



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

مهناز الله دینی حصاروئیه*^۱ پرنیان مولایی^۲ نزارعلی مولایی^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی آموزش روانشناسی مثبت نگر بر بهبود خودکارآمدی و تنظیم هیجان میان فردی بیماران روانی مزمن انجام شد. روش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه این پژوهش را کلیه بیماران روانی مزمن در مرکز شبانه روزی روزبه زاهدان در سال ۱۴۰۰-۹۹ تشکیل دادند. ۳۰ بیمار به شیوه در دسترس 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 هفته دو جلسه) دریافت کرد. و گروه کنترل مداخله‌ی دریافت نکرد. بیماران به پرسشنامه خودکارآمدی چسنی و پرسشنامه تنظیم هیجان میان فردی هافمن پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد با کنترل اثربخشی 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 بهبود 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 دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد واحد زاهدان (نویسنده مسئول)

^۲ دستیار روانپزشکی دانشکاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۳ استادیار دانشکاه علوم پزشکی زاهدان



مقدمه

بیماری های مزمن می تواند 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 (لینلی^۲، ۲۰۱۰). از مشخصه هایی که در این بیماران دیده می شود ورود بیماری و کنترل آن را مختل می کند 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، احمدزاده وزیری، ۱۳۹۴). خودکارآمدی یکی از مهم ترین مولفه های کسب موفقیت و سازش یافتگی است و در حیطه روانشناسی مثبت^۴ جای می گیرد (وویل^۵، ۲۰۰۴). بیماران روانی به دلیل ادراک خودمنفی، تمایل زیادی به نسبت دادن شکست ها به ناکارآمدی خود دارند. شکست هایی که بعضا ناشی از تبعات دارا بودن یک بیماری نورولوژیک^۶ است و این حس ناکارآمدی^۷ و درماندگی^۸ را به سایر تجارب خود نیز منتقل نموده و بسیاری از فرصت های عملکرد موثر را از دست داده، و به جای حل صحیح مسئله، به انزوا و درماندگی روی می آورند (تدمن، ترن و باکدت^۹، ۱۹۹۵). افراد دارای خودکارآمدی ضعیف برای کنار آمدن با مشکلات هیچ تلاشی نمی کنند زیرا متقاعد شده اند تلاش آنها هیچ نتیجه ای ندارد. با توجه به ارتباط مستقیم بین حس ناکارآمدی و افزایش درماندگی در اینگونه افراد پیش بینی می شود که کاستن از میزان احساس ناکارآمدی و افزایش خودکارآمدی در این دسته از بیماران، می تواند بخش وسیعی از مشکلات ناشی از راهبردهای اشتباهی که در روابط بین فردی آنان با محیط اطراف و خانواده مشاهده می شود 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 می کنند، آنها تلاش های خود را بی فایده دانسته و دست از تلاش کشیده و به نحوه فزاینده ای ناامید و مضطرب می شوند. در هنگام برخورد با موانع خصوصا عود بیماری اگر تلاش های آنها مؤثر نباشد، فوراً احساس شکست می کنند. یکی از شاخص های روانشناسی مثبت نگر مرتبط با سلامت روان سازه خودکارآمدی است. (اسکولار^{۱۰}، ۲۰۱۲) در پژوهش خود گزارش نمود که روانشناسی مثبت با تمرکز بر هیجانهای مثبت، ویژگیهای مثبت^{۱۱} و موقعیت های مثبت یک وسیله خوب برای یک زندگی خوب است. وی علاوه بر این دریافت که مداخلات روانشناسی مثبت نگر، باعث افزایش بهزیستی روانی^{۱۲} میشود. بیماران روانی مزمن با توصیف توانایی های آنان می توانند اطلاعات با ارزشی جهت برنامه ریزی و خدمات درمانی در اختیار ما بگذارند. عوامل محافظت کننده از بیمار در مقابل استرس^{۱۳}، در توانبخشی^{۱۳} بیماران مورد تاکید فراوان است. محیط های ساختار یافته تحت مراقبت اجتماعی مثل مراکز درمان روزانه و کارگاههای مختلف محافظت شده و تحت حمایت می تواند از بیمار محافظت کند تا ضعف های او را در مهارتهای زندگی اجتماعی جبران کند. تقویت نقاط قوت و توانایی های بیماران و خوش بین کردن آنان به ظرفیت های خود و ترغیب بیمار به شرکت در فعالیت های اجتماعی، و تقویت مهارت

¹Raspall-Chaure²LinleySelf-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 روان، می‌توان از آسیب‌های گسترده‌تر بعدی، صرف‌هزینه‌های بالا و تحمل رنج‌های ناشی از اختلالات جلوگیری کرد. (جمشیدی، توحیدی و شایان، ۱۳۹۵). روانشناسی مثبت‌نگر 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 مثبت‌نگر عوامل موثر بر سلامت روانی و راهبردهای استفاده از حداکثر قابلیت‌های ذاتی و محیطی جهت استفاده از زندگی سازنده را فراهم می‌کند (قنبری هاشم آبادی، ۲۰۱۱). هدف درمان مثبت‌نگر 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، دراصل درمانگر خویش بودن است (فریش، ۱۳۹۸). خودکارآمدی نقش محوری در خودگردانی حالات هیجانی دارد. باور به ناتوانی در اثرگذاری بر وقایع و شرایطی که به طور معنادار بر زندگی فرد تأثیر دارند، احساس پوچی، بیهودگی، غمگینی و آسیب‌پذیری نسبت به رویدادهای فشارآور را برمی‌انگیزاند. هنگامی که افراد خود را در به دست آوردن پیامدهای با ارزش ناتوان می‌بینند، افسرده می‌شوند قضاوت‌های فرد در کارایی خود، هسته اصلی احساس بی‌کفایتی 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 اراده‌شان حتی الامکان باید فعالانه در تصمیم‌گیریها، سازماندهی اوقات، و انتخاب فعالیت درگیر شوند (پرات، گیل و بارت، ۱۹۹۹). و بلافاصله به دنبال رفتارهای مطلوب تقویت‌گردند 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 (درونی) تعدیل شود، بلکه راهبردهای بین فردی^۵ (بیرونی) نیز در تعدیل 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 می‌کنند. 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 عواطفشان را به تنهایی 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 سازمان‌بندی مهارت‌ها و فعالیت‌های خود نیست. لذا تصمیم‌گیری، بسیار ضعیف یا اصولاً مختل است و همین امر موجب منفی‌گرایی 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 می‌گردند و لذا وقتی در جمع قرار می‌گیرند دچار اضطراب می‌شوند. اکثراً تمایل به کارهای ساکن و راکد نشستن در گوشه‌ای، خوابیدن، یا حداکثر دیدن تلویزیون و گوش کردن به رادیو دارند (ملکوئی و همکاران، ۱۳۸۸). بیماران روانی ممکن است از هیجانات خود آگاهی نداشته باشند و یا نتوانند

¹ Muris

² Emotion management

³ Garnefski & Kraaij

⁴ Intrapersonal self-regulatory strategies

⁵ Interpersonal strategies

⁶ 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. واز آنجایی که سیستم تفکر بیمار تا حدی پسرقت می کند و کودکانه می باشد راههای بسیار ابتدایی برای خلاصی خود از این تنگناها پیدا می کند مثل از دیگران پنهان کردن خود، و فاصله 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 و پرخاشگری از ناحیه اطرافیان نسبت به بیمار از جمله عوامل مهمی هستند که خشم بیمار را برمی 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 آن ها 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 وزنگنه، 1396). بنابر یافته های پژوهش (سوهانی و ایرانی، ۱۳۹۷). نشان داده شد که توانبخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارتهای مثبت اندیشی بر خود مراقبتی، شادکامی و خودکارآمدی در سالمندان اثربخش بوده است. توانبخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارتهای مثبت اندیشی 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 بازتوانی بیمار، کاهش علائم منفی، ایجاد حس استقلال در بیمار، کاهش حس انزوا و فاسردگی تاثیر گذار باشد. پژوهش ها نشان می دهد آموزش روانشناسی مثبت نگر باعث افزایش کیفیت زندگی و امید به زندگی در سالمندان شده است (فرنام، ۱۳۹۵). همچنین نتایج مطالعات نشان داده است که عوامل کامیابی و موفقیت 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، و سترهوف، ریپر، اسمیت و همکاران، (۲۰۱۳) دریافتند که مداخلات روانشناسی مثبت بر بالارفتن بهزیستی روانی و جسمی مؤثر است و علاوه بر این 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. باتوجه 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، اشیاونی ۲۰۱۷). 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 دردسترس 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 دهند، و مشکلات جسمانی حاد نداشته و تحت نظر روانپزشک بوده و دارو 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، در مورد پژوهش به بیماران توضیح داده شد و رضایت آن هابرای شرکت در پژوهش اخذ گردید و به کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش اطمینان خاطر در مورد 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 و دارای ۲۰ عبارت است و هدف آن بررسی مولفه های تنظیم هیجان میان فردی (ارتقای 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؛ و 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 زیرمقیاس بررسی مولفه های تنظیم هیجان میان فردی (ارتقاء عاطفه مثبت تا ۵؛ اتخاذ دیدگاه ۱ تا ۱۰؛ آرامش بخشیدن ۱۱ 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 ۰.۸۹٪، آرامش بخشیدن ۰.۹۴٪ و مدل سازی اجتماعی ۰.۹۳٪

مقیاس خودکارآمدی مقابله با مشکلات: در سال ۲۰۰۶ توسط چس نی^۴ و همکاران اوبه 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=هیچوقت 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 هریک از کارهای بیان شده را انجام دهد. این مقیاس دارای سه زیر مقیاس است: 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 و روایی گزارش شده نیز مربوط به فرم ۱۳ عبارتی است. ۱۳ عبارت، نهایی هستند و سازندگان آن پیشنهاد کم کردن تعداد عبارات و تقلیل آن به ۱۳ عبارت را دادند با توجه به یافته های دو پژوهش اصلی و به منظور افزایش پایایی و روایی این پرسشنامه از نظر پایایی ضریب 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 ۰.۹۱٪، متوقف ساختن افکار و هیجانات منفی ۰.۹۱٪، و زیر مقیاس کسب حمایت از جانب دوستان و خانواده ۰.۸۰٪

روند اجرای پژوهش

در ابتدا توضیحات لازم در مورد پژوهش ابزارهای اندازه گیری بر روی هر دو گروه 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



صورت گروهی بر روی گروه آزمایش اجرا گردید و گروه کنترل آموزشی در هفته ۹ شماره ۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲ و ۱۳ و ۱۴ و ۱۵ و ۱۶ و ۱۷ و ۱۸ و ۱۹ و ۲۰ و ۲۱ و ۲۲ و ۲۳ و ۲۴ و ۲۵ و ۲۶ و ۲۷ و ۲۸ و ۲۹ و ۳۰ و ۳۱ و ۳۲ و ۳۳ و ۳۴ و ۳۵ و ۳۶ و ۳۷ و ۳۸ و ۳۹ و ۴۰ و ۴۱ و ۴۲ و ۴۳ و ۴۴ و ۴۵ و ۴۶ و ۴۷ و ۴۸ و ۴۹ و ۵۰ و ۵۱ و ۵۲ و ۵۳ و ۵۴ و ۵۵ و ۵۶ و ۵۷ و ۵۸ و ۵۹ و ۶۰ و ۶۱ و ۶۲ و ۶۳ و ۶۴ و ۶۵ و ۶۶ و ۶۷ و ۶۸ و ۶۹ و ۷۰ و ۷۱ و ۷۲ و ۷۳ و ۷۴ و ۷۵ و ۷۶ و ۷۷ و ۷۸ و ۷۹ و ۸۰ و ۸۱ و ۸۲ و ۸۳ و ۸۴ و ۸۵ و ۸۶ و ۸۷ و ۸۸ و ۸۹ و ۹۰ و ۹۱ و ۹۲ و ۹۳ و ۹۴ و ۹۵ و ۹۶ و ۹۷ و ۹۸ و ۹۹ و ۱۰۰ و ۱۰۱ و ۱۰۲ و ۱۰۳ و ۱۰۴ و ۱۰۵ و ۱۰۶ و ۱۰۷ و ۱۰۸ و ۱۰۹ و ۱۱۰ و ۱۱۱ و ۱۱۲ و ۱۱۳ و ۱۱۴ و ۱۱۵ و ۱۱۶ و ۱۱۷ و ۱۱۸ و ۱۱۹ و ۱۲۰ و ۱۲۱ و ۱۲۲ و ۱۲۳ و ۱۲۴ و ۱۲۵ و ۱۲۶ و ۱۲۷ و ۱۲۸ و ۱۲۹ و ۱۳۰ و ۱۳۱ و ۱۳۲ و ۱۳۳ و ۱۳۴ و ۱۳۵ و ۱۳۶ و ۱۳۷ و ۱۳۸ و ۱۳۹ و ۱۴۰ و ۱۴۱ و ۱۴۲ و ۱۴۳ و ۱۴۴ و ۱۴۵ و ۱۴۶ و ۱۴۷ و ۱۴۸ و ۱۴۹ و ۱۵۰ و ۱۵۱ و ۱۵۲ و ۱۵۳ و ۱۵۴ و ۱۵۵ و ۱۵۶ و ۱۵۷ و ۱۵۸ و ۱۵۹ و ۱۶۰ و ۱۶۱ و ۱۶۲ و ۱۶۳ و ۱۶۴ و ۱۶۵ و ۱۶۶ و ۱۶۷ و ۱۶۸ و ۱۶۹ و ۱۷۰ و ۱۷۱ و ۱۷۲ و ۱۷۳ و ۱۷۴ و ۱۷۵ و ۱۷۶ و ۱۷۷ و ۱۷۸ و ۱۷۹ و ۱۸۰ و ۱۸۱ و ۱۸۲ و ۱۸۳ و ۱۸۴ و ۱۸۵ و ۱۸۶ و ۱۸۷ و ۱۸۸ و ۱۸۹ و ۱۹۰ و ۱۹۱ و ۱۹۲ و ۱۹۳ و ۱۹۴ و ۱۹۵ و ۱۹۶ و ۱۹۷ و ۱۹۸ و ۱۹۹ و ۲۰۰ و ۲۰۱ و ۲۰۲ و ۲۰۳ و ۲۰۴ و ۲۰۵ و ۲۰۶ و ۲۰۷ و ۲۰۸ و ۲۰۹ و ۲۱۰ و ۲۱۱ و ۲۱۲ و ۲۱۳ و ۲۱۴ و ۲۱۵ و ۲۱۶ و ۲۱۷ و ۲۱۸ و ۲۱۹ و ۲۲۰ و ۲۲۱ و ۲۲۲ و ۲۲۳ و ۲۲۴ و ۲۲۵ و ۲۲۶ و ۲۲۷ و ۲۲۸ و ۲۲۹ و ۲۳۰ و ۲۳۱ و ۲۳۲ و ۲۳۳ و ۲۳۴ و ۲۳۵ و ۲۳۶ و ۲۳۷ و ۲۳۸ و ۲۳۹ و ۲۴۰ و ۲۴۱ و ۲۴۲ و ۲۴۳ و ۲۴۴ و ۲۴۵ و ۲۴۶ و ۲۴۷ و ۲۴۸ و ۲۴۹ و ۲۵۰ و ۲۵۱ و ۲۵۲ و ۲۵۳ و ۲۵۴ و ۲۵۵ و ۲۵۶ و ۲۵۷ و ۲۵۸ و ۲۵۹ و ۲۶۰ و ۲۶۱ و ۲۶۲ و ۲۶۳ و ۲۶۴ و ۲۶۵ و ۲۶۶ و ۲۶۷ و ۲۶۸ و ۲۶۹ و ۲۷۰ و ۲۷۱ و ۲۷۲ و ۲۷۳ و ۲۷۴ و ۲۷۵ و ۲۷۶ و ۲۷۷ و ۲۷۸ و ۲۷۹ و ۲۸۰ و ۲۸۱ و ۲۸۲ و ۲۸۳ و ۲۸۴ و ۲۸۵ و ۲۸۶ و ۲۸۷ و ۲۸۸ و ۲۸۹ و ۲۹۰ و ۲۹۱ و ۲۹۲ و ۲۹۳ و ۲۹۴ و ۲۹۵ و ۲۹۶ و ۲۹۷ و ۲۹۸ و ۲۹۹ و ۳۰۰ و ۳۰۱ و ۳۰۲ و ۳۰۳ و ۳۰۴ و ۳۰۵ و ۳۰۶ و ۳۰۷ و ۳۰۸ و ۳۰۹ و ۳۱۰ و ۳۱۱ و ۳۱۲ و ۳۱۳ و ۳۱۴ و ۳۱۵ و ۳۱۶ و ۳۱۷ و ۳۱۸ و ۳۱۹ و ۳۲۰ و ۳۲۱ و ۳۲۲ و ۳۲۳ و ۳۲۴ و ۳۲۵ و ۳۲۶ و ۳۲۷ و ۳۲۸ و ۳۲۹ و ۳۳۰ و ۳۳۱ و ۳۳۲ و ۳۳۳ و ۳۳۴ و ۳۳۵ و ۳۳۶ و ۳۳۷ و ۳۳۸ و ۳۳۹ و ۳۴۰ و ۳۴۱ و ۳۴۲ و ۳۴۳ و ۳۴۴ و ۳۴۵ و ۳۴۶ و ۳۴۷ و ۳۴۸ و ۳۴۹ و ۳۵۰ و ۳۵۱ و ۳۵۲ و ۳۵۳ و ۳۵۴ و ۳۵۵ و ۳۵۶ و ۳۵۷ و ۳۵۸ و ۳۵۹ و ۳۶۰ و ۳۶۱ و ۳۶۲ و ۳۶۳ و ۳۶۴ و ۳۶۵ و ۳۶۶ و ۳۶۷ و ۳۶۸ و ۳۶۹ و ۳۷۰ و ۳۷۱ و ۳۷۲ و ۳۷۳ و ۳۷۴ و ۳۷۵ و ۳۷۶ و ۳۷۷ و ۳۷۸ و ۳۷۹ و ۳۸۰ و ۳۸۱ و ۳۸۲ و ۳۸۳ و ۳۸۴ و ۳۸۵ و ۳۸۶ و ۳۸۷ و ۳۸۸ و ۳۸۹ و ۳۹۰ و ۳۹۱ و ۳۹۲ و ۳۹۳ و ۳۹۴ و ۳۹۵ و ۳۹۶ و ۳۹۷ و ۳۹۸ و ۳۹۹ و ۴۰۰ و ۴۰۱ و ۴۰۲ و ۴۰۳ و ۴۰۴ و ۴۰۵ و ۴۰۶ و ۴۰۷ و ۴۰۸ و ۴۰۹ و ۴۱۰ و ۴۱۱ و ۴۱۲ و ۴۱۳ و ۴۱۴ و ۴۱۵ و ۴۱۶ و ۴۱۷ و ۴۱۸ و ۴۱۹ و ۴۲۰ و ۴۲۱ و ۴۲۲ و ۴۲۳ و ۴۲۴ و ۴۲۵ و ۴۲۶ و ۴۲۷ و ۴۲۸ و ۴۲۹ و ۴۳۰ و ۴۳۱ و ۴۳۲ و ۴۳۳ و ۴۳۴ و ۴۳۵ و ۴۳۶ و ۴۳۷ و ۴۳۸ و ۴۳۹ و ۴۴۰ و ۴۴۱ و ۴۴۲ و ۴۴۳ و ۴۴۴ و ۴۴۵ و ۴۴۶ و ۴۴۷ و ۴۴۸ و ۴۴۹ و ۴۵۰ و ۴۵۱ و ۴۵۲ و ۴۵۳ و ۴۵۴ و ۴۵۵ و ۴۵۶ و ۴۵۷ و ۴۵۸ و ۴۵۹ و ۴۶۰ و ۴۶۱ و ۴۶۲ و ۴۶۳ و ۴۶۴ و ۴۶۵ و ۴۶۶ و ۴۶۷ و ۴۶۸ و ۴۶۹ و ۴۷۰ و ۴۷۱ و ۴۷۲ و ۴۷۳ و ۴۷۴ و ۴۷۵ و ۴۷۶ و ۴۷۷ و ۴۷۸ و ۴۷۹ و ۴۸۰ و ۴۸۱ و ۴۸۲ و ۴۸۳ و ۴۸۴ و ۴۸۵ و ۴۸۶ و ۴۸۷ و ۴۸۸ و ۴۸۹ و ۴۹۰ و ۴۹۱ و ۴۹۲ و ۴۹۳ و ۴۹۴ و ۴۹۵ و ۴۹۶ و ۴۹۷ و ۴۹۸ و ۴۹۹ و ۵۰۰ و ۵۰۱ و ۵۰۲ و ۵۰۳ و ۵۰۴ و ۵۰۵ و ۵۰۶ و ۵۰۷ و ۵۰۸ و ۵۰۹ و ۵۱۰ و ۵۱۱ و ۵۱۲ و ۵۱۳ و ۵۱۴ و ۵۱۵ و ۵۱۶ و ۵۱۷ و ۵۱۸ و ۵۱۹ و ۵۲۰ و ۵۲۱ و ۵۲۲ و ۵۲۳ و ۵۲۴ و ۵۲۵ و ۵۲۶ و ۵۲۷ و ۵۲۸ و ۵۲۹ و ۵۳۰ و ۵۳۱ و ۵۳۲ و ۵۳۳ و ۵۳۴ و ۵۳۵ و ۵۳۶ و ۵۳۷ و ۵۳۸ و ۵۳۹ و ۵۴۰ و ۵۴۱ و ۵۴۲ و ۵۴۳ و ۵۴۴ و ۵۴۵ و ۵۴۶ و ۵۴۷ و ۵۴۸ و ۵۴۹ و ۵۵۰ و ۵۵۱ و ۵۵۲ و ۵۵۳ و ۵۵۴ و ۵۵۵ و ۵۵۶ و ۵۵۷ و ۵۵۸ و ۵۵۹ و ۵۶۰ و ۵۶۱ و ۵۶۲ و ۵۶۳ و ۵۶۴ و ۵۶۵ و ۵۶۶ و ۵۶۷ و ۵۶۸ و ۵۶۹ و ۵۷۰ و ۵۷۱ و ۵۷۲ و ۵۷۳ و ۵۷۴ و ۵۷۵ و ۵۷۶ و ۵۷۷ و ۵۷۸ و ۵۷۹ و ۵۸۰ و ۵۸۱ و ۵۸۲ و ۵۸۳ و ۵۸۴ و ۵۸۵ و ۵۸۶ و ۵۸۷ و ۵۸۸ و ۵۸۹ و ۵۹۰ و ۵۹۱ و ۵۹۲ و ۵۹۳ و ۵۹۴ و ۵۹۵ و ۵۹۶ و ۵۹۷ و ۵۹۸ و ۵۹۹ و ۶۰۰ و ۶۰۱ و ۶۰۲ و ۶۰۳ و ۶۰۴ و ۶۰۵ و ۶۰۶ و ۶۰۷ و ۶۰۸ و ۶۰۹ و ۶۱۰ و ۶۱۱ و ۶۱۲ و ۶۱۳ و ۶۱۴ و ۶۱۵ و ۶۱۶ و ۶۱۷ و ۶۱۸ و ۶۱۹ و ۶۲۰ و ۶۲۱ و ۶۲۲ و ۶۲۳ و ۶۲۴ و ۶۲۵ و ۶۲۶ و ۶۲۷ و ۶۲۸ و ۶۲۹ و ۶۳۰ و ۶۳۱ و ۶۳۲ و ۶۳۳ و ۶۳۴ و ۶۳۵ و ۶۳۶ و ۶۳۷ و ۶۳۸ و ۶۳۹ و ۶۴۰ و ۶۴۱ و ۶۴۲ و ۶۴۳ و ۶۴۴ و ۶۴۵ و ۶۴۶ و ۶۴۷ و ۶۴۸ و ۶۴۹ و ۶۵۰ و ۶۵۱ و ۶۵۲ و ۶۵۳ و ۶۵۴ و ۶۵۵ و ۶۵۶ و ۶۵۷ و ۶۵۸ و ۶۵۹ و ۶۶۰ و ۶۶۱ و ۶۶۲ و ۶۶۳ و ۶۶۴ و ۶۶۵ و ۶۶۶ و ۶۶۷ و ۶۶۸ و ۶۶۹ و ۶۷۰ و ۶۷۱ و ۶۷۲ و ۶۷۳ و ۶۷۴ و ۶۷۵ و ۶۷۶ و ۶۷۷ و ۶۷۸ و ۶۷۹ و ۶۸۰ و ۶۸۱ و ۶۸۲ و ۶۸۳ و ۶۸۴ و ۶۸۵ و ۶۸۶ و ۶۸۷ و ۶۸۸ و ۶۸۹ و ۶۹۰ و ۶۹۱ و ۶۹۲ و ۶۹۳ و ۶۹۴ و ۶۹۵ و ۶۹۶ و ۶۹۷ و ۶۹۸ و ۶۹۹ و ۷۰۰ و ۷۰۱ و ۷۰۲ و ۷۰۳ و ۷۰۴ و ۷۰۵ و ۷۰۶ و ۷۰۷ و ۷۰۸ و ۷۰۹ و ۷۱۰ و ۷۱۱ و ۷۱۲ و ۷۱۳ و ۷۱۴ و ۷۱۵ و ۷۱۶ و ۷۱۷ و ۷۱۸ و ۷۱۹ و ۷۲۰ و ۷۲۱ و ۷۲۲ و ۷۲۳ و ۷۲۴ و ۷۲۵ و ۷۲۶ و ۷۲۷ و ۷۲۸ و ۷۲۹ و ۷۳۰ و ۷۳۱ و ۷۳۲ و ۷۳۳ و ۷۳۴ و ۷۳۵ و ۷۳۶ و ۷۳۷ و ۷۳۸ و ۷۳۹ و ۷۴۰ و ۷۴۱ و ۷۴۲ و ۷۴۳ و ۷۴۴ و ۷۴۵ و ۷۴۶ و ۷۴۷ و ۷۴۸ و ۷۴۹ و ۷۵۰ و ۷۵۱ و ۷۵۲ و ۷۵۳ و ۷۵۴ و ۷۵۵ و ۷۵۶ و ۷۵۷ و ۷۵۸ و ۷۵۹ و ۷۶۰ و ۷۶۱ و ۷۶۲ و ۷۶۳ و ۷۶۴ و ۷۶۵ و ۷۶۶ و ۷۶۷ و ۷۶۸ و ۷۶۹ و ۷۷۰ و ۷۷۱ و ۷۷۲ و ۷۷۳ و ۷۷۴ و ۷۷۵ و ۷۷۶ و ۷۷۷ و ۷۷۸ و ۷۷۹ و ۷۸۰ و ۷۸۱ و ۷۸۲ و ۷۸۳ و ۷۸۴ و ۷۸۵ و ۷۸۶ و ۷۸۷ و ۷۸۸ و ۷۸۹ و ۷۹۰ و ۷۹۱ و ۷۹۲ و ۷۹۳ و ۷۹۴ و ۷۹۵ و ۷۹۶ و ۷۹۷ و ۷۹۸ و ۷۹۹ و ۸۰۰ و ۸۰۱ و ۸۰۲ و ۸۰۳ و ۸۰۴ و ۸۰۵ و ۸۰۶ و ۸۰۷ و ۸۰۸ و ۸۰۹ و ۸۱۰ و ۸۱۱ و ۸۱۲ و ۸۱۳ و ۸۱۴ و ۸۱۵ و ۸۱۶ و ۸۱۷ و ۸۱۸ و ۸۱۹ و ۸۲۰ و ۸۲۱ و ۸۲۲ و ۸۲۳ و ۸۲۴ و ۸۲۵ و ۸۲۶ و ۸۲۷ و ۸۲۸ و ۸۲۹ و ۸۳۰ و ۸۳۱ و ۸۳۲ و ۸۳۳ و ۸۳۴ و ۸۳۵ و ۸۳۶ و ۸۳۷ و ۸۳۸ و ۸۳۹ و ۸۴۰ و ۸۴۱ و ۸۴۲ و ۸۴۳ و ۸۴۴ و ۸۴۵ و ۸۴۶ و ۸۴۷ و ۸۴۸ و ۸۴۹ و ۸۵۰ و ۸۵۱ و ۸۵۲ و ۸۵۳ و ۸۵۴ و ۸۵۵ و ۸۵۶ و ۸۵۷ و ۸۵۸ و ۸۵۹ و ۸۶۰ و ۸۶۱ و ۸۶۲ و ۸۶۳ و ۸۶۴ و ۸۶۵ و ۸۶۶ و ۸۶۷ و ۸۶۸ و ۸۶۹ و ۸۷۰ و ۸۷۱ و ۸۷۲ و ۸۷۳ و ۸۷۴ و ۸۷۵ و ۸۷۶ و ۸۷۷ و ۸۷۸ و ۸۷۹ و ۸۸۰ و ۸۸۱ و ۸۸۲ و ۸۸۳ و ۸۸۴ و ۸۸۵ و ۸۸۶ و ۸۸۷ و ۸۸۸ و ۸۸۹ و ۸۹۰ و ۸۹۱ و ۸۹۲ و ۸۹۳ و ۸۹۴ و ۸۹۵ و ۸۹۶ و ۸۹۷ و ۸۹۸ و ۸۹۹ و ۹۰۰ و ۹۰۱ و ۹۰۲ و ۹۰۳ و ۹۰۴ و ۹۰۵ و ۹۰۶ و ۹۰۷ و ۹۰۸ و ۹۰۹ و ۹۱۰ و ۹۱۱ و ۹۱۲ و ۹۱۳ و ۹۱۴ و ۹۱۵ و ۹۱۶ و ۹۱۷ و ۹۱۸ و ۹۱۹ و ۹۲۰ و ۹۲۱ و ۹۲۲ و ۹۲۳ و ۹۲۴ و ۹۲۵ و ۹۲۶ و ۹۲۷ و ۹۲۸ و ۹۲۹ و ۹۳۰ و ۹۳۱ و ۹۳۲ و ۹۳۳ و ۹۳۴ و ۹۳۵ و ۹۳۶ و ۹۳۷ و ۹۳۸ و ۹۳۹ و ۹۴۰ و ۹۴۱ و ۹۴۲ و ۹۴۳ و ۹۴۴ و ۹۴۵ و ۹۴۶ و ۹۴۷ و ۹۴۸ و ۹۴۹ و ۹۵۰ و ۹۵۱ و ۹۵۲ و ۹۵۳ و ۹۵۴ و ۹۵۵ و ۹۵۶ و ۹۵۷ و ۹۵۸ و ۹۵۹ و ۹۶۰ و ۹۶۱ و ۹۶۲ و ۹۶۳ و ۹۶۴ و ۹۶۵ و ۹۶۶ و ۹۶۷ و ۹۶۸ و ۹۶۹ و ۹۷۰ و ۹۷۱ و ۹۷۲ و ۹۷۳ و ۹۷۴ و ۹۷۵ و ۹۷۶ و ۹۷۷ و ۹۷۸ و ۹۷۹ و ۹۸۰ و ۹۸۱ و ۹۸۲ و ۹۸۳ و ۹۸۴ و ۹۸۵ و ۹۸۶ و ۹۸۷ و ۹۸۸ و ۹۸۹ و ۹۹۰ و ۹۹۱ و ۹۹۲ و ۹۹۳ و ۹۹۴ و ۹۹۵ و ۹۹۶ و ۹۹۷ و ۹۹۸ و ۹۹۹ و ۱۰۰۰

جدول ۱

جلسه	اهداف و محتوا
اول	ارزیابی، تشریح چگونگی انجام کار، علت انتخاب افراد، آشنایی با مفهوم مثبت اندیشی، آشنایی با گروه، معرفی داوطلبان، پایبندی به اهداف جلسه و محرمانه 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 بر اساس تجربیات وی شکل میگیرد تکلیف: یک موضوع مثبت و یک موضوع منفی را انتخاب و آن را در ذهن خود مجسم نمایید. سپس تصویر آن را به خاطر بیاورید
سوم	آشنایی با افکار منفی و راه های تعدیل آن، تفکر مثبت و تاثیر آن بر سلامتی و طول عمر، برای ایجاد تفکر مثبت، تجربه شما از هر چیز به تفکر شما بستگی دارد. تکلیف: صبح خود را با یک موضوع مثبت مانند طلوع خورشید، مرور خاطرات شیرین، گفتگو با کسانی که برایشان لذت بخش است شروع کنید
چهارم	کاربرد نظریه ABC الیس، 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 می گردد).
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 گرای، 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 قضاوت، مثبت بودن از طریق آموزش شیوه توقف فکر، آرام سازی تغییر نگرش شامل الزام، مهار کردن و مبارزه طلبی
هشتم	تجربه بدنی لذت بردن، وارد کردن خنده به زندگی، ایجاد اعتماد به نفس و عادت، روحیه خود را تقویت کنید، تحرک داشته باشید. تمرین 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 و از طریق بسته ی 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)
خودکارآمدی مقابله با مشکلات	آزمایش	۱۵	۱۰۲/۸۶ (۲۱/۵۰)	۱۰۹/۲۶ (۱۷/۲۷)
	کنترل	۱۵	۱۱۲/۱۳ (۱۵/۴۴)	۱۰۴/۶۰ (۱۸/۶۹)
ارتقای عاطفه مثبت	آزمایش	۱۵	۱۴/۴۰ (۴/۷۷)	۱۹/۰۰ (۳/۳۵)
	کنترل	۱۵	۱۷/۲۶ (۲/۵۲)	۱۷/۲۰ (۴/۰۵)
اتخاذ دیدگاه	آزمایش	۱۵	۱۶/۱۳ (۳/۶۲)	۱۹/۴۰ (۳/۳۷)
	کنترل	۱۵	۱۹/۹۳ (۴/۳۵)	۱۶/۶۰ (۳/۹۴)
آرامش بخشیدن	آزمایش	۱۵	۱۷/۹۳ (۳/۲۸)	۲۰/۶۶ (۲/۶۶)
	کنترل	۱۵	۲۱/۱۳ (۲/۳۵)	۱۸/۲۶ (۳/۱۷)
مدل سازی اجتماعی	آزمایش	۱۵	۱۸/۸۰ (۳/۵۴)	۲۱/۸۶ (۲/۹۲)
	کنترل	۱۵	۱۹/۶۶ (۴/۳۵)	۱۷/۲۶ (۴/۲۸)
نمره کلی تنظیم هیجانی میان فردی	آزمایش	۱۵	۶۸/۸۰ (۸/۳۵)	۷۶/۰۶ (۸/۳۷)
	کنترل	۱۵	۷۲/۲۰ (۹/۳۷)	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 ۰/۰۵ می باشد. بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته می شود. نتایج آزمون لون جهت بررسی یکسان بودن واریانس گروه هادر 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 ۰/۰۵ است بنابراین مفروضه ماتریس های کواریانس برقرار است. نتایج فرض همگنی شیب رگرسیون با توجه به این که مقدار F مربوط به تعامل گروه با پیش آزمون برای مولفه های متغیر تنظیم هیجان (ارتقاء عاطفه مثبت) $(P=0/10, F=2/22)$ و اتخاذ دیدگاه $(F=1/75, P=0/12)$ و آرامش بخشیدن $(P=0/15, F=1/40)$ و مدل سازی اجتماعی $(P=0/55, F=0/35)$ و نمره کلی تنظیم هیجان میان فردی $(P=0/30, F=1/11)$ معنی دار نمی باشند بنابراین شیب های رگرسیون مربوط به متغیرهای پژوهش همگن می باشند. در نتیجه مفروضه همگنی شیبهای 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	سطح معناداری	مجذوراتا	توان آزمون
پس آزمون	پیش آزمون	۷۰۶۴/۸۱	۱	۷۰۶۴/۸۱	۹۵/۰۰۸	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱/۹۶/۱
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 $[F(1,27) = 95/008, P \leq 0/001]$ و پس آزمون $[F(1,27) = 14/85, P \leq 0/001]$ 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 مجذور 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 آزادی فرضیه	خطا	f	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
آزمون اثر پیلایی	۰/۹۴	۱۰	۱۹	۲۹/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱	
تنظیم هیجان	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۶	۱۰	۱۹	۲۹/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱
میان فردی	آزمون اثر هتلینگ	۱۵/۵۳	۱۰	۱۹	۲۹/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱
آزمون بزرگترین ریشه وری	۱۵/۵۳	۱۰	۱۹	۲۹/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱	

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) $(F = 29/52, P \leq 0/001)$ 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 مانکوا انجام گرفت. میزان تأثیر یا تفاوت در تنظیم هیجان میان فردی برابر با ۰/۹۴ است. توان آماری برابر با ۱ 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	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
ارتقای عاطفه مثبت	۹۷/۲۰	۱	۹۷/۲۰	۷/۱۷	۰/۰۱	۰/۲۰	۰/۷۳
اتخاذ دیدگاه	۵۸/۸۰	۱	۵۸/۸۰	۴/۳۶	۰/۰۴	۰/۱۳	۰/۵۲
آرامش بخشیدن	۴۳/۲۰	۱	۴۳/۲۰	۵/۰۳	۰/۰۳	۰/۱۵	۰/۵۸
مدل سازی اجتماعی	۱۵۸/۷۰	۱	۱۵۸/۷۰	۱۱/۷۹	۰/۰۰۲	۰/۲۹	۰/۹۱
نمره کلی تنظیم هیجانی میان فردی	۴۸۰	۱	۴۸۰	۵/۴۹	۰/۰۲	۰/۱۶	۰/۶۲
خطا	۳۷۹/۶۰	۲۸	۱۳/۵۵				
ارتقای عاطفه مثبت	۳۷۷/۲۰	۲۸	۱۳/۴۷				
اتخاذ دیدگاه	۲۴۰/۲۶	۲۸	۸/۵۸				
آرامش بخشیدن	۳۷۶/۶۶	۲۸	۱۳/۴۵				
مدل سازی اجتماعی	۲۴۴۳/۸۶	۲۸	۸۷/۲۸				
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 ۰/۲۰، ۰/۱۳، ۰/۱۵، ۰/۲۹ و ۰/۱۶ می باشد. به عبارت دیگر، با ۰/۲۰، ۰/۱۳، ۰/۱۵، ۰/۲۹ و ۰/۱۶ 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 و نتیجه 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، تأثیر 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 را اختیار خودشان باشند و در امور زندگی تصمیم گیرنده اصلی، خود آنها 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 وابستگی بیشتر او به سایرین شود. خودکارآمدی، به



حس کنترل هر فرد روی محیط و رفتارش وابسته است و باوری شناختی است که تعیین می کند، آیا رفتار می تواند تغییرات لازم را ایجاد کند؟ چه میزان تلاش لازم است؟ و تا کی می توان در مقابله با موانع و شکست مقاومت کرد؟ زمانیکه بیماران حس کنترل بر امور زندگی خود را بدست آورند، در نتیجه سازش آنان با محیط بیشتر شده و خودکارآمدی بیماران در مقابله با مشکلات افزایش می یابد. رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر، بر سلامت روان، انعطاف پذیری و عاطفه منفی تاثیر گذار است (چراغ سحر، ۱۳۹۴). خودکارآمدی یک عامل درونی مهم برای کنترل طولانی مدت بیماریهای مزمن است و ارتقاء آن با بهبود توانایی سازگاری در بیماران مرتبط است و می تواند آن را پیش بینی کند. سپس این سازگاری بهبود یافته به کاهش ناهنجاریهای روانشناختی منجر میشود (سلیمیان، ۲۰۱۶). پژوهشها نشان می دهد که رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر خودباوری، خودکارآمدی و امید بیماران سرطانی 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 می شود (رسولی، وهمکاران، ۲۰۱۴). بیماران با شرکت در جلسات توانستند نیازهای اصلی خود را بشناسند. مانند انجام دادن فعالیتی ارزشمند و خوشایند، ارتباط با دیگران به صورتی که از سوی دیگران پذیرفته شده و مورد پیش داوری قرار نگیرند. با بالارفتن 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 اندیشی به مربی این امکان را می دهد 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 می کنیم. (ملکوتی، ۱۳۸۸) این برنامه هامتاسب 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 می گردد. 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، ریترو و ویلز، ۲۰۱۵، آلبرتو و جوینر، ۲۰۱۰)، میتوان گفت که روانشناسی مثبت نگر با تاکید 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 در خصوص بکارگیری قوی ترین و مفیدترین عادت های مثبت در ارتباط با مراقبت و مهوروزی، دنبال کردن اهداف زندگی، در برابر عوامل فشار آور بیرونی آزردهنده که به عود بیماری آنان منجر می شود، 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 مؤثرتر مانند ارزیابی مجدد و مسئله گشایی، با فشارهای روانی بهتر کنار می آیند. پژوهش ها 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 (گروس و جان، ۲۰۰۳). بویلر، وهمکاران (۲۰۱۳) دریافتند که مداخلات روانشناسی مثبت بر بالارفتن بهزیستی روانی و جسمی مؤثر است و علاوه بر این به کاهش نشانگان افسردگی کمک میکند. تنظیم هیجان می تواند با آگاه نمودن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آنها، نقش مهمی در کاهش اضطراب، افسردگی

¹ Reiter

² Wilz

³ Alberto

⁴ Joyner



و بهبود توانمندی های منش داشته باشد (گراتز و گاندرسون، ۲۰۰۶، مرادی کیا و همکاران، ۱۳۹۵، ستارپور، احمدی و بافنده، ۱۳۹۳ و ساکسنا، دوبی و پاندی 2011¹). بیماران روانی مزمن از آنجا که اراده و خواست فردی شان مختل است، قادر به سازمان بندی مهارتها و فعالیت های خود نیستند و همین امر موجب منفی گرایی شده و فاقد رفتارهای خودجوش آنها می شود. 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 دهند. با توجه به نتایج این تحقیق به نظر می رسد آموزش روان درمانی مثبت نگر از طریق افزایش افکار و رفتارهای مثبت به افراد در جبران برخی خطرات و کاهش پیامدهای منفی آن کمک می کند 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 می شود. روانشناسی مثبت نگر جزئی از درمان های روانی، اجتماعی بوده که تداوم آن و ادغام با سایر درمانهای دارویی، توانبخشی، مراقبتی می تواند نقش به سزایی در موفقیت خودکارآمدی، و تنظیم هیجان میان فردی، بیمارانی که در مراکز شبانه روزی مقیم هستند داشته باشد.

باتوجه به کوچک بودن نمونه ی مورد بررسی و نبودن دوره پیگیری طولانی مدت به دلیل محدودیت، ممکن است تعمیم 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 می برند، محدود نماید. پیشنهاد می شود 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 می شود باتوجه به اینکه آموزش روانشناسی مثبت نگر فعالیتهای روانشناسی توانبخشی متداول را بهبود می بخشد. برای افراد ناتوان و معلول و سالمند که در مراکز شبانه روزی به سر می برند نیز انجام گیرد.

منابع

- شایان، آرزو؛ توحیدی، شهین؛ جمشیدی، فرخنده (۱۳۹۵). تأثیر برنامه بازگشت به اجتماع (CRP) بر وضعیت روانی بیماران روانی مزمن مراکز توانبخشی روزانه شهر همدان، فصلنامه علمی - پژوهشی
- تاجری، بیوک؛ پیمانی، جاوید؛ زنگنه، شهلا، ۱۳۹۶. رابطه تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی با دلزدگی عاطفی در دانشجویان متاهل پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهر قدس
- کیانی، ذکریا؛ احمدزاده، مهدیه السادات؛ چلونگر، کیومرث؛ مرادی، رضا؛ فردوسی، مسعود، ۱۳۹۴. رابطه بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان 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 ارشد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران. مجله پژوهشهای مشاوره، جلد ۱۸، شماره ۷۱
- جوزف، استیون (۲۰۱۴). روانشناسی مثبت نگر کاربردی. ترجمه دکتر اکرم خمسه (۱۳۹۸). تهران: انتشارات ارجمند.
- حسینی خواه، م.، منشی، غ.، و ابراهیمی، ا. (۱۳۹۳). پیشبینی رفتار خود مراقبتی بر مبنای ویژگیهای روانشناختی مثبت در افراد مبتال به دیابت نوع دو. تحقیقات علوم رفتاری 217-225، (۱۲)۲
- ستارپور، فریبا؛ احمدی، عزت اله؛ بافنده قراملکی، حسن (۱۳۹۳). اثر بخشی آموزش تنظیم هیجان بر کاهش نشانه های افسردگی دانشجویان. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت؛ ۱ (۱): (۳-۳۱)

¹ (Saxena, Dubey & Pandey ,



سحر، زهرا، چ (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 خوراسگان).

سوهانی، اکرم، ایرانی، زیبا، ۱۳۹۷. اثربخشی توانبخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر خود مراقبتی، و خودکارآمدی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع. مجله روانشناسی پیری دوره چهار-شماره ۳
طاهری زاده، ابودر (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی گروهی رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر خودباوری، 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 امید به زندگی در سالمندان. پژوهشنامه روانشناسی مثبت، 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 خیرباوری بر کاهش علائم و نشانه های افسردگی غیربالینی-مطالعه تک آزمودنی چند خط پایه. مطالعات روان شناسی بالینی، (۷) ۲۵، (۲۹)

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. Ost 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, Esmaieli 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