

اثربخشی آموزش شادکامی فوردایس بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی

- سید مجتبی عقیلی*، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران
- آرزو اصغری، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کوثر بجنورد، بجنورد، ایران
- سعیده اقبالی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران
- میترا نمازی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم و تحقیقات شاهرود، سمنان، ایران

• تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۰۳ • تاریخ انتشار: بهمن و اسفند ۱۴۰۱ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۹ - ۱۸

چکیده

زمینه: کودکان کم‌توان ذهنی، کودکانی هستند که با کودکان عادی حداقل در یکی از زمینه‌های ذهنی، حسی، ارتباطی، رفتار اجتماعی و ویژگی‌های جسمی تفاوت دارند.

هدف: پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش شادکامی فوردایس بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی انجام شد.

روش پژوهش: طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه والدین دارای فرزند با کم‌توانی ذهنی شهرستان گنبد کاووس بود که تعداد ۳۰ والد دارای فرزند کم‌توان ذهنی با روش نمونه‌گیری داوطلبانه و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی و گواه گمارده شدند، در هر گروه ۱۵ والد. گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، طی ۲ ماه تحت آموزش شادکامی فوردایس قرار گرفت. در این پژوهش از پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویسون (۲۰۰۳) و بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۸) استفاده شد. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش شادکامی فوردایس بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی تأثیر معنادار دارد. بدین صورت آموزش شادکامی فوردایس توانسته منجر به افزایش تاب‌آوری و بهبود بهزیستی روان‌شناختی این والدین شود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، آموزش شادکامی فوردایس با بهره‌گیری از فن ابراز احساسات، دوری از افکار نگران‌کننده، زندگی در حال و آشنایی با شخصیت سالم و آموزش شایستگی والدینی می‌تواند یک روش کارآمد جهت افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی به شمار رود.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری، شادکامی فوردایس، کم‌توان ذهنی

* Email: -

مقدمه

کودکان کم‌توان ذهنی^۱، کودکانی هستند که با کودکان عادی حداقل در یکی از زمینه‌های ذهنی، حسی، ارتباطی، رفتار اجتماعی و ویژگی‌های جسمی تفاوت دارند (۱). تولد کودک معلول نه تنها والدین بلکه سایر اعضای خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و از عوامل فشارزای مؤثر بر والدین کودکان کم‌توان ذهنی می‌توان مواردی نظیر سختی‌ها و فشارهای اقتصادی (۲)، مانند هزینه‌های پزشکی، مشکلات عاطفی موجود در خانواده، مقصر دانستن والدین و افزایش تنش و تعارضات خانوادگی اشاره کرد (۳). شواهد متعددی نشان می‌دهد کودک کم‌توان ذهنی نیز به دلیل ویژگی‌ها و نیازهای مراقبتی خاص و مشکلات مربوط به آن، باعث برهم زدن تعادل خانواده می‌شود (۴).

یکی از مشکلات والدین دارای کودکان با نیازهای ویژه کاهش تاب‌آوری^۲ است (۵). تاب‌آوری ویژگی شخصیتی مثبتی است که افراد را قادر می‌سازد در برابر شرایط نامطلوب و بحران عقب نشینی و برای انطباق و بالغ شدن رشد کنند (۶). در واقع، تاب‌آوری از سازه‌های بنیادی شخصیت است که در برگریز قابلیت‌های فردی در رویارویی، عقب نشینی و از سرگیری دوباره تلاش و مقابله با مشکلات است (۷). مفهوم تاب‌آوری بینش امیدوارکننده‌ای را جهت تسهیل رشد و پیشرفت فرد بعد از شرایط سخت ایجاد می‌کند (۸). تاب‌آوری در شرایط تنش‌زا می‌تواند سبب کاهش استرس^۳ و ناتوانی شود و به این مسئله اشاره دارد که فرد، با وجود قرار گرفتن در معرض موقعیت‌های دشوار و عوامل خطر می‌تواند توانش اجتماعی خود را بهبود داده و بر مشکلات غلبه کند (۹). تاب‌آوری نقش مهمی در بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر دارد (۱۰)؛ از این رو می‌تواند؛ سازگاری مثبت و موفق را در زندگی فراهم سازد (۱۱). افراد تاب‌آور در برابر استرس و مشکلات، دارای کنترل درونی هستند؛ یعنی می‌توانند مسئولیت شرایط و مسائل خود را برعهده بگیرند، خودشناسی مثبت دارند، نسبت به زندگی خوش بین هستند (۱۲). در این راستا نتایج پژوهش آریشی اوزجان، سیکچی و ارسلان نشان داده است افرادی که سطح تحمل پریشانی^۴ بالاتری دارند از انعطاف‌پذیری شناختی^۵ بیشتری برخوردار بوده و تاب‌آورتر می‌باشند (۱۳). همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان داد که تاب‌آوری و سخت‌رویی روان‌شناختی^۶

توانایی پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی^۷ در بین مادران دارای کودکان نارسایی‌های ذهنی و تحولی را دارد (۱۴). عوامل مختلفی بر تاب‌آوری این مادران تأثیرگذارند که یکی از آنها، بهزیستی روان‌شناختی است (۱۵).

والدین کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با والدین کودکان عادی به دلیل اینکه زمان بیشتری را به مراقبت از فرزند خود اختصاص می‌دهند و به علت شرایط و مسئولیت‌هایی که این کودکان از لحاظ شناختی، اجتماعی و هیجانی دارند، تنش و آسیب‌های روانی بیشتری قرار می‌گیرند (۱۶). این کودکان به دلیل داشتن معضله‌های ویژه، ناگزیر نیازمند مدارس و آموزش‌های خاصی هستند که این امر باعث اضطراب والدین و به خصوص مادرانشان شده و بهزیستی آنها را به مخاطره می‌اندازد (۱۷). بهزیستی روان‌شناختی شامل دریافت‌های فرد از میزان هماهنگی بین اهداف معین و ترسیم‌شده با پیامدهای عملکردی است که در فرآیندهای ارزیابی مستمر به دست می‌آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منجر می‌شود (۱۸). بهزیستی روان‌شناختی طبق مدل ریف (۱۹۸۸) شامل ۶ مؤلفه پذیرش خود، خودمختاری، داشتن ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، تسلط بر محیط و رشد شخصی است (۱۹). بهزیستی روان‌شناختی تأثیر مهمی در موفقیت افراد دارد. افراد دارای بهزیستی روان‌شناختی بالا نگرش خوشبینانه نسبت به رویدادها و واقعیت اطراف خود دارند و به جای جبهه‌گیری منفی نسبت به اتفاقات پیرامون خود سعی در استفاده‌ی بهینه از این رویدادها دارند (۲۰). به عقیده روان‌شناسان مثبت‌نگر در توصیف بهزیستی روان‌شناختی والدین کودکان استثنایی، این والدین سرانجام با تنش‌ها و موقعیت فرزند خود کنار می‌آیند به این معنا که شرایط را پذیرفته و سازگار می‌شوند (۲۱). پژوهش‌ها نشان دادند که والدین کودکان کم‌توان ذهنی، تحت فشار درخواست‌های کودکان ناتوان، سطح پایینی از بهزیستی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند. آنها گزارش کردند که نسبت به بیماری‌های مزمن و سطح بهزیستی روان‌شناختی خود بی‌توجه هستند و بیشتر زمان خود را صرف حمایت از کودک ناتوان و کل خانواده می‌کنند (۲۲). کاظمی و همکاران (۱۷) در پژوهشی دریافتند که بهزیستی روان‌شناختی دارای رابطه مثبت و معناداری با تاب‌آوری مادران دارای فرزند اُتِستیک بوده که مؤلفه ادراک

1. Mental retardation
2. Resilience
3. Stress
4. Tolerance of distress

5. Cognitive flexibility
6. Psychological hardiness
7. Psychological well-being

تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی ارتقا پیدا خواهد کرد.

تغییرات کمی و کیفی در بهزیستی روان‌شناختی باعث شکل‌گیری شخصیت متفاوت در خانواده می‌شود و در بیشتر موارد با وجود اینکه ممکن است پشتیبان‌های برای سلامت رفتاری باشد، مشکلات رفتاری خاصی را ایجاد می‌کند که به عوامل متعددی بستگی دارد (۳۵). از آنجایی که مادر نقش اساسی در حفظ تعادل روانی-اجتماعی خانواده دارد و ایجاد تنش و فشار بر او، بر سایر اعضای خانواده اثر می‌گذارد و با توجه به اینکه مادر نقش مهمی در سلامت روان اعضای خانواده دارد، پرداختن به وضعیت مادران اهمیت زیادی دارد (۳۶). همچنین تاب‌آوری به عنوان یک توانایی بسیار مهم در مقابله با مشکلات می‌تواند عاملی مؤثر در بهزیستی روان‌شناختی والدین کودکان کم‌توان ذهنی باشد. بنابراین والدین این کودکان علاوه بر نیاز به توسعه راهکارهایی سازگارانه و مؤثر برای حفظ عملکرد خود و رفع مشکلات جسمی، به مدیریت در حل مشکلات عوارض روان‌شناختی و عاطفی نیاز دارند که این فرایند در تدوین بسته آموزشی شادکامی فوردایس متجلی می‌شود. حال با توجه به این خلاء پژوهشی و همچنین نظر به نقش مؤثر شادکامی افراد در مواجهه با مشکلات، هدف انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش شادکامی فوردایس بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه والدین دارای فرزند با کم‌توانی ذهنی شهرستان گنبد کاووس در سال ۱۳۹۴ تشکیل دادند که تحت پوشش سازمان بهزیستی قرار داشتند.

در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری داوطلبانه استفاده شد. براین اساس، ابتدا پوستری به جهت شرکت داوطلبانه در پژوهش در سازمان بهزیستی شهر گنبد کاووس نصب و اطلاع‌رسانی شد، سپس افرادی که مایل به همکاری بودند ثبت‌نام کتبی کردند. از میان افراد ثبت‌نام‌شده، ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی و گواه قرار گرفتند (۱۵ والد در گروه آزمایشی و ۱۵ والد

کنترل‌پذیری پیش‌بینی کننده مهم‌تر جهت تاب‌آوری در این مادران بود.

یکی از مداخلات روان‌شناختی که بر نقش عواطف مثبت بر جنبه‌های مختلف زندگی افراد تأکید می‌کند، مداخله مبتنی بر آموزش شادکامی فوردایس^۱ است (۲۳). شادکامی به عنوان نوعی ارزشیابی فرد از خود و زندگی‌اش، در برگرنده مفاهیمی از قبیل رضایت از زندگی، عواطف مثبت، نداشتن افسردگی و اضطراب است (۲۴). شاد بودن و احساس خوشایند داشتن می‌تواند بسیاری از مشکلات روان‌شناختی را کاهش دهد (۲۵). فوردایس طی پژوهش‌های متعددی مجموعه‌ای را با عنوان افزایش شادی ارائه کرد که ترکیبی از نظریات شناختی و رفتاری است (۲۶). آموزش شادکامی با تأکید بر توانایی‌های فردی، مداخلاتی با هدف افزایش سطح شادکامی و رضایت از زندگی، به وجود آورده و به دنبال افزایش عواطف و افکار مثبت و بهبود خرسندی و رضایت از زندگی است (۲۷). زیربنای برنامه فوردایس این است که اگر شخص بخواهد، می‌تواند همانند افراد شاد، شاد باشد (۲۸). فوردایس بسته آموزشی شادکامی ارائه داده است که دارای ۱۴ اصل است (۲۹). از این تعداد ۸ اصل مرتبط با اصول شناختی و ۶ اصل دیگر نیز اصول رفتاری هستند (۳۰). در بخش شناختی، به بررسی ریشه‌ای دخیل بودن افکار و رفتارهای خاص در مورد شادکامی پرداخته است و در بخش رفتاری نیز مجموعه‌ای از فنون درمان شناختی-رفتاری^۲ را که معتقد است می‌تواند برای افراد مفید واقع شود، ارائه داده است (۳۱).

پژوهش‌هایی درباره اثربخشی آموزش شادکامی به روش شناختی-رفتاری فوردایس انجام شده است. نتایج پژوهش مرادی‌زاده (۳۲) نشان داد که آموزش شادکامی منجر به افزایش بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی زنان مطلقه گردید. رضا زاده، خدابخشی، حمیدی و ثناگو (۳۳) نشان داد که آموزش شادکامی باعث افزایش امید و تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی شد. احمدی جویباری، تاتاری، عبدلی (۳۴) در پژوهشی دریافتند که آموزش شادکامی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زنان دارای همسر معتاد اثربخش بوده است. نوربخش و همکاران (۲۳) دریافتند که آموزش شادکامی به شیوه شناختی-رفتاری فوردایس باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش تاب‌آوری در زنان با معلولیت جسمی-حرکتی می‌شود. نتایج پژوهش آریشی و همکاران (۱۳) نشان داد با افزایش

1. Fordyce Happiness

2. cognitive behavioral therapy

در گروه گواه). از هر ۲ گروه، پیش‌آزمون توسط پرسشنامه‌های تاب‌آوری کونور و دیویسون و بهزیستی روان‌شناختی ریف به‌عمل آمد و سپس گروه آزمایشی در جلسات بعدی تحت آموزش گروهی شادکامی فوردایس قرار گرفت، در حالی که گروه گواه در طول اجرای پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام آموزش، از هر ۲ گروه پس‌آزمون به‌عمل آمد. یک ماه پس از گذشت آخرین جلسه آموزشی مجدداً جهت بررسی دوام اثر آموزش، پرسشنامه‌ها توسط والدین تکمیل گردیدند (مرحله پیگیری). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن فرزند کم‌توان ذهنی بر اساس اسناد پزشکی و روان‌پزشکی، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، رضایت‌نامه آگاهانه و آمادگی جهت شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی حاد و مزمن و عدم دریافت مداخله روان‌شناختی هم‌زمان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از ۲ جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود. یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که در این پژوهش ۳۷ درصد پدران و ۶۳ درصد مادران شرکت نمودند. میانگین سن گروه آزمایشی ۳۴/۲۱ و گروه گواه ۳۳/۳۰ بود. از میان شرکت کنندگان ۶۰/۳ درصد دارای مدرک دیپلم و ۳۶/۷ درصد دارای مدرک کاردانی و کارشناسی بودند. ۲۶ درصد شرکت‌کنندگان در پژوهش فرزندان ۴ تا ۷ سال، ۵۲ درصد فرزندان ۸ تا ۱۱ سال و ۲۲ درصد فرزندان ۱۲ تا ۱۴ سال داشتند. ۶۵ درصد فرزندان دختر و ۳۵ درصد پسر بودند، ۱۴ درصد فرزندان کم‌توانی ذهنی متوسط، ۵۱ درصد کم‌توانی ذهنی شدید و ۳۵ درصد کم‌توانی ذهنی عمیق داشتند.

□ **پرسشنامه تاب‌آوری (کونور و دیویسون):** پرسشنامه تاب‌آوری توسط کانر و دیویسون در سال ۲۰۰۳ جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، ساخته شده و ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از صفر (همیشه درست) تا ۴ (کاملاً نادرست) نمره‌گذاری می‌شود (۳۷). دامنه امتیازهای این پرسشنامه از صفر تا ۱۰۰ و نقطه برش آن امتیاز ۵۰ می‌باشد. به عبارتی، نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هرچه امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود و برعکس. نتایج همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرایی مقیاس، کافی گزارش شده‌اند و اگرچه نتایج

تحلیل عاملی اکتشافی وجود ۵ عامل (شایستگی/ استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/ تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن، مهار، معنویت) را برای مقیاس تاب‌آوری تأیید کرده است، چون پایایی و روایی زیر مقیاس‌ها هنوز به‌طور قطع تأیید نشده‌اند، در حال حاضر فقط نمره کلی تاب‌آوری برای هدف‌های پژوهشی معتبر محسوب می‌شود (۳۸). همچنین محمدی در سال ۱۳۸۴، این مقیاس را برای استفاده در ایران هنجاریابی کرده است که پایایی آن را با سنجش همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ اعلام نموده است (۳۹). پایایی پرسشنامه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۹ به‌دست آمد.

□ **پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی (ریف):** این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف جهت بررسی هماهنگی بین اهداف معین و ترسیم‌شده با پیامدهای عملکردی، ساخته شده است و ۸۴ پرسش و ۶ عامل را دربر می‌گیرد (۴۰). شرکت‌کنندگان در مقیاسی ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) به پرسشها، پاسخ می‌دهند. چهل و هفت پرسش، مستقیم و ۳۷ پرسش به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ریف برای بررسی روایی ابزار و سنجش رابطه آن با سنجه‌هایی که صفات شخصیتی را می‌سنجیدند و درضمن شاخص بهزیستی روان‌شناختی نیز به‌شمار می‌روند، از سنجه‌هایی مانند مقیاس تعادل عاطفی برادبورن، رضایت زندگی نیوگارتن و حرمت خود روزنبرگ استفاده کرد. این آزمون از ۶ خرده مقیاس تشکیل شده است: خرده مقیاس رضایت از زندگی که از ۱۹ پرسش، خرده مقیاس معنویت ۱۳ پرسش، خرده مقیاس شادی و خوش‌بینی ۱۹ پرسش از پرسشنامه را به‌خود اختصاص داده است، خرده مقیاس رشد و بالندگی فردی که شامل ۸ پرسش، خرده مقیاس ارتباط مثبت با دیگران از ۸ پرسش و بالاخره خرده مقیاس خودپیروی که از ۱۰ پرسش تشکیل شده است. بیشترین نمره در این پرسشنامه ۴۲۰ و کمترین نمره ۸۴ می‌باشد. نمره ۲۱۰ نقطه برش پرسشنامه است که نمرات بیشتر از ۲۱۰ نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بالا و نمرات کمتر از آن نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی پائین است. بهزیستی روان‌شناختی از طریق ۲ روش همسانی درونی و بازآزمایی مورد سنجش قرار گرفته است. به‌منظور برآورد همسانی درونی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شده

بر شادمانی آنان بیفزاید (۲۶). در این مداخله از بین ۱۴ عنصر روش فوردایس ۱۲ عنصر انتخاب شده و طی ۸ جلسه آموزش داده می‌شود، ۲ عنصر که در این پژوهش مورد استفاده قرار نمی‌گیرد شامل: پرورش شخصیت اجتماعی و شخصیت سالم است، که به نظر می‌رسد در یک مطالعه کوتاه‌مدت پرورش شخصیت اجتماعی و سالم امکان‌پذیر نباشد. فوردایس خاطر نشان می‌سازد عدم آموزش ۲ عنصر پرورش شخصیت سالم و اجتماعی در زمانی که دوره آموزشی به بیش از ۲ ماه طول بکشد، ضرورت دارد و دوره آموزشی ۲ ماه و کمتر خللی در تأثیر آموزش ندارد (۲۳). برنامه آموزش شادکامی فوردایس براساس محتوای تعیین‌شده در جدول (۱)، توسط نویسنده مسئول در سالن اجتماعات اداره بهزیستی استان گلستان، به صورت سخنرانی، ذکر مثال و پرسش و پاسخ به والدین ارائه شد. برای محرمانه ماندن اطلاعات برای هر فرم یک کد در نظر گرفته شد تا برای اجرای پس‌آزمون با شرکت‌کننده هماهنگ شود. گروه آزمایشی بسته آموزش شادکامی فوردایس را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (یک جلسه در هفته) دریافت کردند. محتوای جلسات و تکالیف خانگی مربوط به نشست‌های آموزش گروهی شادکامی در جدول (۱) ذکر شده است.

است، ضریب قابلیت اعتماد کل مقیاس ۰/۹۴ است (۴۱). این ضریب در آزمون‌های فرعی بین ۰/۹۰ و ۰/۶۲ به دست آمده است. مقیاس تدوین‌شده بهزیستی روان‌شناختی در ۲ نوبت به فاصله زمانی ۲ هفته بر روی گروه واحدی از آزمودنی‌ها اجرا شده است. ضریب همبستگی به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۶ و برای خرده‌آزمون‌ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۳ بوده که همگی در سطح ($p < 0/01$) معنادار است. در ایران طی پژوهشی که با نمونه‌ای دانشجویی انجام شده است، همسانی درونی با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ سنجیده شد. نتایج حاصل برای تسلط بر محیط ۰/۷۷، رشد شخصی ۰/۷۸، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۷۷، هدفمندی در زندگی ۰/۷۰، پذیرش خود ۰/۷۱، خودمختاری ۰/۷۸، و نمره کلی ۰/۸۲ بود. روایی این مقیاس نیز مناسب برآورد شده است (۴۲). در پژوهش حاضر، پایایی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

□ **معرفی برنامه مداخله:** آموزش شادکامی بر پایه راهبرد شناختی-رفتاری طبق مدل فوردایس است. این مدل برای افزایش شادمانی افراد جامعه ایجاد شده که شامل ۱۴ ماده است. این برنامه ۸ عنصر شناختی و ۶ عنصر رفتاری دارد. فوردایس معتقد است با آموزش این اجزاء به افراد توانسته

جدول (۱) جلسات آموزشی شادکامی فوردایس

جلسه	محتوای جلسات
یکم	معارفه و آشنایی اعضا با یکدیگر، اجرای پیش‌آزمون، توافق در مورد تعداد و زمان جلسات. ضرورت شادکامی در زندگی و دریافت بازخورد از جلسه
دوم	آموزش مهارت بیان احساسات، نامگذاری صحیح احساسات، آموزش مهارت افزایش خوشبینی و ایجاد و افزایش روابط صمیمانه در زندگی و ارائه تکالیف خانگی
سوم	بررسی تکالیف خانگی و بررسی مشکلات در امر اجرای تکالیف، آموزش مهارت افزایش فعالیت جسمانی، روابط اجتماعی و ارائه تکالیف خانگی
چهارم	بررسی تکالیف خانگی، مهارت‌های آموزش دوری از افکار نگران‌کننده و راهبردهای مقابله با استرس و ارائه تکالیف خانگی
پنجم	بررسی تکالیف خانگی، آموزش مهارت برنامه‌ریزی و سازماندهی (مدیریت زمان) و آموزش مهارت زندگی کردن در زمان حال، ارائه تکالیف خانگی
ششم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت خودواقعی بودن شامل (شناسایی انواع خود؛ بررسی خودپنداره، ارائه راهکارهای دستیابی به خود واقعی و حرکت به سوی خود مثبت)، ارائه تکالیف خانگی
هفتم	بررسی تکالیف خانگی، آموزش آشنایی با نمونه‌هایی از شخصیت‌های سالم و ناسالم و معرفی ویژگی‌های شخصیت سالم و ارائه تکالیف خانگی
هشتم	بررسی تکالیف خانگی، آموزش مهارت کاهش توقعات و آرزوها و آموزش اولویت دادن به شادی، اجرای پس‌آزمون، تشکر و قدردانی از اعضای گروه

روش اجرا

پس از اخذ مجوزهای لازم از بهزیستی استان گلستان، در این پژوهش ابتدا با روش نمونه‌گیری داوطلبانه، نمونه پژوهش جمع‌آوری شد. سپس طی جلسه آموزشی روند اجرای پژوهش و اهداف پژوهش و بسته آموزشی برای والدین شرکت‌کننده در پژوهش توسط پژوهشگر شرح داده شد تا این افراد آگاهی و رضایت لازم جهت شرکت در پژوهش را اعلام نمایند. در گام بعد، تمامی افراد ۲ گروه آزمایشی و گواه به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. سپس افراد گروه آزمایشی بسته آموزش شادکامی فوردایس را دریافت کردند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت والدین برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند کرد. همچنین به هر ۲ گروه

اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. داده‌های پژوهش با آزمون تحلیل واریانس و استفاده از نرم افزار آماری SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش، از روش‌های آماری در ۲ سطح توصیفی و استنباطی استفاده شد. میانگین و انحراف استاندارد متغیر وابسته پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک ۲ گروه آزمایشی و گواه، در جدول (۲) ارائه شده است. نتایج نشان داد که آموزش شادکامی فوردایس توانسته است منجر به تغییر در میانگین نمرات تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شود.

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایشی و گواه

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تاب‌آوری	آزمایشی	۵۴/۳۰۰۰	۱۲/۹۲۲۱۲	۷۴/۱۵۰۰	۴/۹۱۲۶۶	۱۱/۴۶	۱/۹۵
	گواه	۵۴/۲۴۰۰	۱۱/۷۴۷۰۹	۵۵/۶۵۰۰	۹/۳۰۳۵۱	۹/۶۰	۲/۴۴
پذیرش خود	آزمایشی	۳۰/۴۶۶۷	۵/۰۲۶۶۰	۶۲/۳۳۳۳	۵/۵۲۴۸۴	۱۳/۴	۲/۸۴
	گواه	۳۱/۵۳۳	۴/۱۵۵۳۲	۳۱/۸۰۰۰	۴/۷۲۳۸۰	۱۱/۲	۲/۷۳
روابط مثبت با دیگران	آزمایشی	۲۹/۴۰۰۰	۴/۳۳۹۱۹	۶۱/۷۳۳۳	۵/۲۵۷۱۹	۱۴/۰۶	۲/۰۱
	گواه	۳۲/۰۰۰۰	۵/۲۵۰۸۵	۳۲/۲۰۰۰	۵/۱۰۱۸۲	۱۲/۴	۲/۰۶
خودمختاری	آزمایشی	۳۱/۰۰۰۰	۵/۹۰۳۹۹	۳۱/۰۰۰۰	۵/۹۰۳۹۹	۱۵/۸	۲/۷۶
	گواه	۳۲/۵۳۳۳	۵/۱۸۰۵۵	۳۳/۳۳۳۳	۵/۸۹۹۹۶	۱۲/۶	۳/۱۸
تسلط بر محیط	آزمایشی	۲۹/۹۳۳۳	۵/۲۵۷۱۹	۶۰/۹۳۳۳	۴/۲۳۳۶۵	۱۶/۱۳	۱/۵
	گواه	۳۱/۲۶۶۷	۴/۶۲۰۸۶	۳۱/۹۳۳۳	۳/۷۶۹۵۵	۱۲/۳۳	۳/۷۳
زندگی هدفمند	آزمایشی	۲۹/۴۰۰۰	۳/۸۵۰۷۹	۶۱/۴۰۰۰	۵/۳۰۲۲۹	۱۳/۸	۱/۸۹
	گواه	۳۱/۸۰۰	۴/۷۲۳۸۰	۳۱/۸۰۰	۴/۷۲۳۸۰	۱۱/۳۳	۲/۹۱
رشد فردی	آزمایشی	۳۱/۹۳۳۳	۶/۴۱۹۴۶	۶۱/۱۳۳۳	۶/۵۵۵۹۹	۱۴/۸	۱/۰۸
	گواه	۳۲/۲۶۶۷	۳/۲۱۷۵۱	۳۲/۲۶۶۷	۳/۲۱۷۵۱	۱۲/۴۶	۲/۴۱
نمره کل بهزیستی روان‌شناختی	آزمایشی	۱۸۴/۷۳۳۳	۲۹/۷۲۰۸۷	۳۶۶/۵۳۳۳	۲۱/۵۴۰۲۲	۸۷/۸۶	۳/۸۷
	گواه	۱۹۳/۰۶۶۷	۱۶/۶۲۸۱۵	۱۹۳/۰۶۶۷	۱۶/۶۲۸۱۵	۷۲/۲۶	۱۴/۲۵

لوین نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($P > 0/05$). به‌منظور بررسی مفروضه کرویت، نتایج آزمون موچلی بررسی شد که نتایج آن حاکی از عدم رعایت این مفروضه بود ($P < 0/05$, $W = 0/712$ ، موچلی تاب‌آوری)، ($P < 0/05$, $W = 0/542$ ، موچلی بهزیستی روان‌شناختی) و این عدم معناداری نشان‌دهنده برقراری پیش‌فرض‌های استفاده این تحلیل بود. در جدول (۳) نتایج آزمون تحلیل واریانس نمره‌های تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی گزارش شده است.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن نمرات از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده شد. نتایج نشان داد که توزیع داده‌های متغیر تاب‌آوری در پیش‌آزمون ($p = 0/569$)، پس‌آزمون ($p = 0/421$) و دوره پیگیری ($p = 0/591$) معنادار نبود؛ توزیع داده‌های متغیر بهزیستی روان‌شناختی در پیش‌آزمون ($p = 0/964$)، پس‌آزمون ($p = 0/953$) و دوره پیگیری ($p = 0/998$) معنادار نبود. همچنین نتایج آزمون

جدول (۳) تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تغییرات تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی

توان آزمون	اندازه اثر	P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۱	۰/۵۸	۰/۰۰۱	۳۸/۵۸*	۱۶۹/۰۴	۲	۳۳۶/۰۸	زمان
۰/۸۱	۰/۲۴	۰/۰۱۶	۸/۸۳*	۱۲۱۶/۷۷	۱	۱۲۱۶/۷۷	گروه
۱	۰/۶۲	۰/۰۰۵	۴۵/۲۹*	۲۳۱/۸۲	۲	۴۶۹/۶۵	تعامل زمان و گروه
۱	۰/۸۸	۰/۰۰۵	۱۹۷/۱۷*	۱۵۱/۸۴۸	۲	۲۱۲/۰۶۷	زمان
۰/۹۹۹	۰/۵۱	۰/۰۰۱	۲۹/۰۲*	۵۸۷/۷۷۸	۱	۵۸۷/۷۷۸	گروه
۱	۰/۸۸	۰/۰۰۲	۱۹۹/۳۷*	۱۱۹/۰۷۰	۲	۱۶۶/۲۸۹	تعامل زمان و گروه

در این والدین شود. یافته حاضر با نتایج کربلایی و دشت بزرگ (۱) مبنی بر اثربخشی شادکامی بر تاب‌آوری، شادکامی و رضایت از زندگی در والدین کودکان با نیازهای ویژه؛ نتایج پژوهش حمیدی و همکاران (۳۱) مبنی بر اثربخشی آموزش شادکامی مدل فوردایس بر راهبردهای تنظیم هیجان کارکنان بیمارستان؛ پژوهش احمدی و همکاران (۳۴) مبنی بر اثربخشی آموزش شادکامی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زنان دارای همسر معتاد؛ با یافته نوربخش و همکاران (۲۳) مبنی بر اثربخشی برنامه آموزش شادکامی مبتنی بر نظریه شناختی-رفتاری فوردایس بر کیفیت زندگی و توانایی تحمل آشفتگی زنان با معلولیت جسمی-حرکتی؛ پژوهش تاکایاما و همکاران (۹) مبنی بر اثربخشی شادکامی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری همسویی داشت.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش شادکامی به دلیل آنکه به اولویت‌های آموزشی این برنامه که عواملی همچون سرگرم و فعال بودن؛ گذراندن اوقات بیشتر در جمع و فعالیت‌های گروهی؛ انجام کارهای معنادار و دارای بهره‌وری؛ دور کردن

نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد که میانگین نمرات تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی فارغ از تأثیر گروه‌بندی در طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده است که این تغییر با مقایسه با پیش‌آزمون یک تفاوت معنادار به‌شمار می‌رود. همچنین سطر مربوط به تعامل زمان و گروه به‌عنوان مهم‌ترین یافته جدول فوق حاکی از آن است که آموزش شادکامی فوردایس با تعامل زمان نیز تأثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش شادکامی فوردایس بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی انجام گرفت. نتایج نشان داد آموزش شادکامی فوردایس بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی تأثیر داشته و توانسته منجر به افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد آن

ناراحتی‌ها؛ پایین آوردن سطح انتظارات و آرزوها؛ اندیشه مثبت و خوشبینانه؛ توجه به زمان حال؛ توجه به سلامتی شخصیت؛ برون‌گرایی و اجتماعی بودن؛ خود واقعی بودن؛ کنار گذاشتن مشکلات و احساسات منفی؛ ارتباطات محکم را در بر می‌گیرد. با افزایش امید و عزت نفس این والدین و همچنین با کاهش میزان اضطراب و افسردگی و سایر عوامل منفی تأثیرگذار بر بهداشت روان، به مرور تاب‌آوری این افراد را در ابعاد مختلف آن ارتقا می‌بخشد و با خودآگاهی، افزایش معنا و هدف در زندگی و ارتقای سازگاری و آرامش درونی باعث افزایش تاب‌آوری شوند (۳۳). از سوی دیگر، روش آموزش گروهی به والدین باعث می‌شود که تلاش مشترک زوجین برای حل مشکلات و چالش‌ها مؤثر واقع شود و در این مسیر هر یک از زوجین ضمن مشاهده پیشرفت خود باعث تقویت تلاش دیگری می‌شود. در نتیجه روش آموزش شادکامی از طریق فرایندهای توضیح داده شده باعث افزایش تاب‌آوری والدین کودکان کم‌توان ذهنی می‌شود (۴۳).

یکی از نتایج پژوهش حاضر این است که آموزش شادکامی فوردایس باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی می‌شود. یافته حاضر با نتایج مطالعات پژوهش احمدی و همکاران (۳۴) مبنی بر اثربخشی آموزش شادکامی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زنان دارای همسر معتاد؛ و پاتل و دهار (۲۱) مبنی بر اثربخشی آموزش شادکامی بر بهزیستی روانی و اعتماد به نفس والدین همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش مهارت شادکامی منجر به افزایش توانایی برقراری روابط مثبت با دیگران در والدین کودکان کم‌توان ذهنی شده است. برنامه شادکامی فوردایس با تأکید بر آموزش روابط بین فردی مؤثر به عنوان یک مؤلفه سلامت روانی موجب افزایش توانایی برقراری روابط مثبت با دیگران در والدین می‌شود تا به عنوان افرادی باشند که احساسات مبتنی بر هم‌دلی و عاطفه نسبت به دیگران از خود نشان دهند و همچنین قادر به برقراری روابط عمیق‌تر با دیگران هستند و بدین طریق توانایی درک همسر و برقراری روابط مؤثر با فرزند مشکل‌دار را به هر یک از زوجین می‌دهد و توانایی همدلی و افشای احساسات را به هر یک از آنها می‌دهد (۲۶). یکی از مؤلفه‌های مهم بهزیستی روان‌شناختی، داشتن نگرش مثبت در مورد خود است، البته نه به معنای خودشیفتگی یا اعتماد به نفس و عزت نفس کاذب، بلکه به معنای احترام به نفسی که براساس آگاهی از نقاط قوت و ضعف خود می‌باشد. پذیرش خود به عنوان یک ویژگی اصلی

سلامت روانی محسوب می‌شود. براین اساس آموزش شادکامی فوردایس با تأکید بر شناخت درست باعث می‌شود والدین خود را دقیقاً آن‌طور که هستند، بشناسند و هیجان‌های منفی و استرس‌های روزمره خود را شناسایی کرده و آنها را تحت کنترل درآورند (۴۴). والدین تحت آموزش شادکامی فوردایس می‌توانند احساس رشد دائمی و پایدار داشته باشند، خودشان را به عنوان یک فرد در حال رشد و توسعه ببینند، آمادگی پذیرش تجارب جدید را داشته باشند، درباره تحقق خود احساس خوبی داشته و به صورتی تغییر کنند که منعکس‌کننده اثربخشی و قدردانی از خودشان باشند و باعث شود که بعد خودمختاری و استقلال رشد کند تا بتوانند مستقل و خود تعیین باشند، توانایی مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی برای فکر و عمل کردن به یک شیوهی خاص را داشته باشند، فشارهای اجتماعی را تنظیم و کنترل کنند، تنظیم رفتارهایشان بیش از آنکه بیرونی باشد از درون صورت گیرد، خود را براساس معیارهای شخصی ارزیابی کنند (۴۵). آموزش شادکامی فوردایس با تأکید بر جنبه‌های مثبت و ابعاد مختلف زندگی افراد، موجب به وجود آمدن ایده‌هایی می‌شود که نشان‌دهندهی هدفمندی در زندگی است و این حس و فرض را در افراد تقویت می‌کند که زندگی برای افراد هدفمند، معنادار است و بدین طریق والدین را در تعیین اهداف برای زندگی تشویق و تقویت می‌کند. این شیوه موجب می‌شود تا افراد تلاش‌هایی منظم برای هدایت افکار، احساسات و رفتار را برای دستیابی به هدف سازماندهی کنند و فعالیت‌های هدفمند خود را در طی زمان و شرایط متغیر هدایت کنند (۴۶).

محدود بودن دامنه پژوهش به والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی شهر گنبد کاووس و عدم مهارت‌های اثرگذار بر تاب‌آوری والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری، در سطح پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مراکز و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، و دیگر والدین همانند والدین دارای فرزند با اختلال طیف اُتسم و مهار عوامل ذکر شده اجرا شود. با توجه به اثربخشی آموزش شادکامی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود که مراکز خدمات‌دهی به کودکان کم‌توان ذهنی، با استخدام و به‌کارگیری روان‌شناسان و مشاوران مجرب، تلاش نمایند تا آموزش شادکامی را به والدین کودکان کم‌توان ذهنی معرفی و با به‌کارگیری آن در جهت افزایش تاب‌آوری و ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی این والدین گامی عملی بردارند.

International journal of environmental research and public health; 2019, 16(8): 1-21.

10. Doi S, Isumi A, Fujiwara T. Association between maternal adverse childhood experiences and child resilience and self-esteem: Results from the K-CHILD study. *Child Abuse & Neglect*; 127(5): 55-67.
11. Debbink M, Tavake-Pasi F, Vaitohi S, Flake N. Community risk and resilience for perinatal health among Native Hawaiian and Pacific Islander (NHPI) mothers. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; 2022, 1(226): 228-234.
12. Santos V, Tavares T, Oliveira S, Vasconcellos S, Vaez A, Santos H, Martins-Filho P. Resilience in Mothers of Children with Congenital Zika Syndrome. *Matern Child Health J*; 2021, 25(6): 855-859.
13. Arici-Ozcan N, Cekici F, Arslan R. The Relationship between Resilience and Distress Tolerance in College Students: The Mediator Role of Cognitive Flexibility. 2019.
14. Nemati Sh. The role of psychological resilience and difficulty in predicting the psychological well-being of mothers with children with cognitive and adaptive disabilities. *Journal of Positive Psychology*; 2019, 5(3): 1-12. [Persian]
15. Finster H, Norwalk K. Characteristics, experiences, and mental health of children who re-enter foster care. *Children and Youth Services Review*; 2021, 129(1): 106-105.
16. Cetinbakis G, Bastug G, Ozel-Kizil T. Factors contributing to higher caregiving burden in Turkish mothers of children with autism spectrum disorders. *International Journal of Developmental Disabilities*; 2020, 66(1): 46-53.
17. Kazemi N, Dadashloo F, Seif F. Predicting the psychological well-being and resilience of mothers with children with autism spectrum disorders based on cognitive flexibility. *Journal of Disability Studies*; 2019, 9(12): 6-1. [Persian]
18. Aghababaei S, Taqwa M. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy training on the psychological well-being of mothers of children with autism and children's symptoms. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*; 2019, 6(6): 88-100. [Persian]
19. Ferenc K, Byrka K, EwaKról M. Painted with different brushes—An exploratory study of psychological well-being and attitudes towards autism perceived by adolescents with autism spectrum conditions and their mothers. *Research in Autism Spectrum Disorders*; 2021, 87(12): 16-26.
20. Nowruz V, Asadi Mujara S. The role of parental psychological well-being and parent-child interactions in explaining the social adjustment of adolescent students. *Contemporary Psychology*; 2018, 2(13): 148-140.
21. Patel K, Dhar M. Marital Happiness among Newly Married Individuals in a Rural District in India. *Social Science Spectrum*; 2019, 4(2): 76-85.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و مسئولان بهزیستی استان گلستان که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان هیچگونه تعارض منافی با یکدیگر ندارند.

References

1. Karbalaee Saleh Sh, Zahra P. The effectiveness of positive group education on marital happiness, resilience and life satisfaction in parents of children with special needs. *Psychiatric Nursing*; 2020, 8(1): 60-71. [Persian]
2. Mitchell B, Adamson R, McKenna JW. Curbing our enthusiasm: An analysis of the check-in/checkout literature using the council for exceptional children's evidence-based practice standards. *Behav Modif*; 2017, 41(3):343-367.
3. Phillips B, Connors F, Curtner-Smith ME. Parenting children with down syndrome: An analysis of parenting styles, parenting dimensions, and parental stress. *Res Dev Disabil*; 2017, 68:9-19.
4. Naimi Q, Zahra Kar K, Mohsenzadeh F, Pirsaghi F. The effectiveness of psychosocial empowerment program on reducing parental stress and promoting psychological well-being of parents with mentally retarded children. *Empowerment of Exceptional Children*; 2017, 8(2): 96-107.[Persian]
5. Catabay CJ, Stockman JK, Campbell JC, Tsuyuki K. Perceived stress and mental health: The mediating roles of social support and resilience among black women exposed to sexual violence. *J Affect Disord*; 2019, 259(1):143-149.
6. Badleh Shamuski M, Mir Behbahani N, Aryakhah M, Latifizadeh M, Jahanshahi N. The relationship between religious beliefs and quality of life and resilience of mothers of children with cancer. *Journal of Community Health Research*; 2020, 6(3): 10-19. [Persian]
7. Mohan R, Kulkarni M. Resilience in parents of children with intellectual disabilities. *Psychol Dev Soc*; 2018, 30(1):19-43.
8. Scheffers S, Van Vugt E, Moonen X. Resilience in the face of adversity in adults with an intellectual disability: A literature review. *Journal of applied research in intellectual disability*; 2020, 33(1):1-11.
9. Takayama N, Morikawa T, Bielins E. Relation between psychological restrictiveness and lifestyle, quality of life, resilience, and stress-coping in forest settings.

22. Amiri M, Pourhossein R, Najafi S, Meraji L, Masoumi M. The effect of stress management training on psychological well-being among parents of children with physical disabilities. *Journal of Psychological Sciences*; 2018, 17(66): 165-175. [Persian]
23. Noorbakhsh S, Eadi N, Fayazi M, Sadri I. The effectiveness of Fordyce Cognitive-Behavioral Theory Happiness Training Program on quality of life and disturbance ability of women with physical-motor disabilities. *Journal of Rehabilitation Research in Nursing*; 2017, 4(2): 35-43. [Persian]
24. Kamthan S, Sharma S, Bansal R, Pant B, Saxena P, Chansoria S, Shukla A. Happiness among second year MBBS students and its correlates using Oxford Happiness Questionnaire. *Journal of oral biology and craniofacial research*; 2019, 9(2): 190-192.
25. Villagran M, Martin L. Academic librarians: Their understanding and use of emotional intelligence and happiness. *The Journal of Academic Librarianship*; 2022, 1(48): 46-54.
26. Barkzaei F, Navidian A, Rezaei N. The effect of Fordyce Happiness Training Program on depression in mothers of premature infants admitted to neonatal intensive care unit. *Iranian Journal of Nursing*; 2020, 33(124): 1-12. [Persian]
27. Szarkowski A, Brice P. Positive psychology in research with the deaf community: An idea whose time has come. *J Deaf Stud Deaf Educ*; 2018, 23(2): 111-117.
28. Oliveira Pinto SM, Alves Caldeira Berenguer SM, Martins JC. Cancer, health literacy, and happiness: perspectives from patients under chemotherapy. *Nurs Res Pract*; 2017, 3(21):17-29.
29. Zhu H, Shen L, Ren Y. How can smart city shape a happier life? The mechanism for developing a Happiness Driven Smart City. *Sustainable Cities and Society*; 2022, 80(5): 79-86.
30. Shirini Z, Khalatbari J, Farmani F. The effectiveness of Fordyce cognitive-behavioral happiness education on women's optimism and marital satisfaction. *Scientific Journal of Women and Culture*; 2019, 11(41): 61-70. [Persian]
31. Hamidi Sardrud M, Tabatabai M, Samadi Rad B. The effectiveness of happiness training based on Fordyce model on cognitive emotion regulation strategies and burnout of forensic staff. *Iranian Journal of Forensic Medicine*; 2019, 25(4): 193-1999. [Persian]
32. Moradizadeh S. Evaluation of the effectiveness of positive psychotherapy on increasing happiness and psychological well-being of divorced women. *Journal of Women and Society*; 2020, 11(43): 223-242. [Persian]
33. Reza Zadeh S, Khodabakhshi-Koolaei A, Hamidy Pour R, Sanagoo A. Effectiveness of positive psychology on hope and resilience in mothers with mentally retarded children. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*; 2018, 6(3):32- 38. [Persian]
34. Ahmadi Joybari T, Tatar F, Abdoli N, Farnia V, Alikhani M, Salemi S. The educational effectiveness of happiness on resilience and psychological well-being of women with addicted spouses. *Twelfth International Congress on Addiction Science. Iran Tehran*. 2018. [Persian]
35. Li F, Tang Y, Fang S, Liu X, Tao M, Wu D, Jiang L. Psychological distress in parents of children with autism spectrum disorder: A cross-sectional study based on 683 mother-father dyads. *Journal of Pediatric Nursing*, 2022; 3(5): 16-23.
36. Liu C, Chung K. Effects of fathers' and mothers' expectations and home literacy involvement on their children's cognitive-linguistic skills, vocabulary, and word reading. *Early Childhood Research Quarterly*; 2022: 60(3): 1-12.
37. Connor K, Davidson J. Spirituality , resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *Journal of Traumatic Stress*; 2003, 16(1), 487-494.
38. Conner K, Davidson J. Development of a new resilience scale: the conner- Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*; 2003, 18(2): 76 -82.
39. Shakeri Nia I, Mohammadpour M. The relationship between psychological toughness and resilience with mental health in male mountaineers in Rasht. *Iranian Journal of Ethics and Medical History*; 2009, 1(3): 67-70. [Persian]
40. Ryff D. Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*; 1989, 57(6): 1069-1081.
41. Vahidi Z, Jafari Harandi R. Predicting psychological well-being based on the components of psychological capital and the components of spiritual attitude. *Journal of Positive Psychology*; 2017, 3(2): 51-64. [Persian]
42. Bayani A, Koochekya A, Bayani A. Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. *IJPCP*; 2008, 14(2) :146-151. [Persian]
43. Flanagan JC, Joseph JE, Nietert PJ, Back SE, McCrady BS. Design of a randomized controlled trial examining the efficacy of oxytocin to enhance alcohol behavioral couple therapy. *Contemp Clin Trials*; 2019, 82(1):1-8.
44. Schechtman Z. Impact of Life Skills Training on teachers perceived environment and self-efficacy. *Journal of Educational Research*; 2010, 3(2): 144-154.
45. Mikaeli N, Rahimzadegan Sh. The effectiveness of Fordyce Happiness training on the level of psychological cohesion and fatigue perception of patients with type 2 diabetes. *Developmental Psychology*; 2020, 9(9): 61-70. [Persian]
46. Lyubomirsky S, Sheldon M, Schkade D. Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of general psychology*; 2011, 9(2): 111-131.