

## **Effectiveness of Positive Group Intervention on Psychological Wellbeing, Resiliency and Happiness of Foster Care Adolescent Girls**

**R. HonarmandZadeh<sup>1</sup>, I. Sajjadian<sup>2\*</sup>**

1- M. A of Psychology, Department of psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2- Assistant professor, Department of psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

### **Abstract**

This study was conducted to investigate the effectiveness of positive group intervention on psychological well-being, resiliency and happiness of foster care adolescent girls under the surveillance of Isfahan Welfare Organization. The study was a quasi-experimental research and conducted through the pre-test, post-test, and follow up design with control group. By using purposeful sampling method, 3 centers were selected in Autumn and Winter 2015 and from among them 30 foster care adolescent girls were selected based on inclusion criteria and assigned to the experimental and the control group randomly (15 personseach group). The experimental group received 10 sessions of 90 minutes' positive group intervention, but the control group received no intervention. All subjects completed the Psychological Well-being Scale (Riff), Resilience Scale (Connor & Davidson) and Oxford Happiness Inventory (Argyle, Martin & Crossland) at the pre-test and post-test as well as after 45 days at the follow-up stages, The results of multivariate covariance indicated significant and considerable increase in the psychological well-being, resiliency and happiness in the experimental' as compared with the control group at the post-test stage. These results were maintained in the 45 days' follow-up stage, too. Based on the results of the present study, positive intervention can be used for improvement of psychological well-being, resiliency, and happiness in foster care adolescent girls.

**Keywords:** psychological wellbeing, resiliency, happiness, positive intervention, foster care adolescents girls.

---

\* i.sajjadian@khuisf.ac.ir

## اثر بخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شادکامی دختران نوجوان بی‌سرپرست

ریحانه هنرمند زاده<sup>۱</sup>، ایلناز سجادیان<sup>۲\*</sup>

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲- استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

### چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شادکامی دختران نوجوان بی‌سرپرست تحت حمایت بهزیستی استان اصفهان انجام گرفت. روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون، با گروه کنترل و پیگیری بود. بدین منظور از مراکز نگهداری دختران نوجوان بی‌سرپرست استان اصفهان در پاییز و زمستان ۱۳۹۴، ۳ مرکز به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و از بین آن‌ها ۳۰ نفر که ملاک‌های ورود به مطالعه را دارا بودند در دو گروه آزمایش و کنترل به‌طور تصادفی جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله گروهی مثبت‌نگر دریافت کردند اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. آزمودنی‌ها، قبل و بعد از مداخله و ۴۵ روز بعد در مرحله پیگیری به مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (ریف)، مقیاس تاب‌آوری (کانر و دیویدسون) و پرسشنامه شادکامی آکسفورد (آرگایل، مارتین و کروسلند) پاسخ دادند. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره حاکی از افزایش بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شادکامی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود. به علاوه در مرحله پیگیری نیز این تأثیر پایداری خود را حفظ کرد. بنابراین می‌توان از مداخله مثبت‌نگر برای ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شادکامی دختران نوجوان بی‌سرپرست استفاده نمود.

**واژه‌های کلیدی:** مداخله مثبت‌نگر، بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری، شادکامی، نوجوانان دختر بی‌سرپرست.

## مقدمه

دوران نوجوانی اهمیت خاصی در زندگی انسان دارد و روان‌شناسان این دوره را دوران احساس‌گرایی، بحران‌های سازنده و فشار و طوفان نامیده‌اند (کاملی، قنبری هاشم‌آبادی و آقامحمدیان، ۱۳۹۰). تاثیر این دوره سنی در زندگی افراد و جامعه بسیار قابل توجه است زیرا رفتار بزرگسالان در نوجوانی تثبیت می‌شود. این در حالی است که بیشتر مشکلات سلامت روان در سنین نوجوانی و ابتدای جوانی شکل می‌گیرد (شکیبا و ضیایی، ۱۳۹۰). خانواده به عنوان یکی از این عوامل، در تربیت فرزندان در سنین مختلف به ویژه در کودکی و نوجوانی نقش به‌سزایی دارد (لویس، ملتبی و دی، ۲۰۰۵). صاحب‌نظران معتقدند محیط گرم و دوستانه خانواده که در آن پدر و مادر و اعضای دیگر خانواده دارای روابط خوب و صمیمانه‌ای هستند معمولاً افرادی سالم، با شخصیتی مثبت بار می‌آورد و بالعکس عدم وجود خانواده یا زندگی در خانوادگی از هم‌پاشیده، اساس کجروی‌ها در نوجوانی را پایه‌گذاری می‌کند (کاپانی و کیران، ۲۰۰۷؛ کیشا، کنث، دِنیا، پاتون و کاری، ۲۰۰۹). یکی از عوامل خانوادگی مخاطره‌آمیز برای دوران نوجوانی بی‌سرپرستی است. نوجوانان بی‌سرپرست دچار محرومیت‌ها، احساس شکست و گاه دچار صدمه‌ها و ضربه‌های روانی می‌شوند (محبی، محمدی و قاسمی، ۱۳۹۰). حمایت والدین و اطرافیان در کسب سلامت و بهبود کیفیت زندگی فرزندان موثر است و دور شدن از محبت والدین، برآورده نشدن نیازهای مختلف دوره رشد مانند نیاز به تعلق، تحسین و محبت منجر به گزارش شیوع بالاتر بحران‌ها و آسیب‌های روانی، اختلالات رفتاری،

پرخاشگری، اضطراب و افسردگی، احساس گناه، ناامیدی، ترس، خشم، تمایل به مصرف مواد مخدر و ناهنجاری‌های اجتماعی در بین نوجوانان محروم از والدین یا بی‌سرپرست شده است (کوئرنر و مکی، ۲۰۰۴؛ اورودادو، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها حاکی از وجود اختلالات شناختی، رفتاری، هیجانی و رشدی و سلامت روان پایین‌تر در این افراد است (سیمسک، ایرول، ازتاپ و مونییر، ۲۰۰۷) که این مساله خود به‌زیستی روان‌شناختی<sup>۱</sup> آن‌ها را کاهش می‌دهد. براساس الگوی ریف، به‌زیستی روان‌شناختی از شش عامل پذیرش خود (داشتن‌نگرش مثبت نسبت خود)، رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خود مختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط) تشکیل می‌شود (ریف و سینکر، ۲۰۰۸). به‌زیستی روان‌شناختی شامل ارزش‌های شناختی افراد از زندگی می‌شود. آن‌ها شرایط خود را که به انتظارات، ارزش‌ها و تجارب قبلی‌شان وابسته است ارزش‌گذاری می‌کنند (داینر اویشی و لوکاس، ۲۰۰۳). موسی سی، کین یاندا، ناکاسوجا و ناکی گودی (۲۰۰۷) نشان دادند که نوجوانان بی‌سرپرست، اختلال عاطفی و رفتاری بیشتری نسبت به گروه دارای سرپرست دارند و این گروه در مقایسه با سایر گروه‌ها سلامت جسمی، روانی و عاطفی کمتری دارند. مطالعات نشان می‌دهد که نوجوانان بی‌سرپرست

<sup>1</sup> psychological well-being

میزان بهزیستی روان‌شناختی پایینی دارا بوده و نیازمند توجه بیشتری هستند (شجاعی و سلیمانی، ۱۳۹۴).

مطالعه تاب‌آوری<sup>۱</sup> در میان نوجوانان، از اهمیت بالایی برخوردار است؛ زیرا انتقال به دوره بزرگسالی، فرایندی پرچالش، پرخطر و استرس‌زا است (مونتگومری، اسکویین، برت، دیکه، تورنه و همکاران، ۲۰۰۸). بی‌سرپرستی یکی از عوامل خطر آفرین در نوجوانان است که باعث می‌شود نوجوان سازگاری پایینی داشته باشد و در حوزه‌های خاص سلامت جسمی، روانی، عملکرد تحصیلی و سازگاری اجتماعی ضعیف عمل کند (پرینس ایمبوری و سالکوفسکه، ۲۰۱۳). نظریه گسترش و ساخت هیجان‌ات مثبت یکی از نظریات مهم در حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر است که به تبیین اهمیت هیجان‌ات مثبت در زندگی می‌پردازد (فریدریکسون، ۲۰۰۱). این نظریه شامل فرضیه تاب‌آوری است. براساس این فرضیه هیجان‌ات مثبت باعث ایجاد شناخت‌های مثبت و کارآمد نیز می‌شود. به طور مثال، هیجان‌ات مثبت باعث می‌شوند تا افراد بتوانند دید مثبت‌تری نسبت به مسائل داشته باشند و سختی‌های زندگی‌شان را به گونه‌ای دیگر تعبیر و تفسیر کنند (فریدریکسون، ۲۰۰۴). بسیاری از پژوهشگران تاب‌آوری را به عنوان غلبه و گذار از حوادث ناگوار تعریف و از آن به عنوان یک ایده خوب، با ارزش کاربردی بالا برای کمک به افراد هنگام مواجهه با ناملایمات و محافظت آنان در برابر خطراتی که در طول زندگی‌شان به وجود می‌آید یاد کرده‌اند (هارت، بلینکو و توماس، ۲۰۰۷). تاب‌آوری که در حقیقت، ظرفیت و توانایی افراد برای استقامت

در برابر شرایط دشوار است، با حفظ سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی افراد و ارتقای آن رابطه دارد (کارلتون، گوئبرت، میاموتو، اندراد و هیشیتاما و همکاران، ۲۰۰۶؛ ویس، ۲۰۰۸). تاب‌آوری، قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی - روانی و معنوی، در مقابل شرایط مخاطره‌آمیز و نوعی ترمیم خود است که با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی همراه است (ماستن، ۲۰۰۱). نبود یا کمبود هیجان‌ات مثبت می‌تواند باعث پیدایش انواع آسیب‌ها و مشکلات روانی شود (لاینلی و جوزف، ۲۰۰۴). زندگی دور از خانواده و محدود بودن تعاملات خانوادگی، در طولانی مدت، نوجوانان را در خطر مشکلات و بحران‌های هویتی، ارتباطی، فردی و اجتماعی، کاهش شادکامی، احساس ناخشنودی و افت کیفیت زندگی قرار می‌دهد (اورودادو، ۲۰۱۰). داشتن هیجان‌ات مثبت و افزایش آن‌ها در زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. شادکامی یکی از اصلی‌ترین و مهم‌ترین هیجان‌ات مثبت است. شادکامی تجربه مکرر هیجان‌ات خوشایند، نبود احساسات ناخوشایند و احساس کلی رضایت از زندگی است (بیسواس و دین، ۲۰۰۷). روان‌شناسی مثبت‌نگر، مطالعه علمی هیجان‌ات مثبت، صفات فردی مثبت و ساختارهایی است که این رشد را موجب می‌شوند. در رویکرد مثبت‌نگر برخلاف سایر رویکردها که تمرکزشان بر مشکلات و ضعف‌هاست، افزایش هیجان مثبت و ارتقای معنای زندگی مورد تأکید و توجه است (سلیگمن، رشید و پارکس، ۲۰۰۶).

اصول به کار رفته در مداخله‌های مثبت‌گرا از طریق افزایش هیجان مثبت، افکار مثبت، رفتارهای مثبت و ارضاء نیازهای اساسی افراد مثل خودمختاری،

<sup>1</sup> resiliency

روان‌شناختی (سوری، حجازی و سوری‌نژاد، ۱۳۹۳) و امیدواری و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی (بهادری، خسرو شاهی و هاشمی نصرآباد، ۱۳۹۰) اشاره نمود. با وجود پژوهش‌های متعدد، پژوهشی در زمینه بهبود شاخصه‌های روان‌شناسی مثبت در میان نوجوانان دختر بی‌سرپرست صورت نگرفته است لذا با توجه به تغییرات دوره نوجوانی، لزوم ارتقاء سلامت روان نوجوانان دختر بی‌سرپرست به عنوان قشر آسیب‌پذیر جامعه و با توجه به کمبود پژوهشی در این زمینه پژوهش حاضر سه فرضیه زیر را مورد بررسی قرار داده است:

- ۱- مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی نوجوان بی‌سرپرست تحت حمایت سازمان بهزیستی موثر است.
- ۲- مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر تاب‌آوری نوجوان بی‌سرپرست تحت حمایت سازمان بهزیستی موثر است.
- ۳- مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر شادکامی نوجوان بی‌سرپرست تحت حمایت سازمان بهزیستی موثر است.

## روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. روش نمونه‌گیری از نوع هدفمند بود. با توجه به این که امکان انتخاب نمونه از بین جامعه به‌طور تصادفی وجود نداشت و همچنین دسترسی به کل افراد جامعه میسر نبود بدین منظور پس از هماهنگی‌های لازم، سازمان بهزیستی استان اصفهان، سه مرکز به‌طور هدفمند و با توجه به هدف پژوهش به منظور مطالعه به پژوهشگران معرفی و

عشق و تعلق خاطر و ارتباط باعث کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و احساس بهزیستی روان‌شناختی در افراد می‌شوند (لیوبومیرسکی و لایوس، ۲۰۱۳؛ اوهونلون و برتولینو، ۲۰۱۲).

در سال‌های اخیر، پژوهش‌های زیادی به بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر کاهش افسردگی و افزایش شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی پرداخته‌اند (به عنوان مثال، سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶ و سلیگمن، استین، پارک و پترسون، ۲۰۰۵؛ رشید و انجوم، ۲۰۰۷؛ سین و لیوبومیرسکی، ۲۰۰۹؛ لایوس، چنسلر، لیوبومیرسکی، وانگ و دورایس وامی، ۲۰۱۱؛ لایوس، نلسون، ابرلی، شانرت - ریچر و لیوبومیرسکی، ۲۰۱۲؛ اسنف و لیو، ۲۰۱۳؛ بولیر، هاورمن، وسترهوف، ریپر، اسمیت و بولمیجر، ۲۰۱۳؛ سرجنت و مانگرین، ۲۰۱۴؛ لایوس، لی، چوی و لیوبومیرسکی، ۲۰۱۴؛ کروس، چنسلر، روبرتون، لیوبومیرسکی، ۲۰۱۴؛ جباری، شهیدی و موتابی، ۱۳۹۳؛ رستمی، ابولقاسمی و نریمانی، ۱۳۹۲؛ اصغری‌پور، ۱۳۹۰؛ براتی سده، ۱۳۸۸). شواهد پژوهش‌ها نشان می‌دهند که درمان به شیوه مثبت‌نگر بر افزایش تاب‌آوری افراد وابسته به مواد (کردمیرزا نیکوزاده، ۱۳۹۰)، تاب‌آوری، امید، خوش‌بینی و شادکامی نوجوانان شاهد و ایثارگر و غیر شاهد و ایثارگر (قمرانی، ۱۳۸۹)، سلامت روانی و امید (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶)، خلق مثبت (شلدون و لیوبومیرسکی، ۲۰۰۶)، روابط و هیجان‌های مثبت (رشید، ۲۰۱۵)، انگیزه پیشرفت، حرمت خود و شادکامی (برخوری، رفاهی و فرح‌بخش، ۱۳۸۸؛ دونالدسون، دلوت و راثو، ۲۰۱۵) موثر بوده است. همچنین، در مطالعات همبستگی، می‌توان به رابطه مثبت و معنادار خوش‌بینی با تاب‌آوری و بهزیستی

اجازه ورود به این مراکز را صادر نمود. لذا از این سه مرکز، تعداد ۳۰ نفر که شرایط ورود به مطالعه و تمایل به شرکت در جلسات آموزشی داشتند، انتخاب شدند. باتوجه به شرایط قانونی که امکان جابه‌جایی افراد از این سه مرکز به مکان دیگر میسر نبود یک مرکز به‌طور تصادفی برای گروه آزمایش و دو مرکز دیگر برای گروه کنترل استفاده شد (هر گروه ۱۵ نفر).

لازم به ذکر است آزمودنی‌ها در هر سه مرکز از لحاظ شرایط سنی و تحصیلی هم‌متاسازی شدند و به منظور کنترل اثرات پیش‌آزمون و افزایش اعتبار درونی نتایج پژوهش از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری که توصیه گال، بورگ و گال (۱۳۸۳) نیز می‌باشد، استفاده گردید. کفایت حجم نمونه براساس توان آماری، مناسب بود. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل نوجوانی (سن ۱۲ تا ۱۸ سال)، تمایل برای شرکت در جلسات، دارا بودن سواد خواندن و نوشتن و ملاک خروج ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی همزمان، عدم تمایل به همکاری و غیبت بیش از دو جلسه.

برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

ابزار سنجش: مقیاس بهزیستی روان‌شناختی<sup>۱</sup> (فرم کوتاه): این مقیاس توسط ریف در سال ۱۹۸۹ به منظور سنجش سلامت روان‌شناختی فردی ساخته شده و دارای ۱۸ سوال است. براساس طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (۱ = کاملاً مخالفم تا ۶ = کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. همسانی درونی این آزمون توسط ریف (۱۹۸۹) به روش آلفای کرونباخ بین

۰/۶۵ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. شواهد مربوط به اعتبار همگرایی این آزمون حاکی از آن است که بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس‌های رضایت از زندگی و عزت نفس رابطه مثبت و با افسردگی، اعتقاد به شانس و منبع کنترل بیرونی رابطه منفی دارد (ریف، ۱۹۸۹). همچنین همسانی درونی کل این آزمون در پژوهشی توسط اصغری، سعادت، کرجوندانی و جانعلی‌زاده (۱۳۹۳) بر روی ۳۵ نفر از دانشجویان به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و بر روی ۳۴۳ نفر از دانشجویان دانشگاه خوارزمی با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برآورد شده است. آلفای کرونباخ به دست آمده از پژوهش حاضر برای این مقیاس برابر با ۰/۸۷ محاسبه گردید.

مقیاس تاب‌آوری<sup>۲</sup>: کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری آن را تهیه نموده‌اند. پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالا بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله چهار هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. در ایران نیز ضریب پایایی این مقیاس توسط محمدی، جزائری، رفیعی، جوکار و پورشهناز (۱۳۸۴) ۰/۸۹ گزارش گردیده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای مقیاس تاب‌آوری برابر با ۰/۷۵ به دست آمد.

<sup>2</sup> Resilience Scale

<sup>1</sup> Psychological Well-Being Scale

ایرانی از روایی و پایایی مناسب برخوردار است. آرگایل و همکاران ضریب پایایی این ابزار را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش نمودند (علی‌پور و نوربالا، ۱۳۸۷). همچنین همسانی درونی این آزمون در این پژوهش از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

روش اجرا و تحلیل: بعد از نمونه‌گیری، پرسشنامه‌های پژوهش به عنوان مرحله پیش‌آزمون اجرا شد. سپس افراد گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه مداخله گروهی مثبت‌نگر بر اساس الگوی رشید (۲۰۱۳) هفته‌ای دو بار به مدت ۹۰ دقیقه قرار گرفتند. خلاصه جلسات در جدول (۱) آمده است.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط آرگایل، مارتین و کروسلند (۱۹۸۹) تدوین شد. این پرسشنامه ۲۹ سؤال دارد و به صورت طیف لیکرت ۰ تا ۳ (اصلاً، کم، گاهی، همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. محدوده نمره این پرسشنامه بین ۰ تا ۸۷ قرار دارد. مطابق نظر آرگایل حیطه‌های این پرسشنامه در پنج دسته قابل تفکیک می‌باشند: رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی ذهنی، رضایت خاطر، خلق مثبت. پایایی و روایی این پرسشنامه توسط علی‌پور و آگاه هریس (۱۳۸۶) سنجیده شده و نتایج نشان دادند که این ابزار برای اندازه‌گیری شادکامی در جامعه

#### جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله‌ی مثبت‌نگر بر اساس الگوی رشید (۲۰۱۳)

جلسه	عنوان جلسه	شرح محتوا و اهداف
۱	آشنایی و معارفه	معارفه و آشنایی افراد گروه، اجرای پیش‌آزمون و تشریح برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر و قوانین جلسات
۲	چارچوب روان‌درمانی مثبت‌نگر، نقش درمان‌گر و مسئولیت‌ها	بحث در مورد فقدان و یا کمبود منابع مثبت از قبیل هیجان‌ات مثبت، تعهد، ارتباطات مثبت، معنا و توانمندی‌های منشی و نقش آن در بروز افسردگی، اضطراب و زندگی. چارچوب روان‌درمانی مثبت‌نگر، نقش درمان‌گر، محدودیت‌ها، مسئولیت‌ها و وظایف مراجع نیز مورد بحث قرار می‌گیرند.
۳	تقویت نقاط قوت شاخص و احساسات و عواطف مثبت	بحث در مورد ۲۴ توانمندی منشی به منظور ایجاد و تقویت تعهد و سیالیت تکمیل پرسش‌نامه در زمینه‌ی توانمندی‌های خود، بحث در مورد نحوه‌ی به کارگیری نقاط قوت شاخص، بحث در خصوص نقش احساسات و عواطف مثبت در بهزیستی فرد.
۴	گذشت و بخشش و میراث شخصی	عفو و گذشت به عنوان ابزار نیرومندی معرفی می‌شود که می‌تواند احساس خشم و کینه را به احساسی خنثی و حتی برای برخی به احساسات و عواطف مثبت تبدیل شود.
۵	سپاس‌گزاری و قدرشناسی	تأکید بر خاطرات خوب و قدرشناسی به عنوان شکلی پایدار از سپاس‌گزاری مورد بحث قرار می‌گیرد. بحث در مورد نقش خاطرات خوب و بد، با تمرکز و تأکید بر قدرشناسی.
۶	قناعت (راضی بودن به مطلوبیت نسبی) و حداکثرخواهی	بحث در خصوص قناعت و رضایت به جای زیاده‌خواهی در عرصه‌ی لذت‌جویی و تشویق قناعت از طریق تعامل و تعهد به جای زیاده‌خواهی.

<sup>۱</sup> Oxford's Happiness Inventory (OHI)

جلسه	عنوان جلسه	شرح محتوا و اهداف
۷	امید و خوش‌بینی	یادآوری خاطرات خوب و بد خود و صحبت در مورد تأثیر آن‌ها را بر بهزیستی هیجانی. بحث در مورد راهبردهای شناختی ارزیابی مجدد در جهت بازنویسی و بازتفسیر این خاطرات بد و تلخ. تأکید بر فواید تمرکز بر خاطرات خوب و مثبت.
۸	روابط مثبت و ارتباطات اجتماعی و بازخورد فعال - سازنده	بازخورد فعال - سازنده، آموزش پیرامون نحوه‌ی واکنش فعال - سازنده در قبال اخبار خوشی که از دیگران دریافت می‌کنند. ارائه تمرین واکنش سازنده و فعال به عنوان راهبردی جهت تقویت ارتباطات مثبت.
۹	التذاذ (لذت تدریجی و پیوسته)	التذاذ به عنوان آگاهی کامل نسبت به لذت و تلاش عامدانه جهت طولانی‌تر کردن هرچه بیشتر مدت آن. آموزش راه مقابله با شتاب در بهره‌گیری از لذات. بحث در مورد زندگی برابر به عنوان تلفیقی از هیجانات مثبت، تعهد، ارتباطات مثبت، معنا و موفقیت و پیشرفت. بحث در مورد فواید و نیز تجارب درمانی به همراه شیوه‌های حفظ تغییرات مثبت ایجاد شده.
۱۰	جمع‌بندی کلی نکات ارائه شده طی جلسات آموزش	یکپارچه‌سازی مطالب و فرآیندهای جلسات قبل تبیین تجربه گروه درمانی و اثرات آن، گرفتن بازخورد از اعضا در مورد احساس و نظرات‌شان نسبت به گروه، بازخورد اعضاء درباره پایان جلسات گروه، آماده‌سازی اعضا برای ترک گروه و استفاده از دستاوردهای آن، جمع‌بندی و اختتام گروه درمانی.

جلسات درمانی توسط کارشناسی ارشد روان‌شناسی آموزش دیده و بدون اطلاع از اهداف پژوهش و با نظارت پژوهشگران به صورت بحث دو طرفه انجام گرفت. در پایان هر جلسه تکالیف خانگی داده شد و ابتدای جلسه بعد ضمن بررسی تکالیف انجام شده بازخورد لازم ارائه شد. پس از اتمام مداخله، از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون گرفته شد و بعد از ۱ ماه به منظور بررسی پایداری اثرات مداخله مجدداً ارزیابی با ابزارهای پژوهش صورت گرفت. همه داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی نسخه ۲۲ با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیره تحلیل گردید.

#### یافته‌ها

میانگین سنی دختران پژوهش، در گروه آزمایش ۱۴/۲ سال با انحراف معیار ۰/۷۸۱ و در

گروه کنترل میانگین سن آزمودنی‌ها ۱۴/۱۸ و انحراف معیار ۰/۶۳۶ بود. به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش، پیش فرض‌های مورد نیاز برای آمار پارامتریک بررسی شد. نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف تأیید گردید ( $p > ۰/۰۵$ )، مفروضه همسانی واریانس‌ها توسط آزمون لوین در متغیر بهزیستی روان‌شناختی ( $p = ۰/۳۱$ )، تاب‌آوری ( $p = ۰/۲۶$ ) و در متغیر شادکامی ( $p = ۰/۲۲$ ) در مرحله پیش‌آزمون تأیید گردید. ماتریس کواریانس‌های مشاهده شده برای متغیرهای وابسته در دو گروه همگن بود. همچنین، ارزش لامبدا برای متغیرهای پژوهش در سطح ( $p < ۰/۰۰۱$ ) معنادار به دست آمد، بدین معنا که رابطه‌ی بین ترکیب خطی متغیرهای وابسته با متغیر مستقل معنی‌دار است. میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی (ضریب لامبدا = ۰/۲۱۳،  $P = ۰/۰۰۱$ )،



پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری نیز معنی‌دار شده است ( $P=0/001$ ). به عبارت دیگر، مداخله مثبت‌نگر گروهی باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شادکامی در گروه آزمایش شده است. توان آماری نزدیک به ۱ نشان می‌دهد حجم نمونه برای آزمایش این فرضیه کافی بوده است. نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری برای مقایسه دو گروه در پس‌آزمون و پیگیری و یا بررسی تفاوت دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به شکل مجزا در جدول (۲) ارائه شده است.

تاب‌آوری (ضریب لامبدا =  $0/446$ ،  $P=0/001$ ) و شادکامی (ضریب لامبدا =  $0/125$ ،  $P=0/001$ ) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که نزدیک به  $78/7$  درصد از تفاوت‌های فردی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی،  $55/4$  درصد از تفاوت‌های فردی در افزایش تاب‌آوری و  $56/8$  درصد از تفاوت‌های فردی در افزایش شادکامی در دو مرحله پژوهش به تفاوت بین دو گروه مربوط است. همچنین، نتایج نشان داده است که رابطه بین

**جدول ۲. نتایج تحلیل تک متغیری برای بررسی تفاوت دو گروه در متغیر بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شادکامی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری**

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	میزان اثر	توان آماری
بهزیستی	پس‌آزمون	۷۵۲/۳۹	۱	۷۵۲/۳۹	۹۲/۴۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰۰
روان‌شناختی	پیگیری	۵۸۷/۱۲۴	۱	۵۸۷/۱۲۴	۱۹/۳۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲۷	۰/۹۹۸
تاب‌آوری	پس‌آزمون	۹۷۵/۹۶۲	۱	۹۷۵/۹۶۲	۳۲/۳۱۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵۴	۱/۰۰۰
	پیگیری	۷۸۶/۴۶۳	۱	۷۸۶/۴۶۳	۱۹/۹۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳۴	۰/۹۹
شادکامی	پس‌آزمون	۱۳۳۰/۰۷۳	۱	۱۳۳۰/۰۷۳	۳۱/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۸	۱/۰۰۰
	پیگیری	۳۵۶/۰۵۲	۱	۳۵۶/۰۵۲	۱۵/۰۲۵	۰/۰۰۱	۰/۳۶۶	۰/۹۶۲

تعدیل شده، برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل به ترتیب  $80/77$  و  $69/88$  و در مرحله پیگیری  $79/57$  و  $69/94$  به دست آمد. لذا فرضیه اول پژوهش تأیید گردید. همچنین، میانگین نمرات تاب‌آوری دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون ( $p=0/001$ ) و پیگیری ( $p=0/001$ ) معنی‌دار است. به عبارت دیگر می‌توان گفت مداخله مثبت‌نگر گروهی نمرات تاب‌آوری در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری را افزایش داده است.

بر اساس نتایج به دست آمده در جدول (۲)، میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون ( $p=0/001$ ) و پیگیری ( $p=0/001$ ) معنی‌دار است. به عبارت دیگر می‌توان گفت مداخله مثبت‌نگر گروهی نمرات بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری را افزایش داده است. میزان تأثیر این مداخله بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون برابر با  $78$  درصد و در مرحله پیگیری  $42/7$  درصد است. میانگین‌های

میزان تأثیر این مداخله بر بهبود تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون برابر با ۵۵/۴ درصد و در مرحله پیگیری ۴۳/۴ درصد است. همچنین، میانگین تعدیل شده برای متغیر تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۶۷/۴۷ و ۵۵/۲۳ و در مرحله پیگیری ۶۶/۲۰ و ۵۵/۲۱ محاسبه شد. لذا فرضیه دوم پژوهش تأیید گردید.

تفاوت میانگین نمرات شادکامی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار است ( $p < 0/05$ ). به عبارت دیگر می‌توان گفت مداخله مثبت‌نگر گروهی نمرات شادکامی را در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری را بهبود داده است. میزان تأثیر این مداخله بر افزایش شادکامی در مرحله پس‌آزمون برابر با ۵۴/۸ درصد و در مرحله پیگیری ۳۶/۶ درصد است. به علاوه میانگین‌های تعدیل شده، برای متغیر شادکامی در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۴۸/۳۷ و ۳۱/۷۸ و در مرحله پیگیری ۴۲/۴۷ و ۳۳/۸۹ به دست آمد. لذا فرضیه سوم پژوهش تأیید شد.

## بحث

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شادکامی دختران نوجوان بی‌سرپرست تحت حمایت سازمان بهزیستی استان اصفهان انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که مداخله مثبت‌نگر گروهی به‌طور معناداری باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان دختر بی‌سرپرست شده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های سین و لیوبومرسکی (۲۰۰۹) که به صورت فراتحلیل بر ۵۱ مداخله مثبت‌نگر شامل ۴۲۶۶

آزمودنی انجام گرفت مبنی بر اثربخشی مداخلات مثبت‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی و همچنین، با پژوهش رستمی و همکاران (۱۳۹۲) مبتنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و شادزیستن (به عنوان یک درمان مثبت‌نگر) بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های مهارت محیطی، رشد شخصی، هدف در زندگی، روابط مثبت با دیگران و پذیرش خود همسویی دارد.

در تبیین این یافته باید به این نکته اشاره نمود که یکی از آموزش‌های مورد استفاده در مداخله روان‌شناسی مثبت‌نگر، آموزش خوش‌بینی است، همسو با نتایج پژوهش سوری و همکاران (۱۳۹۳) و بهادری و همکاران (۱۳۹۰) می‌توان گفت که آموزش خوش‌بینی و امید به عنوان اصول مورد استفاده در مداخله مثبت‌نگر، می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی را افزایش دهد.

یکی از مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر ارزیابی توانمندی‌های شخصی است. در این مداخله، مراجع به تعیین توانمندی‌های منشی خود می‌پردازد. ۲۴ توانمندی‌های منشی به منظور ایجاد و تقویت تعهد و سیالیت مورد بحث قرار می‌گیرند. بدیهی است که این مداخله نقاط قوت فرد را به او گوشزد می‌کند و او را متوجه توانمندی‌های خود می‌کند و در نتیجه، نگرش مثبت شخص به خود و گذشته‌اش که یکی از عوامل بهزیستی روان‌شناختی است افزایش پیدا می‌کند.

همچنین، یافته‌ها نشان داد که مداخله مثبت‌نگر باعث افزایش تاب‌آوری نوجوان بی‌سرپرست گردید.

بر مبنای فرضیه تاب‌آوری نظریه‌ی فریدریکسون (۲۰۰۴)، هیجان‌ات مثبت باعث ایجاد حلقه‌های

پژوهش حاضر با نتایج پژوهش قمرانی (۱۳۸۹) مبنی بر تاثیر آموزش قدردانی بر افزایش تاب‌آوری همسویی دارد و تاییدی بر نقش آموزش‌های مبتنی بر مثبت‌نگری بر افزایش تاب‌آوری می‌باشد. به علاوه، از دیگر تکنیک‌های مورد استفاده در این مداخله افزایش امید است. مراجعین به زمان‌هایی می‌انديشند که چیزهای مهمی را از دست داده‌اند اما در مقابل فرصت‌های جدیدی فرارویشان قرار گرفته است. همچنین فرصت بالقوه‌ی رشد در پی تحمل ضربه‌های روحی نیز مورد بررسی قرار می‌گیرد.

به علاوه، یافته‌ها نشان داد که مداخله مثبت‌نگر باعث افزایش شادکامی نوجوان بی‌سرپرست گردید. یافته‌ها با مطالعاتی که اثربخشی مداخلات مثبت‌نگر را در کاهش مشکلات هیجانی و افزایش شادکامی نشان داده‌اند، همسو است (سین و لیوبومیرسکی، ۲۰۰۹؛ رشید و انجوم، ۲۰۰۷؛ سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶؛ سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۵؛ جباری و همکاران، ۱۳۹۳).

به عنوان مثال، در مطالعه سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶) مداخله مثبت‌نگر باعث کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش میزان شادکامی شد. البته، در این مطالعه افراد دارای تشخیص بالینی افسردگی شرکت داشتند، در حالی که در پژوهش حاضر، افراد دارای مشکلات پیش بالینی بودند.

در رابطه با افزایش معنادار میزان شادکامی می‌توان گفت که یکی از اهداف مهم مداخلات مثبت‌نگر، افزایش شادکامی، بهزیستی و رضایتمندی از زندگی است. بنابراین، در این رویکرد رسیدن به میزان شادی بیشتر هدف است و جامعه برای رسیدن به شکوفایی به افراد شاد نیاز دارد. اصول به کار رفته در مداخله مثبت‌نگر، عبارت بودند از بخشش و

صعودی<sup>۱</sup> می‌شود. حلقه‌های صعودی از نظر مفهومی در نقطه مقابل حلقه‌های نزولی افسردگی قرار دارد. زمانی که فرد هیجانانگیز مثبت دارد، دیدی گسترده و غیرتوقلی را تجربه می‌کند که این دید غالباً به تفکرات مثبت و خوش‌بینانه منجر می‌شود که این تفکرات خودشان هیجانانگیز مثبت بیشتری را ایجاد می‌کنند و بدین ترتیب حلقه‌های صعودی شکل می‌گیرند که این حلقه‌ها باعث افزایش تاب‌آوری فرد می‌شوند.

در تبیین این یافته از پژوهش حاضر می‌توان گفت که مداخله مثبت‌نگر می‌تواند به فرد کمک کند تا با افزایش توجه به خود و کنترل بیشتر بر خود، استرس کمتری را تجربه کند، کنار آمدن موفقیت‌آمیز فرد با عوامل استرس‌زا و موفقیت‌های دشوار، تاب‌آوری فرد را نسبت به آن موقعیت نشان می‌دهد. تاب‌آوری، صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط، تهدیدکننده نیست بلکه فرد تاب‌آور، مشارکت‌کننده فعال و سازنده‌ی محیط پیرامونی خویش است.

یکی دیگر از تکنیک‌های مورد استفاده در مداخله مثبت‌نگر، آموزش قدردانی و سپاس‌گزاری می‌باشد. در این مداخله تأکید بر خاطرات خوب و قدرشناسی به عنوان شکلی پایدار از سپاس‌گزاری مورد بحث قرار می‌گیرد. در این جا نیز نقش خاطرات خوب و بد، با تمرکز و تأکید بر قدرشناسی مورد بحث قرار می‌گیرد. مراجعان پس از تأمل، نخستین پیش‌نویس یک نامه‌ی قدرشناسی را خطاب به کسی که هرگز آن گونه که باید و شاید از وی قدردانی نکرده‌اند می‌نویسند. یافته‌های

<sup>1</sup> Upward Spirals

می‌کنند. بنابراین، هدف دیدگاه مثبت‌نگر، تبدیل همه هیجانات منفی افراد به هیجانات مثبت نیست. گاه افراد در مورد خاطرات تلخ و رنجش‌هایشان حرف می‌زنند و گاه از آن‌ها خواسته می‌شود که خاطرات تلخ را بنویسند تا با این کار دردهای شناختی و هیجانی مرتبط با آن‌ها خاطره کاهش یابد. در این مداخله نیز تمرین‌هایی در رابطه با شناسایی و نامگذاری ویژگی‌های مثبت و همچنین تمرین‌هایی در مورد نوشتن هیجانات منفی با روشی خاص وجود داشت.

بنابراین، به نظر می‌رسد که روان‌درمانی مثبت‌نگر بدون تأکید بر علایم منفی افسردگی و فقط از طریق افزایش احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و ویژگی‌های مثبت فردی و استفاده از آن‌ها در زندگی روزمره و افزایش احساس معنا و هدفمندی در زندگی می‌تواند باعث کاهش علایم و نشانه‌های خلق پایین و افزایش بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شادکامی فرد شود.

از جمله محدودیت‌های انجام این پژوهش، عدم کنترل دقیق تمام متغیرهای تأثیرگذار و نمونه‌گیری غیرتصادفی (هدفمند) بود و با توجه به مشکلات قانونی در جابه‌جایی دختران، نمونه‌گیری به صورت گروه‌های دست‌نخورده برای گروه‌های آزمایش و کنترل صورت گرفت. همچنین، این مطالعه بر نوجوانان دختر بی‌سرپرست تحت پوشش بهزیستی استان اصفهان صورت گرفت، لذا در تعمیم نتایج آن به سایر نوجوانان بی‌سرپرست بایستی جانب احتیاط رعایت شود. علاوه بر این، برای جمع‌آوری اطلاعات و بررسی تغییرات آزمودنی‌ها تنها از گزارش‌های خود افراد استفاده شد در حالی که با به کارگیری روش‌های مختلف

گذشت (برای از بین بردن خشم، تلخی و دیگر هیجان‌های منفی)، دریافت تبریک یا تحسین، قدرشناسی و سپاسگزاری (اظهار شکر به خاطر تجربه‌های مثبت) که تاکنون در مطالعات مختلف اثربخشی آن مشخص شده است (شلدون و لیوبومرסקی، ۲۰۰۶)، امید و خوش‌بینی، تجربه تعهد و معنا در زندگی از طریق روابط و پیوند با دیگران و به کار بردن توانمندی‌های برجسته در خدمت دیگران، آموزش سبک پاسخ‌دهی فعال - سازنده در تعامل با دیگران که این سبک پاسخ‌دهی باعث سطوح بالاتری از شادی، رضایت، اعتماد و صمیمیت در افراد می‌شود، مثبت حرف زدن، مشارکت در فعالیت‌های لذت‌بخش، همه از اصولی است که در این شیوه مداخله به افزایش شادکامی در افراد می‌انجامد. بر مبنای نظریه روان‌شناسی مثبت‌نگر، افزایش ارتباطات اجتماعی و گسترش شبکه‌های دوستی با بالا بردن حمایت اجتماعی، در افزایش میزان شادکامی و ارتقای سلامت روان مؤثر است (اوهونلون و برتولینو، ۲۰۱۲). به علاوه، شلدون و لیوبومرסקی (۲۰۰۶) اثربخشی تکنیک قدردانی و سپاسگزاری را در افزایش خلق مثبت نشان دادند که این تمرین یکی از مؤثرترین تمرین‌های این بسته، برای افزایش هیجان‌های مثبت و شادکامی محسوب می‌شود.

در تبیین اثربخشی این مداخله می‌توان به این نکته اشاره نمود که در مداخله مثبت‌نگر، افراد سعی می‌کنند ویژگی‌های مثبت را شناسایی و نامگذاری کنند. این بدین معنا نیست که از نظر روان‌شناسی مثبت‌نگر تجارب منفی اهمیت ندارند. در مداخلات مثبت‌نگر، گاه افراد کاملاً در مورد مشکلاتشان صحبت و گاه هیجانات منفی را دوباره تجربه

برخوری، ح.، رفاهی، ژ.، و فرح‌بخش، ک. (۱۳۸۸). اثر بخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی به شیوه گروهی بر انگیزه پیشرفت، عزت نفس، و شادکامی دانش‌آموزان پسر پایه اول دبیرستان شهر جیرفت. *فصلنامه رهیافتی نو در مدیریت آموزشی*، ۲(۵)، ۱۴۴-۱۳۱.

بهداری خسروشاهی ج، هاشمی نصرآباد، ت. (۱۳۹۰). رابطه امیدواری تاب‌آوری بهزیستی با روان‌شناختی در دانشجویان. *اندیشه و رفتار (روانشناسی کاربردی)*، ۶(۲۲)، ۵۰-۴۱.

جباری، م.، شهیدی، ش.، موتابی، ف. (۱۳۹۳). اثربخشی مداخله‌ی مثبت‌نگر گروهی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد و افزایش میزان شادکامی دختران نوجوان. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲)، ۷۴-۶۵.

رستمی، م.، ابو القاسمی، ع.، نریمانی، م. (۱۳۹۲). اثر بخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی زوجین ناسازگار، *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱۵(۱)، ۱۲۴-۱۰۵.

سوری، ح.، حجازی، ا.، سوری‌نژاد، ح. (۱۳۹۳). رابطه‌ی تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی، نقش واسطه‌ای خوش‌بینی، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۵(۱)، ۱۵-۵.

شجاعی، ا.، سلیمانی، ا. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر آموزش هوش معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهرستان اردبیل. *مجله روان‌شناسی مدرسه*، ۴(۱)، ۱۲۱-۱۰۴.

می‌توان اطلاعات کامل‌تری در مورد تغییرات آزمودنی‌ها به دست آورد. همچنین، ملاکی برای سنجش میزان یادگیری افراد از آموزش‌های ارائه شده در دست نیست. لازم است که اثربخشی مداخله مثبت‌نگر در مقایسه با سایر مداخلات رایج سنجیده شود. پیشنهاد می‌شود مطالعاتی شبیه این مطالعه با روش نمونه‌گیری تصادفی انجام گیرد و در این مطالعات تغییرات آزمودنی‌ها از طریق انجام مصاحبه، مشاهدات بالینی و گزارش‌های مراقبین و معلمان این دختران بررسی شود. همچنین، با انجام غربالگری این مطالعه بر نمونه‌های بالینی نیز تکرار گردد.

## منابع

اصغری‌پور، ن. (۱۳۹۰). *مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر با روان‌درمانی شناختی-رفتاری در کاهش علایم افسردگی اساسی*. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی ایران.

اصغری، ف. سعادت، س. عاطفی کرجوندانی، س. جان‌علیزاده کوکنه، س. (۱۳۹۳). رابطه بین خودکارآمدی تحصیلی با بهزیستی روان‌شناختی، انسجام خانواده و سلامت معنوی در دانشجویان دانشگاه خوارزمی. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۴(۷)، ۵۹۴-۵۸۱.

براتی سده، ف. (۱۳۸۸). *اثربخشی مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر جهت افزایش نشاط، خشنودی از زندگی، معناداری زندگی و کاهش افسردگی؛ مدلی برای اقدام*. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.

- گال، م.، بورگ، و.، گال، ج. (۱۳۸۳). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی. ترجمه: ا. ر.، نصر، ح. ر.، عریضی، م.، ابوالقاسمی، م. ج.، پاک سرشت، ع.، کیامنش، خ.، باقری، م.، خیر. جلد دوم. تهران: سمت.
- محبی، س.، محمدی، ع.، قاسمی، ن. (۱۳۹۰). مقایسه شاخص‌های ناسازگاری براساس آزمون ترسیم آدمک و میزان اختلالات رفتاری در کودکان بی‌سرپرست و عادی، *ارمغان دانش*، ۱۶(۶)، ۵۷۸-۵۸۵.
- محمدی، م.، جزایری، ع. ر.، رفیعی، م. ح.، جوکار، ب.، پورشهناز، ع. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض سوء مصرف مواد مخدر. فصلنامه روان‌شناسی دانشگاه تبریز، ۱(۳ و ۲)، ۲۲۴-۲۰۳.
- Argyle, M., Martin, M. & Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality. In J. P. Forgas & J. M. Innes (Eds.), *Recent advances in social psychology: An international perspective*, (pp. 189-203). North Holland: Elsevier Science Publishers.
- Biswas, R., Dean, B. (2007). *Positive psychology coaching: Putting the science of happiness to work for your clients*. New York: John Wiley and Sons.
- Bolier, L., Haverman, M., westerhof, G, Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta - analysis of randomized controlled studies. *Public Health*, 13 (119), 1-20.
- Carlton, B. S., Goebert, D. A., Miyamoto, R. H., Andrade, N. N., Hishinuma, E. S., Makini, G. K., Yuen, N. Y. C., Bell, C. K., McCubbin, L. D., Else, I. R. N., & Nishimura, S. T. (2006). Adolescents Resilience, family adversity and wellbeing among شکبیا، م.، ضیایی، م. (۱۳۹۰). مقایسه سلامت روان دختران دانش‌آموز تحت سرپرستی مراکز شبانه روزی بهزیستی با دختران دانش‌آموز دبیرستان دانشگاه در شهر زاهدان. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*. ۱۴(۲)، ۵۶-۶۰.
- علی‌پور، ا.، آگاه‌هریس، م. (۱۳۸۶). اعتبار و روایی فهرست شادکامی آکسفورد در ایرانی‌ها. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۳(۱۲)، ۲۸۷-۲۹۸.
- علی‌پور، ا.، نوربالا، ا. ع. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۵، ۵۵-۶۶.
- قمرانی ا. (۱۳۸۹). اثر بخشی آموزش قدردانی بر امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی، شادکامی نوجوانان شاهد ایثارگر و نوجوانان غیر شاهد و ایثارگر. پایان‌نامه دکتری رشته مشاوره دانشگاه اصفهان.
- کردمیرزائیکوزاده، ع. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی برنامه مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر و گروه درمانی آدلری در ارتقای تاب‌آوری افراد وابسته به مواد. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*. ۲(۵)، ۲۷-۱.
- کاملی، ز.، قنبری هاشم‌آبادی، ب. ع.، آقامحمدیان شریفات، ح. (۱۳۹۰). بررسی اثر بخش گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگاری اولیه در دختران نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست. *پژوهش روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱(۱)، ۹۸-۸۳.

- Kruse, E., Chancellor, J., Ruberton, P. M. & Lyubomirsky, S. (2014). An upward spiral between gratitude and humility *Social psychological and personality Science*, 5(7), 805- 814.
- Layous, K., Nelson, S. K. Oberle, E., Schonert-Reichl, K. A., & Lyubomirsky, S. (2012). Kindness counts: prompting prosocial behavior in preadolescents boosts peer acceptance and well – being. *Plos one*, 7 (12).
- Layous, K., Chancellor, J., Lyubomirsky, S., Wang, L., & Doraiswamy, M (2011) Delivering happiness: Translating positive psychology intervention research for treating major and minor depression disorders. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(8), 675- 683.
- Layous, K., Lee, H., Choi, I. Lyubomirsky, S. (2014). Culture matters when designing a successful happiness-increasing activity: A comparison of the United States and South Korea. *Journal of Cross- Cultural Psychology*, 44 (8), 1294- 1303.
- Lewis, C. A. Maltby, J. & Day, L. (2005). Religious orientation, religious coping and happiness among UK adults. *Personality and Individual Difference*, 38 (5), 1193-1202
- Linely, P.A., Joseph, S. (2004). Positive psychology in practice. New York: John Wiley and Sons; *Differences* ,38, 1193 – 1202.
- Lyubomirsky, S. & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well – being? *Current Directions in psychological Science*, 22(1), 57-62.
- Masten A S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*, 56(3), 227-238.
- Montgomery, J. M., Schwan, V. L., Burt, J. A. G., Dyke, D. A., Thorne, K. J., Hindes, Y. L., McCrimmon, A. W., Kohut, C. S. (2008). Emotional intelligence and resiliency in young adults with Asperger's Disorder. *Canadian Journal of School Psychology*. 23, 70-93.
- Hawaiian and non-Hawaiian adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(4), 291-308.
- Conner, KM., & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82
- Diener E, Oishi S, Lucas R E. (2003). Personality, Culture, and subjective Well - being. *Annual Review of Psychology*, 54, 403 – 425.
- Donaldson, S. I., Dollwet, M., & Rao, M. A. (2015). Happiness, excellence, and optimal human functioning revisited: Examining the peer – reviewed literature linked to positive psychology. *Journal of Positive Psychology*, 10(3), 185–195.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of Positive emotions in positive Psychology: the broaden - and build theory of Positive *emotions*. *American Psychologis*. 56(3), 218-226.
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden – and – build theory f positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*. 359 (1449), 1367-1377.
- Hart, A., Blincow, D. & Thomas, H. (2007). *Resilient therapy*. New York: Routledge.
- Kapane, A.R., Kiran, R. (2007). Attachment style in relation to family functioning and distress in college student. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 33(1), 15-21.
- Keisha, L., Kenneth, T., Deneia, T., Patton, G. Carrie, B. (2009). Influence of multiple attachments on well-being: A model for African Americans attending historically black colleges and universities. *Journal of Diversity in Higher Education*; 2(1), 35-45.
- Koerner, A.F., Maki, L. (2004). *Family communication patterns & social support in families of origin & adult children. subsequent intimate relationships*. Paper presented at the International Association for Relationship Research Conference. Madison, July, 22-25.

- of Personality and Social Psychology*. 57(6), 1069-1081.
- Seligman, M. Rashid, T., & Park, A. C. (2006). *Positive psychotherapy*. *American Psychology*, 61, 774 -788.
- Seligman, M., Steen, T. A., Park, N., Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of intervention. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Senf. K., & Liau, A. (2013). The effects of positive interventions on happiness and depressive symptoms, with and examination of personality as a moderator. *Journal of Happiness Study*, 14 (2), 591 – 612.
- Sergeant, S. & Mongrain, M. (2014). An online optimism intervention reduces depression in pessimistic individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 263-274.
- Sheldon, K. M., Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotion: The effect of expressing gratitude and visualizing best positive selves. *Journal of Positive Psychology*. 1(2), 73-82.
- Simsek, Z., Erol, N., Öztop, D., Münir, K. (2007). Prevalence and predictors of emotional and behavioral. *Children and Youth Services Review*. 29 (7), 883-899.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009) Enhancing well- being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice friendly meta – analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467- 487.
- Weiss, G. L. (2008). Toward the mastery of resiliency. *Canadian Journal of School Psychology*, 23(1), 127- 137.
- Musisi, S., Kinyanda, E., Nakasujja, N. & Nakigudde, J. (2007). A comparison of the behavioral and emotional disorders of primary school - going orphans and nonorphans in Uganda. *African Health Sciences*, 7(4), 202-213.
- O'Honlon B., bertolino, B. (2012). *The therapist 's notebook on positive psychology*. New York: Routledge.
- Okrodudu, G. (2010). Influence of parenting styles on adolescent delinquency in Delta Central Senatorial District. *Edo Journal of Counselling*, 3, 58-86.
- Prince-Embury, S. & Saklofske, D. H. (2013). (Eds.) *Resilience in Children, Adolescents and Adults: Translating Research for Practice*. New York: Springer.
- Rashid, T, Anjum, A. (2007). Positive psychotherapy for young adults and children. In: Abela JRZ, Lankin BL, editors. *Depression in children and adolescent: Causes, treatment and prevention*. (p. 250-288). New York: Guilford press.
- Rashid, T. (2015). Positive Psychotherapy: A Strength- based approach. *Journal of Positive Psychology*, 10, 25- 40.
- Rashid, T. (2013). Positive psychology in practice: *Positive psycho-therapy*. The Oxford handbook of happiness (p. 978-993). New York: Oxford University Press.
- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudemonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal*



