

Effectiveness of Positive Group Psychotherapy on Resiliency, Happiness and General Health on Women with a Substance Dependence Spouses

F. Sohrabi¹, F. Jafari Roshan^{2*}

1- Professor of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

2- MA of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Abstract

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of positive group psychotherapy on resiliency, happiness and general health in Women with substance dependent spouse. The research design was quasi - experimental with pre-test, post-test and one-month follow - up with the control group. The sample was comprised of women whom their spouse were referred to addiction clinic. Twenty - four women were selected and randomly assigned to experimental and control groups. Both groups were assessed by Davidson Resilience Scale, Peterson happiness directions questionnaires and General Health Questionnaire (GHQ). Positive group psychotherapy was conducted on the experimental group for 14 sessions, each session lasting 90- minutes. The data was analyzed with ANCOVA. The findings indicated that the mean scores of post-test in the experimental groups on resilience, happiness, and public health, was significantly higher than the mean scores of post-test in control group. Benferroni test was indicating the stable effect of therapy. According to the findings, it can be said that group positive psychotherapy was effective in promoting resiliency, happiness, and general health of women with the dependent drug spouses.

Keywords: positive psychotherapy, resiliency, happiness, general health, women with a dependent drug spouses.

* jafarif87@gmail.com

اثربخشی روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر بر تاب‌آوری، شادکامی و سلامت عمومی زنان دارای همسر وابسته به مواد مخدر

فرامرز سهرابی اسمرود^۱، فریبا جعفری روشن^{۲*}

۱- استاد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

هدف پژوهش، بررسی اثربخشی روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر بر تاب‌آوری، شادکامی و سلامت عمومی زنان دارای همسر وابسته به مواد بود. طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه با گروه کنترل بود. برای انتخاب نمونه، از بین زنان داوطلبی که همسرانشان به کلینیک ترک اعتیاد مراجعه کردند، ۲۴ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. هر دو گروه با استفاده از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون، پرسشنامه جهات شادکامی پترسون و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ، ارزیابی شدند. مداخلات روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر در گروه آزمایش به مدت ۱۴ جلسه نود دقیقه‌ای انجام شد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که میانگین نمرات تاب‌آوری، شادکامی و سلامت عمومی در پس‌آزمون گروه آزمایش، به‌طور معناداری از میانگین نمرات پس‌آزمون گروه کنترل بالاتر بود. آزمون بن‌فرونی، نشانگر پایداری اثر این نوع روان‌درمانی بود. براساس یافته‌های پژوهش می‌توان گفت روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر در افزایش تاب‌آوری، شادکامی و سلامت عمومی زنان دارای همسر وابسته به مواد مخدر، موثر است.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی مثبت‌نگر، تاب‌آوری، شادکامی، سلامت عمومی، زنان دارای همسر وابسته به مواد مخدر.

مقدمه

زنان با همسران معتاد در همه نشانگان روانپزشکی به گونه معناداری بالاتر است. زنان همسر معتاد نسبت به زنان همسر سالم با مشکلات بیشتری مانند سوء مصرف مواد، افکار خودکشی، اقدام به خودکشی و ... دست به گریبان هستند. اضطراب و افسردگی در میان زنان همسر معتاد بیشتر دیده می‌شود و عزت نفس این گروه از زنان نسبت به زنان همسر سالم، کمتر است (محبوبی‌منش، ۱۳۸۲).

طی سال‌های اخیر، روانشناسی مثبت‌نگر^۲ با تأکید بر توانمندی‌ها و فضیلت‌های آدمی، به بررسی عواملی در انسان پرداخته است که سلامت روان، شادکامی و خشنودی از زندگی را، حتی در شرایط خطر به دنبال دارد (سلیگمن، رشید و پارک، ۲۰۰۶). افراد دچار مشکل در پی خشنودی بیشتر، لذت بیشتر و رضایتمندی بیشتری تا صرف کردن غم و نگرانی. آنان به دنبال ساخت نقاط قوت هستند نه اصلاح نقاط ضعفشان، آن‌ها به دنبال زندگی معنادار و دارای قصد و هدف هستند. بدیهی است که این شرایط به سادگی و با رفع درد و ناراحتی حاصل نمی‌شوند^۳ (داک ورت، استین و سلیگمن، ۲۰۰۵). روانشناسان مثبت‌نگر اظهار می‌دارند که فنون مورد نظر آنان نه تنها از سطح افسردگی افراد می‌کاهد، بلکه راه و روش درست زندگی کردن و در نتیجه رضایتمندی از زندگی و در نهایت سعادت‌مندی را نیز به افراد آموزش می‌دهد (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین، روان‌درمانی مثبت‌نگر نه تنها از طریق کاهش نشانگان منفی بلکه به گونه‌ای مؤثر و مستقیم می‌تواند از طریق ایجاد هیجان‌ات مثبت^۴، توانمندی‌های منش^۵، و معنا^۵، موجب تغییر آسیب‌پذیری به تاب‌آوری شود. روان‌درمانی مثبت‌نگر نه تنها می‌تواند منابع مثبت را

سوء مصرف مواد مخدر^۱ و مسأله اعتیاد یکی از مهمترین مشکلات عصر حاضر است که گستره‌ای جهانی پیدا کرده؛ پا از مرزهای بهداشتی - درمانی فراتر نهاده و به یک معضل روانی، اجتماعی و خانوادگی تبدیل شده است. مطالعات نشان داده‌اند که خانواده‌های معتادان، تفاوت چشمگیری با خانواده‌های عادی دارند، به گونه‌ای که روابط زوجین، رابطه پدر معتاد با فرزندان و روابط اجتماعی خانواده و نیز کارکردهای مختلف خانواده نظیر کارکرد جنسی، اقتصادی، آموزشی و ... مختل می‌گردد (نوری، رفیعی، اکبری و نارنجی‌ها، ۱۳۸۹). عمده‌ترین آسیب خانوادگی اعتیاد، تأثیر بر روابط عاطفی، جنسی و روانی زن و شوهر در خانواده است. اعتیاد شوهر، به انزوا و دوری از همسر و عدم تعلق عاطفی، جر و بحث و درگیری و نزاع بین زن و شوهر منتهی می‌شود (پورقاسمی، ۱۳۸۹).

نوری و همکاران (۱۳۸۹)، در پژوهشی تحت عنوان شناسایی عوارض اعتیاد در زنان دارای همسر معتاد به نتایجی دست یافت که بر اساس آن خیانت جنسی و عاطفی، خشونت فیزیکی، اختلال در عملکرد جنسی، افکار و اقدام به خودکشی در میان زنان همسر معتاد با تفاوت معناداری نسبت به زنان دارای همسر سالم مشاهده شد. نتایج تحقیق او نشان داد که زنان همسر معتاد از ثبات هیجانی و وظیفه‌شناسی کمتری نسبت به زنان همسر سالم برخوردارند و زنانی که مورد خشونت قرار می‌گیرند در برابر عوارض ناشی از زندگی با همسر معتاد تاب‌آور نبوده‌اند. نتایج پژوهشی که محمدخانی، عسگری، ستاره فروزان، مومنی، دلاور (۱۳۸۹)، به منظور مقایسه همسران مردان معتاد و غیرمعتاد از نظر بروز نشانگان روانپزشکی انجام داد؛ نشان داده است که نمره

² Positive psychotherapy

³ positive emotion

⁴ character strengths

⁵ meaning

¹ Substance abuse

آن باید کار کنند. در این میان متخصصانی مانند وینا (۲۰۰۳) نیز بر آموختنی بودن مهارت‌های تاب‌آوری تاکید دارند و بنا بر گفته آن‌ها می‌توان تاب‌آوری را آموزش داد.

مبحث مهم دیگر در روانشناسی مثبت‌نگر شادکامی، است. لیومیرسکی، شلدون و اسکید (۲۰۰۵)، شادکامی را تجربه احساس نشاط، شادی و خوشی و نیز دارا بودن این احساس که فرد زندگی خود را خوب، با معنا و با ارزش بداند در نظر گرفته‌اند. شادکامی چندین جزء اساسی را در بر می‌گیرد؛ جزء هیجانی که فرد شادکام از نظر خلقی، شاد و خوشحال است، جزء اجتماعی، که فرد شادکام از روابط اجتماعی خوبی با دیگران برخوردار است و می‌تواند از آن‌ها حمایت اجتماعی دریافت کند و سرانجام جزء شناختی، که باعث می‌شود فرد شادکام اطلاعات را به روش خاصی پردازش کرده، مورد تعبیر و تفسیر قرار دهد که در نهایت، باعث احساس شادی و خوش‌بینی در وی می‌گردد. از این رو، در شادکامی، ارزشیابی افراد از زندگی و خود می‌تواند، جنبه‌های شناختی، مثل قضاوت در مورد خوشنودی از زندگی و یا جنبه‌های هیجانی از جمله خلق یا عواطف، در واکنش به رویدادهای زندگی را در برگیرد (براتی سده، ۱۳۸۸). راهبردهایی که به آزمودنی کمک می‌کند تا یک زندگی لذت‌بخش، جذاب و با معنا را بسازد، مداخله مثبت‌نگر گفته می‌شود (رشید و سلیگمن، ۲۰۱۳). یکی از پر استفاده‌ترین و متقن‌ترین نظریه در بین نظریه‌های جدید درباره شادمانی، نظریه شادکامی پایدار^۲ سونیا لیومیرسکی است (شلدون و لیومیرسکی، ۲۰۰۴) است. بر اساس این الگو، عوامل تعیین‌کننده سطح شادکامی به سه دسته طبقه‌بندی می‌شوند که عبارتند از عوامل وضعی یا عوامل تثبیت‌شده، عوامل مرتبط با شرایط زندگی، و

ایجاد نماید، بلکه می‌تواند تأثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و نیز سدی برای وقوع مجدد آن‌ها باشد (کردمیرزا، ۱۳۸۸). لیومیرسکی و لایوس (۲۰۱۳)، معتقدند که مداخله‌های روان‌درمانی مثبت‌نگر از طریق افزایش هیجان مثبت، افکار و رفتارهای مثبت و ارضای نیازهای اساسی افراد مثل خودمختاری، عشق و تعلق خاطر و ارتباط، باعث کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و احساس بهزیستی روانشناختی^۱ می‌شود.

دو مبحث مهم در روانشناسی مثبت‌نگر، تاب‌آوری و شادکامی هستند. تاب‌آوری به عنوان یکی از مولفه‌های روانشناسی مثبت‌نگر در سلامت روان نقش دارد (هارتلی، ۲۰۱۱). مفهوم تاب‌آوری از دهه، ۱۸۰۰ آشکار شد و تا کنون نیز ادامه دارد (جکسون، فیرتکو و ادنبرو، ۲۰۰۷). تاب‌آوری نوعی ظرفیت کلی است که برای جلوگیری، به حداقل رساندن و غلبه بر مشکلات از آن استفاده می‌کنند. تاب‌آوری نشان دهنده توانمندی‌های فرد به عنوان عامل حفاظتی و ابزاری برای رشد مثبت است، ریچاردسون (۲۰۰۲). افراد تاب‌آور، بهتر می‌توانند به شرایط ناگوار، بدون واکنش خودکار و غیر انطباقی پاسخ دهند (والاس و شاپیرو، ۲۰۰۶). بنابراین باوجود قرار گرفتن در شرایط پرخطر و دشوار، از نظر روانی آسیب نمی‌بینند. هرچند برخی از ویژگی‌های مرتبط با تاب‌آوری به صورت زیستی و ژنتیکی تعیین می‌شوند، اما مهارت‌های مربوط به تاب‌آوری را می‌توان یاد داد و تقویت کرد. بر طبق مدل حفاظتی تاب‌آوری (گرت، رمچران، فلین، ۲۰۰۷)، عوامل مثبت در زندگی فرد می‌توانند جبران‌کننده برخی از خطرات باشند و همزمان با سایر عوامل، جهت کاهش پیامدهای منفی به تعامل پردازند. و نیز آن‌ها معتقدند در حالی که برخی از افراد به‌طور طبیعی تاب‌آور هستند، برخی دیگر برای داشتن

² sustainable happiness

¹ well being

عوامل مرتبط با فعالیت‌های ارادی (قصدمند). فرمول شادکامی مطابق با الگوی لیومیرسکی چنین است:

فعالیت‌های ارادی + شرایط محیطی + عوامل وضعی = سطح شادکامی

شلدون و لیومیرسکی (۲۰۰۴)، عوامل ارادی را چنین تعریف کرده‌اند "اعمال اختیاری مستلزم تلاش و کوششی است که فرد درگیر آن‌ها می‌شود. چنین اعمالی می‌توانند شناختی (نگرش‌های مثبت یا خوش‌بینانه و پذیرش آن‌ها)، رفتاری (مهربانی کردن نسبت به دیگران به طور مرتب یا ورزش کردن به طور مرتب) یا ارادی و قصدمند (تعیین و پیگیری اهداف مهم و معنادار شخصی) باشند. وجه مشترک همه اینها تلاش و تعهد ارادی (آگاهانه)، است". با این ترتیب و آن گونه که روانشناسان مثبت‌گرا معتقدند بخش اعظم شادکامی پایدار آدمی به فعالیت‌هایی بستگی دارند که افراد آن‌ها را انتخاب کرده و هدف‌مندانه به انجام آن‌ها مبادرت می‌ورزند و چون این اعمال خصیصه ارادی و انتخابی دارند، در برابر سازگاری مقاوم‌تر از عوامل شرایطی‌اند.

یکی دیگر از موضوعات مورد توجه روانشناسی مثبت‌نگر، شناسایی و تشریح شادکامی و احساس ذهنی بهزیستی و پیش‌بینی آن‌ها بوده است. موضوع محوری این حوزه نوظهور در روانشناسی همانا، ارتقای بهزیستی افراد و شناسایی جنبه‌های مثبت در افراد و تقویت آن‌ها در جهت پیشگیری و اعتلای سلامت روان و همچنین کمک به درمان در صورت وجود مشکل و اختلال است. از این رو، تعدادی از پژوهشگران "سلامت روان" را مترادف با "شادمانی" ذهنی دانسته‌اند، (کار ۲۰۰۳). تحقیقاتی که طی سال‌های اخیر انجام شده است نشان‌دهنده رابطه مستقیم و مثبت تاب‌آوری و شادکامی با سلامت عمومی است. در حقیقت با ارتقای شادکامی و تاب‌آوری، سلامت روان افراد ارتقا می‌یابد. پژوهشی

که توسط استادیان، قنونی و کجباف (۱۳۹۰)، با هدف بررسی رابطه شادکامی و سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان انجام شد، نشان می‌دهد که بین شادکامی سلامت روان دانشجویان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. نتایج پژوهشی که خوش‌کنش و کشاورز (۱۳۸۷)، به منظور بررسی رابطه بین شادکامی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز، طراحی و اجرا شد، حاکی از آن است که بین احساس شادکامی با مشکلات روانی، علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی در دانشجویان دختر و پسر رابطه منفی معناداری وجود دارد. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که ضریب همبستگی بین احساس شادکامی و نشانه‌های جسمانی برای کل آزمودنی‌ها، آزمودنی‌های دختر و پسر، رابطه منفی است. در حقیقت، بین احساس شادکامی با مشکلات روانی، علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی در دانشجویان دختر و پسر رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد.

پژوهش نوفرستی، حسن‌آبادی، پسندیده و شعیری (۱۳۹۴)، با عنوان اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر شادکامی و بهزیستی روانشناختی افراد دارای نشانه‌های افسردگی نشان داد که روان‌درمانی مثبت، شادکامی و بهزیستی روانشناختی افراد دارای نشانه‌های افسردگی را افزایش می‌دهد. پژوهش‌های رعیت ابراهیم‌آبادی، ارجمندیا و افروز (۱۳۹۴)، نشان داد که از روش آموزش مهارت‌های مثبت‌نگری می‌شود به عنوان روش کارآمد برای کاهش باورهای غیر منطقی و افزایش شادکامی نوجوان بزهکار استفاده شود. پیترسکی و میکوتا (۲۰۱۲)، در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی مداخلات روانشناسی مثبت‌نگر بر افسردگی بیماران دریافتند که مداخلات مثبت‌نگر بر کاهش علائم افسردگی و افزایش بهزیستی (به باشی) اثر بخش است.

یافته‌های کاپیلا و کومار (۲۰۱۵)، روی زنان مطلقه هندی نشان داد که بین سطح تاب‌آوری و رضایت از زندگی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. پژوهش رحیمی، برجعلی و سهرابی (۱۳۹۴)، با عنوان اثربخشی مداخلات روانشناسی مثبت‌نگر بر تاب‌آوری بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، نشان داد که مداخلات روانشناسی مثبت‌نگر باعث افزایش ۸۲ درصدی تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون و افزایش ۸۳ درصدی آن در مرحله پیگیری شده است.

با مرور پژوهش‌هایی که در چند ساله اخیر در مورد زنان دارای همسر معتاد صورت گرفته است، چنین به نظر می‌رسد که این زنان با ضعف و عملکرد پایین فردی و اجتماعی شناخته شده‌اند (پورقاسمی، ۱۳۸۹). آسیب‌های ناشی از زندگی با فرد معتاد گاهی آنقدر عمیق است که این زنان علاوه بر تحمل عوارض اعتیاد همسر، در معرض ابتلاء به اعتیاد نیز قرار دارند، هویت آنان دچار اختلال شده و عزت نفس آنان مبدل به احساس حقارت و بی‌ارزشی می‌گردد. طبیعی است که چنین زنانی هرگز قادر نخواهند بود که نقش تربیتی و مدیریتی خود را ایفاء نمایند و محیط خانواده را از نظر عاطفی به محیط گرم و انرژی‌زا تبدیل نمایند (جانسون و سیدنی، ۲۰۰۰، به نقل از محبوبی‌منش، ۱۳۸۲). با توجه به آنچه بیان شد، زنان همسر معتاد نیاز به مداخله‌های درمانی و آموزشی دارند تا از تأثیرات منفی اعتیاد همسرانشان در امان بمانند. در این میان با توجه به تأکید متخصصان بر آموختنی بودن مهارت‌های گوناگون تاب‌آوری (وینا، ۲۰۰۳) و نیز با توجه به اینکه آموزش مداخلات روان‌درمانی مثبت‌نگر، علاوه بر آنکه شادکامی در زندگی را افزایش می‌دهد، موجب خشنودی بیشتر از زندگی شده، معنا را در زندگی افزایش می‌دهد و در نهایت به کاهش افسردگی می‌انجامد (سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶) و نیز با

اذعان به اینکه آموزش مداخلات روان‌درمانی مثبت، سبب ارتقای شادکامی می‌شود، و نیز با اذعان به کوتاه مدت بودن و در نتیجه مقرون به صرفه بودن و قابل فهم بودن تمرینات این رویکرد نسبت به سایر رویکردها (سین و لیومیرسکی، ۲۰۰۹)، پژوهش حاضر به دلیل مورد غفلت واقع شدن این گروه از افراد برای طراحی و آموزش مهارت مثبت‌نگری و فقدان پژوهش مرتبط در ارتباط با بررسی اثرات این نوع مداخله‌ها بر آن‌ها، حایز اهمیت است. چه بسا آموزش مهارت‌های مثبت‌نگری به زنان همسر معتاد، سبب ارتقای تاب‌آوری و انطباق مثبت این گروه، با شرایط سخت شده و آن‌ها را از آسیب‌های روانی و اجتماعی که قبلاً به آن‌ها اشاره شد در امان نگاه دارد و شادکامی، و معنابخشی به زندگی، سلامت عمومی آن‌ها را افزایش دهد. بنابراین هدف این پژوهش بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر تاب‌آوری، شادکامی و سلامت عمومی زنان دارای همسر معتاد است و با توجه به پیشینه مربوط به روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر و تاثیر آن بر شادکامی، تاب‌آوری و سلامت عمومی، فرضیه‌های زیر را مورد بررسی قرار داد.

۱. روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر بر افزایش تاب‌آوری زنان دارای همسر وابسته به مواد مخدر موثر است.

۲. روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر بر افزایش شادکامی زنان دارای همسر وابسته به مواد مخدر موثر است.

۳. روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر بر افزایش سلامت عمومی زنان دارای همسر وابسته به مواد مخدر موثر است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: طرح پژوهشی انجام شده، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون

آموزشی در هر جلسه شامل واری‌تکالیف جلسه قبل، آموزش مستقیم به صورت سخنرانی، بحث گروهی، چالش فکری و جمع‌بندی بود.

ابزار سنجش: مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۱
(۲۰۰۳). پرسشنامه تاب‌آوری را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، به نقل از محمدی (۱۳۸۴)، با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۹-۱۹۷۹ در حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. این پرسشنامه ۲۵ سؤال دارد که در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست) است. نمره میانگین این مقیاس نمره ۵۲، است به طوری که هر چه نمره آزمودنی از ۵۲ بالاتر باشد، تاب‌آوری بالاتری دارد و هر چه نمره به صفر نزدیکتر باشد، از تاب‌آوری کمتری برخوردار است. برای تعیین پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است که پایایی حاصله برابر ۰/۸۹ بود، محمدی (۱۳۸۴). در پژوهش سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶)، پایایی این مقیاس به کمک ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷، به دست آمد و نتایج آزمون تحلیل عاملی به روی این پرسشنامه بیانگر وجود یک عامل عمومی در مقیاس بود. مقیاس ضریب کام او برای این تحلیل ۰/۸۹ و کروییت بارلت برابر با ۶۴ و ۶ بود.

جهت شادکامی پترسون^۲: پترسون، پارک و سلیگمن (۲۰۰۵)، آزمونی را تدوین و مورد استفاده قرار داده‌اند که پترسون (۲۰۰۶)، از آن تحت عنوان آزمون جهت شادکامی یا مسیرهای شادکامی یاد کرده است. این پرسشنامه در ابتدا ۱۸ گویه داشت که سه نوع زندگی مربوط به نظریه سلیگمن (زندگی لذت بخش، زندگی پرجاذبه و زندگی با معنا) را می‌سنجید. اما بعد پترسون تعداد گویه‌ها را به ۱۶ گویه کاهش داد و بعد چهارم یعنی کسب پیروزی را به سه نوع زندگی مورد نظر افزود. در این آزمون به جواب‌های کاملاً درست نمره ۵؛ درست،

با دوره پیگیری یک ماهه و گروه کنترل بود. نمونه شامل ۲۴ نفر از زنان دارای همسر معتاد بودند که از جامعه آماری زنان دارای همسر وابسته به مواد مخدر شهرستان قدس، واقع در استان تهران در سال ۹۱ تشکیل به شیوه هدفمند انتخاب شدند. از این میان، ۱۲ نفر به طور تصادفی در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل گمارده شدند. تمامی آزمودنی‌های شرکت‌کننده در تحقیق، از حداقل تحصیلات دیپلم برخوردار بودند و در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال قرار داشتند. مهمترین ملاک ورود این آزمودنی‌ها برخورداری از حداقل تحصیلات دیپلم، قرار گرفتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال بود. همسران گروه نمونه حداقل سه سال سابقه مصرف مواد مخدر (شیشه)، داشتند. مهمترین ملاک خروج آن‌ها نداشتن تحصیلات حداقل در سطح دیپلم و غیبت بیش از دو جلسه از بود. در جریان پژوهش، گروه آزمایش با ۳ نفر افت مواجه شد. در این پژوهش از برنامه آموزش گروهی ۱۴ جلسه‌ای روان‌درمانی مثبت‌نگر (سلیگمن، رشید و پارک، ۲۰۰۶ برگرفته از کردمیرزا، ۱۳۸۸) استفاده شد. جلسات هفته‌ای یکبار به صورت گروهی انجام شد. پیش‌آزمون یک هفته قبل از شروع پژوهش و پس‌آزمون یک هفته بعد از پایان جلسات انجام گرفت. یک ماه پس از پایان جلسات، پیگیری به عمل آمد. برای تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل کوواریانس با خنثی کردن واریانس عامل پیش‌آزمون (تفاوت‌های اولیه بین آزمودنی‌های دو گروه)، و به منظور مقایسه سه نمره پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری، از آزمون بن فرونی استفاده شد.

در این پژوهش، مداخله مثبت‌نگر شامل یک مدل روان‌درمانی مثبت‌نگر است که توسط سلیگمن و رشید (۲۰۰۶)، پیشنهاد شده و دارای سه مؤلفه لذت، تعهد و معنا بوده و طی ۱۴ جلسه برگزار شده است. فرایند

¹ Connor- Davidson – Resilience - Scale, (CD- RISC)

² Peterson- orientations of happiness

سوال دارد. پرسشنامه مذکور از مشخص‌ترین ابزارهای غربالگری اختلالات روانی است که بر اساس روش تحلیل عاملی فرم ۶۰ سوالی اولیه استخراج شده و دارای چهار خرده‌مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد. هر کدام از مقیاس‌ها دارای ۷ پرسش است پرسش‌ها با طیف چند درجه‌ای از گزینه خیر (نمره صفر) تا زیاد (نمره ۳) نمره‌گذاری می‌شود. اندازه ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۰/۸۷ بدست آمده است و ویلیامز، در مطالعه‌ای فراتحلیلی، متوسط اعتبار آن را ۰/۸۴ اعلام کرد، یعقوبی (۱۳۷۴).

نمره ۴؛ تا حدی درست، نمره ۳؛ غلط نمره ۲ و کاملاً غلط نمره ۱ داده می‌شود. تحلیل عاملی صورت گرفته بر روی این آزمون نشان‌دهنده سه عامل است که معادل همان سه نوع زندگی سلیگمن است. همسانی درونی در آمریکا برای سه خرده‌مقیاس به ترتیب، ۰/۸۲، ۰/۷۲ و ۰/۸۲ بوده است (پترسون و همکاران، ۲۰۰۵). براتی سده (۱۳۸۸)، علاوه بر سنجش همسانی درونی آزمون و خرده‌مقیاس‌های آن، آزمون را در یک نمونه ۹۵ نفری به فاصله ۵ هفته آزمون- بازآزمون نموده است و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۶۷، گزارش شده است. مقدار ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در این پژوهش برابر با ۰/۸۱ محاسبه شد. پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (GHQ): این پرسشنامه که در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ، تدوین شد، ۲۸

جدول ۱. خلاصه جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر (سلیگمن، رشید و پارک)

جلسه	محتوای جلسه	توصیف
اول	جهت‌گیری	فقدان منابع مثبت، افسردگی را تداوم می‌بخشد: نقش غیبت یا فقدان هیجان‌ات مثبت، توانمندی‌های منش و معنا در تداوم افسردگی و تهی بودن زندگی بحث شود. چارچوب روان‌درمانی مثبت‌نگر، نقش درمانگر و مسئولیت‌های مراجع بحث می‌شود.
دوم	تعهد	توانمندی خاص را تعیین کنید: مراجعات توانمندی‌های خاص خودشان را از مقدمه مثبت تعیین و موقعیت‌هایی را که این توانمندی‌های خاص در گذشته به آن‌ها کمک کرده است را بحث می‌کنند. سه مسیر منتهی به شادکامی (لذت، تعهد، معنا) بحث می‌شود.
سوم	تعهد/ لذت	پرورش توانمندی خاص و هیجان‌ات مثبت: رشد توانمندی‌های خاص بحث می‌شود. مراجعات برای شکل دادن رفتارهای خاص، عینی و قابل دستیابی به منظور پرورش توانمندی‌های خاص آماده می‌شوند. نقش هیجان‌ات مثبت در بهزیستی بحث می‌شود.
چهارم	لذت	خاطرات خوب در برابر خاطرات بد: نقش خاطرات خوب و بد برحسب نقش آن‌ها در حفظ علائم افسردگی بحث می‌شود. مراجعات تشویق به بیان احساسات توأم با خشم و تلخی می‌شوند. اثرات ماندن در حالت خشم و تلخی بر افسردگی و بهزیستی بیان می‌شود.
پنجم	لذت/ تعهد	بخشش: بخشش به عنوان وسیله قدرتمندی که می‌تواند خشم و تلخی را به احساسات خنثی و حتی برای برخی افراد به هیجان‌ات مثبت تبدیل کند، معرفی می‌شود.

¹ General Health Questionnaire (GHQ 28)

جلسه	محتوای جلسه	توصیف
ششم	لذت / تعهد	قدردانی: قدردانی به عنوان تشکر با دوام مورد بحث قرار می‌گیرد و خاطرات خوب و بد مجدداً با تأکید بر قدردانی برجسته می‌شوند.
هفتم	لذت / تعهد	بررسی میان دوره‌ای درمان: تکالیف منزل، بخشش و قدردانی هر دو پیگیری می‌شوند. این کار به‌طور نوعی بیش از یک جلسه لازم دارد. اهمیت هیجانات مثبت بحث می‌شود. مراجعات تشویق می‌شوند به آوردن و مشارکت در بحث درباره روزنگار موهبت‌ها. اهداف مرتبط با توانمندی‌های خاص مرور می‌شوند. فرایند و پیشرفت به‌طور جزئی بحث می‌شوند. بازخورد مراجعان درباره منافع درمانی فراخوانده و بحث می‌شود.
هشتم	معنا / تعهد	قناعت در برابر بیشینه‌سازی: قناعت (به اندازه کافی خوب) در برابر بیشینه‌سازی در بافت کار پر زحمت لذت بخش مورد بحث قرار می‌گیرد. قناعت به واسطه تعهد در برابر بیشینه‌سازی تشویق می‌شود.
نهم	لذت	خوش‌بینی و امید: مراجعات هدایت می‌شوند به فکر کردن درباره زمانی که در یک کار مهم شکست می‌خورند، زمانی که یک برنامه بزرگ مضمحل می‌شود و زمانی که توسط یک شخص پذیرفته نمی‌شوند. از مراجعان خواسته می‌شوند که توجه کنند که وقتی یک دری بسته می‌شود چه درهای دیگری باز می‌شوند.
دهم	تعهد / معنا	عشق و دلبستگی: پاسخ‌دهی فعال، سازنده بحث می‌شوند. مراجعات دعوت می‌شوند به شناسایی توانمندی‌های خاص سایر افراد با معنا بر آنان.
یازدهم	معنا	شجره نامه توانمندی‌ها: اهمیت شناسایی توانمندی‌های اعضای خانواده بحث می‌شوند.
دوازدهم	لذت	حس ذائقه: حس ذائقه به عنوان آگاهی از لذت و ایجاد عملی آن در گذشته معرفی می‌شود. کار پر زحمت لذت بخش تصریح شده به عنوان تهدید ممکن حس ذائقه و نحوه محافظت در برابر آن.
سیزدهم	معنا	موهبت زمان: صرف نظر از اوضاع مالی، مراجعان قدر دان یکی از موهبت‌های بزرگ را به همراه دارند، موهبت زمان. راه‌های استفاده از توانمندی‌های خاص برای پیشنهاد موهبت زمان در خدمت به شخص دیگری خیلی بیشتر از خودش، بحث می‌شود.
چهاردهم	انسجام	زندگی کامل: مفهوم زندگی کامل که لذت، تعهد و معنا را منسجم می‌سازد، بحث می‌شود. مراجعات آزمون‌ها را قبل از پایان جلسه تکمیل می‌کنند. پیشرفت مرور شده و منفع و ماندگاری توانمندی‌ها بحث می‌شود.

یافته‌ها

روی دو گروه آزمایش و کنترل انجام شده است) استفاده شده است به منظور حذف تفاوت‌های اولیه بین دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون آماری تحلیل کواریانس با خنثی کردن واریانس عامل پیش آزمون

از آنجا که طرح پژوهش از یک طرح نیمه‌آزمایشی با سه متغیر وابسته (تاب‌آوری، شادکامی و سلامت عمومی)، با پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری (که

برخوردار هستند. اما برای بررسی شرط همسانی واریانس‌های خطا از آزمون لوین استفاده شد. مقادیر آزمون لوین برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش (یعنی تاب‌آوری، شادکامی، و سلامت عمومی) از نظر آماری معنی‌دار نبود که این نتیجه دال بر برقراری شرط همسانی یا همگنی واریانس‌ها بود. در نهایت برای بررسی پیش فرض همگنی خطوط رگرسیون باید بین گروه و پیش آزمون هیچ‌گونه تعامل یا کنش متقابل وجود نداشته باشد. برای اینکار در تحلیل کواریانس تعامل بین گروه و پیش آزمون وارد تحلیل شد و نتیجه این آزمون برای همه متغیرها گویای برقراری این شرط یعنی عدم معنی‌داری کنش متقابل یا تعامل بین گروه و پیش آزمون بود. با توجه به برقراری این سه پیش فرض مهم در تمام فرضیه‌ها مشکلی برای استفاده از این تحلیل برای بررسی فرضیه‌های پژوهش وجود نداشت.

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس یک راهه برای بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر روی متغیرهای پژوهش در دو مرحله پس آزمون و پیگیری (اثر گروهی)

مرحله	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
پس آزمون	تاب‌آوری	۲۹۶۱/۰۷	۱	۲۹۶۱/۰۷	۲۲/۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰	۱
	شادکامی	۴۱۰/۷۲	۱	۴۱۰/۷۲	۱۲/۳۹	۰/۰۰۲	۰/۴۱	۱
	سلامت عمومی	۲۲۷۱/۳۹	۱	۲۲۷۱/۳۹	۳۳/۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۱
پیگیری	تاب‌آوری	۱۷۴۳/۰۳	۱	۱۷۴۳/۰۳	۱۲/۳۹	۰/۰۱	۰/۳۵	۱
	شادکامی	۳۱۱/۴۵	۱	۳۱۱/۴۵	۸/۲۶	۰/۰۱	۰/۲۹	۱
	سلامت عمومی	۱۱۹۶/۵۸	۱	۱۱۹۶/۵۸	۲۵/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱

و تنها شاخص‌های آماری مربوط به عامل گروهی گزارش شده است. یعنی سه تحلیل کواریانس مجزا برای بررسی سه فرضیه اصلی پژوهش در زمینه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر در مرحله پس آزمون و پیگیری با در نظر گرفتن متغیرهای هم نام در مرحله پیش آزمون گرفته شد و تنها عامل یا اثر گروهی این

(تفاوت‌های اولیه بین آزمودنی‌های دو گروه) استفاده شد. به عبارتی، به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهشی که آیا روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر بر روی نمرات پس آزمون و پیگیری تاب‌آوری، شادکامی، سلامت عمومی تأثیر دارد یا خیر، از روش تحلیل کواریانس استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل کواریانس سه پیش فرض مهم این آزمون یعنی نرمال بودن توزیع پراکندگی متغیر وابسته، همسانی واریانس‌ها، و همگنی شیب خط رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. برای نرمال بودن متغیرها از آزمون شاپیرو - ویلکز استفاده شد. اندازه آزمون شاپیرو ویلکز برای تمام متغیرها (یعنی تاب‌آوری، شادکامی، و سلامت عمومی) در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری از نظر آماری معنی‌دار نبود، این نتیجه گویای این بود که هر سه متغیر در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری از توزیع نرمالی

در جدول (۲) نتیجه آزمون تحلیل کواریانس یک راهه برای بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر روی نمرات پس آزمون سه متغیر تاب‌آوری، شادکامی، و سلامت عمومی گزارش شده است. لازم به ذکر است که در جدول (۲)، نتایج تحلیل کواریانس یک راهه به‌طور خلاصه گزارش شده است

تعدیل این نمرات پیش‌آزمون در مرحله پیگیری با استفاده از تحلیل کواریانس سنجیده می‌شود. همانطور که در مقدمه بخش یافته‌ها ذکر شد، قبل از بررسی نتایج تحلیل کواریانس سه پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش در مرحله پیگیری، همگنی واریانس‌های خطا، و همگنی خطوط رگرسیون یا عدم تعامل معنی‌دار بین گروه و عامل مکرر مورد بررسی قرار گرفت که نتایج این تحلیل‌ها همگی گویای برقراری شرط و یا پیش‌فرض‌های اصلی تحلیل رگرسیون بود.

مطابق با جدول (۲) نتیجه آزمون تحلیل کواریانس یک راه گویای این است که تاثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر نمره میانگین تاب‌آوری در مرحله پیگیری پایدار است. چرا که اندازه آزمون F برای عامل گروهی معنی‌داری است. بنابراین فرضیه پژوهش که به منظور پایداری اثربخشی متغیر مستقل در نمرات تاب‌آوری طراحی شده بود مورد تایید قرار می‌گیرد. همچنین، نتایج گزارش شده در جدول (۲) حاکی از پایداری اثر درمان بر روی نمرات شادکامی در مرحله پیگیری است. در نهایت، با توجه به نتیجه تحلیل کواریانس گزارش شده در جدول (۲) مشخص است که پایداری درمان گروهی بر روی سلامت عمومی در مرحله پیگیری حاصل شده است، چرا که اندازه آزمون F برای این فرضیه نیز معنی‌دار است.

در جدول (۳) میانگین تعدیل شده نمرات پس‌آزمون و پیگیری سه متغیر تاب‌آوری، شادکامی و سلامت عمومی گزارش شده است.

تحلیل‌ها در جدول (۲)، گزارش شده است. مطابق با نتایج گزارش شده در جدول (۲)، مشخص است که روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر بر افزایش نمرات تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون تاثیر معنی‌داری دارد. چرا که اندازه آزمون F از نظر آماری معنی‌دار است. اندازه اثر این تاثیر برابر با $0/60$ است که گویای این است که 60 درصد از تغییرات در نمره تاب‌آوری تحت تاثیر متغیر مستقل (یعنی روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر) است. همچنین، نتیجه آزمون تحلیل کواریانس حاکی از معنی‌داری تاثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر روی متغیر شادکامی در مرحله پس‌آزمون است. اندازه اثر این تاثیر برابر با $0/41$ است که این نتیجه گویای این است که 41 درصد از واریانس نمرات شادکامی در مرحله پس‌آزمون را می‌توان به روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر نسبت داد. در نهایت، با توجه به نتیجه گزارش شده در جدول (۲) مشخص است که فرضیه سوم تحقیق، یعنی اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر روان‌درمانی مثبت بر روی نمرات میانگین سلامت عمومی در مرحله پس‌آزمون مورد تایید قرار می‌گیرد. اندازه اثر این تاثیر برابر با $0/65$ است. این نتیجه دال بر این است که در حدود 65 درصد از واریانس نمرات سلامت عمومی در مرحله پس‌آزمون ناشی از متغیر مستقل است.

در بخش دوم جدول (۲) به بررسی پایداری درمان بر روی نمرات این سه متغیر وابسته پرداخته می‌شود. به عبارت دیگر، پژوهشگر در ادامه این تحقیق قصد دارد تا با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس به بررسی پایداری نمرات سه متغیر وابسته تاب‌آوری، سلامت عمومی، و شادکامی در مرحله پیگیری بپردازد. در این تحلیل‌ها نیز پیش‌آزمون هر یک از متغیرها به عنوان کواریت وارد تحقیق می‌شود و

جدول ۳. میانگین تعدیل شده نمرات پس از آزمون و پیگیری سه متغیر تاب‌آوری، شادکامی و سلامت عمومی

مرحله	متغیر	گروه	نمره کوریت شده پس از آزمون	انحراف استاندارد
پس از آزمون	تاب‌آوری	آزمایش	۷۸/۸۰	۳/۸۴
		کنترل	۵۴/۲۳	۳/۳۲
	شادکامی	آزمایش	۶۳/۷۱	۱/۹۳
		کنترل	۵۴/۷۲	۱/۶۶
پیگیری	تاب‌آوری	آزمایش	۱۰/۳۴	۲/۷۷
		کنترل	۳۱/۴۲	۲/۳۹
	شادکامی	آزمایش	۷۳/۴۱	۴/۰۴
		کنترل	۵۳/۲۱	۳/۱۲
سلامت عمومی	تاب‌آوری	آزمایش	۶۰/۳۵	۱/۸۷
		کنترل	۵۳/۳۹	۱/۷۷
	شادکامی	آزمایش	۱۱/۶۹	۲/۵۸
		کنترل	۳۲/۳۱	۲/۳۴

کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و احساس بهزیستی روانشناختی می‌شود.

در این پژوهش اثربخشی روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر بر تاب‌آوری، شادکامی و سلامت عمومی زنان دارای همسر معتاد را مورد بررسی قرار داده است. یافته‌ها تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات تاب‌آوری، شادکامی و سلامت عمومی گروه آزمایش و کنترل نشان داد. این امر نشان‌دهنده تأثیر مداخلات روان‌درمانی مثبت‌نگر بر تاب‌آوری، شادکامی و سلامت عمومی زنان دارای همسر معتاد است. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر بر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر افزایش تاب‌آوری، شادکامی و سلامت عمومی زنان دارای همسر وابسته به مواد مخدر مورد تایید قرار می‌گیرد. به طور کلی یافته‌های پژوهش با یافته‌های پیترسکی و میکوتا (۲۰۱۲)، لیومیرسکی و لایوس (۲۰۱۳)، کردمیرزا (۱۳۸۸)، نوفرستی و همکاران (۱۳۹۴)، رعیت ابراهیم‌آبادی و

با توجه به نتایج گزارش شده در جداول (۲) و (۳) مشخص شده که روان‌درمانی مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر موجب ارتقای نمرات هر سه متغیر تحقیق در مرحله پس از آزمون می‌شود. همچنین، نمره میانگین هر سه متغیر پژوهش بعد از تعدیل و یا حذف کواریت در مرحله پیگیری گزارش شده است.

بحث

طی سال‌های اخیر، روانشناسی مثبت‌نگر با تأکید بر توانمندی‌ها و فضیلت‌های آدمی، به بررسی عواملی در انسان پرداخته است که سلامت روان، شادکامی و خشنودی از زندگی را، حتی در شرایط خطر به دنبال دارد (سلیگمن، رشید و پارک، ۲۰۰۶). لیومیرسکی و لایوس (۲۰۱۳)، معتقدند که مداخله‌های روان‌درمانی مثبت‌نگر از طریق افزایش هیجان مثبت، افکار و رفتارهای مثبت و ارضای نیازهای اساسی افراد مثل خودمختاری، عشق و تعلق خاطر و ارتباط، باعث

همکاران (۱۳۹۴) و رحیمی و همکاران (۱۳۹۴)، هماهنگ است. نتایج این پژوهش‌ها نشان داده است که مداخلات روان‌درمانی مثبت‌نگر، تاب‌آوری، شادکامی و سلامت عمومی را افزایش می‌دهد.

در تبیین نتایج پژوهش در راستای تایید فرضیه اول مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی مثبت بر افزایش تاب‌آوری، می‌توان گفت بر طبق مدل حفاظتی تاب‌آوری (گرن، رمچران، فلین، ۲۰۰۷)، عوامل مثبت در زندگی فرد می‌توانند جبران‌کننده برخی از خطرات باشند و همزمان با سایر عوامل، جهت کاهش پیامدهای منفی به تعامل پردازند. همچنین متخصصانی مانند وینا (۲۰۰۳)، بر آموختنی بودن مهارت‌های گوناگون تاب‌آوری تأکید دارند. روان‌درمانی مثبت‌نگر نه تنها از طریق کاهش نشانگان منفی بلکه به گونه‌ای مؤثر و مستقیم می‌تواند از طریق ایجاد هیجانات مثبت، توانمندی‌های منش، و معنا موجب تغییر آسیب‌پذیری به تاب‌آوری شود. روان‌درمانی مثبت‌نگر نه تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد نماید، بلکه می‌تواند تأثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و نیز سدی برای وقوع مجدد آن‌ها باشد (کردمیرزا، ۱۳۸۸). همان‌طور که بیان شد زنان دارای همسر وابسته به مواد در شرایط خطر قرار دارند و در پژوهش حاضر مداخلات روان‌درمانی مثبت تاب‌آوری آن‌ها را ارتقا داد بنابراین می‌توان گفت: نتایج پژوهش حاضر تاییدکننده آموختنی بودن مهارت‌های تاب‌آوری به واسطه مداخلات مثبت‌گرا است.

در تبیین نتایج پژوهش در راستای تایید فرضیه دوم مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی مثبت بر افزایش شادکامی می‌توان بیان کرد که مداخلات مثبت‌گرا راهبردهایی هستند که به آزمودنی کمک می‌کنند تا یک زندگی لذت‌بخش، جذاب و با معنا را بسازد،

رشید و سلیمین (۲۰۱۳). بر اساس الگوی شادکامی پایدار لیو میرسکی (۲۰۰۴)، عوامل تعیین‌کننده سطح شادکامی به سه دسته طبقه‌بندی می‌شوند که عبارتند از عوامل وضعی یا عوامل تثبیت‌شده، عوامل مرتبط با شرایط زندگی، و عوامل مرتبط با فعالیت‌های ارادی (قصدمند). شلدون و لیومیرسکی (۲۰۰۴)؛ عوامل ارادی را چنین تعریف کرده‌اند "اعمال اختیاری مستلزم تلاش و کوششی است که فرد درگیر آن‌ها می‌شود. چنین اعمالی می‌توانند شناختی (نگرش‌های مثبت یا خوش‌بینانه و پذیرش آن‌ها)، رفتاری (مهربانی کردن نسبت به دیگران به طور مرتب یا ورزش کردن به طور مرتب) یا ارادی و قصدمند (تعیین و پیگیری اهداف مهم و معنادار شخصی) باشند. وجه مشترک همه اینها تلاش و تعهد ارادی (آگاهانه)، است". با این ترتیب و آن‌گونه که روانشناسان مثبت‌گرا معتقدند بخش اعظم شادکامی پایدار آدمی به فعالیت‌هایی بستگی دارند که افراد آن‌ها را انتخاب کرده و هدفمندانه به انجام آن‌ها مبادرت می‌ورزند و چون این اعمال خصیصه ارادی و انتخابی دارند، در برابر سازگاری مقاوم‌تر از عوامل شرایطی و محیطی‌اند. در این پژوهش شادکامی زنان دارای همسر وابسته به مواد با وجود قرار داشتن در شرایط ناگوار، با مداخلات روان‌درمانی مثبت (بدون تغییر در شرایط محیطی) افزایش یافت. این نتایج در راستای نظریه شادکامی پایدار است. شادکامی این زنان از طریق مداخلات مثبت‌گرا و با انجام فعالیت‌های ارادی و قصدمند افزایش یافت.

یکی دیگر از موضوعات مورد توجه روانشناسی مثبت‌نگر، شناسایی و تشریح شادکامی و احساس ذهنی بهزیستی و پیش‌بینی آن‌ها بوده است. موضوع محوری این حوزه نوظهور در روانشناسی همانا، ارتقای بهزیستی افراد و شناسایی جنبه‌های مثبت در افراد و تقویت آن‌ها

مداخلات روان‌درمانی مثبت، سبب ارتقای شادکامی می‌شود، و نیز با اذعان به کوتاه مدت بودن و در نتیجه مقرون به صرفه بودن و قابل فهم بودن تمرینات این رویکرد نسبت به سایر رویکردها (سین و لیومیرسکی، ۲۰۰۹)، مداخلات روان‌درمانی مثبت می‌تواند به عنوان مداخله‌ای کارآمد در مراکز مختلف درمان اعتیاد، به کارگرفته شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در مراکز ترک اعتیاد، این آموزش‌ها به همسران افراد معتاد داده شود.

این پژوهش به خاطر طرح شبه آزمایشی بودن آن شامل محدودیت‌هایی است. محدودیت‌هایی که شامل استنباط علی از تاثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته است. از طرف دیگر، با توجه به اینکه پرسشنامه تحقیق به صورت خود سنجی توسط آزمودنی‌ها تکمیل شدند، محدودیت‌های مربوط به پرسشنامه که در تحقیقات دیگر نیز وجود دارد در این تحقیق برقرار است. محدودیت‌های دیگری نیز نظیر عدم مقایسه با درمان‌های دیگر نظیر شناختی رفتاری به منظور انتخاب یک درمان موثرتر از بین درمان‌های مختلف در این تحقیق وجود داشت. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش حجم نمونه کم و محدود بودن جامعه آماری به زنان دارای همسر وابسته به مواد شهرستان قدس بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که این مداخلات در نمونه بزرگتر و با مدت پیگیری طولانی‌تر و نیز در نمونه‌هایی شامل افراد وابسته به مواد نیز مورد بررسی قرار بگیرد. زنان دارای همسر معتاد نسبت به زنان دارای همسر سالم با مشکلات و مسائل رفتاری و روانی بیشتری مواجه هستند، بنابراین پیشنهاد می‌شود سیاستگذاران در خصوص تدوین برنامه‌هایی با رویکرد پیشگیری ویژه زنان دارای همسر معتاد اهتمام ورزند.

در جهت پیشگیری و اعتلای سلامت روان و همچنین کمک به درمان در صورت وجود مشکل و اختلال است. از این رو، تعدادی از پژوهشگران "سلامت روان" را مترادف با "شادمانی" ذهنی دانسته‌اند، (کار، ۲۰۰۴). تحقیقاتی که طی سال‌های اخیر انجام شده است از طرفی بیانگر اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر افزایش شادکامی، تاب‌آوری و سلامت عمومی گروه‌های مورد مطالعه است و از طرفی بیانگر رابطه مثبت بین تاب‌آوری و شادکامی با سلامت عمومی است. هارتلی (۲۰۱۱)، تاب‌آوری را به عنوان یکی از مولفه‌های روانشناسی مثبت‌نگر که در سلامت روان نقش دارد معرفی می‌کند. پژوهش‌های استادیان و همکاران (۱۳۹۰) نشان می‌دهد که رابطه مثبت و معناداری بین شادکامی و سلامت روان وجود دارد. نتایج پژوهش خوش کنش و همکاران (۱۳۸۷)، حاکی از آن است که بین احساس شادکامی با مشکلات روانی، علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی در دانشجویان دختر و پسر رابطه منفی معناداری وجود دارد. بنابراین در تبیین نتایج فرضیه سوم مبنی بر اینکه مداخلات روان‌درمانی مثبت در ارتقای سلامت روان می‌توان گفت که مداخلات مثبت‌گرا با ارتقای شادکامی و تاب‌آوری و کاهش اضطراب و افسردگی می‌تواند در ارتقای سلامت عمومی افراد موثر باشد.

براساس نتایج پژوهش می‌توان چنین استنباط نمود که آموزش مهارت‌های مثبت‌نگری به فرد کمک می‌کند که تجربه‌های مثبت را بازشناسد و در ارتباط با دنیای اطراف، موضعی فعال تر اتخاذ کند، هدفمند شود و برای زندگی خود معنا بیابد، هیجان‌های مثبتش را افزایش دهد و نقاط قوت شخصی را ارتقا دهد. با توجه به تأکید متخصصان بر آموختنی بودن مهارت‌های گوناگون تاب‌آوری، و نیز با توجه به اینکه آموزش

منابع

- کرد میرزا، ع. (۱۳۸۸). الگویابی زیستی - معنوی در افراد وابسته به مواد و تدوین برنامه مداخله برای ارتقاء تاب‌آوری مبتنی بر روایت‌شناسی‌شناختی و روان‌شناسی مثبت‌نگر، پایان‌نامه دکتری روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی. کو حسین، ۱۳۸۷. رابطه شادکامی و سلامت روانی دانشجویان، اندیشه و رفتار، ۲ (۷). ۴۱-۵۲
- محبوبی منش، ح. (۱۳۸۲). اعتیاد مردان، تهدیدی علیه زن و خانواده. فصلنامه شورای فرهنگی، اجتماعی زنان. ۶ (۲۲). ۶۷-۹۰.
- محمدی، م. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض سوء مصرف مواد پایان‌نامه دکتری روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
- محمد خانی، پ؛ عسگری، ع؛ ستاره فروزان، ا؛ مومنی، ف؛ دلاور، ب. (۱۳۸۹). بروز نشانگان روان‌پزشکی در زنان دارای همسران معتاد. نشریه روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، ۶ (۲۳)، ۲۳۷-۲۴۵.
- نوفرستی، ا؛ روشن، ر؛ فتی، ل؛ حسن‌آبادی، ح؛ پسندیده، ع؛ شعیری، م. (۱۳۹۴). اثر بخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی افراد دارای نشانه‌های افسردگی، مطالعه تک آزمودنی با چند خط پایه، پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، ۱ (۱)، ۱۸-۱.
- نوری، ر؛ رفیعی، ح؛ اکبریان، م؛ نارنجی‌ها، ه. (۱۳۸۹). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی در زنان دارای شوهر معتاد و سالم، مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۱ (۴). ۷۲-۵۵.
- استادیان، م؛ قنوانی، ب؛ کجیاف‌نژاد، ه. (۱۳۹۰). بررسی رابطه شادکامی و سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان، فرهنگ در دانشگاه آزاد اسلامی، ۱۵ (۲). ۱۴۷-۱۳۸.
- براتی سده، ف. (۱۳۸۸). اثربخشی مداخلات روانشناسی مثبت‌گرا در نشاط و خشنودی از زندگی، معناداری زندگی و کاهش افسردگی: مدلی برای اقدام، پایان‌نامه دکتری روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- پورقاسمی، م. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کارکرد خانواده زنان دارای همسر معتاد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- رحیمی، س؛ برجعلی، ا؛ سهرابی، ف. (۱۳۹۴). اثربخشی مداخلات روانشناسی مثبت‌گرا بر تاب‌آوری بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، ۱ (۲)، ۱-۱۰.
- رعیت ابراهیم‌آبادی، م؛ ارجمندیا، ع؛ افروز، ع. (۱۳۹۴). تأثیر برنامه آموزشی مثبت‌نگری بر شادکامی و باورهای غیرمنطقی نوجوانان بزهکار، پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، ۱ (۲)، ۱۴-۱.
- سامانی، س؛ جوکار، ب؛ صحراگرد، ن. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایت از زندگی، مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳ (۳). ۲۹۵-۲۹۰.
- کار. آ. (۱۳۸۵). روانشناسی مثبت، ترجمه ح پاشاشریفی و ج نجفی زند. تهران: سخن. (انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۴).

- Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well being. *Current Directions in Psychological Science*. 22(1), 57-62.
- Pietrowsky, R., & Mikutta, J. (2012). Effects of positive psychology intervention in depressive patients: A randomized control study. *Psychology*. 3(12), 1067-1073.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2005). Orientation to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*. 6, 25-41.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*. 58, 307-321.
- Rashid, T. & Seligman, M. E. P. (2013). *Positive psychotherapy in current psychotherapies* By R.J. Corisini, & D. W. Belmont. CA: Cengage.
- Sheldon, K. M. & Lyubomirsky, S. (2004). Achieving sustainable new happiness: Prospects, practices, and prescriptions. In positive Psychology in Practice. eds. by P. A. Linley & S. Joseph. NY: Wiley & Sons.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467-487.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T. & Parks, A. (2006). Positive psychotherapy. *American psychologist*, 61 (8), 86-774
- Weena, C. (2003). Effects of communication skills training on parents and young adolescents from extreme family types. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 4, 162-175.
- Wallace, B. A., & Shapiro, S. L. (2006). Mental balance and well-being: Building bridges between Buddhism and western psychology. *American Psychologist*. 61(7), 690-701.
- یعقوبی، ن. و شاه محمدی، د. (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱(۴)، ۷-۱۴.
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner- Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 18, 76-82.
- Duckworth, A. L., & Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in Clinical Practice. *Annual Review of Clinical psychology*, 1, 629-651.
- Grant, G., Ramcharan, P. and Flynn, M. (2007). Resilience in Families with Children and Adult Members with Intellectual Disabilities: Tracing Elements of A Psycho-Social Model. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 20, 563-575.
- Hartley, M. T. (2011). Examining the Relationships between Resilience, Mental Health, and Academic Persistence in Undergraduate College Students, *Journal of American College Health*. 59(7), 596-604.
- Kapila, G. & Kumar, A. (2015). Life Satisfaction and Resilience among Divorced Women in India. *The International Journal of Indian Psychology*. 3(1), 98-106
- Jakson D, Firtko A, Edenborough M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 60(1), 1-9.
- Lyubomirsky, S, Sheldon, M & Schkade, D. (2005). Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change. *Review of general psychology*. 9 (2), 111-131.