

## اثربخشی رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر عاطفه مثبت و منفی زنان دارای همسر با اختلالات روانی

علی قره داغی\*<sup>۱</sup> / فائزه کمیلی پور<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۸/۳/۱۲

تاریخ دریافت: ۹۷/۱۱/۲۷

### چکیده

این پژوهش باهدف تعیین مداخلات مبتنی بر رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر عاطفه مثبت و عاطفه منفی زنان دارای همسر با اختلالات روانی در سال ۱۳۹۵ و در شهر اصفهان انجام گرفت. روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، با گروه کنترل بود. جمعیت آماری شامل کلیه زنان دارای همسر با اختلال روانی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تحت پوشش سازمان نظام و بهزیستی اصفهان بودند. از بین زنان ۳۰ نفر که تمایل به همکاری در جلسات درمانی داشتند انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی گمارده در این طرح گروه آزمایش در طی ۱۰ جلسه آموزش گروهی ۹۰ دقیقه‌ای با تناوب هر هفته دو بار در معرض مداخلات مبتنی بر رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر قرار گرفت همه آزمودنی‌ها قبل از مداخله، پس از آن و ۴۵ روز بعد در مرحله پیگیری به پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی واتسون و همکاران (۱۹۸۸) پاسخ دادند. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که مداخلات مبتنی بر رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر باعث افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل گردید ( $p < 0/001$ ). به علاوه این تأثیر در مرحله پیگیری نیز تأیید شد ( $p < 0/001$ ). بنابراین جهت افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی زنان دارای همسر مبتلا به اختلال روانی می‌توان از مداخلات مبتنی بر رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر استفاده نمود.

**کلیدواژه‌ها:** رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر، عاطفه مثبت، عاطفه منفی، همسران، اختلال روانی.

۱- \* استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه تبریز. dr.gharadaghi@gmail.com

۲- دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد الکترونیکی.

### مقدمه

در چند دهه اخیر با توجه به پیشرفت‌های غیرقابل تصور در زمینه تمامی علوم و صنایع، آدمی با مسائل و مشکلات عدیده‌ای مواجه شده است و دائم در حال دست‌وپنجه نرم کردن با مسائل و مشکلات است اختلالات روانی یکی از این مشکلات بوده که در سال‌های اخیر روند روبه رشدی داشته است. نگاهی به آمار و ارقام منتشرشده در زمینه شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان، حاکی از بحرانی بودن وضعیت سلامت روان است. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، بیش از ۵۰۰ میلیون نفر در دنیا مبتلابه یکی از انواع اختلالات روانی هستند که از این عده ۵۰ میلیون نفر مبتلابه اختلالات شدید روانی، ۲۵۰ میلیون نفر مبتلابه اختلالات خفیف روانی، ۱۲۰ میلیون نفر مبتلابه عقب‌ماندگی ذهنی، ۵۰ میلیون نفر مبتلابه صرع بوده و ۳۰ میلیون نفر از دمانس رنج می‌برند (مهربانی ۱۳۸۵). نتایج مطالعات انجام‌شده در ایران نیز نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلالات روانی، کم‌تر از سایر کشورها نیست (خسروی، ۱۳۸۱). خانواده به‌عنوان اساسی‌ترین رکن هر جامعه است و هنگامی که یکی از اعضای خانواده بخصوص سرپرست خانواده به‌طور ناگهانی دچار بیماری می‌شود خانواده با طولانی شدن و مزمن شدن بیماری مواجه می‌شود تعادل سیستم خانواده در مرزها، نقش‌ها، انتظارات، امیدها و آرزوها به هم می‌خورد؛ بنابراین نمی‌توان خانواده و همسران را در بیماری نادیده گرفت (ماج و سرتوریوس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲).

بدون شک همسر فردی با بیماری مزمن ازجمله نزدیک‌ترین اطرافیان وی است و بیش‌ترین و گسترده‌ترین روابط را به لحاظ عاطفی و شناختی، کلامی و غیرکلامی و نیز در ارتباط رودررو و دائم با فرد بیمار داشته و در صورت عدم ارضاء نیازهای عاطفی و ارتباط نامناسب در خانواده انتظار می‌رود بیشترین مشکلات و ناراحتی‌ها را همچنان که نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است متحمل شود (فرامرزی و همکاران، ۱۳۹۰).

در خانواده‌های دارای اختلال روانی به‌طور مشخص، نقش عمده اصلی مراقبت از بیماران روان‌پزشکی بر عهده خانواده بیماران و بخصوص همسر فرد است. مطالعات نشان داده که فشار تحمیلی ناشی از این مراقبت بر روی بستگان بیمار قابل توجه بوده و موجب

تهدید سلامت روانی آنها و کاهش رضایتمندی آنان از زندگی می‌شود (مایورین<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰). مراقبت از یکی از اعضای خانواده که دچار مشکلات روان‌پزشکی است، فشارهای ذهنی و عینی شدیدی بر خانواده تحمیل می‌کند (سایپرز و استام<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). از سوی دیگر نوع مراقبت خانواده از بیمار روان‌پزشکی و میزان آمادگی و توانایی خانواده این بیماران تأثیر مستقیم بر نتیجه درمان دارد (پرلیک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). با توجه با آنچه گفته شد، به نظر می‌رسد مراقبت از بیمار مبتلابه اختلال روانی مسئولیتی است که فشار و استرس زیادی برای اعضای خانواده و همسران آن به همراه دارد که کیفیت زندگی را در این افراد کاهش می‌دهد. این احتمال وجود دارد که فشارها و استرس‌های خانوادگی می‌تواند خطر عود را نیز در بیمار افزایش دهد. باوجود انواع فشارهای روانی بر همسران بیمار دارای اختلال روانی، تحمل و ماندن در این موقعیت‌ها نیازمند پذیرفتن و کنار آمدن با عواطف خود است. عواطف یکی از جنبه‌های رفتار انسان است که نقش مهمی در زندگی انسان‌ها دارد. بعضی از دانشمندان مانند داروین بر این نکته تأکید دارند که عواطف برای بقا انسان سودمند می‌باشند. عواطف از آن جهت برای انسان سودمند هستند که فعالیت‌های آنان را برای رسیدن به سوی هدفی متوجه می‌سازد و بدین ترتیب انسان را وادار به انجام کارهایی می‌کند که برای بقا وی سودمند است و از انجام کارهای که برای بقای او مضر است دوری می‌کند (لطف‌آبادی، ۱۳۸۳). واتسون و تلجن<sup>۴</sup> (۱۹۸۵) عواطف را به دو بعد عاطفی پایه تقسیم‌بندی می‌کنند. یکی از این ابعاد عاطفه منفی است. بدین معنی که شخص تا چه میزان احساس ناخوشایندی و ناخوشایندی می‌کند. عاطفه منفی یک بعد عمومی از یاس درونی و عدم اشتغال به کار لذت‌بخش است که به دنبال آن حالت‌های خلقی اجتنابی از قبیل خشم، غم، تنفر، حقارت، احساس گناه، ترس و عصبانیت پدید می‌آید. از سوی دیگر عاطفه مثبت حالتی از انرژی فعال، تمرکز زیاد و اشتغال به کار لذت‌بخش است. عاطفه مثبت دربرگیرنده طیف گسترده‌ای از حالت‌های خلقی مثبت از جمله، شادی احساس توانمندی، شور و شوق، تمایل، علاقه و اعتمادبه‌نفس است. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند عوامل کامیابی و موفقیت افراد ناشی از احساسات و عواطف مثبتی است که آنان

1. Maurin, JT., & Boyd, CB.
2. Cuijpers, P., & Stam, H.
3. Perlick, D., & Rosenheck, R., et al.
4. Watson, D., & Tellegen, A.

در خود ایجاد کرده‌اند. (چیدا و استپتو،<sup>۱</sup> ۲۰۰۸). در مقابل افراد ناموفق کسانی هستند که احساسات و عواطف منفی را در خود پرورش می‌دهند. عاطفه مثبت نشان‌دهنده تعاملات لذت‌بخش فرد با محیط است که به تبع آن فرد احساس فعال بودن، شور و اشتیاق را در خود می‌یابد. درحالی‌که عاطفه منفی نشان‌دهنده تعاملات منفی با محیط و آشفتگی ذهنی در سطح بالا برای فرد است. همچنین نتایج تحقیقات نشان داده افراد باعاطفه منفی بالا تمایل بیشتری برای مصرف سیگار و الکل نشان می‌دهند، درحالی‌که افراد باعاطفه مثبت بالا بهتر می‌توانند و سوسه مصرف مواد را کنترل کنند (اسچالوچ، گوین - شاپیرو، استازیویز و انار و لانگ،<sup>۲</sup> ۲۰۱۳). عواطف مثبت و منفی از جمله عواملی است که در بهداشت روان، رضایت از زندگی و نهایتاً کارایی افراد نقش مؤثری ایفا می‌کند (واتسون، ۱۹۸۹). یلماز و آرسلان<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) در پژوهشی نشان داد که عاطفه منفی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه منفی و عاطفه مثبت با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت دارد. در واقع افزایش هیجانانگیز و عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی بهزیستی روان‌شناختی افراد را بالا می‌برد.

طی سال‌های اخیر روان‌شناسی مثبت نگر با تأکید بر توانمندی‌ها و فضیلت‌های آدمی، به بررسی عواملی در انسان پرداخته است که سلامت روان، شادکامی و خشنودی از زندگی را، حتی در شرایط خطر و پراسترس به دنبال دارد (سلیگمن، رشید و پارک،<sup>۴</sup> ۲۰۰۶). روان‌شناسان مثبت نگر اظهار می‌دارند که فنون موردنظر آنان نه تنها از سطح افسردگی افراد می‌کاهد بلکه راه و روش درست زندگی کردن و در نتیجه رضایتمندی از زندگی را نیز به افراد آموزش می‌دهد (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶). روان‌شناسی مثبت نگر نه تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد نماید بلکه می‌تواند تأثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته باشد (کردمیرزا، ۱۳۸۸). لیبومیرسکی و لائوس<sup>۵</sup> (۲۰۱۳) معتقدند که مداخله‌های روان‌درمانی مثبت نگر از طریق افزایش عواطف، افکار و هیجانانگیز مثبت و ارضای نیازهای اساسی افراد مثل خودمختاری، عشق، تعلق خاطر و ارتباط باعث کاهش افسردگی و افزایش شادکامی می‌شود. باید عنوان نمود افرادی که دارای شناخت مثبت از خود و محیط اطراف خود

- 
1. Chida, Y., & Steptoe, A.
  2. Schlaug, R. C., Gwynn-Shapiro, D., Stasiewicz, P. R., Molnar, A. R., & Lang
  3. Yilmaz, H., & Arslan, C.
  4. Seligman, M. E. P., Rashid, T. & Parks, A.
  5. Lyubomirsky, S., & Layous, K.

می‌شوند، تأکید بیشتری بر ویژگی‌های مثبت خوددارند (اسنایدر و لویز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷، رایان و دسی<sup>۲</sup> ۲۰۰۱، لوتنس و لوتنس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). افزایش عواطف مثبت، معنا و ارتقا توانمندی‌های افراد نه تنها باعث کاهش مشکلات هیجانی می‌شود بلکه به‌طور مستقیم در افزایش میزان شادکامی نیز مؤثر است (رشید، ۲۰۱۱؛ اوهانلون و برتولینو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲).

یکی از مداخله‌های درمانی جدید که تلفیقی از رفتاردرمانی شناختی و روانشناسی مثبت نگر است، مداخله رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر هست. رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر، رویکردی نسبت به تغییر دارد که در آن، گفتگو درباره اهداف فرد و عوامل مؤثر بر دست‌یابی به این اهداف فراخوانده می‌شود. تأکید رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر، بر آسیب‌شناسی، خطاهای مراجعان و تصحیح این خطاها، نیست، بلکه تأکید بر نقاط قوت، جنبه‌های مثبت و عملکرد درست مراجعان است، اگرچه هدف اصلی در تمامی صور روان‌درمانی کمک به مراجع در ایجاد تغییرات مطلوب در زندگی‌شان است، اما تأکید رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر، به‌جای توجه به مسائل و مشکلات، بر ایجاد و یا سازمان‌دهی مجدد جنبه‌های مثبت و تأثیرگذار است (بن نینک، ۲۰۱۲). تأکید رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر، دیگر صرفاً بر آسیب‌شناسی، مسائل و مشکلات مراجع و اصلاح بدترین شرایط نیست، بلکه، ابتدا و پیش از هر چیز به جنبه‌های مثبت، نقاط قوت و عملکردهای صحیح و ایجاد و خلق بهترین چیزها می‌پردازد و صرفاً بر کاهش ناراحتی‌ها تأکید نمی‌شود، بلکه بر دست‌یابی و ایجاد موفقیت نیز تأکید می‌شود (بن نینک، ۲۰۱۲). تاکنون تحقیقات زیادی به اثربخش بودن رویکردهای درمانی بر عاطفه مثبت و منفی زنان تأکید داشته‌اند (به‌عنوان مثال سعیدی و موسوی نسب، ۱۳۹۴؛ ملکی و برجعلی، ۱۳۹۵؛ رحیم زاده، مشهدی و صالحی، ۱۳۹۴؛ لشنی، شعیری، اصغری و گلزاری، ۱۳۹۱؛ غروی، ۱۳۸۳؛ رشید، ۲۰۱۵؛ سلطانی، ۲۰۱۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهد درمان به‌وسیله رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر خودباوری، خودکارآمدی و امید بیماران سرطانی مؤثر بوده است (طاهری زاده، ۱۳۹۴). هم‌چنین در پژوهش چراغ سحر (۱۳۹۴) رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر سلامت روان، انعطاف‌پذیری و عاطفه منفی در مادران دارای کودکان بیش‌فعال

1. Snyder, C.R., & Lopez, S. J.
2. Ryan, R.M., Deci, E.L. Ryan, Deci
3. Luthans, F., Luthans, K., & Luthans, B.C.
4. O honlon, B., & Bertolino, B.

مؤثر بوده است. روان‌درمانی مثبت نگر نه تنها از طریق کاهش نشانگان منفی بلکه به گونه‌ای مؤثر و مستقیم می‌تواند از طریق ایجاد هیجانات مثبت، توانمندی‌های منش و معنا موجب تغییر آسیب‌پذیری به تاب‌آوری شود. روان‌درمانی مثبت نگر نه تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد نماید، بلکه می‌تواند تأثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و نیز سدی برای وقوع مجدد آن‌ها باشد (کرد میرزا نیکوزاده، ۱۳۹۰).

با توجه به پژوهش‌های متعدد، پژوهشی در زمینه بهبود عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی با رویکرد رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر روی زنان دارای همسر با اختلالات روانی به‌عنوان قشر آسیب‌پذیر صورت نگرفته است. لذا با توجه به اهمیت این زنان و ارتقا سطح سلامت روانی و با توجه به کمبود پژوهش در این زمینه پژوهش حاضر دو فرضیه را مورد بررسی قرار داد:

- ۱- مداخله مبتنی بر رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر برافزایش عاطفه مثبت زنان دارای همسر مبتلا به اختلال روانی مؤثر است.
- ۲- مداخله مبتنی بر رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر کاهش عاطفه منفی زنان دارای همسر مبتلا به اختلال روانی مؤثر است.

### روش‌شناسی

پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پژوهشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. روش نمونه‌گیری از نوع نمونه‌گیری هدفمند بود. با توجه به اینکه امکان انتخاب نمونه از بین جامعه به‌طور تصادفی وجود نداشت و دسترسی به کل افراد جامعه نیز میسر نبود بدین منظور پس از دریافت معرفی به سازمان بهزیستی استان اصفهان با همکاری این سازمان، مراکز تحت نظر این سازمان به‌منظور مطالعه در سال ۱۳۹۵ به پژوهشگر معرفی گردیدند و با صحبت و اثرات طرح برای این زنان که همسرانشان طبق نظر روان‌پزشک مرکز یک اختلال روانی را داشت، تعداد ۳۰ نفر با توجه به تمایل به شرکت و داشتن شرایط ورود به مطالعه انتخاب شدند. این افراد در دو گروه کنترل و آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. برای گردآوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

### مقیاس عاطفه مثبت و منفی

این مقیاس بیست گویه ای توسط واتسون و همکاران (۱۹۸۸) ساخته و اعتباریابی شده است و دو زیر مقیاس عاطفه مثبت (ده عاطفه) و عاطفه منفی (ده عاطفه) را می‌سنجد. به هر گویه بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از «اصلاً» تا «بسیار زیاد» پاسخ می‌دهد و نمرات هر مقیاس آن در دامنه ۱۰ تا ۵۰ هست. هم عاطفه منفی و هم عاطفه مثبت از پایایی درونی مناسبی برخوردارند و ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس عاطفه مثبت در دامنه‌ی ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و برای زیر مقیاس عاطفه منفی از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. فهرست عاطفه مثبت و منفی از اعتبار سازه‌ی بالایی برخوردار است و مقیاس عاطفه منفی به صورت مثبت و مقیاس عاطفه مثبت به صورت منفی با پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک همبستگی دارد. همچنین مقیاس عاطفه منفی با پریشانی عمومی همبستگی مثبت دارد (بخشایش، ۱۳۸۹). با استفاده از تحلیل عاملی نشان دادند که الگوی دو عاملی عاطفه مثبت و منفی برزنده‌ترین الگو برای این مقیاس است و از لحاظ روایی نیز با کمک ابزار به‌خوبی می‌توان بیماران افسرده و اضطرابی را از هم تفکیک نمود. همچنین نشان داده شد که ضریب اعتبار دو خرده مقیاس آن ۰/۸۷ بوده است. پایایی پرسشنامه فوق در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۴ محاسبه گردید. بعد از نمونه‌گیری، پرسشنامه پژوهش به‌عنوان مرحله پیش‌آزمون اجرا شد، سپس گروه آزمایش به مدت ده جلسه مداخله رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر، با تناوب هفته‌ای دو بار و به مدت نود دقیقه دریافت کردند که در این روند گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام مداخله، از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون گرفته شد و بعد از یک ماه به‌منظور بررسی پایداری اثرات مداخله مجدداً ارزیابی صورت گرفت. روش آماری توصیفی شامل (میانگین، انحراف استاندارد)، برای نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کلموگروف-اسمیرونف و روش استنباطی از کوواریانس استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

جدول (۱) خلاصه جلسات آموزش مبتنی بر رویکرد رفتاری-شناختی مثبت نگر مبتنی بر کتاب رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر (بن نکیک، ۱۳۹۳) و مثبت باش (آتش پور، ۱۳۹۳)

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	آشنایی با اهداف و فرایند گروه	آشنایی با قواعد و هنجارهای گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، معرفی برنامه آموزشی مبتنی بر رویکرد رفتاری-شناختی مثبت نگر	سرمايه گذاري عاطفي و فكري درباره ميزان حضور در فعاليت هاي گروهی، لزوم ارائه بازخورد به اعضای ديگر، پابندي به تکاليف خانگی
۲	آشنایی با فکر و احساس و رفتار	آشنایی اعضا با افکار و احساسات و شناخت باورها، نقش افکار در رفتار	ثبت گزارش روزانه افکار منفي خودآيند، خطاهای شناختی مربوط به هر فکر منفي خودآيند، تمرين تمايز بين فکر و احساس و رفتار
۳	سالم اندیشی	آموزش ده روش برای سالم اندیشی و توضیح فواید استفاده از آن	تکمیل کاربرگ های خانگی، مطالعه جزوه گروهی، مقایسه افکار و رفتارهای هميشگی با معيارهای سالم اندیشی
۴	ارزیابی مجدد شناختی	نقش خاطرات بد و تلخ در تداوم آشفتگی روانی و ارزیابی مجدد شناختی در تفسیر خاطرات بد، شناسایی نشخوارهای ذهنی	نمونه گیری از خاطرات بد گذشته، مرور و ثبت تجربه عاطفی کنونی، نمونه گیری از نشخوارهای ذهنی و تعویض آن با خودگویی های مثبت
۵	تصویرسازی ذهنی مثبت	آموزش تصویرسازی ذهنی مثبت و نقش آن در افزایش عواطف مثبت و انگیزه در زندگی، خوش بینی، امید،	تصویرسازی ذهنی روزانه درباره موفقیت های آینده و احتمالات مطلوب
۶	توانمندی های شخصی	توانمندی های شخصی، تقویت نقاط قوت شاخص و احساسات و عواطف مثبت	ثبت توانمندی های شخصی، یادآوری کاربست توانمندی های شخصی در گذشته و مرور بازده آن، روایت توانمندی های شخصی به اشخاص کلیدی، ثبت احساس برآمده از روایت داستان شخصی
۷	هدفمندی در زندگی	توانایی پیدا کردن معنا و هدف و جهت گیری در زندگی، توضیح فواید هدف داری و تنظیم اهداف و اولویت بندی آنها	تنظیم و اولویت بندی مجدد اهداف، پیدا کردن جهت مندی اهداف به سمت خود یا ديگران، تصویرسازی درباره وضعیت مطلوب اولویت بندی،
۸	شیوه اثر عواطف منفي	معرفی عواطف منفي و حوزه اثرگذاری آنها، آموزش چگونگی شناخت موقعیت های ناخوشایند زندگی و عواطف منفي	نمونه گیری از عواطف روزانه، اجرای فن دکمه فشار، تمرین خانگی دکمه فشار



۹	قدرشناسی	آموزش مفهوم سپاسگزاری و قدرشناسی، آموزش نحوه نوشتن نامه قدرشناسی، آشنایی با فواید و مزیت‌های قدرشناسی از خود و دیگران در زندگی	شناسایی موارد قدرشناسی از خود و دیگران، نوشتن نامه قدرشناسی، تنظیم تقویم شخصی سپاسگزاری، آموزش شفقت به خود و دیگران
۱۰	خاتمه گروه	یکپارچه‌سازی مطالب و فرآیندهای جلسات قبل، تبیین تجربه گروهی 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، جمع‌بندی و خاتمه گروه	

### یافته‌ها

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، عاطفه مثبت در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش بیشتری نسبت به مرحله پیش‌آزمون نشان داده‌اند. هم‌چنین عاطفه منفی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش بیشتری نسبت به مرحله پیش‌آزمون نشان داده‌اند. به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش، پیش‌فرض‌های موردنیاز برای آمار پارامتریک بررسی شد. نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف تأیید گردید. ( $P > 0/05$ ). مفروضه همسانی واریانس‌ها توسط آزمون لوین در متغیر عاطفه مثبت ( $P = 0/012$ ) و عاطفه منفی ( $P = 0/031$ ) در مرحله پیش‌آزمون تأیید می‌گردد. ماتریس کوواریانس‌های مشاهده‌شده برای متغیرهای وابسته در هر دو گروه همگن بود. هم‌چنین ارزش لامبدا برای متغیرهای پژوهش در سطح ( $P < 0/001$ ) معنادار به دست آمد. میانگین نمرات عاطفه مثبت (ضریب لامبدا  $0/58$ )، ( $P = 0/001$ ) و عاطفه منفی ضریب لامبدا  $0/63$ )، ( $P = 0/001$ ) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری دارد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که نزدیک به  $53/6$  درصد از تفاوت‌های فردی در افزایش عاطفه مثبت و  $62/5$  درصد از تفاوت‌های فردی در کاهش عاطفه منفی در دو مرحله پژوهش به تفاوت بین دو گروه مربوط است. هم‌چنین نتایج نشان داده است که رابطه بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری نیز معنادار شده است. ( $P = 0/001$ ). به‌عبارت‌دیگر مداخله رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر باعث افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی در گروه آزمایش شد. توان آماری نزدیک به ۱ نشان می‌دهد حجم نمونه برای

آزمایش این فرضیه کافی بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه دو گروه در پس آزمون و پیگیری به شکل مجزا در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی نمرات عاطفه مثبت و عاطفه منفی به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

کنترل		آزمایش			متغیر گروه‌ها	
پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	
۳۳/۵۵	۳۱/۴۵	۳۳/۴۰	۳۳/۳۵	۳۴/۰۰	۳۰/۶۶	میانگین
۶/۰۰۲	۷/۰۵	۵/۵۵	۷/۰۵	۶/۱۷	۷/۱۱	انحراف استاندارد
۳۴/۰۲	۳۳/۶۵	۳۲/۶۲	۲۴/۰۴	۲۳/۵۲	۳۱/۲۱	میانگین
۸/۸۸	۸/۴۵	۸/۸۵	۷/۹۵	۷/۵۵	۸/۷۲	انحراف استاندارد

جدول (۳) آزمون کلموگروف-اسمیرنف جهت ارزیابی نرمال بودن توزیع نمرات عاطفه مثبت و عاطفه منفی در مرحله پیش آزمون

معنی داری	درجه آزادی	آماره	گروه‌ها	متغیر
۰/۱۲۱	۱۵	۰/۱۴۵	آزمایش	عاطفه مثبت
۰/۲	۱۵	۰/۱۵۸	کنترل	
۰/۱۳	۱۵	۰/۱۶۵	آزمایش	عاطفه منفی
۰/۲	۱۵	۰/۱۱۲	کنترل	

جدول ۴ نتایج تحلیل تک متغیری

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	حجم اثر	توان آماری
عاطفه مثبت	پس آزمون	۳۱۰/۱۴۵	۱	۳۱۰/۱۴۵	۳۶۲/۱۲۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۲۶	۰/۹۹۹
	پیگیری	۱۰۷/۵۵	۱	۱۰۷/۵۵	۸/۶۲۵	۰/۰۰۴	۰/۳۴۲	۰/۹۵۵
عاطفه منفی	پس آزمون	۳۱۲/۶۵۲	۱	۳۱۲/۶۵۲	۱۷/۴۲۵	۰/۰۰۷	۰/۶۵۱	۱/۰۰۰
	پیگیری	۲۸۴/۵۴	۱	۲۸۴/۵۴	۱۵/۴۶۵	۰/۰۰۶	۰/۵۴۲	۰/۹۹۸

بر اساس نتایج به دست آمده در جدول ۴، میانگین نمرات عاطفه مثبت دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون ( $p=0/001$ ) و پیگیری ( $p=0/001$ ) معنی دار است. به عبارت دیگر می توان گفت مداخلات مبتنی بر رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر نمرات عاطفه مثبت در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری را افزایش داد. میزان تأثیر

این مداخلات بر بهبود عاطفه مثبت در مرحله پس‌آزمون برابر با ۶۲ درصد و در مرحله پیگیری ۳۴/۲ درصد است. همچنین میانگین نمرات عاطفه منفی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون ( $p=0/001$ ) و پیگیری ( $p=0/001$ ) معنی‌دار است. به عبارت دیگر، می‌توان گفت مداخلات مبتنی بر مبتنی بر رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر نمرات عاطفه منفی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری را کاهش داده است. میزان تأثیر این مداخلات بر کاهش عاطفه منفی در مرحله پس‌آزمون برابر با ۶۵/۱ درصد و در مرحله پیگیری ۵۴/۲ درصد است.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی مداخلات مبتنی بر رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر عاطفه مثبت و عاطفه منفی زنان دارای همسر با اختلال روانی در شهر اصفهان انجام گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر به‌طور معناداری باعث افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی شد. نتایج این پژوهش با مطالعات نریمانی، عالی ساری نصیرلو و موسی‌زاده (۱۳۹۳)، قره‌داغی، شفیعی آبادی، حسین رشیدی، فرحبخش و اسعمیلی (۱۳۹۲)، چراغ سحر (۱۳۹۴) و روشنی (۱۳۹۵) همسو بوده است.

در پژوهش اظهري، سارانی، مظلوم و آقا محمدیان شعراف (۱۳۹۴) بین خوش‌بینی و راهبرد آمادگی برنامه‌ریزی‌شده و راهبرد معنوی مثبت در زنان باردار رابطه مثبتی یافت شد. همچنین آلارکون، بولینگ و خازون<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) بین خوش‌بینی با بهزیستی روان‌شناختی، رضایت از زندگی، شادکامی و بهداشت جسمی ارتباط مثبت و با اضطراب و افسردگی رابطه منفی یافتند. به همین ترتیب، امید با افسردگی و فشار روانی رابطه منفی و با شادکامی ارتباط مثبتی داشت. همسو با یافته‌های این پژوهش، نتایج مطالعات اخیر نشان داده‌اند که امید یک پیش‌بینی‌کننده مهم رضایت از زندگی، عاطفه مثبت، عاطفه منفی و کامیابی است و افراد دارای امیدواری بالاتر، شرایط استرس‌زا را به‌جای تهدید، چالش در نظر می‌گیرند و عموماً قضاوت‌های مثبتی دارند (ساتیچی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). امید با حس تضعیف‌کننده

1. Alarcon, G. M., Bowling, N. A., & Khazon, S.

2. Satici, S. A.

نافذی که مرکز درد مراجع است مقابله می کند (فرانک و فرانک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). از این روی، می توان گفت رفتاردرمانی شناختی با افزایش مقادیر سازه های خوش بینی و امید در زنان دارای همسران با اختلال روانی، اعتماد به نفس، انرژی بیشتر و سطوح پایین تر افسردگی را سبب شده و در مقابل رفتارهای در دسرساز همسران خود تاب آوری بیشتری پیدا کردند. در تبیین یافته های پژوهش می توان دریافت که در زنان دارای همسر مبتلا به اختلال روانی در طول آموزش بر اساس رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر، زمینه تجربه های مثبت فعال گردیده و برای کسب احساس علاقه و شوق احساس توانمندی بیشتری کردند تا در طول ارتباط با همسر و شرایط کلی زندگی به مبالغه های خود درباره مشکلات همسر توجه کنند (مثلاً: او همیشه عصبی است)، به نقاط قوت همسرشان متمرکز شوند (به رغم عصبی بودن، مرد کاری و زحمت کشی است) و تعاملات سازنده هر چند کوچک همسر خود را تقویت کنند.

نف<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) اظهار می کند افرادی که شفقت بر خود<sup>۳</sup> بالایی دارند، رفتار مثبت بیشتری نشان می دهند و احساس بهتری نسبت به خود دارند و رضایت بین فردی بیشتری تجربه می کنند. همچنین آن ها در قبال کسانی که رنج می کشند رئوف تر هستند و احساس شایستگی، شادکامی و توانمندی بیشتری در ابراز عقاید تجربه می کنند (قره داغی و باقرزاده احمدآباد، ۱۳۹۷). در پژوهش حاضر، رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر، با آموزش قدرشناسی از خود و دیگران به عنوان سازه نزدیک به شفقت بر خود، موجب افزایش تجربه عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی شد. فریدریکسون<sup>۴</sup> (۲۰۰۹) بر این باور است که رمز شکوفایی عاطفی در این است که تراز عواطف مثبت نسبت به عواطف منفی که ما در طول یک روز تجربه می کنیم بیشتر باشد و این نشانگر کارکرد بهداشت روانی ماست. اهمیت انتخاب کردن هدف، تمرکز بر هدف، به کارگیری هیجان های مثبت، پافشاری بر راهبردهای تغییر، حفظ تغییر، استفاده کردن از نقاط قوت و اهمیت توجه کردن به نیک سرشتی انسانیت به عنوان بهترین راهبرد برای فرا رفتن از تنگناهای انسانی است (کونولی و کونولی<sup>۵</sup>، ۱۳۹۳). تأکید در رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر، به جای عواطف مثبت بر تعادل

1. Frank, J. D., & Frank,
2. Neff, D.
3. self-compassionate
4. Fredrickson, B. L., & Branigan, C.
5. Conoley, W., C. & Conoley, J.

بخشیدن میان عواطف مثبت و منفی است. در رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر درباره ماهیت و شدت مسئله، به جزئیات و علت‌یابی پرداخته نمی‌شود بلکه درباره انتظارات مراجعان صحبت می‌شود. باید عنوان نمود در طول شرایط بیماری همسر و همراهی و مواظبت از آن همسران، آنان در معرض احساسات منفی زیادی قرار می‌گیرند که این احساسات زمینه‌های فکری منفی را نیز برای آنان فراهم می‌کند. تغییر ادراک در چنین موارد از طریق چارچوب‌دهی مجدد یا بازسازی شناختی صورت می‌گیرد. بازسازی شناختی<sup>۱</sup> فرایندی است که طی آن ادراک فرد مورد ارزیابی قرار می‌گیرد، از تأثیرات منفی برخی افکار آگاه می‌شود و جایگزینی این شناخت‌ها با افکار واقعی‌تر و مناسب‌تر را یاد می‌گیرد (کوری<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). بازسازی شناختی در خصوص اختلال روانی، این‌که اختلالات روانی، هر یک هویت و ساختمان مشخصی دارند و این اختلال‌ها مثل بیماری‌های جسمی آثار و پیامدهایی برای خود فرد و اطرافیان دارند، موجب پذیرش و همدلی بیشتر با همسر دارای اختلال در زنان شد.

طبق نظریه گسترش و ساخت<sup>۳</sup> هیجان‌های مثبت، تفکر و رفتارهای فرد را گسترش می‌دهد و به هنگام تجربه هیجان‌های مثبت، فرد به‌طور خلاقانه با دنیای خود درگیر می‌شود که در نتیجه، خزانه رفتاری او گسترش می‌یابد؛ و طبق ساخت، مهارت‌های عقلی و اجتماعی توسعه می‌یابد و آرایه توانایی‌ها و تماس‌های اجتماعی افزایش می‌یابد (فردریکسون، برانگان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). حال در تبیین اثربخشی رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر می‌توان گفت در این مداخله به‌جای تمرکز بر مشکلات، به تغییرات و تفاوت‌هایی که در صورت نداشتن مشکل، در زندگی، ارتباطات با دیگران و نحوه مدیریت خانواده و فرزندان‌شان پدید می‌آید و همچنین به جنبه‌های مثبت و نقاط قوت خود که می‌تواند این تغییرات را تسریع کنند، تمرکز کنند. از آنجایی که این رویکرد بیشتر به دنبال روان‌درمانی متمرکز بر تغییر و معنایابی است، زمینه تغییر و کاهش احساسات منفی برای زنان دارای همسر با اختلال روانی را فراهم کرد. از این‌رو تجربه احساس فشار روانی کمتر شده و عواطف منفی کاهش می‌یابد.

1. cognitive restructuring
2. Corey, G.
3. broaden and building
4. Branigan, C.

## منابع

- آتش پور، سید حمید. زواری، غلام عباس. کاظمی، احسان. (۱۳۹۳). مثبت باش. تهران: انتشارات حائر.
- بن نینک، فردریک. (۱۳۹۳). رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر. ترجمه خمسه، تهران: انتشارات ارجمند.
- چراغ سحر، زهرا (۱۳۹۴). اثربخشی رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر سلامت روان، انعطاف‌پذیری شناختی و عواطف مثبت و منفی در مادران دارای کودکان مبتلابه بیش‌فعالی (ADHD) و کمبود توجه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی: دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان).
- خسروی، شمسعلی. (۱۳۸۱). «بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در جمعیت بالای ۱۵ سال شهری و روستایی شهرستان بروجن». مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دوره چهارم، شماره ۴، ۳۹-۳۱.
- رحیم زاده، رؤیا. (۱۳۹۴). درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های بر عاطفه مثبت و منفی، میزان سوگیری تعبیر، کاهش ترس از ارزیابی منفی و اجتناب در نوجوانان مبتلابه اختلال اضطراب اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- روشنی، خدیجه. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی مداخله فراتشخیصی یکپارچه و مداخله شناختی-رفتاری بر سیستم‌های مغزی-رفتاری، حساسیت اضطرابی و عاطفه مثبت و منفی دانشجویان دختر دارای علائم اضطراب اجتماعی دانشگاه جندی‌شاپور اهواز. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- سعیدی، حدیث؛ موسوی نسب، محمدحسین. (۱۳۹۴). «اثربخشی مداخلات روانشناسی مثبت نگر با رویکرد اسلامی بر عاطفه مثبت زنان مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس». نخستین کنگره بین‌المللی جامع روان‌شناسی ایران. تهران
- طاهری زاده، ابوذر (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی گروهی رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر خودباوری (عزت‌نفس)، خود کارآمدی و امید در بیماران سرطانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد بالینی: دانشگاه آزاد اسلامی واحد کیش.

قره داغی، علی؛ باقرزاده احمدآباد، مریم (۱۳۹۷). نقش ذهن آگاهی، شفقت بر خود و تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی رضایت زناشویی زنان. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۱۳ (۵۲)، ۱۶۹-۱۹۷

قره داغی، علی؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ حسین رشیدی، بتول؛ فرحبخش، کیومرث؛ اسمعیلی، معصومه (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با روان‌درمانی بین فردی در کاهش افسردگی غیربالینی زنان باردار. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۸ (۳۱)، ۱۱۷-۱۳۹.

کرد میرزا، عزت اله. (۱۳۸۸). الگویابی زیستی معنوی در افراد وابسته به مواد و تدوین برنامه مداخله برای ارتقا تاب‌آوری مبتنی بر روایت شناختی و روان‌شناسی مثبت نگر. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.

کرد میرزا نیکوزاده، عزت اله (۱۳۹۰). «مقایسه اثربخشی برنامه مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت نگر و گروه‌درمانی آدلری در ارتقای تاب‌آوری افراد وابسته به مواد». فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، دوره دوم (۵)، ۶-۳۲.

کونولی، دیبلو کولی؛ کونولی، جین کلوز (۲۰۰۹). روان‌شناسی مثبت و خانواده‌درمانی: روان‌شناسی مثبت و خانواده‌درمانی: فنون خلاقانه و ابزارهای عملی برای تغییر. ترجمه بیرامی، منصور؛ قره داغی، علی؛ چمنی‌وش، مریم (۱۳۹۳)، تهران: انتشارات ساوالان.

لشنی، زینب؛ شعیری، محمدرضا؛ اصغری مقدم، محمدعلی؛ گلزاری، محمود (۱۳۹۱). تأثیر راهبردهای شاکرانه بر عاطفه مثبت، شادکامی و خوش‌بینی. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، دوره ۱۸ (۲): ۱۵۷-۱۶۶

لطف آبادی، حسین (۱۳۸۳). عواطف و هویت نوجوانان. تهران، نسل نواندیش. مدرس غروی، مرتضی؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ طباطبایی، سید محمود؛ بیرشک، بهروز (۱۳۸۳). تأثیر القای عاطفه مثبت بر میزان عاطفه مثبت و کارکردهای شناختی، آزمون نظریه عصب - روان‌شناختی دوپامین. مجله تازه‌های علوم شناختی، ۶ (۳): ۹-۱۶.

ملکی، مهسا (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر تکانشگری و عاطفه مثبت و منفی نوجوانان بزه‌کار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی

مهربانی، پیام (۱۳۸۵). بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی و فنی مهندسی بابل، پایان‌نامه کارشناسی رشته پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل.

نریمانی، محمد؛ عالی ساری نصیرلو، کریم؛ موسی زاده، توکل (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش متمرکز بر هیجان و کنترل تکانه بر فرسودگی تحصیلی و عواطف مثبت و منفی دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری. مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۳ (۳): ۷۹-۹۰.

- Alarcon, G. M., Bowling, N. A. & Khazon, S. (2013). *Great expectations: A meta-analytic examination of optimism and hope*. *Personality and Individual Differences*, 54(7), 821-827.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). "Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies", *Psychosom Med*, 70, 741° 56.
- Cuijpers, P., & Stam, H. (2000). *Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups*. *Psychiatric services*, 51(3), 375-379.
- Frank, J. D., & Frank, J. (2004). *Therapeutic components shared by all psychotherapies*. New York: Springer.
- Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2005). *Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires*. *Cognition & emotion*, 19(3), 313-332.
- Luthans, F., Luthans, K., & Luthans, B.C. (2004). "Positive psychological capital: Going beyond human and social capital", *Business Horizons*, 47, (1), 45-50.
- Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). "How do simple positive activities increase wellbeing?" *Current Directions in Psychological Science*. 22(1), 57° 62.
- Maj, M., & Sartorius, N. (2002). *Schizophrenia*, 2<sup>nd</sup> Ed. New York, John Wiley and Sons.
- Maurin, JT., & Boyd, CB. (1990). *Burden of mental illness on the family: a critical review*", *Archives of Psychiatric Nursing*, 2, 99° 107.
- O honlon, B., & Bertolino, B. (2012). *The therapist's notebook on positive psychology*, New York: Routledge.
- Perlick, D., & Rosenheck, R., et al. (2001). "Impact of Family Burden and Patient Symptom Status on Clinical Outcome in Bipolar Affective Disorder", *the Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, (1), 31-37.
- Rashid, T. (2015). "Positive Psychotherapy: A strength-based approach", *The Journal of Positive Psychology*, 10, 25-40.
- Rashid, T. (2008). *Positive Psychotherapy*. In Lopez, S. J. (Ed.) *Positive psychology: Exploring the best in people*. Westport, CT, Greenwood Publishing Company.



- Ryan, R.M., Deci, E.L. (2001). "On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudemonic well-being", Annual Review of Psychology, 52, 141-66.
- Satici, S. A. (2016). *Psychological vulnerability, resilience, and subjective well-being: The mediating role of hope*. Personality and Individual Differences, 102, 68-73.
- Schlaug, R. C., Gwynn-Shapiro, D., Stasiewicz, P. R., Molnar, A. R., & Lang. (2013). "Affect and craving: Positive and negative affect are differentially associated with approach and avoidance inclinations", Journal of Addictive Behaviors, 38(4), 1970° 1979.
- Seligman, M. E. P., Rashid. T. & Parks, A. (2006). "Positive psychotherapy", American psychologist, 61 (8), 86-774
- Snyder, C.R., & Lopez, S. J. (2007). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. Sage publications, thousand oaks, London, new dehli.
- Soltani E, Shareh H, Bahrainian A, Farmani A. (2013). "The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression", Pejouhandeh, 18(2):88-96. (Persian).
- Steptoe, A., O'Donnell, K., Marmot, M., & Wardle, J. (2008). "Positive affect and psychosocial processes related to health", British Journal of Psychology, 99, 211° 227.
- Taylor S, Kemeny M. (2000). *Psychological resources, positive illusions, and health*. Journal of American psychology; 55(1):99-109.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). "Toward a consensual structure of mood". Psychological Bulletin.98 (2), 219-235
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). "Development and validation of a brief measure of positive and negative affect: The PANAS scales", Journal of Personality and Social Psychology, 54(6), 1063-1070.
- Yilmaz, H., & Arslan, C. (2013). "Subjective well-being, positive and negative affect in Turkish university students", the online Journal of Counseling and Education, 2 (2), 1-8.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی