

# نتایج مقدماتی روان‌درمانی مثبت‌گرای توسعه‌یافته مبتنی بر خیرباوری در افزایش شادکامی، رضایت از زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد افسرده غیر بالینی

اعظم نوفرستی<sup>۱</sup>، رسول روشن‌چسلی<sup>۲\*</sup>، لادن فتی<sup>۳</sup>، حمیدرضا حسن‌آبادی<sup>۴</sup>، عباس پسندیده<sup>۵</sup>

۱. استادیار دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۲. استاد گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. استادیار مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴. استادیار گروه روانشناسی تربیتی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۵. استادیار گروه معارف حدیث دانشگاه قرآن و حدیث، تهران، ایران.

## چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر مطالعه‌ی تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرای توسعه‌یافته مبتنی بر خیرباوری بر شادکامی، بهزیستی روان‌شناختی و رضایت از زندگی افراد دارای افسردگی غیربالینی بود.

**روش:** بر این اساس از طرح تک آزمودنی چند خط پایه با دوره پیگیری استفاده شد. ابتدا از بین افراد دارای علائم و نشانه‌های افسردگی که به یک مرکز مشاوره در تهران مراجعه کرده بودند، ۳ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند. برای هر کدام از شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی بین ۳ تا ۷ هفته جلسه خط پایه در نظر گرفته شد. ارزیابی‌ها با استفاده از مقیاس شادکامی آکسفورد، بهزیستی روان‌شناختی ریف، مقیاس رضایت از زندگی دینر و جهت‌گیری شادکامی پترسون در مرحله خط پایه (۳ تا ۷ جلسه)، جلسات مداخله (۸ جلسه) و چهار ماه بعد از پایان مداخله (پیگیری) انجام گرفت. مداخله به صورت انفرادی در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای انجام گرفت.

**نتایج:** نتایج نشان داد که هر سه مراجع با شروع مداخله روند افزایشی و رو به بهبودی را در طراز نمرات شادکامی (۳۷ درصد بهبودی)، بهزیستی روان‌شناختی (۱۴ درصد بهبودی) و رضایت از زندگی (۶۰ درصد بهبودی) نشان دادند. همچنین یافته‌ها بیانگر افزایش طراز نمرات هر سه مراجع در متغیرهای فرایندی احساس لذت (۷۲ درصد بهبودی)، تقویت توانمندی (۷۰ درصد بهبودی) و احساس معنا (۱۲۸ درصد بهبودی) بود. بخش عمده‌ای از این نتایج در پایان دوره پیگیری چهار ماهه نیز حفظ شد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** بر این اساس، به نظر می‌رسد روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری یک مداخله کوتاه مدت مؤثر برای افزایش شادکامی، بهزیستی روان‌شناختی و رضایت از زندگی در افراد افسرده غیربالینی است.

**کلیدواژه‌ها:** روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری، شادکامی، بهزیستی روان‌شناختی، رضایت از زندگی، افسردگی غیربالینی.

\*Email: rasolroshan@yahoo.com

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکتری روانشناسی بالینی نویسنده اول در دانشگاه شاهد است.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۶، شماره ۱، پیاپی ۳۰  
بهار و تابستان ۱۳۹۷  
مصص: ۲۰-۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۴/۰۶

Biannual Journal of

## Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 16, No. 1, Serial 30

Spring & Summer  
2018

pp.: 7-20

## مقدمه

شیوع افسردگی در کشورهای مختلف متفاوت است، اما آمارها شیوع تقریبی آن را بالاتر از ۳ درصد گزارش کرده‌اند [۱، ۲]. این در حالی است که شیوع افسردگی غیربالینی<sup>۱</sup> - وجود علائم و نشانه‌های افسردگی بدون داشتن معیارهای لازم برای تشخیص افسردگی اساسی - بسیار بیشتر از این میزان است. مطالعات شیوع بین ۵ تا ۲۰ درصد را برای افسردگی غیربالینی نشان می‌دهند [۱]. مطالعات در ایران شیوع ۲۱ درصدی علائم افسردگی را در افراد گزارش می‌کنند که کمی بیش از شیوع کلی این علائم در جهان است [۳]. همچنین، یافته‌ها نشان می‌دهد افراد مبتلا به افسردگی غیربالینی در معرض خطر ابتلاء به افسردگی اساسی یا سوء مصرف مواد [۴] هستند. افسردگی معمولاً با افزایش مراجعه به پزشک عمومی [۵]، افزایش غیبت از محل کار و کاهش بهره‌وری شغلی [۶] و افزایش مشکلات زناشویی [۷] همراه است. این نتایج بیانگر اهمیت بالینی افسردگی غیربالینی بوده و این الزام را فراهم می‌کند که رویکردهای درمانی کارآمد و اثربخش برای آن نیز در نظر گرفته شود.

درمان‌های کارآمد و اثربخش برای افسردگی برای افراد مبتلا به افسردگی غیربالینی به دو دلیل مناسب نیستند [۸]. اول اینکه، بسیاری از این افراد به دلیل ننگ دانستن یک بیماری روانی تمایلی برای دریافت درمان‌های معمول افسردگی نداشته و یا قادر به پرداخت هزینه‌های گزاف این درمان‌ها نیستند؛ بنابراین درمان مورد نیاز خود را دریافت نمی‌کنند. از سوی دیگر، این درمان‌ها در بهترین حالت افراد را در وضعیتی نگه می‌دارد که تنها از علائم افسردگی رنج نمی‌برند، اما هنوز احساس بهزیستی نمی‌کنند. زیرا عواطف منفی و عواطف مثبت دو ساختار کاملاً متفاوت دارند [۹] عدم حضور عواطف منفی به معنی وجود عواطف مثبت نیست. بنابراین درمان‌های دیگری برای این گروه از افراد افسرده لازم است تا با نیازها، ویژگی‌ها، اهداف، ارزش‌ها، منابع یا سبک زندگی آن‌ها تناسب داشته باشد و علاوه بر بهبود علائم افسردگی و جلوگیری از عود آن به افزایش کیفیت زندگی آنان کمک کند.

در سال ۱۹۹۸ رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا<sup>۲</sup> توسط مارتین سلیگمن<sup>۳</sup> پیشنهاد شد [۱۰]. این رویکرد حوزه تمرکز روان‌شناسی بالینی را فراتر از علائم ناخوشایند یک اختلال و تسکین مستقیم علائم وسعت بخشید و هدف روان‌درمانی را

چیزی بیش از بهبود علائم منفی یک اختلال، یعنی افزایش بهزیستی و شادکامی افراد دانست [۱۱]. سلیگمن [۱۲] شادکامی<sup>۴</sup> را موضوع اصلی رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا دانست و آن را به سه مؤلفه که از نظر علمی بهتر قابل تعریف هستند، تقسیم کرد: هیجان مثبت<sup>۵</sup> (زندگی لذت‌بخش<sup>۶</sup>)، معذب‌شدن<sup>۷</sup> (زندگی جذاب<sup>۸</sup>) و معنی<sup>۹</sup> (زندگی با معنی<sup>۱۰</sup>). براساس این رویکرد، راهبردهایی که به مراجعین کمک می‌کند تا یک زندگی لذتبخش، جذاب و با معنا را بسازند، "مداخله‌های مثبت‌گرا"<sup>۱۱</sup> گفته می‌شود [۱۳]. هر یک از این مداخله‌ها به نوعی افکار و رفتارهای افرادی که به صورت ذاتی شاد هستند را نشان می‌دهند و می‌توانند باعث افزایش شادکامی افرادی که آن‌ها را انجام می‌دهند، شوند [۱۴].

روان‌درمانی مثبت‌گرا بر این فرض استوار است که افسردگی می‌تواند به طور مؤثر نه فقط با کاهش علائم منفی بلکه به طور مستقیم با ساختن هیجان مثبت، تقویت توانمندی‌های فرد و ایجاد معنا درمان شود. ساختن این منابع مثبت ممکن است از وقوع اختلال جلوگیری کرده و یا با علائم منفی مقابله کرده و سدی برای عود مجدد اختلال باشد [۱۵]. پژوهش‌های بسیاری از این ادعا حمایت کرده‌اند [۸، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵].

سلیگمن و همکاران [۱۵] پروتکلی ۶ جلسه‌ای برای روان‌درمانی مثبت‌گرا تهیه کرده و کارآمدی آن را در کاهش علائم خفیف تا متوسط افسردگی مورد بررسی قرار دادند. در این پروتکل مداخله‌هایی برای افزایش هیجان مثبت، شناسایی توانمندی‌ها و افزایش معنا در نظر گرفته شده است. اندازه اثر به دست آمده در پژوهش سلیگمن و همکاران [۱۵] در پایان جلسات درمان ۰/۴۸ بود. با این حال، پژوهش‌ها نشان داده است که تقویت احساس معنا و توانمندی‌ها بیش از تقویت احساس لذت با افزایش رضایت از زندگی (ضریب همبستگی ۰/۳۹ در مقابل ۰/۱۸) و کاهش علائم افسردگی (ضریب همبستگی ۰/۳۲ در مقابل ۰/۱۵-) رابطه دارد [۲۶] در حالی که در این پروتکل مداخله‌هایی که باعث ایجاد معنا در زندگی افراد می‌شود از لحاظ کمی به اندازه مداخله‌های دو جنبه دیگر نیست (فقط یک مداخله برای ایجاد معنا طراحی شده است).

علاوه بر این، با توجه به ویژگی‌های مذهبی خاص کشور ما که ارزش‌های فرهنگی، مذهبی و اجتماعی آن دارای معیارهای متفاوتی نسبت به جوامع غربی و حتی جوامع

7 engagement  
8 the engaged life  
9 meaning  
10 the meaningful life  
11 positive intervention

1 subclinical  
2 positive psychology  
3 Seligman, M. E. P.  
4 happiness  
5 positive emotion  
6 the pleasant life

دینداری از طریق ایجاد امیدواری، خوش‌بینی، عزت‌نفس و خودکارآمدی باعث افزایش رضایت از زندگی می‌شود. به طور کلی، نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهد رفتارهایی که باعث ایجاد معنا در زندگی افراد شده و یا به رویدادهای زندگی معنا می‌دهد با کاهش افسردگی و اضطراب رابطه دارد. بر این اساس، نوفرستی و همکاران [۳۷] پروتکل اصلی سلیگمن و همکاران [۱۵] را با چند تکنیک که مفهوم خیرباوری را به مراجع آموزش می‌داد، توسعه دادند.

یافته‌های این پژوهش ضریب پایایی این پروتکل را براساس نظر متخصصین ۰/۷۶، امکان‌پذیری آن را بر اساس اینکه چند نفر از شرکت‌کنندگان جلسات درمان را به پایان رساندند [۳۸] ۱۰۰ درصد و میزان رضایت مراجعین از درمان را با استفاده از پرسشنامه رضایت مراجع<sup>۱</sup> [۳۹] ۷۹ درصد نشان داد. همچنین یافته‌های این پژوهش کارآمدی این پروتکل را در کاهش علائم افسردگی با استفاده از مقیاس هامیلتون ۷۴ درصد و با استفاده از مقیاس بک ۶۷ درصد، در پایان جلسات مداخله نشان داد. بر این اساس پژوهش حاضر تدوین شد تا تاثیر پروتکل نوفرستی و همکاران [۳۷] را در افزایش شادکامی، بهزیستی روانشناختی و رضایت از زندگی افراد دارای افسردگی غیربالینی نیز مورد بررسی قرار دهد. بدیهی است پژوهش‌هایی از این قبیل علاوه بر این که می‌تواند دانش ما را درباره ماهیت افسردگی، سبب‌شناسی و بهترین رویکرد درمانی آن افزایش دهد، می‌تواند دانش پژوهشگران را درباره نقش فرهنگ، مذهب و معنویت در اثربخشی مداخلات روانشناسی مثبت‌گرا افزایش دهد. همچنین تعیین اثربخشی پروتکل‌های مختلف روان‌درمانی افسردگی، این فرصت را در اختیار روانشناسان، مشاوران و سایر افرادی که به درمان افسردگی می‌پردازند، قرار می‌دهد تا انتخاب‌های بیشتری برای درمان انواع مختلف بیماران افسرده‌ی خود داشته باشند. بر این اساس پژوهش حاضر تدوین شد تا اثربخشی پروتکل نوفرستی و همکاران [۳۷] را در افزایش شادکامی، بهزیستی روانشناختی و رضایت از زندگی افراد دارای نشانه‌های افسردگی مورد بررسی قرار دهد. فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارتند از:

- روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری در افزایش شادکامی افراد دارای افسردگی غیر بالینی مؤثر است.
- روان‌درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر خیرباوری در افزایش بهزیستی روانشناختی افراد دارای افسردگی غیر بالینی مؤثر است.
- روان‌درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر خیرباوری در افزایش رضایت از زندگی افراد دارای افسردگی غیر بالینی مؤثر

شرقی است [۲۷]، مصادیق مؤلفه‌های شادکامی مثل هیجان مثبت، توانمندی‌ها و معنا برای افراد در چارچوب این ارزش‌های مذهبی و فرهنگی ممکن است تا حدودی با مصادیق مؤلفه‌های شادکامی در روان‌شناسی مثبت‌گرا متفاوت بوده [۲۸،۲۹،۳۰] و مداخله‌های متفاوتی را بطلبد. به عنوان مثال، گرچه واژه سعادت در منابع اسلامی از نظر لغوی و مفهومی با مفهوم شادکامی در روان‌شناسی مثبت‌گرا تفاوتی ندارد و اسلام نیز سعادت را رضامندی همراه با هیجان‌های مثبت مثل شادی و نشاط می‌داند. با این حال مصادیق شادکامی در اسلام متفاوت از روان‌شناسی مثبت‌گراست [۳۱]. منابع اسلامی مثل آیات قرآن و احادیث پایه رضامندی را باور به خیر بودن تقدیرهای خداوند یا "خیر-باوری" می‌داند [۳۲] اگر کسی باور داشته باشد که آنچه برای او اتفاق می‌افتد تقدیر خداوند است و تقدیر خداوند همواره خیر است، به رضامندی دست خواهد یافت. این‌گونه ارزیابی-کردن رویدادهای زندگی را ارزیابی خیرگرا می‌گویند [۳۱]. با توجه به این الگو و همچنین کمبود مداخله‌های معنا در پروتکل سلیگمن، این سؤال مطرح می‌شود که آیا استفاده از مداخله‌هایی که سازه خیر باوری را در مراجع ایجاد کرده یا تقویت می‌کند، می‌تواند باعث ایجاد معنا و هیجان مثبت در زندگی شده و در نتیجه بر اساس رویکرد روان‌شناسی مثبت-گرا [۱۵] باعث کاهش افسردگی و افزایش شادکامی و بهزیستی شود؟

کینگ و ماینر [۳۳] نشان دادند، هنگامی که از افراد خواسته می‌شود تا به مدت سه روز و هر روز بیست دقیقه جنبه‌های مثبت تجربه‌های منفی و تلخ زندگی‌اشان را بنویسند، افسردگی کمتری نشان می‌دادند. این پژوهش نشان می‌دهد که ترغیب مراجعین به نوشتن در مورد جنبه‌های مثبتی که از تجربه‌های منفی در زندگی نصیبشان شده، ممکن است بهتر از واداشتن آن‌ها به تجربه کردن دوباره درد حاصل از ضربه‌های روحی گذشته که از راه داستان‌گویی هیجانی به آن‌ها دست می‌دهد، باشد. در پژوهش دیگری که لی، نزو و نزو [۳۴] انجام دادند، رابطه بین مهارت‌های مقابله‌ای مثبت مذهبی با کاهش افسردگی در افراد مبتلا به ایدز مورد بررسی قرار گرفت. این پژوهش نشان داد، مقابله‌های مذهبی نقش مهمی در کاهش افسردگی در این بیماران دارد. افرادی که از این مقابله‌ها استفاده می‌کردند، افسردگی کمتر و کیفیت زندگی بالاتری را نشان دادند. همچنین، غباری‌ناب [۳۵] در پژوهشی نشان داد که توکل به خدا با کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش اعتماد به نفس ارتباط دارد. نجفی [۳۶] نیز نشان داد که معنویت و

<sup>1</sup> Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)

است.

- روان‌درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر خیرباوری در افزایش جهت‌گیری‌های شادکامی (هیجان مثبت، تقویت توانمندی‌ها و احساس معنا) در افراد دارای افسردگی غیر بالینی مؤثر است.

## روش

### نوع پژوهش

این مطالعه در سایت کارآزمایی‌های بالینی ایران با شماره IRCT2014070818405N1 ثبت شده است. در این مطالعه از طرح خط پایه چندگانه بین‌آزمودنی‌ها<sup>۱</sup> با دوره پیگیری استفاده شد [۴۰].

### آزمودنی

**الف) جامعه آماری:** کلیه افراد دارای دارای افسردگی غیربالینی مراجعه کننده به یک مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی در تهران در فاصله بین اول دیماه تا ۱۵ بهمن ماه سال ۹۳ جامعه آماری پژوهش حاضر را تشکیل دادند.

**ب) نمونه پژوهش:** از جامعه آماری پژوهش سه مراجعه با شیوه نمونه‌گیری هدفمند<sup>۲</sup> [۴۱] انتخاب شده و نمونه پژوهش حاضر را تشکیل دادند. حجم نمونه براساس حداقل حجم نمونه لازم برای تأیید یا رد فرضیه‌های پژوهش در مطالعات آزمایشی تک آزمودنی انتخاب گردید [۴۲].

### ملاک ورود

ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بودند از:  
الف) داشتن علائم و نشانه‌های افسردگی به طوری که در مقیاس افسردگی بک نمره‌ای بین ۱۴ تا ۳۵ به دست آورند  
ب) سن بالای ۲۵ سال<sup>۳</sup> (۳) موافقت برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت نامه کتبی

### ملاک خروج

ملاک‌های خروج در این پژوهش عبارت بودند از:  
الف) دارا بودن علائم و اختلالات سایکوتیک و اختلال شخصیت شدید

ب) دارا بودن سوء مصرف مواد دائمی

ج) داشتن طرح و برنامه جدی برای خودکشی

د) دارا بودن علائم افسردگی شدید (نمره BDI مراجع بالاتر از ۳۶ باشد)

ه) دریافت درمان شناختی- رفتاری تا سه ماه قبل از ورود به پژوهش

و) دریافت درمان دارویی نظام‌مند تا سه ماه قبل از ورود

به پژوهش.

این معیارها توسط یک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی با ابزارهای مستقل مورد تأیید قرار گرفت. همچنین ملاحظات اخلاقی بر اساس مجوز کمیته اخلاق دانشگاه شاهد در تاریخ ۹۳/۳/۱۵ در مورد مراجعین رعایت گردید.

### مراجع اول

مراجع اول یک زن ۲۷ ساله و مجرد بود که با احساس غمگینی، عدم لذت از زندگی، اعتماد به نفس پایین و فراموشی زیاد به مرکز مشاوره مراجعه کرده بود. مراجع یک سال پیش برای داشتن شرایط بهتر شغلی، کار خود را در یک شرکت خصوصی رها کرده و وارد اتاق بازرگانی ایران شده بود. با این حال، اتاق بازرگانی به هیچکدام از تعهداتی که هنگام ورود به مراجع داده بود، عمل نکرد. علاوه بر این، مراجع هر روز توسط مافوق خود مورد انتقاد قرار می‌گرفت به طوری که اعتماد به نفس او را به شدت تحت تأثیر قرار داده بود. با این که مراجع اجازه نمی‌داد این روند روی کیفیت کار او تأثیر بگذارد ولی احساس غمگینی و ناامیدی زیادی داشت. مراجع انگیزه بالایی برای تغییر شرایط موجود داشت و دوست داشت که به دوره قبل از ورود به اتاق بازرگانی برگردد. او تا آن زمان به مرکز مشاوره مراجعه نکرده و دارویی نیز مصرف نکرده بود.

### مراجع دوم

مراجع دوم مردی ۲۵ ساله، مجرد، اهل و ساکن تهران، دانشجوی کارشناسی رشته مهندسی برق در یک دانشگاه دولتی در تهران بود که با احساس غمگین، عدم لذت از زندگی، احساس پوچی و بی‌معنایی در زندگی، گم‌گشتگی، بی‌حوصلگی و مشکلات تحصیلی به مرکز مشاوره مراجعه کرده بود. مراجع اذعان داشت که احساس غمگینی وی از زمانی شروع شد که در رشته مهندسی برق قبول شده بود، در حالی که به این رشته علاقه ای نداشت و به فیزیک علاقمند بود ولی به توصیه همکاران و برای داشتن بازار کار بهتر به تحصیل در این رشته ادامه داده بود. به همین دلیل انگیزه‌ای برای درس خواندن نداشت و همین قضیه باعث شده بود که چند ترم مشروط شود. مراجع به توانمندی‌هایش باور ندارد و مدام خودش را به خاطر بعضی از اشتباهاتش سرزنش می‌کرد. مراجع تاکنون درمان دارویی و روان‌درمانی خاصی را در این زمینه انجام نداده است.

### مراجع سوم

مراجع سوم زنی ۴۲ ساله، دیپلمه، خانه‌دار، متأهل، اهل

۱ دلیل انتخاب این ملاک این است که کارآمدی مداخله‌های روان‌درمانی مثبت‌گرا در این محدوده سنی بیشتر است.

1 multiple baseline design

2 Purposeful sampling

است. دینر و همکاران [۳۰]، اعتبار این مقیاس را با استفاده از ضریب بازآزمایی در یک فاصله دو ماهه ۰/۸۲ و با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ به دست آوردند. این محققان همچنین در یک تحلیل عاملی پی بردند که کلیه گویه‌های مقیاس بر روی یک عامل قرار دارند که این تک عامل ۰/۶۶ واریانس مربوطه را تبیین می‌کند. در پژوهشی که توسط دائمی و جوشنلو [۴۵] بر روی یک جمعیت ۳۰۰ نفری از دانشجویان انجام گرفت، اعتبار مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و با استفاده از روش باز آزمون ۰/۹۲ بدست آمد. روایی سازه مقیاس رضایت از زندگی از طریق روایی همگرا با استفاده از پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه افسردگی بک برآورد شد. این مقیاس همبستگی مثبت با پرسشنامه شادکامی آکسفورد و همبستگی منفی با پرسشنامه افسردگی بک نشان داد. تحلیل عاملی تاییدی هم از ساختار تک عاملی مقیاس رضایت از زندگی در نمونه به کار گرفته شده حمایت کرد. این مقیاس برای سنجش میزان رضایت از زندگی به کار گرفته شد.

**۳) مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف<sup>۵</sup> (۸۴)**  
**سؤالی:** این پرسشنامه توسط ریف [۴۶] برای سنجش شش جنبه از بهزیستی روانشناختی شامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد فردی و استقلال طراحی شد. در این پرسشنامه برای هر جنبه ۱۴ سؤال در نظر گرفته شد. پاسخ به هر یک از ۸۴ سؤال این پرسشنامه بر روی یک طیف ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم درجه‌بندی می‌شود. برخی از سؤالات به صورت مستقیم و برخی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. در سؤالاتی که به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند پاسخ کاملاً مخالف نمره ۱ و کاملاً موافق نمره ۶ دریافت می‌کنند. نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روانشناختی بالاتر است. در این مقیاس برای تعیین نمرات هر یک از خرده مقیاس‌ها نمرات سؤال‌های آن‌ها با هم جمع می‌شوند و نمره کل پرسشنامه برابر با حاصل جمع نمرات مجموع سؤالات همه خرده مقیاس‌هاست. ریف [۴۶] ضریب همسانی درونی خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی پس از شش هفته را بر روی نمونه ۱۱۷ نفری بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ به دست آورد. بیانی، کوچکی و بیانی [۴۷] در یک نمونه ۱۴۵ نفری از دانشجویان به بررسی روایی و اعتبار این پرسشنامه پرداختند. در این پژوهش برای محاسبه اعتبار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب پایایی کل مقیاس برابر با

و ساکن تهران است. مراجع با احساس غمگینی، عدم لذت از زندگی، بی‌معنایی و بی‌هدفی در زندگی، برانگیختگی، پایین آمدن تحمل، کم حوصلگی و گریه زیاد به مرکز مشاوره مراجعه کرده است. مراجع حدود ۲۲ سال پیش ازدواج کرده ولی صاحب فرزند نشده است. او تمام درمان‌های احتمالی نازایی را انجام داده بود اما نتیجه‌ای نگرفته بود. همسر مراجع هیچ همکاری در جهت درمان‌های نازایی با وی نداشت. از سه ماه پیش و بعد از اینکه مراجع قصد داشت، بچه‌ای را به فرزند قبول کند و شوهرش به او اجازه این کار را نداد، علایم و نشانه‌های افسردگی در او بیشتر شد. به طوری که احساس می‌کرد دیگر تحمل این زندگی را ندارد. مراجع تاکنون به هیچ مشاوره مراجعه نکرده و دارویی نیز مصرف نکرده بود.

### ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

**۱) پرسشنامه شادکامی آکسفورد<sup>۱</sup>:** این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۰ توسط آرگایل و لو<sup>۲</sup> تهیه و در سال ۱۹۹۵ توسط آرگایل، مارتین<sup>۳</sup> و لو مورد تجدید نظر و گسترش قرار گرفت [۴۳]. این پرسشنامه دارای ۲۹ ماده است و هر یک از سؤال‌های این آزمون دارای ۴ گزینه است که از صفر تا ۳ نمره به خود اختصاص می‌دهد. بنابراین حداکثر نمره کل آزمون ۸۷ است. اعتبار و روایی این پرسشنامه در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. به عنوان مثال، آرگایل و همکاران [۴۳] اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در مورد ۳۴۷ آزمودنی ۰/۹۰ به دست آوردند. هم چنین علی‌پور و نوربالا [۴۴] نیز اعتبار آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر روی ۱۳۲ نفر نمونه ایرانی ۰/۹۳ به دست آوردند. علی‌پور و نوربالا [۴۴] روایی این پرسشنامه را با روش روایی صوری مورد تأیید قرار داده است.

**۲) مقیاس رضایت از زندگی<sup>۴</sup>:** این مقیاس توسط دینر و همکاران [۳۰] ساخته شد. مقیاس رضایت از زندگی جنبه شناختی شادکامی را می‌سنجد. در حقیقت این مقیاس نشان می‌دهد که آزمودنی‌ها تا چه حد از زندگی خود راضی‌اند و تا چه اندازه زندگی خود را به زندگی آرمانی که برای خویش در نظر گرفته‌اند نزدیک می‌دانند. این مقیاس دارای پنج گویه است و افراد بر روی یک مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای میزان رضایت خود را از زندگی درجه‌بندی می‌کنند. نمرات گویه‌ها سپس با هم جمع می‌شوند و سطح کل رضایت از زندگی فرد تعیین می‌شود. بنابراین نمرات این مقیاس بین ۵ تا ۳۵ متغیر

<sup>4</sup> Satisfaction With Life Scale(SWLS)

<sup>5</sup> Riff's Psychological well-being inventory

<sup>1</sup> The Oxford Happiness Questionnaire

<sup>2</sup> Argyle, M., & Lu, L.

<sup>3</sup> Martin, M.

دلیل عدم تمایل برای شرکت در این پژوهش از برنامه پژوهش حذف شدند. ۳ شرکت کننده دیگر (دو زن و یک مرد) برای شرکت در مطالعه اعلام آمادگی کرده و فرم رضایت‌نامه کتبی را پر کردند. هر ۳ شرکت کننده به طور همزمان وارد مرحله خط پایه شدند. تفاوت بین شرکت کنندگان در تعداد جلسات خط پایه بود. شرکت کنندگان بین ۳ تا ۷ هفته مرحله خط پایه را گذراندند. اولین سنجش مرحله خط پایه در پایان جلسه مصاحبه انجام گرفت. بقیه سنجش‌های مرحله خط پایه به صورت هفتگی از شرکت کنندگان دریافت شد. شرکت کنندگان به صورت تصادفی وارد مراحل مداخله شدند. شرکت کنندگان مقیاس شادکامی آکسفورد را به صورت هفتگی، مقیاس جهت‌گیری‌های شادکامی، رضایت از زندگی و بهزیستی ذهنی را در جلسات خط پایه، جلسه چهارم و جلسه آخر درمان پر کردند. تمام ارزیابی‌های مرحله خط پایه، فرایند مداخله، جلسات پایانی و پیگیری توسط یک کارشناس ارشد روان‌شناسی که در زمینه انجام ارزیابی‌ها آموزش لازم را دیده بود، انجام شد. ارزیابی‌های طی فرایند مداخله قبل از شروع جلسه، ارزیابی جلسه پایانی مداخله در انتهای جلسه و ارزیابی در مرحله خط پایه و پیگیری در جلسات جداگانه انجام شد. بعد از شروع مداخله، همزمان با جلسه سوم آزمودنی اول، آزمودنی دوم و همزمان با جلسه پنجم آزمودنی اول و جلسه سوم آزمودنی دوم، آزمودنی سوم وارد مرحله درمان شدند. هر سه آزمودنی همان پرسشنامه‌ها را به همان ترتیب تکمیل کردند. ترتیب پرسشنامه‌ها در جلسات مختلف متفاوت بود. در پایان جلسات و در جلسه پیگیری چهار ماهه، تمام مقیاس‌ها دوباره اجرا شدند. مداخله توسط خود پژوهشگر انجام گرفت. درمان‌گر دوره‌های آموزشی در زمینه اصول اولیه درمان‌های روانشناختی را گذرانده و به شیوه درمان مثبت‌گرا برای افسردگی مسلط است. به منظور نظارت بر کار درمانگر و رعایت یکپارچگی درمان، درمانگر هفته‌ای یکبار و هر بار به مدت یک ساعت در جلسه‌ای که تحت نظر ناظر طرح و برای بررسی میزان پیروی درمانگر از پروتکل درمانی تشکیل می‌شد، شرکت کرد. از برگه‌های انجام تکالیف خانگی بیماران به عنوان گواهی دال بر میزان پیروی بیماران از پروتکل درمانی استفاده شده و برگه‌ها به ناظر جلسات درمان تحویل داده شد. همچنین شایستگی درمانگر با استفاده از یک مقیاس ۷ عبارتی تحت عنوان "ارزیابی درمان و درمانگر" توسط آزمودنی مورد بررسی قرار گرفت.

۰/۸۹ و برای عامل پذیرش خود ۰/۵۹، تسلط محیطی ۰/۶۶، رابطه مثبت با دیگران ۰/۶۵، داشتن هدف در زندگی ۰/۷۵، رشد فردی ۰/۵۷ و عامل استقلال ۰/۷۶ به دست آمد. همچنین در این پژوهش روایی مقیاس از طریق محاسبه ضریب همبستگی این پرسشنامه با مقیاس رضایت از زندگی، شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ محاسبه گردید که به ترتیب این همبستگی ۰/۴۸، ۰/۵۸ و ۰/۱۷ به دست آمد. این پرسشنامه برای سنجش ابعاد شش‌گانه بهزیستی روانشناختی به کار گرفته شد.

**۴) آزمون جهت‌گیری‌های شادکامی:** این پرسشنامه توسط پترسون و همکاران [۴۸] براساس نظریه شادکامی اصیل سلیگمن [۱۲] ساخته شد. این آزمون ابتدا ۱۸ گویه داشت که سه نوع زندگی مربوط به نظریه سلیگمن (زندگی لذت‌بخش، زندگی پر جاذبه و زندگی بامعنا) را می‌سنجید، اما بعداً، پترسون [۴۸] تعداد گویه‌ها را به ۱۶ گویه کاهش داد و یک بعد چهارم یعنی کسب پیروزی را نیز به سه نوع زندگی مورد نظر افزود. در این آزمون به جواب‌های "کاملاً درست" نمره ۵، "درست" نمره ۴، "تا حدی درست" نمره ۳، "غلط" نمره ۲ و "کاملاً غلط" نمره ۱ داده می‌شود. تحلیل عاملی صورت گرفته بر روی آزمون فوق نشان دهنده سه عامل است که معادل همان سه نوع زندگی سلیگمن است. همسانی درونی این آزمون در آمریکا برای سه خرده مقیاس به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۲ و ۰/۸۲ بوده است [۴۸] براتی سده [۲۴] اعتبار کل مقیاس را از طریق محاسبه ضریب همسانی درونی ۰/۶۷ به دست آورد. همچنین برای بررسی روایی آزمون، ضریب همبستگی بین این آزمون با آزمون رضایت از زندگی [۳۰] محاسبه شد که ۰/۵۱ به دست آمد. این پرسش نامه برای سنجش ابعاد مختلف نظریه سلیگمن یعنی لذت، جذابیت و معنا به کار گرفته شد.

### شیوه انجام پژوهش

ابتدا از بین افراد مراجعه کننده به یک مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی در تهران که به دلیل علائم و نشانه‌های افسردگی به مرکز مراجعه کرده بودند، ۸ نفر بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش ارجاع داده شدند. هر ۷ آزمودنی به صورت جداگانه توسط یکی از پژوهشگران و یک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی که در این زمینه آموزش لازم را دیده بود مورد مصاحبه قرار گرفتند و ملاک‌های ورود و خروج پژوهش در آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت.

۱ نفر از شرکت کنندگان به دلیل دارا نبودن ملاک‌های ورود، ۱ نفر به دلیل دارا بودن ملاک‌های خروج و ۳ نفر به

## طرح درمان

روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت انفرادی اجرا شد. قبل از شروع درمان یک جلسه برای توضیح منطق روان‌درمانی مثبت‌گرا و جهت‌دهی به مراجع انجام گرفت. در جلسه اول برای ایجاد شرایط مناسب برای درک مفهوم خیرباوری و بیدار کردن این مفهوم در ذهن مراجع، ابتدا مفهوم پذیرش بنیادین به عنوان یک روش مقابله‌ای مؤثر به مراجع آموزش داده شد و از او خواسته شد تا سعی کند که با رویکردی توصیفی و نه قضاوتی به رویدادهای اطراف خود نگاه کند و در ضمن به ثبت قضاوت‌های منفی خود به صورت روزانه بپردازد. در جلسه دوم تکنیک فاصله گرفتن از قضاوت‌ها به مراجع آموزش داده شد و از مراجع خواسته شد که تکنیک فاصله گرفتن از قضاوت را به مدت ۵ دقیقه حداقل ۵ بار تا هفته آینده انجام دهد. در جلسه سوم به بحث درباره مفهوم خیرباوری و الگوی ارزیابی خیرگرا پرداخته شد و با گفتگوی سقراطی مراجع به سمت مفهوم خیرباوری سوق داده شد و تکنیک خیرباوری در رویدادهای ناخوشایند نیز به مراجع آموزش داده شد. در جلسه چهارم تکنیک عمل متعهدانه برای داشتن زندگی مبتنی بر ارزش‌ها آموزش داده شد و از مراجع خواسته شد که مقیاس ارزش‌های زندگی را تکمیل کند. در جلسه پنجم مراجع با توانمندی‌های فردی و فضیلت‌های اخلاقی آشنا شد و یاد گرفت چگونه از این توانمندی‌ها به شیوه نو در زندگی استفاده کند. در جلسه ششم مراجع با هیجان‌های مثبت و نقش آن در کاهش علائم افسردگی آشنا شد و تکنیک "لذت بردن" به او آموزش داده شد و از او خواسته شد که در روزهای بعد از این تکنیک‌ها استفاده کند. همچنین در این جلسه بر اهمیت برقراری رابطه عاطفی با خداوند نیز تأکید شد و تکنیک‌هایی برای تقویت این رابطه نیز به مراجع آموزش داده شد. در جلسه هفتم مراجع با مفهوم قدردانی کردن و نقش آن در کاهش افسردگی آشنا شد و از او خواسته شد تا دو نامه قدردانی یکی برای خداوند و دیگری برای فردی که در زندگی به او مدیون است، بنویسد. در جلسه هشتم مراجع با نقش روابط اجتماعی در کاهش افسردگی آشنا شد و از او خواسته شد کاربرد مربوط به نحوه پاسخ‌دهی فعال - سازنده را پر کند.

استفاده از نمودار و تحلیل دیداری<sup>۱</sup> نمودارهاست [۴۲]. در تحلیل دیداری، طراز<sup>۲</sup>، روند<sup>۳</sup> و تغییرپذیری<sup>۴</sup> داده‌ها در مراحل مختلف (خط پایه، درمان و پیگیری) و مقایسه آنها در بین مراحل مختلف اساس تحلیل است. همچنین درصد داده‌های غیر همپوش<sup>۵</sup> (پی.ان.دی) و درصد داده‌های همپوش<sup>۶</sup> (پی.ا.دی) برای تعیین میزان کارآمدی درمان مورد بررسی قرار می‌گیرد [۴۲]. برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر مراجع، در مرحله اول با استفاده از داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه‌ی داده‌ها موازی با محور X کشیده شد و یک محفظه‌ی ثبات<sup>۷</sup> روی خط میانه قرار گرفت. محفظه ثبات یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم شود. این دو خط بر اساس ۲۰ درصد میانه داده‌ها رسم می‌شود. فاصله و دامنه‌ی بین دو خط، میزان بیرون افتادگی یا تغییرپذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۸۰-۲۰ درصدی، اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها رو یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (محفظه ثبات) قرار گیرند، گفته می‌شود داده‌ها ثبات دارد. پس از آن برای بررسی روند داده‌ها از روش دو نیم کردن<sup>۸</sup> استفاده شد و محفظه ثبات خط روند نیز براساس معیار ۸۰-۲۰ درصدی رسم شد. پی.ان.دی نشان دهنده‌ی درصد غیر همپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. برای به دست آوردن پی.ان.دی بالاترین داده در مرحله خط پایه مشخص شد و سپس مشخص گردید که چند درصد از داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از بالاترین داده در مرحله خط پایه است. برای به دست آوردن پی.ا.دی بالاترین داده در مرحله خط پایه مشخص شد و سپس مشخص گردید که چند درصد از داده‌ها در مرحله مداخله مساوی یا پایین‌تر از بالاترین داده در مرحله خط پایه است. هر چه بین دو موقعیت مجاور پی.ان.دی بالاتر (یا پی.ا.دی پایین‌تر) باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را کارآمد دانست. در این پژوهش برای محاسبه اندازه اثر<sup>۹</sup> یا درصد بهبودی از روش "میانگین کاهش از خط پایه"<sup>۱۰</sup> استفاده شد. در این روش میانگین مشاهدات مرحله درمان یا پی‌گیری از میانگین مشاهدات خط پایه کم می‌شود؛ سپس تقسیم بر میانگین مشاهدات خط پایه شده و حاصل در ۱۰۰ ضرب می‌شود.

## نتایج

طراز نمرات مراجعین در مقیاس شادکامی آکسفورد در نمودار ۱ نشان می‌دهد که هر سه مراجع در مرحله خط پایه

## شیوه تحلیل داده‌ها

در طرح‌های تک آزمودنی روش اصلی برای تحلیل داده‌ها،

<sup>6</sup> Percentage of overlapping data (POD)

<sup>7</sup> Stability Envelope

<sup>8</sup> Split-midd

<sup>9</sup> effect size

<sup>10</sup> Mean Baseline Reduction (MBLR)

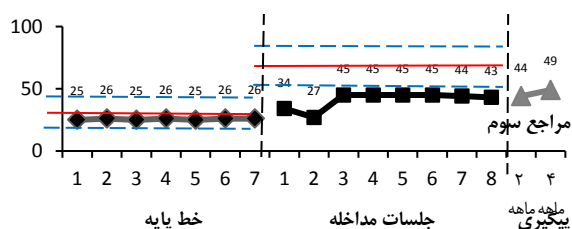
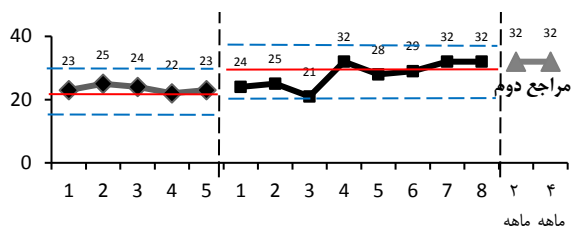
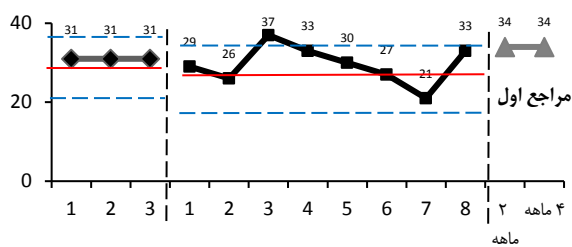
<sup>1</sup> Visual analysis

<sup>2</sup> level

<sup>3</sup> trend

<sup>4</sup> stability

<sup>5</sup> Percentage of non-overlapping data(PND)



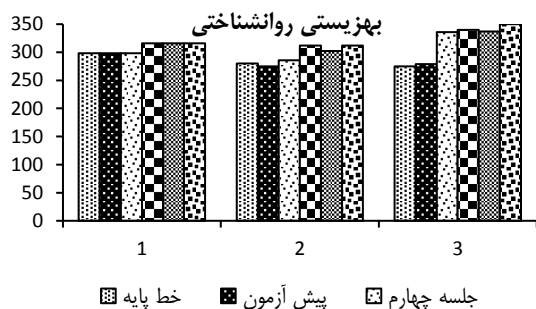
نمودار ۱. خط میانه و محفظه ثبات مراجعین در مقیاس شادکامی آکسفورد در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری

طراز نمرات مراجعین در مقیاس بهزیستی روانشناختی در نمودار ۳ نشان داده شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که روند تغییر نمرات هر سه مراجع از مرحله خط پایه تا پیش آزمون تغییری نکرده است. با این حال، بعد از جلسات مداخله و در پس‌آزمون طراز نمره هر سه مراجع افزایش یافته و روند تغییر نمرات صعودی است. میزان بهبود کلی هر سه مراجع در مقیاس بهزیستی روانشناختی در پایان مداخله ۱۴ درصد و در دوره پیگیری چهار ماهه ۱۸ درصد است. بنابراین با توجه به یافته‌ها به نظر می‌رسد، روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری بر افزایش بهزیستی روانشناختی افراد دارای افسردگی غیربالینی مؤثر بوده است (نمودار ۳).

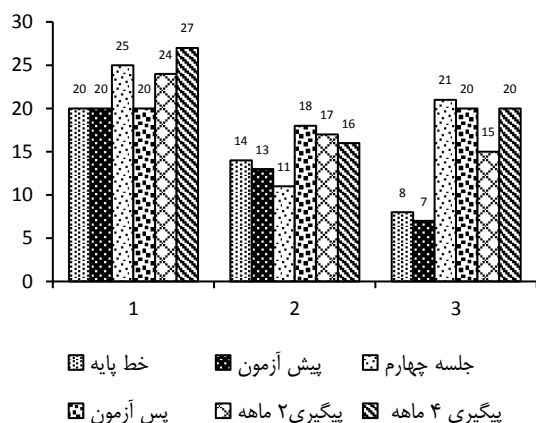
نمره‌ای کمتر از ۴۴ به دست آورده‌اند که بیانگر شادکامی پایین مراجعین است. خط میانه داده‌ها در مرحله خط پایه و جلسات مداخله و محفظه ثبات داده‌ها (نمودار ۱) نشان می‌دهد که براساس معیار ۸۰-۲۰ درصدی نمرات هر سه مراجع در مرحله خط پایه از ثبات کافی برخوردار است. تغییر طراز نمرات مراجع دوم و سوم در مرحله مداخله رو به افزایش شادکامی و در مراجع اول رو به کاهش شادکامی است. در مرحله مداخله فقط نمرات مراجع دوم باثبات است و طراز نمرات مراجع اول و سوم متغیر است. بر اساس نمودار ۲ روند تغییر نمرات مراجع اول در مرحله خط پایه بدون تغییر، مراجع دوم نزولی و مراجع سوم نیز بدون تغییر است. در مرحله مداخله روند تغییر نمرات مراجع اول نزولی و روند نمرات مراجع دوم و سوم صعودی است (نمودار ۲). بر اساس محفظه ثبات خط روند، روند تغییر نمرات هر سه مراجع در مرحله خط پایه و مداخله باثبات است، زیرا ۸۰ درصد داده‌ها در محفظه ثبات قرار دارد. درصد داده‌های غیر همپوش (پی. ان. دی) برای آزمودنی‌ها به ترتیب ۳۷/۵ درصد، ۶۲/۵ درصد و ۱۰۰ درصد و درصد داده‌های همپوش (پی.ا. دی) برای آزمودنی‌ها به ترتیب، ۶۲/۵ درصد، ۳۷/۵ درصد و ۰ درصد است. هر چه درصد داده‌های غیر همپوش بیشتر و درصد داده‌های همپوش کمتر باشد، اثربخشی مداخله برای آزمودنی بیشتر است. بنابراین مداخله برای آزمودنی دوم و سوم اثربخشی بیشتری داشته است. بخش عمده‌ای از تغییرات به دست آمده در طول جلسات مداخله در دوره پیگیری چهار ماهه نیز همچنان تداوم یافته است. با در نظر گرفتن شاخص درصد بهبودی (جدول ۱)، مراجع اول در پایان جلسات مداخله به ۶ درصد بهبودی دست یافته است که این روند در پایان دوره پیگیری چهار ماهه به ۹ درصد افزایش یافته است. مراجع دوم در پایان جلسات مداخله به ۳۶ درصد بهبودی دست یافته است که در دوره پیگیری چهار ماهه این میزان از بهبودی همچنان حفظ شده است. مراجع سوم نیز در پایان مداخله به ۶۸ درصد بهبودی دست یافته است که این میزان بهبودی در پایان دوره پیگیری چهار ماهه به ۹۱ درصد افزایش یافته است. با توجه به اینکه مداخله توانسته است در هر سه مراجع تغییرات مورد انتظار را ایجاد کند، می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری در افزایش شادکامی افراد دارای افسردگی غیربالینی مؤثر بوده است.



رضایت از زندگی این مراجع نیز افزایش یافته است. بنابراین با توجه به این یافته‌ها به نظر می‌رسد، روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری بر افزایش رضایت از زندگی افراد دارای افسردگی غیربالینی نیز مؤثر بوده است (نمودار ۴).

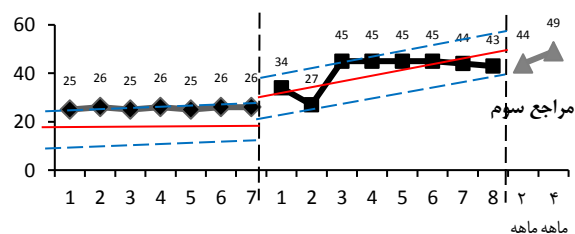
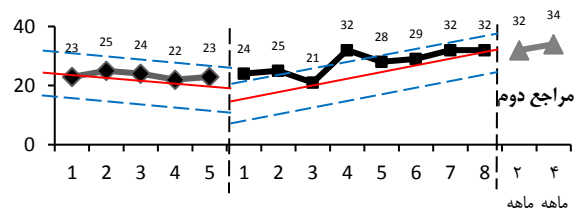
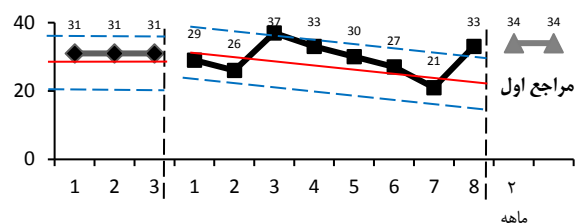


نمودار ۳. نمرات مراجعین در مقیاس بهزیستی روانشناختی در مرحله خط پایه، پیش‌آزمون، جلسه چهارم، پس‌آزمون و پیگیری



نمودار ۴. نمرات مراجعین در مقیاس رضایت از زندگی در مرحله خط پایه، پیش‌آزمون، جلسه چهارم، پس‌آزمون و پیگیری

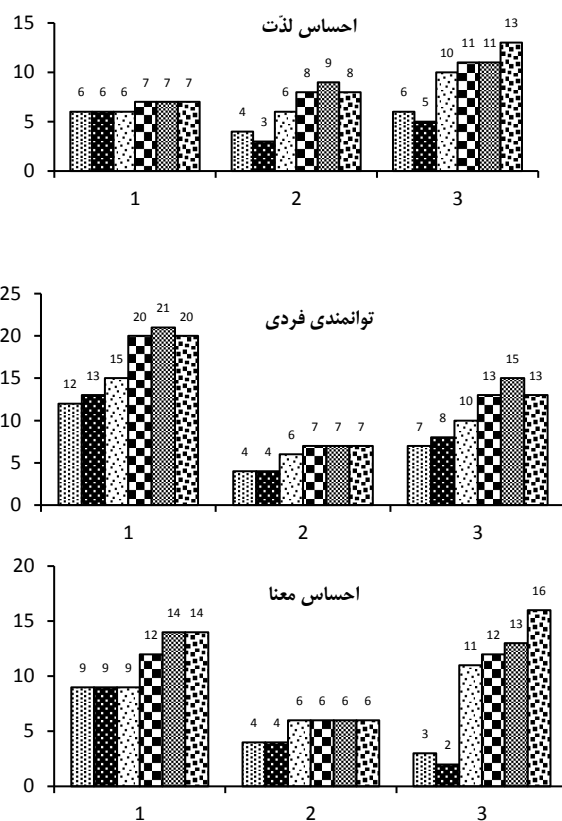
تحلیل متغیرهای فرایند درمان (مکانیزم تأثیر مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا): نمره هر کدام از آزمودنی‌ها در خرده‌مقیاس احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و احساس معنا در هفته اول خط‌پایه (پیش‌آزمون)، جلسه اول، جلسه چهارم، جلسه آخر مداخله (پس‌آزمون) و ۴ ماه بعد از آخرین جلسه مداخله (پیگیری) در نمودار ۵ نشان داده شده است. براساس نمودار، طراز نمرات هر سه مراجع در این سه خرده‌مقیاس از مرحله خط پایه تا پیش‌آزمون تغییر محسوسی نداشته است. با این حال، بعد از جلسات مداخله و در پس‌آزمون طراز نمره هر سه مراجع در خرده‌مقیاس احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و افزایش معنا افزایش یافته و روند تغییر نمرات صعودی و رو به بهبود است.



نمودار ۲. خط میانه، خط روند و محفظه ثبات مراجعین در مقیاس شادکامی آکسفورد در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری

طراز نمرات مراجعین در مقیاس بهزیستی روانشناختی در نمودار ۳ نشان داده شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که روند تغییر نمرات هر سه مراجع از مرحله خط پایه تا پیش‌آزمون تغییری نکرده است. با این حال، بعد از جلسات مداخله و در پس‌آزمون طراز نمره هر سه مراجع افزایش یافته و روند تغییر نمرات صعودی است. میزان بهبود کلی هر سه مراجع در مقیاس بهزیستی روانشناختی در پایان مداخله ۱۴ درصد و در دوره پیگیری چهار ماهه ۱۸ درصد است. بنابراین با توجه به یافته‌ها به نظر می‌رسد، روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری بر افزایش بهزیستی روانشناختی افراد دارای افسردگی غیربالینی مؤثر بوده است (نمودار ۳).

طراز نمرات مراجعین در مقیاس رضایت از زندگی در نمودار ۴ نشان داده شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که روند تغییر نمرات هر سه مراجع از مرحله خط پایه تا پیش‌آزمون تغییری نکرده است. بعد از جلسات مداخله طراز نمرات مراجع دوم و سوم در پس‌آزمون افزایش یافته است و روند تغییر نمرات صعودی است. مراجع اول در حالی که روند تغییر طراز نمراتش در جلسه چهارم افزایش یافته است ولی در پس‌آزمون طراز نمرات رضایت از زندگی وی به طراز پیش‌آزمون کاهش یافته است ولی در جلسات پیگیری طراز نمرات



نمودار ۵. نمرات مراجعین در خرده مقیاس‌های جهت‌گیری شادکامی در مرحله خط پایه، پیش‌آزمون، جلسه چهارم مداخله، پس‌آزمون و پیگیری

جدول ۱. درصد تغییر و نمرات مراجعین در مقیاس‌های مختلف در مرحله خط پایه، جلسات درمان و پیگیری ۴ ماهه

مراجع	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	درصد تغییر	پیگیری (۴ ماهه)	درصد تغییر	بهبود کلی
مقیاس شادکامی آکسفورد						
۱	۳۱	۳۳	۶	۳۴	۹	۴۵
۲	۲۳	۳۲	۳۶	۲۲	۳۶	
۳	۲۵	۴۳	۶۸	۴۹	۹۱	
مقیاس بهزیستی روانشناختی						
۱	۲۹۸	۳۱۶	۶	۳۱۶	۶	۱۸
۲	۲۸۰	۳۱۲	۱۲	۳۱۲	۱۲	
۳	۲۷۵	۳۴۰	۲۳	۳۵۰	۳۷	
مقیاس رضایت از زندگی						
۱	۲۰	۲۰	۰	۲۷	۲۰	۶۲
۲	۱۴	۱۸	۲۸	۱۶	۱۸	
۳	۸	۲۰	۱۵۰	۲۰	۱۵۰	
جهت‌گیری (لذت)						
۱	۶	۷	۱۶	۷	۱۶	۸۴
۲	۴	۸	۱۰۰	۸	۱۰۰	
۳	۶	۱۱	۱۰۰	۱۳	۱۳۶	
جهت‌گیری (توانمندی‌ها)						
۱	۱۲	۲۰	۶۰	۲۰	۶۰	۷۰
۲	۴	۷	۷۵	۷	۷۵	
۳	۷	۱۳	۷۳	۱۳	۷۳	
جهت‌گیری (احساس معنا)						
۱	۹	۱۲	۳۴	۱۴	۳۴	۲۱۵
۲	۴	۶	۵۰	۶	۵۰	
۳	۳	۱۲	۳۰۰	۱۶	۵۴۰	

**بحث و نتیجه‌گیری**

یافته‌های به دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که پروتکل روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری [۳۷] که یک پروتکل توسعه‌یافته از روان‌درمانی مثبت‌گرا [۱۵] است، می‌تواند به عنوان یک مداخله کوتاه‌مدت مؤثر نه تنها باعث کاهش علائم افسردگی شده، بلکه باعث افزایش شادکامی، بهزیستی روانشناختی و رضایت از زندگی افراد دارای افسردگی غیربالینی شود. همچنین یافته‌های این پژوهش از این باور که روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری می‌تواند به طور مؤثری از طریق افزایش احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و به ویژه افزایش احساس معنا باعث افزایش شادکامی، بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی شود، حمایت می‌کند. این نتایج با یافته‌های به دست آمده از پژوهش‌های سلیگمن و همکاران [۱۵]، سین و همکاران [۸]، پارکز-شینر [۱۶]، لایوس و همکاران [۱۷]، سنف و لیو [۱۸]، بولیر و همکاران [۲۰]، سرجنت و مانگرین [۱۹]، مایولینو و کوپیر [۲۱]، هافمن و همکاران [۲۲]، اصغری پور [۲۳] و براتی‌سده [۲۴]، همگام است. بنابراین به نظر می‌رسد که روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری نیز بدون تأکید بر علائم منفی اختلال و فقط با افزایش احساس لذت (جنبه‌های مادی و معنوی)، مجذوب شدن و تقویت توانمندی‌های فردی و به خصوص احساس معنا در زندگی می‌تواند باعث افزایش شادکامی، بهزیستی روانشناختی و رضایت از زندگی شود. آموزش "تکنیک پذیرش بنیادین" و "فاصله گرفتن از قضاوت‌ها" در دو جلسه ابتدای درمان، به مراجع کمک می‌کند که در هنگام رویارویی با موقعیت‌های ناخوشایند و ناکام کننده به جای قضاوت کردن به توصیف آن موقعیت پرداخته و از افزایش عواطف منفی جلوگیری کند. عدم افزایش عواطف منفی به فرایندهای حل مسأله مراجع فرصت می‌دهد که او را به سمت روش‌های مقابله مؤثر با موقعیت ناخوشایند سوق دهد. این فرایند باعث شکستن چرخه منفی و در نتیجه افزایش شادکامی می‌شود. آموزش خیرباوری در جلسه سوم با ایجاد یک فکر مثبت می‌تواند به فرآیند ایجاد شده در جلسات قبل کمک کند. تعیین ارزش‌های زندگی مراجع و سپس تبدیل این ارزش‌ها به اهداف عینی و متعهد شدن مراجع به انجام رفتارهایی که باعث رسیدن او به اهداف برگرفته از ارزش‌های زندگی می‌شود، می‌تواند معنایی خاص به زندگی مراجع داده و باعث ایجاد هیجان مثبت در او شود. لذت بردن از زندگی از طریق افزایش طمأنینه در

انجام کارهای روزمره زندگی باعث ایجاد عواطف مثبت می‌شود. همچنین برقراری ارتباط با خداوند مراجع را به سمت لذت‌های معنوی سوق داده که خود می‌تواند از طریق ایجاد معنا و هیجان مثبت باعث کاهش عواطف منفی و افزایش شادکامی و در نهایت رضایت از زندگی شود. ملاقات قدردانی می‌تواند حافظه مراجع را از توجه به جنبه‌های تلخ روابط گذشته به سمت حفظ جنبه‌های مثبت که دوستان و خانواده برای او انجام داده‌اند، متمرکز کند. همچنین نوشتن نامه قدردانی به خداوند مراجع را به این سمت سوق می‌دهد که به جای توجه به ابعاد منفی زندگی خود، بدشانسی‌ها و رویدادهای ناخوشایند به ابعاد مثبت زندگی، خوش‌شانسی‌ها و رویدادهای خوشایند توجه کند. از آنجا که افراد افسرده توجه بیشتری به ابعاد منفی دارند، این تکنیک به آنان کمک می‌کند که از سوگیری‌های حافظه کم کنند و این فرایند خود باعث ایجاد افکار مثبت در مراجع می‌شود. آموزش مراجعین برای پاسخ دادن به یک شیوه فعال و سازنده به اخبار نسبت به دوستان، همکاران و خانواده مهارت‌های اجتماعی آن‌ها را بهبود می‌بخشد. این شیوه پاسخدهی باعث فراخواندن واکنش‌های مناسب دیگران به مراجع شده و باعث ایجاد هیجان مثبت و معنا در مراجع می‌شود و از این طریق به افزایش شادکامی، بهزیستی و رضایت از زندگی می‌پردازد. از سوی دیگر، یافته‌های این پژوهش تأیید کننده آیات و روایاتی است که نشان می‌دهد، رضایت از تقدیر خداوند به طور کلی و پذیرش موقعیت‌های ناخوشایند و صبر کردن در مقابل آن‌ها و شکرگزاری و قدردانی از رویدادهای خوشایند به طور خاص باعث کاهش رنج و اندوه و افزایش شادکامی و رضایت از زندگی می‌شود. الگوی اسلامی شادکامی [۳۳] چارچوب نظری مناسبی را برای تبیین این نتایج فراهم کرده است. در این الگو رضامندی از کل تقدیر و صبر در تقدیر ناخوشایند و شکر از تقدیر خوشایند، بر پایه اصل «خیر بودن قضا» استوار است. موضوع اساسی صبر، «امور ناخوشایند»ی است که نفس در برابر آنها بی‌تاب می‌شود و به جزع و فزع روی می‌آورد. معنای صبر از دیدگاه روایات، پذیرش سختی است [۳۳ ص ۱۸۰ به بعد]. صبر از طریق کاهش فشار روانی و «مهار خلق منفی» موجب رضامندی می‌شود. همچنین این الگو واکنش مؤثر به رویدادهای خوشایند را قدردانی و شکر کردن می‌داند. سپاس‌گزاری، آرایه نعمت<sup>۱</sup> و دوران خوشایند<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> امام علی(ع): الشُّكْرُ زِينَةُ لِلنَّعْمَاءِ.

<sup>۲</sup> امام علی(ع): الشُّكْرُ زِينَةُ الرَّحَاءِ وَحِصْنُ النِّعْمَاءِ (غرر الحکم، ح ۱۳۵).

نیز می‌فرماید: الشُّكْرُ زِينَةُ الْغِنَى (نهج البلاغه، حکمت ۳۴۰؛ الإرشاد، ص ۱۵۸).

سوم اینکه، حضور مرتب در امور مذهبی و جزو جامعه مذهبی بودن، برای افراد حمایت اجتماعی فراهم می‌آورد. سوم اینکه، پرداختن به مذهب اغلب با سبک زندگی جسمانی و روانی سالم‌تر همراه است که مشخصه آن وفاداری زناشویی، رفتار نودوستانه اجتماع خواه (به جای ارتکاب جرم) اعتدال در تغذیه و مصرف مشروبات و پای‌بندی به کار سخت است. پژوهش حاضر گر چه به دلیل کاربرد پروتکل روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری به شکل درمان انفرادی در یک فرهنگ متفاوت از فرهنگ غرب در نوع خود بدیع است، با این حال با محدودیت‌های چندی روبه‌رو بوده است. اول اینکه این پژوهش به شکل تک آزمودنی و با ۳ مراجع انجام گرفت که تعمیم‌پذیری دستاوردهای درمان را به سایر افراد دارای علائم و نشانه‌های افسردگی محدود می‌کند. لذا پیشنهاد می‌گردد که اثربخشی شکل انفرادی این روش درمان با حجم نمونه بیشتر مورد بررسی قرار گیرد. دوم اینکه گرچه طرح‌های چند خط پایه می‌توانند تأثیر بسیاری از عوامل تهدید کننده اعتبار درونی را کنترل کنند، اما نمی‌توانند سهم تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری را از عوامل غیر اختصاصی مؤثر بر دستاوردهای درمان کنترل کنند. لذا مطالعات کنترل شده تصادفی در این زمینه لازم است تا بتوان نقش این عوامل را هم مورد بررسی قرار داد.

#### منابع

- 1- Kessler, R.C. Berglund, P. Demler, O. Jin, R. Koretz, D. Merikangas, K.R. & Wang, P.S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). J. Am. Med. Assoc.: vol 289: pp. 3095-3105.
- 2- Hasin, D.S. Goodwin, R.D. Stinson, F.S. & Grant, B.F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. Arch. Gen. Psychiatry. 62, pp. 1097-1106.
- 3-Noorbala, A. A. Bagheri Yazdi, S. A. Yasemi, M. T. & Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. Br. J. Psychiatry. 184, pp. 70-73.
- 4- Lewinsohn, P. M. Solomon, A. Seeley, J. R. Zeiss, A. (2000). Clinical implications of "subthreshold" depressive symptoms. J. Abnorm. Psychol. 109, pp. 345-351.

است. بهترین<sup>۱</sup> و گرامی‌ترین<sup>۲</sup> بندگان خدا کسانی هستند که وقتی مورد عطا قرار می‌گیرند، شکر می‌کنند. شکر کردن، باعث افزایش هیجان مثبت می‌شود. این بدان جهت است که موضوع شکر، داشته‌های زندگی است و نه کمبودهایش که باعث خلق منفی می‌شود. همچنین این نتایج تأیید کننده آیات و روایاتی است که نشان می‌دهد انجام رفتارهایی که باعث ایجاد هیجان مثبت و شادی می‌شود، می‌تواند باعث از بین رفتن غم و اندوه و افزایش منابع فردی و در نتیجه افزایش شادکامی و رضایت از زندگی گردد. امام علی (ع) در این باره می‌فرماید: «السُّرُورُ يَبْسُطُ النَّفْسَ وَيُثِيرُ النَّشَاطَ»<sup>۳</sup>. همچنین امام کاظم (ع) در مدلی چهار بخشی که برای برنامه‌ریزی ساعات روزانه ارائه کرده‌اند، بخشی از آن را برای مناجات، بخشی دیگر را برای کسب روزی، بخشی دیگر را برای روابط با همکاران و بخشی را نیز برای لذت قرار داده و درباره لذت چنین فرموده‌اند:

« زمانی را برای خلوت برای لذت‌های غیر حرام قرار دهید و به وسیله این زمان، توان انجام سه کار نخست را پیدا کنید با برآوردن خواست‌های روای خود تا آنجا که به شخصیت صدمه نزنند و اسراف نباشد، خویشتن را از دنیا بهره‌مند سازید و از دنیا در کارهای دینتان کمک بگیرید»<sup>۴</sup>.

در نهایت، یافته‌های به دست آمده از این پژوهش، با پژوهش‌های کینگ و ماینر [۳۳]، لی و همکاران [۳۴]، غباری‌بناب [۳۵]، نجفی [۳۶] که نشان می‌دهند مقابله‌های مذهبی از طریق ایجاد احساس معنا و هیجان مثبت باعث کاهش افسردگی و افزایش عاطفه مثبت می‌شوند، همخوان است. افرادی که امور مذهبی را به جا می‌آورند، ممکن است به چهار دلیل شادتر از سایر افراد باشند:

اول اینکه، دین یک سامانه باور منسجم ایجاد می‌کند که باعث می‌شود افراد برای زندگی معنا پیدا کنند و به آینده امیدوار باشند [۱۲]. سامانه‌های باور دینی به برخی از افراد امکان می‌دهد که به نامالیقات، فشارهای روانی و فقدان‌های گریز ناپذیر که در روند چرخه زندگی رخ می‌دهند، معنا دهند و به زندگی بعدی که در آن این گونه دشواری‌ها وجود ندارند امیدوار و خوش بین باشند.

دوم اینکه، افراد مؤمن ارتباط عمیقی بین خود با خداوند برقرار می‌کنند و خداوند به یک منبع دل‌بستگی تبدیل می‌شود که می‌توانند در موقعیت‌های غیر قابل کنترل به آن اتکا کنند.

<sup>۱</sup> وقیل لابی عبد الله (ع): مَنْ أَكْرَمَ الْخَلْقِ عَلَى اللَّهِ؟ قَالَ: مَنْ إِذَا أُعْطِيَ شَكَرَ، وَإِذَا ابْتُلِيَ صَبَرَ (بحار الأنوار، ج ۵۳، ص ۱۸۴، ح ۷۱).  
<sup>۲</sup> غررالحکم، ح ۲۰۲۳ به نقل از پسندیده، ۱۳۹۲  
<sup>۳</sup> ابن شعبه حرانی، ۱۳۸۲

<sup>۱</sup> امام باقر (ع): سَأَلَ النَّبِيُّ (ص) عَنْ خِيَارِ الْعِبَادِ فَقَالَ: الَّذِينَ إِذَا أَحْسَنُوا اسْتَبْشَرُوا، وَإِذَا أَسَاءُوا اسْتَغْفَرُوا، وَإِذَا أُعْطُوا شَكَرُوا، وَإِذَا ابْتُلُوا صَبَرُوا وَإِذَا غَضِبُوا غَفَرُوا (الكافي، ج ۲، ص ۲۴۰).

- Philosophy.
- 17- Layous, K. Chancellor, J. Lyubomirsky, S. Wang, L. & Doraiswamy, M. (2011). Delivering Happiness: Translating Positive Psychology Intervention Research for Treating Major and minor Depression Disorders. *J. Altern. Complement. Med.* 17(8). pp. 675-683.
- 18- Senf. K. & Liao, A. (2013). The Effects of Positive Interventions on Happiness and Depressive Symptoms, with an Examination of Personality as a Moderator. *J. Happiness. Stud.* 14, pp. 591-612
- 19- Sergeant, S. & Mongrain, M. (2014). An Online Optimism Intervention Reduces Depression in Pessimistic Individuals. *J. Consult. Clin. Psychol.* 13. pp. 40-48.
- 20- Bolier, L. Haverman, M. Westerhof, G. Riper, H. Smit, F. & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *Public Health.* 13, pp. 119-130.
- 21- Maiolino, N. B. Kuiper, N. A. (2014). Integrating Humor and Positive Psychology Approaches to Psychological Well-Being. *Eur. J. Psychol.* 10(3), pp. 557-570.
- 22- Huffman, J. C. DuBois, C. M. Healy, B. C. Boehm, J. K. Kashdan, T. B. Celano, C. M. Denninger, J. W. Lyubomirsky, S. (2014). Feasibility and utility of positive psychology exercises for suicidal inpatients. *General Hospital Psychiatry.* 36, 1, pp. 88-94.
- ۲۳- اصغری‌پور، نگار (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگرا با روان‌درمانی شناختی- رفتاری در کاهش علائم افسردگی اساسی. پایان‌نامه دکتری، تهران: انستیتو روانپزشکی ایران.
- ۲۴- براتی‌سده، فرید (۱۳۸۸). اثربخشی مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌نگرا جهت افزایش نشاط، خشنودی از زندگی، معناداری زندگی و کاهش افسردگی؛ مدلی برای اقدام. پایان‌نامه دکتری، تهران: دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ۲۵- آذرگون، حسن، کجیاف، محمد باقر، مولوی، حسین، عابدی، محمد رضا. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت.* دوره ۱، شماره ۳۴. صص. ۲۱-۱۳
- 26- Schueller, S. M. & Seligman, M. E. P. (2010): Pursuit of pleasure, engagement, and meaning: Relationships to subjective and objective measures of well-being. *J. Posit. Psychol.* 5,4, pp. 253-263
- 5- Chachamovich, E. Fleck, M. Laidlaw, K. Power, M. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *Gerontologist.* 48, pp.593-602.
- 6- Furukawa, T. A. Horikoshi, M. Kawakami, N. Kadota, M. Sasaki, M. Sekiya, Y. et al. (2012). Telephone cognitive-behavioral therapy for sub threshold depression and presenteeism in workplace: a randomized controlled trial. *PLoS. ONE.* 7, pp.4-10.
- 7- Nierenberg, A. A. Rapaport, M. H. Schettler, P. J. Howland, R. H. Smith, J. A. Edwards, D. Schneider, T. & Mischoulon, D. (2010). Deficits in Psychological Well-Being and Quality-of-Life in Minor Depression: Implications for DSM-V. *CNS. Neurosci. Ther.* 16, pp. 208-216.
- 8 - Sin, N. L. & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *J. Clin. Psychol.* 65, pp. 467-487.
- 9- Watson, D. & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychol. Bull.* 98, pp. 219-235.
- 10- Rashid, T. & Seligman, M. E. P. (2013). Positive Psychotherapy In. R. J. Corsini & D. Wedding, *Curr. Psychiatr. Ther.* (10th Edition). Belmont, CA: Cengage.
- 11- Rashid, T. (2014). Positive psychotherapy: A strength-based approach. *J. Posit. Psychol.* <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2014.920411>
- 12- Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize your Potential for Lasting Fulfilling.* New York: Free Press.
- 13- Seligman, M. E. P. (2012). *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being.* New York: Free press.
- 14- Nelson, S. K. & Lyubomirsky, S. (2012). Finding happiness: Tailoring positive activities for optimal well-being benefits. To appear in M. Tugade, M. Shiota, & L. Kirby (Eds.), *Handbook of positive emotions.* New York: Guilford
- 15- Seligman, M. Rashid, T. & Park, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *Am. Psychol.* 61, pp. 774-788.
- 16- Parks-Sheiner, A. C. (2009). Positive psychotherapy: building a model of empirically supported self- help. A dissertation in psychology, Presented to the Faculties of the University of Pennsylvania in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of

- 10.1080/17439760.2015.1015158.
- 39- Kahler, C. W. Spillane, N. S. Elise, A. Clerkin, D. M. Parks, A. Leventhal, A. M. & Brown, R. A. (2013). Positive psychotherapy for smoking cessation: Treatment development, feasibility, and preliminary results, *J. Posit. Psychol.* <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2013.826716>
- 40- Cipani, E. (2009). Practical research methods for educators. New York: Springer Publishing Company. pp: 126-100.
- 41- Cozby, P. C. (2009). Methods in behavioral research (10th Ed.). John Wiley & Sons.
- 42- Lane, J. D. Gast, D. L. (2014). Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychol. Rehabil.* 24(3-4), pp.445-463.
- 43- Argyle, M. Martin, M. & Lu, L. (1995). Testing for stress and happiness: The role of social and cognitive factors. In C. D. Spielberger, & I. G. Sarason (Eds.), *Stress and emotion* (pp. 173-187). Washington, DC: Taylor & Francis.
- ۴۴- علی‌پور، احمد و نوربالا، احمد. علی (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی، و پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ۵، شماره ۲، صص ۵۶-۶۲.
- ۴۵- دائمی، فاطمه، جوشنلو، محسن. (۱۳۹۳). بررسی اعتبار و پایایی مقیاس رضایت از زندگی در دانشجویان. روان‌شناسی بالینی و شخصیت. دوره ۲، شماره ۱، صص ۱۳۵-۱۴۴.
- 46- Ryff, C. D. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), pp. 99-104.
- ۴۷- بیانی، علی اصغر، کوچکی، عاشور محمد و بیانی، علی. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی، سال ۱۲، شماره ۲، صص ۱۴۶-۱۵۱.
- 48- Peterson, C. Park, N. & Seligman, M. E. P. (2005). Orientation to happiness and life satisfaction: the full life versus the empty life. *J. Happiness. Stud.* 6, pp. 25-41.
- ۲۷- کرمی نوری، رضا؛ مکری، آذرخش؛ محمدی‌فر، محمد و یزدانی، ا (۱۳۸۱). مطالعه عوامل مؤثر بر احساس شادی و بهزیستی در دانشجویان دانشگاه تهران. مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، سال ۳۲، شماره ۱، صص ۴۲-۳.
- 28- Diener, E. Helliwell, J. F. & Kahneman, D. K. (2010). *International Differences in Well-Being*. Oxford: Oxford University Press.
- 29- Diener, E. Diener, M. & Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *J. Pers. Soc. Psychol.* 69, pp. 851-864.
- 30- Diener, E. Emmons, R. A. Larsen, R. J. Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *J. Pers. Assess.* 49, pp. 71- 75.
- ۳۱- پسندیده، عباس (۱۳۸۹). بررسی مؤلفه‌های شادکامی در آیات قرآن و روایات اسلامی با توجه به رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا. پایان‌نامه دکتری مدرسی معارف اسلامی، قم: دانشگاه قرآن و حدیث.
- ۳۲- پسندیده، عباس (۱۳۹۲). الگوی شادکامی اسلامی. قم: موسسه علمی- فرهنگی دارالحدیث.
- 33- King, L. A. & Miner, K. N. (2000). Writing about the perceived benefits of traumatic life event: implication for physical health. *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 26, pp. 220-230.
- 34- Lee, M. Nezu, A. M. & Nezu, C. M. (2014). Positive and negative religious coping, depressive symptom, and quality of life in people with HIV. *J. Behav. Med.* 37(5), pp. 921-930
- ۳۵- غباری بناب، باقر (۱۳۷۷). مقیاس توکل بر خدا، فصلنامه قیسات، سال ۳، شماره ۲ و ۳، صص ۲۹.
- ۳۶- نجفی، محمود، احدی، حسن، سهرابی، فرامرز و دلاور، علی (۱۳۹۴). مدل پیشبین رضامندی زندگی بر اساس سازه‌های روانشناسی مثبت‌گرا. مطالعات روان‌شناسی بالینی، سال ۶، شماره ۲۱، صص ۱-۲۸.
- ۳۷- نوفرستی، اعظم، روشن، رسول، فتی، لادن، حسن آبادی، حمید رضا و پسندیده، عباس (۱۳۹۵). تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری در افراد دارای افسردگی غیربالینی: مطالعه تک‌آزمودنی چند خط پایه. مطالعات روان‌شناسی بالینی، سال ۷، شماره ۲۵، صص ۳۱-۵۹.
- 38- Krentzman, A. R. Mannella, K. A. Hassett, A. L. Barnett, N. P. Cranford, J. A. Brower, M. K. Higgins, J. M. & Meyer, P. S. (2015). Feasibility, acceptability, and impact of a web-based gratitude exercise among individuals in outpatient treatment for alcohol use disorder. *J. Posit. Psychol.* DOI: