

اثربخشی آموزش روانشناسی مثبت نگر بر ارتقاء خودکارآمدی و تنظیم هیجان میان فردی در بیماران روانی مزمن

مهناز الله دینی حصاروئیه^{*}^۱ پرنیان مولا^۲ی نزارعلی مولا^۳ی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی آموزش روانشناسی مثبت نگر بر بیهوده خودکارآمدی و تنظیم هیجان میان فردی بیماران روانی مزمن انجام شد. روش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون باگروه کنترل بود. جامعه این پژوهش را کلیه بیماران روانی مزمن در مرکز شبانه روزی روزبه زاهدان در سال ۹۹-۱۴۰۰ ۱۳ تشکیل دادند. ۳۰ بیمار به شیوه دردسترس و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش برنامه‌ی آموزشی روانشناسی مثبت نگر را در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفت‌ده‌جلسه) دریافت کرد. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. بیماران به پرسشنامه خودکارآمدی چسنبی و پرسشنامه تنظیم هیجان میان فردی هافمن پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد با کنترل اثربخش آزمون بین میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای خودکارآمدی در مقابله با مشکلات و تنظیم هیجان میان فردی تفاوت معناداری وجود دارد. در مجموع نتایج نشان داد آموزش روانشناسی مثبت نگر بر بیهوده خودکارآمدی در مقابله با مشکلات و تنظیم هیجان میان فردی بیماران روانی مزمن تاثیر مثبت دارد.

کلیدواژه‌ها: اختلال روانی مزمن، روانشناسی مثبت نگر، خودکارآمدی، تنظیم هیجان میان فردی.

^۱ دانشجوی دکترا روانشناسی دانشگاه آزاد واحد زاهدان (نویسنده مسئول)

^۲ دستیار روانپزشکی دانشکاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۳ استادیار دانشکاه علوم پزشکی زاهدان



مقدمه

بیماری‌های مزمن می‌تواند تاثیر زیادی روی کیفیت زندگی افراد داشته باشد و پیامدهای روانی، جسمی و اجتماعی عمیقی را به دنبال داشته باشد (راسپل-شاور^۱، ۱۹۹۸). مطالعات نشان داده است کیفیت زندگی این بیماران به دلیل اختلال در عملکرد اجتماعی و روانی، پایین است (لین لی^۲، ۲۰۱۰). از مشخصه‌هایی که در این بیماران دیده می‌شود وروند بیماری و کنترل آن را مختل می‌کند خودکارآمدی^۳ است. بندورا، (۱۹۹۸) خودکارآمدی را به عنوان باور و قضاوت فرد از توانایی خود برای انجام تکلیف خاص تعریف کرده است. خودکارآمدی به عنوان عاملی مؤثر در رفتارهای بهداشتی، کنترل بیماری‌های مزمن و کیفیت زندگی این بیماران شناخته شده است (کیانی، فردوسی، مرادی، چلونگر، احمدزاده‌وزیاری، ۱۳۹۴). خودکارآمدی یکی از مهم‌ترین مولفه‌های کسب موفقیت و سازش یافتنگی است و در حیطه روانشناسی مثبت^۴ جای می‌گیرد (وویل، ۲۰۰۴). بیماران روانی به دلیل ادراک خودمنفی، تمایل زیادی به نسبت دادن شکست‌ها به ناکارآمدی خود دارند. شکست‌هایی که بعض‌ا ناشی از تبعات دارا بودن یک بیماری نورولوژیک^۵ است و این حس ناکارآمدی^۶ و درماندگی^۷ را به سایر تجارب خود نیز منتقل نموده و بسیاری از فرصت‌های عملکرد موثر را از دست داده، و به جای حل صحیح مسئله، به انزوا و درماندگی^۸ روی می‌آورند (تمدن، ترن، تون و باکدت^۹، ۱۹۹۵). افراد دارای خودکارآمدی ضعیف برای کنار آمدن با مشکلات هیچ تلاشی نمی‌کنند زیرا متقاعد شده اند تلاش آنها هیچ نتیجه‌ای ندارد. با توجه به ارتباط مستقیم بین حس ناکارآمدی و افزایش درماندگی در اینگونه افراد پیش‌بینی می‌شود که کاستن از میزان احساس ناکارآمدی و افزایش خودکارآمدی در این دسته از بیماران، می‌تواند بخش وسیعی از مشکلات ناشی از راهبردهای اشتباهی که در روابط بین فردی آنان با محیط اطراف و خانواده مشاهده می‌شود و مشکلات ناشی از حس درماندگی در این بیماران کاهش پیدا کند (کاظمی و مومنی، ۱۳۹۱؛ تاجری، پیمانی، ۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند که زنانی که خودکارآمدی ضعیفی دارند، در زندگی احساس ناامیدی، درماندگی و ناتوانی می‌کنند، آنها تلاش‌های خود را بی‌فایده دانسته و دست از تلاش کشیده و به نحوه فزاینده‌ای نامید و مضطرب می‌شوند. در هنگام برخورد با موانع خصوصاً عود بیماری اگر تلاش‌های آن‌ها مؤثر نباشد، فوراً احساس شکست می‌کنند. یکی از شاخص‌های روانشناسی مثبت نگر مرتبط با سلامت روان سازه خودکارآمدی است (اسکولار^{۱۰}، ۲۰۱۲) در پژوهش خودگزارش نمود که روانشناسی مثبت‌باتمرکز بر هیجانهای مثبت، ویژگی‌های مثبت^{۱۱} و موقعیت‌های مثبت‌یک‌وسیله‌خوب برای یک‌زنگی خوب است. وی علاوه بر این دریافت که مداخلات روانشناسی مثبت نگر، باعث افزایش بهزیستی روانی^{۱۲} می‌شود. بیماران روانی مزمن با توصیف توانایی‌های آنان می‌توانند اطلاعات با ارزشی جهت برنامه‌ریزی و خدمات درمانی در اختیار ما بگذارند. عوامل محافظت کننده از بیمار در مقابل استرس، در توانبخشی^{۱۳} بیماران مورد تأکید فراوان است. محیط‌های ساختار یافته تحت مراقبت اجتماعی مثل مراکز درمان روزانه و کارگاه‌های مختلف محافظت شده و تحت حمایت می‌تواند از بیمار محافظت کند تا ضعف‌های اورا در مهارت‌های زندگی اجتماعی جبران کند. تقویت نقاط قوت و توانایی‌های بیماران و خوش بین کردن آنان به ظرفیت‌های خود و ترغیب بیمار به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، و تقویت مهارت

¹Raspall-Chaure²Linley³Self-efficacy^۳⁴Positive Psychology⁵Woul⁶Neurological disease⁷Inefficiency⁸Helplessness⁹Tedman, Tertun, Bukdet¹⁰Scholar¹¹Positive emotions¹²Psychological well-being¹³Rehabilitation

خودکارآمدی این بیماران در برنامه توانبخشی روانی، در حل مشکلات روزمره و مقابله با استرس از اهمیت بالایی برخوردار است. با بکارگیری مداخلات مختلف برای کاهش مشکلات این بیماران، علاوه بر ارتقاء میزان رضایت از زندگی و سلامت روان‌می توان از آسیب‌های گسترده‌تر بعدی، صرف هزینه‌های بالا و تحمل رنج‌های ناشی از اختلالات جلوگیری کرد. (جمشیدی، توحیدی و شایان، ۱۳۹۵) روانشناسی مثبت نگر به شناسایی عامل‌هایی می‌پردازد که سلامت را افزایش می‌دهند. ماموریت این روانشناسی نتیجه‌گیری در مورد آن چیزی است که بتواند دنیای بهتری بسازد، و به جای بحث در باره اختلال‌ها و آسیب‌شناسی روانی، روانشناسی مثبت نگر عوامل موثر بر سلامت روانی راهبردهای استفاده از حداکثر قابلیت‌های ذاتی و محیطی جهت استفاده از زندگی سازنده را فراهم می‌کند (قنبی‌هاشم‌آبادی، ۲۰۱۱). هدف درمان مثبت نگر برای این بیماران کاهش و بهبود یافتن از علائم، بهبود کیفیت زندگی و بازگشت عملکرد روانی اجتماعی به سطوح قبلی یا بالاتر در راستای مهارت‌ها، در اصل درمانگر خویش بودن است (فریش، ۱۳۹۸). خودکارآمدی نقش محوری در خودگردانی حالات هیجانی دارد. باور به ناتوانی در اثربخشی بر واقعی و شرایطی که به طور معنادار بر زندگی فرد تأثیر دارند، احساس پوچی، بیهودگی، غمگینی و آسیب‌پذیری نسبت به رویدادهای فشارآور را برمی‌انگیزند. هنگامی که افراد خود را در به دست آوردن پیامدهای با ارزش ناتوان می‌بینند، افسرده می‌شوند قضاوت‌های فرد در کارایی خود، هسته اصلی احساس‌بی کفایتی افراد افسرده است که هنگام ناتوانی در تأثیرگذاری بر رویدادها و نارضایتی از حوادث پیرامونی، تجربه می‌کنند. نظریه خودکارآمدی چهارچوبی مفید در تبیین افسردگی ایجاد نموده است (موریس^۱، ۲۰۰۲). این بیماران به دلیل مختل بودن اراده شان حتی الامکان باید فعالانه در تصمیم‌گیریها، سازماندهی اوقات، و انتخاب فعالیت در گیر شوند (پرات، گیل و بارت، ۱۹۹۹). و بلا فاصله به دنبال رفتارهای مطلوب تقویت گرددند تا رفتارهای سازگارانه تداوم یابد و انگیزه آنان افزایش یابد. از طرف دیگر فرد احساس کند با وجود بیماری هنوز هم در چشم سایرین حرمت و احترام لازم را دارد. مدیریت هیجانات^۲ به منزله فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تفسیر واکنشهای عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هر گونه اشکال و نقص در تنظیم هیجانات می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روانی چون اضطراب و افسردگی آسیب‌پذیر سازد. (گارنفسکی و کرایج^۳، ۲۰۰۳). هیجان نه تنها میتواند از طریق راهبردهای خودتنظیمی درون فردی^۴ (دروني) تعديل شود، بلکه راهبردهای بین فردی^۵ (بیرونی) نیز در تعديل آن نقش دارند که در ارتباط با افراد دیگر روی روی میدهد (هافمن، کارپنتر و کیورتیس^۶، ۲۰۱۶). هیجانات و ابراز هیجانی به عملکرد اجتماعی و ارتباطی خدمت می‌کند. میکند. به این ترتیب، تنظیم هیجان نه تنها در خدمت از بین بردن حالت هیجانی آزارنده‌ی فردی است، بلکه همچنین به مدیریت و حفظ روابط بین فردی کمک می‌کند (فورسایت^۷، ۲۰۱۴). افراد معمولاً عوطفشان را به تنها تجربه نمی‌کنند بلکه به سمت دیگران می‌روند تا برای فهم و مدیریت هیجاناتشان از آنها کمک بگیرند (زاکی و ویلیامز، ۲۰۱۳). در بیماران روانی مزمن از آنجا که اراده و خواست فردی مختل است، فرد قادر به سازمان بندی مهارت‌ها و فعالیت‌های خود نیست. لذا تصمیم گیری، بسیار ضعیف یا اصولاً مختل است و همین امر موجب منفی گرایی شده و فاقد رفتارهای خودجوش آنها می‌شود. مختل بودن اراده موجب از دست دادن انگیزه جهت تغییر رفتار می‌گردد. پس این بیماران انگیزه خود را از دست می‌دهند. مهارت‌های ارتباطی این افراد بسیار کم است و به همین دلیل منزوی می‌گرددند ولذا وقتی در جمع قرار می‌گیرند دچار اضطراب می‌شوند. اکثر تمایل به کارهای ساکن و راکد نشستن در گوشه‌ای، خوابیدن، یا حداکثر دیدن تلویزیون و گوش کردن به رادیو دارند (ملکوتی و همکاران، ۱۳۸۸). بیماران روانی ممکن است از هیجانات خود آگاهی نداشته باشند و یا نتوانند

¹ Muris² Emotion management³ Garnefski & Kraaij⁴ Intrapersonal self-regulatory strategies⁵ Interpersonal strategies⁶ Carpenter, J. K. & Curtiss, J.⁷ Forsythe, V. A.

احساسات خود را اظهار کنند و نیز ممکن است چنان برای آنها هراسان کننده باشد و یا نگران واکنش دیگران باشند که سعی کنند احساسات خود را پنهان کنند و یا به شکل غیر عادی بروز دهند. در بیماران روانی هیجاناتی مانند ترس و خشم مربوط به اختلال عصبی است. بیمار به شدت احساس عدم امنیت می کند. واژ آنجایی که سیستم تفکر بیمار تا حدی پسرفت می کند و کودکانه می باشد راههای بسیار ابتدایی برای خلاصی خود از این تنگناها پیدا می کند مثل از دیگران پنهان کردن خود، وفاصله گرفتن از مردم و یا انجام رفتارهای تهاجمی و پرخاشگرانه. تهاجم و پرخاشگری در این بیماران به دنبال هر عاملی که باعث احساس ناکامی در آنها گردد، دیده می شود. تحقیر، توهین، سرزنش، پرخاشگری از ناحیه اطرافیان نسبت به بیمار از جمله عوامل مهمی هستند که خشم بیمار را بر می انگیزد. ارتقاء خودکارآمدی با بهره مندی از مداخلات روانشناسی مثبت نگر برای بیماران در تنظیم هیجان میان فردی می تواند حمایت کننده باشد. شواهد بسیاری ثابت کرده که افراد دارای مهارت هیجانی، یعنی کسانی که احساسات خود را به خوبی می شناسند و آنها را تنظیم می کنند و احساسات دیگران را نیز درک و به طور اثر بخشی با آن برخورد می کنند، در حوزه های مختلف زندگی موفق و کارآمد می باشد (تاجری، پیمانی و زنگنه، ۱۳۹۶). بنابر یافته های پژوهش (سوهانی و ایرانی، ۱۳۹۷)، نشان داده شد که توانبخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت اندیشه بر خود مراقبتی، شادکامی و خودکارآمدی در سالم‌مندان اثربخش بوده است. توانبخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت اندیشه موجب بهبود تواناییهای فردی بیماران به منظور رویارویی با موقعیت‌های منفی و تمرکز بر مهارت‌های مثبت می‌شود و به آنان کمک می کند تا دیدگاهی واقع بینانه نسبت به خود و زندگی پیدا کنند و درباره مشکلات واقعی و بیماری خود به درستی قضاوت کنند. شرکت در جلسات درمان مثبت نگر می تواند در باز توانی بیمار، کاهش علائم منفی، ایجاد حس استقلال در بیمار، کاهش حس انزوا و افسردگی تاثیر گذار باشد. پژوهش ها نشان می دهد آموزش روانشناسی مثبت نگر باعث افزایش کیفیت زندگی و امید به زندگی در سالم‌مندان شده است (فرنام، ۱۳۹۵). همچنین نتایج مطالعات نشان داده است که عوامل کامیابی و موقعيت افراد، ناشی از احساسات و عواطف مثبتی است که آنان در خود ایجاد کرده اند. (چیدا و استپتو، ۲۰۰۸؛ قره داغی ۱۳۹۸). در مقابل افراد ناموفق کسانی هستند که احساسات و عواطف منفی را در خود پرورش میدهند. (سلیمانیان و همکاران، ۲۰۱۵). بویلر، هاورمن، وسترهوف، ریپر، اسمیت و همکاران، (۲۰۱۳) دریافتند که مداخلات روانشناسی مثبت بر بالارفتن بهزیستی روانی و جسمی مؤثر است و علاوه براین نتایج مطالعات (گروس، ۲۰۰۳) و (اسکولار، ۲۰۱۲) نشان می دهد تفاوت های افراد در استفاده از سبکهای مختلف تنظیم هیجان شناختی موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی مختلفی می شود، چنان که استفاده از سبکهای ارزیابی مجدد مثبت با عملکردهای میان فردی بهتر و بهزیستی بالا ارتباط دارد و مداخلات روانشناسی مثبت نگر باعث افزایش بهزیستی روانی افراد می شود. با توجه به آنچه بیان شد، به نظر می رسد که آموزش روانشناسی مثبت نگر در بهبود و افزایش خودکارآمدی و تنظیم هیجان میان فردی موثر است. (حسینی خواه و همکاران، ۱۳۹۳، گونزالز^۱ و همکاران، ئاشیاونی ۱۷). ارزیابی از عملکرد و خودکارآمدی بیماران روانی مزمن با توصیف توانایی های آنان می تواند اطلاعات با ارزشی جهت برنامه ریزی و خدمات درمانی در این تحقیق در اختیار ما بگذارد بنابراین هدف ما در این تحقیق تعیین اثربخشی آموزش روانشناسی مثبت نگر بر ارتقاء خودکارآمدی در مقابله با مشکلات و تنظیم هیجان میان فردی، بیماران روانی مزمن می باشد که بدین وسیله توانسته باشیم این مهارتها را بهبود ببخشیم.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

روش پژوهش حاضر نوع نیمه تجربی است که با استفاده از دو گروه آزمودنی اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران روانی مزمن مرد در مرکز شبانه روزی روزبه در شهرستان زاهدان بود. روش نمونه گیری داوطلبانه در دسترس بود که از بین آنها ۳۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب، و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) اختصاص یافتند.

¹ Gonzalez



ملاک های ورود افراد در پژوهش، داشتن حداقل یکی از اختلالات روانی را بر اساس نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی، -سواد خواندن و نوشتن، توجه و تمرکز در حدی که بتوانند به سوالات پاسخ دهنده، مشکلات جسمانی حاد نداشته و تحت نظر روانپزشک بوده ودارو درمانی در برنامه آنها قرار داشته باشد. شرکت کنندگان همزمان با شرکت در پژوهش، از هیچ کدام از خدمات روانشناختی و روان درمانی استفاده نمی کردند در این پژوهش پس از کسب اجازه از رئیس اداره بهزیستی و هماهنگی با مدیر مرکز و کسب رضایت آنان، درمورد پژوهش به بیماران توضیح داده شد و رضایت آن های برای شرکت در پژوهش اخذ گردید و به کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش اطمینان خاطر درمورد محرمانه بودن اطلاعات داده شد.

ابزار اندازه گیری

پرسشنامه تنظیم هیجان میان فردی^۱

این پرسشنامه در سال ۲۰۱۶ توسط هافمن، کارینتر و کرتیس^۲ ساخته شده ودارای ۲۰ عبارت است و هدف آن بررسی مولفه های تنظیم هیجان میان فردی (ارتقاء عاطفه مثبت؛ اتخاذ دیدگاه؛ آرامش بخشیدن؛ مدل سازی اجتماعی) است. شیوه نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت است که از ۱ تا ۵ نمره گذاری شده است (بسیار کم_۱؛ کم_۲؛ متوسط_۳؛ زیاد_۴؛ بسیار زیاد_۵). مجموع امتیازهای عبارت های هر زیر مقیاس نشان دهنده امتیاز فرد و مجموع کل امتیازهای فرد تنظیم هیجان میان فردی را نشان می دهد. عبارت های مربوط به هر زیر مقیاس بررسی مولفه های تنظیم هیجان میان فردی (ارتقاء عاطفه مثبت_۱ تا ۵؛ اتخاذ دیدگاه_۱ تا ۱۰؛ آرامش بخشیدن_۱ تا ۱۵؛ مدل سازی اجتماعی_۱۶ تا ۲۰) است. این پرسشنامه از نظر پایایی آلفای کرونباخ زیر مقیاس های آن به این شرح گزارش گردیده است. ارتقاء عاطفه مثبت ۸۹٪، آرامش بخشیدن ۹۴٪ و مدل سازی اجتماعی ۹۳٪.

مقیاس خودکارآمدی مقابله با مشکلات^۳ در سال ۲۰۰۶ توسط چس نی^۴ و همکاران او به منظور ارزیابی خودکارآمدی مربوط به شیوه های مقابله فرد در برابر مشکلات ساخته شد. و این مقیاس یک آزمون ۲۶ عبارتی است که در آن از آزمودنی خواسته شده است که در یک مقیاس لیکرت ۱۱ درجه ای (از ۰= هیچ وقت نمی توانم از پس آن برآیم تا ۱۰= مطمئنم که می توانم از پس آن برآیم) مشخص کند که هنگام مواجهه با مشکلات تا چه حد می تواند هر یک از کارهای بیان شده را انجام دهد. این مقیاس دارای سه زیر مقیاس: استفاده از راهکارهای مقابله مسئله دار که^۵(۱۲) عبارت دارد، متوقف ساختن افکار و هیجانات منفی^۶(۹) عبارت و کسب حمایت از جانب دوستان و خانواده^۷(۵) عبارت دارد. میانگین نمره آزمودنی ها در پژوهش اصلی ۱۳۷/۴ و انحراف معیار ۴۵/۶ بوده است. نمره آزمون تنها برای آزمودنی هایی محاسبه می شود که به حداقل ۸۰٪ سوالات پاسخ باشند. پایایی گزارش شده نیز مربوط به فرم ۱۳ عبارتی است. ۱۳ عبارت، نهایی هستندو سازندگان آن پیشنهاد کم کردن تعداد عبارات و تقلیل آن به ۱۳ عبارت را دادندبا توجه به یافته های دو پژوهش اصلی و به منظور افزایش پایایی وروایی این پرسشنامه از نظر پایایی ضرب آلفای کرونباخ زیر مقیاس ها در دو پژوهش اصلی در نمونه ۳۸۴ نفری بدین شرح گزارش شده است: زیر مقیاس استفاده از راهکارهای مقابله مسئله مدار ۹۱٪؛ متوقف ساختن افکار و هیجانات منفی ۹۱٪؛ و زیر مقیاس کسب حمایت از جانب دوستان و خانواده ۸۰٪.

روند اجرای پژوهش

در ابتدا توضیحات لازم درمورد پژوهش ابزارهای اندازه گیری بر روی هردوگروه آزمایش و کنترل اجرا شدند. سپس برنامه آموزشی روانشناسی مثبت نگر مطابق با بسته آموزشی کوئیلیام(۲۰۰۳) در طی هشت جلسه نود دقیقه ای (هر هفته دو جلسه) به

¹ Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire

² Hofman, Carpenter & Curtiss

³ Coping Self-Efficacy

⁴ Chesney

⁵ Use Problem-focused Coping

⁶ Stop unpleasant emotion and thoughts

⁷ Get support from friends and family

جدول ۱

جلسه	اهداف و محتوا
اول	ارزیابی، تشریح چگونگی انجام کار، علت انتخاب افراد، آشنایی با مفهوم مثبت اندیشه، آشنایی با گروه، معرفی داوطلبان، پایبندی به اهداف جلسه و محرومانه بودن جلسات گروه، تکلیف: نمودهایی از افکار مثبت و منفی غیر از آنچه در گروه گفته شد برای نوبت بعد آماده کنید.
دوم	چگونگی شکل گیری باورها و افکار، باورهای یک فرد براساس تجربیات وی شکل می‌گیرد تکلیف: یک موضوع مثبت و یک موضوع منفی را انتخاب و آن را در ذهن خود مجسم نمایید و سپس تصویر آن را به خاطر بیاورید.
سوم	آشنایی با افکار مثبت و راههای تعديل آن، تفکر مثبت و تاثیر آن بر سلامتی و طول عمر، برای ایجاد تفکر مثبت، تجربه شما زهر چیز به تفکرشما بستگی دارد. تکلیف: صبح خود را بایک موضوع مثبت مانند طلوع خورشید، مرور خاطرات شیرین، گفتگو با کسانی که برایشان لذت بخش است شروع کنید.
چهارم	کاربرد نظریه ABC، آموزش مثبت بودن از طرق به چالش کشاندن افکار منفی، تغییر تصاویر ذهنی، استفاده از زبان سازنده و تجدید نظر در باورها، تکلیف: پنج عامل مثبت را در زندگی خود فهرست کنید (شامل افراد، فعالیت و یا هر رویدادی که از نظر خودشان مثبت تلقی می‌گردد).
پنجم	آموزش مثبت بودن از طریق نهادینه کردن استراتژی های تفکر مثبت در زندگی، استمرار در تمرین افکار مثبت، فرصت های تفکر مثبت از طریق کنار آمدن و سازگاری با مشکلاتی که نمی توانیم حل کنیم. ادامه مثبت آزمایی، قرار گرفتن در مسی حفظ رفتار مثبت، استمرار تمرین، تکلیف: برای جلسه بعد فهرستی از کلمات مثبت را در زندگی خود تنظیم کنید.
ششم	ارتباط موثر با دیگران، سلامتی پیش نیاز مثبت گرایی، مثبت زندگی کردن را بیاموزید، ایجاد یک رابطه مثبت، تحسین کردن، کنار آمدن با انتقادها، نگرش عاری از سرزنش، معاشرت با افراد مناسب، تکلیف: فهرستی از داشته های مثبت خود را یادداشت کنید و روی آن تمرکز کنید.
هفتم	ذهن آگاهی، توجه به زمان حال، عدم قضاؤت، مثبت بودن از طریق آموزش شیوه توقف فکر، آرام سازی تغییر نگرش هاشامل الزام، مهار کردن و مبارزه طلبی
هشتم	تجربه بدی لذت بردن، وارد کردن خنده به زندگی، ایجاد اعتماد به نفس و عادت، روحیه خود را تقویت کنید، حرک داشته باشد. تمرین و ورزش کمک می کنند تا بتوانید با استرس و فشار روانی مقابله کنید.

تجزیه و تحلیل داده ها

داده های پژوهش با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس واژ طریق بسته نرم افزار آماری SPSS-22 تحلیل شدند.
یافته ها



جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون	میانگین(انحراف استاندارد)
			میانگین(انحراف استاندارد)	میانگین(انحراف استاندارد)	
خودکارآمدی مقابله با مشکلات	آزمایش	۱۵	۱۰۲/۸۶(۲۱/۵۰)	۱۰۹/۲۶(۱۷/۲۷)	
کنترل	آزمایش	۱۵	۱۱۲/۱۳(۱۵/۴۴)	۱۰۴/۶۰(۱۸/۶۹)	
ارتقای عاطفه مثبت	آزمایش	۱۵	۱۴/۴۰(۴/۷۷)	۱۹/۰۰(۳/۳۵)	
کنترل	آزمایش	۱۵	۱۷/۲۶(۲/۵۲)	۱۷/۲۰(۴/۰۵)	
اتخاذ دیدگاه	آزمایش	۱۵	۱۶/۱۳(۳/۶۲)	۱۹/۴۰(۳/۳۷)	
آرامش بخشیدن	کنترل	۱۵	۱۹/۹۳(۴/۳۵)	۱۶/۸۰(۳/۹۴)	
آزمایش	آزمایش	۱۵	۱۷/۹۳(۳/۲۸)	۲۰/۶۶(۲/۶۶)	
مدل سازی اجتماعی	کنترل	۱۵	۲۱/۱۳(۲/۳۵)	۱۸/۲۶(۳/۱۷)	
نموده کلی تنظیم هیجانی میان فردی	آزمایش	۱۵	۱۸/۸۰(۳/۵۴)	۲۱/۸۶(۲/۹۲)	
آزمایش	کنترل	۱۵	۱۹/۶۶(۴/۳۵)	۱۷/۲۶(۴/۲۸)	
آزمایش	کنترل	۱۵	۶۸/۸۰(۸/۳۵)	۷۶/۰۶(۸/۳۷)	
	کنترل	۱۵	۷۲/۲۰(۹/۲۷)	۶۸/۰۶(۱۰/۲۲)	

میان فردی(ارتقای عاطفه مثبت، اتخاذ دیدگاه، آرامش بخشیدن، مدل سازی اجتماعی) گروه آزمایش و کنترل تفاوت چندانی وجود ندارد اما در مرحله پس آزمون بین میانگین نمرات در مرحله پس آزمون خودکارآمدی مقابله با مشکلات ابعاد تنظیم هیجانی میان فردی(ارتقای عاطفه مثبت، اتخاذ دیدگاه، آرامش بخشیدن، مدل سازی اجتماعی) در قیاس با گروه کنترل و تفاوت وجود دارد.

نتایج آزمون نرمال بودن (کلموگراف-اسمیرنوف)متغیرهای وابسته پژوهش نشان داد که سطح معناداری آماره محاسبه شده برای تمامی متغیرها بزرگتر از $0/05$ می باشد. بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته می شود. نتایج آزمون لون جهت بررسی یکسان بودن واریانس گروههادر متغیرهای خودکارآمدی و تنظیم هیجان میان فردی در مرحله پیش آزمون یکسان می باشد. آزمون ام باکس برای بررسی همگنی ماتریس هادر متغیر تنظیم هیجان میان فردی ، با توجه به اینکه مقادیر معنی داری آزمون باکس بیشتر از سطح معنی داری $0/05$ است بنابراین مفروضه ماتریس های کوارایانس برقرار است. نتایج فرض همگنی شبیه رگرسیون با توجه به این که مقدار F مربوط به تعامل گروه با پیش آزمون برای مولفه های متغیر تنظیم هیجان (ارتقای عاطفه مثبت $P=0/10$ و $F=2/22$) و اتخاذ دیدگاه ($P=0/12$ و $F=1/75$) و آرامش بخشیدن ($P=0/15$ و $F=1/40$) و مدل سازی اجتماعی ($P=0/55$ و $F=0/35$) و نمره کلی تنظیم هیجان میان فردی ($P=0/30$ و $F=1/11$) معنی دارنمی باشند بنابراین شبیه های رگرسیون مربوط به متغیرهای پژوهش همگن می باشند. در نتیجه مفروضه همگنی شبیه های رگرسیون نیز رعایت شده است.

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه نمرات پس آزمون خودکارآمدی مقابله با مشکلات در دو گروه

شاخص	زیر مقیاس‌ها	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F معناداری	سطح	مجذورات آزمون	توان آزمون
پس آزمون	پیش آزمون	۷۰۶۴/۸۱	۱	۷۰۶۴/۸۱	۹۵/۰۰۸	۰/۰۰۱	۰/۷۷	/۹۶/۱
آزمون	گروه	۱۱۰۴/۷۲	۱	۱۱۰۴/۷۲	۱۴/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۳۵	
خطا		۲۰۰۷/۷۱	۲۷	۷۴/۳۶				

نتایج جدول ۳ نشان دهنده تفاوت معنی دار بین میانگین نمرات پیش آزمون [۷۷٪] و پس آزمون [۳۵٪] در متغیر خودکارآمدی مقابله با مشکلات است. بنابراین میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش به طور معنی داری در متغیر خودکارآمدی مقابله با مشکلات بیشتر از گروه کنترل است. با در نظر گرفتن محدود اتا در مرحله پس آزمون می توان گفت ۳۵٪ از این تغییرات ناشی از اثر متغیر مستقل (آموزش مداخلات روانشناسی مثبت نگر) است.

جدول ۴ مفروضه همسانی واریانس ها نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات پس آزمون مربوط به ابعاد تنظیم هیجانی میان فردی گروههای آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

متغیر	نام آزمون	مقدار	درجات	خطا	f	سطح	اندازه	توان آزمون
		آزادی فرضیه	آزادی			معناداری اثر		
1	آزمون اثربلایی	۰/۹۴	۱۰	۱۹	۲۹/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۰/۰۰۱
1	آزمون لامبادای ویلکز	۰/۰۶	۱۰	۱۹	۲۹/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۰/۹۴
1	آزمون اثر هتلینگ	۱۵/۵۳	۱۰	۱۹	۲۹/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۰/۹۴
1	آزمون بزرگترین ریشه وری	۱۵/۵۳	۱۰	۱۹	۲۹/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۰/۹۴

همانطور که در جدول ۴ مشخص است، با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمونها، بیانگر آن است که بین بیماران روانی مزمن گروه آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته ابعاد تنظیم هیجانی (ارتقای عاطفه مثبت، اتخاذ دیدگاه، آرامش بخشیدن، مدل سازی اجتماعی و نمره کلی تنظیم هیجانی میان فردی) ($F = ۲۹/۵۲$ ، $P \leq 0.001$) تفاوت معنی داری وجود دارد برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، یک تحلیل کواریانس یکراهه در متن مانکو انجام گرفت. میزان تأثیر یا تفاوت در تنظیم هیجان میان فردی برابر با 0.94 است. توان آماری برابر با 1 است، به عبارت دیگر امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.



جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس یکراهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون تنظیم هیجانی میان فردی گروههای آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

متغیر	مجموع مجذورات آزادی درجات	میانگین مجذورات	F معناداری سطح	اندازه اثر آزمون توان
ارتقای عاطفه مثبت	۹۷/۲۰	۹۷/۲۰	۷/۱۷	۰/۷۳
گروه ها	۵۸/۸۰	۵۸/۸۰	۴/۳۶	۰/۵۲
آرامش بخشیدن	۴۳/۲۰	۴۳/۲۰	۵/۰۳	۰/۵۸
مدل سازی اجتماعی	۱۵۸/۷۰	۱۵۸/۷۰	۱۱/۷۹	۰/۹۱
خطا	۳۷۹/۶۰	۱۳/۵۵		۰/۶۲
ارتقای عاطفه مثبت	۳۷۷/۲۰	۱۳/۴۷		
اتخاذ دیدگاه	۲۴۰/۲۶	۸/۵۸		
آرامش بخشیدن	۳۷۶/۶۶	۱۳/۴۵		
مدل سازی اجتماعی	۲۴۴۳/۸۶	۸۷/۲۸		
نمره کلی تنظیم هیجانی میان فردی				نمره کلی تنظیم هیجانی میان فردی

همانطور که در جدول ۴ مشخص است، با کنترل پیش آزمون بین بیماران روانی مزمن گروه آزمایش و کنترل از لحاظ ارتقای عاطفه مثبت ($F = 7/17$ ، $P \leq 0/01$)، اتخاذ دیدگاه ($F = 4/36$ ، $P \leq 0/04$)، آرامش بخشیدن ($F = 5/03$ ، $P \leq 0/03$)، مدل سازی اجتماعی ($F = 11/79$ ، $P \leq 0/002$) و نمره کلی تنظیم هیجانی میان فردی ($F = 5/49$ ، $P \leq 0/02$) تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش مداخلات روانشناسی مثبت نگر با توجه به میانگین ارتقای عاطفه مثبت، اتخاذ دیدگاه، آرامش بخشیدن، مدل سازی اجتماعی و نمره کلی تنظیم هیجانی میان فردی در بیماران روانی مزمن گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش ارتقای عاطفه مثبت، اتخاذ دیدگاه، آرامش بخشیدن، مدل سازی اجتماعی و نمره کلی تنظیم هیجانی میان فردی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت متغیرها به ترتیب برابر با $0/16$ ، $0/15$ ، $0/29$ و $0/20$ می باشد. به عبارت دیگر، با $0/20$ ، $0/13$ ، $0/15$ و $0/16$ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون میانگین ارتقای عاطفه مثبت، اتخاذ دیدگاه، آرامش بخشیدن، مدل سازی اجتماعی و نمره کلی تنظیم هیجانی میان فردی مربوط به تأثیر آموزش مداخلات روانشناسی مثبت نگر می باشد.

بحث ونتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش روانشناسی مثبت نگر بر خودکارآمدی در مقابله با مشکلات و تنظیم هیجان میان فردی بیماران روانی مزمن انجام شد. براساس یافته های پژوهش، آموزش روانشناسی مثبت نگر بر خودکارآمدی در مقابله با مشکلات، تاثیر داشته است. این یافته با نتایج مطالعات (سوهانی و ایرانی، ۱۳۹۷) و (حسینی، مدنی و حسینی، ۱۳۹۸) همسواست. در تبیین این یافته می توان گفت بیماران مانند سایر افراد جامعه نیاز دارند که کنترل زندگی آنها در اختیار خودشان باشدو در امور زندگی تصمیم گیرنده اصلی، خودآنها باشند. با توجه و آگاهی به این نیاز بیماران، در جلسات آموزشی کمک می کنیم که بیمار تصمیم می گیرد فکر کند، احساس مسئولیت نماید و مانع از واستگی بیشتر او به سایرین شود. خودکارآمدی، به



حس کنترل هر فرد روی محیط و رفتارش وابسته است و باوری شناختی است که تعیین می‌کند، آیا رفتار می‌تواند تغییرات لازم را ایجاد کند؟ چه میزان تلاش لازم است؟ و تا کی می‌توان در مقابله با موانع و شکست مقاومت کرد؟ زمانیکه بیماران حس کنترل بر امورات زندگی خود را بدست آورند، درنتیجه سازش آنان با محیط بیشتر شده و خودکارآمدی بیماران در مقابله با مشکلات افزایش می‌یابد. رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر، برسلامت روان، انعطاف پذیری و عاطفه منفی تاثیر گذاراست (چراغ سحر، ۱۳۹۴). خودکارآمدی یک عامل درونی مهم برای کنترل طولانی مدت بیماریهای مزمن است وارتقاء آن با بهبود توانایی سازگاری در بیماران مرتبط است و می‌تواند آن را پیش بینی کند. سپس این سازگاری بهبود یافته به کاهش ناهنجاریهای روانشنختی منجر میشود (سلیمانی، ۲۰۱۶). پژوهشها نشان می‌دهد که رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر خودبیاوری، خودکار آمدی و امید بیماران سلطانی مؤثر بوده است (طاهری زاده، ۱۳۹۴) افرادی که به توانایی های خود اطمینان دارند، فعالانه در برنامه های بهداشتی ارتقا دهنده سطح سلامتی شرکت میکنند و این مشارکت سبب ارتقاء سطح کیفیت زندگی آنان می‌شود (رسولی، وهمکاران ۲۰۱۴). بیماران با شرکت در جلسات توانستند نیازهای اصلی خود را بشناسند. مانند انجام دادن فعالیتی ارزشمند و خوشایند، ارتباط بادیگران به صورتی که ازسوی دیگران پذیرفته شده و مورد پیش داوری قرار نگیرند. بالا رفتن خودکارآمدی بیماران در مقابله با مشکلات، کیفیت زندگی آنان نیز بهتر خواهد شد. (کیانی وهمکاران، ۱۳۹۴). این یافته نیز با نتایج تحقیق (ترنی، ۲۰۱۵) همسو بود. جلسات گروهی با ساختار مثبت اندیشه به مریب این امکان را می‌دهد که سطوح بالایی از امید، نقاط قوت، و احساسات مثبت در افراد ایجاد کند بنابراین با آموزش‌های روانشناسی مثبت نگر، برنامه توانبخشی روانی را برای این بیماران اجرا می‌کنیم. (ملکوتی، ۱۳۸۸) این برنامه هامتناسب با نیازهای بیماران مانند تقویت نقاط قوت و توانایی های بیمار، القاء امید به بیمار، خوش بین بودن به ظرفیت های بیمار، ترغیب بیمار به شرکت در فعالیتهای اجتماعی و آموزش مهارت‌های لازم در حل مشکلات و مقابله با استرس) اجرا می‌گردد. براساس یافته دیگر پژوهش، آموزش روانشناسی مثبت نگر بر بهبود تنظیم هیجان میان فردی بیماران روانی مزمن تاثیر داشت. در خصوص تبیین اثر بخشی مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر بر توانمندی هایی مانند تنظیم هیجان و خودکارآمدی همسو با پیشینه پژوهش (نیکوزاده، ۱۳۹۰ ، نو فرستی و همکاران، ۱۳۹۳، گروس، ۲۰۰۱ آنگلا، ۲۰۰۴، ریتر^۱ و ویلز^۲، ۲۰۱۵، آلبرتو^۳ و جوینر^۴، ۲۰۱۰)، میتوان گفت که روانشناسی مثبت نگر با تأکید بر توانمندی ها و پرورش استعدادها توانسته است در افزایش احساس و هیجانات مثبت و تفکر مثبت مؤثر باشند. بیماران در طی جلسات درمان، در حیطه های ارزشمند زندگی خود، به تقویت غنای درونی پرداختند. و با توصیه به آنان درخصوص یکارگیری قوی ترین و مفیدترین عادت های مثبت در ارتباط با مراقبت و مهروزی، دنبال کردن اهداف زندگی ، در برابر عوامل فشار آور بیرونی آزاردهنده که به عود بیماری آنان منجر می‌شود، مقاومت شدند. در یافته های تحقیق (قره داغی و کمیلی پور، ۱۳۹۷) که همسو با یافته های تحقیق حاضر بود نتایج نشان داد که مداخلات مبتنی بر رفتاردرمانی، شناختی مثبت نگر باعث افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل گردید. افراد مثبت نگر سالمتر، شادتر و خوشبین تر هستند و دستگاههای ایمنی آنان بهتر کار میکند. آنان با بهره گیری از راهبردهای کنار آمدن مؤثر ترمانند ارزیابی مجدد و مسئله گشایی، با فشارهای روانی بهتر کنار می‌آیند. پژوهش ها نشان می‌دهد تفاوت های افراد در استفاده از سبکهای مختلف تنظیم هیجان شناختی موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی مختلفی می‌شود، چنان که استفاده از سبکهای ارزیابی مجدد مثبت با عملکردهای میان فردی بهتر و بهزیستی بالا ارتباط دارد (گروس و جان، ۲۰۰۳). بویلر، وهمکاران (۲۰۱۳) دریافتند که مداخلات روانشناسی مثبت بر بالا رفتن بهزیستی روانی و جسمی مؤثر است و علاوه بر این به کاهش نشانگان افسردگی کمک میکند. تنظیم هیجان می تواند با آگاه نمودن افراد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آنها، نقش مهمی در کاهش اضطراب، افسردگی

¹ Reiter² Wilz³ Alberto⁴ Joyner



و بهبود توانمندی های منش داشته باشد(گراتز و گاندرسون، ۲۰۰۶، مرادی کیا و همکاران، ۱۳۹۵، ستارپور، احمدی و بافنده، ۱۳۹۳ وساکسنا ، دوبی و پاندی^۱). بیماران روانی مزمن از آنجا که اراده و خواست فردی شان مختل است ، قادر به سازمان بندی مهارت‌ها و فعالیت‌ها خود نیستند و همین امر موجب منفی گرایی شده و فاقد رفتارهای خودجوش آنها می‌شود. بیماران روانی ممکن است از هیجانات خود آگاهی نداشته باشند و یا نتوانند احساسات خود را اظهار کنند و نیز ممکن است چنان برای آنها هراسان کننده باشد و یا نگران واکنش دیگران باشند که سعی کنند احساسات خود را پنهان کنند و یا به شکل غیر عادی بروز دهدند . با توجه به نتایج این تحقیق به نظر می‌رسد آموزش روان درمانی مثبت نگر از طریق افزایش افکار و رفتارهای مثبت به افراد در جبران برخی خطرات و کاهش پیامدهای منفی آن کمک می‌کند که این امر نه تنها از طریق کاهش هیجانات منفی بلکه به صورت مستقیم نیز به افزایش و رشد توانمندی های منش در افراد منجر می‌شود. روانشناسی مثبت نگر جزئی از درمان های روانی ،اجتماعی بوده که تداوم آن و ادغام باسایر درمانهای دارویی ،توابخشی ،مراقبتی می‌تواند نقش به سزاگی در موفقیت خودکارآمدی، و تنظیم هیجان میان فردی، بیمارانی که در مراکز شبانه روزی مقیم هستند داشته باشد.

باتوجه به کوچک بودن نمونه‌ی مورد بررسی و نبودن دوره پیگیری طولانی مدت به دلیل محدودیت، ممکن است تعییم یافته های آن به سایر بیماران مبتلا به یکی از اختلالات روانپزشکی به ویژه بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی و روانپزشکی را که از علائم شدیدتر و اختلالات همراه بیشتر رنج می‌برند، محدود نماید. پیشنهاد می‌شود اثربخشی این آموزش روی بیماران روانی زن مورد بررسی قرار گیرد. در کل نتایج حاصل از تحقیق کنونی حاکی از اهمیت و نقش آموزش مهارت‌های روانشناسی مثبت نگر بر بهبود خودکارآمدی در مقابله با مشکلات و تنظیم هیجان میان فردی بیماران است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود باتوجه به اینکه آموزش روانشناسی مثبت نگر فعالیتهای روانشناسی توابخشی متداول را بهبود می‌بخشد. برای افراد ناتوان و معلول و سالم‌مند که در مراکز شبانه روزی به سر می‌برند نیز انجام گیرد.

منابع

- شاپیان، آرزو؛ توحیدی، شهری؛ جمشیدی، فرخنده(۱۳۹۵). تأثیر برنامه بازگشت به اجتماع (CRP) بر وضعیت روانی بیماران روانی مزمن مراکز توابخشی روزانه شهر همدان، فصلنامه علمی – پژوهشی تاجری، بیوک؛ پیمانی، جاوید؛ نگنه، شهرلا، ۱۳۹۶. رابطه تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی با دلزدگی عاطفی در دانشجویان متاهل. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرقدس کیانی، ذکریا؛ احمدزاده، مهدیه السادات؛ چلونگر، کیومرث؛ مرادی، رضا؛ فردوسی، مسعود، ۱۳۹۴. رابطه بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سلطان سینه تحت شیمی درمانی . مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال بیستم، شماره ۲
- تسیه حسینی، قاسم؛ مدنی، یاسر و حاج حسینی، منصوره (۱۳۹۴). اثر بخشی آموزش تلفیقی مثبت نگری و تاب آوری بر نگرانی از تصویر بدنی و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان پسر. پایان نامه کارشناسی کارشناسی کارشناسی روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران. مجله پژوهش‌های مشاوره، جلد ۱۸، شماره ۷۱
- جوزف، استیون(۲۰۱۴) روانشناسی مثبت نگر کاربردی. ترجمه دکترا کرم خمسه(۱۳۹۸). تهران: انتشارات ارجمند.
- حسینی خواه، م، منشی، غ، و ابراهیمی، ا. (۱۳۹۳) پیشینی رفتار خود مراقبتی بر مبنای ویژگیهای روانشناسی مثبت در افراد مبتال به دیابت نوع دو. تحقیقات علوم رفتاری ۲۱۷-۲۲۵، (۱۲)
- ستارپور، فریبا؛ احمدی، عزت‌الله؛ بافنده قراملکی، حسن(۱۳۹۳). اثر بخشی آموزش تنظیم هیجان بر کاهش نشانه های افسردگی دانشجویان. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت؛ ۱: (۳-۳۱)

^۱ (Saxena, Dubey& Pandey ,

سحر، زهرا، ج (۱۳۹۴). اثر بخشی رفتار درمانی شناختی مثبت نگر بر سلامت روان، انعطاف پذیری شناختی و عواطف مثبت و منفی در مادران دارای کودکان پیش فعال. پایاننامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی: دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (واحد خوارسگان).

سوهانی، اکرم، ایرانی، زیبا، ۱۳۹۷. اثربخشی توانبخشی روانی مبتنی برآموزش مهارت‌های مشیت‌اندیشی بر خود مراقبتی، و خودکارآمدی در سالمدنان مبتلا به دیابت نوع. مجله روانشناسی پیری دوره چهار-شماره ۳ طاهری زاده، ابوذر (۱۳۹۴). اثربخشی رواندرمانی گروهی رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر خودبازی، عزت نفس، خودکارآمدی و امید در بیماران سرطانی. پایان نامه کارشناسی ارشد بالینی: دانشگاه آزاد اسلامی واحد کیش فرنام، علی (۱۳۹۵). تاثیر آموزش مثبت نگری در افزایش کیفیت و امید به زندگی در سالمدنان پژوهشنامه روانشناسی مشیت، ۷۵-۸۸. سال دوم

فریش، مایکل (۲۰۰۲). روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی. ترجمه دکتر اکرم خمسه (۱۳۹۸). تهران: انتشارات ارجمند قره داغی، علی؛ کمیلی پور، فائزه (۱۳۹۸). اثربخشی رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر عاطفه مثبت و منفی زنان دارای همسر با اختلالات روانی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، سال دهم، شماره ۳۸

ملکوتی، ک؛ متقی پور، ی؛ کربلایی، ا؛ فرزادی، ح (۱۳۸۸). اسکیزوفرنیا و اختلالات شدید روانی، تهران: انتشارات فرهنگ صبا، نوفرستی، اعظم؛ روشن، رسول؛ فتی، لادن؛ حسن آبادی، حمید رضا؛ پسندیده، عباس. (۱۳۹۵) تأثیر رواندرمانی مثبت گرای مبتنی بر خیربازی بر کاهش علایم و نشانه‌های افسردگی غیربالینی-مطالعه تک آزمودنی چند خط پایه. مطالعات روان شناسی بالینی، (۲۹)، ۲۵-۷.

- Tedman S, Thernton E, Bakert G. Development of a scale to measure core beliefs and perceived self-efficacy in adults with epilepsy. Seizure 1995; 4(3): 221-31
- Alberto, J. & Joyner, B. (2010). Hope, optimism, and self-care among Better Breathers Support Group members with chronic obstructive pulmonary disease. Applied Nursing Research, 2(14):212-217
- Angla, L. (2004). Positive psychology in Clinical Practice. Published online: available at: www.penn.com
- Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer EJBph. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. 2013;13(1):119
- Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer EJBph. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. 2013;13(1):119
- Gerson LD, Rose LE. Needs of persons with serious mental illness following discharge from inpatient treatment: Patient and family views. Archives of psychiatric nursing. 2012;26(4):261-271
- Gonzalez, J. S., Shreck, E., Psaros, C., & Safren, S. A. (2015). Distress and type 2 diabetes-treatment adherence: A mediating role for perceived control. Health Psychology, 34(5), 505-513.
- Gratz, K. L., Gunderson, J. G. (2006). Preliminary Data on an Acceptance-Based Emotion Regulation Group Intervention for Deliberate Self-Harm Among Women With Borderline Personality Disorder. Behavior Therapy, 37: 25-35.
- Gross, J.J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 85, 348-362



- Linley, P. A., Burns, G. W. (2010). Strengthspotting. Happiness, healing, enhancement your casebook collection for applying positive psychology in therapy. In: Burns WG. 0st ed. New Jersey: John Wiley
- Pratt CW, Gill K, Barrett NM, Roberts M.M. Psychiatrique réhabilitation. 2nd ed. Hard corer: Academic Press; 1999, PP:10-12
- Salimian SH, Esmaeli R, Dabirian R, Mansoorin S, et al. The Survey of factors related to self-efficacy based on Orem's theory in patients with coronary artery bypass surgery in Tehran in 2014. Shahid Beheshti Univ Med Sci and Health Services; 2016. [In Persian]
- Saxena, P; Dubey, A; Pandey, R. (2011). Role of Emotion Regulation Difficulties in Predicting Mental Health and Well-being. SIS J. Proj. Psy. &Ment. Health 18: 147-155
- Schueller, S.M. (2012). Positive Psychology. Encyclopedia of Human Behavior (Second Edition), 140-147 San Diego, CA: Elsevier Academic Press
- Seyad Rasooli E, Rahmani A, Zamanzadeh V, Ashrafi A, Nikafar A, Heydarzadeh H. Relationship self-efficacy with perception of prognosis among cancer patients. Iranian Journal of Psychiatric Nursing 2014; 2 (2): 33-45. [In Persian]
- Terni, P. (2015). Solution-Focus: Bringing Positive Psychology into the Conversation. International Journal of Solution-Focused Practices, 3(1), 8-16
- Woul, F. The stress process, self- efficacy expectations, and psychological health. Personality &Individual Differences 2004; 37: 1033-1043