

# بررسی تأثیر درمان مثبت‌گرایی گروهی بر افسردگی و گرایش به خودکشی (مطالعه موردی نمونه‌ای از آموزشگاه سربازی در همدان)

محمدرضا خلیلی<sup>۱</sup> - محمد اسماعیل ابراهیمی<sup>۲</sup> - علی صاحبی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۲۰

## چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر مثبت‌گرایی گروهی بر روی افسردگی و افکار خودکشی سربازان بدو خدمت یکی از آموزشگاه‌های سربازی شهر همدان بود. تحقیق حاضر از نوع مطالعات مداخله‌ای و روش تحقیق نیمه آزمایشی یا طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه سربازان پایه خدمتی اسفند ۹۵ تا شهریور ۹۶ شهر همدان مشغول آموزش بودند (به صورت انتخاب رندومی) که از تعداد کل آنها، تعداد ۴۰ نفر (۲۰ نفر در گروه کنترل و ۲۰ نفر در گروه مداخله) با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

به پرسشنامه‌های افسردگی و افکار خودکشی بک پاسخ دادند و نتایج داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس یک متغیره و چند متغیره تحلیل شد. نتایج نشان داد، میانگین نمرات افسردگی در پس-آزمون گروه‌های آزمایش  $4/68 \pm 21/96$  نسبت به پیش‌آزمون این گروه  $6/65 \pm 44/19$ ، کاهش پیدا کرده است.

در بین مؤلفه‌های خودکشی، در گروه آزمایش کتمان خودکشی با میانگین وزنی (میانگین تقسیم بر تعداد سؤالات)  $1/58$  قوی‌ترین و تمایل به مرگ با میانگین وزنی  $1/21$  ضعیف‌ترین مؤلفه‌های خودکشی در بین افراد مورد بررسی گروه آزمایش بوده است. در گروه کنترل نیز کتمان خودکشی با میانگین وزنی  $1/52$  قوی‌ترین و آمادگی برای خودکشی با میانگین وزنی  $1/23$  ضعیف‌ترین مؤلفه‌های خودکشی در بین افراد مورد بررسی گروه آزمایش بود.

**واژگان کلیدی:** مثبت‌گرایی، خودکشی، افسردگی، سربازان

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی - دانشگاه آزاد اسلامی همدان (نویسنده مسؤل) Mohamadrezakhilili1351@gmail.com

۲- دکترای روانشناسی، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی همدان

۳- دکترای روانشناسی، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی همدان

## مقدمه

وقتی یک جوان، وارد خدمت سربازی می‌شود، صفات و خصلت‌های ویژه خود را دارد، اما پس از اتمام این دوره، بسیاری از آن صفات، دچار تحول و دگرگونی می‌شوند. طبیعی است که یک جوان، متناسب با ویژگی‌های محیط خدمت خود، نگرش و شناخت و تفکرات متفاوتی نسبت به دوران پیش از سربازی پیدا می‌کند، با توجه به جنبه‌های مختلف دوران خدمت، این نگرش‌ها و تفکرات (اعم از مثبت و منفی) در ابعاد روانی، تربیتی و اجتماعی یک جوان، خواه ناخواه تاثیر خواهند گذاشت (حسینیان، ۱۳۸۷).

در دوران سربازی، جوانان از استان‌های مختلف و با فرهنگ‌های متفاوتی و از خانواده‌های گوناگون دور هم جمع می‌شوند و مرحله جدیدی از زندگی و مسؤولیت پذیری خود را آغاز می‌کنند و ورود به سربازی منجر به تغییرات عمده‌ای در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی افراد می‌شود و مقطع بسیار حساسی بشمار می‌رود. قرار گرفتن در چنین شرایطی غالباً با فشار و نگرانی توأم بوده و می‌تواند عملکرد و سلامت روانی افراد را تحت تاثیر قرار دهد. این دوره جدید در زندگی با همه مزایای که دارد. با استرس‌های زیادی هم همراه است. این استرس‌های زندگی نظامی، در کنار سختی‌ها و خطرات بالقوه دوره آموزشی و کار نظامی، به عنوان آشکار کننده به یکباره بر سرباز وارد شده و باتوجه به استعداد و زمینه قبلی، ممکن است منجر به مشکلات انطباقی شده و شاهد بروز برخی از رفتارها و نابهنجاری‌هایی در سربازان باشیم (امینی، ۱۳۹۴)

اختلال روانی اهمیت بالینی بسیاری دارد. DSM-5 برای هر اختلالی، مدتی را مشخص می‌کند و طی آن، نشانه‌ها برای تشخیص اختلال باید وجود داشته باشند. بنابراین، فکر یا خلق زودگذر، رفتار گاه و بیگاه عجیب، یا احساس زودگذر بی‌ثباتی

یا سردرگمی، اختلال روانی را تشکیل نمی‌دهند، زمانی تشخیص اختلال روانی گذارده می‌شود که ناراحتی به قدری شدید باشد که عواقب جدی به بار آورد. برای اینکه اختلالی اهمیت بالینی داشته باشد باید برای مدتی پیوسته وجود داشته و به قدر کافی موثر باشد که زندگی فرد به نحو چشمگیری تحت تأثیر قرار گیرد (مک ری و همکاران ۲۰۰۴).

فرماندهان و مسئولین نظامی پیوسته در پی یافتن پاسخ به این سوال هستند که چگونه می‌توان مأموریت نظامی را به نحو احسن در کوتاه‌ترین زمان ممکن و با کمترین تلفات و با دقت، هوشیاری و اعتماد به نفس انجام داد؟ بدون تردید، می‌توان گفت داشتن آمادگی جسمانی و روانی مطلوب و ایده‌آل و حفظ و نگهداری آن در سطح مساعد از عناصر زیربنایی پاسخ به سؤال بالاست (فکوربان، ۱۳۹۱).

با توجه به اینکه حرفه نظامی جزو مشاغل سخت و پر استرس به حساب می‌آید، سلامت روانی برای انجام وظایف سازمانی و ارتباطات خانوادگی ضروری به نظر می‌رسد (متینی صدر و همکاران، ۱۳۸۸).

نظامیان به علت زندگی دسته‌جمعی و انجام مأموریت‌های دور از محل زندگی و رفتارهای پر خطر در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های مختلفی قرار دارند (قربانی و همکاران ۱۳۸۶). یافته‌ها حاکی از آن است که تعداد زیادی از سربازان در معرض خطر ابتلا به مشکلات روانی قرار دارند. در بررسی آنها مشخص گردید که در میان سربازان یکی از واحدهای نظامی میزان اضطراب و بی‌خوابی ۴۶ درصد، افسردگی ۶۲ درصد بوده است (جهانگیر، ۱۳۹۶). شیوه زندگی نظامیان بر سلامت روانی نظامیان تأثیر گذار است (آنونی موسیو ۲۰۰۹؛ رسولی و اسلامی ۱۳۹۲). سلامت روانی ارتباط نزدیکی با عملکرد شغلی دارد. این ارتباط در مورد افراد شاغل در یگان‌های نظامی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند؛ زیرا تجارب جنگ‌های متعدد در طول تاریخ نشان داده

است که یکی از عوامل اصلی در پیروزی یگان‌های نظامی در میادین جنگ وجود کارکنانی است که از سطوح بالای سلامت روانی برخوردار باشند. بنابراین بررسی سلامت روانی کارکنان نظامی از اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار است، زیرا شناسایی به موقع افراد در معرض خطر و اقدام در جهت درمان به موقع آنها، اولین گام در جهت افزایش سلامت و در نتیجه کارایی می‌باشد. اما وجود کارکنان مبتلا به بیماری‌های روانی که در سطح یگان هنوز شناسایی نشده‌اند، نه تنها می‌تواند عملکرد یگان و ماموریت آن را با مشکل مواجه سازد بلکه همچنین می‌تواند همه ساله هزینه‌های گزافی بر نیروهای مسلح یک کشور تحمیل نماید از طرف دیگر نتایج پژوهش‌های دیگر حاکی از آن است که پرسنل نظامی از ابتلا به اختلالات روانی مصون نیستند و به خاطر استرس‌های بیش از اندازه شغلی، بیشتر از جمعیت عادی به اختلالات روانی مبتلا می‌شوند (راه نجات و همکاران ۱۳۹۰).

از میان مسائل و آسیب‌های اجتماعی، خودکشی یکی از معضلات عصر حاضر شناخته شده، تغییر ساختاری و جوان‌تر شدن افراد جوانی که اقدام به خودکشی می‌کنند نیز بر مشکلات افزوده است. در این شرایط، جامعه نه تنها نیروهای مولد خود را از دست می‌دهد، بلکه باید به دلیل بیماری‌ها، معلولیت‌ها و آسیب‌های روانی-اجتماعی ناشی از این معضل، هزینه‌های نگهداری و ارائه مراقبت‌های خاص را نیز برای سال‌های طولانی بپذیرد. از سوی دیگر، خودکشی به سلامت روان اعضای قربانیان آسیب می‌زند، تأثیرات منفی بر زندگی اجتماعی به جای می‌گذرد و احتمال وقوع آن را در محیط خانواده و اجتماع افزایش می‌دهد (علیوردی نیا و همکاران ۱۳۹۰). تحقیقات مختلف بر نقش عوامل گوناگون در خودکشی جوانان و نوجوانان تأکید کرده‌اند، یکی از عوامل مهم در میزان خودکشی نوجوانان جنسیت است و به نظر می‌رسد که نه تنها افکار مربوط به خودکشی در پسران بیشتر از دختران است بلکه میزان اقدام به خودکشی موفق نیز در پسران بالاتر از دختران است، علاوه بر جنسیت،

عوامل اقتصادی و بیکاری، در آمد کم، وضعیت زناشویی، و وجود تاریخچه خانوادگی توأم با خودکشی، مهاجرت، قومیت، رفاه اجتماعی و محل زندگی افراد، در گرایش به خودکشی تأثیر گذارند. عوامل خانوادگی مثل طلاق یا جدایی والدین، خشنونت والدین در خانه، بیماری روانی والدین و نیز اختلالات روانپزشکی مختلف همچون افسردگی، اختلالات سلوک، سوء‌مصرف مواد، اختلالات خوردن، اختلالات شخصیت مرزی، و اسکیزوفرنی نیز از جمله موارد دیگری هستند که نمی‌توان تأثیرگذاری آنها را بر میزان خودکشی نوجوانان و جوانان و نیز رفتارهای آنان نادیده گرفت (محمدی و همکاران ۱۳۹۰).

خودکشی در بین سربازان حادثه ای تصادفی نیست، بلکه در نتیجه جریانی از اندیشه‌ها، رفتارها، موقعیت‌ها و روابط بین فردی شکل می‌گیرد. که اغلب ممکن است ریشه در قبل از شروع دوران سربازی داشته باشند. بنابراین، اقدام به خودکشی در سربازان نباید به عنوان رخدادی لحظه‌ای در نظر گرفته شود. بلکه فرآیندی است که طی زمان توسعه یافته و به مرحله طرح و نقشه می‌رسد و در پایان در صورت مهیا بودن شرایط به صورت حادثه به اجرا در می‌آید.

در ایران، آمار دقیقی از سربازانی که اقدام به خودکشی می‌کنند وجود ندارد. طبق نتایج مطالعه‌ای بین سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۲ در خصوص بیماران بستری در اثر خودکشی در یکی از بیمارستان‌های شهر تهران ۱۸,۶٪ افراد هیچ‌گونه سابقه نظامی‌گری نداشتند و بقیه به شیوه‌های مختلف شرایط نظامی‌گری را تجربه کرده‌اند. در این میان، سربازان وظیفه با ۵۵,۹٪ بیشترین نرخ خودکشی را به خود اختصاص داده بودند. (متینی صدر و همکاران، ۱۳۸۸).

در پژوهشی عنوان کردند که در سربازانی که وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین تر و سطح تحصیلی پایین تری دارند، شیوع افکار خودکشی بالاتری دارند (یا کویی و همکاران ۲۰۱۳) و همچنین ۷۷٪ از این سربازان اختلالات روانی متوسط تا شدید،

۸,۶ درصد اختلالات شخصیت و ۴۴,۸٪ درصد اختلالات خلقی داشتند. افسردگی با افکار خودکشی همزمان به نظر می‌رسد (گودین و همکاران ۲۰۱۳).

روان‌شناسان اخیر در بررسی اختلالات روانی و انحرافات اجتماعی به این نتیجه رسیده‌اند که بسیاری از اختلالات و آسیب‌ها ریشه در ناتوانی افراد در تحلیل صحیح و مناسب از خود، موقعیت خویش، عدم احساس کنترل و کفایت شخصیت برای رویارویی با موقعیت‌های دشوار و عدم آمادگی برای حل مشکلات و مسائل زندگی به شیوه مناسب دارد، بنابراین با توجه به تغییرات و پیچیدگی‌های روز افزون جامعه و گسترش روابط اجتماعی، آماده سازی افراد به خصوص نسل نوجوان و جوان برای رویا رویی با موقعیت‌های دشوار امری ضروری به نظر می‌رسد (طارمیان ۱۳۸۷).

با توجه به اهمیت سلامت روانی در عملکرد و توان رزمی سربازان و ضرورت شناسایی افراد در معرض خطر، جهت پیشگیری از شیوع اختلالات روانی، بنابراین در پژوهش حاضر بر آن هستم تا اثر مثبت گرایشی گروهی را بر افسردگی و افکار خودکشی را در بین سربازان بدو خدمت یکی از آموزشگاه‌های سربازی شهر همدان را بررسی نمایم.

تحقیق حاضر از نوع مطالعات مداخله‌ای و روش تحقیق نیمه‌آزمایشی یا طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. این طرح از دو گروه آزمودنی تشکیل شدند که هر دو گروه دوباره مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. اولین اندازه‌گیری بیش از مداخله با اجرای یک پیش‌آزمون و دومین اندازه‌گیری پس از مداخله با اجرای یک پس‌آزمون صورت گرفت.

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه سربازان پایه خدمتی اسفند ۹۵ تا شهریور ماه ۹۶ شهر همدان مشغول آموزش هستند تشکیل داده است.

با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه گرایش به خودکشی بک با یک انحراف معیار بالای هنجار غربالگری شده و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره

گمارده شده‌اند.

### ابزار پژوهش

**پرسشنامه افسردگی بک**، پرسشنامه‌ی مشتمل بر ۲۱ گویه است که به اندازه‌گیری نشانه‌های افسردگی که فرد در طی دو هفته گذشته تجربه کرده است، اشاره دارد. هر سؤال بر اساس یک درجه‌بندی ۴ نمره‌ای به شیوه کیلرت (۰ = من احساس غمگینی می‌کنم تا ۳ = من آنقدر احساس غمگینی می‌کنم که نمی‌توانم سر پا بایستم) نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل از صفر تا ۳۹ است.

**پرسشنامه افکار خودکشی**، این پرسشنامه یک ابزار خود سنجی ۱۹ سؤالی است که به منظور سنجش نگرش افکار و برنامه ریزی برای خودکشی طراحی شده است. در این پرسشنامه ۵ سؤال اول به منظور غربالگری، طرح شده است که به طوری که اگر سربازان به ۵ سؤال اول نمره صفر دهد، فاقد افکار خودکشی هستند. نمره ۶ تا ۱۹ نشان دهنده آمادگی برای خودکشی و نمره ۲۰ تا ۳۸ نشان‌گر قصد اقدام به خودکشی است. این پرسشنامه یک ابزار معتبر و پایا جهت افکار خودکشی است. که در مطالعه دانتیز و همکاران بستگی درونی این آزمون ۰.۸۹٪ و پایایی بین آزماینده‌ها ۰.۸۳٪ = ۲ گزارش شده است. همچنین، در مطالعه داچر و دارلی اعتبار همزمان این آزمون در مقیاس سنجش خطر خودکشی معادل ۰.۶۹٪ = ۲ به دست آمده است. این پرسشنامه به فارسی نیز ترجمه شده و روایی هم زمان با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰.۹۵٪ بدست آمده است. روش‌ها و ابزار تجزیه و تحلیل داده‌ها شامل دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی بوده که جهت انجام آمار توصیفی از شاخص‌های پراکندگی و مرکزی و به همراه نمودارهای متناسب با جداول، استفاده می‌شود. همچنین در آمار استنباطی و جهت برآورد نتایج فرضیات و به دست آوردن مقادیر لازم برای تجزیه و تحلیل‌های آماری از تحلیل کواریانس تک متغیری و چندمتغیری به وسیله نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۲۲ استفاده می‌گردد.

## ابزارهای گردآوری اطلاعات

ابزار اصلی جمع آوری اطلاعات در این پژوهش فرآیند درمان مثبت‌گرایی گروهی و پرسشنامه افسردگی و گرایش به خودکشی است.

با استفاده از پروتکل مثبت‌گرایی گروهی و طبق برنامه‌ریزی برابر جدول با برگزاری جلسات مشاوره‌ای گروهی و همچنین استفاده از فرآیند درمان مثبت‌گرایی گروهی جلسات برگزار و آموزش‌های لازم ارائه گردید.

### جدول ۳-۲ فرآیند درمان مثبت‌گرایی گروهی

جلسه اول	استفاده کردن از توانایی‌هایتان: توانایی‌های VSA را اجرا کنید تا ۵ توانایی برتر خود را ارزیابی کنید و راه‌هایی را بیابید تا از آن توانایی‌ها در زندگی روزمره تان بیشترین استفاده کنید.
جلسه دوم	سه چیز خوب: هر روز سه چیز خوب را که اتفاق می‌افتد، بنویسید و این موضوع را که چرا فکر می‌کنید آن‌ها اتفاق افتادند، بنویسید.
جلسه سوم	خلاصه زندگی: تصور کنید که بعد از یک زندگی رضایت بخش و مستمر مرده‌اید. در آگهی ترحیم تان می‌خواهید چه چیزی بگویید در ۱ یا ۲ صفحه آنچه را دوست دارید بیشتر در مورد شما یادآوری شود بنویسید.
جلسه چهارم	مقالات قدردانی: فردی را بیابید که خیلی قدردان او هستند اما هرگز به خوبی افراد سپاسگذاری نکرده‌اید. برای او یک نامه بنویسید که قدردانی شما را توصیف می‌کند و آن نامه‌ی ناقص یا به صورت رو در رو برای آن فرد بخوانید.
جلسه پنجم	پاسخ دادن فعال یک پاسخ فعال یا سازنده پاسخی است که در آن شما در برابر اخبار خوب از جانب فرد دیگری به صورت مناسب و مشتاقانه که قابل رؤیت است واکنش نشان می‌دهید. حداقل روزی یک بار به فردی که می‌شناسید به صورت فعال و سازنده پاسخ دهید.
جلسه ششم	حسن ذائقه: یک بار در روز زمانی را اختصاص دهید از چیزی که معمولاً طی انجام آن عجله می‌کنید لذت بینید (برای مثال: خوردن گوشت یک دوش گرفتن، قدم زدن) وقتی آن کار را در حال انجام است، بنویسید چه کاری کردید. چگونه آن را به نحو متفاوتی انجام دادید و در مقایسه با وقتی که به طور سراسری از آن عبور می‌کردید این کار چه احساسی به شما می‌دهد.

Positive psychology center www.petch.upenn Seligman, stren ythis

### یافته‌ها

در این بخش، داده‌های جمع‌آوری شده از پرسشنامه افسردگی و افکار خودکشی بک، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. اطلاعاتی که از اجرای این آزمون بین ۴۰ نفر



از سربازان پایه خدمتی، در دو گروه آزمایش (درمان مثبت‌گرایی) و کنترل و در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بدست آمد.

نتایج نشان داد که حداقل سن شرکت‌کنندگان ۱۸ سال و حداکثر سن ۲۳ سال در هر دو گروه مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سنی گروه مورد بررسی در گروه آزمایش ۱۹/۰۲ سال و در گروه کنترل ۱۹/۰۱ سال است. اما با توجه به اینکه سطح معنی‌داری مقدار  $t$  محاسبه شده یعنی مقدار ۰/۴۵ با درجه آزادی ۳۸ بالاتر از ۰/۰۵ است، تفاوت سن گروه‌های مورد بررسی در گروه آزمایش و کنترل معنی‌دار نیست ( $t=۰/۴۵$ ،  $df=۳۸$ ،  $p=۰/۶۶$ ). بنابراین، می‌توان گفت گروه کنترل و آزمایش از نظر سنی همگن هستند و سن بیشتر افراد مورد بررسی در گروه آزمایش یعنی ۴۵ درصد در سن ۱۹ سالگی و در گروه کنترل ۷۰ درصد افراد در سن ۱۸ و ۱۹ سالگی بودند.

حداقل مدت سربازی در گروه کنترل و آزمایش ۱ هفته بوده است. حداکثر مدت خدمت در گروه کنترل ۸ هفته می‌باشد. میانگین مدت سربازی در گروه آزمایش ۱/۹۸ ± ۳/۹۵ و در گروه کنترل ۲/۰۰ ± ۴/۰۱ بود، اما با توجه به اینکه سطح معنی‌داری مقدار  $t$  محاسبه شده یعنی مقدار ۰/۰۶ با درجه آزادی ۳۸ بالاتر از ۰/۰۵ است، تفاوت مدت سربازی در گروه آزمایش و کنترل معنی‌دار نیست ( $t=۰/۰۶$ ،  $df=۳۸$ ،  $p=۰/۹۶$ ). بنابراین می‌توان گفت گروه کنترل و آزمایش از نظر مدت سربازی همگن بودند. تحصیلات ۳۵ درصد (۷ نفر) از افراد مورد بررسی سیکل، ۳۰ درصد (۶ نفر) از افراد مورد بررسی زیر دیپلم، ۳۵ درصد (۷ نفر) از افراد مورد بررسی در گروه مداخله دیپلم بوده است. ۳۰ درصد (۶ نفر) از افراد مورد بررسی سیکل، ۲۰ درصد (۴ نفر) از افراد مورد بررسی زیر دیپلم، ۵۰ درصد (۱۰ نفر) از افراد مورد بررسی در گروه کنترل دیپلم بوده است. بیشترین افراد مورد بررسی در استان محل زندگی خود خدمت می‌کردند و تنها ۲۰ درصد در گروه آزمایش و ۱۵ درصد در گروه کنترل در خارج از استان محل زندگی خود مشغول به خدمت سربازی بودند.

جدول ۱. آمارهای توصیفی نمرات افسردگی به تفکیک گروه‌ها

گروه‌ها	آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
	فراروانی	میانگین	انحراف معیار	میانگین	فراروانی	انحراف معیار
گروه مداخله (مثبت گرای)	۲۰	۴۴/۱۹	۶/۶۵	۲۰	۲۱/۹۶	۴/۶۸
گروه کنترل	۲۰	۴۴/۱۶	۶/۶۴	۲۰	۴۴/۲۳	۶/۶۵

اطلاعات مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات افسردگی در پس-آزمون گروه‌های آزمایش  $44/19 \pm 21/96$  نسبت به پیش‌آزمون این گروه  $6/65 \pm 44/19$ ، کاهش پیدا کرده است. میانگین نمرات در پس‌آزمون گروه کنترل نسبت به پیش‌آزمون این گروه به میزان کمی کاهش پیدا کرده و از  $6/65 \pm 44/23$  به  $6/64 \pm 44/16$  رسیده است.

جدول ۲. آمارهای توصیفی نمرات ابعاد افسردگی

متغیر	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عاطفی	مداخله	۱۴/۴۹	۳/۸۰	۲/۰۷	۶/۶۵
	کنترل	۱۳/۷۱	۳/۷۱	۱/۹۵	۱۳/۶۵
رفتاری	مداخله	۱۳/۳۰	۳/۶۴	۱/۹۰	۸/۶۵
	کنترل	۱۵/۴۲	۳/۹۲	۲/۲۰	۱۵/۲۳
شناختی	مداخله	۱۶/۴۱	۴/۰۵	۲/۳۴	۶/۶۶
	کنترل	۱۵/۰۳	۳/۸۷	۲/۱۴	۱۵/۳۵

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که در سربازان گروه‌های آزمایش (مثبت گرای) میانگین نمرات همه ابعاد افسردگی در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون این گروه کاهش داشته است. میانگین نمرات مولفه عاطفی افسردگی در گروه آزمایشی از  $14/49 \pm 3/80$  به  $2/07 \pm 6/65$  و در مولفه رفتاری از  $13/30 \pm 3/64$  به

۲/۹۴ ± ۸/۶۵ و در مولفه شناختی از ۴/۰۵ ± ۱۶/۴۱ به ۲/۵۸ ± ۶/۶۶ کاهش یافت ولی در گروه کنترل کاهش چشمگیری مشاهده نشد.

جدول ۳. آمارهای توصیفی نمرات افکار گرایش به خودکشی و مؤلفه‌های آن

متغیر	مؤلفه‌ها	تعداد سؤالات	n	M	Ma	SD	میانگین وزنی
				$\bar{x}$	$\bar{x}$		
	تمایل به مرگ	۵	۲۰	۵	۱۰	۲/۴۶	۱/۲۱
گروه	آمادگی برای خودکشی	۷	۲۰	۷	۱۴	۳	۱/۲۸
آزمایش	تمایل به خودکشی واقعی	۴	۲۰	۳	۸	۲/۴۰	۱/۴۴
	کتمان خودکشی	۳	۲۰	۳	۶	۲/۱۷	۱/۵۸
	تمایل به مرگ	۵	۲۰	۵	۱۰	۲/۵۷	۱/۳۲
گروه کنترل	آمادگی برای خودکشی	۷	۲۰	۶	۱۳	۲/۹۴	۱/۲۳
	تمایل به خودکشی واقعی	۴	۲۰	۴	۷	۲/۳۷	۱/۴۱
	کتمان خودکشی	۳	۲۰	۳	۶	۲/۱۳	۱/۵۲

جدول ۳ نشان می‌دهد که خودکشی دارای سه مؤلفه اصلی و یک دروغ سنج (کتمان خودکشی) می‌باشد و برای سنجش هر یک از مؤلفه‌ها از تعداد سؤالات متفاوتی استفاده شده است. در بین مؤلفه‌های خودکشی، در گروه آزمایش کتمان خودکشی با میانگین وزنی (میانگین تقسیم بر تعداد سؤالات) ۱/۵۸ قوی‌ترین و تمایل به مرگ با میانگین وزنی ۱/۲۱ ضعیف‌ترین مؤلفه‌های خودکشی در بین افراد مورد بررسی گروه آزمایش بوده است. در گروه کنترل نیز کتمان خودکشی با میانگین وزنی ۱/۵۲ قوی‌ترین و آمادگی برای خودکشی با میانگین وزنی ۱/۲۳ ضعیف‌ترین مؤلفه‌های خودکشی در بین افراد مورد بررسی گروه آزمایش بوده است.

جدول ۴. آمارهای توصیفی نمرات افکار خودکشی به تفکیک گروه‌ها

گروه‌ها	آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
گروه مداخله (مثبت گرای)	۲۰	۲۵/۶۲	۵/۰۶	۲۰	۱۲/۷۶	۳/۵۷
گروه کنترل	۲۰	۲۵/۵۹	۵/۰۵	۲۰	۲۳/۴۱	۴/۸۳

اطلاعات جدول ۴. نشان می‌دهد که میانگین نمرات افکار خودکشی در پس‌آزمون گروه‌های آزمایش  $۱۲/۷۶ \pm ۳/۵۷$  نسبت به پیش‌آزمون این گروه  $۵/۰۶ \pm ۲۵/۶۲$ ، کاهش پیدا کرده است. میانگین نمرات در پس‌آزمون گروه کنترل نسبت به پیش‌آزمون این گروه به میزان کمی کاهش پیدا کرده و از  $۴/۸۳ \pm ۲۳/۴۱$  به  $۵/۰۵ \pm ۲۵/۵۹$  رسیده است که معناداری ندارد و (دلیل کاهش نمرات به چند نمره پایین‌تر می‌تواند تکرار این آزمون و داشتن جزئی‌نگری بوده باشد).

برای بررسی معنی‌داری تأثیر مثبت نگری بر افسردگی (با توجه به داشتن ۳ مؤلفه) از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شده است. قبل از انجام این تحلیل پیش-فرض‌های آن مورد بررسی قرار می‌گیرد؛

الف. فرض همگنی ماتریس کواریانس، این مفروضه به عنوان بخشی از برون‌داد تحلیل کواریانس چند متغیره ایجاد می‌شود. برای بررسی این مفروضه آزمون  $M$  باکس، یکسانی ماتریس کواریانس را ارزشیابی می‌کند. به خاطر اینکه این آماره بسیار حساس است. بنابراین، سطح معنی‌داری  $۰/۰۱$  در نظر گرفته می‌شود (هاریس، ۱۹۹۴؛ ص ۱۴۶). اگر سطح معنی‌داری بالاتر از  $۰/۰۱$  باشد، نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و فرض همگنی ماتریس کواریانس تأیید می‌گردد. نتیجه این آزمون در جدول زیر آمده است؛

جدول ۵. آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس کواریانس

P	df 2	df 1	F	Box'M
۰/۷۳۴	۳۸	۱	۰/۶۱۴	۶/۰۹۷

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، مقدار آمارهٔ باکس برابر با ۶/۰۹۷ و مقدار F بدست آمده برای این آماره ۰/۶۱۴ می‌باشد. سطح معنی‌داری مقدار F محاسبه شده ۰/۷۳۴ است که بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشد ( $P > 0/05$ ). بنابراین فرض همگنی ماتریس کواریانس پذیرفته می‌شود.

ج. نتایج آزمون‌های چند متغیره، برای بررسی معنی‌داری تفاوت میانگین نمرات مثبت‌گرایی بین دو گروه آزمایش و کنترل، آماره چند متغیره لامبدای ویلکز<sup>۱</sup> مورد بررسی قرار می‌گیرد. لامبدای ویلکز در کنار پیلائی<sup>۲</sup> و هوتلینگ<sup>۳</sup> یکی از آزمون‌های چند متغیره است که نشان می‌دهد آیا از نظر آماری تفاوت معنی‌داری در بین گروه‌ها در ترکیب خطی مؤلفه‌های مورد نظر وجود دارد یا نه. زمانی که مفروضه‌های تحلیل کواریانس چند متغیره برآورده شود، محققان معمولاً لامبدای ویلکز را پیشنهاد می‌کنند (تباچنیک و فیدل، ۲۰۰۷: ۲۵۲). نتیجه این آزمون در جدول ۶ آمده است؛

جدول ۶. نتایج آزمون‌های چند متغیره روی میانگین نمرات مثبت‌گرایی بین گروه آزمایش و کنترل

آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	P	$\eta^2$
لامبدای ویلکز	۰/۱۸۹	۳۲/۴۲۵**	۴	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵۳

\* $p < 0/05$  و \*\* $p < 0/01$

1-Wilks' Lambda  
2-Pillai's Trace  
3-Hotelling's Trace

با توجه به اطلاعات جدول ۶ مشاهده می‌شود که مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۱۸۹ و مقدار F بدست آمده در این آماره ۳۲/۴۲۵ است. سطح معنی‌داری این مقدار با درجه آزادی ۴ و ۲۱۳ کمتر از ۰/۰۱ است ( $P < 0/01$ ). بنابراین، تفاوت میانگین‌ها معنی‌دار بوده و بین دو گروه از نظر تفاوت میانگین افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین می‌توان گفت به طور کلی درمان مثبت‌گرایی موجب کاهش افسردگی در سربازان می‌شود و فرضیه اصلی تحقیق تأیید می‌شود.

درمان مثبت‌نگری موجب کاهش افکار خودکشی سربازان می‌شود، برای بررسی معنی‌داری تأثیر مثبت‌نگری بر افکار خودکشی (با توجه به داشتن ۳ مؤلفه تمایل به مرگ، آمادگی برای خودکشی و تمایل به خودکشی واقعی) از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شده است. قبل از انجام این تحلیل پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار می‌گیرد؛

**الف. فرض همگنی ماتریس کواریانس**، این مفروضه به عنوان بخشی از برون‌داد تحلیل کواریانس چند متغیره ایجاد می‌شود. برای بررسی این مفروضه آزمون M باکس، یکسانی ماتریس کواریانس را ارزشیابی می‌کند. به خاطر اینکه این آماره بسیار حساس است، بنابراین سطح معنی‌داری ۰/۰۱ در نظر گرفته می‌شود (هاریس، ۱۹۹۴: ۱۴۶). اگر سطح معنی‌داری بالاتر از ۰/۰۱ باشد، نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و فرض همگنی ماتریس کواریانس تأیید می‌گردد. نتیجه این آزمون در جدول زیر آمده است؛

جدول ۷. آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس کواریانس

P	df 2	df 1	F	Box'M
۰/۶۰۳	۳۸	۱	۰/۴۲۳	۵/۱۸۹

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، مقدار آماره باکس برابر با ۵/۱۸۹ و مقدار F بدست آمده برای این آماره ۰/۴۲۳ می‌باشد. سطح معنی‌داری مقدار F محاسبه شده

۰/۶۰۳ است که بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشد ( $P > ۰/۰۵$ ). بنابراین، فرض همگنی ماتریس کواریانس پذیرفته می‌شود.

ج. نتایج آزمون‌های چند متغیره، برای بررسی معنی‌داری تفاوت میانگین نمرات مثبت‌گرایی بین دو گروه آزمایش و کنترل، آماره چند متغیره لامبدای ویلکز<sup>۱</sup> مورد بررسی قرار می‌گیرد. لامبدای ویلکز در کنار پیلائی<sup>۲</sup> و هوتلینگ<sup>۳</sup> یکی از آزمون‌های چند متغیره است که نشان می‌دهد آیا از نظر آماری تفاوت معنی‌داری در بین گروه‌ها در ترکیب خطی مؤلفه‌های مورد نظر وجود دارد یا نه. زمانی که مفروضه‌های تحلیل کواریانس چند متغیره برآورده شود، محققان معمولاً لامبدای ویلکز را پیشنهاد می‌کنند (تباچنیک و فیدل، ۲۰۰۷، ص ۲۵۲). نتیجه این آزمون در جدول ۸ آمده است؛

جدول ۸. نتایج آزمون‌های چند متغیره روی میانگین نمرات مثبت‌گرایی بین گروه آزمایش و کنترل

آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	P	$\eta^2$
لامبدای ویلکز	۰/۱۴۶	۲۹/۷۳۴**	۴	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳۱

\* $p < ۰/۰۵$  و \*\* $p < ۰/۰۱$

با توجه به اطلاعات جدول ۸ مشاهده می‌شود که مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۱۴۶ و مقدار F بدست آمده در این آماره ۲۹/۷۳۴ است. سطح معنی‌داری این مقدار با درجه آزادی ۴ و ۲۱۳ کمتر از ۰/۰۱ است ( $P < ۰/۰۱$ ). بنابراین تفاوت میانگین‌ها معنی‌دار بوده و بین دو گروه از نظر تفاوت میانگین افکار خودکشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین، می‌توان گفت به طور کلی درمان مثبت‌گرایی موجب کاهش افکار خودکشی در سربازان می‌شود و فرضیه اصلی تحقیق تأیید می‌شود.

1-Wilks' Lambda

2 -Pillai's Trace

3-Hotelling's Trace

## بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه بررسی تأثیر درمان مثبت‌گرایی گروهی روی افسردگی و گرایش به خودکشی سربازان دوره آموزشی شهر همدان بود. به همین منظور ۴۰ نفر (۲۰ نفر در گروه کنترل و ۲۰ نفر در گروه مداخله) با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های افسردگی و افکار خودکشی بک پاسخ دادند و در آخر پیش‌آزمون - پس‌آزمون نمره افسردگی و خرده‌مقیاس‌های افسردگی هر آزمودنی جمع و با یکدیگر مقایسه و مقدار همبستگی بین آنها مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج زیر حاصل این تحلیل‌ها بود که در قالب پاسخگویی به فرضیه‌های پژوهش ارائه شده است:

**نتایج نشان داد که درمان مثبت‌نگری موجب کاهش افسردگی سربازان می‌شود.**

این پژوهش با پژوهش‌های جباری، شهیدی، موتایی (۱۳۹۳)، برخورداری، رفاهی، فرحبخشی (۱۳۸۷)، عناصری (۱۳۸۶)، کشاورز (۱۳۸۸) و مغاللو، آیکاروفایی (۱۳۸۸) و معتمدیان (۱۳۸۸) همسوست و پژوهشی که نتایج این تحقیق را رد کند، یافت نشد.

با توجه به این‌که سربازان دچار محدودیت‌هایی در آزادی خود هستند که همین موضوع از دلایل افسردگی در بین این گروه است که خودمختاری آنان محدود شده و نمی‌توانند در طی روز کارهای دلخواه خود را انجام دهند ولی این درمان تا حد زیادی دردهای هیجانی افراد را ترمیم داده و از تبدیل شدن دردهای هیجانی به رنج هیجانی کاستند و علاوه بر این‌که در مقطع درمان تأثیرگذار بود، بعد از درمان در هنگام پر کردن پرسشنامه به صورت پس‌آزمون نیز اثربخشی خود را نشان داد و می‌توان گفت از دلایل اثربخشی درمان مثبت‌گرایی، استفاده کردن از توانایی‌های VIA بود که به افراد درمان داده شد ۵ توانایی برتر خود را ارزیابی کرده و راه‌هایی پیدا کنند تا از آن توانایی‌ها در زندگی روزمره بیشتر استفاده کنند و به افراد مهارت خوب دیدن مانند نوشتن و یافتن سه چیز خوب در روز درمان داده شد که در تغییر نگرش مراجعان به



سمت مثبت دیدن نقش مهمی داشت و این موضوع را که چرا فکر می‌کنید اتفاق‌های خوب در آن روز اتفاق افتادند را بنویسند که علاوه بر تغییر نگرش در تغییر فکر و دنبال اتفاقات مثبت گشتن در طی روز نقش موثری داشت. به افراد درمان داده شد که خلاصه زندگی خود را بنویسند و تصور کنند که بعد از یک زندگی رضایت بخش و مثمر ثمر فوت کرده‌اند، حال می‌خواهند در آگهی ترحیم خود چه چیزی بگویند و همین مسأله باعث تغییر رفتار در افراد می‌گردد تا بیشتر شبیه به کسی شوند که دوست دارند در مورد خودشان یادآوری گردد. به افراد قدردانی و ملاقات قدردانی درمان داده شد که بتوانند افرادی که در زندگی آنها وجود دارد و قدردان او هستند اما هرگز به خوبی از او سپاسگزاری نکرده‌اند را بار دیگر ببینند و بتوانند قدردانی خود را در طی یک نامه به آنها نشان دهند، که یکی از مهارت‌هایی است که برای مقابله با افکار افسردگی ناشی از دوست نداشتنی بودن موثر بود. گروه مورد بررسی پاسخ دادن فعال را یاد گرفتند که در آن فرد در برابر اخبار خوب از جانب فردی دیگر به صورت مثبت و مشتاقانه به طوریکه قابل رویت باشد واکنش نشان دهد و حداقل روزی یک بار به فردی که می‌شناسند، به صورت فعال و سازنده پاسخ دهند و از مهم‌ترین درمان در این درمان زندگی در حال بود که وقتی افراد در حال انجام کاری هستند، بنویسند چه کاری کردند، چگونه آن را به نحو متفاوتی انجام داده‌اند و در مقایسه با وقتی که به طور سرسری از روی آن عبور می‌کردند، و این‌که این کار چه احساسی به افراد می‌داد. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان مثبت‌گرایی گروهی بر ابعاد افسردگی در سربازان دوره آموزشی خدمت سربازی تأثیر معناداری دارد. یافته‌های حاصل از این پژوهش از یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در این زمینه حمایت می‌کند. این نتایج در راستای یافته‌های سایر پژوهشگران نشان داد که درمان مثبت‌گرایی بخش مهمی از درمان افسردگی آنان می‌باشند.

## درمان مثبت نگری موجب کاهش افکار خودکشی سربازان می شود.

نتایج حاکی از اثربخشی درمان مثبت گرایی گروهی بر افکار خودکشی در سربازان بود. نتایج پژوهش با پژوهش های فاوا، رافانلی، فینسویا سلماسو، منگلی<sup>۱</sup> (۲۰۰۵)، پیترسون و سلینگمن<sup>۲</sup> (۲۰۰۴)، معتمدیان (۱۳۸۸) و حسن آبادی، نکاح (۱۳۹۰) همسوست و پژوهشی که نتایج این تحقیق را رد کند یافت نشد.

در تبیین این نتیجه می توان گفت، از علت های اثربخشی این پژوهش دادن مسؤولیت به افراد بود مانند اینکه هر لحظه دنبال عواطف مثبت گشتن و نوشتن خلاصه زندگی به صورت نامه ای بعد از مرگ که افراد را وادار به فکر کردن می کرد که آنها افرادی را که در کنارشان هست را مجدداً ببینند و از دلایل دیگر اثربخشی این بود که افراد، متعهد بودند که در روز ۳ چیز خوب در زندگی شان بیابند و همین مسأله موجب می شود که افراد در زندگی بینش واقع بینانه داشته باشند و از سیاه و سفید و نگاه کردن به صورت مطلق بپرهیزند.

در تبیین این نتیجه می توان گفت، از علت های اثربخشی این پژوهش پاسخ فعال بود بدین صورت که یک پاسخ فعال یا سازنده پاسخی است که در آن شما در برابر اخبار خوب از جانب فردی دیگر به صورت مثبت و مشتاقانه که قابل رؤیت است، واکنش نشان می دهد. حداقل روزی یک بار به فردی که می شناسید به صورت فعال و سازنده پاسخ دهد و دلیل دوم اثرگذاری در این بعد احساس وظیفه داشتن بود و وقتی آن کار در حال انجام بودند، بنویسید چه کاری کردند، چگونه آن را به نحو متفاوتی انجام دادند و در مقایسه با وقتی که به طور سرسری از روی آن عبور می کردید، این کار چه احساسی به شما می دهد.

1-Fawau, Rafanly, Finsoyasalmaso, Menglee.

2-Pterson .c. Seligman

درمان مثبت‌نگری موجب کاهش بعد شناختی افسردگی در سربازان می‌شود. نتایج حاکی از اثر بخشی درمان مثبت‌گرایی گروهی بر مؤلفه شناختی افسردگی در سربازان بود. پژوهش قربانعلی پورنجفی، علیرضا لوونسیمی (۱۳۹۳)، نیک منش و زند وکیل (۱۳۹۴)، سلیمانی و بابایی (۱۳۹۵) خسروی (۱۳۹۵)، پیترسون و سلیگمن (۲۰۰۴) نشانگر اثر بخشی درمان مثبت‌گرایی گروهی بر مؤلفه‌شناختی در بیماران اختلال بالینی بود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مثبت‌گرایی بر مؤلفه‌شناختی در سربازان تأثیر معناداری دارد که از مهم‌ترین علت‌های آن را می‌توان ماهیت درمان مثبت‌نگری دانست که بیان می‌کند، هدف روانشناسی مثبت‌نگر از طرفی مطالعه و تحقیق درباره چگونگی ایجاد و تداوم بخشیدن به عواطف مثبت مانند شادی، امید و اعتماد است و از طرف دیگر، بهره‌جستن از سازمان‌ها، نهادها و مؤسساتی است که می‌توانند اندیشه‌های مثبت را در افراد پرورش دهند و تداوم بخشند و همین منجر به دیدن و نگرش مثبت و دنبال راهکارهایی است که مثبت‌نگری را در زندگی فرد جستجو می‌کند.

این پژوهش بر روی سربازانی انجام گرفت که در ۲ ماه آموزشی خدمت سربازی بودند و تنها می‌توان به این افراد تعمیم داد.

و در ادامه به پیشنهادهایی می‌توان اشاره کرد که عبارتند از:

۱- جهت بررسی دقیق‌تر اثربخشی درمان تئوری انتخاب و آموزش مثبت‌گرایی در اینگونه درمان‌ها که به صورت مجموعه‌ای از مهارت‌هاست، هر یک از مهارت‌ها و تکنیک‌ها می‌تواند به طور ویژه و موردی مورد بررسی قرار گیرد.

۲- برای بررسی دقیق‌تر اثربخشی در اینگونه مطالعات که به صورت گروهی انجام می‌گیرد، مطلوب‌تر آن است که علاوه بر مقایسه گروه‌ها، با طرح یک مطالعه تک آزمودنی، عملکرد تک‌تک آزمودنی‌ها را مد نظر قرارداد.

۳- پیگیری و تداوم زمانی اثربخشی درمان مثبت‌گرایی بر عملکرد آزمودنی‌ها، با فاصله زمانی مختلف انجام گیرد.

۴- این پژوهش فقط در مورد سربازانی انجام گرفت که در ۲ ماه آموزشی خدمت سربازی صورت گرفته است. لذا پیشنهاد می‌گردد که چنین پژوهشی در خصوص سایر سربازان در ماه‌های مختلف مورد بررسی قرار گیرد.

### منابع:

اصغری مقدم، محمد علی. (۱۳۸۶). دیدگاه زیستی روانی اجتماعی درد مزمن. مجله بازتاب دانش. ۳۰-۳۳: (۳)۱.

اورکی، محمد؛ بیات، شهره و خدا دوست، ساناز (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی مداخله‌ی مثبت‌نگری با اثربخشی مداخله‌ی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در سلامت روان درمان‌جویان وابسته به کراک. *روانشناسی سلامت*، دوره چهارم، ۲۲-۳۱.

باقری‌نژاد، مینا؛ صالحی فدردی، جواد؛ طباطبایی، سید محمود (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ی ای از دانشجویان ایرانی. *مطالعات تربیتی و روانشناسی*، دوره ۱۱، شماره ۱، ۲۸-۲۱.

بختیاری، مریم (۱۳۷۹). بررسی اختلال روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران. پرویزی‌فرد، علی‌اکبر (۱۳۷۸). همبودی اختلالات خلقی و اضطرابی در سوء مصرف کنندگان مواد افیونی جویای درمان (معتادان خود معرف) و مقایسه آن با افراد بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: انستیتو روان پزشکی تهران.

جلیل اصلانی، حسین احمد دوست، محمود بهشتی (۱۳۹۵). تاثیر روان درمانی مثبت بر نشانه‌های افسردگی و بهزیستی ذهنی زندانیان

چینا ال. مگیار-موئه مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر تهران: انتشارات ارجمند ۱۳۹۳  
زرگر، فاطمه. (۱۳۹۰). مقایسه اثر بخشی رفتاردرمانی گروهی مبتنی بر پذیرش با درمان آرام‌سازی کاربردی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب منتشر. پایان‌نامه دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، انستیتوروانپزشکی تهران.

زهرا نیک منش - مریم زندوکیل ۱۳۹۴ تأثیر مثبت‌نگری بر کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس بزهکاران نوجوان (پژوهش)

شریفی، ونداد؛ اسعدی، سید محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا؛ حکیم شوشتری، میترا؛ صدیق، ارشیا و جلالی رودسری، محسن (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID)، تازه‌های علوم شناختی، سال ششم، شماره ۱ و ۲، ۱۰-۲۲.

شولتز، دوان پی شولتز، سیدنی الن ۱۳۹۴ نظریه شخصیت یحیی سید محمدی، تهران: نشر - چاپ دهم

شیری پور (۱۳۹۵) تأثیر طرحواره درمانی مثبت‌نگر بر کاهش علائم افسردگی و افزایش توانمندی های منش در بیماران مبتلا به سرطان. پایان نامه ارشد دانشگاه الزهرا (س)

-مارتین اپی سلینگمن ۱۳۹۱ خوش بینی آموخته شده فروزنده داور پناه - میترا محمدی تهران: نشر

-ماهیار آذر، سیما نوحی، علیرضا شفیعی کند جانی تهران: انتشارات ارجمند ۱۳۹۴

محمدخانی، پروانه؛ تمنایی فر، شیما؛ جهانی تابش، عدرا (۱۳۸۶). درمان فراسناختی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی. تهران: انتشارات فرادید.

نوروزی (۱۳۹۲) بررسی تأثیر مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن با بهزیستی معنوی و شاد کامی. پایان نامه کارشناسی ارشد.

هالیجین ریچارد پی - سوزان کراس ویتبورن ۱۳۹۴، آسیب شناسی روانی یحیی سید محمدی، تهران:

نشر روان ویراست هفتم

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی