

اثربخشی روان‌درمانگری گروهی مثبت‌گرا بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و سازش یافتگی اجتماعی زنان سرپرست خانوار*

راضیه هادی‌زاده کفاش^۱، علیرضا ماردپور^۲، خسرو رمضانی^۳

The effectiveness of group positive psychotherapy on quality of life, life expectancy, and social adjustment of female-headed households

Razieh Hadizadeh Kafash¹, Alireza Maredpour², Khosro Ramezani³

چکیده

زمینه: تمامی تلاش نظریه پردازان بر این است که با تواناسازی زنان از راه ترویج اندیشه‌های نو، آموزش مهارت‌هایی برای فعالیت در بخش‌های اقتصادی، ارتقای آگاهی همه اعضای جامعه از نقش‌های زنان (بویژه زنان سرپرست خانوار) و بهبود سطح رفاه آنها، پایه‌های استواری برای اقدام‌های بعدی در تأمین نیازهای راهبردی و مقابله با نابرابری‌ها در همه عرصه‌ها فراهم کنند، اما مسئله این است که آیا آموزش مهارت‌هایی مانند مثبت‌نگری می‌تواند در تواناسازی این زنان تأثیرگذار باشد؟ **هدف:** هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی روان‌درمانگری مثبت‌گرا بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و سازش یافتگی اجتماعی زنان سرپرست خانوار بود. **روش:** این پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه گواه بود. یک نمونه ۵۰ نفری از زنان سرپرست خانوار که دارای ملاک‌های ورود به تحقیق بودند به روش در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در گروه‌های آزمایش (۲۵ نفر) و گواه (۲۵ نفر) جایگزین شدند. روان‌درمانگری گروهی مثبت‌گرا (رشید، ۲۰۱۵) هفته‌ای یک بار در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش برگزار گردید. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۳)، مقیاس امید به زندگی (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱) و سازش یافتگی اجتماعی (بل، ۱۹۶۱). **یافته‌ها:** یافته‌ها اثربخشی روان‌درمانگری گروهی مثبت‌گرا را بر کیفیت زندگی ($p=0/007$)، امید به زندگی ($p=0/002$) و سازش یافتگی اجتماعی ($p=0/0001$) زنان سرپرست خانوار را مورد تأیید قرار داد و ماندگاری آن در مرحله پیگیری نیز برای کیفیت زندگی ($p=0/005$)، امید به زندگی ($p=0/002$) و سازش یافتگی اجتماعی ($p=0/0001$) تأیید شد. **نتیجه‌گیری:** درمانگری مثبت‌گرا کیفیت زندگی، امید به زندگی و سازش یافتگی اجتماعی زنان سرپرست خانوار را بهبود می‌بخشد. **واژه کلیدی‌ها:** زنان سرپرست خانوار، روان‌درمانگری مثبت‌گرا، کیفیت زندگی، امید به زندگی، سازش یافتگی اجتماعی

Background: All theorists try to provide solid foundations for future actions in meeting strategic needs and combating inequalities in all areas by empowering women through the promotion of new ideas, training skills for activities in the economic sectors, raising the awareness of all members of the society of women roles (especially female-headed households), and improving their welfare, but the problem is that whether training some skills such as positivism can be effective in empowering these women? **Aims:** This study aimed to examine the effectiveness of group positive psychotherapy on the quality of life, life expectancy, and social adjustment of female-headed households. **Method:** This study was a quasi-experimental design with pretest-posttest and two-month follow-up with control group. A sample of 50 women who met the inclusion criteria of the research were selected through convenience sampling and placed randomly into experimental (25 people) and control (25 people) groups. Group positive psychotherapy (Rashid, 2015) was administered on the experimental group at twelve 90-minute sessions once a week. In this research, the applied instruments were the quality of life scale (World health organization, 1993), the hope scale (Snyder and et al, 1991), and the social adjustment scale (Bell, 1961). **Results:** The findings confirmed the effectiveness of group positive psychotherapy on the quality of life ($p=0/007$), life expectancy ($p=0/002$), and social adjustment ($p=0/0001$) of female-headed households and also this effectiveness was stable in follow-up stage on the quality of life ($p=0/005$), life expectancy ($p=0/002$), and social adjustment ($p=0/0001$). **Conclusions:** positive therapy increased quality of life, Life expectancy and social adjustment of female-headed households. **Key words:** Female-headed households, Group positive psychotherapy, Quality of life, Life expectancy, Social adjustment

Corresponding Author: ali.mared@yahoo.com

* این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری نویسنده اول است

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یاسوج، یاسوج، ایران

۱. Ph.D Student of General Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Yasooj Branch, Yasooj, Iran

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یاسوج، یاسوج، ایران (نویسنده مسئول)

۲. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Yasooj Branch, Yasooj, Iran (Corresponding Author)

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یاسوج، یاسوج، ایران

۳. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Yasooj Branch, Yasooj, Iran

مقدمه

در قرن حاضر تغییرات چشمگیری درباره دیدگاه آدمی نسبت به زندگی رخ داده است. در این قرن تنها حفظ زندگی به شکل معمول مطلوب نیست، بلکه ارتقای کیفیت زندگی، تلاش اساسی جوامع تلقی می‌شود. داشتن کیفیت زندگی مطلوب همواره آرزوی بشر بوده است. فریش^۱ (۲۰۱۴) معتقد است که کیفیت زندگی به شکل آشکار یا پنهان در نقطه مقابل کمیت قرار می‌گیرد و منظور از آن، زندگی عالی، رضایت‌آمیز و لذت‌بخش می‌باشد. کیفیت زندگی به عنوان نتیجه کنش متقابل بین شخصیت افراد و پیوستگی رویدادهای زندگی تعریف می‌شود و رویدادهای زندگی در یک مجموعه چند بُعدی از حوزه‌های زندگی مانند آزادی، دانش، اقتصاد، امنیت، روابط اجتماعی، مذهب، محیط زیست و تفریح اتفاق می‌افتد و کیفیت زندگی بر مجموعه حوزه‌های تشکیل‌دهنده زندگی تأثیر می‌گذارد. به عقیده جمشیدی‌ها، کردی و محمدی (۱۳۹۲)، تعاریف مختلفی از کیفیت زندگی ارائه شده است، اما بر وجود سه اصل اساسی در این موضوع توافق وجود دارد. کیفیت زندگی، حاصل یک ارزشیابی ذهنی است و خود فرد، بهتر از هر کسی می‌تواند در مورد آن قضاوت کند. کیفیت زندگی، ماهیتی پویا دارد نه ایستا؛ و همچنین کیفیت زندگی یک مفهوم چند بُعدی است و باید از زوایای مختلف سنجیده شود. همچنین می‌توان این سازه را به چهار بُعد عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تقسیم کرد.

امید به زندگی یک شاخص آماری نشان‌دهنده متوسط طول عمر یک جامعه است، یعنی، هر عضو یک جامعه چند سال می‌تواند توقع داشته باشد زندگی کند. هرچه شاخص‌های بهداشتی و همچنین درمانی بهبود یابد، امید به زندگی افزایش خواهد یافت و از این رو، این شاخص، یکی از شاخص‌های سنجش پیشرفت و عقب‌ماندگی کشورهاست. امید به زندگی زنان در همه جوامع چند سال (در کل جهان، چهارونیم سال) بیشتر از مردان است (بوید و بی، ۲۰۱۲).

اخیراً روانشناسان مثبت‌نگر با یک رویکرد کل‌نگر معتقدند که به جای تأکید صرف بر آسیب‌شناسی، باید به دنبال فهم کامل گستره انسان از کمبود، رنج، بیماری تا شکوفایی بهزیستی و شادمانی بود (پادهی، چلی و پادیری، ۲۰۱۵). هر انسان در دنیای متغیر و متحولی از تجربیات گوناگون زندگی می‌کند که شامل تمام چیزهایی است که به وسیله او به تجربه در می‌آیند. انسان، خود را در مرکز جهان

خانواده، کانونی است که بسیاری از آسیب‌ها و مسائل اجتماعی مانند طلاق، اعتیاد، کودکان خیابانی، کودک آزاری، فرار از خانه و... از آن سر برمی‌آورد. عوامل متعددی از جمله طلاق، اعتیاد، زندانی شدن و مرگ همسر می‌تواند موجب تغییر ساختار خانواده شود و پدیده خانواده‌های تک‌والدی با سرپرستی زنان را در پی داشته باشد. نداشتن همسر، می‌تواند کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. کیفیت زندگی از نظر لغوی به معنی چگونگی زندگی کردن است. برخی از پژوهشگران این واژه را پیچیده‌تر از آن می‌دانند که بتوان آن را در یک جمله توصیف کرد. برخی از کارشناسان در مورد ذهنی بودن و پویا بودن این مفهوم توافق دارند. بیشتر آنها، باور دارند که کیفیت زندگی مفهومی چند بُعدی است و در برگیرنده حقایق مثبت و منفی زندگی است. از سوی دیگر، برخی آن را یک مفهوم فردی قلمداد می‌کنند؛ به این معنا که حتماً باید به وسیله خود شخص، و براساس نظر او و نه فرد جایگزین، تعیین شود (بشرپور، محمدی و اسدی شیشه‌گران، ۱۳۹۶). بنابراین، زنان باید بیاموزند که با خودباوری و اعتماد به نفس در پذیرش و توزیع مسئولیت‌ها، چه در خانواده و چه در جامعه شرکت کنند. در چارچوب این نظریه که ترکیبی از نظریه رفاه، برابری و فقرزدایی است، تلاش می‌شود با تواناسازی زنان از راه ترویج اندیشه‌های نو، آموزش مهارت‌هایی برای فعالیت در بخش‌های اقتصادی، ارتقای آگاهی همه اعضای جامعه از نقش‌های زنان (بویژه زنان سرپرست خانوار) و بهبود سطح رفاه آنها، پایه‌های استواری برای اقدام‌های بعدی در تأمین نیازهای راهبردی و حفظ نابرابری‌ها در همه عرصه‌ها فراهم آید (توفیقیان‌فر، عزیزی، صیفوری، بهجتی اصل و قایدگیوی، ۱۳۹۵). قراچه، دیره و امینی‌نژاد (۱۳۹۶) بیان داشته‌اند که مسئولیت و هزینه‌های قابل توجه و طاقت‌فرسای تأمین معاش خانواده بر عهده این قشر آسیب‌پذیر اجتماعی، در بسیاری از موارد، سخت و یا حتی ناممکن است و در صورت تحقق نیز، زندگی سرشار از سختی‌ها و محنت‌ها را متحمل این مادران پدرنما می‌کند. به عقیده شکوهی، رئیسی شاهرودی و یعقوبی (۱۳۹۷) توانمندسازی زنان سرپرست خانوار، می‌تواند از طریق شناسایی توانمندی‌های خاص خود، به روش روان‌درمانی مثبت‌گرا حاصل شود.

3. Padhy, Chelli & Padiri

1. Frish

2. Boyd & Bee

کند. در برخورد با موقعیت‌ها انعطاف‌پذیر^۳ باشد. با آرامش و متفکرانه، محیطی که در آن زندگی یا کار می‌کند را بهبود بخشد. این دیدگاه، به افراد یاد می‌دهد که سبک تبیین خوش‌بینانه^۴ را انتخاب نمایند و به این باور برسند که حوادث بد، ناپایدار هستند و در مورد رویدادهای ناخوشایند، به صورت سازنده و غیرجبری فکر کنند و به توانایی خود، برای مقابله با مشکلات استرس‌زا^۵، اعتماد داشته باشند. شعبان‌زاده، زارعی بهرام‌آبادی، حاتمی و زهراکار (۱۳۹۲) نتیجه گرفتند که میان سبک‌های مقابله با استرس و کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار شهر تهران رابطه وجود دارد. پژوهش‌هایی که اثر بخشی درمان مثبت‌گرا را تأیید کرده‌اند، مثل شکوهی و همکاران (۱۳۹۷)، هادیان فرد و عماد (۱۳۹۶)، فرنام و حمیدی (۱۳۹۵)، کمری و فولادچنگ (۱۳۹۵)، توفیق‌ان فرد و همکاران (۱۳۹۵)، پوررحیمی مرنی، احدی، عسگری و بخشی‌پور (۱۳۹۴)، اوکائوا، کاسلاس - گرتو، وایوز فونت و بوراس^۶ (۲۰۱۷)، چن و همکاران^۷ (۲۰۱۶) بوده‌اند.

با توجه به آنچه که گفته شد، از یک سو، آسیب دیدگان اجتماعی شهر آمل، به خصوص نمونه مورد مطالعه، زنان آسیب‌دیده، بی‌سرپرست، حاشیه‌نشین شهر، بیکار و... که از وضعیت اقتصادی مناسبی برخوردار نبوده و دارای مشکلات عدیده‌ای بودند که آنها را در مقابل رویدادهای روزمره زندگی، ناتوان کرده و موضعی درمانده داشتند و نیازمند این بودند که با روان‌درمانی مثبت‌گرا به آنان کمک شود تا هدفی برای خود تعیین کرده و آن را دنبال کنند و خود، به حل مشکلات خود، بپردازند. از این رو، پژوهشگران بر آن شدند که به این سؤال پاسخ دهند که: آیا روان‌درمانی گروهی مثبت‌گرا بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و سازش یافتگی اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر آمل مؤثر است؟

روش

طرح تحقیق، شرکت‌کنندگان و روش اجرا: روش این پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و دوره دو ماهه پیگیری، با یک گروه تجربی و یک گروه گواه توأم با گمارش تصادفی بود. گروه نمونه پژوهش شامل ۵۰ زن سرپرست خانوار

هستی می‌داند و از مهمترین خصوصیات این جهان، آن است که فقط برای خود فرد شناخته شده است و هیچ کس قادر به کشف و شناخت آن نیست و خودش تنها کسی است که می‌تواند بفهمد تجارب او چگونه ادراک شده‌اند و برایش چه معنایی دارد (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۹۵). سازش یافتگی در روانشناسی، رابطه‌ای است که ارگانسیم با توجه به محیطش، با محیط برقرار می‌کند، از طرفی سازش یافتگی به فرآیندهای روانشناختی که مردم را با تغییرات روزمره هماهنگ می‌کند، اشاره دارد. به عقیده تانی (۲۰۱۱)؛ به نقل از توکلی، کدیور، حسن‌آبادی و عرب‌زاده، (۱۳۹۷) نیز سازش یافتگی، هماهنگ ساختن رفتارها به منظور برآورده شدن نیازهای شخص می‌باشد. به نظر زاهد، رجیبی و امیدی (۱۳۹۱) سازگاری اجتماعی، شامل سازگاری فرد با محیط اجتماعی خود است که این سازگاری ممکن است با تغییر دادن خود و یا محیط به دست آید.

از منظر روانشناسی مثبت‌نگر، روانشناسان نباید فقط روی ثابت نگه داشتن مشکلات مردم کار کنند، بلکه باید به آنها کمک کنند تا بتوانند زندگی شادتر، غنی‌تر و کامل‌تری داشته باشند. در این رویکرد، به این مسأله پرداخته می‌شود که چه چیزی زندگی انسان را با ارزش‌تر می‌سازد. همانطور که سلینگمن و سیکزنت میهالی (۲۰۰۰)؛ به نقل از ویلنا و همکاران (۲۰۱۵) گفته‌اند، هدف از روانشناسی مثبت‌نگر تسریع تغییر نگاه روانشناسی از بهبود بدترین چیزها در زندگی، به ساختن بهترین کیفیت‌ها در زندگی است. فریش (۲۰۱۴) معتقد است که انسان باید تا جایی که می‌تواند در زمینه شاد زیستن تلاش خود را بکند، زیرا شاد زیستن مزایای فراوانی دارد از جمله: (۱) شادی، موجب ارتقاء کیفیت زندگی می‌شود؛ (۲) شادی، شانس موفقیت‌های خانوادگی، تحصیلی و شغلی را افزایش می‌دهد؛ (۳) شادی، موجب پیشگیری از بسیاری از اختلال‌های جسمی و روانی می‌شود. او می‌افزاید، شادی دارای سه جزء اساسی است: عواطف منفی کم، عواطف مثبت زیاد و احساس رضایت از زندگی.

روانشناسی مثبت، شادی را به صورت بحث روز جهان در آورده است. فوررد و سلینگمن^۲ (۲۰۱۲) معتقدند که آموزش مهارت مثبت‌نگری به فرد کمک می‌کند تا با استفاده از منطق، مشکلات را حل

5. stressor problems

6. Ochoa, Casellas-Grau, Vives Font & Borràs

7. Chen & et al

1. Vilhena & et al

2. Foreard & Seligman

3. flexible

4. optimistically explanation style

دو گویه این مقیاس، برای مطالعه کیفیت آشکار زندگی و سلامت عمومی افراد است که تنها در جمع کل نمره‌ها لحاظ می‌شود. روی هم رفته، این پرسشنامه چهار خرده مقیاس حیطه سلامت جسمانی (۷ گویه)، سلامت روانی (۶ گویه)، روابط اجتماعی (۲ گویه) و سلامت محیط (۸ گویه) را می‌سنجد. نمره هر گویه از ۱ (خیلی کم، هرگز، خیلی ناراضی‌ام)، تا ۵ (خیلی زیاد، همیشه، خیلی راضی‌ام)، قرار دارد. گفتنی است که سؤال‌های ۳، ۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در نتایج گزارش شده به وسیله گروه سازندگان مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. این پرسشنامه در ایران، به وسیله نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵) استانداردسازی شده است. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه برای خرده مقیاس سلامت جسمانی ۰/۸۲، سلامت روانی ۰/۷۵، سلامت روابط اجتماعی ۰/۷۷ و در مورد سلامت محیط ۰/۸۰ گزارش شده است (بشپور و همکاران، ۱۳۹۶).

۲) پرسشنامه امید به زندگی (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱): این پرسشنامه ۱۲ سؤال دارد. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۸ گزینه‌ای از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۸ می‌باشد. اشنایدر و لویز^۳ (۲۰۰۷) همسانی درونی کل آزمون را از ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و اعتبار آن را ۰/۸۰ گزارش کردند. نیز قابلیت اعتماد این مقیاس با آلفای کرونباخ توسط شیرین‌زاده و میرجعفری (۱۳۸۵)؛ به نقل از مرادی و فتحی، (۱۳۹۵) برای دو عامل کارگذار و گذرگاه ۰/۷۱ و ۰/۶۷ گزارش شد. نیز قابلیت اعتماد به دست آمده در پژوهش مرادی و فتحی (۱۳۹۵) با آلفای کرونباخ برای نمره کل این پرسشنامه ۰/۷۵ گزارش شد. ثنایی و همکاران (۱۳۹۲)؛ به نقل از مدحی و نجفی، (۱۳۹۷) ضریب آلفای کرونباخ کل را ۰/۸۴ و ضریب بازآزمایی آن را ۰/۸۰ گزارش نمودند.

۳) پرسشنامه سازش یافتگی اجتماعی (بل، ۱۹۶۱): این فرم در سال ۱۹۶۱ توسط بهیرام بل^۴، روانشناس امریکایی تدوین شد و دارای ۱۶۰ سؤال است که فقدان سازش یافتگی را در ۵ مقیاس خانه، سلامتی، عاطفی، شغلی و اجتماعی بررسی می‌کند و پاسخگویی به صورت بله و خیر است. هر بُعد آن شامل ۳۲ سؤال است. ضریب اعتبار قسمت سازش یافتگی اجتماعی این پرسشنامه به روش

بودند که به صورت در دسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و با جایگزینی تصادفی در دو گروه تجربی و گواه (هر گروه ۲۵ نفر) قرار گرفتند. به این صورت که، پس از اخذ مجوز از سازمان بهزیستی استان مازندران و تأسیس مرکز سلامت روانی محلی، با مراجعه به مساجد و مدارس نواحی حاشیه‌نشین شهر آمل، زنان سرپرست خانوار شناسایی شده و زنانی که مایل به شرکت در طرح بودند و همچنین معیارهای ورود به طرح را داشتند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: تمایل به شرکت در جلسات درمانی، پاسخ به پرسشنامه‌ها، نداشتن منع شغلی و پزشکی برای دریافت مداخله روانشناختی؛ و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ابتلا به اختلال‌های روانپزشکی به تشخیص روان‌پزشک، داشتن منع شغلی برای شرکت در جلسات مداخله، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی، و عدم پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها. از پرسشنامه‌های کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳)، امید به زندگی (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱) و سازش یافتگی اجتماعی (بل، ۱۹۶۱) برای بدست آوردن نمره‌های پیش آزمون (پیش از اجرای مداخله مثبت‌گرا)، در هر دو گروه گواه و آزمایشی در حضور پژوهشگر استفاده شد. سپس جلسات درمان بر اساس یک طرح از پیش تعیین شده به مدت ۱۲ جلسه (هفته‌ای یکبار به مدت ۹۰ دقیقه) برای گروه آزمایشی اجرا شد و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات روان‌درمانی گروهی، هر دو گروه، با همان سه پرسشنامه، برای بدست آوردن نمره‌های پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند و سرانجام، پس از دو ماه، مجدداً هر دو گروه، برای کسب نمره‌های پیگیری، مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک برنامه نرم‌افزاری SPSS-24 از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره^۱ استفاده شد. خلاصه‌ای از جلسات درمانی که با کمک مقاله رشید^۲ (۲۰۱۵) و کتاب "فنون روان‌شناسی مثبت‌نگر (راهنمای درمان‌گران)" اثر مگیار - مونی (۲۰۰۹)؛ ترجمه براتی سده، (۱۳۹۱) تدوین شد، در جدول ۱ آمده است.

ابزار

۱) پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳): در این پژوهش از فرم کوتاه این پرسشنامه (۲۶ سؤالی) استفاده شد.

3. Lopez & Snyder

4. Bell Adjustment Questioner (1961)

1. MANCOVA

2. Rashid

نفر در هر دو گروه همسران مبتلا به HIV مقاوم به مصرف دارو داشتند، ۱۱ نفر (۴۴ درصد) در گروه آزمایش و ۱۰ نفر (۴۰ درصد) در گروه گواه بیوه، طلاق گرفته یا همسر رها شده بودند و سرانجام، ۴ نفر (۱۶ درصد) در گروه آزمایش و ۵ نفر (۲۰ درصد) در گروه گواه از بیکاری و فقر شدید در رنج بودند.

یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در شرایط پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ آمده است.

مرور یافته‌های توصیفی ارائه شده در جدول ۲ نشان می‌دهد که نمرات کیفیت زندگی، امید به زندگی زنان سرپرست خانوار پس از شرکت در دوره‌های درمان گروهی افزایش و نمرات سازش یافتگی اجتماعی‌شان کاهش یافته است (کاهش نمره سازش یافتگی نشانه افزایش سازش یافتگی اجتماعی است)؛ به منظور تحلیل داده‌های پژوهش و بررسی وجود یا عدم وجود تفاوت معنادار در مراحل پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. مفروضه نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف مورد تأیید قرار گرفت. با استفاده از نمودار پراکنندگی متغیرها، خطی بودن روابط بین متغیرها نیز تأیید شد و آزمون همبستگی بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون و گروه‌ها) و متغیر مستقل اصلی (روان‌درمانی گروهی مثبت‌گرا)، نیز حاکی از عدم همخطی چندگانه بین متغیرها بوده است. نتایج آزمون چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جدول ۳ آمده است.

همبستگی موارد فرد و زوج، با استفاده از فرمول پیشگویی اسپیرمن - براون ۰/۸۸ گزارش شد. اعتبار آزمون بازآزمون این پرسشنامه در راهنمای آزمون از مقادیر ۰/۷۰ تا ۰/۹۳ و ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شد. بل ضرایب اعتبار (پایایی) را برای خرده مقیاس‌های سازش یافتگی در خانه، سازش یافتگی بهداشتی، سازش یافتگی اجتماعی، سازش یافتگی عاطفی و سازش یافتگی شغلی و برای کل آزمون به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۵، ۰/۹۴ گزارش کرد. همچنین، این آزمون درستی بالایی در تشخیص گروه-های بهنجار از نوروٹیک و همبستگی با آزمون‌های شخصیت آیسنگک نشان داد (بل، ۱۹۶۲؛ به نقل از فتیح آشتیانی، ۱۳۹۵). بُعد سازگاری اجتماعی در این پرسشنامه ۳۲ گویه دارد و افراد را در سه سطح قوی و متوسط و ضعیف دسته‌بندی می‌کند. نمره پایین در این شاخص، نشان‌دهنده سازگاری بهتر در حوزه اجتماعی است.

یافته‌ها

از ۵۰ زن شرکت‌کننده در این پژوهش، ۹ نفر (۳۶ درصد) در گروه آزمایش و ۱۱ نفر (۴۴ درصد) در گروه گواه بین ۳۱ تا ۴۰ ساله بودند. ۱۶ نفر (۶۴ درصد) در گروه آزمایش و ۱۴ نفر (۵۶ درصد) در گروه گواه از ۴۰ سال به بالا سن داشتند. ۱۰ نفر (۴۰ درصد) در گروه آزمایش و ۹ نفر (۳۶ درصد) در گروه گواه تحصیلات زیر دیپلم داشته، ۱۵ نفر (۶۰ درصد) در گروه آزمایش و ۱۶ نفر (۶۴ درصد) در گروه گواه تحصیلات بالای دیپلم داشتند. ۵ نفر (۲۰ درصد) در هر دو گروه همسران مبتلا به سوء مصرف مواد داشته، ۵

جدول ۱. محتوای ۱۲ جلسه‌ای روان‌درمانی گروهی مثبت‌گرا

شماره جلسات	هدف
جلسه اول	تنظیم قوانین گروه با همکاری اعضای گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و ایجاد رابطه مبتنی بر اعتماد میان اعضا
جلسه دوم	آشنایی با مبانی روان‌درمانی مثبت‌گرا همراه با آموزش مقدماتی، تشریح فرآیند برنامه آموزشی درمانی و اهداف برای شرکت‌کنندگان در چارچوب روان‌درمانی مثبت‌گرا، بیان نقش فقدان هیجان‌های مثبت، توانمندی‌های منش و تهی بودن زندگی، تکلیف خانگی: ثبت حالات هیجانی خود پس از احساس ناامیدی
جلسه سوم	توصیف توانمندی‌های خاص، شناسایی توانمندی با استفاده از تمرین معرفی مثبت خود و بحث در باره استفاده از این توانمندی‌ها در گذشته، تکلیف خانگی: یادداشت نقاط قوت خویش
جلسه چهارم و پنجم	پرورش توانمندی‌های خاص و هیجان‌های مثبت، بحث درباره رشد توانمندی‌های خاص، ذکر مثال‌هایی برای شکل دادن به رفتارهای خاص، عینی و قابل دستیابی به منظور پرورش توانمندی‌ها، نقش هیجان‌های مثبت در زندگی، تکلیف خانگی: یادداشت توانمندی‌های به دست آمده در طول هفته
جلسه ششم	بررسی میان‌دوره
جلسه هفتم و هشتم	خاطرات خوب و خاطرات بد، نقش خاطرات خوب و بد در خلق افراد، گفتگو در باره بخشش، تکلیف خانگی: نامه بخشش و تمرین شکرگزاری
جلسه نهم	خوش‌بینی و بدبینی، بحث و گفتگو درباره خوش‌بینی و بدبینی، تکلیف خانگی: تمرکز بر خوبی‌ها و نقاط مثبت چیزهایی که با آن برخورد دارند، توانایی اعتماد به توانمندی‌های خود
جلسه دهم و یازدهم	لذات، فنون لذت‌چشی، تکلیف خانگی: کمک گرفتن از دیگران برای تهیه و اولویت‌بندی لیستی از همه توانمندی‌ها و خوبی‌های خود
جلسه دوازدهم	جمع‌بندی و مرور پیشرفت‌ها، انجام پس‌آزمون

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های سه مرحله آزمون در دو گروه و متغیرهای وابسته پژوهش

نوع آزمون	عضویت گروهی	گروه مثبت گرا		گروه گواه	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	کیفیت زندگی	۷۱/۵۳	۱۲/۱۷	۷۱/۵	۱۲/۱
	امید به زندگی	۴۰/۳۲	۵/۵	۴۳/۴۸	۱۲/۸
	سازش یافتگی اجتماعی	۱۹/۰۸	۷/۱۵	۱۸/۹۶	۶/۷۹
پس آزمون	کیفیت زندگی	۸۲/۸۳	۹/۸۲	۷۲/۰۳	۱۲
	امید به زندگی	۴۹/۶	۵/۸۵	۴۰/۴۴	۶/۱۷
	سازش یافتگی اجتماعی	۱۳/۴۸	۷/۲۲	۱۹/۴۷	۶/۸
پیگیری	کیفیت زندگی	۸۲/۳۵	۹/۹۴	۷۱/۳۸	۱۱/۵
	امید به زندگی	۴۹/۲	۶/۷۸	۳۹/۳۲	۶
	سازش یافتگی اجتماعی	۱۳/۴	۷/۰۴	۱۹/۴۴	۶/۷۶

جدول ۳. نتایج آزمون‌های چهار گانه تحلیل کواریانس چند متغیره

نام آزمون	مرحله آزمون	ارزش	نسبت F	درجات آزادی df ₁	درجات آزادی df ₂	معنی داری	مربع ایتای سهمی
اثر پیلاهی	پس آزمون	۰/۴۲۰	۱۰/۶۲	۳	۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۰
	پیگیری	۰/۳۹۴	۹/۵۳	۳	۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹۴
لامبدای ویلکز	پس آزمون	۰/۵۸۰	۱۰/۶۲	۳	۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۰
	پیگیری	۰/۶۰۶	۹/۵۳	۳	۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹۴
اثر هوتلینگ	پس آزمون	۰/۷۲۴	۱۰/۶۲	۳	۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۰
	پیگیری	۰/۶۵۰	۹/۵۳	۳	۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹۴
بزرگترین ریشه روی	پس آزمون	۰/۷۲۴	۱۰/۶۲	۳	۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۰
	پیگیری	۰/۶۵۰	۹/۵۳	۳	۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹۴

مندرجات جدول ۳ حاکی است که مقدار F محاسبه شده در آزمون چندمتغیره ۱۰/۶۲ در پس آزمون و ۹/۵۳ در مرحله پیگیری و در سطح معنی داری $P < ۰/۰۰۰۱$ می باشد. از این رو، می توان گفت بین دو گروه آزمایش و گواه، در متغیرهای ترکیبی وابسته تفاوتی معنی دار وجود دارد. نتایج جدول ۴ نیز نشان می دهند که پس از کنترل اثرات پیش آزمون، تفاوتی معنی دار بین نمره‌های پس آزمون در هر یک از متغیرهای کیفیت زندگی ($F = ۸/۰۲۴$ ، $p = ۰/۰۰۷$)،

امید به زندگی ($F = ۱۰/۹۶$ ، $p = ۰/۰۰۲$) و سازش یافتگی اجتماعی ($F = ۱۵/۹۸$ ، $p < ۰/۰۰۰۱$) در دو گروه آزمایش و گواه وجود دارد و در مرحله پیگیری نیز، تفاوت معنی داری در کیفیت زندگی ($F = ۸/۶۲$ ، $p = ۰/۰۰۵$)، امید به زندگی ($F = ۱۰/۳۴$ ، $p = ۰/۰۰۲$) و سازش یافتگی اجتماعی ($F = ۱۵/۵۶$ ، $p < ۰/۰۰۰۱$) بین دو گروه آزمایش و گواه وجود داشت.

جدول ۴. نتایج آزمون بین گروهی تحلیل کواریانس چند متغیره

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معنی داری	مربع ایتای سهمی
پیش آزمون - پس آزمون	کیفیت زندگی	۵۸۰	۱	۵۸۰	۸/۰۲۴	۰/۰۰۷	۰/۱۴۹
	امید به زندگی	۱۱۵	۱	۱۱۵	۱۰/۹۶	۰/۰۰۲	۰/۱۹۲
	سازش یافتگی اجتماعی	۹۲	۱	۹۲	۱۵/۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۲۵۸
پیش آزمون - پیگیری	کیفیت زندگی	۵۸۸	۱	۵۸۸	۸/۶۲	۰/۰۰۵	۰/۱۵۸
	امید به زندگی	۱۰۸	۱	۱۰۸	۱۰/۳۴	۰/۰۰۲	۰/۱۸۴
	سازش یافتگی اجتماعی	۹۶	۱	۹۶	۱۵/۵۶	۰/۰۰۰۱	۰/۲۵۳

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی روان‌درمانی گروهی مثبت‌گرا بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و سازش یافتگی اجتماعی زنان سرپرست خانوار بود. نتایج حاصل از این پژوهش، با نتایج پژوهش‌های شکوهی و همکاران (۱۳۹۷)، هادیان فرد و عماد (۱۳۹۶)، فرنام و حمیدی (۱۳۹۵)، کمری و فولادچنگ (۱۳۹۵)، اوکوتا و همکاران (۲۰۱۷) و چن و همکاران (۲۰۱۶) همسو بوده است. علاوه بر این، بسیاری از مطالعات بر وجود رابطه مثبت معنی‌دار قوی بین مثبت‌نگری و کیفیت زندگی آنچنان متمرکز شدند که توصیه کردند در امور بالینی، جهت ارزیابی کیفیت زندگی، از پرسشنامه مثبت‌نگری استفاده شود (رامیز - مستر، استیو و لویز، ۲۰۱۲؛ کانورسانو^۲ و همکاران، ۲۰۱۰؛ هرزبرگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۳). از نظر این دیدگاه، منفی‌نگری می‌تواند کیفیت زندگی را کاهش دهد (واسند، کوئل، رویز و شانک^۴، ۲۰۱۱؛ زنگر، گلاسر، هوکل و هینز^۵، ۲۰۱۱). نوربالا، قربانی و غلامعلی لوانسانی (۱۳۹۷) به نقش میانجی خودشناسی (و توانایی‌های منش که در آموزه‌های مثبت‌گرا مطرح می‌باشد) در سبک‌های دفاعی و علائم جسمانی - سازی و سلامت افراد اشاره داشته‌اند.

در تبیین یافته‌های حاضر باید بیان داشت که بررسی نتایج تحقیقات نشان داد آموزش روانشناسی مثبت‌نگر، روش جدیدی از پردازش شناختی و نظم‌جویی هیجان‌ها را فراهم می‌کند و مشکلات میان فردی و روانی را کاهش می‌دهد. عنصر اساسی مداخله روان‌درمانی مثبت‌نگر، آموزش مراجع برای هدایت توجه‌اش به سمت هیجان‌های مثبت و ایجاد منابع مثبت است. افزایش هیجان‌های مثبت، منجر به روش‌های سازگارانه‌تر پاسخ به موقعیت‌های دشوار می‌شود. در نهایت، این امر به افزایش کیفیت زندگی و کاهش نشانگان منفی هیجان‌ها منجر خواهد شد. براساس تحقیقات یاد شده، آموزش مثبت‌نگری به منظور تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود، ارتباط مثبت با دیگران و زندگی، و نیز افزایش حرمت خود می‌تواند کمک‌کننده باشد. همچنین آموزش مهارت خوش‌بینی و مثبت‌نگری، فرد را تشویق می‌کند تا تجربه‌های مثبت و خوب خود را شناسایی کرده، و نقش آنها را در افزایش و ارتقای احترام به خود و دیگران و حرمت

خود، بازشناسد. همچنین به افراد آموزش داده می‌شود تا در جهان، موضعی فعال اتخاذ کنند و زندگی خود را شخصاً شکل دهند. ریف^۶ (۲۰۱۴) معتقد است در شرایطی که بهزیستی مبتنی بر لذت، به افزایش لذت، عواطف مثبت، تعادل عاطفی، هیجان‌ات مثبت و رضایت از زندگی تأکید می‌ورزد، بهزیستی مبتنی بر سعادت‌مندی مؤلفه‌هایی چون رشد قابلیت‌ها و فضیلت‌ها، خودشکوفایی، هدفمندی و معناداری زندگی را شامل می‌شود و از خشنودی خود، فراتر می‌رود. فردریکسون^۷ و همکاران (۲۰۱۳) نیز اشاره کردند که در سطح سلولی - مولکولی، شرایط به سود بهزیستی مبتنی بر سعادت‌مندی است (همان اصلی که سلیگمن به عنوان شادی اصیل معرفی کرد و در آموزه‌های مثبت‌نگری لحاظ می‌شود). به عبارت دیگر، انسان‌ها به لحاظ ژنتیک، به کیفیت بهزیستی تجربه شده، حساس‌ترند تا آنچه که به عنوان تجربه عاطفی در سطح هوشیاری رخ می‌دهد. این تمایز بین بهزیستی مولکولی و بهزیستی عاطفی به طور بالقوه، دریچه‌ای عینی به سوی فلسفه اخلاق می‌گشاید؛ رویکردی که در بهره‌گیری از نشانه‌های سلامت و زیست‌شناسی آدمی ریشه دارد که محصول تکامل دومیون ساله نقشه ژنتیکی آدمی با هدف یاری رساندن به او برای بقا و کامیابی هستند. همچنین، هلر^۸ و همکاران (۲۰۱۳) با تصویربرداری مغناطیسی کارکردی^۹ نشان دادند افرادی که شادی‌های پایدارتری دارند، مشابه آنچه در بهزیستی مطابق با اصل مثبت‌نگری می‌باشد، افرادی با فعالیت پایدار در جسم مخطط و بخش خلفی جانبی قشر پیش‌پیشانی هستند که هنگام مواجهه با محرک‌های مختلف بخش‌های یاد شده مغزی در آنها، برای زمان بیشتری با محرک‌های مثبت درگیر می‌ماند و ترشح کورتیزول در آنها نیز پایین‌تر است. به نظر می‌رسد این نوع از بهزیستی، با نظم‌جویی عاطفه کوتاه‌مدت و بلندمدت، افراد را به جستجوی راه‌هایی برای سازش یافتگی با شرایط محیطی برمی‌انگیزاند، در حالی که بهزیستی مبتنی بر لذت‌گرایی، بیشتر با رضایت و لذت زودگذر از شرایط لحظه‌ای سر و کار دارد. در این پژوهش، با تمرین‌هایی چون دیدن نقاط قوت خویش، شکرگزاری، بخشش، دیدن درهای باز در هنگام مواجهه با رویدادهای زندگی، شرکت‌کنندگان اظهار داشتند با انجام این تمرین‌ها، احساسی قوی از انعطاف‌پذیری، خودکارآمدی، حرمت

6. Ryff

7. Fredrickson & et al

8. Heller & et al

9. fMRI

1. Ramirez-Maestre, Esteve & Lopez

2. Conversano & et al

3. Herzberg & et al

4. Vassend, Quale, Roise & Schanke

5. Zenger, Glaesmer, Hockel & Hinz

خود، منبع کنترل درونی، خوش‌بینی، تسلط، سرسختی، امید، توانمندی خود، پذیرش و عزم و اراده در خود یافتند که شاید قبلاً نیز موجود بود، اما آن را نمی‌دیدند یا به آن توجهی نداشتند. از این رو، نتایج سلامت مرتبط با کیفیت زندگی را دربر داشتند. همچنین، زارعی، قربانی، بشارت و غریبی (۱۳۹۶) به نقش میانجی‌گرانه خودمهارگری و تفکر سازنده در رابطه بین تنیدگی ادراک شده با رضایت از زندگی اشاره کرده‌اند که آموزه‌های مثبت‌گرا را نیز در بر دارد.

گروهی از پژوهشگران به نقش «امید» در کیفیت زندگی اشاره کرده‌اند؛ از جمله آنان، یعقوبی، فرتن‌بغا و محقق (۱۳۹۳) بحث می‌کنند که امید، با سلامت روانی و جسمی که با انواع مقیاس‌ها مانند پاسخ مثبت به مداخله پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، پرهیز از رویدادهای پرفشار زندگی، نشاط و شادکامی در امور زندگی، مسأله‌گشایی همبستگی مثبت دارد و آنها را پیش‌بینی می‌کند. همچنین تحقیقاتی دیگر نیز اهمیت امید را بر سلامت جسمی و روانی مورد تأیید قرار دادند. این تحقیقات به بررسی اثربخشی امید درمانی گروهی بر میزان سلامت روانی پرداختند که نتایج نشان داد برنامه امید درمانی منجر به افزایش امید و سلامت روانی و کاهش نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی شد. برخی دیگر، به بررسی معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان، در زنان پرداختند و نشان دادند که بین معناداری زندگی و امید، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد و امید، در رابطه بین معنی‌داری زندگی و رضایت از زندگی و شاخص‌های سلامت روان، نقش واسطه‌ای داشت و معنی‌داری زندگی در تعامل با امید، می‌تواند سبب افزایش شادی و رضایت از زندگی و کاهش افسردگی گردد (رضایی، بیانی و شریعت‌نیا، ۱۳۹۴؛ مرادی و فتحی، ۱۳۹۵). همچنین، مدحی و نجفی (۱۳۹۷) به نقش امید و رواندستی معنوی در کیفیت زندگی اشاره کرده‌اند. امید، سازه‌ای نزدیک به خوش‌بینی است. اشنایدر (۲۰۰۲) امید را به‌عنوان سازه‌ای با دو مؤلفه، مفهوم‌سازی کرده که عبارتند از: توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به سوی هدف‌های مطلوب به رغم وجود موانع؛ و انگیزش برای استفاده از این گذرگاه‌ها. افراد دارای سطوح امیدواری بالا، وقتی در بزرگسالی با مسائلی مواجه می‌شوند، تمایل پیدا می‌کنند که مسائل مهم و بزرگ را به مسائل کوچک، روشن و قابل اداره تجزیه کنند. اگر ادراکات عادی انسان با یک

مفهوم مثبت از خود و کنترل شخصی و یک دیدگاه خوش‌بینانه، حتی کاذب در مورد آینده همراه شود، نه تنها در اداره جزر و مد زندگی، بلکه در کنار آمدن با حوادث بسیار استرس‌زا و تهدیدکننده زندگی به افراد کمک می‌کند. سلیگمن نیز معتقد است آموختن اینکه افراد پس از هر شکست، چگونه مسیر افکار خود را به سمت خوش‌بینی سوق دهند، مهارتی دائمی به آنان می‌دهد که بتوانند بر افسردگی و ناامیدی غلبه نمایند. همچنین، به آنان یاری می‌کند که از سلامت بیشتری برخوردار باشند. این مهارت در حل مشکلات، غلبه بر یأس و ناامیدی، بهبود بیماری‌ها، سلامت روانی و جسمانی انسان مؤثر است. سلیگمن بر این باور است که می‌توان خوش‌بینی را یاد گرفت. سطح خوش‌بینی عمیقاً می‌تواند اتفاقی را که می‌خواهد رخ نماید، تغییر دهد. وی خوش‌بینی را ابزاری می‌داند که به فرد کمک نموده تا به اهداف از پیش تعیین‌شده خود برسد. پیترسن^۱ (۲۰۰۶) نیز بیان می‌دارد که خوش‌بینی با خلق مثبت و اخلاق خوب رابطه دارد. خوش‌بینی با پشتکار، شهرت عمومی، موفقیت تحصیلی، ورزشی، نظامی، شغلی، سیاسی و خانوادگی، سلامت و حتی طول عمر و فقدان ضربه‌های عاطفی ناشی از ناامیدی رابطه مثبت نشان داده است. از نظر اشنایدر (۲۰۰۲) سه الگوی انسداد هدف وجود دارد که انسان‌ها را مستعد افسردگی بالینی می‌کند: (۱) مسدود شدن یک هدف مهم و اساسی؛ (۲) انتخاب اهدافی که رضایت‌بخش نیستند؛ و (۳) انتظار تعمیم یافته برای شکست. همچنین از نظر او، از دست رفتن عامل با انسداد هدف و ناتوانی در ایجاد گذرگاه‌های مناسب، می‌تواند فرد را مستعد افسردگی کند. در امید درمانی سعی بر آن است که این الگوها اصلاح شود تا میزان افسردگی کمتر شده و آسیب‌پذیری نسبت به این اختلال کاهش یابد. به این منظور، به افراد آموزش داده می‌شود تا «گذرگاه» و «اهداف» بیشتری در خود ایجاد کنند و با تمرکز بر موفقیت‌های گذشته، به تعمیم انتظار برای موفقیت پردازند. به علاوه، در نظریه امید، اهداف، منبع اصلی هیجان هستند و هیجان مثبت از طریق دستیابی به هدف یا تصور نزدیک شدن به آن به وجود می‌آید و این هیجان مثبت نیز موجب از بین رفتن علائمی مانند نبود انرژی یا خلق افسرده می‌شود. در نتیجه امید درمانی به دلیل کمک به فرد برای تعیین اهداف مهم، ایجاد انگیزه و به تبع آن، ایجاد علاقه نسبت به فعالیت‌های زندگی در فرد و طراحی مسیرهایی برای رسیدن به این اهداف، می‌تواند موجب افزایش شادکامی شود.

^۱. Peterson

گروهی بودند و اثربخشی تمرین‌های نوع‌دوستی و شکرگزاری روانشناسی مثبت‌نگر برجسته‌تر بود. یکی دیگر از تمرین‌هایی که در جلسات درمان این پژوهش به شرکت‌کنندگان گروه آزمایش داده شد، تمرین بخشش بود. بخشش، افراد را در مقابل تجارب و برداشت‌های منفی حفظ می‌کند و سازش یافتگی اجتماعی را افزایش می‌دهد. بخشش، منجر به کاهش انگیزه برای اقدامات تلافی‌جویانه و افزایش انگیزه برای حسن نیت نسبت به افراد می‌گردد. این گرایش، سوءظن و قضاوت بد در مورد افراد را کاهش می‌دهد و از بروز رفتار نامناسب اجتماعی جلوگیری می‌کند و اجازه می‌دهد تا فرد آسیب‌دیده، در رفتارهای اجتماعی مثبت نسبت به افراد، ابتکار عمل نشان دهد و منجر به برقراری روابط مثبت با دیگران شود. این امر، چرخه معیوب رویدادهای مربوط به روابط با دیگران و درگیری‌های بین‌فردی را کاهش می‌دهد و منجر به افزایش بهزیستی روانشناختی و سازش یافتگی اجتماعی می‌شود. همچنین، توکلی و همکاران (۱۳۹۷) بیان داشته‌اند که آگاهی و پذیرش هیجانات یکی از راهکارهای مؤثر افزایش سازش یافتگی اجتماعی می‌باشد. کاشانکی و بشارت (۱۳۹۷) نیز اشاره داشته‌اند که انواع بخشش (بخشش خود، بخشش دیگران و بخشش موقعیت‌ها) در بهبود رابطه بین‌فردی، پیش‌بینی قوی و مؤثر می‌باشد.

از محدودیت این پژوهش می‌توان به استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی و شبه‌آزمایشی بودن تحقیق حاضر (و به همین خاطر، عدم اطمینان در تعمیم یافته‌ها به جامعه آماری) اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا به روش آزمایشی در بین جامعه آماری آسیب‌دیدگان اجتماعی در گروه‌های دیگر (مانند: جوانان بزه‌کار، دختران فراری، کودکان کار و...) نیز انجام شود و یا در شهرها و استان‌های دیگر کشور نیز این پژوهش تکرار گردد تا نتایج آن با نتایج این پژوهش مقایسه و در یک فراهلیل بررسی گردد.

منابع

بشرپور، سجاد؛ محمدی، نسیم و اسدی شیشه‌گران، سارا (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار. *فصلنامه زن و جامعه*، ۲۸(۲)، ۱-۱۴.

پوررحیمی مرنی، مریم؛ احدی، حسن؛ عسگری، پرویز و بختیارپور، سعید (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش شادکامی فوردایس بر راهبردهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی و خوش‌بینی دانشجویان دختر. *فصلنامه*

با توجه به نتایج این پژوهش، متخصصان می‌توانند از این برنامه درمانی در کار با افرادی که دچار اختلال خلقی هستند نیز استفاده نمایند. در این پژوهش، به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد هدفی رضایت‌بخش یا معنایی در زندگی خود یافته، و آن را با توجه به نقاط قوت تعریف شده در خود، دنبال کنند. همچنین یادآوری خاطرات موفقیت‌های گذشته، یکی دیگر از تمرین‌های این پژوهش در جلسات درمان بود؛ که از نتایج آن می‌توان به افزایش امید به پیروزی و کاهش انتظارات شکست نام برد. برای مسدود شدن هدف‌های مهم و اساسی زندگی نیز، به آنان تمرین دیدن درهای باز در مقابل درهای بسته، دیدن راه رشد و توسعه توانمندی‌های خود، داده شد، که در نتیجه، آنان بتوانند اهداف خود را مسدود نپنداشته، بلکه تغییر مسیری در جهت رشد و تعالی خویشتن ببینند.

افراد امیدوار، به جای تمرکز بر رویدادهای ناگوار، از آنها درس گرفته و در پی‌گیری اهداف آینده از آن استفاده می‌کنند. علاوه بر اثرات روانشناختی، امید، همبسته‌های زیست‌شناختی متعددی نیز دارد که شامل کارکرد مؤثر انتقال‌دهنده‌های عصبی سروتونین و آدرنالین، کارکرد مؤثر دستگاه ایمنی، پیوند فزاینده انتقال‌دهنده عصبی گابا و بازداری یادآوری رویدادهای فشارانگیز، افزایش اکسی‌توسین و افیون‌های درون‌زاد که به تحمل فشار کمک می‌کند (کار، ۲۰۰۴؛ ترجمه پاشاشریفی و نجفی زند، ۱۳۹۱). آموزش امید، باعث افزایش سطح توانمندی‌های رفتاری مثل خودنظم‌دهی، آینده‌نگری، تواضع و بخشش می‌گردد. افرادی که از خودنظم‌دهی بالاتری برخوردارند، با سایر افراد راحت‌تر هستند و سازش یافتگی بهتری با دیگران دارند و همچنین احساس رضایت بیشتری در روابط بین‌فردی دارند. ضمن اینکه خویشتن‌پذیری و عزت‌نفس بالاتری را گزارش می‌کنند. همچنین، در تبیین تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر افزایش سازش یافتگی اجتماعی می‌توان به تأثیر بسزای تمرین‌های نوع‌دوستی، شکرگزاری و نقاط قوت شخصی اشاره کرد. مطالعات بوهم، لیوبومیرسکی و شلدون^۱ (۲۰۱۱) نشان داده که مداخلات بهزیستی روانی از طریق روانشناسی مثبت‌نگر، برای افراد در زمینه‌های مختلف فرهنگی مؤثر است. با این حال، در فرهنگ‌های فردگرا، تمرکز بر روی بهزیستی روانی خود، به جای تلاش برای تقویت و رضایت بیشتر همگان می‌باشد؛ در حالی که در فرهنگ‌های جمع‌گرا که به جای تمرکز بر خود و اهداف فردی، به دنبال افزایش بهزیستی روانی

^۱ Boehm, Lyubomirsky & Sheldon

- زن و جامعه، ۶(۳)، ۲۵-۴۰.
- توفیقیان فر، علی حسن؛ عزیزی، جمشید؛ صیفوری، بتول؛ بهجتی اصل، فخرالدین و قایدگیوی، فرود (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین طرح‌های خودکفایی کمیته امداد امام خمینی (ره) و توانمندسازی زنان سرپرست خانوار (مطالعه مورد: استان کهگیلویه و بویراحمد). فصلنامه زن و جامعه، ۷(۲)، ۸۹-۱۱۴.
- توکل، وحید؛ کدیور، پروین؛ حسن آبادی، حمیدرضا و عرب‌زاده، مهدی (۱۳۹۷). بررسی تأثیر آموزش راهبردهای هیجان‌مدار بر سازگاری تحصیلی دانش‌آموزان ناسازگار. مجله علوم روانشناختی، ۱۷(۶۶)، ۲۴۶-۲۵۸.
- جمشیدی‌ها، غلامرضا؛ کردی، حسین و محمدی، مهدی (۱۳۹۲). بررسی رابطه کیفیت زندگی دانشجویان با نگرش کارآمد به نظام سیاسی. فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی فرهنگی، ۱۱(۲)، ۲۸-۵۰.
- رضائی، طاهره؛ بیانی، علی اصغر و شریعت‌نیا، کاظم (۱۳۹۴). پیش‌بینی سلامت روان بر اساس متغیرهای عزت‌نفس، رضایت از زندگی و امید در دانشجویان. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت ایران، ۳(۳)، ۲۴۲-۲۵۲.
- زارعی، ابوالفضل؛ قربانی، نیما؛ بشارت، محمدعلی و غربی، حمیدرضا (۱۳۹۶). بررسی نقش میانجی‌گرانه خودمهارگری و تفکر سازنده در رابطه بین تنیدگی ادراک شده با رضایت از زندگی. مجله علوم روانشناختی، ۱۶(۶۳)، ۳۰۹-۳۲۲.
- زاهد، عادل؛ رجبی، سعید و امیدی، مسعود (۱۳۹۱). مقایسه سازگاری اجتماعی، هیجانی، تحصیلی و یادگیری خودتنظیمی در دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۱۱(۲)، ۴۳-۶۲.
- شعبان‌زاده، افسانه؛ زارع بهرام‌آبادی، مهدی؛ حاتمی، حمیدرضا و زهراراکر، کیانوش (۱۳۹۲). بررسی رابطه میان سبک‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شهر تهران. فصلنامه زن و جامعه، ۴(۴)، ۱-۲۰.
- شفیع‌آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا (۱۳۹۵). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- شکوهی، جواد؛ رئیسی شهرویی، حفصه و یعقوبی، نورمحمد (۱۳۹۷). شناسایی و اولویت‌بندی استراتژی‌های توسعه کارآفرینی اجتماعی در حوزه زنان سرپرست خانوار (مورد مطالعه: استان سیستان و بلوچستان). فصلنامه زن و جامعه، ۹(۳)، ۲۴۵-۲۷۰.
- فتحی آشتیانی، علی (۱۳۹۵). آزمون‌های روانشناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: انتشارات بعثت.
- فرنام، علی و حمیدی، محمد (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مثبت‌نگری در افزایش امید با تأکید بر قرآن و آموزه‌های اسلامی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۲۲، ۲۳-۳۵.
- قراچه، سیف‌الله؛ دیره، عزت و امینی‌نژاد، غلامرضا (۱۳۹۶). تعیین رابطه بین خودارزشیابی‌های محوری با اشتیاق شغلی در زنان شاغل سرپرست خانوار کمیته امداد شهر اهواز. فصلنامه زن و جامعه، ۱۸(۱)، ۳۷-۵۶.
- کار، آلن (۲۰۰۴). روانشناسی مثبت: علم شادمانی و نیرومندی‌های انسان. ترجمه: حسن پاشا شریفی و جعفر نجفی زند (۱۳۹۱). تهران: نشر سخن.
- کاشانکی، حامد و بشارت، محمد علی (۱۳۹۷). کیفیت روابط بین‌فردی براساس بخشش خود، بخشش دیگران و بخشش موقعیت‌ها. مجله علوم روانشناختی، ۱۷(۶۸)، ۴۰۹-۴۱۷.
- کمری، سامان و فولادچنگ، محبوبه (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش معنویت درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری بر میزان امید به زندگی و رضایت از زندگی نوجوانان. مجله پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۱۶(۱)، ۵-۲۳.
- مدحی، صغری و نجفی، محمود (۱۳۹۷). رابطه رواندستی معنوی و امید با کیفیت زندگی و شاد زیستی در سالمندان. مجله علوم روانشناختی، ۱۷(۶۵)، ۷۸-۹۴.
- مرادی، مسعود و فتحی، داوود (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر امید به زندگی و بهزیستی معنوی دانشجویان سوگ‌دیده. مجله مطالعات روانشناختی، ۱۲(۳)، ۶۵-۸۲.
- مگیار- مونی، جی.ال (۲۰۰۹). فنون روان‌شناسی مثبت‌گرا (راهنمای درمانگران). ترجمه: فریده براتی سده (۱۳۹۱). تهران: انتشارات رشد.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نایینی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، سیدرضا (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BRIEF). فصلنامه دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴)، ۱-۱۲.
- نوربالا، فاطمه؛ قربانی، نیما و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۷). نقش میانجیگر خودشناسی در رابطه بین سبک‌های دفاعی و علائم جسمانی‌سازی. مجله علوم روانشناختی، ۱۷(۶۶)، ۲۰۰-۲۱۲.
- هادیان فرد، حبیب و عماد، یاسمن (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر افسردگی با تأکید بر مفاهیم اسلامی. نشریه ادیان و عرفان، ۵(۲)، ۲۶۷-۲۹۲.
- یعقوبی، ابوالقاسم؛ فروتن‌بغا، پریسا و محقق، حسین (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی آموزش امید بر سبک‌های اسنادی دانشجویان. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۵(۱۷)، ۱۹-۳۳.

- based approach. *Journal of Positive Psychology*, 10(1), 25-40.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudemonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 10-28.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry*, 13, 249-275.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2007). *Positive Psychology: The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths*. Thousand Oaks
- Vassend, O., Quale, A. J., Roise, O., & Schanke, A. K. (2011). Predicting the long-term impact of acquired severe injuries on functional health status: the role of optimism, emotional distress and pain. *Spinal Cord*, 49(12), 1193-1197.
- Vilhena, E., Pais-Ribeiro, J., Silva, E., Pedro, L., Meneses, R. F., Cardoso, H., & et al. (2015). Psychosocial factors as predictors of quality of life in chronic Portuguese patients. *Health Quality Life Out-comes*, 12, 3-11.
- Zenger, M., Glaesmer, H., Hockel, M., & Hinz, A. (2011). Pessimism predicts anxiety, depression and quality of life in female cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 41(1), 87-94.
- Alexander J, Harrison AG (2013). Cognitive Boehm, J. K., Lyubomirsky, S., & Sheldon, K. M. (2011). A longitudinal experimental study comparing the effectiveness of happiness-enhancing strategies in Anglo Americans and Asian Americans. *Cognition & Emotion*, 25, 1263-1272.
- Boyd, D., & Bee, H. (2012). *Lifespan development*. Publisher: Pearson.
- Chen, W., Niu, G. F., Zhang, D.J., Fan, C. Y., Tian, Y., & Zhou, Z. K. (2016). Socio-economic status and life satisfaction in Chinese adolescents: Analysis of self-esteem as a mediator and optimism as a moderator. *Personality and Individual Differences*, 95, 105-109.
- Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Vista, O. D., Arpone, F., & Reda, M. A. (2010). Optimism and Its Impact on Mental and Physical Well-Being. *Clinical Practice and Epidemiology Mental Health*, 6, 25-29.
- Foreard, M. J. C., & Seligman, M. E. P. (2012). Seeing the glass half full: A review of the causes and consequences of optimism. *Critiques Psychologies*, 18(2), 107-120.
- Fredrickson, B. L., Grewen, K. M., Coffey, K., Algae, S. B., Firestine, M., Jesusa, M. G., & et al. (2013). A functional genomic perspective on human well-being. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(33), 1364-1368.
- Frish, M. B. (2014). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. (3rd Ed.), Hoboken, NJ: Wiley.
- Heller, A. S., Van-Reekum, C. M., Schaefer, C. M., Lapate, R. C., Radler, B. T., Ryff, C. D., & et al. (2013). Sustained ventral striatal activity predicts eudemonic well-being and cortisol output. *Psychological Science*, 24, 2191-2200.
- Herzberg, P. Y., Lee, S. J., Heussner, P., Mumm, F. H., Hilgendorf, I., Von-Harsdorf, S., & et al. (2013). May personality influences quality-of-life assessments in adult patients after allogeneic hematopoietic SCT: results from a joint evaluation of the prospective German multicenter validation trial and the Fred Hutchinson cancer research center. *Bone Marrow Transplant*, 48(1), 129-134.
- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives Font, A., & Borràs, J. M. (2017). Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1), 28-37.
- Padhy, M., Chelli, K., & Padiri, R. A. (2015). Optimism and Psychological Well-Being of Police Officers with Different Work Experiences. *SAGE Journals*, 10, 1-7.
- Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. New York: Oxford Press
- Ramirez-Maestre, C., Esteve, R., & Lopez, A. E. (2012). Role of optimism and pessimism in chronic pain patient adjustment. *Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 286-294
- Rashid, T. (2015). Positive psychotherapy: A strength-