

اثر بخشی آموزش گروهی روانشناسی مثبت بر باورهای غیر منطقی

و کیفیت زندگی بیماران افسرده

The Effectiveness of Group Training of Positive Psychology on Irrational Beliefs and Quality of Life in Depressed Patients

محسن روح الهی^۱، دکتر آناهیتا خدابخشی کولایی^{۲*}، دکتر داود تقوایی^۳

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of group training of positive psychology on irrational beliefs and quality of life in depressed patients. This quasi experimental study conducted through pre-test and post-test with experimental and control group in 2015. The participants in this study comprised those who referred to counseling centers in the west of Esfahan. A number of 30 individuals were selected and randomly assigned to experimental (N=15) and control group (N=15) via convenience sampling. The data were measured using the questionnaire of quality of life (sf-36) and irrational beliefs questionnaire by Jones. The experimental group received ten sessions of positive psychology training, while the control group excluded from therapy sessions. The results demonstrated that group training of positive psychology significantly decreased irrational beliefs and consequently increased quality of life of depressed patients ($P < 0/001$) compared to those in control group.

Keywords: positive psychology, irrational beliefs, quality of life, positive interventions.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر اثر بخشی آموزش گروهی روانشناسی مثبت بر باورهای غیر منطقی و کیفیت زندگی بیماران افسرده می باشد. این پژوهش بصورت نیمه آزمایشی با اجرای پیش ازمون پس ازمون در سال ۱۳۹۴ انجام شد. شرکت کنندگان این پژوهش افرادی بودند که به مراکز مشاوره ی غرب شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. از میان این شرکت کنندگان ۳۰ نفر (۱۵ نفر در گروه آزمایش) و (۱۵ نفر در گروه کنترل) که به شیوه ی نمونه گیری در دسترس بطور تصادفی انتخاب و به دو گروه آزمایشی و گروه کنترل گمارده شدند. یافته های این پژوهش بوسیله پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز و پرسشنامه کیفیت زندگی (sf-36) جمع آوری شد. گروه آزمایشی در ده جلسه آموزش گروهی روانشناسی مثبت قرار گرفت و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. یافته ها نشان دادند که آموزش گروهی روانشناسی مثبت تاثیر قابل توجهی در کاهش باورهای غیر منطقی و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده ($P < 0/001$) نسبت به گروه کنترل داشته است.

واژه های کلیدی: روانشناسی مثبت، باورهای غیر منطقی، کیفیت زندگی، مداخلات مثبت

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

۲- استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران

نویسنده مسئول: دکتر آناهیتا خدابخشی کولایی، شماره تماس: ۰۲۱-۸۹۱۷۴۱۱۹-۱۱۹ email:a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

۳- استادیار گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

مقدمه

طبق اطلاعات بدست آمده از مطالعات همه گیر شناسی، اختلال افسردگی اساسی یکی از رایجترین و شایعترین اختلالات روانشناختی گزارش شده می باشد. بنابراین، ضروریست تا از بهترین رویکردهای درمانی بهره مند شد تا با اختلال افسردگی بسبب بار قابل توجه عاطفی، اجتماعی و اقتصادی از طرف بیماران، خانواده های آنها و جامعه از یک سو و برآورد ۲/۹ تا ۱۲/۶ درصدی شیوع سالانه آن در میان جوامع از سویی دیگر، مقابله کنیم. طبق شواهد اخیر، اختلال افسردگی از لحاظ آسیب شناسی با بیماریهای همچون سرطان و تصلب شرایین^۱ قابل مقایسه است (محمد خانی، تمنایی فر و جهانی تابش، ۲۰۰۵). افرادی که از افسردگی اساسی رنج می برند نگرشی درست نسبت به خود، جهان اطراف و زمان حال و آینده ندارند. بعلاوه، این افراد رضایت از زندگی و بهزیستی^۲ کمی دارند و این در حالیست که افراد شاد در زمینه های دیگر زندگی از جمله ازدواج، تندرستی، شغل و رابطه با دیگران موفق ترند. در بسیاری از پژوهشها نتایج بدست آمده نشان داده اند که هیجانهای مثبت به اثرات و پیامدهای مثبت منجر شده اند (گیبل و هادیث، ۲۰۰۵). پژوهشهای اخیر در زمینه روانشناسی بالینی نه تنها به مطالعه تاثیرات رویدادهای منفی و ویژگی های منفی شخصیتی بلکه به این حقیقت علاقه نشان می دهند که عدم نگرشهای مثبت و شرایط مثبت زندگی، نقش مهمی در ایجاد اختلال افسردگی بازی می کنند (کوهن، فریدریکسون، براون، مایکلز و کانوی، ۲۰۰۹). نتایج یک پژوهش که بر روی ۵۵۶۶ نفر با سطح پایین

بهزیستی انجام شد، نشان دادند که این افراد طی ۱۰ سال آینده ۷/۱۶ برابر نسبت به ابتلای افسردگی آسیب پذیرترند. بنابر همان پژوهش حتی اگر متغیرهایی از قبیل پیشینه ی افسردگی، ویژگی های شخصیتی، عملکرد منفی، متغیرهای آماری و سلامت جسمانی کنترل شوند چنین افرادی به احتمال زیاد (دو برابر) به افسردگی اساسی مبتلا می شوند. این مطالعه حاکی از آنست که عدم بهزیستی و هیجانهای مثبت می توانند عامل خطر ساز افسردگی اساسی محسوب شوند (وود و ژوسف، ۲۰۱۰). باورهای غیر منطقی، مفهوم اصلی در درمان و نظریه شناختی، نقش عمده ای در اختلالات زیادی از جمله افسردگی و اضطراب ایفا می کنند. افراد افسرده بخاطر این باورها مرتبا معنای اتفاقات و رخدادها را تحریف می کنند تا تجارب خود را به گونه ای منفی، پایدار و خود آسیب رسان^۳ تفسیر کنند (بریج و هارنیش، ۲۰۱۰). باورهای غیر منطقی رابطه ی تنگاتنگی با پاسخ های هیجانی دارند که این باورها نقش ثابت و پررنگی در اختلال افسردگی بازی می کنند (الیس، ۱۹۷۵). بر پایه مدل هیجانی عقلانی الیس، با تغییر باورهای غیر منطقی می توان بر مشکلات روانی غلبه کرد. همچنین آرون بک^۴ چهارچوبی شناختی از اختلال عاطفی ارائه داد که بر مبنای آن طرحواره های^۵ شناختی معیوب در ایجاد بیماری نقش اساسی دارند (تقوی، گودرزی، کاظمی و قربانی، ۲۰۰۶). افسردگی مشکل مهم سلامت عمومی است که با آسیب در کیفیت زندگی، افزایش ناتوانی و افزایش همبودی^۶ پزشکی و افزایش میزان مرگ و میر همراه است (آستون، ماتیوس،

³ Self-defeating

⁴ Aron Beck

⁵ Schema

⁶ Comorbidity

¹ Arteriosclerosis

² Well-being

روانشناسی و تاکید بر مثبت گرایی و افزایش شادی است نه اینکه فقط جهت رفع مشکلات گام برداشت. با اینکه کاهش علایم اختلالات روانی ضروریست، طرفداران جنبش نسبتا نوین روانشناسی مثبت معتقدند بهبودی سلامت روانی نباید به همینجا ختم شود. طی پنجاه سال گذشته تلاشها و هزینه های هنگفتی صرف درمان افسردگی بوسیله داروها و رواندرمانی ها شده است اما یافته ها حاکی از آنند که تاثیر کلی تمامی درمانها ۵۰ درصد است (سلیگمن، ۲۰۰۲). یکی از دلایل این تاثیر پذیری محدود، درمانهای سنتی هستند که بر نقاط ضعف و ناتوانی بیماران افسرده متمرکزند (سلیگمن، ۲۰۰۴). مداخلات روانشناسی مثبت شاخه ای جدید در مداخلات بالینی هستند که از ظهور روانشناسی مثبت تکامل یافتند. در سالهای اخیر، مفهوم رواندرمانی در این رویکرد جدید تغییر یافته و اکنون نه فقط بعنوان جایکه درباره مشکلات بحث شود بلکه بعنوان جایی که تواناییها کشف شوند، شناخته می شود. جایکه هیجانهای مثبت پرورش می یابند و قدردانی^۱ و خوشبینی^۲ تقویت می شوند (راشید، ۲۰۱۰). ریف^۳ و سینگر^۴ (۱۹۹۶) اظهار کردند که عدم بهزیستی، شرایط آسیب پذیری به مشکلات احتمالی آینده را ایجاد می کند و مسیر بازیابی پایدار منحصرانه در کاهش علایم منفی بلکه در ایجاد علایم مثبت قرار دارد (فاوا، ۲۰۱۲). فریدریکسون (۲۰۰۱) به شرح دیدگاه نظری جدیدی در مورد هیجانهای مثبت می پردازد و این دیدگاه جدید را در شاخه ی در حال رشد روانشناسی مثبت قرار می دهد. وی در نظریه ی گسترش و ایجاد^۵ خود چنین فرض می کند که

چاترچی، ماترز و مورای، ۲۰۰۴ و کویچپرگ و اسمیت، ۲۰۰۲). نتایج پزشکی به شواهدی دال بر تاثیرات مخرب افسردگی بر وضعیت عملکرد بیماران و بهزیستی آنها اشاره می کنند (ولز، استوارت، هیز، برنمن، راجرز، بری (۱۹۸۹). همچنین مطالعات گوناگونی، آسیب و اختلال مربوط به کیفیت زندگی را به همراه افسردگی گزارش کرده اند (استوارت و همکاران، ۱۹۸۹). افسردگی با کاهش تجربه بهزیستی مثبت، آسیب در عملکرد زندگی و ناتوانی در عملکرد اجتماعی در ارتباط است (انجرمایر و ماتسینجر، ۱۹۹۷، دوو، برومت، شالبرگ، پارکینسون و کورتیس، ۱۹۹۱، بلیزر و همکاران، ۱۹۹۴). هنگامیکه افراد مشکلات روانی دارند، پی بردن به عاملی که باعث ایجاد هیجانهای مثبت شود می تواند به آنها نیرویی ببخشد تا ازین مشکلات بگریزند. در این حالت روانشناسی مثبت در تلاش است تا ماهیت انسان را درک کند و اقداماتی جهت ایجاد شادی انجام دهد. متخصصین امیدوارند تا با درک هیجانهای مثبت، برای درمان بهتر بیماریهای روانی و بهبود بخشی خلق و نگرشها راههایی بیابند (ولستون، ۲۰۰۶). یکی از موارد نگران کننده ی افسردگی انتخاب درمان هنگام تشخیص آنست. افسردگی تهدید شماره یک سلامتی و بهزیستی در قرن حاضر و عامل اصلی ناتوانی در جهان می باشد (مارکوس و همکاران، ۲۰۱۲). افرادی که برای درمان اقدام می کنند چنانچه به درمان دسترسی داشته باشند به یکی از دو انتخاب درمانهای دارویی (ضد افسردگی ها) و رواندرمانی دست می زنند که هر کدام محدودیتهایی دارند (اختر، ۲۰۱۲). بیشتر روان درمانی ها بر پایه ی احساسات و رفتارهای منفی قابل تحلیل و بحث بر انگیز استوارند اما برخی کارشناسان می گویند این رویکردها مسئله ای مهمتر را نادیده می گیرند و آن چگونگی کاربرد

¹ Gratitude

² Optimism

³ Ryff

⁴ Singer

⁵ The broaden-and-build theory

بخشی و درمانی روانشناسی مثبت برای درمان افسردگی در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. تجزیه و تحلیل داده ها از روش آمار توصیفی که شامل میانگین، انحراف معیار و جدولهای مربوط به متغیرهای پژوهش و روش آمار استنباطی که شامل تحلیل کوواریانس تک متغیری بودند که بوسیله ی نرم افزار SPSS-18 انجام شد. سطح خطای کمتر از ۰/۰۰۱ ($p < 0/001$) معنی دار فرض شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه باورهای غیر منطقی جونز: پرسشنامه غیر منطقی جونز دارای ۱۰۰ سوال بوده و از طریق این سوالات ۱۰ خرده مقیاس را بررسی می کند. هر ۱۰ سوال پرسشنامه معرف یک خرده مقیاس است. این خرده مقیاسها عبارتند از: نیاز به تایید دیگران، انتظار بالا از خود، تمایل به سرزنش، واکنش نسبت به ناکامی، بی مسئولیتی هیجانی، نگرانی زیاد توام با اضطراب، اجتناب از مشکل، وابستگی، درماندگی نسبت به تغییر و کمال گرایی. این پرسشنامه بر اساس مقیاس (کاملا مخالفم، مخالفم، نه موافقم نه مخالف، موافقم و کاملاً موافقم) می باشد. در هر مقیاس نمره بالا نشان دهنده شدت باور غیر منطقی است. جونز (۱۹۶۹) اعتبار کل پرسشنامه بروش باز آزمایی را ۹۲ درصد و برای هر یک از خرده مقیاسها ۶۶ تا ۸۰ درصد گزارش نموده است. تقی پور (۱۳۷۸) با استفاده از روش آلفای کرونباخ اعتبار پرسشنامه را ۷۱ درصد، داودی (۱۳۷۸) ۶۸ درصد، سودانی (۱۳۷۵) ۷۹ درصد و وزیری و لطفی (۱۳۷۶) ۸۲ درصد بدست آوردند. همچنین دو ناپوش (۱۳۷۷) با بررسی روایی همگرا، همبستگی بین پرسشنامه را با پرسشنامه بک محاسبه و ضریب همبستگی ۸۲ درصد را بدست آورد (امین پور و احمدزاده، ۱۳۹۰).

تجربه هیجانهای مثبت گنجینه^۱ آنی فکر- عمل را گسترش می دهد که این بنوبه خود باعث ایجاد منابع فردی پایدار نظیر منابع هوشی و منابع روانی و اجتماعی می شود. بنابراین از آنجایی که روانشناسی مثبت در جهت مثبت اندیشی و بهبود کیفیت زندگی گام بر می دارد، هدف از پژوهش حاضر اثر بخشی آموزش گروهی روانشناسی مثبت بر باورهای غیر منطقی و کیفیت زندگی بیماران افسرده بوده است.

روش

این پژوهش در سال ۱۳۹۴ انجام شد. شرکت کنندگان در این پژوهش شامل افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره ی غرب شهر اصفهان بودند که از میان آنها ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه بروش تصادفی گمارده شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای که در کلاس انجام شد مورد آزمایش گروهی روانشناسی مثبت قرار گرفتند. معیار ورود به پژوهش ابتلا به افسردگی مطابق با معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری شماره چهار و داشتن سن ۱۸ تا ۵۵ سال بودند. معیارهای خروج در این مطالعه عبارت بودند از: کسانی که درمانهای افسردگی را پشت سر گذاشته بودند، افرادی که مواد مصرف می کردند و نیز افرادی که از شرکت در جلسات درمانی امتناع می ورزیدند. پس از آنکه افراد با اهداف پژوهش و نحوه ی اجرای آن و مسئولیتهايشان آشنا شدند با کسب رضایت از آنان و اطمینان دادن در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات شخصی آنان در پژوهش در جلسات درمانی شرکت کردند. لازم بذکر است این جلسات بر اساس پژوهش سلیگمن^۲، راشید^۳ و پارکز^۴ (۲۰۰۶) در سه زمینه ی شادزیستی، مشغولیت و معنا یابی انجام شد. برنامه اثر

¹ Repertoire

² Seligman

³ Rashid

⁴ Parks

درصد قرار داشتند. تمامی ضرایب به لحاظ آماری در سطح ۰/۱ معنادار بودند. همچنین ضریب همبستگی بعد جسمانی با نمره کل ۸۸ درصد و ضریب همبستگی بعد روانی با نمره کل ۶۶ درصد بدست آمد و پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ محاسبه گردید. الفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۸۰ درصد، برای بعد جسمانی ۸۳ درصد و برای بعد روانی ۷۸ درصد محاسبه گردید. این پرسشنامه دارای ۳۶ سوال و از ۸ خرده مقیاس در بعد سلامت جسمانی شامل نقش جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی و کارکرد جسمانی و در بعد سلامت روانی شامل سرزندگی یا نشاط، کارکرد اجتماعی، نقش هیجانی و سلامت روانی می باشد (فرهادی، فروغان و محمدی، ۱۳۸۸).

پرسشنامه کیفیت زندگی فرم کوتاه (sf-36): این پرسشنامه یکی از شناخته شده ترین ابزار عمومی سنجش کیفیت زندگی است. این پرسشنامه توسط سازمان بین المللی بررسی کیفیت زندگی تهیه شده و در دو بعد اصلی جسمانی و روانی می باشد. روایی و پایایی پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی برای اولین بار توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۴) بر روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی گردید. ضریب پایایی در ۷ قلمرو از ۷۷ درصد تا ۹۵ درصد گسترده بود و در قلمرو سرزندگی یا نشاط ۶۵ درصد بود. در پژوهش یاد شده روایی پرسشنامه از طریق همبستگی خرده آزمونها با نمره کل آزمون بررسی شد که ضرایب همبستگی بدست آمده در دامنه ی ۴۵ درصد تا ۷۲

جدول شماره ۱ برنامه اثر بخشی روانشناسی مثبت

جلسات	محتوی جلسات
اول	آشنایی و جهت گیری به سمت تواناییهای مثبت و نوشتن معرفی نامه مثبت
دوم	به نقش خاطرات بد بر حسب ماندگاری و تداوم علائم افسردگی اشاره می شود. مراجعان ترغیب می شوند تا خشم و کدورت خود را ابراز کنند. تاثیرات خشم و کدورت بر افسردگی و سلامتی مورد بحث قرار می گیرد. مراجعان سه خاطره بد بهمراه خشم و تاثیرش در تداوم افسردگی را می نویسند.
سوم	بکارگیری تواناییهای خاص مورد بررسی قرار می گیرد. به مراجعان آموزش داده می شود تا به رفتارهای دست یافتنی محسوس و خاصی دست بزنند. درباره نقش هیجانهای مثبت در سلامتی بحث می شود. مراجعان سه رویداد خوبی که طی روز برایشان رخ داده است را پیش از رفتن به رختخواب می نویسند.
چهارم	بخشش بعنوان ابزاری قدرتمند و نیرومندی که می تواند خشم و کدورتها را از میان بردارد و آنها را به آرامش تبدیل کند معرفی می شود. مراجعان یک نامه بخشش آمیز می نویسند و در آن شرحی از گناه و اشتباه فرد خاطی، عواطف و هیجانهای مرتبط با آن و قول بخشیدن او را ذکر می کنند.
پنجم	قدردانی بعنوان شکرگذاری همیشگی مورد بحث قرار می گیرد و نقش دوباره ی خاطرات خوب و بد با تاکید بر قدردانی روشن و برجسته می شود. مراجعان یک نامه قدردانی می نویسند و در آن از فردی که در حق آنها لطفی کرده است و فرصتی برای تشکر از او را نداشته اند، قدردانی می کنند و نامه را شخصا برای فرد مورد نظر می خوانند یا تحویل می دهند.
ششم	تکالیف قدردانی و بخشش پیگیری می شوند. اهمیت هیجانهای مثبت مورد بحث قرار می گیرد. مراجعان در زمینه این تکالیف پرسشهایی می کنند و به آنها پاسخ داده می شود. جلسه ششم جلسه ارزیابی مراحل قبلی بود که بصورت بازتاب کلی از مراحل پیشین انجام شد.
هفتم	مراجعان به زمانهایی می اندیشند که در امر مهمی توفیق نیافته اند یا در انجام کاری با شکست روبرو شده اند و یا از سوی فردی طرد شده اند. از مراجعان خواسته می شود که این نکته را در نظر داشته باشند وقتی دری بسته می شود درهای دیگر همیشه باز هستند. مراجعان سه در بسته و سه دری که پیش روی آنها باز شده است را مشخص می کنند.
هشتم	در این جلسه شور و شوق توأم با لذت از فعالیتها و تلاش در جهت تداوم این لذات بیان می شود. مراجعان دست کم دو تجربه یا فعالیت لذت بخش خود را هر روز طی یک هفته می نویسند و در کلاس ارائه می دهند.
نهم	صرف نظر از شرایط مالی، مراجعان این توانایی را دارند تا یکی از بزرگترین پیشکش ها یعنی پیشکش زمان را تقدیم کنند. راههای استفاده از تواناییهای خاص برای پیشکش زمان در انجام کاری بزرگ شرح داده میشوند. مراجعان پیشکش زمان را با انجام کاری که نیازمند صرف وقت زیاد است و با بکارگیری توانایی خاص خود ارائه می دهند از قبیل مراقبت از کودک یا انجام خدمات عمومی.
دهم	مفهوم زندگی کامل که معنا، مشغولیت و لذت را باهم می آمیزد بررسی می شود. مراجعان پرسشنامه های باورهای غیر منطقی و کیفیت زندگی را تکمیل می کنند

یافته ها:

اطلاعات توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو گروه آزمایش و کنترل در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲ مشخصات سنی شرکت کنندگان

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
آزمایش	۱۵	۳۹	۱۰٫۳	۲۱	۵۳
کنترل	۱۵	۴۳	۱۰٫۵	۲۴	۶۲
کل	۳۰	۴۱	۱۰٫۴۵	۲۱	۶۲

جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار مولفه های باور غیر منطقی افراد در گروه آزمایش و کنترل را نشان میدهد.

جدول ۳: شاخص های توصیفی مولفه های متغیر باور غیر منطقی

شاخص	گروه		کنترل				آزمایش
	مراحل آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پس آزمون	
مولفه ها	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
نیاز به تایید دیگران	۳۴	۴٫۱۵	۳۴٫۲۴	۴٫۴۸	۳۱٫۸	۴٫۸	۲۱٫۸۷
انتظار بالا از خود	۳۳٫۴	۴٫۴۷	۳۵٫۲۵	۴٫۱۷	۳۳	۳٫۶	۲۶
تمایل به سرزنش	۳۶٫۸	۳٫۸۹	۳۷٫۵	۳٫۷۶	۳۵٫۲	۳٫۶۳	۲۸٫۵۵
واکنش نسبت به ناکامی	۳۳٫۲	۴	۳۱٫۵	۴٫۸۸	۳۳٫۳	۳٫۵۱	۲۷٫۱۹
بی مسئولیتی هیجانی	۳۶٫۸	۶	۳۴٫۶	۶٫۶۹	۳۵٫۹	۵٫۶	۳۰٫۵۴
نگرانی زیاد توأم با اضطراب	۳۳٫۵	۵	۳۳٫۲۵	۵٫۷۶	۳۰٫۶	۴٫۳۸	۲۴٫۸۷
اجتناب از مشکل	۳۲٫۴	۴٫۳۸	۳۱٫۴	۴٫۹	۳۲٫۰۶	۳٫۵۳	۲۶٫۷۶
وابستگی	۳۵٫۷	۳٫۳۶	۳۴٫۰۱	۳٫۷۶	۳۵٫۵۳	۴٫۴۷	۲۸٫۱۱
درماندگی نسبت به تغییر	۳۳٫۴۶	۲٫۴۶	۳۳٫۸۷	۲٫۲۹	۳۲٫۶۶	۲٫۴۶	۲۴٫۶۶
کمال گرایی	۳۲٫۹	۴٫۸۷	۳۶٫۸۹	۴٫۳۵	۳۳٫۸	۴٫۱۲	۲۷٫۳

جدول شماره ۴ میانگین و انحراف معیار مولفه های متغیر کیفیت زندگی افراد را در گروه آزمایش و گواه نشان می دهد.

جدول ۴: شاخص های توصیفی مولفه های متغیر کیفیت زندگی

شاخص	گروه		کنترل				آزمایش
	مراحل آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پس آزمون	
مولفه ها	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
نقش جسمانی	۱۴۰	۸۲٫۸	۱۴۶٫۶۶	۷۴٫۳۲	۱۳۳٫۳۳	۱۰۴٫۶۵	۲۷۳٫۳۳
درد جسمانی	۸۱٫۶۶	۳۲٫۳۳	۷۹٫۶۶	۳۳٫۰۸	۷۸٫۳۳	۳۶٫۶۷	۱۶۶٫۳۳
سلامت عمومی	۲۲۶٫۶۶	۶۱٫۵۷	۲۲۵	۵۸٫۲۴	۲۲۸٫۳۳	۷۱٫۸۷	۳۴۰
کارکرد جسمانی	۳۹۶٫۶۶	۷۶٫۶۸	۳۶۰	۱۰۰٫۳۵	۳۹۳٫۳۳	۱۱۴٫۷۴	۵۶۳٫۳۳
نشاط	۱۶۸	۴۵٫۲۲	۱۷۰	۴۷٫۵	۱۶۶٫۶۶	۶۳٫۹۹	۳۲۶٫۶۶
کارکرد اجتماعی	۱۲۳٫۳۳	۱۱۰٫۷۸	۸۰	۳۱٫۶۲	۹۶٫۶۶	۳۱٫۱۴	۱۷۵
نقش هیجانی	۱۰۶٫۶۶	۷۹٫۸۸	۱۱۳٫۳۳	۵۱٫۶۳	۱۰۰	۶۵٫۴۶	۲۲۰
سلامت روانی	۲۰۵٫۳۳	۶۲٫۵۴	۲۰۹٫۳۳	۷۰٫۴۵	۲۰۲٫۶۶	۷۰٫۴۵	۳۷۸٫۶۶

می شود که آموزش گروهی روانشناسی مثبت در افزایش باور غیر منطقی بیماران افسرده معنادار بوده است و مجذور اتای سهمی شدت این اثر ۰٫۶۱ نشان داده است که اثر بسیار خوبی می باشد

همانطور که در جدول شماره ۵ مشاهده می شود نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری نشان می دهد که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر باور غیر منطقی تفاوت معنی داری وجود دارد. (سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۰۱ است). بنابراین این فرضیه تایید

جدول ۵ تحلیل کواریانس اثر آموزش روانشناسی مثبت بر روی میانگین نمرات پس از آزمون باور غیر منطقی گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F آماره	سطح معنی داری	مجذور اتای سهمی
پیش آزمون		۵۰۵,۲۲	۱	۵۰۵,۲۲	۱۰۶,۳۹۲	۰,۰۰۱	
گروه		۳۹۸,۵۱	۱	۱۹۹,۲۵	۴۱,۹۲۱	۰,۰۰۱	۰,۶۱
خطا		۱۳۳,۰۸	۲۷	۴,۷۵۳			

می شود که آموزش گروهی روانشناسی مثبت در افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده معنادار بوده است و مجذور اتای سهمی شدت این اثر ۰,۶۷ نشان داده شده است که اثر بسیار خوبی می باشد.

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می شود نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری نشان می دهد که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر باور کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد. (سطح معنی داری کمتر از ۰,۰۱ / است). بنابراین این فرضیه تایید

جدول ۶ تحلیل کواریانس اثر آموزش روانشناسی مثبت بر روی میانگین نمرات پس از آزمون کیفیت زندگی گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F آماره	سطح معنی داری	مجذور اتای سهمی
پیش آزمون		۴۶۹,۶	۱	۴۶۹,۶	۱۰۴,۵۹	۰,۰۰۱	
گروه		۲۹۴,۱۰	۱	۱۴۷,۰۵	۳۲,۷۵	۰,۰۰۱	۰,۶۷
خطا		۱۲۵,۷۱	۲۷	۴,۴۹			

به نوشتن سه چیز خوب و نوشتن نامه بخشش آمیز آنها توانستند خاطرات مثبت خود را افزایش دهند. در پژوهشی دیگر با هدف بررسی تاثیر درمانی مثبت نگر بر علائم افسردگی و توانمندیهای منش افراد در بیماران مبتلا به سرطان، نتایج پژوهش نشان دادند که درمان مثبت نگر بر کاهش افسردگی، افزایش توانمندیها و فضائل منش، افزایش سطح زندگی معنادار، زندگی لذت بخش و متعهدانه افراد مبتلا به سرطان موثر بوده است (خدابخش، خسروی و شاهنگیان، ۱۳۹۴). در پژوهشی (نوفرستی، روشن، فتی، حسن آبادی، پسندیده و شعیری، ۱۳۹۴) نشان دادند که روانشناسی مثبت گرا برای افزایش بهزیستی و روانشناختی در افراد دارای علایم و نشانه های افسردگی در فرهنگ ایرانی کارآمد بوده است. یافته های پژوهش حاضر با یافته های پژوهش (بولیر، هاورمن، وسترهول، ریپر، اسمیت و بولمیجر، ۲۰۱۳) همسو

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان دادند که آموزش گروهی روانشناسی مثبت بر باورهای غیر منطقی و کیفیت زندگی بیماران افسرده تاثیر مثبت داشته است. بدیهی است که بیماران افسرده از دیدگاه شناختی رفتاری، باورهای غیر منطقی را در ذهن خود ایجاد می کنند و با مرور کردن این باورهای منفی و تاکید بر منفی گرایی بر افسردگی خود می افزایند. تاثیر باورهای منفی و غیر منطقی تا آنجاست که افسرده ها خود را شایسته ی این باورها می پندارند و در نتیجه کوشش و تلاشی برای مبارزه با آنها نمی کنند (الیس، ۱۹۷۵). روانشناسی مثبت بر خلاف رویکرد شناختی رفتاری (CBT) که بر تغییر شناختها یا باورهای منفی تاکید می کند، بر شناخت مثبت و تواناییهای فردی بیمار متمرکز است. سلیگمن، استین، پارکز و پترسون، (۲۰۰۵) در پژوهشی نشان داد که با تشویق مراجعان و بیماران افسرده

است که نشان دادند فرا تحلیل مداخلات روانشناسی مثبت در بالا بردن بهزیستی ذهنی^۱ و بهزیستی روانی و همچنین کاهش علایم افسردگی موثر بوده است. رویینی^۲ (۲۰۱۴) در پژوهشی نشان داد که درمان بهزیستی باعث ترویج و تقویت عملکرد بهینه انسان، ارزیابی مثبت از خوشتن، حس شکوفایی و رشد مداوم و همچنین هدفمندی و معناداری زندگی شده است. در پژوهشی به منظور درمان افسردگی در بیماران قلبی عروقی، مداخلات روانشناسی مثبت در درمان افسردگی این بیماران تاثیر داشته است (هافمن، ماسترومارو، بوام، سیبروک، فریچیون، دینگر و لیوبومیرسکی، ۲۰۱۱). اصغری پور، اصغر زاده، ارشادی و صاحبی (۲۰۱۲) در پژوهشی مقایسه ای بمنظور تاثیرات رواندرمانی مثبت گرا و درمان شناختی رفتاری برای درمان اختلال افسردگی اساسی نشان دادند که رواندرمانی مثبت گرا بیشتر از درمان شناختی رفتاری در افزایش شادی موثر بوده است. همچنین پژوهشی دیگر با هدف تاثیر مداخلات روانشناسی مثبت در بیماران افسرده در یک مطالعه ی تصادفی کنترل شده با آزمایش دو مداخله ی روانشناسی مثبت (معرفی نامه فردی و نوشتن سه چیز خوب) بر روی ۱۷ نفر از افراد افسرده نشان دادند که این مداخلات باعث بهبودی علایم افسردگی و افزایش بهزیستی شده اند (پیترسکی و میکوتا، ۲۰۱۲). در پژوهشی با فراتحلیل ۵۱ مورد از مداخلات روانشناسی مثبت بر روی ۴۲۶۶ نفر مراجعان و ارایه روش آموزشی نتایج نشان دادند که مداخلات روانشناسی مثبت بهزیستی و سلامتی بیماران افسرده را بطور قابل توجهی بالا می برد و باعث کاهش افسردگی می شود (سین و لیوبومیرسکی، ۲۰۰۹). تمرین

مداخله ای که شامل مولفه ی معنا یابی بود نشان داد که این مولفه بطور قابل توجهی باعث بهبودی بهزیستی و افسردگی در بزرگسالان می شود (هو^۳، یانگ^۴ و کوک^۵، ۲۰۱۴). پژوهش دیگری نشان داد که برانگیختن معنایابی در بیماران مبتلا به سرطان سینه می تواند باعث ایجاد شیوه مثبتی در کنار آمدن با این بیماری شود (کاسلاس-گرو^۶، فونت و وایوس^۷، ۲۰۱۴). مداخلات مثبت با هدف افزایش امید و قدردانی نیز در بالا بردن رضایت از زندگی و کاهش علایم بیماری افسردگی تاثیر گذار بوده اند (کوک، گو^۸ و کیت^۹، ۲۰۱۶). برکههارت^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۶) مداخله ای که با هدف کمک به دانشجویان در جهت تنظیم هیجانات و مقابله با استرسورها یا فشارهای زندگی بود را مورد آزمایش قرار دادند. آنها دریافتند که برنامه درمانی آنها با نام ذهن های قدرتمند^{۱۱} (با ترکیبی از درمان پذیرش و تعهد) بطور قابل توجهی به کاهش علایم افسردگی، اضطراب و استرس دانشجویان که همراه با ایجاد مهارتهای مقابله ای بود کمک کرد. بطور کلی، بنظر می رسد مداخلاتی که هدف آنها ایجاد معنا (یابی) در زندگی است به افرادی که در خطر ابتلا به افسردگی یا مبتلا به افسردگی هستند کمک می کنند تا از بهزیستی بالایی برخوردار شوند و علایم افسردگی آنان کاهش یابد (گاندر، پرویر^{۱۲} و راش^{۱۳}، ۲۰۱۶).

³ Ho⁴ Yeung⁵ Kwok⁶ Casellas-Grau⁷ Vives⁸ Gu⁹ Kit¹⁰ Burckhardt¹¹ Strong Minds¹² Proyer¹³ Ruch¹ Subjective-well being² Ruini

شناسی مثبت در اثربخش تر بودن درمان های خود بهره بگیرند.

منابع

امین پور، حسن. احمدزاده، یاسین. (۱۳۸۹). بررسی و مقایسه ی باورهای غیر منطقی در افراد معتاد و عادی. فصلنامه اعتیاد پژوهی سو مصرف مواد. ۱۷(۵):۸-۷.

خدابخش، ر. خسروی، ز. شاهنگیان، ش. (۱۳۹۴). تاثیر روان درمانی مثبت نگر بر علایم افسردگی و توانمندی های منش در بیماران مبتلا به سرطان. پژوهش نامه روانشناسی مثبت. ۱(۱): ۵۰-۳۵.

فرهادی، ا. فروغان، م. محمدی، ف. (۱۳۸۸). کیفیت زندگی سالمندان روستایی. مطالعه ی در شهرستان دشتی استان بوشهر. نشریه سالمند. ۶(۲۰): ۴۹-۵۶.

نوفرستی، ا. روشن، ر. فتی، ل. حسن آبادی، ح. پسندیده، ع. شعیری، م. (۱۳۹۴). اثربخشی روان درمانی مثبت گرا بر شادکامی و بهزیستی روانشناختی افراد دارای نشانه های افسردگی: مطالعه تک آزمودنی با چند خط پایه. پژوهش نامه روانشناسی مثبت. ۱(۱): ۱۸-۱.

Akhtar, M. (2012). Positive psychology for overcoming depression. Watkins Publishing. LTD. Edition, 1.

Angermeyer, M. C., Matschinger H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological Medicine*. 27(1):131-141.

Asgharipoor, N., Asgharnejad, A., Arshadi, H., Sahebi, A. (2012). A comparative study on the effectiveness of positive psychotherapy and group cognitive behavioral therapy for the patients suffering from major depressive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 6(2): 33-41.

Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the

برنامه به زندگی آری گوید^۱ (SYTL) مداخله ای است که به منظور ایجاد ظرفیت مقابله با علایم افسردگی با کمک توانایی های فردی، شوخ طبعی و بخشش طراحی شده است و به صورت یک برنامه چهار مرحله ای است که شامل بیست جلسه دو ساعته و در چند هفته برگزار می شود (کار^۲ و فینگان^۳، ۲۰۱۵). با اینکه بسیاری از روانشناسان مثبت نگر مداخلات مثبت را برای فرد افسرده ای که جرات انجام آنها را دارد، توصیه می کنند شواهدی در دست است که این مداخلات بر روی گروه های خاصی مناسب است. برخی پژوهشگران دریافتند که، این مداخلات در افرادی که از افسردگی خفیف تا متوسط رنج می برند نسبت به افرادی که به دوره های متناوب افسردگی یا افسردگی شدیدتری دچار هستند، تاثیر بیشتری می گذراند (سلانو^۴ و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین، مولفه های روان شناسی مثبت بر سایر گروه های بالینی از جمله سالمندان، به افزایش رضایت و معنای زندگی در آنها منجر شده است (کاشانیان و خدابخشی کولایی، ۲۰۱۵).

به طور کلی، نتایج این پژوهش نشان داد که، مولفه های روان شناسی مثبت می توانند به بیماران افسرده کمک کنند تا باورهای غیر منطقی خود را کنار گذاشته و با تعریف جدیدی که از حرمت خود و توانایی های بالقوه خود دارند در مسیر شکوفایی گام بردارند. مسلماً تغییر در ذهنیت و خود پنداره به تغییر مثبت در کیفیت زندگی نیز خواهد انجامید. توصیه می شود که، روان شناسان و مشاورانی که با این قبیل بیماران در ارتباط هستند، می توانند از مولفه های روان

¹ Say Yes To Life Program

² Carr

³ Finnegan

⁴ Celano

- Factors affecting service utilization for depression in a white collar population. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiology*. 26(5):230-237.
- Ellis, A. (1975).** Rational psychotherapy & individual psychology. 13: 38-44.
- Fava, G. A. (2012).** The clinical role of psychological well-being. *World psychiatry*. 11(2): 102-103.
- Fredrickson, B. (2001).** The role of positive emotions in positive psychology. The broaden & build theory of positive emotions. *The American Psychologist*. 56(3): 218-226?
- Gable, S. Haidth., J. (2005).** What & why is positive psychology? *Review of General Psychology*. 9(2): 103-10.
- Gander, F., Proyer, R. T., & Ruch, W. (2016).** Positive Psychology Interventions Addressing Pleasure, Engagement, Meaning, Positive Relationships, and Accomplishment Increase Well-Being and Ameliorate Depressive Symptoms: A Randomized, Placebo-Controlled Online Study, 7,686. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00686
- Gross, R., Mcilveen, R. (2000).** Psychology: A new introduction for a level. 2th edition. Vol: 1.
- Ho, H. C. Y., Yeung, D. Y., & Kwok, S. Y. C. L. (2014).** Development and evaluation of the positive psychology intervention for older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 9, 187-197. doi:10.1080/17439760.2014.88
- Huffman, J. C., Mastromauro, C. A., Boem, J., Seabrook, R., Fricchione GL., Denninger J. W., Lyubomirsky, S. (2011).** Heart international. 6:47-55.
- Kashaniyan F, khodabakhshi-koolae A. Effectiveness of Positive Psychology Group Interventions on Meaning of Life and Life Satisfaction among Older Adults. (2015).** *Elderly Health Journal*. 1 (2):68-74 URL: <http://ehj.ssu.ac.ir/article-1-44-en.html>
- Kwok, S. Y. C. L., G. U. M., & Kit, K. T. K. (1991).** National Comorbidity Survey. *The American Journal of Psychiatry*. 151(7):979-986.
- Boiler, L., Haverman, M., Westerhol, G.J., Riper, H., Smith. F., Bohlmeijer, E. (2013).** *Bm.c public health*. 13(119): 1-20.
- Bridges, R., Harnish, J.R. (2010).** Role of irrational beliefs in depression & anxiety, *A review*. 2(8): 862-877.
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. J., & Hadzi-Pavlovic, D. (2016).** A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology. *Journal of School Psychology*, 57, 41-52. doi: 10.1016/j.jsp.2016.05
- Carr, A., & Finnegan, L. (2015).** The Say 'Yes' to Life (SYTL) program: A positive psychology group intervention for depression. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45, 109-118. doi:10.1007/s10879-014-9269-9
- Casellas-Grau, A., Font, A., & Vives, J. (2014).** Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psycho-Oncology*, 23, 9-19. doi:10.1002/pon.3353
- Celano, C. M., Beale, E. E., Mastromauro, C. A., Stewart, J. G., Millstein, R. A., Auerbach, R. P., Bedoya, C. A., & Huffman, J. C. (2016).** *Psychological Medicine*. Advance Online Publication. doi:10.1017/S003329171600
- Cohn, M., Fredrickson, B., Brown, S., Mikels, J., Conway, M. A. (2009).** Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. 9(3): 361-8.
- Csikszentmihalyi, M. (2007).** Finding Flow. *Psychology today*. 1-7.
- Cuijpers P, Smit F. (2002).** Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders*. 72(3):227-236.
- Dew MA, Bromet EJ, Schulberg HC, Parkinson DK, Curtis EC. (1991).**

- Seligman, M.E.P., Rashid, T., & Parks, A.C. (2006). *Positive psychotherapy*. 774-788.
- Sin, N.L., & Lyubomirsky, S. (2009).** Enhancing well-being & alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Pathology*. 65. (5): 467-487.
- Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, Wells K, Rogers WH, Berry SD, McGlynn EA, Ware JE Jr. (1989).** Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*. 262(7):907-913.
- Taghavi, M., Goodarzi, M., Kazemi, H & Ghorbani, M. (2006).** Perceptual & motor skills. 102: 187-196.
- Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. (2004).** Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British Journal of Psychiatry*. 184:386-392.
- Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, Berry S, Greenfield S, Ware J. (1989).** The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*. 262(7):914-919.
- Wood, A., 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.
- Woolston, C. (2006).** positive psychology: a new approach to mental health. *Health day journal*. 1-10
- (2016). Positive psychology intervention to alleviate child depression and increase life satisfaction: A randomized clinical trial. *Research on Social Work Practice*, 26, 350-361. doi: 10.1177/104973151662979
- Marcus, M., Yasamy, M.T., Ommeren, M. V., Chisholm, D & Saxena, S. (2012).** WHO department of mental health and substance abuse. 6-8.
- Mohammadkhani, P., Tamanaeefar, S., Jahanitabesh, O. (2005).** Mindfulness-based cognitive therapy for depression. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences publication.
- Pietrowsky, R., Mikutta, J. (2012).** Effects of positive psychology in depressive patients: A randomized control study. *Scientific Research Corporation*. 3(12): 1067-73.
- Rashid, T. (2010).** Positive interventions in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*; in session, 65(5): 461-466.
- Ruini, C. (2014).** The use of well-being therapy in clinical settings. *The journal of happiness & well-being*. 2(1): 75-84.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000).** Positive Psychology: an introduction. *American psychology association*. 55. (1): 5-14.
- Seligman, Martin E.P. (2002).** *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York, NY: Free Press.
- Seligman, Martin E.P. (2004).** "Can Happiness Be Taught?" *Daedalus*.
- Seligman, M.E.P., Steen, T. A., Parks, N., Peterson, C. (2005).** Positive Psychology Progress: Empirical validation of interventions. 1-19.