



The Effectiveness of Training Positive Thinking and Optimism Based on Congnotive Behavioral Skills Aproach on Reducing Depression and Quality of Life

Leila Shahbazi Seyed Ahmadiani, Mehdi Khorvash ✉

Abstract

Background and Aim: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of teaching positive attitude and optimism with cognitive-behavioral approach to quality of life and depression among adolescents. **Methods:** This quasi-experimental study was conducted with the experimental and control group and the pre-test and post-test design. The statistical population of the 3rd grade high school students was in Isfahan. Students who had more scores in depression scores and lower quality of life scores were selected according to the entrance criteria for a sample size of 30 and randomly assigned to two experimental and control groups. The experimental group received 6 sessions of intervention in a group and control subjects were placed on the waiting list. Both groups responded to the quality of life of Vier and Sergun and Beck Depression before and after the experiment. To analyze the data, covariance analysis was used. **Results:** The results showed that education of positive attitude and optimism skills with cognitive-behavioral approach significantly decreased depression. Also, teaching positive attitudes and optimism with cognitive-behavioral approach had a significant effect on quality of life in overall score as well as in general health dimensions , Physical function, role limitation due to physical, role limitation due to emotional, physical pain, social function, fatigue or vitality and mental health. **Conclusion:** Based on the findings, it can be concluded that positive cognitive-behavioral education and optimism improve quality of life and lead to depression in students.

Received: 07.01.2022

Revision: 04.02.2022

Acceptance: 23.02.2022

Keywords:

*Cognitive Behavioral
Positive, Quality of Life,
Depression*

How to cite this article:

Shahbazi Seyed Ahmadiani, L. & Khorvash, M. (2022). The Effectiveness of Training Positive Thinking and Optimism Based on Congnotive Behavioral Skills Aproach on Reducing Depression and Quality of Life. *Bi-Quarterly Journal of studies and psychological news in adolescents and youth*, 2(2): 101-114

Article type

Original research

1. Leila Shahbazi Seyed Ahmadiani, MA of Department of Family Counseling, Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran, **2. Mehdi Khorvash**, Assistant Professor, Department of Counseling, Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

✉ Correspondence related to this article should be addressed to **Mehdi Khorvash**, Assistant Professor, Department of Psychology, Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Email: khorvash@iaukhsh.ac.ir

اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی با رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و ارتقاء کیفیت زندگی

✉ لیلا شهبازی سید احمدیانی و مهدی خوروش

| | |
|--|--|
| چکیده | دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۱۷ اصلاح مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۱۵ پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۱۲/۰۴ |
| واژه‌های کلیدی: مثبت‌نگری شناختی-رفتاری، کیفیت زندگی، افسردگی | |
| نحوه ارجاع دهی به مقاله: شهبازی سیداحمدیانی، ل. و خوروش، م. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی با رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و ارتقاء کیفیت زندگی. <i>دوفصلنامه مطالعات و تازه‌های روان‌شناختی نوجوان و جوان</i> ، ۱۰۱-۱۱۴: (۲)۲ | |
| نوع مقاله: پژوهشی اصیل | |
| چکیده زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی با رویکرد شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی و افسردگی نوجوانان بود. روش پژوهش: پژوهش حاضر نیمه تجربی با گروه آزمایش و گواه و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری دانش‌آموزان مقطع متوسطه منطقه ۳ شهر اصفهان بود. دانش‌آموزانی که نمره بیشتری در مقیاس افسردگی و نمره کمتری در کیفیت زندگی به دست آورده بودند با توجه به ملاک‌های ورود نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. افراد گروه آزمایش، مداخله‌های ۶ جلسه‌ای را به صورت گروهی دریافت و افراد گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند. هر دو گروه قبل و بعد از آزمایش، مقیاس کیفیت زندگی ویر و شربون و افسردگی بک را پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست آمده از تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی با رویکرد شناختی-رفتاری میزان افسردگی را به‌طور معناداری کاهش داده است؛ همچنین آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی با رویکرد شناختی-رفتاری میزان کیفیت زندگی را نیز به‌طور معناداری در نمره کل و همچنین در ابعاد سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلیل جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلیل عاطفی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، خستگی یا نشاط و سلامت روانی افزایش داده است. نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه‌گیری کرد که آموزش مثبت‌نگری شناختی-رفتاری و خوش‌بینی کیفیت زندگی را ارتقا و منجر به کاهش افسردگی در دانش‌آموزان می‌شود. | |

۱. لیلا شهبازی سیداحمدیانی، کارشناسی ارشد گروه مشاوره خانواده، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران؛ ۲. مهدی خوروش، استادیار گروه مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به مهدی خوروش، استادیار گروه مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران است.

پست الکترونیکی: khorvash@iaukhsh.ac.ir

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی^۱ را برداشت یا پندارهای فرد از وضعیت زندگی خود می‌داند و آن را با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که فرد در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر، تعریف کرده است (موخرجی^۲، ۲۰۱۳). از این رو، پژوهشگران سه ویژگی اساسی: چند بعدی بودن، ذهنی بودن و پویا بودن را، برای کیفیت زندگی در نظر می‌گیرند. چند بعدی بودن بر پایه ابعادی است که ارتباط نزدیکی با هم دارند. به طور کلی سه بعد اساسی کیفیت زندگی مربوط به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است. بعد جسمی، عملکرد کامل بدن است و به دریافت فرد از توانایی‌هایش اطلاق می‌شود. بعد روانی، حالت توازن و سازگاری فرد با خود و دیگران است و بعد اجتماعی، به توانایی فرد در برقراری ارتباط با اعضای خانواده، همسایگان و سایر گروه‌های اجتماعی ارتباط دارد؛ کیفیت زندگی یک موضوع ذهنی و پویا است، یعنی در هر زمان نسبت به زمان دیگر متفاوت است. رایج‌ترین اصطلاحی که به کیفیت زندگی اشاره دارد؛ مفهوم بهزیستی آن (اجتماعی، جسمانی و روانی) است. این اصطلاح بیشتر بر نحوه نگرش مردم به زندگی تأکید دارد تا به عوامل عینی و بیرونی (علی‌بیک، احمدی، فرحبخش، عابدی و علی‌بیک، ۱۳۹۱). به علاوه آکدر^۳ (۲۰۰۶)، نیز کیفیت زندگی را به صورت رضایت فرد از مجموع جنبه‌های زندگی از جمله جنبه‌های روانی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، معنوی و جنسی تعریف کرده‌اند. از طرفی تحقیقات زیادی که در کشورهای مختلف روی کیفیت زندگی افراد به عمل آمده است. اغلب متمرکز بر حوزه‌های ویژه و روی افراد متعلق به جمعیت‌های خاص مانند مبتلایان به دردهای مزمن، میانسالان و مبتلایان به بیماری‌های سرطانی و ایدزی یا

در مورد کسانی بوده است که در سال‌های میانه و پایانی زندگی‌شان بوده است. از طرف دیگر، در هر جامعه توجه به وضعیت سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و علایق معنوی و فراهم آوردن زمینه لازم برای تحقیق یک زندگی پویا و سالم ضامن سلامتی آن جامعه برای سال‌های آینده به شمار می‌رود. به گونه‌ای که محققان معتقدند بررسی کیفیت زندگی و تلاش در راه اعتلای آن، نقش بسزای در سلامت زندگی فردی و اجتماعی افراد خواهد داشت (لطفی، ۱۳۸۸).

علاوه بر تعریف کیفیت زندگی ضروری است که ابعاد مورد بررسی آن را در آموزش، پژوهش و طب مشخص کرده باشیم. جهت یافتن دامنه‌های موجود در این مفهوم معمولاً با رویکرد استقرایی^۴ از داده‌های کسب شده از خود بیمار و با استفاده از روش‌های آماری مانند تحلیل عامل، قوی‌ترین تعیین کننده‌های کیفیت زندگی را به عنوان دامنه‌های آن در نظر گرفته‌اند. اغلب دانشمندان توافق دارند که مفهوم کیفیت زندگی همواره پنج بعد زیر را در بر می‌گیرد: ۱- فیزیکی^۵؛ مفاهیمی مانند قدرت، انرژی، توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و مراقبت از خود از این دسته هستند. ۲- روانی^۶؛ اضطراب، افسردگی و ترس از این زمره‌اند. ۳- اجتماعی^۷؛ این بعد در مورد رابطه فرد با خانواده، دوستان و همکاران و در نهایت جامعه است. ۴- روحی^۸؛ درک فرد از زندگی و هدف و معنای زندگی را در بر می‌گیرد. ثابت شده است که بعد روحی، زیر مجموعه بعد روانی نبوده و یک دامنه مهم و مستقل محسوب می‌شود. ۵- علائم مربوط به بیماری یا تغییرات مربوط به درمان: در این راستا مواردی مانند درد، تهوع و استفراغ را می‌توان نام برد. این بعد بیش‌تر در ابزارهای اختصاصی مورد توجه واقع می‌شود. رابطه این دامنه‌ها با یکدیگر نیز از اهمیت زیادی برخوردار است، برای

5. Physical
6. Psychological
7. Social
8. Spiritual

1. Quality of Life
2. Mukherjee
3. Akdere
4. inductive

و در ۹۰٪ اختلالات خلقی مشاهده می‌گردد. در مرحله افسردگی، غمگینی، دل‌سردی و ماتم بر زندگی شخص سایه می‌افکند. این احساس‌ها ممکن است با احساس بی‌ارزشی و پوچی زندگی همراه گردد. اشک ریختن و آه عمیق کشیدن ممکن است وجود داشته باشد. از دست دادن یک شخص مورد علاقه ممکن است همان احساس‌های هیجانی را به وجود آورد؛ اما شخص بهنجار تدریجاً بهبود می‌یابد و به کار معمول خود باز می‌گردد. سوگواری طولانی از نوعی که توصیف شد حاکی از وجود اختلال خلقی خواهد بود. خمیدگی قامت پایین بودن سر، حالت چهره محزون، صدای یکنواخت، همه حاکی از افسردگی است که فرد تحمل می‌کند (پورافکاری، ۱۳۸۷).

از دیدگاه روانشناسی و علوم رفتاری وضعیت روانی، جسمانی و نحوه‌ی تجربه درد یا شادی از آرایش ذهنی، روانی و سبک اندیشه‌ی ما نشأت می‌گیرد. ما هرچه فراخ‌تر، بزرگ‌تر، سالم‌تر و زیباتر فکر کنیم، زندگی عینی خودمان را گسترده‌تر، عمیق‌تر و لذت‌بخش‌تر می‌کنیم. این شیوه‌ی تفکر ماست که کیفیت زندگی ما را تعیین می‌کند. بسیاری از افکار منفی که به ذهن افراد هجوم می‌آورند در حقیقت باورهایی هستند که افراد درباره‌ی خودشان، دیگران یا دنیا دارند. بخشی از کمک به افراد برای آنکه احساس و عملکرد بهتری در زندگی روزانه داشته باشند، از طریق آموزش ذهنی به آن‌ها برای کنترل و تغییر افکار منفی یا نادرست صورت می‌گیرد (خدایاری فرد و پرند، ۱۳۸۶). خوشبختانه روانشناسان به نحوه‌ی تغییر دادن بدبینی و منفی نگری دست‌یافته‌اند. روانشناسان شناختی در زمینه‌ی تغییر دادن عادت‌های فکری ناسازگارانه که بسیاری از افراد به هنگام شکست در دام آن‌ها می‌افتند، به روش جدیدی دست یافتند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که می‌توان مهارت‌های لازم برای برخورداری بودن از خوش‌بینی و مثبت نگری همراه با انعطاف‌پذیری و مبتنی بر واقعیت را به افراد آموزش داد

تفسیر درست این رابطه آگاهی از زیر بنای تئوری آن‌ها لازم است (غیائی، طباطبایی و نصری، ۱۳۹۵).

با این وجود، افسردگی به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی که تأثیری بسزایی در کاهش کیفیت زندگی افراد دارد، شناخته می‌شود که پیامدهای ناخوشایند متعددی را برای اقشار مختلف در پی دارد. اصطلاحی وسیع و مبهم است. برای شخص عادی حالتی مشخص با غمگینی و گرفتگی و بی‌حوصلگی و برای پزشک گروه وسیعی از اختلالات عاطفی با زیر شاخه‌های متعدد را تداعی می‌کند خصوصیت اصلی و مرکزی حالات افسردگی کاهش عمیق میل به فعالیت‌های لذت‌بخش روزمره، مثل معاشرت، تفریح، ورزش، غذا و سکس است. این ناتوانی برای کسب لذت حالتی نافذ و پایدار دارد (سادوک و سادوک^۱، ۲۰۰۷).

افسردگی هر چند از شایع‌ترین اختلالات روانی انسان است مع‌هذا شاید بیش از هر اختلال روانی دیگر ناشناخته مانده یا در تشخیص آن اشتباه می‌شود. یکی از علل پنهان ماندن و عدم تشخیص افسردگی در آمیختن آن با غمگینی معمولی است. در زندگی هر کس موقعیت‌هایی پیش می‌آید که خواه ناخواه او را غمگین می‌سازد، اما این حالت با آشفتگی روانی واقعی و تقلیل بینش معنوی شخص همراه نیست. برعکس «افسردگی حالتی است که بر کیفیت خلق شخص تأثیر عمیق گذاشته و نحوه ادراک او را از خودش و از محیطش دگرگون می‌سازد.» (سادوک، سادوک و رویز^۲، ۲۰۰۹). در روانپزشکی، اصطلاح افسردگی، شماری از اختلالات عاطفی را شامل می‌شود که در ویژگی‌های مربوطه به حالات خلقی (که در بالا اشاره شد) با شدت یا افراط مشاهده شود (ریدر و اسپچروورس^۳، ۲۰۰۱). دو حالت اساسی هیجانی اختلالات خلقی عبارت‌اند از: افسردگی و مانی. هر یک از آن‌ها ممکن است به صورت علامت اساسی خلق ظاهر شود. یا هر دو به‌طور دوره‌ای تظاهر نمایند. از این دو حالت، افسردگی به مراتب شایع‌تر است

۲۰۰۵). علاوه بر این، خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی می‌تواند سیستم ایمنی بدن و در نتیجه سلامتی را افزایش دهد (دیواکورت، استین و سلیگمن، ۲۰۰۵). با توجه به رویکرد جامع‌نگر نهفته در کیفیت زندگی و مباحث روانشناسی مثبت‌نگر، تحلیل و بررسی آن در جامعه دانش‌آموزان کشور که نقش اصلی را در برنامه‌ریزی جامع‌نگر دارد از اهمیت بسزایی برخوردار است. همچنین با توجه به لزوم رسیدگی و پایش سلامت در نوجوانان، استفاده از رویکردهای درمانی مثبت‌نگر برای ارتقای کیفیت زندگی از یک سو و کاهش میزان افسردگی از سوی دیگر، یکی دیگر از مباحث مطرح شده در این پژوهش است. لذا ارائه طرحی روشن و رتبه‌بندی صحیح از میزان برخورداری نواحی شهری در بعد بررسی کیفیت زندگی از اهمیت بالایی برخوردار است؛ بنابراین با توجه به اهمیت کیفیت زندگی و افسردگی در دانش‌آموزان و عدم انجام پژوهش‌هایی در این خصوص، این پژوهش با هدف رشد و تداوم کیفیت زندگی و کاهش افسردگی در دانش‌آموزان شکل گرفته است و یکی از روش‌های سودمند برای افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی توجه به آموزش خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی شناختی رفتاری است؛ بنابراین بیان مسئله تحقیق تأثیر آموزش مثبت‌اندیشی شناختی رفتاری و خوش‌بینی بر ارتقای کیفیت زندگی (سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، خستگی یا نشاط و سلامت روانی) و کاهش افسردگی دانش‌آموزان شهر اصفهان تأثیرگذار است.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه) است به منظور انجام فرآیند پژوهشی جامعه آماری این پژوهش دانش‌آموزان دوره

و آن‌ها را در برابر مسائل و مشکلات ایمن‌سازی روانی کرد (سلیگمن^۱، ۲۰۰۲). مثبت‌اندیشی رویکردی کلی نسبت به زندگی و چیزی فراتر از تفکرات معمول است، تفکر مثبت یعنی تأکید بر نقاط مثبت بجای نقاط منفی در تمامی شرایط زندگی، داشتن فکر و احساس خوب در مورد خود به جای تحقیر دائمی، خوب فکر کردن در مورد دیگران و برقراری رابطه‌ی حسنه با آن‌ها، انتظار بهترین‌ها را از دنیا داشتن و اعتماد به اینکه بهترین‌های دنیا نصیب شما خواهد شد (سلیگمن، ۲۰۱۱). استالارد^۲ (۲۰۰۸) معتقد است که مثبت‌اندیشی شامل برخورداری از تعادل درونی مناسب و حفظ آرامش و خونسردی در مواجهه با مشکلات است تا فرد بتواند انگیزه شخصی خود را حفظ نماید، اقدام مناسب را برگزیند و از عملی که انجام می‌دهد احساس خوبی داشته باشد. هدف دیگر روانشناسی مثبت‌شناسایی و تعریف مفاهیمی است که به تأمین سلامتی و شادکامی افراد و بهره‌مند شدن آن‌ها از یک زندگی سالم کمک کند. می‌توان گفت خوش‌بینی یا داشتن نوعی انتظار کلی مبنی بر این‌که در آینده، رویدادهای خوب بیشتر از رویدادهای بد اتفاق خواهند افتاد، می‌تواند بر رفتار افراد و نحوه کنار آمدن آن‌ها با مشکلات و رویدادهای فشارزای زندگی تأثیر بگذارد؛ زیرا افراد خوش‌بین انتظار دارند در آینده پیامدهای مثبت برای آن‌ها اتفاق بیفتد و همین اطمینان به آینده، باعث ایجاد احساس مثبت در فرد می‌شود. در نتیجه، سازگاری روان‌شناختی بالایی را در او به وجود می‌آورد (کاولی، هاسلیب، هابدی^۳، ۲۰۰۳). چنین افرادی حتی اگر با مشکلات و رخداد‌های فشارزای زندگی هم مواجه شوند از آنجا که نسبت به آینده خوش‌بین بوده و بر این باور هستند که با تلاش خود می‌توانند مشکلات را حل کنند، از راهبردهای مثبت کنار آمدن نیز برای مواجهه با این موقعیت‌ها استفاده می‌کنند و این مسئله می‌تواند به سلامتی روانی و جسمانی آن‌ها منجر شود (کامپتون^۴،

4. Compton
5. Duckworth, Steen, & Seligman

1. Seligman
2. Stallard
3. Crowley, Hayslip, & Hobdy

کلینیکی مورد استفاده فراوان است. دارای ۲۱ سؤال است. جمع نمرات آزمودنی می‌تواند بین صفر تا ۶۳ نوسان داشته باشد. در این مقیاس: نمره صفر تا ۹ نشانه بهنجار بودن، نمره ۱۰ تا ۱۹ نشانه افسردگی خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۹ نشانه افسردگی متوسط و نمره ۳۰ و بالاتر نشانه افسردگی شدید به شمار می‌آیند بک و همکاران ضریب اعتبار باز آزمایشی آزمون در فاصله یک‌هفته‌ای ۰/۹۳ به دست آوردند. میانگین همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روانپزشکی همیلتون، مقیاس خودسنجی زونگ، مقیاس افسردگی، پرسشنامه چند وجهی مینه سوتا، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی بیش از ۰/۶۰ است؛ در داخل کشور نیز توسط چگینی، اعتبار پرسشنامه بک، بالا گزارش شده و از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است.

روش اجرای پژوهش

در این پژوهش ابتدا دانش آموزانی که در پرسشنامه‌های افسردگی نمره بالایی (نقطه برش نمره ۳۰) کسب کرده‌اند و همچنین نمرات کیفیت زندگی پایینی (نقطه برش نمره ۶۵) داشتند با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش که در بخش روش نمونه‌گیری ذکر شد ۳۰ دانش آموز انتخاب شدند. پس از انتخاب نمونه‌های پژوهشی و کسب رضایت و اعلام محرمانه ماندن نتایج پژوهش پیش از شروع مداخلات هر دو گروه (آزمایش و گواه) به پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و افسردگی پاسخ دادند؛ سپس گروه آزمایش در ۶ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه به صورت هفتگی تحت آموزش گروهی مثبت اندیشی شناختی رفتاری و خوش‌بینی قرار گرفتند ولی گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند، پس از اتمام جلسات درمان هر دو گروه (آزمایش و گواه) مجدداً به پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و افسردگی بک پاسخ دادند. در این پژوهش منظور از آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی، آموزش برخی از مهارت‌های شناختی و رفتاری

متوسطه شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ بود. از آنجایی که مطالعه کل جامعه آماری مستلزم صرف هزینه وقت زیاد است؛ برای نمونه‌گیری از نواحی ۳ آموزش و پرورش شهر اصفهان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ دانش‌آموزی که در پرسشنامه افسردگی بک یک انحراف معیار بالاتر و در نمره کیفیت زندگی نمره کمتری کسب کرده بودند به عنوان نمونه پژوهشی انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک ورود به پژوهش که عبارت از عدم قرار گرفتن تحت درمان دارویی یا روان‌درمانی هم‌زمان با آموزش، عدم وجود سابقه روانی و جسمانی، عدم متارکه والدین، زندگی با خانواده اصلی و تمایل و رضایت مکتوب برای شرکت در طرح بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی^۱: پرسشنامه SF-36^۲ برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات جمعیت عمومی کارایی خود را ثابت کرده است. فرم ۳۶ عبارتی توسط ویر و شریون در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد و اعتبار و پایایی آن در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. این پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً ناراضی = ۱ تا خیلی راضی = ۵ نمره‌گذاری می‌شود. نمره آزمودنی در هر یک از این قلمروها بین ۰ تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (منتظری، گشتاسبی و وحدانی نیا، ۱۳۸۴) و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب باز آزمایشی آن‌ها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است.

پرسشنامه افسردگی بک^۳: این پرسشنامه توسط آرون تی بک ساخت و اعتباریابی شد و در مراکز

3. Beck Depression Inventory

1. Quality of Life Scale

2. Quality of Life, Short-Form 36

می‌پردازند. در پایان هر جلسه نیز تکلیفی به اعضا ارائه می‌گردد و اعضا تکالیف را برای جلسه بعد انجام خواهند داد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. در بخش توصیفی از فراوانی، درصد، شاخص‌های گرایش مرکزی (میانگین) و پراکندگی (انحراف معیار) و در بخش استنباطی با توجه به نرمال بودن داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. لازم به ذکر است که داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

مثبت‌اندیشی است که توسط پژوهشگر و به مدت ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طی ۶ هفته متوالی به صورت گروهی اجرا می‌شود. مهارت‌های آموزش داده شده در این جلسات از کتاب مثبت‌اندیشی و مثبت‌گرایی کاربردی (کوئلیام، ۲۰۰۳؛ ترجمه براتی و صادقی، ۱۳۹۰) و کتاب کودک خوش‌بین (سلیگمن و همکاران، ۱۹۹۵؛ ترجمه داور پناه، ۱۳۹۱) برگرفته شده است. در هر جلسه بعد از ارائه هر یک از رئوس کلی جلسه، تکلیفی پیرامون مطالب بیان شده ارائه و اعضای گروه به تمرین به تکلیف داده شده

جدول ۱. شرح مختصری از جلسات آموزش مثبت‌اندیشی

| جلسه | شرح مختصر از محتوای جلسه |
|------|--|
| ۱ | معارفه، بیان مقررات گروهی و توضیحات اجمالی پیرامون تفکر، مفاهیم اصلی در مثبت‌اندیشی - شناسایی علائم و نشانه‌های مثبت‌اندیشی - تجزیه و تحلیل دیدگاه فرد |
| ۲ | مبارزه با افکار منفی - تغییر دادن تصاویر ذهنی |
| ۳ | استفاده از زبان و سخنان آموزنده - از نو اندیشیدن درباره باورها - حفظ رفتارهای مثبت |
| ۴ | دوست داشتن خود - احترام گذاشتن به خود - دشمنان درونی - ایجاد خوش‌بینی - ایجاد سرخوشی - ایجاد اعتماد به نفس - هدف‌گزینی |
| ۵ | کنترل احساسات و عواطف دور کردن احساس گناه، کنترل خشم، مقابله با اضطراب، اجتناب از حسادت، ابراز وجود - گام‌های اساسی برای ابراز وجود - نه گفتن |
| ۶ | ایجاد محیط مثبت - حفظ سلامتی و اثر آن در مثبت‌گرایی - برقراری روابط خوب با دیگران، مقابله با مشکلات روزمره زندگی - کنترل وقایع زندگی |

۱۶/۴۴ (۳/۳۸) بود. در این بخش ابتدا جدول شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش شده و سپس پیش‌فرض‌های پژوهش و نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری ارائه شده است.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش برابر با ۱۶/۷۸ (۳/۵۴) و گروه گواه برابر با

جدول ۲. شاخص‌های آماری نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون کیفیت زندگی و افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه

| شاخص‌های آماری | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|---------------------|-------------|--------------|----------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| نمره کل کیفیت زندگی | گروه آزمایش | ۶۷/۱۳ | ۱۰/۱۱ | ۶/۹۶ |
| | گواه | ۶۶/۲۶ | ۳/۳۹ | ۳/۲۱ |
| | گروه آزمایش | ۵/۵۳ | ۱/۱۸ | ۰/۹۶ |

| | | | | | |
|------|-------|------|-------|--------|-----------------------------------|
| ۱/۱۲ | ۵/۴۰ | ۱/۴۳ | ۵/۲۶ | گواه | سلامت عمومی |
| ۱/۱۲ | ۸/۵۳ | ۰/۷۹ | ۶/۹۳ | آزمایش | عملکرد جسمانی |
| ۱/۲۴ | ۶/۴۶ | ۱/۲۹ | ۶/۶۶ | گواه | |
| ۲/۱۹ | ۱۲/۶۶ | ۰/۶۳ | ۱۰/۸۰ | آزمایش | محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی |
| ۱/۶۴ | ۱۰/۵۳ | ۰/۹۶ | ۱۰/۷۳ | گواه | |
| ۴/۴۰ | ۶/۰۰ | ۰/۸۳ | ۳/۵۳ | آزمایش | محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی |
| ۶/۰۶ | ۳/۸۶ | ۰/۴۸ | ۳/۶۶ | گواه | |
| ۳/۵۳ | ۵/۲۶ | ۰/۶۵ | ۴/۰۰ | آزمایش | درد بدنی |
| ۵/۶۶ | ۴/۵۱ | ۰/۵۱ | ۴/۴۶ | گواه | |
| ۴/۰۰ | ۵/۶۶ | ۰/۷۰ | ۳/۹۳ | آزمایش | عملکرد اجتماعی |
| ۵/۴۶ | ۳/۳۳ | ۱/۱۲ | ۳/۴۰ | گواه | |
| ۳/۹۳ | ۴/۰۶ | ۰/۵۰ | ۲/۴۵ | آزمایش | خستگی یا نشاط |
| ۵/۴۰ | ۲/۵۳ | ۰/۸۳ | ۲/۱۸ | گواه | |
| ۲/۶۰ | ۳/۸۶ | ۰/۹۹ | ۲/۶۰ | آزمایش | سلامت روانی |
| ۴/۱۳ | ۲/۳۳ | ۰/۹۲ | ۲/۲۳ | گواه | |
| ۲/۴۷ | ۲۵/۹۳ | ۲/۶۵ | ۲۹/۴۶ | آزمایش | افسردگی |
| ۲/۵۱ | ۲۸/۷۳ | ۲/۵۷ | ۲۸/۵۴ | گواه | |

همان‌طور که در جدول فوق ملاحظه می‌کنید، شاخص‌های توصیفی نمره کل کیفیت زندگی و ابعاد آن در دو گروه نمونه آزمایش و گواه پیش از آزمون و پس از آزمون، گزارش شده است که طبق جدول فوق نمره بعد از آزمون یا نشاط کمترین نمره و بعد محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی بیشترین نمره را در هر دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس از آزمون کسب کرده‌اند. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین پس از آزمون در نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن در هر دو گروه پایین‌تر است و پس از آموزش میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه گواه افزایش نشان می‌دهد که نشان دهنده بهبود پس از آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه است. همان‌طور که در جدول ۲. ملاحظه می‌کنید، نتایج نشان داد نمره افسردگی هر دو گروه در مراحل پیش از آزمون بالا است که پس از آموزش نمره گروه آزمایش نسبت به گروه گواه پایین‌تر گزارش شده است؛ که نشان دهنده کاهش افسردگی پس از آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه است.

جدول ۳. آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن در دو گروه آزمایش و گواه (N=۳۰)

| کلموگراف-اسمیرنف | | آزمون لوین | | متغیر |
|------------------|-------|--------------|-------|---------------------------------------|
| سطح معناداری | آماره | سطح معناداری | آماره | |
| ۰/۷۴ | ۰/۵۳ | ۰/۸۹ | ۰/۰۱ | کیفیت زندگی |
| ۰/۲۰ | ۱/۰۶ | ۰/۱۷ | ۱/۱۷ | بعد سلامت عمومی |
| ۰/۳۲ | ۰/۹۴ | ۰/۳۴ | ۰/۹۸ | بعد عملکرد جسمانی |
| ۰/۴۲ | ۰/۸۷ | ۰/۲۱ | ۱/۰۹ | بعد محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی |
| ۰/۲۸ | ۰/۹۸ | ۰/۱۷ | ۱/۱۸ | بعد محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی |
| ۰/۴۴ | ۰/۸۶ | ۰/۱۱ | ۱/۴۵ | بعد درد بدنی |
| ۰/۲۴ | ۱/۰۲ | ۰/۰۹ | ۲/۰۰ | بعد عملکرد اجتماعی |

| | | | | |
|------|------|------|------|-------------------|
| ۰/۱۷ | ۱/۰۹ | ۰/۱۴ | ۱/۳۰ | بعد خستگی یا نشاط |
| ۰/۱۰ | ۱/۲۱ | ۰/۵۴ | ۰/۲۸ | بعد سلامت روانی |
| ۰/۹۱ | ۰/۷۴ | ۰/۷۴ | ۰/۱۰ | افسردگی |

نتایج مربوط به نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای مورد بررسی در پیش‌آزمون در جدول ۳ گزارش شده است. با توجه به نتایج جدول فوق چون سطح معنی‌داری آزمون کولموگروف اسمیرنوف در کلیه متغیرهای مورد بررسی از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است پس فرض صفر (نرمال بودن توزیع داده‌ها) تأیید می‌شود.

بر اساس جدول آماره لوین چون سطح معنی‌داری نمره‌های کیفیت زندگی و ابعاد آن و افسردگی از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است پس فرض برابری واریانس‌ها را پذیرفته و می‌توانیم از آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی اختلاف واریانس‌های نمرات به دست آمده در گروه‌های آزمایش و گواه قبل و بعد از اتمام دوره آموزش مثبت اندیشی شناختی رفتاری و خوش‌بینی استفاده نماییم.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش مثبت اندیشی شناختی رفتاری و خوش‌بینی بر ارتقای کیفیت زندگی و افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه (N=۳۰)

| متغیر | منبع | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | نسبت F | سطح معناداری | مجذور اتا | توان آزمون |
|-------------|-----------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|-----------|------------|
| کیفیت زندگی | پیش آزمون | ۲۲۸/۸۶ | ۱ | ۲۲۸/۸۶ | ۳/۹۳ | ۰/۰۵ | ۰/۱۲ | ۰/۴۸ |
| | گروه | ۴۲۱/۳۴ | ۱ | ۴۲۱/۳۴ | ۷/۲۴ | ۰/۰۱ | ۰/۲۱ | ۰/۷۳ |
| | خطا | ۱۵۶۹/۸۲ | ۲۷ | ۵۸/۱۴ | - | - | - | - |
| افسردگی | پیش آزمون | ۶۵۴۶/۷۴ | ۱ | ۶۵۴۶/۷۴ | ۴۴/۸۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۲ | ۱/۰۰ |
| | گروه | ۱۱۴۷/۹۰ | ۱ | ۱۱۴۷/۹۰ | ۷/۸۵ | ۰/۰۰۹ | ۰/۲۲ | ۰/۷۷ |
| | خطا | ۳۹۴۵/۱۲ | ۲۷ | ۱۴۶/۱۱ | - | - | - | - |

متغیر آزمایشی قابل تبیین است. به علاوه توان بالای آزمون آماری در فرضیه حاضر بیانگر آن است که با احتمال ۷۳ درصد فرض صفر رد شده است. همچنین با توجه به نتایج جدول (۴) چون F محاسبه شده برای آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی با رویکرد شناختی-رفتاری از ارزش بحرانی F با درجه‌ی آزادی ۱ و ۲۷ و سطح معنی‌داری $P < 0/01$ بزرگ‌تر است، پس فرض صفر رد می‌شود. با عنایت به رد فرض صفر با ۹۹٪ اطمینان می‌توان نتیجه گرفت که مداخله گروهی آموزش مثبت اندیشی شناختی رفتاری و خوش‌بینی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تأثیر بیشتری بر کاهش افسردگی دانش آموزان داشته است. میزان این تأثیر «معنادار بودن عملی» ۰/۲۲ بوده

هدف از ارائه فرضیه فوق اثربخشی متغیر آزمایشی بود؛ بنابراین با توجه به نتایج جدول فوق چون F محاسبه شده برای آموزش مثبت اندیشی شناختی رفتاری و خوش‌بینی از ارزش بحرانی F با درجه‌ی آزادی ۱ و ۲۷ و سطح معنی‌داری $P < 0/01$ بزرگ‌تر است، پس فرض صفر رد می‌شود. با عنایت به رد فرض صفر با ۹۹٪ اطمینان می‌توان نتیجه گرفت که مداخله گروهی آموزش مثبت اندیشی شناختی رفتاری و خوش‌بینی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تأثیر بیشتری بر بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان داشته است. میزان این تأثیر «معنادار بودن عملی» ۰/۲۱ بوده است، یعنی ۲۱ درصد کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان از طریق

است، یعنی ۲۲ درصد کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در کاهش افسردگی دانش آموزان از طریق متغیر آزمایشی قابل تبیین است. به علاوه توان بالای آزمون آماری در فرضیه حاضر بیانگر آن است که با احتمال ۷۷ درصد فرض صفر رد شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی با رویکرد شناختی- رفتاری بر روی ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و گواه (N=۳۰)

| متغیر | منبع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | نسبت F | سطح معناداری | مجذور اتا | توان آزمون |
|-----------------------------------|------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|-----------|------------|
| سلامت عمومی | گروه | ۳۴/۷۰ | ۱ | ۳۴/۷۰ | ۱۱/۹۹ | ۰/۰۰۲ | ۰/۳۰ | ۰/۹۱ |
| | خطا | ۷۸/۰۹ | ۲۷ | ۲/۸۹ | | | | |
| عملکرد جسمانی | گروه | ۲۳/۷۱ | ۱ | ۲۳/۷۱ | ۶/۱۶ | ۰/۰۲ | ۰/۱۸ | ۰/۶۶ |
| | خطا | ۱۰۳/۸۵ | ۲۷ | ۳/۸۴ | | | | |
| محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی | گروه | ۴۴/۵۰ | ۱ | ۴۴/۵۰ | ۷/۲۹ | ۰/۰۱ | ۰/۲۱ | ۰/۷۴ |
| | خطا | ۱۶۴/۷۵ | ۲۷ | ۶/۱۰ | | | | |
| محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی | گروه | ۸۷/۵۷ | ۱ | ۸۷/۵۷ | ۲۰/۸۸ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۳ | ۰/۹۹ |
| | خطا | ۱۱۳/۲۱ | ۲۷ | ۴/۱۹ | | | | |
| درد بدنی | گروه | ۷۰/۱۶ | ۱ | ۷۰/۱۶ | ۱۵/۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۶ | ۰/۹۶ |
| | خطا | ۱۲۴/۳۱ | ۲۷ | ۴/۶۰ | | | | |
| عملکرد اجتماعی | گروه | ۵۲/۸۶ | ۱ | ۵۲/۸۶ | ۶/۸۸ | ۰/۰۱ | ۰/۲۰ | ۰/۷۱ |
| | خطا | ۲۰۷/۱۹ | ۲۷ | ۷/۶۷ | | | | |
| خستگی یا نشاط | گروه | ۹۶/۰۳ | ۱ | ۹۶/۰۳ | ۷/۶۹ | ۰/۰۱ | ۰/۲۲ | ۰/۷۶ |
| | خطا | ۲۴۲/۳۶ | ۲۷ | ۸/۹۷ | | | | |
| سلامت روانی | گروه | ۱۲۳/۰۳ | ۱ | ۱۲۳/۰۳ | ۵/۳۶ | ۰/۰۲ | ۰/۱۶ | ۰/۶۰ |
| | خطا | ۶۱۹/۵۷ | ۲۷ | ۲۲/۹۴ | | | | |

ترتیب بر روی خرده مقیاس محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی با ضریب اثرگذاری ۰/۴۳، درد بدنی با ضریب اثرگذاری ۰/۳۶، سلامت عمومی با ضریب اثرگذاری ۰/۳۰، خستگی یا نشاط با ضریب اثرگذاری ۰/۲۲، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی با ضریب اثرگذاری ۰/۲۱، عملکرد اجتماعی با ضریب اثرگذاری ۰/۲۰، عملکرد جسمانی با ضریب اثرگذاری ۰/۱۸ و سلامت روانی با ضریب اثرگذاری ۰/۱۶ که به ترتیب نشان دهنده ۴۳، ۳۶، ۳۰، ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۸ و ۱۶ درصد از ابعاد کیفیت زندگی را تبیین می‌کند.

با توجه به نتایج جدول فوق چون F محاسبه شده برای آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی با رویکرد شناختی- رفتاری از ارزش بحرانی F با درجه‌ی آزادی ۱ و ۲۷ و سطح معنی‌داری $P < 0/01$ از ابعاد کیفیت زندگی بزرگ‌تر است، پس فرض صفر رد می‌شود. با عنایت به رد فرض صفر با ۹۹٪ اطمینان می‌توان نتیجه گرفت که مداخله گروهی مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی شناختی رفتاری در شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تأثیر بیشتری بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی داشته است. با توجه به نتایج جدول فوق و ضریب تعیین اثرگذاری، از بیشترین تا کمترین اثرگذاری به

بحث و نتیجه‌گیری

اتفاق بیفتد و همین اطمینان به آینده، باعث ایجاد احساس مثبت در فرد می‌شود و در نتیجه سازگاری روان‌شناختی بالایی را در او به وجود می‌آورد؛ چنین افرادی حتی اگر با مشکلات و رخداد‌های فشارزای زندگی هم مواجه شوند، از آنجا که نسبت به آینده خوش‌بین هستند، بر این باورند که با تلاش خود می‌توانند مشکلات را حل کنند و از راهبردهای مثبت کنار آمدن برای مواجهه با این موقعیت‌ها استفاده کنند. این مسئله می‌تواند به سلامتی روانی و جسمانی آن‌ها و در نهایت یک زندگی با کیفیت منجر شود. علاوه بر این خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی باعث افزایش مقاومت سیستم ایمنی بدن می‌شود و در نتیجه سلامتی بیشتر را به دنبال دارد (گاندر و همکاران، ۲۰۱۶). نتایج تحقیق حاضر همچنین نشان داد که نمرات پس‌آزمون در ابعاد کیفیت زندگی نیز به طور معناداری افزایش داشته است، که با نتایج دیگر تحقیقات در این زمینه همسو است. این تحقیقات نشان داده‌اند، دانش‌آموزانی که گرایش به تمایلات بدبینانه دارند میزان قابل توجهی از استرس را دارا می‌باشند که نهایتاً منجر به بیماری جسمانی و خستگی هیجانی و ذهن، افت تحصیلی، دوری‌گزینی از دوستان و همکلاسی‌ها در آنان می‌شود. در پژوهش حاضر تأثیر خوش‌بینی بر بعد روابط اجتماعی نیز با نتایج آن دسته از تحقیقات انجام شده در این رابطه همسو است؛ در این تحقیقات به طور کلی نشان داده شده است که خوش‌بینی با فقدان انزوای اجتماعی و روابط دوستی با دوام و ماندگار، رابطه مثبت دارد. علاوه بر این، در روابط صمیمانه میان افراد، خوش‌بینی می‌تواند رضایت‌مندی افراد از این روابط را به طور مثبت پیش‌بینی کند و به طور کلی، نتایج این تحقیقات نشان داده است خوش‌بینی با حمایت اجتماعی همبستگی دارد (به نقل از علی‌بیک و همکاران، ۱۳۹۰)؛ همچنین تأثیر خوش‌بینی بر بعد معنویت در پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات انجام شده در این رابطه همسو است؛ نتایج بسیاری از تحقیقات نشان داده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی با رویکرد شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی و افسردگی نوجوانان بود؛ اولین یافته پژوهش نشان داد که میانگین کیفیت زندگی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش داشته است. نتایج تحلیل کوواریانس مؤید آن است که این آموزش توانسته است کیفیت زندگی را در مراحل پس‌آزمون تحت تأثیر قرار دهد. این یافته با نتایج پژوهشگران دیگر، از جمله علی‌بیک و همکاران (۱۳۹۱)، نیک‌منش و زندوکیل (۱۳۹۰) و ییپ و همکاران (۲۰۰۸) همسو است. در ارتباط با تبیین یافته‌های اول در خصوص چگونگی اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی با رویکرد شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی می‌توان به دیدگاه شناختی اشاره نمود. دیدگاه شناختی، به سودمندی تفکرات و شناخت‌ها که باعث هدایت هیجان‌ها و خلیقات فرد می‌شود تأکید دارد. در نظریه‌های شناختی، اعتقاد بر آن است که افراد شادکام و برخوردار از بهزیستی روانی، رویدادهای فرهنگی مطلوب بیشتری را تجربه می‌کنند و نیز رویدادهای خنثی را به صورت مثبت و رویدادهای مثبت را مثبت‌تر در نظر می‌گیرند. در واقع مردم قادرند از طریق کنترل افکارشان کیفیت زندگی خود را افزایش دهند؛ برای مثال، این عقیده که در جهان یک نیروی برتر وجود دارد، می‌تواند خوشبختی و تندرستی و به‌طبع کیفیت زندگی افراد را بیافزاید (علی‌بیک و همکاران، ۱۳۹۱)

در ادامه تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که خوش‌بینی، یا داشتن نوعی انتظار کلی مبنی بر این که در آینده، رویدادهای خوب بیشتر از رویدادهای بد اتفاق خواهند افتاد (حتی اگر این باور غیرواقعی هم باشد)، می‌تواند بر رفتار افراد و نحوه کنار آمدن آن‌ها با مشکلات و رویدادهای فشارزای زندگی تأثیر بگذارد (نیک‌منش و زندوکیل، ۱۳۹۴). زیرا افراد خوش‌بین انتظار دارند که در آینده پیامدهای مثبت برای آن‌ها

از این رو، سلیگمن خوش‌بینی را به مثابه یک واکنش اکتسابی مورد توجه قرار داده و معتقد است افراد می‌توانند از طریق یادگیری فنون رفتاری برای جانشین کردن پاسخ‌های خوش‌بینانه به جای پاسخ‌های بدبینانه، با حوادث استرس‌زا مقابله کنند. وی همچنین بر این باور است که خوش‌بینی به عنوان یک سبک تبیینی بر سلامت روانی و جسمانی تأثیر داشته و اکتسابی است (سلیگمن، ۲۰۰۲).

دومین یافته این پژوهش نشان داد که میانگین افسردگی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش داشته است. نتایج نشان داد آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی با رویکرد شناختی- رفتاری در مقایسه با گروه کنترل باعث کاهش افسردگی در پس‌آزمون شده است. تحلیل کوواریانس مؤید آن است که این آموزش توانسته است افسردگی را در مراحل پس‌آزمون تحت تأثیر قرار دهد. این یافته با نتایج پژوهشگران دیگر، از جمله فلاحیان و همکاران (۱۳۹۳)، طباطبایی و همکاران (۱۳۹۲)، گاندر و همکاران (۲۰۱۶)، پارلتا (۲۰۱۵)، پرویر و همکاران (۲۰۱۴) و بولیر و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. پژوهش‌های متعدد و گسترده‌ای تأثیر مثبت آموزش مثبت‌اندیشی شناختی- رفتاری را در تقویت اتکا به نفس، افزایش مهارت‌های مقابله با فشارها و استرس‌ها، برقراری روابط مثبت و مؤثر اجتماعی و کاهش افسردگی نشان داده‌اند. نتایج این مطالعه نشان داد که بعد از آموزش مثبت‌اندیشی برای گروه مداخله میانگین نمرات آن‌ها در افسردگی کاهش پیدا کرده و در نتیجه می‌تواند باعث تأثیرگذاری در روند تحصیلی، اجتماعی و خانوادگی آن‌ها شود. نوجوانان در این دوره تحت تأثیر افکار منفی زیادی قرار دارند و دائماً در حال مقایسه خود با دوستان و دیگران هستند و بیشتر به کمبودهای خود توجه می‌کنند تا توانایی‌های مثبت خود. این تفکرات منفی بر روحیه، انگیزش و سایر جنبه‌های مهم زندگی آن‌ها تأثیر منفی خواهد گذاشت. در نتیجه لازم است تا در این دوران با طراحی و انجام

است که معنویت و مذهب، با عواملی مثل حمایت‌های اجتماعی و خوش‌بینی ارتباط دارد. دینداری باعث امید بیشتر شده و به افراد کمک می‌کند تا با مشکلات و مصائب زندگی بهتر و راحت‌تر روبرو شوند. همچنین انجام فرایض دینی مثل خواندن نماز و دعا و شرکت در امور خیریه باعث رضایت بیشتر از زندگی و افزایش کیفیت زندگی می‌شود (رادى و همکاران، ۱۳۹۲). با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و پژوهش‌های قبلی در مورد کیفیت زندگی و همچنین نظریه‌های مختلف در مورد کیفیت زندگی و ابعاد آن، می‌توان چنین استنباط کرد که تمام حیطه‌های زندگی بر یکدیگر تأثیر دارند. بنابر این حیطه روانی که یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی است می‌تواند بر ابعاد دیگر و همچنین بر کیفیت کلی زندگی تأثیر داشته باشد. افزون بر آن، خوش‌بینی که یک ویژگی روانی است، بر نحوه نگرش افراد به هنگام مواجهه با مشکلات و چگونگی انتظار آن‌ها از نتایج رویدادها اشاره دارد. افراد خوش‌بین در مورد حوادثی که در زندگی روزمره برای آن‌ها اتفاق می‌افتد، نظر مثبت و مساعد دارند (صدوقی و همکاران، ۱۳۹۶). در تحقیقاتی که با توجه به این دیدگاه انجام شد، همبستگی مثبت و معناداری بین خوش‌بینی و سلامتی جسمانی و روانی دیده شده است. افراد خوش‌بین غالباً دارای افکار حمایتی می‌باشند و نسبت به استرس انعطاف‌پذیرترند و تمایل بیشتری به استفاده از اهداف مقابله‌ای را دارند. چا به این نتیجه رسید که بین بهزیستی روانی و ساختارهای شخصیتی مثل عزت‌نفس، اعتمادبه‌نفس جمعی و خوش‌بینی، در دانشجویان رابطه مثبتی وجود دارد. همچنین در تحقیق دیگری خوش‌بینی ۳۰۰ دانشجو در یک دانشگاه در غرب ایالات متحده بررسی شد. نتایج این تحقیق نشان داد که خوش‌بینی به طور قابل ملاحظه‌ای با معیارهای انطباق‌پذیری (اجتماعی، تحصیلی، شخصی و هدف‌گرایی) ارتباط دارد (پارلتا، ۲۰۱۵).

رویکرد شناختی-رفتاری و مقایسه نتایج آن با پژوهش حاضر انجام شود؛ همچنین پیشنهاد می‌شود آموزش مثبت‌اندیشی شناختی-رفتاری بر روی گروهی از دانش آموزان و دانشجویان و در سطحی وسیع‌تر نیز اجرا گردد. و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه گردد. به‌کارگیری این پژوهش بر روی جامعه آماری دیگر به خصوص دانشجویان خوابگاهی منظور بررسی و تکرار با توجه به زمینه‌های فرهنگی متفاوت است؛ همچنین پیشنهاد می‌گردد این پژوهش توسط یک فرد آموزش دیده و مستقل از محقق، بر روی یک نمونه‌ی دیگر انجام گیرد تا تأثیر حضور محقق بر نتایج آزمون، حذف گردد.

سپاسگزاری

پژوهشگران مراتب قدردانی و تشکر خود را از کلیه شرکت‌کنندگان این پژوهش که با استقبال و بردباری، در روند استخراج نتایج همکاری نمودند، اعلام می‌دارند

تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه هیچ‌گونه تعارض منافی در انجام و نگارش آن ندارند. مطالعه حاضر، برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد بوده و نویسنده مسئول، مسئولیت کامل داده‌ها، اطلاعات و نتایج پژوهش را عهده‌دار است.

منابع

پورافکاری، نصرت اله (۱۳۸۷). فرهنگ جامع روانشناسی و روانپزشکی. تهران: نوبهار.
پورسردار، نوراله؛ پورسردار، فیض‌اله؛ پناهنده، عباس؛ سنگری، علی‌اکبر؛ عبدی‌زرین، سهراب. (۱۳۹۲). تأثیر خوش‌بینی بر سلامت روان و رضایت زندگی: یک مدل روانشناختی از بهزیستی. مجله پژوهشی حکیم، ۱۶ (۱)؛ ۴۲-۴۹.
تاجور، مریم (۱۳۸۲). بهداشت سالمندان، تهران: انتشارات فردا.
خداباری فرد، محمد و پرند، اکرم (۱۳۸۶). استرس و روش‌های مقابله با آن. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
رادی، حسین؛ مشایخی، سمانه؛ نوری، نجیب‌اله. (۱۳۹۲). بررسی رابطه خوش‌بینی اسلامی، افسردگی و سبک‌های مقابله‌ای در دانشجویان. مجله روانشناسی و دین؛ ۶ (۱)؛ ۲۹-۴۴.
سلیگمن، مارتین؛ رایویچ، کارن؛ جی کاکس، لیزا و گیلهام، جین. (۱۳۹۴). کودک خوش‌بین برنامه‌ای آزموده شده برای ایمن ساختن همواره کودکان در برابر افسردگی. (ترجمه

برنامه‌های آموزشی مناسب، دیدگاه آن‌ها به زندگی را در جهت مثبت تغییر داده و از بار مشکلات آن‌ها بکاهیم. علاوه بر آن در آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی برای دانش آموزان شرایطی فراهم می‌شود که از این طریق می‌توانند ضمن بازشناسی و یادآوری تجربه‌های مثبت خود، از جنبه‌های مثبت دیگران نیز آگاهی یابند و این مسئله به نوبه‌ی خود در افزایش حس احترام به خود و شادکامی دانش آموزان و به طور کلی در کاهش افسردگی آن‌ها مؤثر است (پورسردار و همکاران، ۱۳۹۲). افزون بر آن در ارتباط با مکانیزم اثرگذاری این برنامه آموزش، سلیگمن و سیکزیت مهالی (۲۰۰۰) معتقدند که دانش آموزان در آموزش مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی تشویق می‌شوند تا تجربه‌های مثبت و خوب را بازشناسند و نقش آن‌ها را در افزایش و ارتقای احترام به خود و عزت‌نفس بدانند و هم‌زمان با آن، توانایی شناخت جنبه‌های مثبت دیگران را کسب کنند. آنان همچنین می‌آموزند تا در جهان، موضعی فعال اتخاذ کنند و زندگی خود را شخصاً شکل دهند و هر آنچه را که بر سرشان می‌آید، به گونه‌ای منفعلانه نپذیرند. از این رو یکی از اهداف مهم مداخلات مثبت‌نگر، افزایش شادکامی، بهزیستی و کیفیت زندگی است. همچنین این مداخلات تأکیدی هم بر اصلاح شناخت‌ها و پرهیز از بدبینی و منفی‌بافی دارند. موضوعی که در نیمرخ افسردگی امری محتوم است و در پژوهش حاضر هم مثبت‌نگری توانسته افسردگی را کاهش دهد. علاوه بر آن این آموزش به دانش آموزان کمک کرد تا با تبیین سبک مثبت، شادی و رضایت بیشتری را تجربه کنند. این دانش آموزان با مجهز شدن به مهارت‌های مثبت‌نگری و خوش‌بینی می‌توانند زندگی شادتر و با باورهای مخرب و غیرمنطقی کمتری را تجربه کنند و به نحو شایسته‌تری با چالش‌های پیش‌رو مواجه شوند و کیفیت زندگی خود را ارتقا بخشند (علی‌بیک و همکاران، ۱۳۹۱)؛ با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود که استفاده از سایر روش‌های مداخله‌ای به جای آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی با

- randomized controlled studies. *BMC Public Health*. 13(119); 1-20.
- Crowley, B.J, Hayslip, B. & Hobdy, J. (2003). Psychological hardiness and adjustment to life events in adulthood. *Journal of Adult Development*, 10(4), 237-248.
- Duckworth, A., Steen, T. A., & Seligman, M. E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 629-651
- Gander F., Proyer R. T., Ruch W. (2016). The subjective assessment of accomplishment and positive relationships: initial validation and correlative and experimental evidence for their association with well-being. *J. Happiness Stud.* 10.1007/s10902-016-9751-z
- Mukherjee, S.B (2013). Quality of life of Elderly: Hope Beyond Hurt. *Indian journal of Gerontology*, 27(3).
- Peralta, D, Ramirez, M. I & Navarrete, N (2015). "Effectiveness of stress management therapy in two populations with high stress: chronic patients and healthy people N. et al".
- Proyer R.T. , Gander F, Wellenzohn S & Ruch W. (2014). Positive psychology interventions in people aged 50–79 years: long-term effects of placebo-controlled online interventions on well-being and depression. *Journal Aging & Mental Health*, 18(8); 997-1005.
- Ridder, D., & Schreurs, K. (2001). Developing intervention for chronically ill patients: is coping a helpful concept, *clinical psychology review*, 21 (2), 205-240
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. (2007). *Pocket handbook of clinical psychiatry* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2009). *Comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Seligman M. E. P. (2002). *Authentic Happiness*. New York, NY: Simon and Schuster.
- Seligman M. E. P. (2011). *Flourish*. New York, NY: Free Press
- Stallard, P. (2008). University of bath, National positive thinking trial aims to prevent childhood depression. *News RE Health & Science*, 98.
- فروزنده داورپناه). تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۵).
- صدوقی مجید، مهرزاد ولی اله، محمدصالحی زهرا. (۱۳۹۶). رابطه خوش بینی و امید با افسردگی و اضطراب بیماران زن مبتلا به سرطان پستان. پژوهش پرستاری، ۱۲ (۲): ۱۶-۲۱
- علی بیگ، فتانه، احمدی، احمد؛ فرحبخش، کیومرث؛ عابدی، احمد؛ علی بیگ، مرتضی (۱۳۹۱). آموزش خوش بینی بر کیفیت زندگی دانشجویان دختر مقیم خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۲(۹): ۷۰۹.
- غیاثی، الهه؛ طباطبایی، تکتم سادات، نصری، مریم (۱۳۹۵) اثر آموزش مثبت اندیشی بر تنظیم هیجانی و بهزیستی روانشناختی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه بیرجند جلد ۱۴ شماره ۴ صفحات ۳۷-۲۷.
- فلاحیان، رویا، اقای، اصغر، آتش پور، حمید؛ کاظم پور، اذر (۱۳۹۳) تأثیر آموزش بهزیستی روان شناختی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان. ۱۵(۵۶): ۱۴-۲۴
- کویلیام، سوزان. (۱۳۹۰). مثبت اندیشی و مثبت‌گرایی کاربردی. (ترجمه فرید براتی و افسانه صادقی). تهران: انتشارات دید آور. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۳).
- لطفی، صدیقه (۱۳۸۸)، مفهوم کیفیت زندگی شهری: تعاریف، ابعاد و سنجش آن در برنامه ریزی شهری، فصلنامه جغرافیای انسانی، ۱(۴)، ۶۵ - ۸۰.
- نیک‌منش، زهرا؛ زندوکیل، مریم. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مثبت‌نگری بر کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس بزهکاران نوجوان. پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت. ۱ (۲): ۵۳-۶۴.
- Akdere, M. (2006). Improving quality of work life implications for human resources. *Business Review*, 1, 173.
- Bolier L, Haverman M, Westerhof G.J, Riper H, Smit F & Bohlmeijer E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of