

اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر بهزیستی روان شناختی دانش آموزان

آذر پروانه^۱

آراس رسولی^۲

علیرضا رشیدی^۳

محسن گل محمدیان^۴

فاطمه رستمی نظیر^۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۹/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۰۹

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر بهزیستی روان شناختی دانش آموزان دختر انجام شد. پژوهش، نیمه تجربی، از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دختر پایه دوم متوسطه مدارس دولتی شهرستان گیلانغرب که در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۹۵ مشغول به تحصیل بودند. به منظور انجام این پژوهش، نمونه ای به حجم ۳۰ دانش آموز به شیوه نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا از بین کل دبیرستانهای سطح شهر، به طور تصادفی سه مدرسه انتخاب، و از هر مدرسه روی دو کلاس پایه دوم، پرسشنامه بهزیستی روانشناختی اجرا گردید، سپس تعداد ۳۰ نفر از جامعه فوق، که نمره پایین تر از نقطه برش در این آزمون کسب کرده بودند، انتخاب شدند. از این تعداد ۱۵ نفر برای گروه آزمایش و ۱۵ نفر برای گروه گواه به صورت تصادفی گمارده شدند. گروه آزمایشی روش امید درمانی را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، (هر هفته یک جلسه) دریافت کرد. پس از اتمام جلسات مجدداً آزمون بهزیستی روانشناختی روی دو گروه انجام گردید. نتایج نشان داد که امید درمانی در افزایش بهزیستی روانشناختی دانش آموزان موثر بوده است.

کلید واژه‌ها: امید درمانی، بهزیستی روان شناختی

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

^۲ گروه مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

^۳ گروه مشاوره، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

^۴ گروه مشاوره، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

^۵ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

مقدمه

با توجه به ساختار جمعیت ایران و جوان بودن جمعیت، توجه به بهبود کیفیت زندگی در دانش آموزان ایرانی اهمیت ویژه ای دارد و مشکلات سلامت روان، به عنوان عامل خطری برای گسترش بعدی اختلالات روانشناختی نظیر رفتارهای ضد اجتماعی، سوءمصرف مواد، افسردگی یا اختلالات روانی است (امامی و همکاران، ۱۳۸۵). در عصر حاضر، علم روان شناسی سعی می کند صرفاً بر مشکلات روانی تمرکز نکند و بیشتر بر روی ابعاد مثبت زندگی تأکید کند. در سال های گذشته بیشتر بر روی ابعادی مانند اضطراب و افسردگی تأکید می شد، اما امروزه تحقیقات زیادی تحت عنوان بهزیستی روان شناختی^۱ مورد توجه واقع شده است (فارکنهام و کریستوفارو^۲، ۲۰۰۷). اخیراً گروهی از پژوهشگران حوزه روان شناسی مثبت نگر سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان شناختی، تلقی و آن را در قالب اصطلاح «بهزیستی روان شناختی» مفهوم سازی کرده اند (نریمانی، یوسفی و کاظمی، ۱۳۹۳). دینر، اوشی و لوکاس^۳ (۲۰۰۳) معتقدند که بهزیستی روان شناختی همان است که افراد به آن احساس رضایت می گویند، در واقع احساس بهزیستی یا رضایت از زندگی از چند جنبه اهمیت دارد: تأمین سلامت روانی، جسمانی و افزایش طول عمر، اثبات ارزش شادکامی برای انسان، اندازه گیری شاخص کیفیت زندگی در کنار شاخص های اقتصادی و اجتماعی. بهزیستی روانشناختی به عنوان رشد استعدادهای واقعی هر فرد تعریف می شود (وازکوز، هرواس راهونا و گومز^۴، ۲۰۰۹). در واقع یک مفهوم سلسله مراتبی و چند بعدی است که از دو وجه شناختی و عاطفی تشکیل شده است. مؤلفه رضایت از زندگی، وجه شناختی و مؤلفه های عاطفه ی مثبت و عدم حضور عواطف منفی وجه عاطفی آن است (عطا دخت، نوروزی و غفاری، ۱۳۹۲). یکی از مهمترین مدل هایی که بهزیستی روان شناختی مفهوم سازی و عملیاتی کرده، مدل چند بعدی ریف، سینگر و لاو^۵ (۱۹۹۸) است. این مدل از طریق ادغام نظریه های مختلف رشد فردی (مانند نظریه خود شکوفایی مزلو^۶ و شخص محور راجرز^۷) و عملکرد سازگارانه (مانند نظریه سلامت روانی مثبت جاھودا) شکل گرفته و گسترش یافته

است (کامپتون^۱، ۲۰۰۱؛ اشکانی و حیدری، ۱۳۹۳). در این دیدگاه، بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقاء است که در تحقق استعدادها و تواناییهای فرد متجلی می‌شود (دای و همکاران^۲، ۲۰۱۰). براساس الگوی ریف بهزیستی روان شناختی از شش مؤلفه اصلی؛ پذیرش خود، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی، داشتن ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و خود مختاری تشکیل شده است (وینفیلد و گیل^۳، ۲۰۱۲). تحقیقات نشان داده‌اند که افرادی که سطوح بالایی از بهزیستی را گزارش می‌کنند خودشان را به عنوان منابع بین‌نسلی انتقال مهارت‌های اجتماعی مهم در نظر می‌گیرند (آیس گیورل^۴، ۲۰۰۹). همچنین افرادی که از بهزیستی روان شناختی بالاتری برخوردارند، توانایی سازگاری آنها با مشکلات، بیشتر از کسانی است که از این مزیت برخوردار نیستند (بهادری خسرو شاهی و هاشمی نصرت آباد، ۱۳۹۰).

از جمله روشهای کاربردی برای حل مشکلات روانشناختی و تحصیلی یادگیرندگان، مشاوره گروهی است که یکی از رویکردها که به نظر می‌رسد روی بهزیستی روانشناختی تاثیر داشته باشد، امید درمانی^۵ می‌باشد. امید درمانی یکی از جدیدترین درمان‌ها در حوزه روانشناسی مثبت نگر می‌باشد و یک برنامه درمانی است که از نظریه امید درمانی اسنایدر^۶ و اندیشه‌های برگرفته از درمان شناختی رفتاری، درمان راه حل محور و درمان داستانی یا روایتی گرفته شده است (گارسیا و سیسین^۷، ۲۰۱۲). امید درمانی یعنی حالت انگیزشی مثبت بر اساس حالت مشتق شده از نوعی تعامل و کنش موفقیت آمیز که مبتنی بر عاملیت و سپس مسیر یابی و برنامه ریزی در راستای نیل به اهداف و آرزوها می‌باشد. این برنامه به منظور افزایش تفکر امیدوارانه و تقویت فعالیت‌های مربوط به پی گیری هدف طراحی شده است. در این درمان به شرکت کنندگان آموزش داده می‌شود که چگونه این اصول را در زندگی خود بکار گیرند و چگونه اهداف مهم و قابل دستیابی را تعیین کنند؛

1. Day et al

2. Winefield & Gill

3. Ayşe Gürel

4. hope therapy

5. Snyder

6. Garcia & Sisin

7. Caboral & Evangelista

گذرگاههای متعدد برای حرکت به سمت این اهداف را تعیین کنند، منابع انگیزش و تأثیر متقابل بر انگیزش را شناسایی کنند، پیشرفت به سمت هدف را باز نگری کنند و اهداف و گذرگاه ها را در صورت لزوم اصلاح کنند. این مداخله به صورت گروهی اجرا می‌شود. زیرا در نظریه اسنایدر فرض بر این است که تفکر امیدوارانه منعکس کننده ی یک فرایند تبادلی است (موحدی، کریمی نژاد، باباپور و موحدی، ۱۳۹۳). در واقع امید، کلیدی برای راه حل مسئله در موقعیت‌های سخت زندگی است (کابورال و گلیستا، ۲۰۱۲). امید یکی از منابع مقابله ای انسان در سازگاری با مشکلات و فقدان امید زمینه ساز مشکلات روانشناختی است. امید به عنوان پایه شخصیتی و منبع زندگی انسان، نیرویی التیام بخش جهت افزایش بهزیستی و تندرستی است (داررودی، ۲۰۱۲). بر اساس نظریه اسنایدر، امید از سه مولفه ی اصلی هدف، عامل و گذرگاه تشکیل شده است. موفقیت در دستیابی به اهداف، هیجان‌های مثبت و شکست در آن هیجان‌های منفی ایجاد می‌کند. افراد امیدوار عامل و گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و وقتی با مانع روبرو می‌شوند می‌توانند انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانشین استفاده کنند. اما افراد ناامید به دلیل عامل و گذرگاه‌های کمی دارند در برخورد با موانع به راحتی انگیزه خود را از دست داده و دچار هیجان‌های منفی می‌شوند که این امر به نوبه ی خود منجر به افسردگی می‌شود (اسنایدر و پترسون، ۲۰۰۰). آغاز این درمان مبتنی بر تغییر در سطح شناخت و تمرکز بر افزایش تفکر رهیاب است (بهاری، ۱۳۸۹). در راستای اثر بخشی امید درمانی و بهزیستی روانشناختی، پژوهش‌های متعددی به چشم می‌خورد.

پژوهش اونگ، ادوارد و برگمن (۲۰۰۶) و اسنایدر و تسوکاسا (۲۰۰۵) ارتباط بین امید و بهزیستی روان شناختی را تایید می‌کنند. موحدی، خیرالدین و موحدی (۱۳۹۲) نشان دادند، امید درمانی به شیوه گروهی باعث افزایش امید و بهزیستی روانشناختی دانش آموزان می‌شود. بایلی و اسنایدر (۲۰۰۷) بیان کردند که میزان امیدواری با بهزیستی روان شناختی و شادکامی رابطه دارد. پژوهش شکرایی اهری، یوسفی، برجعلی (۱۳۹۱) حاکی از اثر بخشی امید درمانی بر افزایش امید و کاهش افسردگی مادران دارای کودکان سرطانی بوده است. آبروینگ و همکاران (۲۰۰۴) دریافته‌اند که گروه درمانی مبتنی بر امید قبل از شروع درمان می‌تواند مزایایی برای شرکت کنندگان داشته است. مطالعه کنعانی،

1. Snyder & Peterson

2. Ong, Edwards & Bergemen

3. Tsukasa

هادی، سلیمانی و آرمان پناه (۱۳۹۳) نیز نشان دهنده این است که آموزش امید به بهبود امید، بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی مادران کودکان عقب مانده ذهنی منجر می شود. برگ، اسنایدِر و هولتزمن (۲۰۰۸) در پژوهش خود نشان دادند که مداخله امید، منجر به افزایش امید در میان زنان و افزایش تحمل درد در میان تمام شرکت کنندگان شده است. با توجه به خلاء پژوهش های داخلی در این زمینه یک سو و همچنین مشخصه ها و قابلیت های رویکرد امید درمانی از سوی دیگر، هدف اصلی این پژوهش تعیین تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر بهزیستی روان شناختی دانش آموزان است.

روش شناسی

با توجه به این که هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی (متغیر مستقل) بر بهزیستی روان شناختی (متغیر وابسته) بود، از روش پژوهش از نوع نیمه- تجربی، با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر مشتمل است بر کلیه دانش آموزان دختر پایه دوم متوسطه شهرستان گیلانغرب بود که در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ مشغول به تحصیل بودند. در این پژوهش جهت دستیابی به نمونه، از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای به شرح زیر استفاده شد. به این صورت که ابتدا از بین کل دبیرستان های سطح شهر، به طور تصادفی سه مدرسه انتخاب، و از هر مدرسه روی دو کلاس پایه دوم، پرسشنامه بهزیستی روانشناختی اجرا گردید، در نهایت تعداد ۳۰ نفر که نمره کمتر از نقطه برش در این آزمون کسب کردند به عنوان نمونه اصلی در نظر گرفته شدند سپس به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. یک گروه از این آزمودنی ها در معرض آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی قرار گرفتند و یک گروه به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد و هیچ گونه مداخله ای برای آنها اجرا نشد. مداخله مبتنی بر امید به عنوان متغیر مستقل برای گروه آزمایش اجرا شد و مولفه بهزیستی روانشناختی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد و برای هر دو گروه پیش آزمون و پس آزمون اجرا گردید.

ابزار مورد - مقیاس بهزیستی روانشناختی: در این پژوهش از فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف که وی در سال ۱۹۸۰ طراحی کرد، استفاده شد. این پرسشنامه برای ارزیابی شش جنبه بهزیستی روان شناختی تهیه شده است. فرم اصلی دارای ۱۲۰ پرسش است ولی در بررسی های

بعدی فرم‌های کوتاه تر ۱۸، ۵۴، ۸۴ سوالی نیز پیشنهاد شده است فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ۱۸ سوال دارد و شامل شش بعد است (استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود). در این پرسشنامه پاسخ به هر یک از ۱۸ سوال بر روی یک طیف شش درجه ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) مشخص می‌شود. افراد در این پرسشنامه نمره ای بین ۱۸ تا ۱۰۸ به دست می‌آورند. همبستگی فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف با مقیاس اصلی ۰/۰۷ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (ریف و سینگر، ۲۰۰۶). در پژوهش سفیدی و فرزاد (۱۳۸۸) برای محاسبه پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب پایایی برابر با ۰/۷۳ و برای عوامل به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۷۲، ۰/۶۵، ۰/۷۵ به دست آمد.

روش مداخله

برنامه آموزش مبتنی بر رویکرد امید درمانی شامل هشت جلسه نود دقیقه ای بود. برنامه درمانی بر اساس کارهای اسنایدر (۲۰۰۰) طراحی و اجرا شد. طرح درمانی جلسه‌ها به اختصار این گونه بود:

جدول ۱: خلاصه جلسات گروهی امید درمانی

جلسات	اهداف هر جلسه
جلسه اول	ساختار جلسات از جمله؛ معرفی اعضا، بیان قوانین گروه و معرفی اهداف برنامه آموزشی براساس نظریه امید
جلسه دوم	تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن
جلسه سوم	تعریف داستان زندگی هر یک از شرکت کنندگان از زبان خود آنها
جلسه چهارم	تبیین هریک از این داستان ها بر اساس سه مولفه اصلی نظریه امید و قالب بندی مجدد داستان ها
جلسه پنجم	مطرح کردن لیستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی، با هدف امید افزایشی در شرکت کنندگان
جلسه ششم	ترغیب افراد به انتخاب اهداف مناسب و مطرح کردن ویژگی‌های اهداف مناسب، با هدف امید افزایشی در شرکت کنندگان
جلسه هفتم	مطرح شدن ویژگی‌های گذرگاه‌های مناسب و درخواست از اعضا برای انتخاب راهکارهای مناسب جهت دستیابی به اهداف تعیین شده
جلسه هشتم	مطرح شدن راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل از جمله، درخواست از اعضا برای پرداختن به خود گویی‌های مثبت و تصور ذهنی برای دستیابی به اهداف خود، همچنین به کار گیری تفکر امیدوارانه به صورت روزمره

معیارهای ورود و خروج

ملاک‌های ورود شامل موافقت دانش آموز برای شرکت در پژوهش طبق برنامه و به صورت ۹۰ دقیقه در هفته، گرفتن نمره پایین از نقطه برش در آزمون بهزیستی روانشناختی و تحصیل در پایه دوم دبیرستان است و ملاک‌های خروج نیز شامل سابقه تکرار پایه، داشتن بیماری روانی بارز و داشتن بیماری مزمن جسمانی یا نقص عضو است.

یافته‌ها

در جدول ۲ یافته‌های مربوط به میانگین و انحراف معیار بهزیستی روان شناختی و زیر مقیاس‌های آن حاصل شده از ۳۰ دانش آموز شرکت کننده مورد مطالعه ارائه شده است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی نمره کلی بهزیستی روانشناختی و زیر مقیاس‌های آن در مقیاس ریف-فرم کوتاه مدت

انحراف معیار	میانگین	گروه	مرحله	خرده مقیاس
۱/۴۸	۸/۹۳	آزمایش	پیش آزمون	استقلال
۰/۸۹	۸/۶۶	کنترل		
۲/۳۳	۱۱/۸۰	آزمایش	پس آزمون	
۱/۲۷	۸/۷۳	کنترل		
۱/۰۶	۸/۴۶	آزمایش	پیش آزمون	تسلط بر محیط
۱/۱۸	۸/۰۶	کنترل		
۲/۲۵	۱۱/۰۶	آزمایش	پس آزمون	
۰/۸۱	۸/۶۶	کنترل		
۱/۸۵	۹	آزمایش	پیش آزمون	رشد خود
۱/۱۸	۸/۵۳	کنترل		
۲/۴۱	۱۴/۸۶	آزمایش	پس آزمون	
۱/۶۳	۸/۶۶	کنترل		
۱/۶۳	۹/۴۰	آزمایش	پیش آزمون	ارتباط مثبت با دیگران
۱/۱۷	۸/۳۳	کنترل		
۳/۷۳	۱۳/۰۶	آزمایش	پس آزمون	
۱/۲۴	۸/۱۳	کنترل		
۱/۳۰	۸/۵۳	آزمایش	پیش آزمون	هدفمندی در زندگی
۱/۱۶	۸/۰۶	کنترل		
۰/۹۶	۷/۷۳	آزمایش	پس آزمون	
۱/۲۷	۸/۰۶	کنترل		
۱/۵۲	۸/۲۰	آزمایش	پیش آزمون	پذیرش خود

۱/۰۹	۸/۰۶	کنترل	پس آزمون	بهزیستی روانشناختی کل
۱/۶۷	۷/۶۶	آزمایش		
۱/۳۹	۸/۶۶	کنترل	پیش آزمون	
۳/۷۹	۵۲/۴۰	آزمایش		
۲/۵۵	۵۰/۳۳	کنترل	پس آزمون	
۷/۰۸	۶۵/۸۶	آزمایش		
۴/۰۳	۵۰/۸۰	کنترل		

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که در پیش آزمون مولفه استقلال، با میانگین (۸/۹۳) و در گروه کنترل (۸/۶۶) و در پس آزمون میانگین نمره دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب (۸/۷۳ و ۱۱/۸۰) می‌باشد. میانگین پیش آزمون مولفه تسلط بر محیط، در گروه آزمایش (۸/۴۶) و گروه کنترل (۸/۰۶) و در پس آزمون میانگین نمره گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب (۱۱/۰۶ و ۸/۶۶) می‌باشد. میانگین پیش آزمون مولفه رشد خود، در گروه آزمایش ۹ و گروه کنترل (۸/۵۳) و در پس آزمون میانگین نمره گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب (۱۴/۸۶ و ۸/۶۶) می‌باشد. میانگین پیش آزمون مولفه ارتباط مثبت با دیگران در گروه آزمایش (۹/۴۰) و گروه کنترل (۸/۳۳) و در پس آزمون میانگین نمره گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب (۳/۰۶ و ۸/۱۳) می‌باشد. میانگین پیش آزمون مولفه هدفمندی در زندگی، در گروه آزمایش (۸/۵۳) و گروه کنترل (۸/۰۶) و در پس آزمون میانگین نمره گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب (۷/۷۳ و ۸/۰۶) می‌باشد. میانگین پیش آزمون مولفه پذیرش خود، در گروه آزمایش (۸/۲۰) و گروه کنترل (۸/۰۶) و در پس آزمون میانگین نمره گروه آزمایش و کنترل به ترتیب (۷/۶۶ و ۸/۶۶) می‌باشد. میانگین پیش آزمون نمره کل بهزیستی روانشناختی، در گروه آزمایش (۵۲/۴۰) و گروه کنترل (۵۰/۳۳) و در پس آزمون میانگین نمره گروه آزمایش و کنترل به ترتیب (۶۵/۸۶) و (۵۰/۸۰) می‌باشد.

جدول ۳: نتایج آزمون F لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های پس آزمون متغیر بهزیستی روان شناختی و مولفه‌های آن در گروه‌ها

متغیر	آماره F	سطح معنی داری
استقلال	۲/۰۷	۰/۱۶
تسلط بر محیط	۳/۲۳	۰/۰۷
رشد خود	۲/۹۵	۰/۰۹
ارتباط مثبت با دیگران	۲/۶۵	۰/۱۴
هدفمندی در زندگی	۲/۱۸	۰/۱۵
پذیرش خود	۱/۵۶	۰/۲۲
بهزیستی روان شناختی	۲/۸۷	۰/۱۰

نتایج آزمون‌های همگنی واریانس لون نیز نشان دادند که واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در خرده مقیاس‌های استقلال ($p=۰/۱۶, f=۲/۰۷$)، تسلط بر محیط ($p=۰/۰۷, f=۳/۲۳$)، رشد خود ($p=۰/۰۹, f=۲/۹۵$)، ارتباط مثبت با دیگران ($p=۰/۱۴, f=۲/۶۵$)، هدفمندی ($p=۰/۱۸, f=۲/۱۸$)، پذیرش خود ($p=۰/۲۲, f=۱/۵۶$)، بهزیستی روانشناختی کل ($p=۰/۱۰, f=۲/۸۷$) با هم برابر هستند. همچنین به منظور مقایسه گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ بهزیستی روانشناختی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد، نتایج نشان داد که آزمون‌ها در سطح $P ۰/۰۰۱ <$ معنادار هستند، و این بدان معنی است که حداقل در یکی از مولفه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد، نتایج در جدول ۳ آمده است.

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون متغیرها در گروه‌ها

نام آزمون	مقدار	f	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلای ^۱	۰/۸۹	۱۷/۵۹	۷	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱	
لامبدای ویلکز ^۲	۰/۱۰	۱۷/۵۹	۷	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱	
اثر هتلینگ ^۳	۸/۲۱	۱۷/۵۹	۷	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱	
بزرگترین ریشه روی ^۴	۸/۲۱	۱۷/۵۹	۷	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱	

¹⁻ pillai trace

²⁻ wilks lambda

³⁻ hotelings trace

⁴⁻ roys largest rot

به منظور پی بردن به این تفاوت تحلیل کوواریانس صورت گرفت. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۸۹ درصد از کل واریانس‌های گروه نیمه آزمایشی و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است، که دلالت بر کفایت حجم نمونه می‌باشد. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که در یکی از حیطة‌ها بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد، اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطة‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری در متن مانکوا استفاده شد که نتایج در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره میانگین نمره‌های پس آزمون خرده مقیاس‌های بهزیستی

روانشناختی در گروه‌های آزمایش و گواه

پیش آزمون ضرب در گروه	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذورات	توان آماری
استقلال	۳۱/۳۳	۱	۸/۳۹	۰/۰۰۹	۰/۲۸	۰/۷۸
تسلط بر محیط	۲۶/۴۱	۱	۷/۸۳	۰/۰۱	۰/۲۷	۰/۷۶
رشد خود	۲۰۶/۱۱	۱	۴۲/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
ارتباط مثبت با دیگران	۱۷۶/۸۸	۱	۲۹/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۰/۹۹
هدفمندی در زندگی	۰/۴۸	۱	۰/۳۰	۰/۵۸	۰/۰۱	۰/۰۸
پذیرش خود	۴/۲۰	۱	۲/۲۲	۰/۱۵	۰/۰۹	۰/۲۹
بهزیستی روانشناختی کل	۱۲۱۷/۰۰	۱	۳۵/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱

نتایج جدول ۵ مقدار F برای مؤلفه استقلال (۸/۳۹) به دست آمد که در سطح ($P < ۰/۰۰۹$)، برای مؤلفه تسلط بر محیط (۷/۸۳) به دست آمد که در سطح ($P < ۰/۰۱$)، برای مؤلفه رشد خود (۴۲/۶۷) به دست آمد که در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) و برای ارتباط مثبت با دیگران (۲۹/۸۴) به دست آمد که در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) معنادار است، برای مولفه هدفمندی در زندگی (۰/۳۰) به دست آمد که در سطح ($P < ۰/۵۸$) معنا دار نیست و برای مولفه پذیرش خود (۰/۱۵) به دست آمد که در سطح ($P < ۰/۱۵$) معنا دار نیست. همچنین برای بهزیستی روانشناختی کل (۳۵/۲۱) به دست آمد که در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) معنا دار است. و با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۲۸ درصد تغییر در مؤلفه استقلال، ۲۷ درصد تغییر در مؤلفه تسلط بر محیط، ۶۷ درصد تغییر در مؤلفه رشد خود، ۵۸ درصد تغییر در مولفه ارتباط مثبت با

دیگران، ۱ درصد تغییر در مولفه هدفمندی در زندگی، ۹ درصد تغییر در مولفه پذیرش خود و نیز ۶۲ درصد تغییر بهزیستی روانشناختی کل ناشی از تاثیر متغیر مستقل (امید درمانی) بوده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر بهزیستی روان شناختی دانش آموزان انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش امید درمانی بر بهزیستی روان شناختی دانش آموزان موثر بوده است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های اونگ و همکاران (۲۰۰۶)، اسنایدر و تسوکاسا (۲۰۰۵)، جانفدا، برجعلی و سهرابی (۱۳۹۳)، موحدی، باباپور و موحدی (۱۳۹۲)، برزگر بفرویی و پاک سرشت (۱۳۹۳)، کنعانی و همکاران (۱۳۹۳) همسو می‌باشد. امید درمانی یکی از جدیدترین درمان‌ها در حوزه روانشناسی مثبت نگر است که می‌تواند در ارتقای سطح کیفیت زندگی و بهزیستی نقش داشته باشد. اسنایدر بنیانگذار نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، امید را به عنوان سازه‌ای شامل دو مفهوم این گونه تعریف می‌کند: «توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و عاملیت یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه‌ها» (اسنایدر، ۲۰۰۰). به نظر او انسان دارای نیمه مثبت و نیمه منفی است و اکنون هنگام آن است که علاوه بر آسیب‌پذیری‌ها، به توانمندی‌ها و جنبه‌های مثبت وجود انسان توجه شود. در محور این نیمه مثبت، توجه به امید قرار دارد (سلیگمن، ۲۰۰۰). یقیناً مزیت اصلی امید درمانی نسبت به سایر درمان‌های روانشناختی، ایجاد تفکر امیدوارانه نسبت به زندگی و فائق آمدن بر مشکلات و اثرات مخرب آن در سطوح مختلف زندگی می‌باشد. برخوردار بودن از یک تفکر امیدوارانه و داشتن منابع کافی برای رسیدن به اهداف سبب معنادار شدن زندگی می‌گردد.

در تبیین تاثیر امید درمانی بر اولین مولفه بهزیستی یعنی خودمختاری می‌توان چنین اظهار داشت که خودمختاری، به احساس استقلال، خودکفایی و آزادی از هنجارها اطلاق می‌شود. فردی که بتواند بر اساس افکار، احساسات و باورهای شخصی خود تصمیم بگیرد، دارای ویژگی خودمختاری است. در حقیقت توانایی فرد برای مقابله با فشارهای اجتماعی به این مولفه مربوط می‌شود (ریف، ۱۹۸۹). بنابراین امید داشتن و امیدوار بودن یکی از راهبردهای مقابله‌ای موثر در مواجهه با تنش‌هاست، به نحوی که افراد امیدوار در زندگی عامل‌ها و گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و هنگامی که با موانع برخورد می‌کنند، انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانشین استفاده می‌کنند. اما افراد ناامید به دلیل این که عامل و گذرگاه‌های کمتری دارند در برخورد با موانع، انگیزه

خود را از دست داده و دچار هیجان‌های منفی می‌شوند. به عبارت دیگر، مولفه عامل یا کارگذار یک باور شخصی است که باعث می‌شود فرد احساس کند که می‌تواند برای رسیدن به اهداف خود، مسیرهای مختلفی را امتحان کرده و تحمل کند، و این امر جز در سایه امیدواری امکان پذیر نخواهد بود.

در تعریف مولفه دوم، یعنی تسلط بر محیط می‌توان گفت که تسلط بر محیط به معنی توانایی فرد برای مدیریت زندگی و مقتضیات آن است. براین اساس، فردی که احساس تسلط بر محیط داشته باشد، می‌تواند ابعاد مختلف محیط و شرایط آن را تا حد امکان دستکاری کند، تغییر دهد و بهبود بخشد. در مداخله امید درمانی به افراد آموزش داده می‌شود تا اهداف مهم، قابل دستیابی و قابل اندازه گیری برای خود تعیین کرده و برای دستیابی به آن گذرگاه‌های متعددی را در نظر بگیرند، اوون (۱۹۸۹) خصوصیتی از جمله ترتیب دادن اهداف در زندگی، ویژگی‌های فردی مثبت، توصیف مجدد آینده، معنی دار بودن زندگی، آرامش و انرژی از ویژگی‌های افراد امیدوار برشمرده است. افراد امیدوار به جای تمرکز بر رویدادهای ناگوار، از آنها درس گرفته و در پی اهداف آینده از آن استفاده می‌کنند.

مولفه سوم یعنی رشد خود به گشودگی نسبت به تجربیات جدید و داشتن رشد شخصی پیوسته و مستمر باز می‌گردد. این ویژگی به فرد امکان می‌دهد تا همواره درصد بهبود زندگی شخصی خویش از طریق یادگیری و تجربه باشد (ریف، ۱۹۹۵). افرادی که از امید بالاتری برخوردارند، در زندگی خود شکست‌هایی را تجربه کرده اند، اما اعتقاد دارند که می‌توانند با چالش‌های زندگی کنار بیایند. این افراد وقتی در رسیدن به اهداف شان با موانع مواجه می‌شوند، هیجان‌های منفی خفیفی را تجربه می‌کنند، این امر ممکن است به این دلیل باشد که وقتی با موانع مواجه می‌شوند برای دستیابی به اهداف خود مسیرهای جایگزین ایجاد می‌کنند، یا با انعطاف پذیری، هدف‌های قابل دسترس را برمی‌گزینند در حالی که افرادی که امید پایین تری دارند وقتی با موانع مواجه می‌شوند هیجان‌های خشم، یاس و بی‌احساسی را تجربه می‌کنند. از نتایج مثبت امید، معنادار شدن زندگی، انرژی بیشتر، شادی و حفظ زندگی است.

چهارمین مولفه داشتن ارتباط مثبت با دیگران است که به معنی داشتن رابطه با کیفیت و ارضاء کننده با دیگران است. افراد دارای این ویژگی، انسان‌هایی مطبوع، نوع دوست و توانا در دوست داشتن دیگران هستند و می‌کوشند رابطه ای گرم براساس اعتماد متقابل با سایرین ایجاد

1. Owen

2. Keyes

کنند (کیس^۱، ۲۰۰۱). آموزش امید باعث افزایش سطح توانمندی‌های رفتاری مثل خود نظم دهی، آینده نگری، تواضع و بخشش می‌گردد. افرادی که از خود نظم دهی بالاتری برخوردارند با سایر افراد راحت تر هستند و سازگاری بهتری با دیگران دارند و همچنین احساس رضایت بیشتری در روابط بین فردی دارند. ضمن اینکه خویشن پذیرگی و عزت نفس بالاتری را گزارش می‌کنند. سلیگمن^۲ در مداخلات مثبت خود بر روی مراجع نشان داد این مداخلات حسی از مالکیت و اعتماد به واقعی بودن توانمندی‌ها در افراد ایجاد می‌کند و فرد در استفاده از آن‌ها احساس نیاز و ضرورت می‌کند (سلیگمن، ۲۰۰۳). پترسون^۳ و سلیگمن بیان می‌کنند که استفاده از مداخلات روان شناسی مثبت، پیامدهای چشمگیری مانند سلامتی، کارآمدی، روابط اجتماعی سالم و رضایت از زندگی را به وجود می‌آورد. بنابراین به کار بردن این مداخلات به سلامتی فرد و نیازهای روان شناختی او کمک می‌کند. مطالعات نشان داده اند که افراد امیدوار نسبت به کسانی که امید کمتری دارند، از تفکرات مثبت، عزت نفس و اعتماد به نفس بیشتری برخوردارند، علاوه براین، این افراد احساسات را با انرژی بیشتری گزارش می‌کنند و خودشان را به شکل مثبت تری معرفی می‌کنند (پترسون و سلیگمن، ۲۰۰۴).

در تبیین عدم تاثیر آموزش امید درمانی بر مولفه‌های هدفمندی در زندگی و پذیرش خود می‌توان گفت که هدفمندی به معنی دارا بودن اهداف درازمدت و کوتاه مدت در زندگی و معنی دار شمردن آن است. این حس به فرد امکان می‌دهد تا نسبت به فعالیت‌ها و رویدادهای زندگی علاقه نشان دهد و به شکل موثر با آنها درگیر شود. یافتن معنی برای تلاش‌ها و چالش‌های زندگی در قالب این مولفه قرار می‌گیرد (ریف، سینگر و لاو، ۱۹۹۸). مولفه ششم پذیرش خود است که به معنی داشتن نگرش مثبت به خود و زندگی گذشته خویش است. اگر فرد در ارزشیابی، استعدادها، توانایی‌ها و فعالیت‌های خود در کل احساس رضایت و در رجوع به گذشته خویش احساس خشنودی کند، کارکرد روانی مطلوبی خواهد داشت. همه انسان‌ها تلاش می‌کنند علی‌رغم محدودیت‌های که در خود سراغ دارند، نگرش مثبتی نسبت به خویشن داشته باشند، این نگرش پذیرش خود است (هاوسر، اسپرینگر و پادروسکا^۴، ۲۰۰۵). با توجه به اینکه دوران نوجوانی، حد فاصل دوران کودکی و بزرگسالی است، از دست دادن حمایت‌های بی‌قید و شرط والدین برای کسب احساس استقلال از یک طرف و لذت مورد حمایت و پشتیبانی آنها بودن و همانطور کودک ماندن و بدون زحمت و دردسر، همیشه

1. Seligman

2. Peterson

3. Hauser, Springer & Pudrovska

مورد محبت قرار گرفتن از طرف دیگر، در نوجوان کشمکش درونی ایجاد می‌کند و جنگ روانی عمیقی در ذهن او به وجود می‌آورد. همچنین نوجوان با مساله‌ی تشکیل «هویت فردی» روبروست. با توجه به اینکه دوران نوجوانی با رشد بیشتر بدنی و جنسی همراه است و سطح عالی تری از ادراک «خود» تجلی می‌گردد. رشد مغز و توانایی‌های شناختی نوجوان با درونی شدن حیات عاطفی و ارتباط عمیق‌تر با گروه هم‌سالان، جدایی بیشتر ویژگی‌های روان‌شناختی نوجوان و باورها و ارزش‌های او از والدین و بزرگ‌سالان را به بار می‌آورد. نوجوان در حال آزمودن خودهای مختلفی است و به همین دلیل یک هویت واحد شکل نگرفته است و نوجوان تصور واحدی از خود ندارد و ممکن است هدف‌های مختلفی را برای خود انتخاب کند.

از محدودیت‌های دیگر این پژوهش، عدم استفاده از سایر مداخله‌های روان‌شناختی به منظور مقایسه می‌باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در دوره‌های دیگر تحصیلی و همچنین، گروه‌های سنی دیگر شامل بزرگسالان و میانسالان در هر دو جنس جهت بررسی‌های سنی و جنسیتی صورت پذیرد.



کتابنامه

- اشکانی، فرح و حیدری، حسن (۱۳۹۳). تاثیر آموزش تنظیم هیجانی بر بهزیستی روانشناختی و سبک‌های اسنادی دانش آموزان با ناتوانی‌های یادگیری در مدارس ابتدایی. ناتوانی‌های یادگیری، ۴(۱)، ۶-۲۲.
- امامی، هادی؛ قاضی نور، محمد؛ رضایی شیراز، حسن و ریتچر(۱۳۸۵). بررسی سلامت روان نوجوانان در تهران: ایران. مجله سلامت نوجوانان. ۴۱، ۶-۲۷۱.
- بهادری خسروشاهی، جعفر؛ هاشمی نصرت آباد، تورج(۱۳۹۰). رابطه‌ی امیدواری و تاب‌آوری با بهزیستی روان شناختی در دانشجویان. اندیشه و رفتار، دوره ششم، شماره ۵۰، ۲۲-۴۱.
- بهارى، فرشاد(۱۳۸۹). مبانی امید و امید درمانی. تهران: نشر دانژه.
- برزگر بفرویی، کاظم و پاک سرشت، فاطمه (۱۳۹۳). اثر بخشی آموزش معنویت درمانی از دیدگاه اسلام بر بهزیستی روانشناختی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان دختر. فصلنامه اخلاق. ۴(۱۶)، ۱۲۳-۱۴۷.
- جانفدا، مریم؛ برجعلی، احمد و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۳). اثربخشی امید درمانی بر تاب آوری و خوش بینی فرزندان دختر جانباز. مجله روانشناسی سلامت، ۳(۹)، ۶۷-۷۴.
- سفیدی، فاطمه؛ ولی اله، فرزاد(۱۳۸۹). رواسازی آزمون بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین(۱۳۸۸). مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال شانزدهم، شماره ۱ (پی در پی ۶۲)، ۶۵-۷۱.
- شکرابی اهری، قاسم؛ یوسفی، جواد و برجعلی، احمد (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی بر امید و افسردگی مادران دارای کودکان ناتوان ذهنی در تهران. ۴(۸)، ۸-۱۸۳.
- عطادخت، اکبر؛ نوروزی، حمید و غفاری، عذرا (۱۳۹۲). تاثیر آموزش حل مساله اجتماعی در ارتقای بهزیستی روانشناختی و تاب آوری کودکان دارای اختلال یادگیری. ناتوانی‌های یادگیری، ۳(۲)، ۹۲-۱۰۸.
- کنعانی، کبری؛ هادی، سمیرا؛ سلیمانی، منیژه و آرمان پناه آزاده (۱۳۹۳). بررسی تاثیر امید درمانی بر بهبود کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روانشناختی مادران کودکان عقب مانده ذهنی. پرستاری کودکان، شماره ۳: ۳۴-۴۷.
- موحدی، معصومه؛ کریمی نژاد، کلثوم؛ باباپور خیرالدین، جلیل و موحدی، یزدان (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر بهبود مولفه‌های عزت نفس و سلامت روان شناختی افراد مبتلا به افسردگی. دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۲۳(۹۴)، ۱۳۲-۱۴۴.
- موحدی، یزدان؛ باباپور خیرالدین، جلیل؛ موحدی، معصومه(۱۳۹۲). اثر بخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش امید و بهزیستی روان شناختی دانش آموزان. مجله‌ی روان‌شناسی مدرسه، دوره- ۳، شماره ۱۳۰، ۱-۱۱۶.
- نریمانی، محمد؛ یوسفی، فاطمه و کاظمی، رضا (۱۳۹۳). نقش سبک‌های دلبستگی و کیفیت زندگی در پیش بینی بهزیستی روانشناختی نوجوانان مبتلا به ناتوانی یادگیری. مجله ناتوانی‌های یادگیری. ۳(۴)، ۳-۱۲۴-۱۴۲.

<http://www.lib.metu.edu.tr/etd/>.۲۰۰۹.

Baily T. C. Snyder C. R. Satisfaction with life and hope: a look at age and marital status. *Journal of Psychological Record*. ۲۰۰۷, ۵۷ (۲), ۲۳۳-۲۴۰.

Berg C. J, Snyder C , Hamilton N. "The effectiveness of a hope intervention in coping with cold pressor pain." *Journal of Health Psychology*. ۲۰۰۸. ۱۳(۶): ۸۰۴-۸۰۹.

Ong A. D , Edwards, L. M- , Bergemen C. S). Hope as a source of resilience in later adulthood. *Journal of Personality and Individual Differences*. ۲۰۰۶, ۴۱(۴), ۱۲۶۳- ۱۲۷۳

Caboral M. F, Evangelista L.S, Whetsell M.V. "Hope in elderly adults with chronic heart failure. Concept analysis." *Investigación y Educación en Enfermería*. ۲۰۱۲. ۳۰(۳): ۴۰۶-۴۱۱.

Compton, W. C. Toward a tripartite factor structure of mental health: Subjective Well-being, personal growth, and religiosity *Journal of Psychology*. ۲۰۰۱، ۱۳۵، ۴۸۶-۵۰۰.

Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, subjective well-being: Emotional and cognitive evaluation of life. *Annual Review of psychology*. ۲۰۰۳ ; ۵۴(۱۷): ۴۰۳-۲۵.

Day L, Hanson k, maltby j, preotor C, Wood A. Hope uniquely objective Predicts objective academic achievement above intelligence, personality and academic achievement. *J Res Perss*. ۲۰۱۰, ۴۴(۱), ۵۵۰-۳.

Emami H, Ghazinour M, Rezaeishiraz H. & Richter, J. Mental Health of Adolescents in Tehran, Iran. *J Adolescent Health*. ۲۰۰۷: ۴۱, ۵۷۱-۶. (Persian)

Furnham A. Christofawer, I. Personality traits, emotional intelligence, and multiple happiness. *North American Journal of Psychology*. ۲۰۰۷: ۹(۱), ۴۳۹-۴۶۲.

Garcia J. A, Sisin K. G. Locus of hope and subjective well-being.

International Journal of Research Studies in Psychology. ۲۰۱۲, ۱ (۳), ۵۳- ۵۸.

Hauser R.M, Springer K.W, Pudrovska T. Temporal structures of psychological well-being: continuity or change. ۲۰۰۵.

Irving M.L, C.R Snyder, cheavens J, Coeaval L. Hanke J, Hilberg P. and Nelson N. The relationships brtween hope and outcoms atthe pretreatment. *Journal of psychotherapy Integration*. ۲۰۰۴. ۴۱۹-۴۴۳

Keyes C.L. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*. ۲۰۰۱, ۴۳, ۲۰۷-۲۲۲.

Narimani M, Yousefi F, Kazemi R. The role of attachment styles predict psychological well-being and quality of life in adolescents with learning disabilities. *Mainstream learning disabilities*. ۲۰۱۴: ۳ (۴), ۱۴۲-۱۲۴. (Persian)

Owen d. Nurses: perspective on meaning of hope in patient with positive HIV. *Journal of personality*. ۱۹۸۹. ۱(۱۶).

Peterson C, Seligman MP. Character strengths and virtues: a handbook and classification. Washington DC: American Psychological Association. ۲۰۰۴. p: ۶۲۵-۴۴. ۳۹-

Ryff C.D, Singer B.H, Love G.D. *Positivehealth: Connecting Well-being With Biology*, *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*. ۱۹۹۸, ۳۵۹: ۱۳۸۳-۱۳۹۴.

Ryff C.D, Singer B. *Psychological well-being meaning measurement, and implications for psychotherapy research*. *Psychotherapy and Psychosomatics*. ۲۰۰۶; ۶۵: ۱۴-۲۳.

Ryff C.D. *Happiness is everything or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being*. *Journal of personality and social psychology*. ۱۹۸۹, ۵۷, ۱۰۶۹-۱۰۸۱.

Ryff C. D, Keyes, C. L. M. *The structure of psychological well-being revisited*. *Journal of Personality and Social Psychology*. ۱۹۹۵, ۶۹, ۷۱۹,۹

Snyder CR, Peterson C. *Handbook of hope: theory, measures & applications*. ۱st ed. San Diego: Academic Press. ۲۰۰۰. ۱۳۲-۸.

Snyder C. R. Tsukasa K. *The relationship between hope and subjective wellbeing: Reliability and validity of the dispositional hope scale, Japanese version*. *Japanese Journal of Psychology*. ۲۰۰۵, ۷۶(۳), ۲۲۷-۲۳۴.

Seligman MEP. *Positive psychology: An introduction*. *Am Psychol*. ۲۰۰۰; ۵۵(۳): ۵-۱۴.

Seligman MP. *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press. ۲۰۰۳; p: ۱۶-۲۷.

Vazquez C, Hervas G, Rahona J J, Gomez D. *Psychological wellbeing gan health. Contributions of positive psychology*. *Annuary of Clinical and Health Psychology*. ۲۰۰۹; ۵: ۱۵-۲۷.

Winefield R. H, Gill K. T, Taylor W. A, Pilkington M. A. *Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both?* *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*. ۲۰۱۲, ۲:۳, ۱-۱۴.



پروشکاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی