



Research Article

The Effectiveness of Positive Psychotherapy on Physical and Emotional Dimensions of Girls with Persistent Depression

Froogh Abiri Bonab: PhD Student in Psychology, , Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.
froogh.abiri@gmail.com

Marziyeh Alivandi Vafa : Assistant Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.
m.alivand@iaut.ac.ir

Ali Khademi: Associate Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.
dr_ali_khademi@yahoo.com

GholamHossein Javanmard: Associate Professor of Cognitive Neuroscience, Department of Psychology, Payam Noor University, Thran, Iran.
javanmardhossein@gmail.com

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of group and individual positive psychotherapy on the physical and emotional dimensions of orphaned and abused teenage girls. A sample of 45 girls were selected through convenience sampling and were assigned to three groups (two experimental groups and one control group) with equal numbers of participants. The experimental groups received positive interventions, while the control group did not receive any intervention. Data were gathered using the Beck Depression Inventory. The analysis of variance with repeated measures revealed that individual positive intervention was more effective than group positive intervention in alleviating the emotional symptoms of persistent depression. In the individual positive intervention group, the mean scores for emotional symptoms of persistent depression at post-test (mean = 0.67) and follow-up (mean = 0.93) were significantly lower than those in the group positive intervention group (post-test mean = 2.20; follow-up mean = 2.33) and the control group (post-test mean = 2.93; follow-up mean = 2.57). Although the mean scores for physical symptoms of persistent depression in the individual positive intervention group at post-test (mean = 1.07) and follow-up (mean = 1.47) were also lower than those in the group positive intervention group (post-test mean = 2.13; follow-up mean = 2.33) and the control group (post-test mean = 3.70; follow-up mean = 3.43), the findings indicated that both individual and group positive interventions had the same significant effect on the physical symptoms of persistent depression. Therefore, the effectiveness of positive psychotherapy is more pronounced for emotional symptoms than for physical symptoms of persistent depression among the girls.

[†]. Corresponding author



Keywords: Emotional Dimensions, Foster Care/Irresponsible Parenting Adolescent Girls, Persistent Depression, Physical Dimensions, Positive Intervention

Introduction

Orphanhood and abuse are significant risk factors for adolescents, which can lead to poor physical and mental health, academic difficulties, and social challenges. Previous research indicates higher rates of cognitive, emotional, and developmental disorders, including depression, which adversely affect their psychological well-being. In 1998, Martin Seligman introduced positive psychology, shifting the clinical focus toward enhancing happiness and well-being rather than solely addressing negative symptoms. This study examined the effectiveness of group and individual positive interventions in reducing emotional and physical symptoms of persistent depression among orphaned and abused adolescent girls, leading to two proposed hypotheses: 1. There is a difference in the effectiveness of individual and group positive psychotherapy on the emotional dimensions of girls with persistent depression. 2. There is a difference in the effectiveness of individual and group positive psychotherapy on the physical dimensions of girls with persistent depression.

Method

To meet the research objectives, 45 orphaned or abused teenage girls in Bonab, Iran, under the supervision of the Welfare Department and the Relief Committee, were selected using purposive sampling. They were divided into three groups: a control group (15 participants), an individual experimental group (15 participants), and a group experimental group (15 participants). The participants were selected based on a psychiatrist's diagnosis obtained through a structured clinical interview. Inclusion criteria for the study included: providing informed consent to participate in the intervention program, not having a concurrent psychiatric disorder as diagnosed by a

psychiatrist, having no criminal record, not receiving other medical services in the past six months, and being literate. Exclusion criteria included failing to attend at least two treatment sessions and engaging in other interventions or psychological programs concurrently with the treatment. The Beck Depression Inventory was used as the measurement tool. After explaining the research objectives and obtaining consent from the participants, a pre-test was administered, and the necessary measures were taken to plan the intervention sessions. Following the application of the independent variable, the dependent variable was assessed using a questionnaire, and the data were analyzed using repeated measures analysis of variance. To implement the positive psychotherapy sessions, the Parks-Shiner (2009) treatment programs, developed under the supervision of Seligman at the University of Pennsylvania, were utilized. The program consisted of six 90-minute sessions conducted in both group settings and individually.

Results

To examine the assumptions of the analysis of variance (ANOVA) test for the pre-test, post-test, and follow-up scores of persistent depression and its subcomponents across all three groups, the normality of score distributions were calculated using the Kolmogorov-Smirnov test. The results indicated that the components followed a normal distribution ($p < 0.05$). The homogeneity of variances was evaluated using Levene's test, which confirmed that this assumption was valid for the aforementioned components ($p < 0.05$). The sphericity assumption was tested using Mauchly's test; results for the pre-test scores of persistent depression and its subcomponents showed that this assumption was not valid for any of the variables ($p > 0.05$), except for the subcomponent of physical symptoms of

persistent depression ($p < 0.05$). Since the epsilon values were less than 0.75, the Greenhouse-Geisser correction was applied. Finally, Box's M test results indicated that the assumption of homogeneity of variance-covariance matrices was met for all subcomponents of persistent depressive symptoms ($p < 0.001$). The mean scores for emotional symptoms of persistent depression in the individual positive intervention group ($mean = 2.93$) and the group positive intervention group ($mean = 3.13$) during the pre-test were nearly equal to the mean score in the control group ($mean = 2.87$). However, in the post-test, the mean score for emotional symptoms in the individual positive intervention group ($mean = 0.67$) was significantly lower than that of the group positive intervention group ($mean = 2.20$) and the control group ($mean = 2.93$). In the follow-up test, the mean scores for emotional symptoms in the individual positive intervention group ($mean = 0.93$) remained substantially lower than those in the group positive intervention group ($mean = 2.33$) and the control group ($mean = 2.87$). For persistent depressive physical symptoms, the mean scores in the individual positive intervention group ($mean = 3.53$) and the group positive intervention group ($mean = 4.07$) during the pre-test were somewhat comparable to the mean score in the control group ($mean = 3.93$). However, in the post-test, the mean scores for physical symptoms in the individual positive intervention group ($mean = 1.07$) were significantly lower than those in the group level positive intervention ($mean = 2.13$) and the control groups ($mean = 3.93$). In the follow-up test, the mean scores for physical symptoms in the individual positive intervention group ($mean = 1.47$) remained lower than those in the group positive intervention group ($mean = 2.33$) and the control group ($mean = 3.93$). The results indicated that individual positive psychotherapy effectively reduced emotional symptoms of persistent

depression in orphaned and abused adolescent girls who received the intervention. However, no significant difference was observed in the effects of this intervention on physical symptoms between the groups that received individual versus group interventions; both formats had similar effects on the physical dimensions of the participants.

Conclusion

Considering the findings and the greater effectiveness of individual therapy compared to group therapy, it can be argued that persistent depression affects various dimensions of an individual's life, including physical, cognitive, emotional, and motivational aspects. A lack of awareness of positive human assets and capabilities, combined with a focus on depressive symptoms, can hinder improvement and prolong the duration of the disorder. Experts suggest that awareness, focus, and the strengthening of positive emotions and capabilities can effectively address various symptoms of depression and help overcome negative emotions. Enhancing and focusing on these capabilities can be particularly effective in identifying the root causes of an individual's problems. In cases of persistent depression, where individuals experience low mood for extended periods, engaging in purposeful and structured relationships within a positive psychology framework can significantly transform their worldview and attitudes toward life events. Conversely, experiences from researchers indicate that group counseling may have limitations, such as participants' inability to disclose personal issues. Therefore, positive interventions, due to their short-term nature, comprehensibility of techniques, and cost-effectiveness compared to other treatment approaches, can be suitable for individuals with persistent depression. This study focused on orphaned and abused teenage girls under the care of the Welfare and Relief Committee of East Azerbaijan Province,

Bonab. Consequently, caution should be exercised when generalizing the results to other unaccompanied teenagers. Future research should compare the effectiveness of this method with other therapeutic approaches. Other limitations of this study include its single-sex sample, reliance on a questionnaire, and use of a non-random sampling method.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: We adhered to all ethical standards throughout the research process, which involved maintaining the confidentiality of participants' identities and securing informed consent from each participant.

Author Contributions: All authors contributed to the study. The first author provided the treatments to the participants and wrote the initial draft of the manuscript. The second author supervised the whole process of the research. The third author conducted the data analysis and provided critical insights for the interpretation of results. The fourth author assisted with the literature review and contributed to the development of the research methodology.

Conflict of Interest: The authors declare that there are no conflicts of interest related to this study.

Funding: The authors did not receive any financial support for this research.

Acknowledgments: The authors wish to express their gratitude to all participants for their time and involvement in this study.



مقاله پژوهشی

اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر ابعاد جسمانی و هیجانی دختران مبتلا به افسردگی مداوم

فروغ عبیری بناب: دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، ایران.

froogh.abiri@gmail.com

مرضیه علیوندی وفا*^{id}: استادیار گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

m.alivand@iaut.ac.ir

علی خادمی: دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران.

dr_ali_khademi@yahoo.com

غلامحسین جوانمرد: دانشیار علوم اعصاب شناختی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

javanmardhossein@gmail.com

چکیده

هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی و فردی بر ابعاد جسمانی و هیجانی دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست مبتلا به افسردگی مداوم بود. جامعه آماری شامل دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست شهرستان بناب بود. با روش نمونه‌گیری دردسترس، ۴۵ نفر با تعداد مساوی در گروه کنترل (۱۵ نفر)، گروه آزمایش انفرادی (۱۵ نفر انفرادی) و گروه آزمایشی گروهی (۱۵ نفر) انتخاب و به شکل تصادفی جایگزین شدند. گروه‌های آزمایشی مداخله مثبت‌نگر فردی و گروهی را دریافت کردند؛ اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک گردآوری شدند. نتایج تحلیل واریانس مکرر نشان‌دهنده اثربخشی مداخله مثبت‌نگر فردی در مقایسه با مداخله مثبت‌نگر گروهی در بهبود علایم هیجانی افسردگی مداوم بود. در گروه مداخله مثبت‌نگر فردی، میانگین نمرات علایم هیجانی افسردگی مداوم در پس‌آزمون (میانگین = ۰/۶۷) و پیگیری (میانگین = ۰/۹۳)، بسیار پایین‌تر از گروه مداخله مثبت‌نگر گروهی (میانگین پس‌آزمون = ۲/۲۰؛ پیگیری = ۲/۳۳) و گروه کنترل (میانگین پس‌آزمون = ۲/۹۳؛ پیگیری = ۲/۵۷) بود. با وجود اینکه میانگین نمرات علایم جسمانی افسردگی مداوم در گروه مداخله مثبت‌نگر فردی در پس‌آزمون (میانگین = ۱/۰۷) و پیگیری (میانگین = ۱/۴۷) نیز همچنان پایین‌تر از گروه مداخله مثبت‌نگر گروهی (میانگین پس‌آزمون = ۲/۱۳؛ پیگیری = ۲/۳۳) و گروه کنترل (میانگین پس‌آزمون = ۳/۷۰؛ پیگیری = ۳/۴۳) بود؛ ولی مداخله مثبت‌نگر فردی و گروهی تأثیر معنی‌دار یکسانی بر علایم جسمانی افسردگی مداوم داشتند؛ بنابراین، میزان اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی و فردی بر علایم هیجانی بیشتر از علایم جسمانی افسردگی مداوم دختران بود.

واژه‌های کلیدی: ابعاد جسمانی، ابعاد هیجانی، افسردگی مداوم، دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست، مداخله

مثبت‌نگر

* نویسنده مسئول:



مقدمه

بی‌سرپرستی/بدسرپرستی یکی از عوامل خطرآفرین در نوجوانان است که باعث می‌شود نوجوان سازگاری پایینی داشته باشد و در حوزه‌های خاص سلامت جسمی، روانی، عملکرد تحصیلی و سازگاری اجتماعی ضعیف عمل کند (Prince-Embury & Saklofske, 2013). کودکانی که از والدین بیولوژیکی خود به دلیل سوء استفاده، بی‌توجهی یا خشونت جدا شده‌اند، نیازمند مراقبت‌های بهداشتی بیشتری هستند و در مقایسه با کودکان دیگر مستعد مشکلات روانی بیشتری هستند. تأخیر رشدی در حدود ۷۵ درصد از کودکان تحت سرپرستی رخ می‌دهد. بیش از ۸۰ درصد آنها دست‌کم یک مشکل سلامت جسمانی دارند و بیش از ۴۰ درصد با چالش‌های آموزشی مواجه هستند (Sitzman, & Quincy, 2024). پژوهش‌ها حاکی از وجود اختلالات شناختی، رفتاری، هیجانی و رشدی و سلامت روان پایین‌تر در این افراد است که این مسئله خود بهزیستی روانشناختی آنها را کاهش می‌دهد و باعث ایجاد اختلالاتی چون افسردگی می‌شود (Simsek et al., 2007).

طبق ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، اختلال افسردگی مداوم از ترکیب دو اختلال قدیمی افسردگی عمده مزمن و افسرده‌خویی شکل گرفته است. قبل از اختلال افسردگی مداوم و در طول آن، ممکن است اپیزودهای افسردگی عمده روی دهند (American Psychiatric Association, 2022). افسردگی جزو رایج‌ترین اختلالات روانی است و خطر ابتلا به آن به‌خصوص در میان جوانان، در سراسر دنیا، در حال افزایش است. درواقع امروزه افسردگی یک معضل عمومی برای زندگی انسان محسوب می‌شود که تقریباً در همه کشورها و فرهنگ‌ها دیده می‌شود (Barlow et al., 2018). علائم اصلی اختلال افسردگی، غمگینی شدید و ناتوانی از تجربه کردن خوشی و لذت است (American

Psychiatric Association, 2022). افراد مبتلا به افسردگی از ابعاد هیجانی، شناختی، جسمانی و انگیزشی دچار آسیب می‌شوند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند زنان ۲ برابر بیشتر از مردان افسرده می‌شوند. عوامل تنش‌زا مانند به‌هم‌خوردگی‌های هورمونی، عادت ماهیانه، زایمان، تنش‌های اجتماعی، مشکلات خانوادگی و روانی را در بروز آن دخیل می‌دانند (Barlow et al., 2018). شیوع آن در طول عمر ۱۵٪ تا ۲۵٪ است. افسردگی نه تنها شایع‌ترین اختلال روانی، یکی از قدیمی‌ترین نشانگان روانی است که در متون پزشکی به آن پرداخته شده است (Papalia et al., 2018).

افسردگی بر هیجانات، سلامت ذهن و سلامت فیزیکی و بدنی فرد تأثیر می‌گذارد. تأثیرات فیزیکی شامل بیماری‌های مزمن، بی‌خوابی/پر‌خوابی، سردرد و خستگی و افزایش عفونت‌ها است. افراد مبتلا به افسردگی ممکن است تغییرات اشتها را تجربه کنند که آن نیز به‌نوبه‌خود باعث افزایش یا کاهش وزن به‌طور ناخواسته شود (Corvell, 2018). مبتلایان به افسردگی دردهای بدون علت پزشکی شامل درد مفصل، دردهای عضله، سردردها و حساسیت‌های سینه را تجربه می‌کنند. علایم افسردگی به علت دردهای مزمن شدیدتر می‌شوند (Liu et al., 2016). همچنین، افسردگی یک عامل خطر برای مشکلات قلبی است. حدود یک پنجم از افرادی که نارسایی قلبی یا بیماری عروق کرونر دارند، به افسردگی مبتلا هستند (Cohen et al., 2015). از سویی دیگر، پژوهش‌های دیگر عکس این فرآیند را اثبات کرده‌اند؛ یعنی اینکه افسردگی می‌تواند نتیجه بیماری‌های مزمن باشد. مبتلایان به افسردگی به اختلالات التهابی یا خودایمنی مانند سندرم روده تحریک‌پذیر، دیابت نوع دو، و انواع آرتروز نیز مبتلا می‌شوند. همچنین، افسردگی با عفونت‌ها و التهاب‌ها در ارتباط است و بر کارکرد سیستم ایمنی فرد تأثیر می‌گذارند. هنوز کاملاً روشن نشده

است که آیا افسردگی باعث التهاب‌ها می‌شود یا التهاب‌ها شخص را برای ابتلا به افسردگی آماده می‌کنند

(Coryell, 2018; Miller & Raison, 2017). اشخاص

مبتلا به افسردگی اغلب مشکلات گوارشی - معدی مانند استفراغ، اسهال، تهوع و یبوست را گزارش می‌کنند. بعضی از افراد افسرده به سندرم روده تحریک‌پذیر دچار می‌شوند. براساس پژوهش‌های انجام گرفته وجود این مشکلات گوارشی به خاطر تغییراتی است که افسردگی در فعالیت‌های هیپوتالاموس، غده هیپوفیز و غده آدرنال به وجود می‌آورد (Coryell, 2018; Karling et al., 2016).

تنظیم هیجان به تلاش برای تأثیرگذاری بر احساسات در خود یا دیگران اشاره دارد (McRae & Gross, 2020). تنظیم هیجان را می‌توان به عنوان مجموعه‌ای از

راهبردها برای شناخت، حضور، ارزیابی و پاسخگویی به تجربیات عاطفی تصور کرد. تنظیم هیجان به‌ویژه در پاسخ به رویدادهای استرس‌زا و احساسات منفی مستلزم استفاده از دانش هیجانی مناسب و استراتژی‌های مقابله‌ای است (Easdale-Cheele et al., 2024). سه مرحله کلیدی

تنظیم هیجان شامل موارد زیر هستند: شناسایی یعنی انتخاب احساسات برای تنظیم، انتخاب یعنی انتخاب یک رویکرد نظارتی گسترده و اجرا یعنی اتخاذ تاکتیک‌های نظارتی خاص (Tamir, Vishkin, & Gutentag, 202).

ناتوانی در تنظیم هیجان پایه اصلی نظریه‌های بروز افسردگی است. تئوری‌ها بیان می‌کنند ناتوانی در کاهش عاطفه منفی، در ظهور افسردگی مؤثر است؛ درحالی‌که ناتوانی در تنظیم هیجان مثبت در اختلالات افسردگی با اهمیت‌تر است. شواهد ثابتی وجود دارد که نشان می‌دهد کاهش استفاده از ارزیابی مجدد شناختی و افزایش استفاده از نشخوار فکری منفی در تعدادی از اختلالات از جمله اختلالات خلقی وجود دارد (Cludius, Mennin, & Ehrling, 2020). ارزیابی مجدد شناختی (که شامل تغییر معنای شناختی یک موقعیت یا رویداد و ظرفیت عاطفی

آن است)، پذیرش و تلاش برای تغییر ماهیت یک موقعیت منفی با حذف منبع استرس (حل مسئله) با تأثیر مثبت در روابط بین فردی، عملکرد بهتر و رفاه بیشتر همراه است. برعکس، اجتناب عاطفی (نادیده گرفتن منبع استرس) و سرکوب حالات چهره و رفتارهای هیجانی منجر به افزایش افسردگی و اضطراب، خلق منفی، عملکرد اجتماعی پایین‌تر و کاهش رفاه روانی می‌شود (Boemo et al., 2022). استفاده انعطاف‌پذیر از استراتژی‌های تنظیم هیجان به فرد اجازه می‌دهد عناصر رفتاری، شناختی و فیزیولوژیکی را به نفع مدیریت تعامل یا عدم مشارکت، ارزیابی و پاسخ به محتوای عاطفی برای تنظیم تجربه عاطفی کنترل کند و امکان انطباق هدف‌مدار را فراهم می‌کند (Faraone et al., 2019).

در سال‌های اخیر، دنیای روانشناسی شاهد ظهور رویکردی جدید در امر مداخلات آسیب‌های روانشناسی بوده است؛ نگاهی که بنیان فلسفی بسیار قدیمی داشته است؛ ولی در قالب درمان از عمر زیادی برخوردار نیست. مارتین سلیگمن در سال ۱۹۹۸ با این رویکرد به نام روانشناسی مثبت‌گرا وارد مبحث پیچیده مداخلات شد. سلیگمن^۱ (۲۰۰۲) شادکامی را موضوع اصلی رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا دانست. این رویکرد حوزه تمرکز روانشناسی بالینی را فراتر از علایم ناخوشایند یک اختلال و تسکین مستقیم علایم وسعت بخشید و هدف روان‌درمانی را چیزی بیش از بهبود علایم منفی یک اختلال، یعنی افزایش بهزیستی و شادکامی افراد دانست (Rashid & Seligman, 2013). در این نگاه مداخلاتی، سلیگمن شادکامی را به سه مؤلفه هیجان مثبت (زندگی لذت‌بخش)، مجذوب شدن (زندگی جذاب) و (زندگی با معنی) تقسیم کرد. براساس رویکرد مثبت‌گرا، راهبردی که به فرد کمک می‌کند تا زندگی او لذت‌بخش، جذاب و با معنی باشد، مداخله مثبت‌گرا نامیده می‌شود. در کل،

¹ Seligman

هر یک از مداخله‌های مذکور طوری طراحی شده‌اند که یک یا تعداد بیشتری از ابعاد شادکامی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (Seligman, 2012).

از زمان روی کار آمدن این نوع نگاه مثبت‌گرا، مطالعات چندی در راستای بررسی اثربخشی آن در حوزه‌های مختلف انجام گرفته است؛ برای نمونه، تمرکز بر احساسات مثبت نسبت به دیگران (Lyubomirsky, 2008)، نوشتن نامه قدردانی (Boehm et al., 2011)، پرورش خوش‌بینی (Boehm et al., 2011)، مراقبه کردن (Fredrickson et al., 2008)، مهربانی کردن (Sheldon et al., 2012)، تصور کردن خودآرامی (Layous et al., 2012)، استفاده از توانمندی‌ها و نقاط قوت (Seligman et al., 2005)، شمردن نعمت‌ها (Lyubomirsky et al., 2005). درواقع، مداخله‌های مثبت‌گرا از طریق افزایش هیجان مثبت، افکار مثبت، رفتارهای مثبت و ارضای نیازهای بنیادین افراد مثل خودمختاری، عشق و تعلق خاطر و ارتباط باعث کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و ارتقای سطح بهداشت روانی می‌شوند (Clarry & Carson, 2019; Honarmand Lyubomirsky & Layous, 2013; Zadeh & Sajadian 2016). مطالعات نشان دادند روان‌درمانی مثبت‌نگر نه تنها علایم و نشانه‌های افسردگی را کاهش می‌دهد، می‌تواند باعث افزایش شادکامی و بهزیستی روانشناختی شود (Clarry & Carson, 2019). نصیری تاکامی و همکاران (2019)، در مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی و افسردگی در نوجوانان با علائم افسرده به این نتیجه رسیدند که دو مدل درمانی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری به دلیل تأکید بر جنبه‌های مختلف روانشناختی و همچنین، یکسری مؤلفه‌های مشترک درمانی در کاهش افسردگی مؤثر بودند. ازطرفی روان‌درمانی مثبت‌نگر در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در افزایش بهزیستی مؤثرتر بود؛ بنابراین، آن‌ها پیشنهاد

کردند روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌تواند به‌عنوان یکی از مداخلات بالینی مورد استفاده متخصصان و مشاوران مدارس قرار گیرد. نتایج پژوهش‌های باقری و همکاران (2023)، کلری و کارسون (2019)، تجادو-گالاردو^۱ و همکاران (2020)، جیانگ^۲ و همکاران (2023)، پورداورانی^۳ و همکاران (2024) و هنرمندزاده و سجادیان (2016) نیز در این راستا است.

با توجه به اینکه مداخلات درمانی در دو مدل فردی و گروهی انجام می‌گیرند، به نظر می‌رسد مقایسه اثربخشی هر دو مدل برای رسیدن موثرتر به کاربردهای درمانی کمک‌کننده خواهد بود؛ زیرا برخی از مطالعات بر مزایای درمان‌های فردی تأکید کرده‌اند و درمان‌های گروهی را مطلوب در نظر نگرفته‌اند (Sarkar et al., 2010). برخلاف آن، برخی دیگر از پژوهشگران همچون شفیع‌آبادی بر به‌صرفه بودن درمان‌های گروهی از نظر زمان و هزینه اشاره کرده‌اند. درحالی‌که برخی دیگر نیز بر اهمیت تلفیق این دو رویکرد تأکید کرده‌اند (Echeburúa, Zubizarreta, 2014). بررسی‌های داخلی نشان می‌دهند مطالعات اندکی درخصوص درمان‌های مثبت‌نگری در شکل‌های فردی و گروهی انجام شده است؛ خلأیی که با توجه به شیوع بالای اختلال افسردگی مداوم و جامعه بی‌سرپرست‌ها/بدسرپرست‌ها، بسیار بزرگ می‌نماید؛ برای مثال، در مطالعه لشنی و همکاران (2012)، فقط اثربخشی راهبرد قدردانی بررسی شده است؛ درحالی‌که اصغری‌پور (2011) نیز به مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا با روان‌درمانی شناختی - رفتاری در کاهش علایم افسردگی اساسی فقط در شکل درمان گروهی پرداخته است.

با توجه به مطالعات محدود انجام گرفته، لازم و ضروری به نظر می‌رسد این فنون در فرایند کار بالینی بیشتری در فرهنگ ایران استفاده شود تا فواید و محدودیت‌های

¹ Tejada-Gallardo

² Jeong

³ Pourdavarani

نداشتن سابقه کیفری، دریافت نکردن خدمات درمانی دیگر در طی شش ماه اخیر، دارا بودن سواد خواندن و نوشتن. همچنین، ملاک‌های خروج نیز شامل شرکت‌نداشتن در دو جلسه از درمان و شرکت در برنامه‌های مداخلاتی یا روانشناختی دیگر در طی دریافت درمان مدنظر پژوهش بود.

ابزار سنجش: آزمون افسردگی بک^۱

بک و همکاران این آزمون را در سال ۱۹۶۱ برای سنجش میزان افسردگی و علایم این بیماری ساخته‌اند. در این ابزار، از علایم هیجانی، شناختی و جسمانی برای ارزیابی استفاده شده است. این آزمون نشانه‌های تعریف‌شده افسردگی از جمله غمگینی، احساس گناه، از دست دادن علاقه، کناره‌گیری اجتماعی و افکار خودکشی را ارزیابی می‌کند. ۴ سؤال با بعد هیجانی و ۵ سؤال با بعد جسمانی مرتبط است. هر گروه از پرسش‌ها شامل ۴ گزینه است. همه این پرسش‌ها براساس مقیاس لیکرت (۰ تا ۳) نمره‌گذاری شدند و نمره کل فرد بین ۰ تا ۶۳ خواهد بود. هنجاریابی این پرسشنامه برای نخستین بار در ایران به‌وسیله جلیلی و اخوت (به نقل از Kazemi, 2004) انجام گرفته است. پایایی این پرسشنامه از راه ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و همبستگی به‌دست‌آمده از روش تصنیف براساس پرسش‌های زوج و فرد، برابر ۰/۷۰ گزارش شده است (Kazemi, 2004). پایایی پرسشنامه فوق در این پژوهش بر حسب آلفای کرونباخ برای بعد هیجانی جسمانی ۰/۸۱ و برای بعد جسمانی ۰/۸۴ و کل پرسشنامه ۰/۸۰ به دست آمد.

مصاحبه بالینی ساختاریافته، برای اختلال افسردگی مزمن - براساس DSM-5 (SCID-5-CV)

ابزاری برای تشخیص‌گذاری است که فرست و همکاران (1997) نسخه پیشین آن را تهیه کردند. هفت مصاحبه‌گر، پایایی این ابزار برای اختلال‌های محور I در DSM-5 را

استفاده از آنها مشخص شود. این پژوهش می‌تواند دانش کلی داخلی را درباره ماهیت درمان افسردگی و بهترین رویکرد درمانی آن افزایش دهد. همچنین، تعیین اثربخشی روان‌درمانی گروهی/فردی افسردگی، این فرصت را در اختیار روانشناسان، مشاوران و سایر افرادی که به درمان افسردگی می‌پردازند، قرار می‌دهد تا انتخاب‌های دانش‌بنیان‌تر و مستندی برای درمان انواع مختلف بیماران افسرده، به‌ویژه دختران بی‌سرپرست/بدسرپرست داشته باشند. با توجه به آنچه مطرح شد پژوهش فوق به مقایسه اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی/فردی در کاهش علایم هیجانی و جسمانی نشانه‌های افسردگی مداوم در نمونه دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست پرداخته است؛ از این رو، فرضیه‌های ۱ و ۲ مطرح شدند.

۱) بین اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای فردی و گروهی بر ابعاد هیجانی دختران مبتلا به افسردگی مداوم تفاوت وجود دارد.

۲) بین اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای فردی و گروهی بر ابعاد جسمانی دختران مبتلا به افسردگی مداوم تفاوت وجود دارد.

روش

روش، جامعه آماری و نمونه: براساس اهداف پژوهشی، از جامعه آماری مورد مطالعه (دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست شهرستان بناب تحت نظر بهزیستی و کمیته امداد) تعداد ۴۵ نفر، گروه کنترل (۱۵ نفر)، گروه آزمایش انفرادی (۱۵ نفر انفرادی) گروه آزمایشی گروهی (۱۵ نفر) انتخاب شدند. دلیل این امر تکیه بر پیشنهاد گال و همکاران (2004) است که حداقل تعداد ۱۵ نفر را برای پژوهش‌های مداخلاتی تعریف کرده‌اند. در فرآیند نمونه‌گیری، از بین دختران بی‌سرپرست/بدسرپرست دارای علایم افسردگی مداوم ساکن در مراکز بهزیستی و کمیته امداد از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت‌اند از: داشتن رضایت آگاهانه از شرکت در برنامه مداخلاتی، نداشتن اختلال روانپزشکی هم‌زمان،

¹ Beck Depression Inventory

² Structured Clinical Interview for Diagnostic Statistical of Mental Disorders / DSM-5 Disorders—Clinician Version (SCID-5-CV)

از طریق بازآزمایی مجدد روی گروهی، بررسی و ضریب کاپای پذیرفتنی ۰/۷ را گزارش کردند. در این پژوهش از نسخه جدید مایکل و همکاران (2016) استفاده شد.

روش اجرا و تحلیل

برای جمع‌آوری داده‌ها، ابتدا با مسئولین بهزیستی و کمیته امداد هماهنگی‌های لازم به عمل آمد. پس از جلب حمایت و همکاری و رضایت آنها نسبت به انتخاب نمونه‌ها اقدام شد. پس از بیان اهداف پژوهش به آزمودنی‌ها و جلب رضایت آنها، از آزمودنی‌ها پیش‌آزمون گرفته شد و برنامه‌ریزی جلسات مداخله و آموزش، نسبت به اجرای متغیر مستقل اقدامات لازم

جدول ۱

شرح مختصر جلسه‌های درمانی با اقتباس از شفیع و همکاران (2020)

Table 1

Brief Description of Treatment Sessions Adopted by Shafiei, Bahrami and Hatami (2020)

جلسات	شرح
جلسه اول	معارفه و استفاده از توانایی‌ها: ۵ توانایی برتر و استفاده از آنها در زندگی روزمره.
جلسه دوم	نوشتن سه اتفاق خوب در هر روز و چرایی اتفاق آنها.
جلسه سوم	نوشتن آنچه در پایان زندگی برای فرد رضایت‌بخش خواهد بود.
جلسه چهارم	نوشتن نامه قدردانی برای فردی که لازم است از او قدردانی شود.
جلسه پنجم	پاسخ فعال و سازنده در مقابل شنیدن خبر خوب.
جلسه ششم	اختصاص زمانی برای لذت بردن از فعالیت‌هایی که معمولاً در انجام آن عجله می‌شود.

یافته‌ها

قبل از آزمون فرضیه‌ها، پیش‌فرض‌ها بررسی شد. بررسی نرمال‌بودن توزیع نمرات براساس نتایج به‌دست‌آمده از آماره آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان داد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری افسردگی مداوم و زیرمؤلفه‌های آن در هر سه گروه دارای ویژگی توزیع نرمال ($p > 0.05$) است. بررسی همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین نیز نشان داد سطح معنی‌داری این مفروضه نیز

برای مؤلفه‌های فوق برقرار بود ($p > 0.05$). بررسی فرض کرویت نیز با آزمون مویلی انجام پذیرفت؛ نتایج برای نمرات پیش‌آزمون افسردگی مداوم و زیرمؤلفه‌های آن نشان داد این مفروضه به غیر از زیرمؤلفه علایم جسمانی افسردگی مداوم ($p < 0.05$)، برای هیچ‌یک از متغیرها برقرار نبود ($p > 0.05$). در این راستا، از آنجایی که مقادیر اسپیلن‌ها از ۰/۷۵ کوچک‌تر بودند، از گرین‌هاوس - گیسر استفاده شد. درنهایت، نتایج تست ام‌باکس حاکی از آن بود که در

تمامی زیرمؤلفه‌های علایم افسردگی مداوم، مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس - کواریانس ($p > 0/001$) برقرار بود. با توجه به رعایت پیش‌فرض‌ها، به منظور مقایسه تفاوت گروه‌ها در متغیر علایم هیجانی

جدول ۲

تحلیل واریانس مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر علایم هیجانی افسردگی مداوم

Table 2

Analysis of Variance to Investigate the Effect of Time and Group on the Emotional Symptoms of Persistent Depression

متغیر	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	مربع اتا (اندازه اثر)	توان آماري
علایم هیجانی افسردگی	زمان	۲۹/۶۱۵	۱/۳۶۷	۲۱/۶۶۳	۷۳/۴۵۴	۰/۰۰۰	۰/۶۳۶	۱
	گروه	۴۵/۵۰۴	۲	۲۳/۲۵۲	۱۶/۲۴۰	۰/۰۰۰	۰/۴۳۶	۱
مداوم	تعامل زمان با گروه	۲۴/۱۱۹	۲/۷۳۴	۸/۸۲۱	۲۹/۹۱۱	۰/۰۰۰	۰/۵۸۸	۱

نتایج حاکی از آن است که بین نمرات علایم هیجانی افسردگی مداوم در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری در سه گروه (تأثیر تعاملی زمان و گروه) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه اثر محاسبه‌شده براساس مجذور اتا برابر با ۰/۵۸۸ بود؛ بدین معنی که تقریباً ۵۹ درصد تغییرات از طریق اثرات تعاملی درون‌گروهی و بین‌گروهی تبیین‌پذیر است. توان آماری برابر با ۱ نشان‌دهنده دقت بالای تحلیل و نیز کفایت حجم نمونه برای این نتیجه‌گیری است.

جدول ۳

نتایج آزمون بونفرونی برای علایم هیجانی افسردگی مداوم در گروه‌های پژوهشی

Table 3

The Results of the Bonferroni's Test for the Emotional Symptoms of Persistent Depression in the Groups

گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
گروه مثبت‌نگر فردی	گروه مثبت‌نگر گروهی	-۱/۰۴۴	۰/۲۵۲	۰/۰۰۰
گروه مثبت‌نگر فردی	گروه کنترل	-۱/۳۷۸	۰/۲۵۲	۰/۰۰۰
گروه مثبت‌نگر گروهی	گروه کنترل	-۰/۳۳۳	۰/۲۵۲	۰/۱۹۴

پایین‌تر از میانگین گروه مثبت‌نگر گروهی است. این امر نشانگر اثربخشی مداخله مثبت‌نگر فردی در مقایسه با مداخله مثبت‌نگر گروهی در بهبود علایم افسردگی مداوم است؛ بنابراین، فرضیه اول تأیید می‌شود.

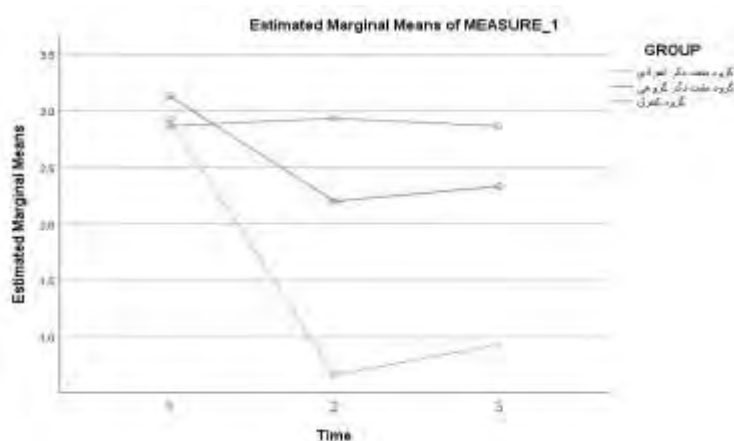
نتایج جدول ۳ نشان داد تفاوت میانگین گروه مثبت‌نگر فردی با گروه کنترل در علایم هیجانی افسردگی مداوم معنی‌دار است؛ اما تفاوت میانگین گروه مثبت‌نگر گروهی با گروه کنترل معنی‌دار نبود. با توجه به میانگین حاشیه‌ای محاسبه‌شده، میانگین گروه مثبت‌نگر فردی

شکل ۱

مقایسه تأثیر مداخله‌ها بر علائم هیجانی افسردگی مداوم

Figure 1

Comparison of the Effect of Interventions on the Emotional Symptoms of Persistent Depression



مثبت‌نگر فردی نمره علائم هیجانی افسردگی مداوم در مراحل پس‌آزمون و آزمون پیگیری پایدار است؛ بنابراین، براساس اطلاعات آماری به‌دست‌آمده، فرضیه‌ی اول پژوهش تأیید شد.

همچنین، شکل ۱ نشان می‌دهد در گروه آزمایش درمان مثبت‌نگر فردی نسبت به گروه مثبت‌نگر گروهی میانگین نمره علائم هیجانی افسردگی مداوم به‌طور چشمگیری کاهش یافته است. همچنین، در گروه

جدول ۴

تحلیل واریانس مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر علائم جسمانی افسردگی مداوم

Table 4

Analysis of Variance to Investigate the Effect of Time and Group on Physical Symptoms of Persistent Depression

متغیر	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	مربع اتا (اندازه اثر)	توان آماری
علائم	زمان	۵۶/۹۳۳	۱/۷۷۰	۳۲/۱۶۸	۹۳/۷۳۲	۰/۰۰۰	۰/۶۹۱	۱
جسمانی	گروه	۸۲/۷۱۱	۲	۴۱/۳۵۶	۱۳/۱۹۰	۰/۰۰۰	۰/۳۸۶	۱
افسردگی مداوم	تعامل زمان با گروه	۲۹/۵۵۶	۳/۵۴۰	۸/۳۵۰	۲۴/۳۲۹	۰/۰۰۰	۰/۵۳۷	۱

تعاملی درون‌گروهی و بین‌گروهی تبیین‌پذیر است. توان آماری برابر با ۱ نشان‌دهنده دقت بالای تحلیل و همچنین کفایت حجم نمونه برای این نتیجه‌گیری است. در ادامه، تحلیل آماری برای متغیر علائم جسمانی افسردگی مداوم، برای بررسی مداخله مؤثرتر، آزمون تعقیبی بونفرونی محاسبه شد.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد بین نمرات علائم جسمانی افسردگی مداوم در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری در سه گروه (تأثیر تعاملی زمان و گروه) تفاوت معنی‌داری است. اندازه اثر محاسبه‌شده براساس مجذور اتا برابر با ۰/۵۳۷ بود؛ بدین معنی که تقریباً ۵۴ درصد تغییرات از طریق اثرات

جدول ۴

نتایج آزمون بونفرونی برای علایم جسمانی افسردگی مداوم در گروه‌های پژوهش

Table 4

The Results of the Bonferroni's Test for the Physical Symptoms of Persistent Depression in the Groups

گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
گروه مثبت‌نگر فردی	گروه مثبت‌نگر گروهی	-۰/۸۲۲	۰/۳۷۳	۰/۰۳۳
گروه مثبت‌نگر فردی	گروه کنترل	-۱/۹۱۱	۰/۳۷۳	۰/۰۰۰
گروه مثبت‌نگر گروهی	گروه کنترل	-۱/۰۸۹	۰/۳۷۳	۰/۰۰۶

نمود. با توجه به میانگین حاشیه‌ای محاسبه‌شده، مشخص است میانگین گروه مثبت‌نگر فردی تقریباً برابر با میانگین گروه مثبت‌نگر گروهی است. این امر نشانگر اثربخشی یکسان مداخله مثبت‌نگر فردی و مداخله مثبت‌نگر گروهی در بهبود علایم جسمانی افسردگی مداوم است؛ بنابراین، فرضیه دوم پژوهش رد می‌شود.

مطابق جدول ۴ آزمون بونفرونی نشان داد تفاوت میانگین گروه مثبت‌نگر فردی با گروه کنترل در علایم جسمانی افسردگی مداوم معنی‌دار است. همچنین، تفاوت میانگین گروه مثبت‌نگر گروهی با گروه کنترل معنی‌دار نبود. شایان ذکر است تفاوت میانگین دو گروه مداخله درباره علایم جسمانی افسردگی مداوم معنی‌دار

شکل ۲

مقایسه تأثیر مداخله‌ها بر علایم جسمانی افسردگی مداوم

Figure 2

Comparing the Effects of Interventions on the Physical Symptoms of Persistent Depression



فرضیه دوم پژوهش تأیید نشد و مشخص شد از لحاظ آماری هر دو مداخله فردی و گروهی تأثیر یکسانی بر علایم جسمانی افسردگی مداوم دارند.

در جمع‌بندی یافته‌های تحقیق، نتایج آماری حاکی از آن است که مداخله مثبت‌نگر فردی و گروهی به‌طور معنی‌داری موجب کاهش علایم افسردگی مداوم دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست شده است؛ با

شکل ۲ نشان می‌دهد با توجه به میانگین نمره علایم جسمانی افسردگی مداوم، خمیدگی (curvature) یکسانی در روند اثربخشی گروه آزمایش مثبت‌نگر فردی و گروه مثبت‌نگر گروهی وجود دارد. نمره علایم جسمانی افسردگی مداوم در گروه مثبت‌نگر فردی و گروهی در مراحل پس‌آزمون و آزمون پیگیری صورت پایدار است. با توجه به نتایج آماری به‌دست‌آمده،

این توضیح که مداخله مثبت‌نگر فردی نسبت به مداخله گروهی تأثیر بیشتری بر علایم هیجانی افسردگی مداوم داشته است. همچنین، مداخله مثبت‌نگر فردی و گروهی تأثیر معنی‌دار یکسانی بر علایم جسمانی افسردگی مداوم داشته‌اند.

بحث

با توجه به شیوع بسیار زیاد اختلالات روانی، به‌ویژه افسردگی در بین افراد جوامع مختلف و به‌خصوص در میان قشر آسیب‌دیده دختران بی‌سرپرست/بدسرپرست و با در نظر گرفتن اهمیت موضوع و عوارض سوء افسردگی بر زندگی این افراد، پژوهش حاضر برای پاسخگویی به این پرسش انجام شد که آیا مداخله‌های مثبت‌نگر می‌تواند بر علایم جسمانی و هیجانی فرد موثر واقع شود. به‌منظور نیل به هدف پژوهش، گروه آزمایش به مدت شش جلسه در معرض روان‌درمانی مثبت قرار گرفت؛ درحالی‌که گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. نتایج نشان داد استفاده از تعالیم مثبت‌گرا موجب کاهش علایم هیجانی دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست مبتلا به افسردگی مداوم که به‌صورت فردی مداخله را دریافت کرده بودند، می‌شود؛ اما در ارتباط با تأثیر این تعالیم بر علایم جسمانی، تفاوت معنادار بین دو گروهی که به‌صورت فردی و گروهی مداخله را دریافت کرده بودند، مشاهده نشد. درواقع تعالیم مداخله مثبت‌نگر تأثیر یکسانی بر ابعاد جسمانی افرادی داشت که در هر دو گروه فردی و گروهی شرکت کرده بودند.

نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های نصیری تاکامی و همکاران (2019)، باقری و همکاران (2023)، کلری و کارسون (2019)، تجادو - گالاردو^۱

و همکاران (2020)، جیانگ^۲ و همکاران (2023)، پورداورانی^۳ و همکاران (2024) و هنرمندزاده و سجادیان (2016) همسو است. براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، در دنیای امروز نداشتن بیماری، سلامتی کامل نیست؛ بلکه فرد سالم باید از رفاه جسمانی، روانی و اجتماعی نیز برخوردار باشد. بر این اساس، سلیگمن نگاه جدیدی بر مداخلات درمانی انداخته است و تمرکز درمان را بر شناخت و استفاده از توانمندی‌های فردی، داشتن حس قدردانی، تمرکز و تفکر بر رویدادهای مثبت، ارائه پاسخ‌های سازنده و توجه به نتایج مثبت و هدایت به سوی لذت‌بردن سعادتمندان از وقایع معمول زندگی استوار می‌داند. مداخله‌های مثبت‌گرا از طریق افزایش احساس معنا و هدفمندی در زندگی و بدون تأکید بر علایم منفی افسردگی و افزایش احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و ویژگی‌های مثبت فردی، باعث کاهش علایم و نشانه‌های افسردگی و افزایش بهزیستی فرد می‌شود؛ بنابراین، افراد افسرده که تحت تعالیم مثبت قرار می‌گیرند، یاد می‌گیرند به جای یادآوری مشکلات و انجام خطای افسرده‌ساز نشخوار فکری درباره آنچه که بد اتفاق افتاده است، به اتفاقات و وقایع مثبت فکر کنند تا با این روش یک حس رضایت‌مندی را تجربه کنند (روزانه نوشتن سه اتفاق خوب و دلیل آنها، از تکنیک‌های روان‌درمانی مثبت‌نگر).

آموزش افراد برای جواب‌دادن به روش سازنده و فعال نسبت به رویدادها و اتفاقات روزانه زندگی در ارتباط با دوستان و خانواده، مهارت‌های اجتماعی آنها را بهبود می‌بخشد. مداخله‌های روان‌درمانی مثبت‌گرا همواره بر شناسایی و برجسته‌کردن توانایی‌ها تأکید می‌کند و باعث افزایش معنا و هدفمندی بیشتر در

² Jeong

³ Pourdavarani

¹ Tejada-Gallardo

زندگی تأثیر بگذارند و متحول شوند. ازطرفی هم تجربیات پژوهشگران نیز نشان می‌دهد مشاوره گروهی می‌تواند محدودیت‌هایی مثل عدم امکان افشای برخی مشکلات مانند مشکلات شخصی و غیره داشته باشد (Sarkar et al., 2010)؛ بنابراین، مداخله‌های مثبت‌نگر به علت کوتاه‌مدت بودن و فهم‌پذیر بودن تکنیک‌ها و درنتیجه، مقرون به صرفه بودن نسبت به سایر رویکردهای درمانی، می‌تواند درمان مناسبی برای افرادی باشد که به افسردگی مداوم مبتلا هستند.

این مطالعه روی دختران نوجوان بی‌سرپرست تحت پوشش بهزیستی و کمیته امداد استان آذربایجان شرقی، بناب، انجام گرفت؛ بنابراین، تعمیم نتایج آن به سایر نوجوانان بی‌سرپرست باید با احتیاط صورت پذیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی این روش با سایر روش‌ها مقایسه شود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، تک‌جنسیتی بودن، استفاده از پرسشنامه و روش نمونه‌گیری غیر تصادفی بود.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از سازمان بهزیستی و کمیته امداد استان آذربایجان شرقی و همه افرادی که در جمع‌آوری داده‌های این مطالعه کمک کرده‌اند، سپاسگزاری می‌شود.

منابع

اصغری‌پور، ن. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا با روان‌درمانی شناختی - رفتاری در کاهش علائم افسردگی اساسی. پایان‌نامه دکتری روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی ایران.

باقری شیخانگفته، ف.، محمدی سنگاچین دوست، ع. ر. صوابی نیری، و.، معجز، ن.، و بوربور، ز. (۱۴۰۲). اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری دانش‌آموزان با نشانگان

زندگی می‌شود. این آموزش‌ها می‌توانند علایم و نشانه‌های خلق پایین را کاهش دهند و بهزیستی روانشناختی، شادکامی و تاب‌آوری را در مقابل رویدادهای تلخ زندگی افزایش دهند. در رویکرد درمانی مثبت‌نگر، توانمندی‌ها و داشته‌های مثبت انسان به‌طور مستقیم و هدفمند بررسی می‌شود و سرانجام برجسته می‌شوند تا درنهایت نداشته‌ها و کاستی‌ها و همچنین، علایم بیماری‌ها (اختلال افسردگی) ناچیز یا بی‌اهمیت تلقی شوند تا سرانجام به به‌باشی و زندگی سالم فرد منتهی شود (Rashid, 2008). روان انسان بسیار پیچیده است و با تمرکز بر جنبه‌های مثبت انسان نه‌تنها می‌توان از میزان نشانه‌های بیماری کاست، می‌توان به‌عنوان یک ابزار نیرومند در مقابل فشارهای روانی از آن استفاده کرد تا کمتر موجب آسیب شوند. با توجه به علایم افسردگی مداوم و اثراتی که بر ابعاد جسمانی، شناختی، هیجانی و انگیزشی فرد می‌گذارد (Coryell, 2018)، آگاه‌نبودن از داشته‌ها و توانمندی‌های مثبت انسانی و تمرکز بر نشانه‌های افسردگی می‌تواند هم بر میزان بهبود تأثیر بگذارد و هم باعث طولانی‌تر شدن طول مدت اختلال شود. متخصصان عقیده دارند آگاهی و تمرکز و تقویت هیجان‌های مثبت و تشخیص توانمندی‌ها می‌تواند بر تجربه متفاوت علایم افسردگی و غلبه بر هیجان‌های منفی مؤثر واقع شود.

با توجه به یافته‌ها و اثربخشی بیشتر درمان فردی در مقایسه با درمان گروهی، می‌توان چنین تبیین کرد که تقویت و تمرکز توانمندی‌ها بهتر می‌تواند در شناسایی منشأ و ریشه مشکلات فرد مؤثر واقع شود؛ زیرا در افسردگی مداوم که فرد به مدت طولانی با خلق پایین زندگی می‌کند، قرارگرفتن در روابط هدف‌دار و ساختمان در روانشناسی مثبت‌نگر با چهارچوب فرد - محور می‌تواند بر جهان‌بینی و نگرش او بر رخدادهای

بی‌سرپرست. پژوهشنامه روانشناسی مثبت، ۲(۶)،

DOI: [10.22108/ppls.2016.21335](https://doi.org/10.22108/ppls.2016.21335). ۵۰-۳۵

References

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Association.

Asgharipoor, N. (2011). *The comparison of effectiveness of positive therapy with cognitive-behavior therapy in reduction of major depressive disorder signs*. Doctoral dissertation, Iran Psychiatric Institute. [In Persian]

Bagheri Shikhangfesh, F., Mohammadi Sangachin Dost, A., Swabi Neiri, V., Mijil, N., and Borbour, Z. (2023). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on psychological well-being and resilience of students with depression syndrome. *Child Mental Health* (Child Psychology), 10(1), 108-124. SID. <https://sid.ir/paper/1131250/fa>. [In Persian]

Barlow, D. H., Durand, V. M., Hoffman, S. G., & Lumiere, M. L. (2018). *Abnormal psychology: An integrative approach* (5 ed.). Nelson Education

Boemo T., Nieto I., Vazquez C., Sanchez-Lopez A. (2022). Relations between emotion regulation strategies and affect in daily life: A systematic review and meta-analysis of studies using ecological momentary assessments. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 139:104747. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104747>.

Boehm, J. K., Lyubomirsky, S., & Sheldon, K. M. (2011). A longitudinal experimental study comparing the effectiveness of happiness-enhancing strategies in Anglo Americans and Asian Americans. *Cognition & Emotion*, 25, 1263-1272.

<https://doi.org/10.1080/02699931.2010.54122>

Clarry, L., & Carson, J. (2019). Positive psychology for depression: A critical review. *Mental Health Practice*, 22(3), 12-13. <https://doi.org/10.7748/MHP.2019.E1312>

Cludius, B., Mennin, D., & Ehrling, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion* (Washington, D.C.), 20(1), 37-42. <https://doi.org/10.1037/emo0000646>

Cohen, B. E., Edmondson, D., & Kronish, I. M. (2015). State of the art review: Depression, stress, anxiety, and cardiovascular

افسردگی. سلامت روان کودک (روان کودک)،

۱۰(۱)، ۱۰۸-۱۲۴.

<https://sid.ir/paper/1131250/fa>

شفیع آبادی ع. ا. (۱۳۸۳). راهنمایی و مشاوره تحصیلی و حرفه‌ای. سمت.

کاظمی، ح. (۱۳۸۲). مقایسه تحریف‌های شناختی در بیماران مضطرب و افسرده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شیراز.

گال، م.، گال، ج.، و بورگ، و. (۱۳۸۲). روش‌های پژوهش کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی (احمدرضا نصر اصفهانی، محمدجعفر پاک سرشت، علیرضا کیامنش، حمیدرضا عریضی، منیجه شهنی ییلاق، خسرو باقری، محمود ابوالقاسمی، زهره خسروی و محمد خیر، مترجمان). دانشگاه شهید بهشتی.

شفیعی، ا.، بهرامی، ه.، و حاتمی، ح. ر. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش تفکر مثبت‌نگر بر تنظیم شناختی هیجان و اهمال‌کاری تحصیلی در دانش‌آموزان. فصلنامه پژوهش در نظام‌های آموزشی، ۱۳(۴۷)، ۲۳-۴۰.

DOI: [10.22034/jiera.2020.151988.1676](https://doi.org/10.22034/jiera.2020.151988.1676)

لشنی، ز.، شعیری، م. ر.، اصغری مقدم، م. ع.، و گلزاری، م. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش راهبردهای شاکرانه بر گسترش عواطف مثبت و شادکامی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۴(۱)، ۶۷-۸۹.

نصیری تاکامی، غ. ر.، نجفی، م.، و طالع‌پسند، س. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و

درمان شناختی رفتاری گروهی بر سرمایه‌های روانشناختی نوجوانان با علائم افسردگی. پژوهشنامه

روانشناسی مثبت، ۶(۲)، ۷۹-۹۸. DOI:

[10.22108/ppls.2021.117838.1768](https://doi.org/10.22108/ppls.2021.117838.1768)

هنرمندزاده، ر.، و سجادیان، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی

مداخله مثبت‌نگر گروهی بر بهزیستی روانشناختی،

تاب‌آوری و شادکامی دختران نوجوان

- Jeong, S., Aymerich-Franch, L., Arias, K., Alghowinem, S., Lapediza, A., Picard, R., Park, H. W., & Breazeal, C. (2023). Deploying a robotic positive psychology coach to improve college students' psychological well-being. *User Modeling and User-Adapted Interaction*, 33(2), 571–615. <https://doi.org/10.1007/s11257-022-09337-8>
- Karling, P., Wikgren, M., Adolfsson, R., & Norrback, K.-F. (2016). Hypothalamus-pituitary-adrenal axis hypersuppression is associated with gastrointestinal symptoms in major depression. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 22(2), 292–303. <https://doi.org/10.5056/jnm15064>
- Kazemi, H. (2004). *The comparison of cognitive distortion in depressed and anxious patients*. Master's thesis, Shiraz University. [In Persian]
- Lashni, Z., Shaeiri, M., Asghari Mogaddam, M. A., & Golzari, M. (2012). Effectiveness of thankfulness strategies on the expansion of positive affectivity and happiness. *Journal of Clinical Psychology Studies*, 4(1), 134-151. [In Persian]
- Layous, K., Nelson, S. K., & Lyubomirsky, S. (2012). What is the optimal way to deliver a positive activity intervention? The case of writing about one's best possible selves. *The Journal of Happiness Studies*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9346-2>
- Liu, H., Waite, L., Shen, S., & Wang, D. (2016). Is sex good for your health? A national study on partnered sexuality and cardiovascular risk among older men and women. *Journal of Health and Social Behavior*, 57(3), 276–296. <https://doi.org/10.1177/0022146516661597>
- Lyubomirsky, S. (2008). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want*. Penguin Press.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111–131. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.111>
- Lyubomirsky, S. & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being? *Current Directions in Psychological Science*, 22(1), 57-62. <https://doi.org/10.1177/0963721412469809>
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
- Miller, A. H., & Raison, C. L. (2017). The role of inflammation in depression: From disease. *American Journal of Hypertension*, 28(11), 1295–1302. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpv047>
- Coryell, W. (2018). *Depressive disorders*. Retrieved from <https://www.merckmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/mood-disorders/depressive-disorders>
- Easdale-Cheelee, T., Parlatini, V., Cortese, S., & Bellato, A. (2024). A Narrative Review of the Efficacy of Interventions for Emotional Dysregulation, and Underlying Bio-Pscho-Social Factors. *Brain sciences*, 14(5), 453. <https://doi.org/10.3390/brainsci14050453>
- Eccheburúa E SB, Zubizarreta I. (2014). Therapy Regarding a Cognitive-Behavioral Treatment for Battered Women in a Community Setting. *Journal of Interpersonal Violence*. 29(10):1783-801. <https://doi.org/10.1177/0886260513511703>
- Faraone S.V., Rostain A.L., Blader J., Busch B., Childress A.C., Connor D.F., Newcom J.H. (2019). Practitioner Review: Emotional dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder—Implications for clinical recognition and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60:133–150. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12899>
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders, (SCID-II)*. American Psychiatric Association.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1045–1062. <https://doi.org/10.1037/a0013262>
- Gall, M. D., Gall, J. P., Bourg Walter, R. (2004). *Quantitative and qualitative research methods in educational sciences and psychology*. Translated by: A. R. Nasr, M.J. Pakseresht, A.R. Kiyamanesh, H.R. Arizi, M. Shahni Yeylagh, Kh. Bagheri, M. Abolghasemi, Z. Khosravi & M. Khayer. Shahid Beheshti University. [In Persian]
- Honarmand Zadeh, R. & Sajadian, I. (2016). Effectiveness of positive group intervention on psychological wellbeing, resiliency and happiness of foster care adolescent girls. *Journal of Positive Psychology*, 2(2, 6), 35-50. [In Persian]

- your potential for lasting fulfilling*. Free Press.
- Seligman, M. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.
- Seligman, M., Steen, T. A., Park, N., Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of intervention. *American Psychologist*, 60, 410-421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Shafiabadi A. (2004). *Educational and vocational guidance and counseling*. Tehran: samt. [In Persian]
- Shafiei, Iran, Bahrami, Hadi and Hatami, Hamidreza. (2020). The effectiveness of positive thinking training on cognitive emotion regulation and academic procrastination in students, *Journal of Research in Educational Systems*. 13(47), 23-40. [In Persian]
- Sheldon, K. M., Boehm, J. K., & Lyubomirsky, S. (2012). Variety is the spice of happiness: The hedonic adaptation prevention (HAP) model. In I. Boniwell & S. David (Eds.), *Oxford handbook of happiness* (pp. 901-914). Oxford University Press.
- Simsek, Z., Erol, N., Oztop, D., & Munir, K. (2007). Prevalence and predictors of emotional and behavioral. *Children and Youth Services Review*. 29(7), 883-899. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.01.004>
- Sitzman, C., & Quincy, B. (2024). The role of primary care in improving health outcomes in young foster children. *JAAPA : Official Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 37(7), 19-24. <https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000000000000040>
- Tamir, M., Vishkin, A., & Gutentag, T. (2020). Emotion regulation is motivated. *Emotion*, 20(1), 115-119. <https://doi.org/10.1037/emo0000635>
- Tejada-Gallardo C, Blasco-Belled A, Torrelles-Nadal C, Alsinet C. (2020). Effects of school-based multicomponent positive psychology interventions on well-being and distress in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*; 49(10):1943-60. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01289-9>.
- evolutionary imperative to modern treatment target. *Nature Reviews Immunology*, 16(1), 22-34. <https://doi.org/10.1038/nri.2015.5>
- Michael, B., First, M. D., Janet, B. W., Williams, D., Rhonda, S., Karg, P., Robert, L., & Spitzer, M. D. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders - Clinician Version (SCID-5- CV)*. American Psychiatric Association.
- Nasiri Takami, Gholamreza, Najafi, Mahmoud, and Talepsand, Siavash. (2019). Comparing the effectiveness of positive psychotherapy and group cognitive behavioral therapy on the psychological capital of adolescents with symptoms. *Journal of Positive Psychology*, 6(2), 79-98. <https://doi.org/10.22108/pppls.2021.117838.1768>. [In Persian]
- Papalia, D., Olds, S., Feldman, R. (2018). *Human development*. McGraw-Hill Humanities/Social Sciences/Languages.
- Prince-Embury, S., & Saklofske, D. H. (2013). (Eds.) *Resilience in children, adolescents and adults: Translating research for practice*. Springer.
- Pourdavarani, A., Farokhzadian, J., Forouzi, M. A., & Shahraki, S. K. (2024). The effect of positive thinking training on anxiety and happiness among older adults: A quasi-experimental study. *Journal of Education and Health Promotion*, 13, 65. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1799_22
- Rantala, M. J., Luoto, S., Krams, I., & Karlsson, H. (2018). Depression subtyping based on evolutionary psychiatry: Proximate mechanisms and ultimate functions. *Brain, Behavior, and Immunity*, 69, 603-617. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2017.10.012>
- Rashid T. (2008). Positive psychotherapy. In Lopez, S. J. (Ed.). *Positive psychology: Exploring the best in people*, Vol. 4. Praeger Publisher.
- Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2013). *Positive psychotherapy: A treatment manual*. Oxford University Press.
- Sarkar R, Sowmyanarayanan Tv, Samuel P, Singh As, Bose A, Muliyl J, et al. (2010). Comparison of group counseling with individual counseling in the comprehension of informed consent: a randomized controlled trial. *BMC Medical Ethics*, 11(8). <https://doi.org/10.1186/1472-6939-11-8>
- Seligman, M. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize*