

مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر و آموزش یکپارچه

شایستگی‌های هیجانی بر بهزیستی اجتماعی، هیجانی و روان‌شناختی

فرزانه رنجبر نوشری¹، * سجاد بشرپور²، نادر حاجلو³، محمد نریمانی⁴

1. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، 2. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، 3. استاد گروه

روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، 4. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

(تاریخ وصول: 96/01/12 - تاریخ پذیرش: 96/06/02)

The Effect of Positive Psychology Intervention and Integrative Training of Emotional Competencies on Social, Emotional and Psychological Well-Being: A Comparative Study

¹ Farzaneh Ranjbar Noushari, * Sajjad Basharpour², Nader Hajloo³, Mohammad Narimani⁴

1. Ph.D student of Psychology, University of Mohagheh Ardabili, 2. Associate Professor of Psychology, University of Mohagheh Ardabili, 3. Professor of Psychology, University of Mohagheh Ardabili, 4. Professor of Psychology, University of Mohagheh Ardabili

(Received: Apr. 01, 2017 - Accepted: Aug. 24, 2017)

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to compare the effectiveness of positive psychology intervention and integrative training of emotional competencies on social, emotional and psychological well-being. **Method:** This study was a semi-experimental study with a pre-test, post-test, and follow-up design. The sample of the study included female students at Payame Noor University in Rezvanshahr. The participants were 51 persons who had overweight and were randomly divided into two experimental and one control groups (17 persons in each group). The data were collected through the Well-being Inventory. The positive psychology intervention was conducted during 14 sessions and integrative training of emotional competencies was conducted during 12 sessions in the experimental groups, while the control group did not receive any treatment. **Results:** The results showed that both interventions had a positive effect on the improvement of well-being and its components and no change occurred in the control group during the process of assessment. However, the positive psychology intervention was more effective than the other intervention on social, psychological, and global well-being. The integrative training of emotional competencies was more effective on emotional well-being. **Conclusion:** These interventions might be effective for enhancing the well-being in overweight persons.

Keywords: Positive psychology intervention, Integrative training of emotional competencies, Well-being.

چکیده

مقدمه: هدف اساسی مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر و آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی بر بهزیستی اجتماعی، هیجانی و روان‌شناختی است. **روش:** این مطالعه یک طرح نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری است. جامعه آماری دربرگیرنده دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور رضوانشهر است و نمونه پژوهش شامل 51 فرد مبتلا به اضافه وزن است که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جای گرفتند (17 نفر در هر گروه). داده‌ها با استفاده از پرسشنامه بهزیستی ذهنی جمع‌آوری گردید. مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر طی 14 جلسه و آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی در 12 جلسه اجرا شد، در حالی که گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت ننمود. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که هر دو روش مداخله در ارتقاء بهزیستی و مؤلفه‌های آن تأثیرگذار بودند و گروه کنترل تغییر خاصی در مراحل ارزیابی نشان نداد. با این حال، تأثیر مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر بهزیستی اجتماعی، روان‌شناختی و کلی بیشتر از مداخله دیگر بود. در کل، آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی اثربخشی بیشتری بر بهزیستی هیجانی داشته است. **نتیجه‌گیری:** به کارگیری این مداخله‌ها، می‌تواند برای ارتقاء بهزیستی افراد مبتلا به اضافه وزن مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر، آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی، بهزیستی.

مقدمه

ماسیمینی و دل فاو⁸، 2000؛ به نقل از لوپانو پروگینی⁹ و همکاران، (2017). کی یز (2002، 2005، 2007) سعی کرد تا با بررسی مفهوم شکوفایی¹⁰ و توسعه یک ابزار خاص تحت عنوان پیوستار سلامت ذهنی¹¹، دیدگاه‌های لذت‌گرایی و فضیلت‌گرایی را یکپارچه کند. براساس نظر وی، بهزیستی ذهنی مشتمل بر سه جزء هیجانی، روانشناختی و اجتماعی است.

بهزیستی هیجانی شامل حضور عواطف مثبت، فقدان عواطف منفی و رضایت از زندگی است (دینر و همکاران، 2003) که تحت عنوان بهزیستی لذت‌گرایانه نامیده می‌شود. از نظر ریف (1995؛ به نقل از علی اکبری دهکردی، علی پور، عباسپور، سلیمی و صفری، 1395) بهزیستی روانشناختی عبارت از تلاش در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد است. وی بهزیستی روانشناختی را شامل ابعاد پذیرش خود، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی، داشتن ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و خودمختاری می‌داند. بهزیستی روانشناختی نشان‌دهنده دستیابی شخص به قابلیت‌های کامل روانی است (استمپ، 2015؛ به نقل از صفاری نیا و درتاج، 1396). بر اساس دیدگاه کی یز (2002) بهزیستی روانشناختی بیشتر نشان‌دهنده معیارهای فردی و خصوصی برای ارزیابی عملکرد فرد است، در حالی که عملکرد مثبت شامل چالش‌ها و تکالیف اجتماعی نیز است. اینکه افراد چگونه در زندگی اجتماعی خود به عنوان عضو جامعه بزرگتر عمل می‌کنند. از

بهزیستی ذهنی¹ یکی از معیارهای اساسی در بررسی کیفیت زندگی فرد و جوامع است (دینر، اویشی و لوکاس²، 2003). از دیرباز در حوزه مطالعات مرتبط با بهزیستی دو رویکرد فلسفی مجزا تحت عنوان رویکرد لذت‌گرایی³ و فضیلت‌گرایی⁴ وجود داشته است. در رویکرد نخست، بهزیستی مترادف با شادی است و بر عواطف مثبت و رضایت از زندگی متمرکز است (دینر، 2000؛ پات⁵ و دینر، 2008). بُعد عاطفی، به خلق منفی و مثبت در تجربه بلاواسطه یک فرد اشاره دارد. رضایت از زندگی نیز که به قضاوت افراد در مورد زندگی خود اشاره می‌کند، بُعد شناختی بهزیستی را بیان می‌کند. این بُعد اکنون به عنوان بهزیستی هیجانی⁶ تعریف شده است (دینر و لوکاس، 2000).

در اواخر دهه 1980 پژوهشگرانی نظیر کارول ریف⁷، خاطر نشان کردند که شادی صرفاً با تجربه احساسات مثبت همراه نیست، بلکه بیشتر با روابط مثبت و هدف و معنا در زندگی در ارتباط است. از این دیدگاه، بهزیستی به معنای عملکرد خوب در زندگی است. بنابراین، شادی در دیدگاه فضیلت‌گرایی در دو سطح فردی و اجتماعی مطرح می‌گردد. در سطح فردی با رشد شخصی و تحقق پتانسیل‌های واقعی فرد و در سطح اجتماعی با تعهد به اهداف و ارزش‌های مشترک مرتبط است (ریف، 1989؛

8. Massimini & Delle Fave
9. Lupano Perugini
10. Flourishing
11. Mental Health Continuum

1. Subjective well-being
2. Diener, Oishi & Lucas
3. Hedonic
4. Eudaimonic
5. Pavot
6. Emotional well-being
7. Ryff

اگرچه وزن بدن اغلب در سلامت جسمی نقش دارد، اما با انواع فرایندهای روانی نظیر بهزیستی، شکل‌گیری هویت و آگاهی شخصی نیز در ارتباط است (ساتین² و همکاران، 2011). افراد دارای اضافه اضافه وزن بیشتر از افراد عادی در معرض ابتلا به افسردگی (لوپینو³ و همکاران، 2010؛ ایکسیانگ و آن⁴، 2015)، درماندگی روانشناختی (کار و جیف⁵، 2012) تصویر بدنی ضعیف (شوارتز و برونل⁶، 2004)، کیفیت پایین زندگی (دی زوان⁷ و همکاران، 2009)، افت کارکردها و توانایی‌های شناختی (رضایی نیاسر، زارع، برجسته، 1396)، ارزیابی منفی توسط دیگران (کراندال⁸، 1994) و تبعیض از طرف همسالان (کار و فریدمن⁹، 2005) قرار دارند.

علی‌رغم چنین دانشی، مداخلات مبتنی بر اعمال جراحی (بیکات¹⁰ و همکاران، 2009)، دارو درمانی (پدوال، لی و لو¹¹، 2003)، رژیم غذایی محدود (مان¹² و همکاران، 2007) و برنامه‌های ترکیبی رژیم غذایی و ورزش (کاریونی و لورنسو¹³، 2005) به تنهایی قادر به بهبود پیامدهای روانی - زیستی - اجتماعی چاقی نیستند.

یکی از مداخلات روانشناختی که می‌تواند در ارتقاء بهزیستی این جمعیت خاص مورد استفاده قرارگیرد، مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر

این دیدگاه، بهزیستی اجتماعی شامل ابعاد انسجام، شکوفایی، همبستگی، پذیرش و در نهایت مشارکت اجتماعی است. این دو نیز بهزیستی (روانشناختی و اجتماعی) با همدیگر بهزیستی فضیلت‌گرایانه را تشکیل می‌دهند.

بهزیستی ذهنی به طور گسترده‌ای به عنوان شاخص سلامت روان پذیرفته شده و در جمعیت‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است (دینر، 2012). از جمله مشکلاتی که می‌تواند بهزیستی افراد را تحت تأثیر قرار دهد، اضافه وزن و چاقی است. اضافه وزن و چاقی بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، به عنوان تجمع چربی غیرطبیعی و یا بیش از حد که ممکن است سلامت را مختل کند، در نظر گرفته می‌شود. بر اساس آخرین گزارش اعلام شده از سوی این سازمان، در سال 2014 بیش از 1/9 میلیارد (39 درصد) از جمعیت بزرگسال دارای اضافه وزن بودند که از این تعداد بیش از 600 میلیون نفر (13 درصد) مبتلا به چاقی بودند. با وجود تلاش‌های بسیار زیاد برای کنترل چاقی، شیوع اضافه وزن و چاقی در سراسر جهان بین سال‌های 1980 تا 2014 بیش از دو برابر شده است (سازمان جهانی بهداشت، 2016). داده‌های اخیر انتشار یافته از مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری نیز نشان می‌دهد که این مشکل به ویژه در میان بزرگسالان جوان گسترش پیدا کرده است، بدین صورت که حدود 60/3 درصد از افراد 20-39 سال مبتلا به اضافه وزن یا چاقی هستند (اوگدن¹ و همکاران، 2014).

2. Sutin
3. Luppino
4. Xiang & An
5. Carr & Jaffe
6. Schwartz & Brownell
7. De Zwaan
8. Crandall
9. Friedman
10. Picot
11. Padwal, Li & Lau
12. Mann
13. Curioni & Lourenço

1. Ogden

افسردگی می‌شود. از سوی دیگر، نتایج حاصل از مطالعاتی که به بررسی ارتباط بین چاقی و شادی و بهزیستی پرداخته‌اند، نشان می‌دهند که افزایش وزن، شادی را کاهش (توماسن⁷ و همکاران، 2005) و افسردگی را افزایش می‌دهد (سانلیر، تورکوزو و توکا⁸، 2016). همچنین این افراد، سطح بالاتری از عاطفه منفی (کار، فریدمن و جیف⁹، 2007) و سطح پایینی از بهزیستی روانشناختی را نسبت به افراد دارای وزن عادی گزارش نمودند (رابرتسون، دیویس و وینفلد¹⁰، 2013؛ ماگالارس¹¹ و همکاران، 2014؛ تومبا¹² و همکاران، 2014). در مطالعه رابرتسون (2015) زنان چاقی که در مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر شرکت داشتند، از نظر حالات خلقی مثبت، شکوفایی و رضایت از زندگی وضعیت مطلوب‌تری نسبت به گروه کنترل داشتند و در شاخص‌های افسردگی، اضطراب، استرس و وزن، نیز بهبود نسبی یافتند.

یکی دیگر از رویکردهای مؤثر در جهت کمک به افراد دارای اضافه وزن و افزایش سلامت روانشناختی این گروه، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان است. طی سال‌های اخیر، موضوع نقص در مهارت‌های تنظیم هیجان و به کارگیری راهبردهای مبتنی بر تنظیم هیجان برای ارتقاء کارایی مداخلات موجود مورد بحث قرار گرفته است (برکینگ و وپرمن¹³، 2012). تنظیم هیجان اشاره به فرایندهایی دارد که به وسیله آن ما بر این که چه هیجان‌اتی را تجربه می‌کنیم، چه موقع آن‌ها را تجربه می‌کنیم و

است. روان‌شناسی مثبت، تأکید بر بنا نهادن و گسترش هیجان‌های مثبت به منظور ایجاد سپری در برابر اختلال‌های روانی و افزایش بهزیستی و شادکامی افراد دارد (مک کالو و وایت ولت¹، 2002). زیربنای نظری روان‌درمانی مثبت ریشه در کارهای سلینگمن دارد که معتقد است شادی شامل زندگی لذتمند، متعهدانه و معنادار است. بر اساس این رویکرد، مراجعان ذاتاً به دنبال رشد، شکوفایی و شادی هستند. در مداخلات مثبت‌نگر، هیجان‌های مثبت و توانمندی‌های افراد در کنار ضعف‌هایشان، کانون اصلی توجه هستند و از آنجا که ضعف‌ها و مشکلات در ایجاد اختلال‌های روانشناختی نقش دارند، ارتقاء هیجان‌های مثبت و توانمندی‌های افراد در افزایش میزان شادی، رضایت از زندگی و سلامت روان آن‌ها مؤثر است (سلینگمن²، 2011).

از یکسو، پژوهش‌های مختلفی تأثیر درمان مثبت‌نگر را در بهبود مشکلات روانشناختی مورد مطالعه و بررسی قرار داده‌اند و شواهد نشان می‌دهند که این درمان در ارتقاء سلامت روانی (سلینگمن، رشید و پارک³، 2006)، افزایش رضایت از زندگی و کاهش افسردگی (آسبدو و سی⁴، 2014؛ برتیچ⁵ و همکاران، 2014) و افزایش روابط و هیجان‌های مثبت (رشید، 2015) اثربخش بوده است.

یافته‌های فراتحلیل بولیر⁶ و همکاران (2013) که به بررسی نتایج 41 پژوهش در این زمینه پرداخته است، نشان می‌دهد مداخله‌های مثبت‌نگر موجب افزایش بهزیستی روانشناختی و کاهش نشانه‌های

7. Thommasen

8. Şanlıer, Türközü & Toka

9. Carr, Friedman & Jaffe

10. Robertson, Davies & Winefield

11. Magallares

12. Tomba

13. Berking & Wupperman

1. McCullough & Witvliet

2. Seligman

3. Rashid & Parks

4. Asebedo & Seay

5. Bertisch

6. Bolier

معنی‌داری در پیش‌بینی سطوح پایین عواطف و احساسات مثبت همچون شادکامی و سلامت ذهنی دارند. همچنین بر اساس نتایج پژوهش ریورس⁵ و همکاران (2007)، تنظیم هیجان مؤثر با عملکردهای اجتماعی بهینه در ارتباط است.

شواهد تجربی از ارتباط بین رفتارهای آشفته خوردن و هیجانات، نشان می‌دهند که خوردن ممکن است وسیله‌ای برای مقابله با هیجانات پریشان‌کننده باشد (کوپر، ولز و تاد⁶، تاد⁶، 2004؛ بیدلوسکی⁷ و همکاران، 2005؛ مچت⁸، 2008)، به ویژه، افراد مبتلا به اختلال خوردن، هیجانات منفی نظیر خشم، شرم، انزجار، ترس و غم و اندوه را بیشتر تجربه می‌کنند و این هیجانات را طاق‌ت فرسا می‌باند (فاکس و پاور⁹، 2009). در پژوهش وناک، گرینبرگ و دالهنیتی¹⁰ (2015) 12 زن با تشخیص اختلال پرخوری، پرخوری عصبی و یا اختلالات خوردن نامشخص تحت درمان گروهی هیجان مدار قرار گرفتند. نتایج نشان داد که شرکت کنندگان کاهش قابل ملاحظه‌ای را در فراوانی رفتار پرخوری، بهبود در خلق و خوی، کنترل هیجانات و خودکارآمدی گزارش نمودند. با توجه به مطالب فوق، مطالعه حاضر در صدد بررسی اثربخشی و مقایسه مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان بر بهزیستی ذهنی زنان دارای اضافه وزن است.

چگونه آن‌ها را بیان می‌کنیم، تأثیر می‌گذارد (سزیگیل، بوزنی و بازیسکا، 2012؛ به نقل از زارع و سلگی، 1391). از طریق این فرایند، افراد هیجانات خود را به طور هشیار و ناهشیار تعدیل می‌کنند (بارق و ویلیامز، 2007؛ به نقل از زارع، عباسپور و یوسفی، 1394).

بر اساس رویکرد برکینگ در مدل مقابله سازگاران با هیجانات¹، تنظیم مؤثر هیجان، از طریق 9 توانایی صورت می‌گیرد: (1 آگاهی از هیجانات، (2 شناسایی و نامگذاری هیجانات، (3 تفسیر درست احساسات بدنی مرتبط با هیجان، (4 درک عوامل ایجاد کننده هیجانات، (5 تعدیل فعالانه هیجانات منفی، (6 پذیرش هیجانات منفی در مواقع لازم، (7 تحمل هیجانات منفی در مواقعی که نمی‌توان آن‌ها را تغییر داد، (8 مواجهه (به جای اجتناب) با موقعیت‌های پریشان‌کننده بخاطر کسب اهداف مهم و (9 حمایت دلسوزانه از خود (تشویق، تسکین خود، راهنمایی) به هنگام مواجهه با هیجانات ناخواسته (برکینگ و وایتلی²، 2014؛ برکینگ و لوکاس، 2015). اثربخشی درمان مدیریت هیجان نشان می‌دهد که این مهارت مکانیسم مهمی برای بهزیستی و سلامت روانی است (برکینگ و همکاران، 2008).

تنظیم هیجان در مقایسه با سرکوب آن، با الگوهای سالم‌تر عواطف، عملکرد اجتماعی و بهزیستی همراه است (جان و گراس³، 2004). کویدباچ⁴ و همکاران (2010)، به این نتیجه دست یافتند که راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان همچون فرونشانی، اجتناب و نشخوار فکری، سهم

5. Rivers
6. Cooper, Wells & Todd
7. Bydlowski
8. Macht
9. Fox & Power
10. Wnuk, Greenberg & Dolhanty

1. Adaptive Coping with Emotions (ACE) model
2. Whitley
3. John & Gross
4. Quoidbach

روش

پژوهش حاضر، از نمونه پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل به همراه دوره پیگیری است.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری مطالعه حاضر را تمامی دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشگاه پیام نور واحد رضوانشهر در سال تحصیلی 96-1395 تشکیل می‌دهند. پس از غربالگری اولیه بر اساس طرح پایش سلامت جسمی و روانشناختی که در شروع سال تحصیلی به مدت دو هفته انجام شد، از بین افرادی که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، 60 نفر به صورت تصادفی انتخاب گردیدند و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند (20 نفر در هر گروه). ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر عبارتند از: مؤنث بودن، سن 20 تا 35 سال، دریافت نکردن رژیم غذایی خاص، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی جهت کاهش وزن، عدم بارداری و شاخص توده بدنی بین 25 تا 30؛ همچنین، افرادی که بیماری جسمی و روانشناختی قابل توجهی که نیاز به مصرف دارو یا رژیم خاصی داشتند و بیش از دو جلسه در مداخله غیبت داشتند از جمع شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر خارج گردیدند. در نهایت 51 نفر به عنوان نمونه نهایی باقی ماندند (17 نفر در هر گروه). یک گروه آزمایش تحت مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر که بر اساس پروتکل درمانی رشید (2008) است، قرار گرفت. این مداخله در 14 جلسه و هر جلسه به مدت 90 دقیقه به صورت

گروهی برگزار شد که محتوای جلسات به این شرح است: جلسه اول: بحث در زمینه چارچوب روان‌شناسی مثبت‌نگر، جلسه دوم: معرفی توانمندی‌های منش، جلسه سوم: بحث در مورد توانمندی‌های خاص و هیجان‌ات مثبت، جلسه چهارم: خاطرات خوب در برابر خاطرات بد، جلسه پنجم: بخشودگی، جلسه ششم: قدردانی، جلسه هفتم: بررسی میان دوره درمان، جلسه هشتم: قناعت در برابر بیشینه‌سازی، جلسه نهم: خوشبینی و امید، جلسه دهم: روابط مثبت، جلسه یازدهم: بحث در مورد توانمندی‌های خاص سایر اعضای خانواده، جلسه دوازدهم: اصل لذت، جلسه سیزدهم: میراث مثبت و موهبت زمان، جلسه چهاردهم: زندگی کامل (انسجام لذت، تعهد و معنا)، ارزیابی کلی گروه آزمایش دیگر، تحت آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی قرار گرفت که بر اساس پروتکل آموزشی برکینگ و وایتلی (2014)، طی 12 جلسه 90 دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای یکبار به صورت گروهی برگزار شد. محتوای جلسات این پروتکل بر این اساس است: جلسات اول و دوم (روانی آموزشی): آشنایی شرکت‌کننده‌ها با مبانی نظری و تجربی هیجان‌ها و چگونگی تنظیم هیجان بر اساس مهارت‌های هفت‌گانه مطرح شد در این مدل، جلسه سوم: تمرین آرامش عضلانی و تنفسی و تأکید بر تمرین منظم، جلسه چهارم و پنجم: آگاهی بدون قضاوت (آگاه شدن به هیجان و نامگذاری هیجانی)، جلسه ششم و هفتم: پذیرش و تحمل،

جلسه هشتم: حمایت دلسوزانه از خود، جلسه نهم: تجزیه و تحلیل هیجانات، یعنی بررسی نشانه‌های موقعیت هیجانی، شناسایی هیجان‌های اولیه و ثانویه و تعیین اهداف مقابله‌ای، جلسه دهم: تعدیل و اصلاح هیجانات، جلسه یازدهم: تمرین بیشتر برای مقابله با حالت‌های هیجانی خاص و تعدیل آن‌ها به ویژه آن‌هایی که برای سلامت روان مهم هستند، جلسه دوازدهم: جمع‌بندی و ارزیابی کل؛ پس از اتمام دوره‌های مداخله، از گروه‌های آزمایش و کنترل پس از آزمون به عمل آمد. همچنین مرحله پیگیری، دو ماه بعد از اتمام مداخلات، در هر سه گروه اجرا گردید. به جهت رعایت اصول اخلاقی نیز، پس از اتمام دوره‌های مداخله، مؤثرترین مداخله برای گروه کنترل به کار بسته شد.

ابزارهایی که در پژوهش حاضر به کار رفته‌اند عبارت‌اند از:

پرسشنامه بهزیستی ذهنی: این پرسشنامه را کی یز و ماگیارمو (2003) در سه بخش بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی ارائه دادند. خرده مقیاس هیجانی دارای 12 سؤال است که هیجانات مثبت و منفی فرد را در یک ماه اخیر

ارزیابی می‌نماید و افراد احساس کلی خود را در مقیاس 5 درجه‌ای لیکرت از 1 به معنی بدترین حالت تا 5 بهترین حالت درجه‌بندی می‌کنند. خرده مقیاس بهزیستی روانشناختی دارای 18 سؤال است که 6 مؤلفه پذیرش خویشتن، رشد شخصی، هدف در زندگی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران را در بر می‌گیرد که در مقیاس 7 درجه‌ای لیکرت از 1

(سیار زیاد مخالف) تا 7 (سیار زیاد موافق) تنظیم گردیده است. خرده مقیاس بهزیستی اجتماعی دارای 15 سؤال و 5 مؤلفه مقبولیت و پذیرش اجتماعی، واقع‌گرایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پیوستگی اجتماعی و همبستگی اجتماعی است. پاسخگویان در این خرده مقیاس نیز ارزیابی کلی خود را در مقیاس 7 درجه‌ای لیکرت از 1 تا 7 مشخص می‌نمایند. این پرسشنامه را هاشمیان، پورشهریاری، بنی جمالی و گلستانی بخت (1386) اجرا و اعتباریابی نمودند. ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه 0/80 و برای زیرمقیاس‌های بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی به ترتیب 0/86، 80 و 0/61 به دست آمد. روایی افتراقی نیز با پرسشنامه 21 سؤالی افسردگی بک محاسبه گردید که ضرایب همبستگی با نمره کل بهزیستی 0/52- و برای زیرمقیاس‌های فوق به ترتیب 0/46-، 0/47- و 0/43- گزارش شد. در پژوهش برقی ایرانی، بختی، و بگیان کوله مرز (1394) ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای کل پرسشنامه 0/78 و برای خرده مقیاس‌های هیجانی 0/83، روانشناختی 0/81 و اجتماعی 0/67 است.

یافته‌ها

نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار شرکت کنندگان در سه گروه مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر و آموزش شایستگی‌های هیجانی و کنترل به ترتیب برابر با $25/29 \pm 4/03$ و $24/35 \pm 3/18$ و $25/41 \pm 3/73$ بوده است. در

ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول 1 ارائه گردید.

جدول 1. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در سه گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	مراحل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
بهزیستی هیجانی	روان‌شناسی مثبت‌نگر		31/88 (3/77)	35/88 (3/90)	35/76 (3/75)
	آموزش شایستگی‌های هیجانی		32/06 (4/31)	41/12 (5/92)	41/41 (5/08)
	کنترل		32/35 (4/65)	30/06 (3/98)	29/47 (4/22)
بهزیستی روان‌شناختی	روان‌شناسی مثبت‌نگر		60/53 (9/22)	90/82 (9/90)	89 (8/68)
	آموزش شایستگی‌های هیجانی		59/06 (10/81)	73/24 (11/88)	72/82 (9/16)
	کنترل		58/12 (8/80)	57/47 (9/17)	56/29 (7/77)
بهزیستی اجتماعی	روان‌شناسی مثبت‌نگر		51/65 (6/35)	76/18 (6/87)	72/53 (6/71)
	آموزش شایستگی‌های هیجانی		51/88 (8/08)	62/24 (8/02)	60/59 (7/68)
	کنترل		50/24 (7/48)	49/53 (7/13)	50/12 (6/74)
بهزیستی ذهنی	روان‌شناسی مثبت‌نگر		144/06 (16/97)	202/88 (18/14)	197/29 (16/38)
	آموزش شایستگی‌های هیجانی		143 (21/79)	176/59 (23/50)	174/82 (20/17)
	کنترل		140/71 (18/74)	137/06 (18/13)	135/88 (17/06)

تأیید قرار گرفت. همچنین پیش فرض برقرار بودن کرویت (برابر بودن واریانس تفاوت تمام زوج‌های اندازه‌گیری مکرر) با انجام آزمون موچلی بررسی گردید. عدم معناداری آزمون موچلی در مؤلفه‌ها، نشان از برقراری پیش فرض کرویت بود. با توجه به برقراری مفروضه‌های فوق، مجاز به استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر هستیم که نتایج آن در جدول 2 الی 5 ارائه گردیده است.

جهت بررسی مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر و آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی در افزایش بهزیستی در زنان دارای اضافه وزن، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده گردید. این آزمون پیش از اجرا دارای مفروضه‌هایی است که می‌بایست رعایت نمود. جهت بررسی فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده گردید که نتایج نشان از عدم معناداری مؤلفه‌ها داشت، بنابراین این مفروضه مورد

جدول 2. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در بهزیستی هیجانی سه گروه طی سه مرحله

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح	مجذورات
بین‌آزمودنی‌ها						
گروه	1461/07	2	730/54	13/17	0/01	0/35
خطا	2662/04	48	55/46			
درون‌آزمودنی‌ها						
عامل	421/66	2	210/83	108/56	0/01	0/69
عامل و گروه	794/58	4	198/64	102/29	0/01	0/81
خطا	186/43	96	1/94			

در نتیجه می‌توان گفت مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر و آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی در مؤلفه بهزیستی هیجانی اثربخش است. برای مشخص شدن اینکه کدام مداخله روی بهزیستی هیجانی تأثیر بیشتری دارد از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده گردید که بررسی دو به دوی تفاوت معنادار از طریق مقایسه‌های زوجی نشان داد که آموزش شایستگی‌های هیجانی نسبت به مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر ($I-J=3/69$, $sig=0/05$)، آموزش شایستگی‌های هیجانی نسبت به گروه کنترل ($I-J=7/57$, $J=$ $sig=0/01$) و مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر نسبت به گروه کنترل ($I-J=3/88$, $J=$ $sig=0/03$) به طور معناداری متفاوت بود.

نتایج جدول 2 نشان می‌دهد که بین بهزیستی هیجانی در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($F=13/17$, $P<0/01$). همچنین بین بهزیستی هیجانی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری به دست آمد ($F=108/56$, $P<0/01$). سرانجام روند تغییر نمرات بهزیستی هیجانی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر و آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی و کنترل تفاوت معناداری داشته است ($P<0/01$). و با توجه به میانگین‌های مشاهده شده، روند تغییر نمرات از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش افزایشی بوده است و شیب افزایش در گروه آموزش شایستگی‌های هیجانی بیشتر است.

جدول 3. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در بهزیستی روانشناختی سه گروه طی سه مرحله

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
بین آزمودنی‌ها						
گروه	13287/07	2	6643/54	25/22	0/01	0/51
خطا	12643/80	48	263/41			
درون آزمودنی‌ها						
عامل	6734/37	2	3367/18	642/77	0/01	0/93
عامل و گروه	5320/73	4	1330/18	253/92	0/01	0/91
خطا	502/90	96	5/24			

در مؤلفه بهزیستی روانشناختی اثربخش است و شیب افزایش در مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بیشتر است. نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر نسبت به آموزش شایستگی‌های هیجانی ($I-J=11/75$, $sig=0/01$)، آموزش شایستگی‌های هیجانی نسبت به گروه کنترل ($I-J=11/08$, $sig=0/01$) و مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر نسبت به گروه کنترل ($I-J=22/82$, $J=$ $sig=0/01$) به طور معناداری متفاوت بود.

نتایج جدول 3 نشان می‌دهد که بین نمره‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در زمینه بهزیستی روانشناختی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=25/22$, $P<0/01$). بین نمره‌های عامل در متغیر بهزیستی روانشناختی تفاوت معناداری به دست آمد ($F=642/77$, $P<0/01$). همچنین بین نمره‌های عامل و گروه‌ها در متغیر مذکور تعامل معناداری مشاهده گردید ($P<0/01$). نتایج بیانگر این است که مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر و آموزش شایستگی‌های هیجانی

فرزانه رنجبر نوشری و همکاران: مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر و آموزش یکپارچه ...

جدول 4. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در بهزیستی اجتماعی سه گروه طی سه مرحله

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
بین‌آزمودنی‌ها						
گروه	7117/94	2	3608/97	23/57	0/01	0/50
خطا	7349/73	48	153/12			
درون‌آزمودنی‌ها						
عامل	3888/64	2	1944/32	837/53	0/01	0/95
عامل و گروه	3124/50	4	781/12	336/48	0/01	0/93
خطا	222/86	96	2/32			

یکپارچه شایستگی‌های هیجانی در مؤلفه بهزیستی اجتماعی اثربخش است. جهت اینکه کدام مداخله روی بهزیستی اجتماعی تأثیر بیشتری دارد از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر نسبت به آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی ($I-J=8/55$ ، $sig=0/01$)، آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی نسبت به گروه کنترل ($I-J=8/27$ ، $sig=0/01$) و مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر نسبت به گروه کنترل ($I-J=16/82$ ، $sig=0/01$) به طور معناداری متفاوت بود.

نتایج جدول 4 نشان می‌دهد که بین بهزیستی اجتماعی در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($F=23/57$ ، $P<0/01$). همچنین بین بهزیستی اجتماعی در مراحل سه‌گانه تفاوت معناداری به دست آمد ($P<0/01$). سرانجام روند تغییر نمرات بهزیستی اجتماعی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه تفاوت معناداری داشته است ($P<0/01$). با توجه به میانگین‌های مشاهده شده، افزایش بیشتر نمرات در گروه مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بیشتر است. در نتیجه می‌توان گفت مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر و آموزش

جدول 5. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در بهزیستی ذهنی سه گروه طی سه مرحله

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
بین‌آزمودنی‌ها						
گروه	49221/82	2	24610/91	22/90	0/01	0/49
خطا	51593/69	48	1074/87			
درون‌آزمودنی‌ها						
عامل	27180/41	2	13590/20	1248/03	0/01	0/96
عامل و گروه	21028/22	4	5257/06	482/77	0/01	0/95
خطا	1045/37	96	10/89			

در مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بیشتر است. برای مشخص شدن اینکه کدام مداخله روی بهزیستی ذهنی تأثیر بیشتری دارد از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده گردید. نتایج نشان داد که مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر نسبت به آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی ($I-J=16/61$ ، $sig=0/04$)، آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی نسبت به گروه کنترل ($I-J=26/92$ ، $sig=0/01$) و مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر نسبت به گروه کنترل ($I-J=43/53$ ، $sig=0/01$) به طور معناداری متفاوت بود.

نتایج جدول 5 نشان می‌دهد که بین نمره‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در زمینه بهزیستی ذهنی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=22/90$ ، $P<0/01$). بین نمره‌های عامل (بهزیستی ذهنی) تفاوت معناداری به دست آمد ($F=124/03$ ، $P<0/01$). همچنین بین نمره‌های عامل و گروه‌ها در شاخص بهزیستی ذهنی تعامل معناداری مشاهده گردید ($P<0/01$). نتایج بیانگر این است که مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر و آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی در سازه بهزیستی ذهنی اثربخش است و شیب افزایش به صورت محسوسی

نتیجه‌گیری و بحث

روان‌درمانی مثبت‌نگر بر آن تأکید دارد، روابط، بهره‌وری در کار و سلامت جسمانی را افزایش، افسردگی را کاهش و در نتیجه ذهن را گسترش می‌دهد و شکوفایی را تسهیل می‌نماید.

بنابراین می‌توان گفت که مداخله مثبت‌نگر با شعار تمرکز و پرورش توانمندی‌ها، فضیلت‌ها و هیجان‌های مثبت و خوشبینی، باعث ایجاد احساس مثبت در افراد می‌شود و موجب می‌گردد تا آن‌ها به زندگی خود تعهد بیشتری داشته و فعالانه و با انگیزه‌ای بالاتر در آن درگیر شوند و در نتیجه منجر به ارتقاء بهزیستی ذهنی این دسته از افراد می‌گردد.

نتایج پژوهش حاضر در زمینه اثربخشی آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی بر افزایش بهزیستی ذهنی نیز با پژوهش وناک و همکاران (2015) مطابقت دارد. همچنین این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌هایی است که در آن‌ها مشخص گردید تنظیم هیجانی نارسا²

پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر و آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی بر بهزیستی اجتماعی، هیجانی و روانشناختی در زنان دارای اضافه وزن پرداخت. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که دو مداخله مذکور در مقایسه با گروه کنترل، افزایش معناداری در سازه بهزیستی ذهنی و زیرمقیاس‌های آن داشته‌اند. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش رابرتسون (2015) مبنی بر اثربخشی مداخله مثبت‌نگر بر شاخص‌های بهزیستی در زنان چاق، همسو است. همچنین این یافته با مباحث موجود در ادبیات پژوهشی هماهنگ است. مک‌کالو و وایت ولت (2002) معتقدند هیجان‌های مثبت سپری در برابر اختلال‌های روانی و عاملی مؤثر در افزایش بهزیستی و شادکامی افراد است. از نظر فردریکسون¹ (2009)؛ به نقل از رشید، (2009) تجربه هیجان‌های مثبتی که

می‌بخشند (برکینگ و وایتلی، 2014؛ برکینگ و لوکاس، 2015).

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر نسبت به آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی، افزایش معناداری در مؤلفه‌های روانشناختی و اجتماعی بهزیستی داشته است.

بندورا⁹ (2011) بر اساس دیدگاه شناخت اجتماعی، معتقد است که رضایت از خود و بهزیستی ذهنی از سه فرایند مقایسه‌ای نشأت گرفته است: در مقایسه زمانی¹⁰، بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی شخصی بستگی به این مسأله دارد که آیا آن شخص در مقایسه با قبل، بهتر یا بدتر بوده است. در مقایسه اجتماعی¹¹، بهزیستی ذهنی و رضایت، بستگی به این دارد که آیا کیفیت زندگی فرد در مقایسه با زندگی دیگران مطلوب یا نامطلوب است و در نهایت، در مقایسه آرمان‌گرایانه¹²، بهزیستی ذهنی افراد تحت تأثیر این مسئله قرار دارد که چگونه وضعیت زندگی کنونی‌شان را با معیارهای بالایی که در زندگی‌شان برای خود تعیین کرده‌اند، ارزیابی می‌کنند. بر این اساس شاید افراد دارای اضافه وزن به دلیل تغییراتی که در ظاهر فیزیکی‌شان رخ می‌دهد در هریک از این سه فرایند مقایسه قرار گیرند و لذا بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی در آنها کاهش یابد. بر اساس نتایج پژوهش جامعی که سوامی¹³ و همکاران (2015) انجام دادند، زنانی که تصویر بدنی مطلوب‌تری از خود داشته‌اند، سطوح بالاتری از شادکامی و بهزیستی ذهنی

نارسانا¹ از عوامل مهمی است که احتمال ایجاد آسیب‌های روانشناختی را در طیف وسیعی از اختلال‌های خوردن، افسردگی، اضطراب و برونی‌سازی تا رفتارهای پرخطرگرا را در دوره نوجوانی افزایش می‌دهد (مک‌لاگین² و همکاران، 2011؛ هرتز، مک‌لاگین و هاتزن بوهرلر³، 2012؛ گیلبرت⁴، 2012؛ به نقل از تقوی، آزاد فلاح و موتابی، 1394) و تنظیم موفقیت‌آمیز هیجان به طور گسترده‌ای با سلامت روان در ارتباط است (گراس و مانوز⁵، 1995؛ کرینگ و ورنر⁶، 2004؛ به نقل از برکینگ⁷ و همکاران، 2008).

در این درمان، افراد در ابتدا با ماهیت حالت‌های هیجانی و پیشینه تکاملی آن‌ها، اهداف، خطرات بالقوه و مزایای هیجان‌ها آشنا می‌شوند و سپس مکانیزم‌هایی که در روند پردازش هیجانی دخیل هستند معرفی می‌گردند. بر اساس این رویکرد، هفت مهارت در تسهیل مقابله سازگارانه با حالات هیجانی، به ویژه موقعیت‌های چالش برانگیز، نقش دارند. این مهارت‌ها شامل آرامش عضلانی، تمرین تنفس، آگاهی بدون قضاوت، پذیرش و تحمل، حمایت دلسوزانه از خود، تجزیه و تحلیل و اصلاح حالت‌های عاطفی هستند (برکینگ و شوارتز⁸، 2014). بر اساس رویکرد برکینگ، مهارت‌های پذیرش و تحمل هیجانات منفی و تعدیل هیجانات منفی برای سلامت روان حیاتی‌تر هستند و سایر مهارت‌های موجود در این مدل تنها از طریق تسهیل کاربرد موفقیت‌آمیز مهارت‌های پذیرش/تحمل و اصلاح، سلامت روان را ارتقاء

1. Emotion dysregulation
2. McLaughlin
3. Herts, McLaughlin & Hatzenbuehler
4. Gilbert
5. Muñoz
6. Kring & Werner
7. Berking
8. Schwartz

9. Bandura

10. Temporal comparison

11. Social comparison

12. Aspirational comparison.

13. Swami

خُلُقِ منفی نظیر اضطراب، افسردگی و همچنین نارضایتی بدنی همراه است (برای مثال کارپنتر³ و همکاران، 2000؛ مورگان⁴ و همکاران، 2002) و از آنجایی که خُلُق و خو یکی از عوامل اصلی برای بهزیستی ذهنی است، چرا که بر اساس تعریف، بهزیستی عبارت است از حالت خُلُقِ مطلوب، فقدان حالات خُلُقِ نامطلوب و سطوح بالای رضایت از زندگی (دینر، 2000)، بنابراین آموزش تنظیم هیجان به افراد داری اضافه وزن باعث می‌گردد که آنان با استفاده درست از هیجان‌ات، آگاهی از هیجان‌ات و پذیرش آن‌ها و ابراز هیجان‌ات مخصوصاً هیجان‌ات مثبت در موقعیت‌های زندگی، هیجان‌ات منفی خویش را کاهش دهند که به تبع آن میزان بهزیستی هیجانی آن‌ها ارتقاء می‌یابد.

با توجه به مشکلات جدی و بی‌شماری که زنان اضافه وزن دارند، ضروری است که این افراد به جای اینکه انتظار نامحدودی برای آینده‌ای همراه با وزن نرمال در رویاهای شان داشته باشند، یاد بگیرند چگونه از زندگی شان در اینجا و اکنون لذت ببرند. حتی اگر این افراد وزن مناسب خود را به دست نیاورند، دلیلی وجود ندارد که از زندگی خود لذت نبرند و باقی عمر خود را همچنان بدون لذت و شادی بگذرانند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است این مطالعه فقط در زنان مبتلا به اضافه وزن اجرا گردید که این مسأله امکان بررسی

را گزارش نمودند. همینطور، فرض شده که تصویر بدنی ضعیف بر بهزیستی روانشناختی اثرگذار بوده و به طور خاص ممکن است افسردگی را در افراد اضافه وزن تسهیل کند (شوارتز و برونل، 2004). دختران و زنان اضافه وزن عزت‌نفس پایین‌تری را نیز نسبت به مردان اضافه وزن گزارش نموده‌اند (ایسرائل و ایوانووا¹، 2002). در این راستا، آموزش فنون و مهارت‌های مثبت‌اندیشی به این افراد، به منظور تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود، دیگران و دنیا و نیز افزایش شادکامی، باعث می‌گردد که آن‌ها خود را بهتر شناخته و تجربه‌های مثبت خود را بازشناسند و به نقش این تجارب مثبت در افزایش و ارتقای احترام به خود پی‌ببرند. توجه به نقاط مثبت و تجارب خوب گذشته، احتمال بروز برداشت‌های مثبت تر از خویش و دیگران را افزایش می‌دهد و همین امر سبب می‌شود که افراد قادر به پذیرش مسئولیت بیشتری در مورد ارزش خود شوند و به درک کامل‌تری از خویش نایل آیند (آلگو، هایدت و گابل²، 2008) و در نهایت منجر به افزایش بهزیستی روانشناختی و اجتماعی گردد.

سرانجام نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی در مقایسه با مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر، افزایش معناداری را در میزان بهزیستی هیجانی افراد دارای اضافه وزن به دنبال داشته است. اضافه وزن و چاقی با تنوعی از حالت‌های

3. Carpenter
4. Morgan

1. Israel & Ivanova
2. Algoe, Haidt & Gable

نهایت اینکه، فاصله بین پس‌آزمون و پیگیری در پژوهش حاضر، کوتاه است که در دیگر مطالعات می‌تواند در دوره‌های متوالی پس از مداخله این امر صورت پذیرد.

تفاوت‌های جنسیتی را به ما نمی‌دهد. همچنین پژوهش حاضر بر روی یک نمونه دانشجویی بوده است و پژوهش‌های بعدی می‌توانند در دیگر محیط‌ها مورد بررسی قرار گیرند. در

منابع

و بازسازی شناختی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و کارکرد خانواده در زنان ناباور». *مجله روان‌شناسی و روان پزشکی شناخت*، 2(1)، 81-93.

- صفاری نیا، م. و درتاج، ا (1396). «اثربخشی معنادرمانی گروهی بر امید به زندگی و بهزیستی روانی و اجتماعی سالمندان زن ساکن آسایشگاه‌های شهر دبی». *مجله سالمندی ایران*، 12(4)، 482-493.

- علی اکبری دهکردی، م.، علی‌پور، ا.، عباس‌پور، پ.، سلیمی، ا. و صفری، ی. (1395). نقش میانجی بهزیستی روانی در رابطه بین باورهای فراشناختی و تیپ شخصیتی D با شدت علائم بیماری در بیماران مبتلا به پسوریازیس. *تحقیقات علوم رفتاری*، 14(1)، 85-91.

- هاشمیان، ک.؛ پورشهریاری، م.؛ بنی جمالی، ش. و گلستانی بخت، ط (1386). «بررسی رابطه بین ویژگی‌های جمعیت شناختی با میزان بهزیستی ذهنی و شادمانی در جمعیت شهر تهران». *مطالعات روان شناختی*، 3(3)، 139-163.

- برقی ایرانی، ز.؛ بختی، م. و بگیان کوله مرز، م. ج (1394). «اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر بهزیستی اجتماعی، هیجانی، روانشناختی و کاهش نشانه‌های کودکان اختلال سلوک». *شناخت اجتماعی*، 4(1)، 157-176.

- تقوی، ن.؛ آزاد فلاح، پ. و موتابی، ف (1394). «کفایت هیجانی در دختران نوجوان بر اساس بهزیستی ادراک شده». *شناخت اجتماعی*، 4(2)، 137-153.

- رضایی نیاسر، آ.؛ زارع، ح. و برجسته، ف (1396). «ارزیابی عملکرد شناختی کودکان دارای مشکل اضافه وزن و چاق در آزمون برج لندن و آزمون استروپ در مقایسه با کودکان دارای وزن نرمال». *فصلنامه روانشناسی سلامت*، 6(22)، 35-50.

- زارع، ح. و سلگی، ز (1391). «بررسی رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان». *پژوهش در سلامت روانشناختی*، 6(3)، 19-29.

- زارع، ح.؛ عباس‌پور، پ. و یوسفی، ف (1394). «نقش آموزش مهارت حل مسئله

- Algoe, S. B.; Haidt, J. & Gable, S. L. (2008). "Beyond reciprocity: Gratitude and relationships in everyday life". *Emotion*, 8(3), 425-429.
- Asebedo, S. D. & Seay, M. C. (2014). "Positive psychological attributes and retirement satisfaction". *Journal of Financial Counseling and Planning*, 25(2), 161-173.
- Bandura, A. (2011). "A social cognitive perspective on positive psychology". *Revista de Psicología Social*, 26(1), 7-20.
- Berking, M. & Lukas, C. A. (2015). "The Affect Regulation Training (ART): A transdiagnostic approach to the prevention and treatment of mental disorders". *Current Opinion in Psychology*, 3, 64-69.
- Berking, M.; Orth, U.; Wupperman, P.; Meier, L. L. & Caspar, F. (2008). "Prospective effects of emotion-regulation skills on emotional adjustment". *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 485-494.
- Berking, M. & Schwarz, J. (2014). *Affect regulation training*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 529-547). New York: Guilford Press.
- Berking, M. & Whitley, B. (2014). *Affect Regulation Training: A Practitioners' Manual*. New York: Springer.
- Berking, M.; Wupperman, P.; Reichardt, A.; Pejic, T.; Dippel, A. & Znoj, H. (2008). "Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy". *Behaviour Research and Therapy*, 46(11), 1230-1237.
- Berking, M. & Wupperman, P. (2012). "Emotion regulation and health: State of the art". *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128-134.
- Bertisch, H.; Rath, J.; Long, C.; Ashman, T. & Rashid, T. (2014). "Positive psychology in rehabilitation medicine: a brief report". *Neuro Rehabilitation*, 34(3), 573-585.
- Bolier, L.; Haverman, M.; Westerhof, G. J.; Riper, H.; Smit, F. & Bohlmeijer, E. (2013). "Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies". *BMC Public Health*, 13, 119-138.
- Bydowski, S.; Corcos, M.; Jean met, P.; Paterniti, S.; Berthoz, S.; Laurier, C., et al. (2005). "Emotion-processing deficits in eating disorders". *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 321-329.
- Carpenter, K.M.; Hasin, D.S.; Allison, D.B. & Faith, M.S. (2000). "Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: Results from a general population study". *American Journal of Public Health*, 90(2), 251-257.
- Carr, D. & Friedman, M. A. (2005). "Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the united states". *Journal of Health and Social Behavior*, 46(3), 244-259.
- Carr, D.; Friedman, M. A. & Jaffe, K. (2007). "Understanding the relationship between obesity and positive and negative affect: The role of psychosocial mechanisms". *Body Image*, 4(2), 165-177.
- Carr, D. & Jaffe, K. (2012). "The psychological consequences of weight change trajectories: Evidence from quantitative and qualitative data". *Economics and Human Biology*, 10(4), 419-430.
- Cooper, M. J.; Wells, A. & Todd, G. (2004). "A cognitive model of bulimia nervosa". *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 1-16.
- Crandall, C. S. (1994). "Prejudice against fat people: Ideology and self-interest". *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 882-894.

- Curioni, C. C. & Lourenço, P. M. (2005). "Long-term weight loss after diet and exercise: A systematic review". *International Journal of Obesity*, 29(10), 1168-1174.
- De Zwaan, M.; Petersen, I.; Kaerber, M.; Burgmer, R.; Nolting, B.; Legenbauer, T. et al. (2009). "Obesity and quality of life: A controlled study of normal-weight and obese individuals". *Psychosomatics*, 50(5), 474-482.
- Diener, E. (2000). "Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index". *The American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Diener, E. (2012). "New findings and future directions for subjective well-being research". *American psychologist*, 67(8), 590-597.
- Diener, E. & Lucas, R. E. (2000). "Explaining differences in societal levels of happiness: Relative standards, need fulfillment, culture, and evaluation theory". *Journal of Happiness Studies*, 1(1), 41-78.
- Diener, E.; Oishi, S. & Lucas, R. E. (2003). "Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life". *Annual review of psychology*, 54 (1), 403-425.
- Fox, J.R.E. & Power, M.J. (2009). "Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrated model". *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(4), 240-267.
- Israel, A.C. & Ivanova, M.Y. (2002). "Global and dimensional self-esteem in pre adolescent and early adolescent children who are overweight: Age and gender differences". *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 424-429.
- John, O. P. & Gross, J. J. (2004). "Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development". *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1333.
- Keyes, C. L. M. (2002). "The mental health continuum: From languishing to flourishing in life". *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005). "Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2007). "Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health". *The American Psychologist*, 62(2), 95-108.
- Keyes, C. L. M. & Magyar-Moe, Jeana.L. (2003). "The measurement and utility of adult subjective well-being" .p.411-425 in positive psychological assessment: *Handbook of models and measures* ,edited by S.J.Lopez and .R. Snyder. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lupano Perugini, M. L.; de la Iglesia, G.; Castro Solano, A. & Keyes, C. L. (2017). "The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in the Argentinean Context: Confirmatory Factor Analysis and Measurement Invariance". *Europe's Journal of Psychology*, 13(1), 93-108.
- Luppino, F. S.; De Wit, L. M.; Bouvy, P. F.; Stijnen, T.; Cuijpers, P.; Penninx, B. W, & Zitman, F. G. (2010). "Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies". *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220-229.
- Macht, M. (2008). "How emotions affect eating: A five-way model". *Appetite* 50(1), 1-11.
- Magallares, A.; de Valle, P. B.; Irlles, J. A.; Bolaños-Ríos, P. & Jauregui-Lobera, I. (2014). "Psychological well-being in a sample of obese patients compared with a control group". *Nutrición Hospitalaria*, 30 (1), 32-36.

- Mann, T.; Tomiyama, A. J.; Westling, E.; Lew, A. M.; Samuels, B. & Chatman, J. (2007). "Medicare's search for effective obesity treatments: Diets are not the answer". *The American Psychologist*, 62(3), 220-233.
- McCullough, M. E. & Witvliet, C. V. O. (2002). "The psychology of forgiveness. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*". New York: Oxford University Press.
- Morgan, C. M.; Yanovski, S. Z.; Nguyen, T. T.; McDuffie, J.; Sebring, N. G.; Jorge, M. R., et al. (2002). "Loss of control over eating, adiposity, and psychopathology in overweight children". *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 430-441.
- Ogden, C. L.; Carroll, M. D.; Kit, B. K. & Flegal, K. M. (2014). "Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011–2012. *JAMA*, 311(8), 806-814.
- Padwal, R.; Li, S. K. & Lau, D. C. (2003). "Long-term pharmacotherapy for overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials". *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 27(12), 1437-1446.
- Pavot, W. & Diener, E. (2008). "The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction". *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137-152.
- Picot, J.; Jones, J.; Colquitt, J. L.; Gospodarevskaya, E.; Loveman, E.; Baxter, L., & Clegg, A J. (2009). "The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: A systematic review and economic evaluation". *Health Technology Assessment*, 13(41), 1-214.
- Quoidbach, J.; Berry, V. E.; Hansenne, M. & Mikolajczak, M. (2010). "Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savouring and dampening strategies". *Personality and Individual Differences*, 49(5), 368-373.
- Rashid, T. (2008). "Positive Psychotherapy". In S. J. Lopez (Ed.), *Positive psychology: Exploring the best in people* (Vol. 4, pp. 187-217). Westport, CT: Praeger.
- Rashid, T. (2009). "Positive interventions in clinical practice". *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 65(5), 461-466.
- Rashid, T. (2015). "Positive Psychotherapy: A strength-based approach". *The Journal of Positive Psychology*, 10(1), 25-40.
- Rivers, S. E.; Bracett, M. A.; Katulak, N. A. & Salovey, P. (2007). "Regulating anger and sadness: An exploration of discrete emotions in emotion regulation". *Journal of Happiness Studies*, 8(3), 393-427.
- Robertson, S.; Davies, M. & Winefield, H. (2013). "What's good about losers? Positive psychological assets in obese Australians during weight loss attempts". *Obesity Research & Clinical Practice*, 7(2), 55-56.
- Robertson, S. (2015). *A positive psychological approach to weight loss and maintenance in obese Australian*. Thesis submitted for PhD, faculty of health sciences, the University of Adelaide.
- Şanlıer, N.; Türközü, D., & Toka, O. (2016). "Body image, food addiction, depression, and body mass index in university students". *Ecology of Food and Nutrition*, 55(6), 491-507.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Simon & Schuster.
- Seligman, M. E. P.; Rashid T. & Parks, A. C. (2006). "Positive psychotherapy". *American Psychologist*, 61(8), 774-788.
- Schwartz, M. B. & Brownell, K. D. (2004). "Obesity and body image". *Body Image*, 1(1), 43-56.

- Sutin, A. R.; Ferrucci, L.; Zonderman, A. B. & Terracciano, A. (2011). "Personality and obesity across the adult lifespan". *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), 579-592.

- Swami, V.; Tran, U. S.; Stieger, S. & Voracek, M. (2015). "Associations between women's body image and happiness: Results of the YouBeauty.com Body Image Survey (YBIS)". *Journal of Happiness Studies*, 16(3), 705-718.

- Tomba, E.; Offidani, E.; Tecuta, L.; Schumann, R. & Ballardini, D. (2014). "Psychological well-being in outpatients with eating disorders". *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 252-258.

- Thommasen, H. V.; Self, B.; Grigg, A.; Zhang, W. & Birmingham, C. L. (2005). "The relationship between self-rated health, stress, health

care, overall quality of life and weight in a rural population". *Eating and Weight Disorders*, 10(3), 66-69.

- Thompson, R. A. (1994). "Emotion regulation: A theme in search of definition". *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52.

- Wnuk, S. M.; Greenberg, L. & Dolhanty, J. (2015). "Emotion-focused group therapy for women with symptoms of bulimia nervosa". *Eating Disorders*, 23(3), 253-261.

- World Health Organization (2016). *In Obesity and Overweight fact sheet*. Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

- Xiang, X. & An, R. (2015). "Obesity and onset of depression among U.S. middle-aged and older adults". *Journal of Psychosomatic Research*, 78(3), 242-249.

