

## اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر احساس امیدواری و بهزیستی روانشناختی بیماران ویتیلیگو The Effectiveness of Positive Psychotherapy on the Feeling of Hope and Psychological Well-being of Vitiligo Patients

**Tahereh Sharifi Kia**

MSc Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Torbat Jam Branch, Islamic Azad University

**Elahe Ahangari**

Master of General Psychology, Teacher of Payam Noor University of Kashmar, Khorasan Razavi

**Zahra Askari**

MSc Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Torbat Jam Branch, Islamic Azad University

**Mohammad Tahan \***

Youth and Elite Research Club, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand

**طاهره شریفی کیا**

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی

**الهه آهانگری**

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، مدرس دانشگاه پیام نور واحد کاشمر، خراسان رضوی

**زهرا عسکری**

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی

**محمد طحان** نویسنده مسئول

باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر احساس امیدواری و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به ویتیلیگو (پسی) بود. این پژوهش نیمه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مراجعه کنندگان مرد و زن مبتلا به پسی مراجعه کننده به بیمارستان حضرت ابوالفضل و مطب دکتر شرقی متخصص پوست شهرستان کاشمر در سال ۱۳۹۵ بودند، نمونه تحقیق با روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شد. ابزار پژوهش پرسشنامه‌ی احساس امیدواری اشنايدر و بهزیستی روانشناختی ریف بود. جهت تحلیل داده‌ها، از نرم افزار spss-22 و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) استفاده شد. یافته‌های نشان داد که میانگین نمرات امیدواری و بهزیستی روانشناختی در پس‌آزمون گروه آزمایش به طور معناداری از میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه کنترل بالاتر است. روان درمان مثبت نگر بر افزایش امیدواری و بهزیستی روانشناختی بیماران ویتیلیگو موثر است. لذا می‌تواند به عنوان یک رویکرد درمانی مورد توجه قرار گیرد.

**کلیدواژگان:** مثبت‌درمانی، ویتیلیگو، امیدواری

### Abstract

The purpose of this study was to determine the efficacy of positive psychotherapy on the sense of hope and psychological well-being of patients with vitiligo (PCI). This semi-experimental research is a pre-test-post-test with a control group. The statistical population of the study consisted of all male and female patients referring to Hazrat-e-Abolfazl Hospital and Oriental dentistry dermatologist of Kashmar in 1395. The sample was selected through voluntary and voluntary sampling method. The research tool was a Schneider Hope Scale and a psychological well-being reef. For data analysis, spss-22 and inferential statistics (covariance analysis) were used. Findings showed that the mean scores of hope and psychological well-being in the post test of the experimental group were significantly higher than the mean post-test scores in the control group. Positive psychotherapy is effective in increasing the hope and psychological well-being of patients with vitiligo. It can therefore be considered as a therapeutic approach.

**Keywords:** Positive Therapy, Vitiligo, Hope

### مقدمه

برص<sup>۱</sup> نوعی بیماری پوستی است که باعث تغییر رنگ پوست و سفید شدن موضعی آن می‌شود (مومنی و موسوی، ۱۳۹۱). در المعجم «برص» با عنوان بیماری تعریف شده که در پوست ایجاد شده و در آن گسترش می‌یابد (فتح الله، ۱۴۱۵). برص به فتح راء و باء یا پیسی، سفیدی که در پوست بدن انسان پیدا می‌شود و دارای خارش دردناکی است، یا نوعی بیماری است که موجب غلبه سفیدی بر

1 - Vitiligo

## The Effectiveness of Positive Psychotherapy on the Feeling of Hope and Psychological Well-being of Vitiligo

سیاهی در قسمتی از بدن می‌گردد (عاملی، ۱۴۱۴). لک و پیسی، برص یا ویتیلیگو، هر سه، نام‌های یک نوع بیماری ناشی از التهاب پوست هستند؛ بیماری‌ای که به صورت لکه‌های سفیدرنگ، به طور قرینه در دو طرف پوست بدن، مخصوصاً در پوست صورت، بروز می‌کند (احمدلو، ۱۳۸۹). ویتیلیگو یا برص، یک بیماری ژنتیکی است که در آن قسمتی که تولید رنگدانه ندارد، به رنگ کاغذی کاملاً سفید درمی‌آید. به عبارت دیگر، ملانین (رنگدانه‌ای است که باعث ایجاد رنگ پوست، مو و چشم‌ها می‌شود) و این ملانین توسط سلول‌هایی به نام ملانوسیت (سلول‌های رنگدانه‌ساز) به وجود می‌آید، حالا اگر ملانوسیت به دلیل اختلال‌های ژنتیکی از بین برود یا نتواند رنگدانه تولید کند، پوست، رنگ خودش را از دست می‌دهد و سفید می‌شود (رضیعی، ۱۳۹۳). ویتیلیگو با شیوع ۱-۲٪ در تمام نژادها یافت می‌شود. این بیماری به صورت ماکول‌های پوستی به رنگ سفید با حدود مشخص، بیشتر در افراد تیره پوست مشاهده می‌شود. اوج بروز سنی آن ۱۰-۳۰ سالگی است (هالدر و تالیافیررو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). برص جزو بیماری‌هایی است که روند درمانی بسیار سختی دارد. اما مراحل درمان آن نسبت به بیماران مختلف و پیشرفت بیماری‌شان، متفاوت است. خط اول در درمان این بیماری، درمان غیرجراحی شامل کورتیکواستروئیدهای موضعی و فتوتراپی است (موفی، زاهر، اسمیت<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۱).

از آنجا که ظاهر افراد، نمادها و نشانه‌های خارجی، منزلت و اهمیت بسزایی دارد و زیبایی، به عنوان یکی از مولفه‌های جایگاه اجتماعی در ارزیابی موقعیت‌های اجتماعی افراد جامعه مهم قلمداد می‌گردد (خانجانی، باباپور و صبا، ۱۳۹۰) لذا بیماران مبتلا به برص شدیداً دچار افت بهزیستی و کیفیت زندگی می‌شوند، که علت آن اختلاف رنگ بین پوست سالم دارای رنگدانه و پوست ویتیلیگویی بدون رنگدانه است تا جایی که این موضوع برای بیماران مشکلات روانشناختی ایجاد می‌کند (پرساد، پندهی، دوگرا، کانوار و کومار<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). در واقع این بیماری و پیامدهای آن بر سلامت روان افراد تاثیر می‌گذارد و زندگی انسان را از نظر روانی، اجتماعی و جسمانی تحت شعاع قرار می‌دهد (غیائی، طباطبایی و نصری، ۱۳۹۵). در واقع آشفتگی‌های روانی یکی از نگرانی‌های عمده در مطب‌های پوست است (فلکس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). این بیماری‌ها ظاهر افراد را تغییر داده و تصویر بدنی بیمار را از خود خدشه‌دار می‌کند، احساس خشم و عزت و نفس پایین در فرد شکل می‌گیرد و بیمار این احساسات را به دیگران فراقکنی کرده و نسبت به دیگران و دیدگاه آنها در مورد خود بدبین می‌شود (فکور، اسماعیلی، خسروان مهر، سوری، بلیغی و همکاران، ۱۳۹۵). سیهان، آکی، کارینکاگو، ازکان<sup>۲</sup> (۲۰۰۶)، ۶۳۶ فرد بیمار به بیماریهای پوستی را مورد بررسی قرار دادند. از این میان ۱۵/۳٪ مشکلات آسب شناختی روانی داشتند که شامل افسردگی (۳۲٪)، مشکلات انطباقی (۱۵/۵٪)، اضطراب (۱۳/۴٪)، اختلالات روان تنی (۱۰/۳٪)، اختلال وسواس فکری، عملی و تبدیل (۵/۱٪)، اختلال افسرده خوبی (۴/۱٪)، حمله پانیک (۱٪)، اسکیزوفرنیا، بی‌خوابی، وابستگی به الکل، هراس اجتماعی بود. در مطالعه اربابی، زند، صمدی، غنی‌نژاد و گلستان (۲۰۰۹)، ۴۱۴ بیمار با بیماری پوستی بررسی شدند. شیوع بیماری همزمان روانپزشکی در میان این نمونه ۵۱/۳٪ بود.

امید به عنوان یک عامل در پیش‌بینی سیر بیماری وخیم ذکر می‌شود و عکس آن، ناامیدی به عنوان تحمل وضعیت فایق نیامدنی تعریف می‌شود که در آن دستیابی به هیچ هدفی مورد انتظار نیست و با افسردگی، آرزوی مرگ و خودکشی ارتباط دارد (استراوبریدج، کوهان، شیما و کاپلان<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷). میزان امیدواری<sup>۳</sup> بالا با بهزیستی بیشتر همراه است. امیدواری از طریق تجارب موفقیت‌آمیز زندگی افزایش می‌یابد و به واسطه‌ی تجارب شکست تقلیل می‌یابد (یو، فرلنگ، فلیکس، شارکی و تانیگوا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). امید دربردارنده تصورات و توجه افراد به آینده است و با این تصور که احتمال دارد، نتایج مثبت حاصل گردد، باعث تلاش بیمار می‌شود (فرحبخش، جوادیان و حسین ثابت، ۲۰۱۳). امید نیرویی هیجانی است که تخیل را به سمت موارد مثبت هدایت می‌کند. امید به انسان‌ها انرژی می‌دهد و مجهز‌شان می‌کند، و مانند کاتالیزوری برای کار و فعالیت عمل می‌کند. امید به فرد انعطاف‌پذیری، نشاط و توانایی خلاصی از ضرباتی را که زندگی بر آنها تحمیل می‌کند، می‌دهد و باعث افزایش رضایت از زندگی می‌شود (پریجت، ۱۳۸۵).

افراد مبتلا به برص، استرس‌های روحی را تجربه خواهند کرد مخصوصاً اگر ویتیلیگو در نواحی قابل رویت بدن از قبیل صورت، دست‌ها، بازوها، پاها و یا در نواحی تناسلی باشد (دانشنامه‌رشد، ۱۳۹۵). این مشکلات و ناراحتی‌ها را می‌توان تا حدودی با روان‌درمانی

1-Halder & Taliaferro

1-Mofty, Zahr & Esmat

3 - Parsad, Pandhi, Dogra, Kanwar & Kumar

1 - Folks

2 - Seyhan, Aki, Karıncaoglu & Ozcan

5 - Strawbridge & Cohen & Shema & Kaplan

3- hope

1- You, Furlong, Felix, Sharkey & Tanigawa

بهبود بخشید یکی از انواع مداخلات روان‌درمانی، روان‌درمانی مثبت‌نگر است. روان‌شناسی مثبت‌نگر<sup>۱</sup> رویکردی است که بر افزایش توانایی‌ها و فضیلت‌های انسانی تأکید دارد و این امکان را برای افراد و جوامع فراهم می‌آورد که به موفقیت دست یابند (سلیگمن و سیکزنت میهالی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). روان‌درمانی مثبت‌نگر در عمل، بر اساس روش‌های علمی سنتی جهت فهم و آسیب‌شناسی روانی رفتار طراحی شده است (سلیگمن، رشید و پارکز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). روان‌شناسی مثبت‌نگر به جای توجه مفرط به ناتوانی‌ها و ضعف‌های بشری بر توانایی‌های انسان مثل شاد زیستن، لذت بردن، قدرت حل مسئله و خوش‌بینی متمرکز شده است. هدف این رویکرد کشف شیوه‌هایی است که با استفاده از آن افراد می‌توانند احساس لذت و خوشی بیشتری کنند، نوع دوستی خود را ابراز کنند و در خلق محیط‌های خانوادگی، شغلی و اجتماعی نقش برجسته‌تری را ایفا کنند (پیترسون و سلیگمن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). این رویکرد بر فرایندهای مثبت و توانایی‌های افراد تأکید دارد و به درمانگران توصیه می‌کند که به فرایندهای مثبت مراجعین‌شان که کم و به ندرت در زندگی‌شان جریان دارد، توجه کنند (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶). درمان به شیوه مثبت‌نگر بر افزایش روابط و هیجان‌های مثبت (رشید<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵)، انگیزه پیشرفت، حرمت‌خود، و شادکامی (برخوری، رفاهی و فرحبخش، ۱۳۸۸) و کاهش علائم نشانگان پیش از قاعدگی و علائم اضطراب اثربخش بوده است (منصوری، ۱۳۸۴). لذا با توجه به اینکه با درمان‌های پوستی می‌توان مشکلات بیمار را به صورت موقت کاهش داد، ولی مسائل یا مشکلات پوستی مانند برص، فقط پوسته‌ای ظاهری از یک آسیب‌شناسی مزمین است. درمان علائم پوستی بدون توجه به حل مسائل ریشه‌ای روانی، درمان موقتی و سطحی است و دیری نخواهد پایید که مشکل بیمار به همان شکل یا اشکال دیگر بروز خواهد کرد. بنابراین با توجه به این موارد، انجام چنین پژوهش‌هایی می‌تواند کمک‌ارزنده‌ای هم به متخصصان پوست و هم به روانپزشکان و روانشناسان بکند و توجه این متخصصان را به مشکلات جانبی این بیماران جلب نماید (کلانتری، فاطمی، مولوی و زنگی‌آبادی، ۱۳۸۰). لذا هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سوال است که آیا روان‌درمانی مثبت‌نگر بر احساس امیدواری و بهزیستی روانشناختی بیماران ویتیلیگو موثر است؟

## روش پژوهش

روش پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-س‌آزمون با گروه کنترل بوده که در آن آموزش مثبت‌نگری به عنوان متغیر مستقل و امیدواری و بهزیستی روانشناختی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است. به گونه‌ای که آموزش فقط به گروه آزمایش ارائه شد و سپس تأثیر آن بر امیدواری و بهزیستی روانشناختی افراد گروه از طریق مقایسه گروه آزمایش و گروه کنترل به کمک روش آماری تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفت.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان و مردان ۱۵ تا ۳۵ ساله مبتلا به پیسی، مراجعه‌کنندگان به بیمارستان حضرت ابوالفضل و مطب دکتر شرقی متخصص پوست شهرستان کاشمردر سال ۱۳۹۵ می‌باشند. از این جامعه آماری تعداد ۶۰ نفر از بیماران به پرسشنامه‌های تحقیق پاسخ دادند و از بین کسانی که دارای نمره امیدواری و بهزیستی روانشناختی یک انحراف پایین‌تر از نمره برش بودند، تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه روان‌درمانی مثبت‌نگر قرار گرفت. و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان هر دو گروه مجدداً به پرسشنامه‌های تحقیق پاسخ دادند. اطلاعات جمع‌آوری شده با نرم افزار SPSS-22 و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار اندازه‌گیری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه احساس امیدواری اشنايدر و همکاران (۱۹۹۱)؛ پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۹۵) و پروتکل روان‌درمانی مثبت‌نگری بود.

1- Positive therapy

2 – Seligman & Csikszentmihalyi

3 – Seligman & Rashid & Parks

4 – Peterson & Seligman

4 - Rashid

**پرسشنامه احساس امیدواری.** پرسشنامه امیدواری، توسط اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) برای سنجش امیدواری ساخته شد، دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خودسنجی اجرا می‌شود. از این عبارت، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر-راهبردی، ۴ عبارت انحرافی است. بنابراین این پرسشنامه دو زیر مقیاس را در بر می‌گیرد: عامل و راهبردی. تحقیقات زیادی از پایایی و اعتبار این پرسشنامه به عنوان مقیاس اندازه‌گیری امیدواری حمایت می‌کنند (برایانت و ونگروس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). همسان درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون-بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته از این میزان نیز بالاتر است (اشنایدر و لویز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). همسانی درونی زیرمقیاس عاملی ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و زیر مقیاس راهبردی ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ است. به‌علاوه داده‌های زیادی در مورد اعتبار همزمان پرسشنامه امید و مواردی که می‌توان پیش بینی کند، وجود دارد. برای مثال، این پرسشنامه با پرسشنامه‌های خوش‌بینی، انتظار دستیابی به هدف و عزت نفس، همبستگی ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ دارد. همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه ناامیدی یک برابر با ۰/۵۱ و با پرسشنامه افسردگی یک برابر با ۰/۴۳ است که نشان دهنده اعتبار این پرسشنامه است. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای بوده که کاملاً موافقم ۵ و موافقم ۴ و نظری ندارم ۳ و مخافم ۲ و کاملاً مخالفم ۱ نمره گذاری می‌شود. و در سوال‌های ۱۱ و ۷ و ۳ برعکس نمره‌گذاری می‌شود. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات تک تک سوالات را با هم محاسبه نمائید. امتیازات بالاتر، نشان دهنده امید به زندگی بیشتر در فرد پاسخ دهنده خواهد بود و برعکس (شفیعی‌عربی، حسن‌زاده، قاسمیان و شبستانی‌منفرد، ۱۳۹۲).

**پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف.** این مقیاس توسط ریف (۱۹۹۵) ساخته شده است و مشتمل بر ۱۸ آیتم و ۶ خرده مقیاس است. این خرده مقیاس‌ها عبارتند از استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود. پاسخ دهی به آیتم‌های این مقیاس در یک طیف لیکرت شش درجه‌ای (۱ کاملاً مخالفم تا ۶ کاملاً موافقم) صورت می‌گیرد. در پژوهش گیائی و همکاران (۱۳۹۵) ضریب آلفا ۰/۷۶ محاسبه شد. به علاوه میزان آلفا برای خرده مقیاس‌های استقلال، ارزیابی مجدد شناختی، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود به ترتیب ۰/۵۴، ۰/۶۷، ۰/۶۲، ۰/۶۲، ۰/۷۱ و ۰/۵۸ بدست آمد که حاکی از ضرایب نسبتاً بالای پرسشنامه است (گیائی و همکاران، ۱۳۹۵).

جدول (۱) محتوای جلسات آموزش بر اساس رویکرد مثبت‌نگر

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی با اعضای گروه و معارفه اعضا. آشنایی با قواعد و هنجارهای گروه، آشنایی با اهداف و فرایند گروه‌درمانی و تبیین گروه‌درمانی مثبت‌نگر انجام گرفت. تکلیف: مطالعه بروشورهای تهیه شده برای جلسه بعد.
جلسه دوم	تشکیل همبستگی گروهی و اعتماد اعضا به یکدیگر و به گروه و ترغیب اعضا به صحبت در مورد خود، واحساساتشان درباره بیماری پیسی، آشنایی با نقش مثبت‌نگری به فعالیتهای خود در سلامت‌روانی_رفتاری آنان از طریق شناسایی افکار منفی و مثبت، آشنایی با اصطلاح توانمندی و انواع آن. تکلیف: شناسایی توانمندی‌های افراد از طریق نوشتن یک داستان واقعی مثبت از خود
جلسه سوم	بررسی داستانهای نوشته شده افراد، توجه دادن افراد به نقاط ضعف و قوت خود و پیشبرد نقاط قوت و اعتماد به توانمندی‌های خود، ترغیب اعضا به بیان تجربیات مثبتی که نسبت به فعالیت‌هایشان داشته و بیان احساساتشان نسبت به توانمندی‌هایشان. تکلیف: بکار بردن توانمندی‌ها در عمل
جلسه چهارم	بررسی تکالیف جلسه قبل، کمک به درمانجو برای درک نقش خاطرات خوب و بد در حفظ نشانه‌های افسردگی، یاری‌دادن درمانجو در ابراز خشم، تلخی و دیگر هیجانهای منفی، بحث درباره اثرات این هیجان‌ها بر افسردگی و بهزیستی، آموزش نوشتن سه خاطره بد و احساسهای همراه آن. تکلیف: نوشتن سه خاطره بد
جلسه پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل، تمرکز بر سازه بخشش و تجربه قدرت بخشش. تکلیف: ترغیب اعضا به نوشتن نامه بخشش به کسی که از او کینه دارند

1 - Bryant &amp; Cvengros

2 - Snyder &amp; Lopez

جلسه ششم	بحث مجدد درباره نقش خاطرات بد و خوب و تاثیرشکرگزاری، تشکر کردن بر این خاطرات، آشنایی با تاثیرات قدردانی و تشکر کردن و شکرگزاری در احساس و رفتار فردی و روابط اجتماعی، کسب عادت تشکر کردن، ترغیب اعضا به بحث گروهی در مورد تشکر کردن و نقش آن در افزایش شادکامی و بهبود ارتباط اجتماعی. تکلیف: نوشتن نامه برای فردی که در زندگی‌شان تاثیرگذار بوده و هیچ‌گاه به طور شایسته از او تشکر نکردند و ارسال آن برای فرد مورد نظر
جلسه هفتم	بررسی تکالیف و بازخورد جلسه قبل، آشنا کردن افراد با ویژگی‌ها و آثار امید و شادی و رابطه این دو مولفه، تبیین تاثیر شادکامی و امید در زندگی به عنوان فرایندهای مثبت و ترغیب اعضا به بیان تجربیات درباره امید داشتن و تاثیر آن در زندگی، ارائه الگوهایی که امید و شادکامی و مثبت‌نگری که به زندگیشان غنا بخشیده. تکلیف: تمرین در بسته و باز
جلسه هشتم	بررسی تکالیف و بازخورد جلسه قبل، یافتن معنی از طریق به کار بردن توانمندی‌های برجسته در خدمت به دیگران، ترغیب درمان‌جویان به این که از توانمندی‌های خود چگونه در خدمت به دیگران استفاده کنند. تکلیف: دستورالعمل اختصاص زمان به دیگران
جلسه نهم	بررسی تکالیف و بازخورد از جلسه قبل، آشنایی با مفهوم حس‌ذائقه (مزه کردن لذت‌ها) بحث گروهی در رابطه با احساسی که در انجام کارهای روزمره وجود دارد، ترغیب اعضا به بیان احساسات خود نسبت به کارهای روزمره و آماده‌سازی اعضا برای اتمام گروه‌درمانی.
جلسه دهم	یکپارچه‌سازی مطالب و فرایندهای جلسات قبل، تبیین تجربه گروه‌درمانی و اثرات آن، گرفتن بازخورد از اعضا در مورد احساس و نظراتشان نسبت به گروه، بازخورد اعضا درباره پایان جلسات گروه، آماده‌سازی اعضا برای ترک گروه و استفاده از دستاوردهای آن، جمع بندی و اختتام گروه‌درمانی با روش مرور مطالب قبل و فرایند گروه، بیان احساسات و نگرش‌های اعضا درباره تجربه گروه‌درمانی، تبیین چالش‌های آینده اعضا، تعیین روز اجرای پس‌آزمون و تقدیر و تشکر از اعضای گروه.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش صورت گرفت. در بخش توصیفی برای بررسی مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی از شاخه‌های آمار توصیفی نظیر میانگین، میانه، درصد، نما، استفاده شد. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش تحلیل کواریانس چند متغیره به کار رفت.

### یافته‌ها

در جدول ۱ فراوانی و درصد تعداد اعضای گروه‌های آزمایش و شاهد آمده است. همانطور که بیان شد، در این پژوهش تعداد اعضای گروه آزمایش و شاهد به طور مساوی هر کدام ۱۵ نفر هستند.

جدول (۱) آمار و فراوانی و درصد تعداد اعضای گروه‌های آزمایش و شاهد

فراوانی	درصد	
۱۵	۵۰/۰	آزمایش
۱۵	۵۰/۰	شاهد
۳۰	۱۰۰/۰	کل

دامنه سنی شرکت کنندگان در پژوهش بین ۱۵ تا ۳۵ سال بود، همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد، هر دو گروه آزمایش و شاهد، تقریباً به طور مساوی در یک دامنه قرار دارند و بیشتر شرکت کنندگان در گروه‌ها در دامنه سنی ۲۶ تا ۳۵ سال قرار دارند.

جدول (۲) دامنه سنی گروه آزمایش و گروه گواه

گروه آزمایش		گروه شاهد		
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۱	۶/۶۷	۱	۶/۶۷	۱۵-۲۰



## The Effectiveness of Positive Psychotherapy on the Feeling of Hope and Psychological Well-being of Vitiligo

۲۶/۶۷	۴	۲۰	۳	۲۱-۲۵
۳۳/۳۳	۵	۴۰	۶	۲۶-۳۰
۳۳/۳۳	۵	۳۳/۳۳	۵	۳۱-۳۵

تحصیلات گروه نمونه در سه مقطع سیکل، دیپلم و فوق دیپلم و بالاتر پراکنده می‌باشد، در هر دو گروه بیشتر شرکت کنندگان دارای تحصیلات سیکل و دیپلم هستند (جدول ۳) و تقریباً از لحاظ تحصیلات بین گروه‌ها شباهت و هم‌تابی وجود دارد.

جدول (۳) شاخص سواد- سطح تحصیلات گروه آزمایش و گروه شاهد

گروه شاهد		گروه آزمایش		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۳۳/۳۳	۵	۴۶/۶۷	۷	سیکل
۴۶/۶۷	۷	۴۰/۰۰	۶	دیپلم
۲۰/۰۰	۳	۱۳/۳۳	۲	فوق دیپلم و بالاتر

در جدول ۴ شاخص‌های توصیفی، یعنی میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون امیدواری و بهزیستی روانشناختی به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل آمده است. این شاخص‌ها نشان دهنده تغییراتی در میانگین نمرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در متغیرهای پژوهش یعنی، امیدواری و بهزیستی روانشناختی در مقایسه با گروه کنترل است. به طوری که ملاحظه می‌شود، میانگین نمرات در هر دو متغیر، در گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون، از گروه کنترل بیشتر است. اما بر اساس این تفاوت‌های ظاهری نمی‌توان گفت که تفاوت قطعی و معنی‌دار بین میانگین‌ها وجود دارد. و آزمون‌های آماری هستند که تعیین می‌کنند که تفاوت مشاهده شده معنی‌دار هست یا خیر؟

جدول (۴) میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون امیدواری و بهزیستی روانشناختی

متغیر	نوبت آزمون	میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش	میانگین و انحراف استاندارد گروه کنترل
امیدواری	پیش‌آزمون	۳۱/۶۰ ± ۹/۰۹	۳۱/۲۰ ± ۶/۷۲
	پس‌آزمون	۳۶/۰۰ ± ۱۱/۶۶	۳۱/۰۳ ± ۶/۸۱
بهزیستی روانشناختی	پیش‌آزمون	۷۳/۸۶ ± ۱۸/۰۲	۷۳/۴۶ ± ۱۷/۱۵
	پس‌آزمون	۷۶/۷۳ ± ۱۷/۱۵	۷۲/۶۰ ± ۱۸/۳۹

برای اجرای آزمون‌های پارامتریک ابتدا پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در گروه‌ها با استفاده از آزمون گلوبوگروف - اسمیرنوف<sup>۱</sup> محاسبه گردید. سطوح معنی‌داری به دست آمده در متغیر / گروه‌ها بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. لذا پیش‌فرض برقرار است و اجرای آزمون‌های پارامتریک بلا مانع می‌باشد.

جدول (۵) جدول نرمال-آزمون گلوبوگروف - اسمیرنوف

سطح معنی‌داری	درجه آزادی	مقدار آماره	
۰/۲۰	۳۰	۰/۱۲	پیش‌آزمون امیدواری
۰/۲۰	۳۰	۰/۰۸	پس‌آزمون امیدواری
۰/۲۱	۳۰	۰/۰۱۵	پیش‌آزمون بهزیستی روانشناختی
۰/۱۲	۳۰	۰/۱۴	پس‌آزمون بهزیستی روانشناختی

در این پژوهش برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد. بدین منظور قبل از هر چیز پیش‌شرط‌های اجرای این آزمون بررسی شد. ابتدا پیش‌شرط تساوی واریانسها با استفاده از آزمون لوین بررسی شد. همانطور که نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد در هر دو متغیر، پیش‌شرط تساوی واریانسها برقرار است ( $P > 0.05$ ).

جدول (۶) جدول تساوی واریانسها - آماره لوین برای آزمون تساوی واریانسها

مقدار F	درجه آزادی 1	درجه آزادی 2	سطح معنی داری
۲/۰۷	۱	۲۸	۰/۱۶
۰/۱۲	۱	۲۸	۰/۷۲

در ادامه پیش فرض یکسانی شیب خط رگرسیون بررسی شد. بدین منظور از آزمون اثرات تعاملی متغیر گروه با پیش‌آزمون (گروه \* پیش‌آزمون) استفاده شد. مقدار F محاسبه شده برای اثر مذکور در این مورد نیز معنی‌دار نیست، لذا شیب خط رگرسیون برای گروه‌های آزمایش و کنترل یکسان است (تعامل بین شرایط آزمایشی و متغیر همپراش معنی‌دار نیست) و استفاده از تحلیل کوواریانس بلا مانع است.

جدول (۷) آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون برای گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری
گروه-پیش‌آزمون	۱۹/۵۸	۱	۱۹/۵۸	۲/۹۲	۰/۰۹
گروه-پیش‌آزمون	۳۲/۳۰۳	۱	۳۲/۳۰۳	۳/۶۶	۰/۰۶

جدول (۸) تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر امیدواری و بهزیستی روانشناختی در مرحله پس‌آزمون بین گروه آزمایش و شاهد

شاخص متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	مقدار f	معنی داری	میزان تأثیر(اتا)
پیش‌آزمون امیدواری	۲۳۶۱/۰۶	۱	۲۳۶۱/۰۶	۳۲۸/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲
عضویت گروهی	۱۵۰/۰۲	۱	۱۵۰/۰۲	۲۰/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۴۳
خطا	۱۹۳/۸۶	۲۷	۷/۱۸			
پیش‌آزمون بهزیستی روانشناختی	۸۵۹۷/۲۱	۱	۸۵۹۷/۲۱	۸۸۸/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۷
عضویت گروهی	۱۰۴/۶۱	۱	۱۰۴/۶۱	۱۰/۸۰	۰/۰۰۳	۰/۲۸
خطا	۲۶۱/۳۱	۲۷	۹/۶۷			

نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که با حذف اثر پیش‌آزمون امیدواری و بهزیستی روانشناختی به عنوان متغیر همپراش اثر اصلی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر نمره‌های پس‌آزمون معنی‌دار است. همانطور که جدول ۸ نشان می‌دهد، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌دار عامل عضویت گروهی وجود دارد. میزان تأثیر این آموزش بر امیدواری ۰/۴۳ و بر بهزیستی روانشناختی ۰/۲۸ بوده است. نتیجه اینکه فرضیه صفر رد و فرضیه آزمایش تأیید می‌شود؛ یعنی بین امیدواری و بهزیستی روانشناختی بیماران ویتیلیگو که تحت درمان روان‌درمانی مثبت‌نگر بوده‌اند و کسانی که تحت درمان نبوده‌اند تفاوت معناداری وجود دارد. پس از روان‌درمانی مثبت‌نگر در گروه آزمایش، میانگین نمره امیدواری، با در نظر داشتن تأثیر پیش‌آزمون نسبت و به گروه شاهد، افزایش یافته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌نگر بر امیدواری و بهزیستی روانشناختی بیماران ویتیلیگو موثر است. مثبت‌اندیشی باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالتهای روانشناختی مثبت می‌شود. بنابراین روان‌درمانی مثبت‌نگر در افزایش امیدواری و بهزیستی روانشناختی موثر است. یافته‌های این تحقیق با مطالعات سین و لیوبومرسکی<sup>۱</sup> (۲۰۰۹)؛ سین، دلاپورتا<sup>۲</sup> و لیوبومرسکی (۲۰۱۱)؛ سنف و لیو<sup>۳</sup> (۲۰۱۳)؛ بولیر، هورمن، وسترهوف، رپر، اسمیت<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۳)؛ اسپچیر و کاور<sup>۵</sup> (۱۹۹۲)؛ استراسل، مک‌کی و پلانٹ<sup>۶</sup> (۱۹۹۹) همخوان است. طبق پژوهش کراچی و گرنفسکی<sup>۷</sup> (۲۰۰۶) آموزش مثبت‌نگری باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه می‌شود. جمینزکاستیلو و اورتیجا اگیئا<sup>۸</sup> (۲۰۱۵) نیز نشان داد که تفکر مثبت باعث ایجاد رابطه مثبت با خود و دیگران می‌گردد. پیرا و مک لیون<sup>۹</sup> (۲۰۱۴) نشان داد که مثبت‌اندیشی به دلیل تأثیری که بر ارتباط مثبت می‌گذارد، باعث تسهیل سازگاری می‌شود. روان‌درمانی مثبت‌نگر به عنوان یک درمان کوتاه مدت موثر نه تنها باعث کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی می‌شود بلکه باعث افزایش هیجانهای مثبت مثل شادی، امیدواری، بهزیستی روانشناختی و رضایت از زندگی می‌شود. روان‌درمانی مثبت‌نگر بدون تأکید بر علائم منفی، 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 علائم و نشانه‌های افسردگی و افزایش بهزیستی روانشناختی در فرد گردد. مداخله‌های روانشناسی مثبت به افراد کمک می‌کند تا توجه، حافظه و انتظارات خود را از وقایع منفی و فاجعه‌آمیز به سمت وقایع مثبت و امیدوار کننده سوق دهند. همچنین این مداخله در افرادی که دارای احساس امید و معنای کم هستند نیز می‌تواند تغییرات مثبتی ایجاد کند (نورستی، روشن، فتی، حسن‌آبادی، پسندیده و همکاران، ۱۳۹۴).

لذا می‌توان چنین استنباط کرد که با بهره‌گیری از روان‌درمانی مثبت‌نگر، هیجانهای منفی را می‌توان مهار یا کاهش داد و به شیوه موثرتری با هیجانهای منفی مانند ناامیدی مقابله کرد و همچنین مثبت‌نگری باعث می‌شود افراد راهکارهای روانی و تازه‌ای پیدا کنند و به تفکر مثبت و سودمند دست پیدا کنند، نگرش مثبت به مسائل روزمره زندگی، انسان را قادر می‌سازد تا زندگی پرنشاطی را برای خود به ارمغان آورد و به بهزیستی روانشناختی دست یابد، در حالیکه نگرش منفی انسانها را بیمار و روان رنجور می‌کند، بنابراین مثبت‌نگری با نتایج بهتر در سازگاری، رضایت، بهتر زیستن و بهزیستی روانشناختی همراه است. لذا پیشنهاد می‌شود روان‌درمانی مثبت‌نگر، به دلیل کوتاه مدت بودن و در نتیجه مقرون به صرفه بودن و همچنین ساده و قابل فهمتر تمرینات آن نسبت به سایر رویکردهای به عنوان جایگزین برای سایر درمانها در افراد دارای مبتلا به برص مورد توجه قرار گیرد.

### منابع

- احمدلو، ندا (۱۳۸۹). خداحافش ویتیلیگو. سلامت، ۲۹۹.
- برخوری، حمید؛ رفاهی، ژاله و فرحبخش، کیومرث (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی به شیوه گروهی بر انگیزه پیشرفت، عزت نفس و شادکامی دانش‌آموزان پسر پایه اول. رهیافتی نو در مدیریت آموزشی، ۲(۵)، ۱۴۴-۱۳۱.
- پرپچت، پرایس (۱۳۸۵). مثبت‌فکر کن. ترجمه مهربانو عنقائی. چاپ اول، تهران: انتشارات به تدبیر.
- خانجامی، زینب؛ باباپور، جلیل و صبا، گزیزه (۱۳۹۱). مقایسه اختلالات روانی در متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیرمتقاضی. پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، ۱۷(۱)، (پیاپی ۸۵)، ۲۶-۳۱.
- دانشنامه رشد (۱۳۹۵). تشخیص و درمان ویتیلیگو. <http://daneshnameh.roshd.ir>.
- رضیعی، محمد (۱۳۹۳). جراحی ویتیلیگو ممنوع است. تقویم سلامتی، ۲۹۹.

1 - Sin & Lyubomirsky

2 - Dellaporta

3 - Senf & Liau

4 - Bolier, Haverman, Westerhof, Riper, Smit & etal

5 - Scheier & Carver

6 - Strassle, McKee & Plant

7 - Garnefski & Kraaij

8 - Jiménez Castillo & Ortega Egea

9 - Perera & McIlveen



شفیعی عربی، حمید؛ حسن زاده، رمضان؛ قاسمیان، داریوش و شبستانی منفرد، علی (۱۳۹۲). نیاز سنجی آموزشی بر مبنای سطوح تعهد مذهبی، سلامت روان و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان بیمارستان شهید رجایی بابلسر. *دوفصلنامه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل*, ۱(۲), ۴۱-۴۶.

عاملی، حر (۱۴۱۴ ه. ق.). *تفصیل الوسائل الی المسائل الشریعه* (۲۱)، قم، موسسه آل البیت (ع) غیائی، الهه؛ طباطبایی، تکتم و نصری، مریم (۱۳۹۵). اثر آموزش مثبت اندیشی بر تنظیم هیجانی و بهزیستی روانشناختی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه بیرجند در سال ۹۳-۹۴. *مجله علمی پژوهان*, ۱۴(۴), ۳۷-۲۷.

فتح الله، احمد (۱۴۱۵ ه. ق.). *معجم الفاظ الفق الجعفری* (ج ۱)، بی جا، بی نا، چاپ اول. *قانون مدنی جمهوری اسلامی ایران*. فکور، یوسف؛ اسماعیلی، نفیسه؛ خسروان مهر، نجمه؛ سوری، طاهره؛ بلیغی، کامران؛ دانش پزوه، مریم؛ مرتضوی، حسین و مختاری، لیلیا (۱۳۹۵). بررسی اختلالات روانپزشکی همراه در بیماری پمفیکوس وولگاریس. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*, ۷۴(۶), ۴۰۸-۴۱۴.

کلانتری، مهرداد؛ فاطمی، فرحناز؛ مولوی، حسین و زنگی آبادی، معصومه (۱۳۸۰). مقایسه ویژگیهای روانشناختی بیماران وستی و افراد عادی. *دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، علوم تربیتی و روانشناسی*, ۸، ۲۹-۳۸.

منصوری، زهرا (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی آموزش شناختی رفتاری شادمانی بر کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی در زنان شهرک بهارستان اصفهان. *پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه الزهرا تهران*.

مومنی، عابدین و موسوی، فاطمه (۱۳۹۱). بررسی فسخ نکاح از سوی زوج به سبب وجود عیب برص در زوجه. *فصلنامه علمی ژوهشی زن و فرهنگ*, ۱۳(۴), ۱۸-۹.

نوفرستی، اعظم؛ روشن، رسول؛ فتی، لادن؛ حسن آبادی، حمید رضا؛ پسندیده، عباس و شعیری، محمدرضا (۱۳۹۴). اثربخشی روان درمانی مثبت گرا بر شادکامی و بهزیستی روانشناختی افراد دارای نشانه‌های افسردگی: مطالعه تک آزمودنی با چند خط پایه. *پژوهش نامه روانشناسی مثبت*, ۱(۱), ۱۸-۱.

Arbabi M, Zhand N, Samadi Z, Ghaninejad H, Golestan B. (2009). Psychiatric comorbidity and quality of life in patients with dermatologic disease. *Iran J Psychiatry*, 4(3):102-6.

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.

Bryant, F. B. & Cvetengros, J. A. (2004). Distinguishing hope and optimism: Two sides of a coin, or two separate coins? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 273-302.

Folks DG. (2004). Screening for psychiatric disorders in patients with skin diseases. *J Psychosom Res*, 57(3):225-6.

Gamefski N, Kraaij V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire development of a short 18 item version (CERQ short). *Personality and Individual Differences*, 41(6):1045-1053.

Halder R, Taliaferro S. (2008). Vitiligo. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 7th ed. New York: Mc Graw-Hill; p. 616-22.

Jiménez Castillo D, Ortega Egea JM. (2015). Too positive to change Examining optimism bias as a barrier to media effects on environmental activism. *Journal of Environmental Psychology*, 43:216-225.

Mofty ME, Zaher H, Esmat S, Youssef R, Shahin Z, Bassioni D, Enani GE. (2001). PUVB and PUVB in vitiligo-are they equally effective? *Photodermatol Photoimmunol Photomed*; 17: 159-163.

Parsad D, Pandhi R, Dogra S, Kanwar AJ, Kumar B. (2003). Dermatology Life Quality Index score in vitiligo and its impact on the treatment outcome. *Br J Dermatol*; 148: 373- 374.

Perera HN, McIlveen P. (2014). The role of optimism and engagement coping in college adaptation: A career construction model. *Journal of Vocational Behavior*, 84(3):395-404.

Peterson, C and Seligman, M (2006). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. A.P.A, Oxford University Press.

Rashid, T (2015). Positive Psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*, 10, 25-40.

Scheier FM, Carver SC. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2):201-228.

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14

Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774-788.

Senf, K., & Liao, A. (2013). The effects of positive interventions on happiness and depressive symptoms, with an examination of personality as a moderator. *Journal of Happiness Study*, 14, 591-612.

Seyhan M, Aki T, Karıncaoglu Y, Ozcan H. (2006). Psychiatric comorbidity in dermatology patient: Frequency and results of consultation. *Indian J Dermatol*, 51(1):18-22.

Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practicefriendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467-487.

## The Effectiveness of Positive Psychotherapy on the Feeling of Hope and Psychological Well-being of Vitiligo

- Sin, N. L., Dellaporta, M. D., & Lyubomirsky, S. (2011). Tailoring positive psychology interventions to treat depressed individuals. In S. I. Donaldson, M. Csikszentmihalyi, & J. Nakamura(Eds.), *Applied Positive Psychology*(pp.805-814).New York: Routledge.
- Snyder, C. R., Lopez, S.J. (2007). *Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths*. New York, sage publication Inc.
- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irving, S.A., Sigmon, S., & et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol*,60(4): 570-85.
- Strassle CG, McKee EA, Plant DD. (1999). Optimism as an indicator of psychological health: Using Psychological Assessment Wisely. *Journal of Personality Assessment*, 72(2):190-199
- Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. (1997). Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *Am J Public Health.*; 87(6): 957-61.
- You, S., Furlong, M. J. Felix, E., Sharkey, J. D., & Tanigawa, D. (2008). Relations among schoolconnectedness, hope, life satisfaction, and bully victimization. *Psychology in the schools*, vol 45(5).



شپوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی