل دشواری در شناسایی احساسات (۰/۶۵ و سطح معناداری ۰/۷۱)، دشواری در توصیف احساسات (۰/۷۴ در سطح معناداری ۰/۶۳)، تمرکز بر تجارب بیرونی (۰/۶۱ در سطح معناداری ۰/۷۹) به دست آمد که با توجه به سطح معناداری توزیع داده‌ها نرمال است ( $P>0/05$ ). نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که واریانس دشواری در شناسایی احساسات ( $F>4/13$ ;  $P>0/05$ )، دشواری در توصیف احساسات ( $F>1/49$ ;  $P>0/05$ ) و تمرکز بر تجارب بیرونی ( $F>1/35$ ;  $P>0/05$ ) در دو گروه با هم برابرند. همچنین، بررسی همگنی شیب رگرسیون نشان داد که مقدار شیب رگرسیون دشواری در شناسایی احساسات ( $F>1/57$ ;  $P>0/05$ )، دشواری در توصیف احساسات ( $F>1/62$ ;  $P>0/05$ ) و تمرکز بر تجارب بیرونی ( $F>1/79$ ;  $P>0/05$ ) در دو گروه همگن می‌باشد. با توجه به نتایج فوق، از تحلیل کوواریانس چند متغیری برای تجزیه و تحلیل داده‌های دشواری مذکور استفاده شد و نتایج در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون مولفه‌های ناگویی هیجانی در دو گروه

منابع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	df	F	P	مجذور اتا	توان آماری
ناگویی هیجانی	دشواری در شناسایی احساسات	۷۴۷/۱۲	۱	۱۸/۵۲	۰/۰۰۴	۰/۴۱	۰/۸۴
	دشواری در توصیف احساسات	۶۲۸/۹۸	۱	۸۷/۸۶	۰/۰۰۰	۰/۳۷	۰/۷۸
	تمرکز بر تجارب بیرونی	۸۱۴/۰۴	۱	۱۱/۲۴	۰/۰۰۲	۰/۲۴	۰/۶۷

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که مداخله آموزش مثبت‌اندیشی بر کاهش دشواری در شناسایی احساسات ( $F=18/52$ ;  $P<0/05$ )، دشواری در توصیف احساسات ( $F=87/86$ ;  $P<0/05$ ) و تمرکز بر تجارب بیرونی ( $F=11/24$ ;  $P<0/05$ ) مادران تأثیر مثبت و معناداری داشته است و ۴۱ درصد دشواری در شناسایی احساسات، ۳۷ درصد دشواری در توصیف احساسات و ۲۴ درصد تمرکز بر تجارب بیرونی را تبیین کرده‌است. مقدار آماره Z آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای مولفه‌های خودبخشایشگری شامل احساسات و کنش‌های خودبخشایشگری (۰/۶۱ و سطح معناداری ۰/۳۳) و باورهای خودبخشایشگری (۰/۴۲ در سطح معناداری ۰/۶۵) به‌دست آمد که با توجه به سطح معناداری توزیع داده‌ها نرمال است ( $P>0/05$ ). همچنین، نتایج آزمون لوین نشان داد که واریانس احساسات و کنش‌های خودبخشایشگری ( $F>1/34$ ;  $P>0/05$ ) و باورهای خودبخشایشگری ( $F>1/08$ ;  $P>0/05$ ) در دو گروه با هم برابرند. همچنین، بررسی همگنی شیب رگرسیون حاکی از آن است که مقدار شیب رگرسیون احساسات و کنش‌های خودبخشایشگری ( $F>0/38$ ;  $P>0/05$ ) و باورهای خودبخشایشگری ( $F>0/24$ ) در دو گروه همگن می‌باشد. با توجه به نتایج فوق، از تحلیل کواریانس چند متغیره برای تجزیه و تحلیل داده‌های مذکور استفاده شد و نتایج در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون مولفه‌های خودبخشایشگری در دو گروه

منابع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	df	F	P	مجذور اتا	توان آماری
خودبخشایشگری	احساسات و کنش‌های خودبخشایشگری	۴۸/۶۴	۱	۳۷/۶۲	۰/۰۱	۰/۵۶	۰/۵۹۲
	باورهای خودبخشایشگری	۵۷/۳۸	۱	۴۷/۸۲	۰/۰۱	۰/۶۸	۰/۶۴۷

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که مداخله آموزش مثبت اندیشی بر افزایش احساسات و کنش‌های خودبخشایشگری ( $F=37/62$ ;  $P<0/05$ ) و باورهای خودبخشایشگری ( $F=47/82$ ;  $P<0/05$ ) مادران تاثیر مثبت و معناداری دارد و ۵۶ درصد احساسات و کنش‌های خودبخشایشگری و ۶۸ درصد باورهای خودبخشایشگری را تبیین کرده‌است.

جدول ۷. میانگین نمرات تعدیل‌شده پس آزمون ناگویی هیجانی، خودبخشایشگری و مولفه‌های آن‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	آزمایش		کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
دشواری در شناسایی احساسات	۱۳/۸۲	۰/۶۴	۱۵/۰۷	۰/۶۴
دشواری در توصیف احساسات	۱۶/۰۳	۰/۴۴	۱۷/۵۴	۰/۴۴
تمرکز بر تجارب بیرونی	۱۹/۲۹	۰/۵۰	۲۱/۳۱	۰/۵۰
نمره کلی ناگویی هیجانی	۴۹/۱۴	۱/۶۳	۵۴/۰۶	۱/۶۳
احساسات و کنش‌های خودبخشایشگری	۱۲/۴۱	۳/۲۴	۱۰/۰۷	۱/۰۴
باورهای خودبخشایشگری	۱۵/۴۳	۱/۲۹	۱۱/۳۱	۲/۰۶
نمره کل خودبخشایشگری	۲۷/۲۳	۰/۴۵	۲۳/۸۴	۰/۴۱

مقایسه میانگین‌های اصلاح‌شده دو گروه نشان می‌دهد که میانگین نمرات دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی کمتر از میانگین نمرات گروه گواه بوده و احساسات و کنش‌های خودبخشایشگری، باورهای خودبخشایشگری در گروه آزمایش بالاتر از گروه گواه می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش مثبت‌نگری بر ناگویی هیجانی و خودبخشایشگری و مولفه‌های آن‌ها در مادران کودکان با ناتوانی‌های یادگیری سبزواری انجام شد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که آموزش مثبت‌اندیشی بر کاهش ناگویی هیجانی و مولفه‌های آن شامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی تأثیر مثبت و معناداری داشته است. همان‌طور که قبلاً گفته شد، پژوهشی در این رابطه به‌طور مستقیم انجام نشده است، اما با نتایج پژوهش‌هایی که تأثیر مثبت‌اندیشی را بر اختلالات روانی مطالعه کرده‌اند، از جمله یافته‌های هنرمندزاده و سجادیان (۱۳۹۵)، نیک منش و زند و کیلی (۱۳۹۴)، رستمی و همکاران (۱۳۹۲)، پیتروسکی و میکوتا (۲۰۱۲)، گارسیا و همکاران (۲۰۱۳)، لیونگ، چان، لام، یایو و تسانگ (۲۰۱۶) همخوانی دارد. در تبیین تأثیر مداخله مثبت‌اندیشی بر کاهش ناگویی هیجانی می‌توان گفت که مادران کودکان با ناتوانی‌های یادگیری به‌خاطر این که فرزندانشان هرگز نمی‌توانند استانداردها و معیارهای لازم را برآورده سازند از کارکرد آن‌ها راضی نیستند این مادران خود را شکست خوردن و گناه‌کار دانسته و از اختلالات روانی و هیجان‌های منفی رنج می‌برند. آن‌ها نسبت به آینده و کسب نتایج خوشایند و حل مشکلات مربوط به فرزندان‌شان بدبین هستند (هیمن و برگر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). ناتوانی در مدیریت هیجان‌ها موجب اختلال در رفتارهای فردی و بین فردی شده و بهزیستی روانشناختی و سلامت روانی مادران را به خطر انداخته و ناگویی هیجانی را در پی دارد. از منظر علوم شناختی، هیجان‌ها از روان‌سازه‌های پردازشی-شناختی هستند که از تجسم‌ها و رفتارهای کلامی و غیر کلامی تشکیل می‌شوند (بوکسی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷). توانایی آشکارسازی هیجان‌ها به صورت نمادین در افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، محدود می‌شود و آن‌ها از طریق اختلالات روانی مانند افسردگی مازور (سلیکل و همکاران، ۲۰۱۰)، هراس (مارچسی و همکاران، ۲۰۱۴)، خوردن (کارانو و همکاران، ۲۰۰۶) و سوء مصرف مواد (دی تایماری و همکاران، ۲۰۰۸) به کاهش فشارهای روانی البته به موقت و نادرست اقدام می‌کنند. شی‌یر، کارور و بریجز<sup>۳</sup> (۱۹۹۴) استدلال می‌کنند افراد خوش‌بین در مواجهه با دشواری‌ها، هدف‌های ارزشمند

1. Heiman & Berger
2. Bucci
3. Scheier, Carver & Bridges

خود را دنبال کرده و با به کارگیری راهبردهای مقابله موثر خود و حالت‌های هیجانی خویش را تنظیم می‌کنند تا بتوانند به هدف‌های خود دست یابند. سازه امید نیز که به خوش‌بینی نزدیک است، به افراد کمک می‌کند تا این باور را در خود تقویت کنند که می‌توانند با چالش‌های زندگی سازش کنند و با دشواری‌ها کنار بیایند. آن‌ها با استفاده از گفتگوی درونی مثبت (مانند من از عهده‌اش بر می‌آیم) به‌هنگام برخورد با موانع، هیجان‌های منفی کمتری را تجربه می‌کنند. امیدواری به افراد کمک می‌کند تا هدف‌های روشنی برای خود بانتخاب کنند، مسیرهای متعددی و متنوعی برای رسیدن به آن‌ها پیش‌بینی کنند، خود را برای تحقق هدف‌ها آماده و ترغیب کنند و راه‌های غلبه بر موانع پیش‌آمده را مجدد ارزیابی و سازماندهی کنند (اسنایدر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰؛ به نقل از کار ۲۰۰۴).

در تبیین تاثیر مداخله مثبت‌اندیشی بر دشواری شناسایی احساسات می‌توان گفت که دشواری در شناسایی احساسات مادران کودکان با ناتوانی‌های یادگیری منجر به کاهش فشارهای روانی و یارهایی از آن‌ها البته به صورت موقت و نابهنجار می‌شود (زیتلین و مک نالی، ۱۹۹۳). از این رو، فشارهای روانی زیاد و عواطف و احساسات دردناک منجر به ناتوانی و دشواری درک و تمایز احساسات و تنظیم هیجان‌ها در شرایط استرس‌زا می‌شوند و توانایی فرد را برای سازگاری با موقعیت تنش‌زا در بلند مدت کاهش می‌دهد (هان و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). آموزش مثبت‌اندیشی به افراد در جهت تقویت روابط مثبت با دیگران، ترویج احساسات مثبت، شناخت و ادراک احساسات مثبت، درمان افسردگی و اضطراب کمک می‌کند (سین و لیوبومیرسکی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). مثبت‌اندیشی به مادران کمک می‌کند تا ضمن ادراک هیجان‌های مثبت از وجود هیجان‌های منفی و پیامدهای ناگوار آن‌ها بر خود آگاهی پیدا کنند و با ارزیابی مجدد هیجان‌ها در موقعیت‌های مختلف نسبت به شناسایی و سالم نگه‌داشتن هیجان‌های خود تلاش کنند و از مشکلات خویش بکاهند.

در تبیین تاثیر مداخله مثبت‌اندیشی بر دشواری در توصیف احساسات می‌توان گفت که ضربه‌های شدید عاطفی در محیطی که از نظر ابراز هیجانی ضعیف است، منجر به ناتوانی توصیف هیجان‌ها و ناگویی هیجانی می‌شود (جولا، سالمینن و ساریجاروی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹).

- 
1. Snyder
  2. Han
  3. Sin & Lyubomirsky
  4. Jula, Salminen & Saarijarvi

مثبت‌اندیشی از طریق برقراری ارتباط موثر با دیگران، ایجاد فضای امن و سالم، زمینه احساس آرامش و امنیت را برای افراد فراهم ساخته، اضطراب و افسردگی آن‌ها را کاهش داده و شرایط مناسب برای درک، توصیف و ابراز هیجان‌ها مهیا می‌سازد.

در تبیین تأثیر مداخله مثبت‌اندیشی بر تجارب بیرونی (تفکر عینی) می‌توان گفت که تجارب بیرونی به دلیل محدودیت در تجسم و تمرکز بر امور ساده و بیرونی شکل می‌گیرد (سیف‌نوس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). ضربه‌ها و فشارهای روانی سلامتی جسمی و روانی فرد را به خطر می‌اندازد؛ زیرا این دو بعد بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند (کی‌یس، دهینگرا و سیموز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). یافته‌های پژوهشگران نشان می‌دهد، افرادی که دچار ناگویی هیجانی هستند، علائم افسردگی بدنی را از خود بروز می‌دهند (سایار، کرمایر و تایلفر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). از این رو می‌توان تصور کرد که فردی با جهت‌گیری تفکر بیرونی، به علت منابع ضعیف درون‌نگری، ممکن است دچار انحراف ادراکی نسبت به عملکرد خود شود و منجر به کندی و تأخیر فعالیت‌های روانی- حرکتی (مانند بی‌حالی در گفتار، کاهش انگیزه و عملکرد شناختی ضعیف) گردد (لوکا، لوکا و کالاندرا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). مثبت‌اندیشی سبب بهبود خودآگاهی، شناسایی درست احساسات و تمایز بین آن‌ها می‌شود و هیجان‌های مثبت که در جلسات آموزشی مورد توجه قرار می‌گیرد، زمینه مقابله با روان‌رنجوری را کاهش داده و برونگرایی و برقراری ارتباطات اجتماعی را تقویت می‌کند. بهبود عواطف مثبت با ابعاد خوش‌رویی (مانند شادکامی، سرزندگی)، اتکای به نفس (مانند مطمئن، قوی، جسور) و گوش به‌زنگی (مانند هشیار، متمرکز و مصمم بودن) (کار، ۲۰۰۴)، می‌تواند به مادران کمک کند با جهت‌گیری تفکر بیرونی مقابله کرده و یا از شدت آن بکاهند. مثبت‌اندیشی سبب افزایش سخت‌رویی و تاب‌آوری برای مقابله با مشکلات زندگی می‌شود. همچنین مداخله مذکور با ایجاد هوشیاری، تحریک هیجان‌ها، ارزیابی مجدد محیط و آزادسازی اجتماعی در تسهیل حرکت از پیش‌تامل به تامل، مفید بوده و ارزیابی مجدد خود را به عنوان مهمترین فرایند تغییر سبب می‌شود (کار، ۲۰۰۴).

- 
1. Sifneos
  2. Keyes, Dhingra & Simoes
  3. Sayar, Kirmayer & Taillefer
  4. Luca, Luca & Calandra

یافته دیگر پژوهش نشان داد که مداخله مثبت‌اندیشی بر خودبخشایشگری و مولفه‌های آن شامل احساسات و کنش‌های خودبخشایشگری و باورهای خودبخشایشگری مادران کودکان با ناتوانی‌های یادگیری تاثیر مثبت و معناداری داشته است. گرچه تا کنون مطالعه‌ای دقیقاً با هدف پژوهش حاضر صورت نگرفته است، اما با نتایج پژوهش‌های انجام شده مبنی بر تاثیر مثبت مداخله روانشناسی مثبت در تعلیم و تربیت (شوشانی و ایتیمتر، ۲۰۱۴)، کاهش افسردگی، افزایش تاب‌آوری و بهزیستی (پیتروسکی و میکوتا، ۲۰۱۲)، استرس و آسیب‌های روانی (شرنک، براونل، تایللی و اسلاد، ۲۰۱۴) همخوانی دارد. همچنین خودبخشایشگری به واسطه خوددلسوزی، سبب بهبود سلامت روان (چان، ۲۰۱۳)، امیدواری و بهزیستی روانی (توساین و همکاران، ۲۰۱۷) می‌گردد. در تبیین تاثیر مداخله مثبت‌اندیشی می‌توان گفت که این رویکرد، برخلاف سایر رویکردها به جای تمرکز بر مشکلات، بر افزایش هیجان مثبت و ارتقای معنای زندگی تأکید دارد. مداخله آموزش مثبت‌اندیشی از مجموعه‌ای از تکنیک‌هایی چون صمیمیت، همدلی، اعتماد، اصالت و تفاهم استفاده می‌کند. تجربه‌ی هیجان‌های مثبتی که روانشناسی مثبت بر آن تأکید دارد اغلب توانایی بسیاری برای مواجهه با مشکلات زندگی دارد. این رویکرد بر شناسایی و پرورش توانمندی‌ها تأکید دارد که حتی قادر است ارتقاء سلامت مادران را فراهم سازد. مثبت‌اندیشی، به دنبال درک احساسات مثبت، ساختن توانایی‌ها و فضایل اخلاقی و حمایت از افراد در زندگی است که ارسطو آن را "زندگی خوب"<sup>۳</sup> نامیده است (سلیگمن، ۲۰۱۳). به اعتقاد سلیگمن هدف روانشناسی مثبت ایجاد شادکامی، افزایش رضایت از زندگی از طریق احساسات مثبت، تعهد و معناداری با تمرکز بر بهزیستی روانی است. معیار سنجش بهزیستی، شکوفایی است که بر پنج پایه که شامل احساسات مثبت، تعهد، معناداری، پیشرفت و ارتباط استوار است (سلیگمن، ۲۰۱۱). مداخله مثبت‌اندیشی سبب تقویت زندگی خوب می‌شود که در برگیرنده احساسات مثبت، تعهد، معناداری، ارتباط و فضایل اخلاقی است (سلیگمن، ۲۰۱۳) که خود سبب خودبخشایشگری می‌شود. فرایند خودبخشایشگری می‌تواند فرد را از احساسات منفی آزاد کرده و احساسات مثبت از قبیل

- 
1. Shoshani & Steinmetz
  2. Schrank, Brownell, Tylee & Slade
  3. good life



همدلی، خوددلسوزی، مهربانی و عشق به خود را جایگزین آن‌ها کند (بری<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۱).

در تبیین تأثیر مثبت و معنادار مداخله مثبت‌اندیشی بر احساسات و کنش‌های خودبخشایشگری می‌توان گفت که مادران کودکان با ناتوانی‌های یادگیری از احساسات و هیجان‌های منفی رنج می‌برند. آموزش مثبت‌اندیشی به این مادران یاد می‌دهد که امکان خطا و تکرار آن‌ها، در تمامی صحنه‌های زندگی وجود دارند، مهم این است که آن‌ها هر چه سریع‌تر به خطای خود پی برده و با توجه به ندامت از آن، در صدد جبران برآیند. یکی از نتایجی که در اثر به چالش کشیدن اعضا طی جلسات مثبت‌اندیشی حاصل می‌شود، این است که آن‌ها نگرانند که ممکن است هر لحظه، مرتکب خطا شده و یا خطایی را دو باره تکرار کرده و مورد سرزنش قرار گیرند و از طرف دیگر، آن‌ها یاد می‌آموزند که امیدوار به بخشش بوده، نسبت به خود مهربانی باشند و در باورها و احساسات خودبخشایشگری خویش تجدید نظر کنند. هنگامی که مادران در فرایند برنامه آموزشی، ترس و امیدواری به بخشش را در کنار افراد دیگری که مشکلاتی همانند خودشان دارند، تجربه می‌کنند، به خوبی در می‌یابند که می‌توانند با امید و خودبخشایشگری بر نقاط ضعف خویش غلبه کرده و با تکیه بر قابلیت‌ها و شایستگی‌های خود در صدد جبران خطاها برآیند. در چنین شرایطی بخشایشگری جایگزین خشم، احساس شرم و گناه شده و در سایه آموزش تعهد و مسئولیت‌پذیری، رفتار مسالمت‌آمیز و صلح‌جویانه تقویت شده و فرایند خودبخشایشگری بهبود می‌یابد.

مداخله مثبت‌اندیشی از طریق افزایش هیجان‌ات مثبت، افکار و رفتارهای مثبت و ارضاء نیازهای اساسی روانشناختی از جمله خودمختاری، ارتباط و تعلق خاطر سبب کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و بهزیستی روانشناختی می‌گردد (لیبومیرسکی و لایوس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). مثبت‌اندیشی، به مادران کمک می‌کند تا به‌جای تمرکز بر هیجان‌های منفی مانند احساس شرم و گناه، ضمن پذیرش شرایط موجود بر جنبه‌های مثبت خود تاکید ورزند. این مادران با تکیه بر توانایی‌های خود و فرزندان‌شان، تسلیم شرایط موجود نشده، مسئولیت‌ها را پذیرفته و از خود انتقادی اجتناب می‌کنند. آن‌ها خود را محترم، مهربان و مبتکر دانسته و با

1. Berry, Worthington, Parrott, O'Connor & Wade  
2. Lyubomirsky & Layous

تمرکز بر هدف‌ها، ابتکار عمل را به دست گرفته و با جایگزین کردن احساسات مثبت بر هیجان‌های منفی غلبه پیدا می‌کنند (بری و همکاران، ۲۰۰۱) و با استفاده از احساسات مثبت به تقویت احساسات و کنش‌های خودبخشایشگری می‌پردازند و با بهره‌گیری از آن‌ها به عنوان سپری در برابر هیجان‌های و احساسات منفی از خود محافظت می‌کنند. در تبیین تاثیر مثبت و معنادار مداخله مثبت‌اندیشی بر باورهای خودبخشایشگری می‌توان گفت که معمولاً مادران کودکان با ناتوانی‌های یادگیری به‌خاطر وجود باورها و تصورات قالبی که در جامعه وجود دارد، گرفتار باورهای غیرمنطقی شده و در آن‌ها احساس شرم و گناه ایجاد می‌شود. به عبارت دیگر، شرم و گناه در روابط اجتماعی معنا پیدا می‌کنند که در آن افراد نه تنها با دیگران تعامل دارند، بلکه خود را از نظر دیگران مورد ارزیابی و قضاوت قرار می‌دهند (تریسی، رایبیز و تانگنی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). احساس شرم و گناه زمانی رخ می‌دهد که افراد در انجام رفتارهای استاندارد و شایسته از دیدگاه دیگران، دچار شکست یا ناکامی می‌شوند (تانگنی و تریسی، ۲۰۱۲). مثبت‌اندیشی به دنبال حذف احساسات دردناک نیست، زیرا این احساسات پاسخی به واقعیت‌های زندگی افراد و جزء جدا ناپذیر تجربه انسانی است. به عنوان مثال، زمانی که فرد عزیزی را از دست می‌دهد و یا آسیب به او وارد می‌شود، احساسات دردناکی و سختی را تجربه می‌کند. در چنین شرایطی یافتن راهی برای رهایی از این موقعیت آزار دهنده می‌تواند سبب شادمانی، ارزیابی دوباره زندگی و بهبود آن گردد (مک لاجلان و هاند<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). مثبت‌اندیشی در مادران کودکان با ناتوانی‌های یادگیری این باور را ایجاد می‌کند که به جای تفکرات و باورهای غیرمنطقی، ضمن پذیرش شرایط موجود بر جنبه‌های مثبت و قابلیت‌های خود تاکید ورزند و به ارزیابی نقاط مثبت، قابلیت‌ها و موفقیت‌های خود بپردازند. این مادران با آگاهی یافتن از توانمندی‌ها و استعداد‌های خود و فرزند خویش، به راحتی تسلیم شرایط موجود نشده و با تکیه بر جنبه‌های مثبت و تعهد خود، مسولیت‌ها را پذیرفته و از خودانتقادی و خودتخریبی فاصله می‌گیرند. مثبت‌اندیشی صرفاً بر فرصت‌های خوب موجود تاکید ندارد، بلکه بر توانایی‌ها برای ایجاد فرصت‌های خوب علیرغم وجود شرایط دشوار- به عنوان یک باور- تاکید دارد (سلیگمن، ۲۰۱۳). فرصت‌های خوب سبب افزایش خودبخشایشگری و کاهش احساس گناه و شرم می‌شوند

- 
1. Tracy, Robins & Tangney
  2. MacLachlan & Hand

(هالاها، کافمن و پالن، ۲۰۱۴). از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت جلسات آموزشی و صرفاً حضور مادران کودکان (۶-۱۴ ساله) دارای ناتوانی‌های یادگیری شهر سبزوار اشاره کرد که لازم است در تعمیم نتایج در بلندمدت و به سایر جوامع احتیاط شود. همچنین عوامل جمعیت‌شناختی مانند عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نیز می‌توانند بر روی ناگویی هیجانی و خودبخشایشگری مادران تأثیرگذار باشند که باید در پژوهش‌های بعدی مورد توجه قرار گیرد. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی برنامه آموزش مثبت‌اندیشی با تعداد جلسات بیشتر روی پدران، معلمان و والدین سایر کودکان استثنایی با توجه به عوامل جمعیت‌شناسی انجام شود. همچنین روانشناسان و روان‌درمانگران می‌توانند از مثبت‌اندیشی به عنوان یک برنامه مداخله انتخابی استفاده کنند.

### منابع

- بشارت، م. (۱۳۸۷). رابطه نارسایی هیجانی با اضطراب، افسردگی، درماندگی شناختی و بهزیستی روانشناختی. *فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۳(۱۰)، ۲۳-۴۶.
- رستمی، م؛ یونسی، ج؛ موللی، گ؛ فرهود، د؛ و بیگلریان، ا. (۱۳۹۱). بررسی اثر توانبخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر افزایش شادکامی نوجوانان کم‌شنوا. *شنوایی‌شناسی*، ۲۳(۳)، ۳۹-۴۵.
- کار، آ. (۱۳۸۵). روانشناسی مثبت. ترجمه حسن پاشا شریفی و جعفر نجفی زند، تهران: انتشارات سخن (انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۴).
- مفردنژاد، ن. (۱۳۹۳). مقایسه ناگویی هیجانی، سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی خانواده‌های طلاق و عادی با کنترل وضعیت اجتماعی-اقتصادی. *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۱۰(۲)، ۱۲۰-۱۴۰.
- نادری، ع؛ و سیف‌نراقی، م. (۱۳۹۵). نارسایی‌های ویژه در یادگیری؛ و چگونگی تشخیص و روش‌های بازپروری. تهران: ارسباران.
- نادی، م؛ و لبکی، ب. (۱۳۹۴). الگوی ساختاری تأثیر شدت تخطی‌ها، همدلی، احساس گناه و شرمساری، رفتارهای دلجویی و بخشایشگری ادراک شده با خودبخشایشگری در بین دانشجویان دانشگاه اصفهان، *پژوهشنامه روانشناسی مثبت*، ۱(۲)، ۸۱-۹۸.

نیک منش، زه و زند و کیلی، م. (۱۳۹۴) تأثیر آموزش مثبت‌نگری بر کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس بزهکاران نوجوان. پژوهشنامه روانشناسی مثبت، ۱(۲)؛ ۶۴-۱۵۳.

هنرمندزاده، ر؛ و سجادیان، ا. (۱۳۹۵). اثر بخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شادکامی دختران نوجوان بی‌سرپرست. پژوهش‌های روانشناسی مثبت، ۲(۲) ۳۵-۵۵.

Allen, LB., Lu, Q., Tsao, JCL., Hayes, LP., & Zeltzer, LK. (2011). Depression partially mediates the relationship between alexithymia and somatization in a sample of healthy children. *Journal of Health Psychology*; 16(8), 1177-1186.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th Ed (DSM-V). Washington, DC (American Psychiatric Association Publishing).

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32

Baños RM, Etchemendy E, Mira A, Riva G, Gaggioli A and Botella, C. (2017). Online Positive Interventions to Promote Well-being and Resilience in the Adolescent Population: A Narrative Review. *Front. Psychiatry* 8, 10, 1-9.

Berry, J. W., Worthington, E. L., Jr., Parrott, L., III, O'Connor, L., & Wade, N. G. (2001). Dispositional forgivingness: Development and construct validity of the Transgression Narrative Test of Forgiveness (TNTF). *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1277-1290.

Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, GJ., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(1), 113-119.

Bonifacci, P., Montuschi, M., Lami, L., & Snowling, M. J. (2014). Parents of children with dyslexia: Cognitive, emotional and behavioural profile. *Dyslexia*, 20, 175-190.

Brabcová, D., Zárubová, J., Kohout, J., Jošt, J., & Kršek, P. (2015). Effect of learning disabilities on academic self-concept in children with epilepsy and on their quality of life. *Research in Developmental Disabilities*, (45-46), 120-128.

Breton, J.-J., Labelle, R., Berthiaume, C., Royer, C., St-Georges, M., Ricard, D., & Guilé, J.-M. (2015). Protective factors against depression and suicidal behaviour in adolescence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60, S5-S15.

Bucci, W. (1997a). Symptoms and Symbols: A Multiple Code theory of Somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 151-172.

Cacci, H., Doepfner, M., Asherson, P., Donfrancesco, R., Faraone, S. V., Hervas, A., & Fitzgerald, M. (2014). Daily life impairments associated with self-reported childhood/adolescent attention-deficit/hyperactivity

- disorder and experiences of diagnosis and treatment: Results from the European Lifetime Impairment Survey. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 29, 316–323.
- Carano, A., De Berardis, D., Gambi, F., Di Paolo, C., Campanella, D., Pelusi, L., Sepede, G., Mancini, E., La Rovere, R., Salini, G., Cotellessa, C., Salerno, R.M., Ferro, F.M., 2006. Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders* 39, 332–340.
- Carpenter, TP, Carlisle Robert, D. and Tsang, JA. (2014). Tipping the scales: Conciliatory behavior and the morality of self-forgiveness, *The Journal of Positive Psychology*, 1-13.
- Carr, A. (2011). *Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths*. New York: Routledge.
- Celikel, F.C., Kose, S., Erkorkmaz, U., Sayar, K., Cumurcu, B.E., Cloninger, C.R., 2010. Alexithymia and temperament and character model of personality in patients with major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 64–70.
- Chan, W. D. (2013). Subjective well-being of Hong Kong Chinese teachers: The contribution of gratitude, forgiveness, and the orientations to happiness. *Teaching and Teacher Education*, 32, 22–30.
- Chen, JXu., Jing, J., & Chan, RCK. (2011). Alexithymia and emotional regulation: A cluster analytical approach. *BMC Psychiatry*, 11(33), 1-6.
- Davis, D. E., Worthington, E. L., Jr., Hook, J. N., & Hill, P. C. (2013). Research on religion/spirituality and forgiveness: A meta-analytic review. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(4), 233-241.
- De Timary, P., Luts, A., Hers, D., Luminet, O., 2008. Absolute and relative stability of alexithymia in alcoholic inpatients undergoing alcohol withdrawal: relationship to depression and anxiety. *Psychiatry Research*, 157, 105–113.
- Di Giulio, P., Philipov, D. & Jaschinsk, I. (2014). Families with disabled children in different European countries, *Families and Societies*, 23. 1-44.
- Dyson, L. (2010). Unanticipated effects of children with learning disabilities on their families. *Learning Disability Quarterly*, 33, 43–55.
- Eid, M., & Diener, E. (2001). Norms for experiencing emotions in different cultures: Inter- and intranational differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 869-885.
- Enright, RD., & Fitzgibbons, R. (2015). *Forgiveness therapy*. Washington DC: APA Books, USA.
- Enright, R., Erzar, T., Gambaro, M., Komoski, MC., O'Boyle, J., et al. (2016) Proposing Forgiveness Therapy for those in Prison: An

- Intervention Strategy for Reducing Anger and Promoting Psychological Health. *Journal of Forensic Psychology*, 1(4), 1-3.
- Exline, J. J., Root, B. L., Yadavalli, S., Martin, A. M., & Fisher, M. L. (2011). Reparative behaviors and self-forgiveness: Effects of a laboratory-based exercise. *Self and Identity*, 10, 101-126.
- Fernández-Alcántara, m., Correa-Delgado, C., Muñozc, A., Salvatierra, M. T., Fuentes-Hélices, T., & Laynez-Rubio, C. (2017). Parenting a Child with a Learning Disability: A Qualitative Approach. *International Journal of Disability, Development and Education*, 1-18.
- Franzoni, E., Gualandi, S., Caretti, V., Schimmenti, A., Di Pietro, E., Pellegrini, G., . . . Pellicciari, A. (2013). The relationship between alexithymia, shame, trauma, and body image disorders: Investigation over a large clinical sample. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 185-193.
- Gallagher, S., & Hannigan, A. (2014). Depression and chronic health conditions in parents of children with and without developmental disabilities: The growing up in Ireland cohort study. *Research in Developmental Disabilities*, 35(2), 448-454.
- Gallagher, S., & Hannigan, A. (2015). Child problem behaviours are associated with obesity in parents caring for children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 358-365.
- Garcia, L., Pelechano, V., Gonzalez-Leandro, P., & Moran, C. (2013). Is it possible to be too happy? Happiness, personality, and psychopathology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 18-24.
- Haglund, M., Nestadt, P.S., Cooper, N.S., Southwick, S.M., Charney, D.S. (2007). Psychobiological mechanisms of resilience: relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology. *Dev Psychopathol*, 19(3), 889-920.
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2014). *Exceptional learners. introduction to special education* (15th ed). Boston: Allyn & Bacon.
- Hall, J. H., & Fincham, F. D. (2005). Self-forgiveness: The stepchild of forgiveness research. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 621-637.
- Han, D., Zhang, D. Y., Li, B., Lv, Z., Huo, X., Li, Y., & Zhong, Y. (2012). Alexithymia in Chinese chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients: The prevalence and related factors of alexithymia. *Psychiatry Research* 198, 274-278.
- Harper, A., Dyches, T.T., Harper, J., Roper, S.O. & South, M. (2013). *Respite care, marital quality, and stress in parents of children with autism spectrum disorders*, Springer Science & Business Media, New York.
- Heiman, T., & Berger, O. (2008). Parents of children with Asperger syndrome or with learning disabilities: Family environment and social support. *Research in Developmental Disabilities*, 29(4), 289-300.

- Hendriksen, J. G. M., Keulers, E. H. H., Feron, F. J. M., Wassenberg, R., Jolles, J., & Vles, J. S. H. (2007). Subtypes of learning disabilities: Neuropsychological and behavioural functioning of 495 children referred for multidisciplinary assessment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 517–524.
- Holmgren, MR. (1993). Forgiveness and the intrinsic value of persons. *The American Philosophical Quarterly*, 30(4), 341-352.
- Jessimer, M., & Markham, R. (1997). Alexithymia: A right hemisphere dysfunction specific to recognition of certain facial expressions? *Brain and Cognition*, 34, 246-258.
- Jula, A., Salminen, J, K., & Saarijarvi, S. (1999). Alexithymia: A face of essential hypertension. *Hypertension*, 33, 1057-1061.
- Kalek, D. (2008). *The effectiveness of a family-centered early intervention program for parents of children with developmental delays ages 0 through 3*, Pepperdine University, Malibu, CA.
- Keyes, C., Dhingra, S., & Simoes, E. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Public Health Association*, 100, 2366-2371
- Komaki, G. (2013). Somatization and psychosomatic symptoms. New York: Sperliger.
- Lavee, Y., Sharlin, S., & Katz, R. (1996). The Effect of Parenting Stress on Marital Quality: An Integrated Mother-Father Model. *Journal of Family Issues*, 17(1), 114–135.
- Lench, H. C., Levine, L. J., & Whalen, C. K. (2013). Exasperating or exceptional? Parents' interpretations of their child's ADHD behavior. *Journal of Attention Disorders*, 17, 141–151.
- Leung, C., Chan, S., Lam, T., Yau, S., & Tsang, S. (2016). The effect of parent education program for preschool children with developmental disabilities: A randomized controlled trial. *Research in Developmental Disabilities*, 56, 18-28.
- Levant, R. F., Allen, P. A., & Lien, M. C. (2014). Alexithymia in men: How and when do emotional processing deficiencies occur? *Psychology of Men & Masculinity*, 15(3), 324-334.
- Lin, L.Y., Orsmond, CI., Coster, WT. & Cohn, ES. (2011). Families of adolescents and adults with autism spectrum disorders in Taiwan. The role of social support and coping in family adaptation and maternal well-being. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1):144-156.
- Luca, M., Luca, A., & Calandra, C. (2013). Psychomotor retardation and externally oriented thinking in major depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9 759–766.
- Lyubomirsky, S. & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well – being? *Current Directions in Psychological Science*, 22(1), 57-62.
- Marchesi, C., Giaracuni, G., Paraggio, C., Ossola, P., Tonna, M., & De Panfilis, C. (2014). Pre-morbid alexithymia in panic disorder: A cohort study. *Psychiatry Research*, 215, 141–145.

- McConnell, J.M., Dixon, D.N., & Finch, W.H. (2013). An alternative model for self-forgiveness. *Journal of Social & Psychological Sciences*, 5(2).
- McConnell, J. M. (2009). *Confirming a model of self-forgiveness*. Ph.D. thesis, Ball State University. Muncie, Indiana.
- MacLachlan, M., & Hand, K. (2013). *Happy nation? Prospects for psychological prosperity in Ireland*. Dublin, Ireland: The Liffey Press Ltd.
- Moen, O. L., Hall-Lord, M. L., & Hedelin, B. (2011). Contending and adapting every day: Norwegian Parents' lived experience of having a child with ADHD. *Journal of Family Nursing*, 17, 441-462.
- Montebarocci, O., Surcinelli, P., Rossi, N., & Baldaro, B. (2011). Alexithymia, verbal ability and emotional recognition. *Psychiatric Quarterly*, 82(3), 245-252.
- Mumbuna, N. (2010). *An investgaton on how teenage mothers parent their children'*, BSW Mini-dissertaton, University of Namibia, Windhoek.
- Palmer, B. R., Gignac, G., Manocha, R., & Syough, C. (2004). A psychometric evaluation of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0. *Intelligence*, 33, 285-305.
- Park, N., Peterson, C., & Sun, JK. (2013). La psicología positiva: investigacióny aplicaciones. *Terapa Pscoogcal*, 31(1), 11-9.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: III Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269-275.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2005). *Assessment of character strengths*. In G.P. Koocher, J. C. Norcross, & S. S. Hill III (Eds.), *Psychologists' desk reference* (2nd ed., pp. 93-98). New York: Oxford University Press.
- Pietrowsky,R., & Mikutta, J. (2012). Effects of Positive Psychology Interventions in Depressive Patients—A Randomized Control Study, *Psychology*, 3(12), 1067-1073.
- Resch, J.A., Mireles, G., Benz, M.R., Grenwelge, C., Peterson, R. & Zhang, D. (2010). 'Giving parents a voice: A qualitatve study of the challenges experienced by parents of children with disabilites', *Rehabilitaton Psychology*, 55(2), 139-150.
- Sayar, K., Kirmayer, LJ., & Taillefer, SS. (2003). Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*, 25,108-114.
- Scanlon, D. (2013). Specific learning disability and its newest definition: Which is comprehensive? And which is insufficient? *Journal of Learning Disabilities*, 46, 26-33.
- Scherer, M., Worthington, E. L., Jr., Hook, J. N., & Campana, K. L. (2011). Forgiveness and the bottle: Promoting self-forgiveness in individuals who abuse



- alcohol.  
*Journal of Addictive Diseases*, 30, 382-395.
- Schrank, B., Brownell, T., Tylee, A., & Slade, M. (2014). Positive psychology: An approach to supporting recovery in mental illness. *East Asian Archives of Psychiatry*, 24(3), 95-103.
- Scheier, M. F., Carver, S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism, neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Seligman, M. E. D., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress. *Journal of American psychologist*, 5, 410-421.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. (2006). Positive psychotherapy. *American psychologist*, 61 (8), 86-774.
- Seligman, M. E. P. (2013). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Atria Books.
- Seligman, M. E. P. (2011a). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. (2010). *Flourish: Positive psychology and positive interventions* (Tanner lectures on human values, delivered at the University of Michigan). Retrieved from [http://tannerlectures.utah.edu/\\_documents/a-to-z/s/Seligman\\_10.pdf](http://tannerlectures.utah.edu/_documents/a-to-z/s/Seligman_10.pdf)
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2014). *Positive Psychology: An introduction* (pp. 279-298). Netherlands: Springer.
- Shoshani, A., & Steinmetz, S. (2014). Positive psychology at school: A school-based intervention to promote adolescents' mental health and well-being. *Journal of Happiness Studies*, 15(6), 1289-1311.
- Siegel, L. S. (1989). IQ is irrelevant to the definition of learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 22, 469-478.
- Sifneos, P. E. (2000). Alexithymia, Clinical Issues, Politics and Crime. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 113-116.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practicefriendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487.
- Skotarczak, L., & Lee, G. (2015). Effects of parent management training programs on disruptive behavior for children with a developmental disability: A meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 272-287.
- Squires, R. C., Sztainert, T., Gillen, N. R., Caouette, J., & Wohl, M. J. A. (2012). The problem with self-forgiveness: Forgiving the self deters readiness to change among gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 28, 337-350.
- Sung hwa, S., Hyunyoung, J., Hyodeog, R., Juhee, K., Heawon, K., Geumye, B., & Seaungjae, L. (2012). A comparative study on alexithymia in

- depressive, somatoform, anxiety and psychotic disorder among Koreans. *Psychiatry Investing*, 9, 325-331.
- Swart, M., Kortekaas, R., & Aleman, A. (2009). Dealing with feelings: Characterizations of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing. *PLoS ONE*, 4(6), e5751.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulations: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taderera, C. & Hall, H. (2017). Challenges faced by parents of children with learning disabilities in Opuwo, Namibia', *African Journal of Disability*, 6(0), a283.
- Takahashi, M., Adachi, M., Takayanagi, N., Yasuda, S., Tanaka, M., Osato-Kaneda, A., Masuda, T., Nakai, A., Saito, M., Kuribayashi, M., & Nakamura, K. (2017). Coordination difficulties in preschool-aged children are associated with maternal parenting stress: A community-based cross-sectional study. *Research in Developmental Disabilities*, 70, 11-21.
- Tangney, J., Tracy, J. (2012). *Self-conscious emotions*. In: Leary, M., Tangney, J. (Eds.), *Handbook of Self and Identity* 2nd ed. Guilford Press, New York.
- Toussaint, L. L., Owen, A. D., & Cheadle, A. (2012). Forgive to live: Forgiveness, health, and longevity. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 375-386.
- Toussaint, L., Barry, M., Angus, D., Bornfriend, I., & Markman, M. (2017). Self-forgiveness is associated with reduced psychological distress in cancer patients and unmatched caregivers: Hope and self-blame as mediating mechanisms, *Journal of Psychosocial Oncology*, 1-17.
- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2007). *The self in self-conscious emotions: A cognitive appraisal approach*. In J.L. Tracy, R.W. Robins, & J.P. Tangney (Eds.) *The self-conscious emotions: Theory and research* (pg. 3-20). New York: Guilford Press.
- VanPelt, N. (2007). *Train up a child: A guide to successful parenting*, Pacific Press, Hagerstown, MD.
- Webb, J. R., Hill, S. K., & Brewer, K. G. (2012). Dimensions of social support as mediators of the forgiveness-alcohol outcome relationship. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 11, 64-75.
- Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of affective disorders*, 122(3), 213-217.
- Worthington, E. L. (2005). *Handbook of forgiveness*. New York: Brunner-Routledge.
- Worthington, E. L., & Langberg, D. (2012). Self-forgiveness in treating complex

- trauma and moral injury in present and former soldiers. *Journal of Psychology and Theology*, 40, 274-288.
- Wohl, M. J., DeShea, L., & Wahkinney, R. L. (2008). Looking within: Measuring state self-forgiveness and its relationship to psychological wellbeing. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 40, 1-10.
- Yi, J. Y., Luo, Y. Z., & Zhong, M. T. (2007). Characteristics of affective priming effect in alexithymics. *Chinese Mental Health Journal*, 21 (5), 302-306.
- Zuccurini, D; Johnson, S.M; Dagleish, T.L; & Makinen, J.A. (2012). Forgiveness and reconciliation in emotionally focused therapy for couples: the client change and therapist intervention. *Journal of Marital & Family Therapy*, 39(2): 148-162.
- Zeitlin, S. B., MaNally, R. J. (1993). Alexithymia and Anxiety Sensitivity in Panic Disorder and Obsessive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150(4), 658-660.