

تأثیر مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی بر امید، خوشبینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران افسرده*
 عباس مختاری^۱، محمدباقر کجباف^۲، محمدرضا عابدی^۳

The effectiveness of intervention based on psychological capital on hope, optimism, resilience, and self-efficacy among patients with depression

Abbas Mokhtari¹, Mohammad Baqher Kajbaf², Mohammad Reza Abedi³

چکیده

زمینه: در قالب مطالعات مداخله‌ای، اثربخشی درمان‌های روانشناختی مختلف بر روی افسردگی مورد بررسی قرار گرفته است، اما پژوهشی که به بررسی تأثیر مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی بر امید، خوشبینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران افسرده پرداخته باشد، مغفول مانده است. **هدف:** این پژوهش با هدف بررسی تأثیر مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی بر امید، خوشبینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران افسرده انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع شبه آزمایشی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه این پژوهش را تمامی افراد مبتلا به افسردگی خفیف تا متوسط مراجعه کننده به مرکز مشاوره آفتاب شهر نجف‌آباد اصفهان در نیمه اول سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونه این مطالعه ۳۰ بیمار افسرده بودند که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش، پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۸) و پرسشنامه سرمایه روانشناختی مک‌گی (۲۰۱۱) بود. گروه آزمایش، مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی (لوتانز، یوسف و اولیو، ۲۰۰۷) را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی دریافت نمودند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک متغیری و تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده گردید. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از آن بود که مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی در بهبود سرمایه روانشناختی و مؤلفه‌های امید، خوشبینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران افسرده مؤثر بود. همچنین مداخله آموزشی در کاهش میزان افسردگی بیماران اثر مثبت داشت ($p < 0/01$). **نتیجه‌گیری:** مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی می‌تواند به عنوان روشی کارآمد جهت افزایش نیرومندی‌های امید، خودکارآمدی، تاب‌آوری و خوشبینی و کاهش نشانه‌های افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی مورد استفاده قرار گیرد. **واژه کلیدی‌ها:** افسردگی، سرمایه روانشناختی، امید، خوشبینی، تاب‌آوری

Background: In the frame of interventional studies, the effectiveness of various psychological interventions on depression has been examined, but no research has been conducted so far with the aim of investigating the effectiveness of intervention based on psychological capital on hope, optimism, resilience, and self-efficacy among patients with depression. **Aims:** The current research was conducted by the aim of investigating the effectiveness of intervention based on psychological capital on hope, optimism, resilience, and self-efficacy among patients with depression. **Method:** The present study was conducted by semi-experimental method using a pretest-posttest and control group design. The research population included all the patients with minor to moderate depression referring to Aftab Counseling Center in Najaf Abad, Isfahan, in the first half of 2018. The study sample included 30 depressive patients who were selected by purposeful sampling method and, then, were assigned into two experiment and control groups (15 subjects per group) through random assignment method. The research tools were Beck Depression Inventory (1978) and Psychological Capital Inventory of McGee (2011). The experiment group received the intervention based on psychological capital (Luthans, Youssef, and Avolio, 2007) in eight 90-minute sessions in group. To analyze the data, univariate analysis of covariance and multivariate analysis of covariance were used. **Results:** Results indicated that the intervention based on psychological capital was effective on improving psychological capital and the components of hope, optimism, resilience and self-efficacy in depressive patients. Moreover, the training intervention was positively effective on reducing the depression level of patients ($p < 0/01$). **Conclusions:** The intervention based on psychological capital can be used as an effective method to increase the potency of hope, self-efficacy, resilience and optimism, and to reduce depressive symptoms in patients with depression. **Key Words:** Depression, psychological capital, hope, optimism, resilience

Corresponding Author: abbas.mokhtari@gmail.com

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

^۱ Ph.D Student Candidate of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran (Corresponding Author)

^۲ استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۲ Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

^۳ استاد، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ Professor, Department of Counselling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

پذیرش نهایی: ۹۹/۰۴/۰۸

دریافت: ۹۹/۰۳/۱۶

مقدمه

وجود دارد که افراد به خاطر سطوح بالای امید، در برابر شروع افسردگی محافظت شوند، طول دوره افسردگی در آنها کوتاه شود و احتمال عود افسردگی در آنها به حداقل برسد (اسنایدر، ۲۰۰۰). امید، را می توان تلاش مستمر و پایدار برای رسیدن به اهداف و تعیین مجدد مسیرها برای رسیدن به اهداف به هنگام ضرورت تعریف کرد (لوتانز و یوسف مورگان، ۲۰۱۷). تحقیقات زیادی وجود دارند که نشان می دهند بین میزان بالای امید و سلامت روانی ارتباط وجود دارد (ویلز، کات، گیسون، ۲۰۰۸). با توجه به این موارد، ده ها سال است که اهمیت امید یا ناامیدی در ایجاد افسردگی و درمان آن مورد حمایت پژوهشگران قرار گرفته است (گالاگر، ۲۰۱۸). موفقیت در دستیابی به اهداف، هیجان های مثبت و شکست در آن، هیجان های منفی ایجاد می کند. افراد با امید بالا مسیرهای بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و وقتی با مانع برخورد می کنند، می توانند انگیزه خود را حفظ کرده و از مسیرهای جانشتین استفاده کنند؛ در حالی که افراد با امید پایین به دلیل محدود بودن عوامل انگیزشی و مسیرهای تفکرشان در برخورد با موانع به راحتی انگیزه خود را از دست داده و دچار هیجان های منفی می شوند که این امر به نوبه خود منجر به افسردگی می شود (لوپز، اسنایدر، راسموسن و کول، ۲۰۱۹). از نظر اسنایدر (۲۰۰۰) افسردگی با عدم تحقق اهدافی که برای فرد حائز اهمیت است، رابطه مستقیمی دارد و سطح پایین امید می تواند سطح افسردگی و نقص روانی - اجتماعی پایین تر را پیش بینی کند.

یکی از مهم ترین نشانه های افسردگی، احساس ناتوانی در کنترل کردن رویدادهای زندگی فرد است. سلیگمن (۱۹۹۰) افسردگی را اوج بدبینی نامید (شولتز و شولتز، ۲۰۱۳؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۸). سلیگمن اساس تفکر فرد افسرده را سبک تبیینی بدبینانه در نظر می گیرد. منفی شدن مفهوم آینده، شخص و جهان از این امر ناشی می شود که فرد علل رویدادهای ناخوشایند را پایدار، فراگیر و شخصی و علل رویدادهای خوشایند را عکس آن می - پندارد (سلیگمن و رشید، ۲۰۰۶). خوشبینی^۳، یعنی اسناد مثبت داشتن به موفقیت در زمان کنونی و زمان آتی (لوتانز و یوسف، ۲۰۱۷). سلیگمن معتقد است خوشبینی آموختنی است و آموختن اینکه پس از هر شکست، چگونه مسیر افکار خود را به سمت

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱، افسردگی نوعی احساس غم مداوم و عدم علاقه به فعالیت هایی است که افراد به طور طبیعی از انجام آن لذت می برند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۷). افسردگی یکی از اختلالات خلقی است که با نشانه هایی از جمله احساس غم و اندوه، از دست دادن علاقه و انگیزه، بدبینی و افکار خودکشی همراه است که تأثیرات زیادی بر کارکرد تحصیلی و حرفه ای افراد دارد (موروگ، ایاکوویلو، نیومیستر، چارنی و یوسفسکو، ۲۰۱۱). ویژگی اصلی افسردگی شامل یک دوره زمانی حداقل دو هفته ای است که در ضمن آن، خلق افسرده یا بی علاقه و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه امور وجود دارد. همچنین فرد باید دست کم چهار نشانه دیگر از جمله تغییر در اشتها یا در وزن، خواب و فعالیت های روانی - حرکتی، کاهش نیرو، احساس بی ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر، تمرکز در تصمیم گیری، افکار عود کننده درباره مرگ و خودکشی و طرح نقشه یا اقدام به خودکشی را داشته باشد (ایمل، مالتزر، مک کی و ومپلد، ۲۰۰۸). افسردگی با شیوع و بروز گسترده ای با حدود ۲۵ درصد برای زنان و ۱۲ درصد برای مردان در طول عمر به عنوان متداول ترین بیماری روانی از سال ها پیش مطرح شده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). علائم و نشانه های این بیماری که متخصصان فن به جستجوی آنها می پردازند، متنوع هستند و تمامی عملکردهای انسان را از هر دو جنبه روانشناختی و جسمانی تحت تأثیر قرار می دهد. در واقع افسردگی مجموعه ای از حالات مختلف روانی است که از احساس خفیف ملال تا سکوت و دوری از فعالیت روزمره بروز می کند. افسردگی عملکردهای روزمره فرد همچون خوردن و خوابیدن و سلامتی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد (آشایی، هورویتر و چرنی، ۲۰۱۹). افسردگی هنگامی به یک مشکل جدید بدل می شود که بعد از گذشت هفته ها هیچ بهبودی در وضعیت روانی فرد مشاهده نشود. در چنین شرایطی باید برای درمان افسردگی اقدام کرد. حتی افسردگی شدید نیز هر چند سخت، اما به طور کامل قابل درمان است (تاونسند و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی از متغیرهایی که نقش مهمی در شروع، تداوم و بهبود افسردگی بازی می کند، امید^۲ است. به عبارت دیگر، این امکان

1. World Health Organization

2. Hope

3. Optimism

برآورده کردن و حفظ معیارهای عملکردمان، خودکارآمدی را افزایش می‌دهد؛ ناکامی در بر آوردن و حفظ آن معیارها، آن را کاهش می‌دهد (بندورا، ۲۰۰۴). بندورا معتقد است که خودکارآمدی بر شیوه فکر کردن، احساس کردن و برانگیختگی افراد تأثیر می‌گذارد. از نظر او افراد با باورهای قوی در مورد توانایی خود در مقایسه با افرادی که باور ضعیفی از توانایی خود دارند، در انجام تکالیف، تلاش و اصرار بیشتری به خرج می‌دهند، در برابر موانع دیرتر تسلیم می‌شوند و از راهبردهای شناختی بیشتری استفاده می‌کنند (استرلینگ و همکاران، ۲۰۰۹). افرادی که نمرات بالاتری در مقیاس‌های خودکارآمدی دارند، نشانه‌های کمتری از افسردگی را نشان می‌دهند (مک فارلین، بلیسیمو و نورمن، ۱۹۹۵). نتایج پژوهش اوگونیمی و مابکوجه (۲۰۰۷) نشان داد بین خودکارآمدی، اضطراب و افسردگی رابطه منفی وجود دارد.

لوتانز، اولیو، آوی و نورمن (۲۰۰۷) با ترکیب نیرومندی‌های امید، خوشبینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری، مفهومی جدید تحت عنوان سرمایه روانشناختی را مطرح ساختند. این چهار عامل هنگامی که باهم ترکیب شوند، انرژی ترکیبی مؤثرتری خواهند داشت. براین مبنای، این عوامل تأثیر هم‌افزایی بر یکدیگر دارند. این عوامل در یک فرایند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی فرد معنا بخشیده، تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشارزا را تداوم می‌بخشند، او را برای ورود به صحنه عمل آماده نموده و مقاومت و سرسختی وی در تحقق اهداف را تضمین می‌کنند (لوتانز و یوسف، ۲۰۱۷). نتایج مطالعه بکر، لیونز و کانلن (۲۰۱۷) حاکی از آن بود که پایین بودن سرمایه روانشناختی با افسردگی رابطه دارد. پژوهشگران معتقدند که ریشه بسیاری از مشکلات روانی و اجتماعی تنش، استیصال، افسردگی، یاس و ناامیدی، احساس عجز، احساس تنهایی، کاهش تحمل اجتماعی و غیره در پایین بودن میزان سرمایه روانشناختی افراد، جوامع و ملت‌ها قرار دارد که با تقویت سرمایه روانشناختی می‌توان با این مشکلات مبارزه کرد (انگلینو و همکاران، ۲۰۱۸؛ به نقل از فروتن، احدی، عسکری، صاحبی و پیشقدم، ۱۳۹۹). یکی از مداخلات آموزشی مؤثر برای بیماران مبتلا به افسردگی، آموزش مبتنی بر سرمایه روانشناختی است. مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی، یک الگوی برگرفته از سرمایه روانشناختی لوتانز است که تأکید خود را بر بنا کردن و ایجاد مؤلفه‌هایی می‌نماید که وجود هر یک از آنها می‌تواند به عنوان ابزاری قدرتمند، فرد را در برابر

خوشبینی سوق دهیم، مهارتی به انسان می‌دهد که بتواند بر افسردگی و ناامیدی غلبه کند و او را یاری می‌کند تا از سلامت بیشتری برخوردار باشد (سلیگمن و رشید، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش سرگنت و مونگرین (۲۰۱۴) نشان داد که آموزش خوشبینی با افزایش شادی و کاهش افسردگی همراه است. برخی از پژوهش‌ها بین تاب‌آوری^۱ و افسردگی نیز رابطه منفی معناداری نشان داده‌اند و گویای آن هستند که افراد تاب‌آور می‌توانند بر مشکلات غلبه کنند (اینزلیخت، ارنسون، گود و مک کی، ۲۰۰۶). تاب‌آوری، یعنی نشان دادن مقاومت به هنگام مواجهه با مشکلات و بد اقبالی‌ها و بازگشت مجدد با تلاش و انرژی بیشتری حتی فراتر از قبل برای رسیدن به موفقیت (لوتانز و یوسف، ۲۰۱۷). افراد خود تاب‌آور دارای علایق گسترده هستند، سطح آرزوی بالایی دارند، از نظر اجتماعی آماده هستند، مسرور بوده و رفتارهای خود شکنانه ندارند، از نظر هیجانی خوش برخورد هستند و زندگی شخصی معناداری دارند (لتزرینگ، بلاک و فوندر، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها بیانگر این هستند که تاب‌آوری می‌تواند سلامت روانی افراد را تضمین نموده و ارتقا دهد (پینکوارت، ۲۰۰۹). همچنین فرآیند تاب‌آوری می‌تواند در طول زمان تغییر کند و به سلامت روانی افراد پس از تجارب دردناک و نامطلوب کمک کند (لی، سادوم و زامورسکی، ۲۰۱۳). پژوهشی بر روی ۴۱ بیمار افسرده که اقدام به خودکشی داشتند، نشان داد این افراد در مقایسه با بیمارانی که اقدام به خودکشی نداشتند، نمرات بسیار پایین‌تری در تاب‌آوری داشتند. این پژوهش همچنین نشان داد که وجود تاب‌آوری پایین با بروز افکار و رفتارهای خودکشی گریزانه ارتباط دارد (روی، سارچیا فون و کارلی، ۲۰۰۷). از این رو محققین دیگر، آموزش تاب‌آوری را یکی از راه‌های ارتقای سلامت روانی و کاهش اقدام به خودکشی در نظر گرفته‌اند (لوین، ۲۰۰۸).

از جمله مؤلفه‌های دیگری که رابطه تنگاتنگی با افسردگی دارد، خودکارآمدی است (الیس، آبرامز و آبرامز، ۲۰۰۹). اینکه ما معیارهای رفتارمان را تا چه اندازه‌ای درست برآورد کرده باشیم، خودکارآمدی ما را تعیین می‌کند. در نظام بندورا (۱۹۷۷)، منظور از خودکارآمدی، احساس‌های شایستگی، کفایت و قابلیت در رویارویی با تکالیف چالش برانگیز زندگی تعریف شده است.

^۱. Resilience

تشکیل دادند. از میان بیماران افسرده متقاضی شرکت در جلسات آموزشی (۳۶ نفر)، بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش، ۳۰ بیمار مبتلا به افسردگی خفیف تا متوسط به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود افراد به مطالعه شامل کسب نمره ۱۴ تا ۲۸ در پرسشنامه افسردگی بک، سن بالای ۱۸ سال، توانایی خواندن و نوشتن و تمایل جهت شرکت در مطالعه بود. ابتلا به افسردگی شدید، دریافت خدمات مشاوره فردی خارج از جلسات گروهی و غیبت بیش از دو جلسه نیز به عنوان موارد خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که فراخوانی از سوی مرکز مشاوره آفتاب مبنی بر تشکیل جلسات آموزشی با هدف کمک به کاهش افسردگی افراد مبتلا به افسردگی اعلام گردید. پس از نام‌نویسی از متقاضیان، از میان افراد متقاضی شرکت در جلسات آموزشی، ۳۰ نفر که در آزمون افسردگی بک نمراتی بین ۱۴ تا ۲۸ کسب نموده بودند و واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، به شیوه هدفمند انتخاب و با تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. در مرحله پیش‌آزمون، آزمودنی‌های هر دو گروه به پرسشنامه‌های افسردگی بک و سرمایه روانشناختی مک‌گی پاسخ دادند. سپس برای بیماران گروه آزمایش، مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی برگزار گردید. آزمودنی‌های گروه گواه تا پایان جلسات آموزشی گروه آزمایش، مداخله‌ای دریافت نمودند. پس از پایان جلسات آموزشی، مجدداً اعضای هر دو گروه از نظر میزان افسردگی و سرمایه روانشناختی مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این مطالعه مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی رعایت گردید که از جمله آنها می‌توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل اشاره کرد (انجمن جهانی پزشکی، ۲۰۱۳). محتوای جلسات آموزشی بر اساس مفاهیم و طرح آموزشی لوتانز، یوسف و اولیو (۲۰۰۷) تنظیم گردید. محتوای جلسات آموزشی در این پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

طوفان‌های زندگی مقاوم نماید. اصل مهم در مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی این است که مداخله نباید فقط متمرکز بر کاهش مشکلات باشد، بلکه باید به افراد کمک کند تا بتواند زندگی کامل‌تر، غنی‌تر و شادتری داشته باشند (لوتانز و یوسف، ۲۰۰۴). شواهد زیادی وجود دارد که آموزش سرمایه روانشناختی می‌تواند سطح امید، خوشبینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری فرد را بالا ببرد (لوتانز، آوی، اولیو و پترسن، ۲۰۱۰؛ نولزن، ۲۰۱۸). پژوهش جیاجون (۲۰۱۱) نشان داد که استفاده از برنامه آموزشی سرمایه روانشناختی می‌تواند بر کاهش استرس و افزایش مقاومت در برابر فشارهای محیطی مؤثر باشد. پژوهش لوتانز و همکاران (۲۰۱۰) نیز حاکی از آن بود که ارتقای سرمایه روانشناختی بر افزایش اعتماد به نفس، کاهش احساس استیصال، بدبینی و کاهش احساس بی‌کفایتی فردی و ناامیدی تأثیر مثبت داشته است. اگرچه پژوهش‌های بسیار مهمی در زمینه اختلالات روانی و رفتار ناسازگار انجام پذیرفته است، با این حال به نظر می‌رسد که نقش سرمایه روانشناختی به عنوان نیرومندی انسانی، شکوفاساز و کنش‌های مطلوب بر بهزیستی روانی کلی، مورد غفلت واقع شده یا کمتر بدان توجه شده است (لوتانز و یوسف، ۲۰۰۴). پیوند منحصر به فرد این نیرومندی‌ها و افسردگی، نقش تأثیرگذار این عوامل در پدیدآیی، تداوم و بهبود افسردگی را نشان می‌دهد. با این حال تأثیر مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی در بیماران افسرده مورد توجه واقع نشده است. با توجه به نقشی که مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی بر رویش امید، خوشبینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری دارد، بررسی تأثیر آن بر افراد افسرده ضروری به نظر می‌رسد. همچنین در جستجوهای انجام شده توسط محقق در مطالعات داخلی و خارجی، پژوهشی که به بررسی اثر مداخله آموزشی مبتنی بر سرمایه روانشناختی بر امید، خوشبینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری بیماران مبتلا به افسردگی پرداخته باشد، مشاهده نشد، از اینرو مطالعه حاضر با هدف تأثیر مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی بر امید، خوشبینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران افسرده انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه این پژوهش را تمامی افراد مبتلا به افسردگی خفیف تا متوسط مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آفتاب شهر نجف‌آباد اصفهان در نیمه اول سال ۱۳۹۷

جدول ۱. محتوای جلسات مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی (لوتانز و همکاران، ۲۰۰۷)

جلسات	شرح جلسات	تکالیف
اول	آشنایی با اهداف و انتظارات مراجع از مداخله، تعریف امید و ناامیدی و ویژگی‌های افراد امیدوار، تعریف خوشبینی، بدبینی، خوشبینی واقعی و خوشبینی غیر واقعی و وجه تمایز بین آنها، تعریف مفهوم خودکارآمدی و بحث در خصوص ویژگی‌های افراد خودکارآمد، تعریف مفهوم تاب‌آوری و بحث در خصوص ویژگی‌های افراد تاب‌آور.	تمرین آرام‌سازی خود
دوم	مرور جلسه قبل، مشخص نمودن اهداف، مسیرها و عوامل انگیزه دهنده فرد و بررسی موانع دستیابی به آنها، آشنایی با مفهوم استیصال آموخته شده و نقش آن در خوشبینی و بدبینی، بحث پیرامون نقش استیصال آموخته شده در کاهش خودکارآمدی، آشنایی با راه حل‌های مسئله‌مدار و هیجان‌مدار برای رویارویی با تنیدگی.	تمرین بررسی توانمندی‌های خود، تمرین یادآوری سه چیز خوب
سوم	مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با نقش اهداف در ایجاد و افزایش امید، آشنایی با فرایند اسناد و مفهوم مکان مهارگری، بررسی ارتباط بین انگیزه، اراده و اعتماد به نفس با خودکارآمدی و استفاده از تکنیک بازخورد، ارائه تعاریفی از مفهوم سرسختی و معرفی مولفه‌های آن (تعهد، چالش و مهارگری)،	تمرین مزه کردن لذت‌های مثبت
چهارم	مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با چگونگی دست یافتن به اهدافی روشن و قابل دستیابی، آشنایی با هیجان‌های مثبت، آشنایی با اسنادهای درونی، بیرونی، کلی، خاص، پایدار و ناپایدار و نقش هر کدام در خوشبینی، بررسی چگونگی افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی و استفاده از تکنیک بازخورد مثبت، تمرکز بر مؤلفه تعهد و استفاده از تکنیک‌هایی جهت ارتقای آن، تمرکز بر مؤلفه چالش، چگونگی تبدیل مشکلات به چالش‌ها و افزایش تمایل روبرو شدن با آنها.	تمرین بازخورد مثبت، تهیه فهرست اهداف مهم زندگی، تمرین کلنجار رفتن با افکار و باورهای بدبینانه
پنجم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش چگونگی تقسیم یک هدف بزرگ به اهدافی کوچکتر به منظور افزایش احتمال تحقق آنها، آشنایی با نقش اسنادها در خوشبینی، تمرکز بر مؤلفه مهارگری و بحث در خصوص چگونگی افزایش احساس مهارگری بر زندگی.	تمرین درهای باز و درهای بسته، تمرین تصویرسازی ذهنی به منظور ایجاد تجارب مثبت و تقویت آن
ششم	مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با چگونگی فرمول‌بندی اهدافی روشن و عینی، آموزش چگونگی ایجاد و گسترش اسنادهای مثبت درونی، آشنایی با روش‌های علمی حل مسئله و نقش کاربردی آنها در افزایش سطح خودکارآمدی، آموزش تصویرسازی و قانع سازی کلامی، استفاده از تکنیک تقویت جانشینی از طریق ارائه نمونه‌ها به منظور آشنایی بیشتر با راهبردهای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار.	تمرین تحلیل وقایع ناخوشایند به وقایع ناخوشایندتر
هفتم	مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با نقش تعیین اهداف روزانه در تحقق اهداف بزرگ و چگونگی انجام آن. آشنایی با چگونگی استفاده از مسیرهای متعدد در تحقق هدف، استفاده از تقویت مستقیم و جانشینی از طریق بحث در خصوص موفقیت‌های پیشین به منظور افزایش خودکارآمدی، بحث در خصوص نقش مکان مهارگری در سرسختی، آشنایی بیشتر با راهبردهای مسئله‌مدار و تشویق فرد به استفاده بیشتر از این راهبردها.	تمرین قانع‌سازی کلامی، تمرین خودگویی‌های مثبت جهت افزایش سطح تاب‌آوری
هشتم	بازنگری مطالب جلسات پیشین و آشنایی بیشتر با چگونگی استفاده از گذرگاه‌های متعدد و شیوه‌های ایجاد انگیزه در تحقق هدف و تمرین عملی به منظور افزایش سطح امید، مرور مطالب جلسات پیشین و توجه و تمرکز بر استعدادها و توانایی‌های فردی و محیطی و تمرین عملی به منظور افزایش سطح خوشبینی، مرور مطالب جلسات پیشین و آشنایی بیشتر با تکنیک‌های افزایش خودکارآمدی و تمرین عملی به منظور افزایش سطح خودکارآمدی، مرور مطالب جلسات پیشین و تمرین عملی به منظور افزایش سطح تاب‌آوری	تمرین تکالیف ارائه شده در جلسات مداخله

ابزار

است (عباسی، محمدی، زهراکار، داورنیا و بابایی گرمخانی، ۱۳۹۶). مطالعات انجام شده در مورد اعتبار پرسشنامه بک در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که این پرسشنامه از اعتبار قابل قبولی برخوردار است (کاپسی، اوسلو، ترک کاپار و کاراوگلان، ۲۰۰۸؛ قاسم‌زاده، مجتبیایی، کرم قدیری و ابراهیم‌خانی، ۲۰۰۵). در مطالعه‌ای ضریب آلفای کرونباخ و تصنیف پرسشنامه مذکور به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۳ بوده و ضریب بازآزمایی به فاصله سه هفته روی ۵۹ دانشجوی پسر ۰/۴۹ گزارش شده است (رجبی، کارجوکسمایی و جباری، ۱۳۸۹). در پژوهش عباسی و همکاران (۱۳۹۶) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۸ به دست آمد. پرسشنامه سرمایه روانشناختی: مقیاس سرمایه روانشناختی مک گی (۲۰۱۱) برگرفته از پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز است که

پرسشنامه افسردگی بک^۱: این آزمون برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک معرفی شد. سپس در سال ۱۹۷۱ تجدیدنظر و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. این آزمون بر پایه یافته‌های بالینی تهیه و تنظیم شده و هیچ نظریه سبب‌شناسی را برای افسردگی در نظر نگرفته است (ویس و همکاران، ۲۰۰۹). این آزمون در مجموع از ۲۱ سؤال مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود و هنگام اجرا از آزمودنی خواسته می‌شود تا شدت این نشانه‌ها را بر اساس یک مقیاس چهار درجه‌ای از ۰ تا ۳ درجه بندی کند. دامنه نمرات بین حداقل ۰ تا حداکثر ۶۳ قرار دارد. به این معنی که نمره‌های ۰ تا ۱۳ نشان دهنده هیچ یا کمترین میزان افسردگی، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید

2. Psychological Capital Inventory

1. Beck Depression Inventory

طور کلی ۰/۹۵ بود (مک گی، ۲۰۱۱). در ایران گل پرور (۱۳۹۰) قابلیت اعتماد این آزمون را قابل قبول گزارش کرده است. همچنین میزان آلفای کرونباخ را برای خودکارآمدی، امید، تاب آوری و خوشبینی را به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۷۲ و ۰/۶۰ گزارش نموده است (گل پرور، قاسمی و مصاحبی، ۱۳۹۳). برای تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس تک متغیری و تحلیل کوواریانس چند متغیری با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS24 استفاده گردید.

یافته‌ها

بررسی اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان داد در هر یک از گروه‌های آزمایشی و گواه ۹ زن و ۶ مرد حضور داشتند. در گروه آزمایش ۵ نفر مجرد و ۱۰ نفر متأهل و در گروه گواه ۴ نفر مجرد و ۱۱ نفر متأهل بودند.

محدود به موقعیت‌های شغلی نیست. این پرسشنامه شامل ۲۶ گویه دارد. در هر گزینه نمره ۶ به کاملاً موافق و نمره ۱ به کاملاً مخالف داده می‌شود. بنابراین بالاترین نمره ۱۵۶ و پایین‌ترین نمره ۲۶ خواهد بود. گویه‌های ۱ تا ۸ بیانگر خودکارآمدی هستند. تمام هشت گویه مقیاس امید اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) نیز در این مقیاس با اندکی اصلاح و انطباق، لحاظ شده‌اند. سایر گویه‌ها نیز برگرفته از مقیاس جهت‌گیری زندگی کارور، شیر و سیگرستروم (۱۹۹۵) و تاب‌آوری واگنیلد و یانگ (۱۹۹۳) هستند. گویه‌های ۹ تا ۱۶ بیانگر امید هستند. گویه‌های ۱۷ تا ۲۰ بیانگر تاب‌آوری و ۲۱ تا ۲۶ بیانگر خوشبینی هستند (مک گی، ۲۰۱۱). تحلیل مقدماتی پرسشنامه سرمایه روانشناختی مک گی، از این مقیاس حمایت می‌نماید. برآورد احتمال قابلیت اعتماد هر یک از مقیاس‌های تغییر شکل یافته سرمایه روانشناختی از سطح ثبات درونی نسبتاً بالایی برخوردار بود. آلفای کرونباخ برای خودکارآمدی ۰/۸۹، امید ۰/۸۷، تاب‌آوری ۰/۸۳، خوشبینی ۰/۸۱ و سرمایه روانشناختی به

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها

متغیر	مؤلفه	مرحله آزمون	گروه آزمایش		گروه گواه
			میانگین	انحراف استاندارد	
خوشبینی		پیش‌آزمون	۱۶	۲/۲۳	۱۳/۸۷
		پس‌آزمون	۲۷/۶۷	۴/۵۷	۲/۲۷
تاب‌آوری		پیش‌آزمون	۹	۲/۰۷	۱۰/۶۷
		پس‌آزمون	۱۵/۸۰	۲/۰۴	۲/۱۷
سرمایه روانشناختی	خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۲۱/۶۰	۳/۱۱	۲۰/۴۷
		پس‌آزمون	۳۲/۲۰	۴/۱۰	۲۱
امید		پیش‌آزمون	۲۱/۵۳	۳/۶۴	۲۲/۶۷
		پس‌آزمون	۳۵/۷۳	۴/۳۱	۲۲/۸۰
سرمایه روانشناختی		پیش‌آزمون	۶۸/۳۳	۶/۵۲	۶۸/۲۷
		پس‌آزمون	۱۱۲/۴۰	۹/۹۲	۷۰/۱۳
افسردگی	افسردگی	پیش‌آزمون	۲۱/۴۷	۴/۴۳	۲۱/۳۳
		پس‌آزمون	۱۲	۳/۴۲	۲۰/۸۰

معنادار بودن این تغییرات در متغیر سرمایه روانشناختی و مؤلفه‌های آن از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و برای بررسی تغییرات افسردگی از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شده است.

آزمون تحلیل کوواریانس دارای پیش‌فرض‌هایی از جمله نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌های گروه‌ها، خطی بودن رابطه متغیر همگام و وابسته، عدم وجود داده‌های پرت و همگنی ماتریس

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌گردد در گروه آزمایش، میانگین نمرات سرمایه روانشناختی در مرحله پیش‌آزمون ۶۸/۳۳ بوده است که در پس‌آزمون به ۱۱۲/۴۰ تغییر یافته است. میانگین نمرات افسردگی این گروه در پیش‌آزمون ۲۱/۴۷ بوده است و در پس‌آزمون به ۱۲ کاهش یافته است. برای مؤلفه‌های سرمایه روانشناختی (خوشبینی، تاب‌آوری، خودکارآمدی، امید) نیز شاهد تغییراتی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون هستیم که برای بررسی

داده‌های پرت با استفاده از نمودار جعبه‌ای صورت گرفت که داده پرتی بین داده‌ها وجود نداشت. پیش‌فرض خطی بودن بودن نیز که به بررسی مستقیم بودن خط رگرسیون متغیر وابسته از روی متغیر همراه در هر گروه می‌پردازد، بررسی و تأیید گردید. برای آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری در مورد سرمایه روانشناختی و مؤلفه‌های آن پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس با استفاده از آزمون باکس بررسی شد و نتایج آن ($F=1/27$ ، $p>0/05$) نشان داد این پیش‌فرض رعایت شده است.

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۹۱۳	۳۹/۶۷	۵	۱۹	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۸۷	۳۹/۶۷	۵	۱۹	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱۰/۴۴	۳۹/۶۷	۵	۱۹	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱۰/۴۴	۳۹/۶۷	۵	۱۹	۰/۰۰۱

روانشناختی یا حداقل در یکی از مؤلفه‌های آن (خوشبینی، تاب‌آوری، خودکارآمدی، امید) بین میانگین‌های نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت وجود دارد. بررسی این تفاوت‌ها در جدول ۴ ارائه گردیده است.

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
خوشبینی	۵۵۵/۰۶	۱	۵۵۵/۰۶	۶۵/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳
تاب‌آوری	۱۱۶/۱۶	۱	۱۱۶/۱۶	۳۳/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹
خودکارآمدی	۴۷۷/۳۴	۱	۴۷۷/۳۴	۷۳/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶
امید	۸۴۰/۲۵	۱	۸۴۰/۲۵	۷۷/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۷۷
سرمایه روانشناختی	۷۲۶۰/۴۰	۱	۷۲۶۰/۴۰	۲۲۸/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۹۰

سرمایه روانشناختی نشان می‌دهد بیشترین تأثیر بر مؤلفه امید با ۷۷ درصد تأثیر و کمترین تأثیر بر مؤلفه تاب‌آوری با ۵۹ درصد تأثیر بوده است. تأثیر مداخله بر سرمایه روانشناختی نیز ۹۰ درصد بوده است. بررسی تأثیر مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی بر افسردگی آزمودنی‌ها نیز با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

طبق اطلاعات مندرج در جدول ۵، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری را بین پس‌آزمون افسردگی دو گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهد

واریانس - کوواریانس است. پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. برای بررسی این پیش‌فرض از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد و عدم معناداری ($p>0/05$) این آزمون برای متغیرهای پژوهش، حاکی از تأیید شدن این پیش‌فرض بود. هدف از بررسی مفروضه برابری واریانس‌ها، مساوی بودن واریانس‌های گروه‌هاست. این پیش‌فرض با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت و عدم معناداری این آزمون ($p>0/05$) نشان داد پیش‌فرض مربوطه رعایت شده است. بررسی

با توجه به اطلاعات جدول ۳، مقادیر آزمون‌های اثر پیلایی (۰/۹۱۳)، لامبدای ویلکز (۰/۰۸۷)، اثر هتلینگ (۱۰/۴۴)، و بزرگترین ریشه روی (۱۰/۴۴) معنادار می‌باشند ($p<0/01$). معناداری این آزمون‌ها نشان می‌دهد که در متغیر سرمایه

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری تفاوت معناداری را بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های خوشبینی ($F=65/16$ و $p<0/01$)، تاب‌آوری ($F=33/64$ و $p<0/01$)، خودکارآمدی ($F=73/23$ و $p<0/01$)، امید ($F=77/58$ و $p<0/01$) و نمره کل متغیر سرمایه روانشناختی ($F=228/97$ و $p<0/01$) نشان می‌دهد. با مقایسه میانگین‌های گروه‌های آزمایش و گواه مشاهده می‌شود که مداخله آموزشی مبتنی بر سرمایه روانشناختی منجر به افزایش سرمایه روانشناختی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش گردیده است. تأثیر مداخله بر مؤلفه‌های

میانگین نمرات افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است. براساس مقدار ستون اندازه اثر در جدول نیز میزان تأثیر مداخله ۶۹ درصد بوده است.

($F=62/10$ و $p<0/01$). با توجه به مقادیر میانگین این متغیر در پس آزمون گروه آزمایش (۱۲) و گروه گواه (۲۰/۸۰)، مشاهده می‌شود که اجرای مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی باعث کاهش

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیش‌آزمون	۲۵۲/۸۶	۱	۲۵۲/۸۶	۲۶/۵۰	۰/۰۰۱	-
اثر پس‌آزمون	۵۹۲/۴۳	۱	۵۹۲/۴۳	۶۲/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۶۹
خطا	۲۵۷/۵۴	۲۷	۹/۵۳	-	-	-
مجموع	۹۱۶۰	۳۰	-	-	-	-

بحث و نتیجه‌گیری

سلامت روان، سلیگمن بر این باور است که افراد خوشبین با بهره‌گیری از راهبردهای کنار آمدن مؤثر، مانند ارزیابی مجدد و مسأله‌گشایی با فشارهای روانی بهتر کنار می‌آیند (سلیگمن و رشید، ۲۰۰۶). اثربخشی مثبت مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی بر افزایش تاب‌آوری بیماران افسرده از دیگر نتایج مطالعه حاضر بود. این یافته با نتایج تحقیقات اینزلیخت و همکاران (۲۰۰۶) و پینکوارت (۲۰۰۹) همسو بود. با افزایش تاب‌آوری انعطاف‌پذیری شناختی در فرد بیشتر می‌شود، سرسختی در او افزایش پیدا می‌کند و به جای رویارویی منفعلانه در مواجهه با رویدادهای تنیدگی‌زا از رویارویی‌های فعال، متمرکز و تکلیف‌مدار بیشتر استفاده می‌کند (ریچ، زاتورا و هال، ۲۰۱۰). در بخشی دیگر از نتایج این مطالعه نشان داده شد که مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی در بهبود خودکارآمدی بیماران مبتلا به افسردگی مؤثر بوده است. این یافته همسو با نتایج مطالعات مک فارلین و همکاران (۱۹۹۵) و اوگونیمی و مابکوجه (۲۰۰۷) است که گزارش کردند پس از دریافت مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی، سطح خودکارآمدی افزایش و میزان افسردگی کاهش یافت. در تبیین این یافته می‌توان گفت با افزایش خودکارآمدی، اطمینان فرد به توانایی‌های خود بیشتر شده، ترس از شکست در او کمتر شده و این تفکر در فرد رشد پیدا می‌کند که می‌تواند رویدادهایی را که زندگی او را تحت تأثیر قرار می‌دهند، کنترل کند.

در نهایت نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی در افزایش میزان سرمایه روانشناختی و کاهش افسردگی بیماران افسرده مؤثر بوده است. این نتایج با یافته‌های مطالعات لوتانز و همکاران (۲۰۱۰)، جیاجون (۲۰۱۱) و هودگز (۲۰۱۰) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، مداخله

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی بر امید، خوشبینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران افسرده انجام شد. بخشی از یافته‌های این مطالعه حاکی از اثربخشی مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی بر افزایش میزان امیدواری بیماران افسرده بود. نتایج به دست آمده با یافته‌های مطالعات الیوت، ویتی، هریک و هافمن (۱۹۹۱) و لوتانز و همکاران (۲۰۱۰) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت ارتقای امید در فرد افسرده می‌تواند موجب تغییر در نظام انگیزشی، ایجاد تفکر سازنده، ایجاد هدفمندی و باز نمودن مسیرهای جدید تفکر در او گردد و بالا رفتن امید پیش‌بینی کننده کاهش افسردگی است. اسنایدر نیز رابطه بین مؤلفه‌های امید و ملاک‌های افسردگی را مورد توجه قرار داده است. کاهش علاقه و فقدان انرژی بیشترین ارتباط را با انگیزه دارند، از سوی دیگر، خلق افسرده با مسیرها و احساس‌های بی‌ارزشی و افکار خودکشی با توقف اهداف، رابطه معناداری دارند (اسنایدر، ۲۰۰۰). افرادی که امید بالا را تجربه می‌نمایند، واکنش‌های هیجانی منفی کمتری را نسبت به افراد با امید پایین تجربه می‌نمایند. یکی از دلایل آن این است که افراد با امید بالا، در مقایسه با افرادی که امید پایین دارند، در پیدا کردن مسیرهای جایگزین جهت اهداف اولیه‌شان از مهارت بالاتری برخوردار هستند (اسنایدر، لیهمن، کلوک و مونسون، ۲۰۰۶). بخشی از نتایج این مطالعه، اثربخشی مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی بر افزایش خوشبینی بیماران مبتلا به افسردگی را تأیید نمود. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های پوسکار، سرایکا، لامب، توسی مامفورد و مک‌گینس (۱۹۹۹) و سرگنت و مونگرین (۲۰۱۴) نشان می‌دهد خوشبینی با افسردگی رابطه منفی دارد. در توجیه نقش خوشبینی بر

منابع

- رجبی، غلامرضا؛ کارجو کسمایی، سونا و جباری، حوا (۱۳۸۹). تأثیر زوج درمانی شناختی در کاهش میزان افسردگی و افزایش رضایت زناشویی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۲(۴)، ۱۷-۹.
- شولتز، دوآن و شولتز، سیدنی الن (۱۳۹۸). *نظریه‌های شخصیت*. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات ویرایش. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۳).
- عباسی، امیر؛ محمدی، محمد؛ زهراکار، کیانوش؛ داورنیا، رضا و بابایی گرمخانی، محسن (۱۳۹۶). کارآیی درمان کوتاه مدت راه‌حل محور بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل. *نشریه پرستاری ایران*، ۳۰(۱۰۵)، ۴۶-۳۴.
- فروتن، محمدرضا؛ احدی، حسن؛ عسگری، پرویز؛ صاحبی، علی و پیشقدم، کاوه (۱۳۹۹). اثربخشی نمایش آهنگین بر افسردگی و سرمایه روانشناختی افراد افسرده دیستیمیک (افراد افسرده خو). *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۸۵)، ۷۹-۷۱.
- گل‌پرور، محسن؛ قاسمی، مریم و مصاحبی، محمدرضا (۱۳۹۳). الگوی نقش مؤلفه‌های سرمایه روانشناختی در رضایت از زندگی و رضایت زناشویی در همسران ایثارگران شهرکرد. *فصلنامه مطالعات اجتماعی روانشناختی زنان*، ۱۲(۱)، ۱۴۰-۱۱۹.
- Ashaie, S.A., Hurwitz, R., & Cherney, L.R. (2019). Depression and subthreshold depression in stroke-related aphasia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(7), 1294-1299.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164.
- Bakker, D. J., Lyons, S. T., & Conlon, P. D. (2017). An exploration of the relationship between psychological capital and depression among first-year doctor of veterinary medicine students. *Journal of Veterinary Medical Education*, 44(1), 50-62.
- Carver, S.C., Scheier, M.F., & Segerstrom, S.C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.
- Ellis, A., Abrams, M., & Abrams, L. (2009). *Personality theories: Critical perspectives*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Elliott, T. R., Witty, T. E., Herrick, S., & Hoffman, J. T. (1991). Negotiating reality after physical loss: Hope, depression, and disability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4), 608-613.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabei, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and Anxiety*, 21(4), 185-192.

مبتنی بر سرمایه روانشناختی موجب ارتقای امید، خوشبینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی در افراد افسرده می‌گردد. با افزایش سرمایه روانشناختی، فرد می‌تواند در زندگی، اهداف تازه‌ای برای خود ترسیم نماید و با انگیزه بالاتری برای رسیدن به اهداف خود تلاش نماید. اسنادهای مثبت‌تر و خوشبینانه‌تری نسبت به خود، تجربیات و آینده ایجاد کند. قضاوت خوشبینانه‌تری نسبت به خود و توانمندی‌هایش ایجاد نماید و در مواجهه با مصایب و سختی‌ها با بازخوردها و راهبردهای سرسختانه، تاب‌آوری‌اش را تحت شرایط تنیدگی بیشتر نماید. براین اساس مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی می‌تواند به عنوان الگویی کارآمد برای ارتقای سلامت روان بیماران افسرده استفاده شود. از سوی دیگر از آنجا که مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی به جای تمرکز بر برطرف نمودن نقص‌های فرد به تجهیز روانشناختی فرد می‌پردازد، به نظر می‌رسد این الگوی مداخله می‌تواند به عنوان ساختی قدرتمند، فرد را در برابر چالش‌های آتی زندگی نیز واکسینه سازد. پژوهش‌های آتی در این حوزه می‌تواند راه را بیش از پیش روشن سازد. با این حال یافته‌های پژوهش حاضر را باید بر اساس محدودیت‌های آن تبیین کرد. از آنجا که این پژوهش بر روی افراد مبتلا به افسردگی خفیف تا متوسط ساکن شهر نجف‌آباد اصفهان انجام شده است، لذا باید در تعمیم نتایج به دیگر افراد و شهرها جانب احتیاط را رعایت نمود. استفاده از ابزارهای خودگزارشی، عدم وجود مرحله پیگیری و نمونه‌گیری هدفمند نیز از محدودیت‌های دیگر این مطالعه است که باید به آن توجه نمود. از سوی دیگر پیرامون اثربخشی مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی، ماگام‌های نخست را طی می‌نماییم و به نظر می‌رسد چنانچه سایر مؤلفه‌های روانشناختی همچون، بخشندگی، صداقت و روراستی و شفقت نیز در مداخله مبتنی بر سرمایه‌های روانشناختی گنجانده شوند، اثربخشی مداخله بیشتر و بادوام تر گردد. در این زمینه پژوهش‌های آتی می‌تواند ما را در روشن شدن بیشتر این مسیر هدایت نمایند. با توجه به یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌گردد روانشناسان بالینی و مشاوران از این روش برای کاهش مشکلات روانشناختی و افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به افسردگی استفاده نمایند.

- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology, 60*(3), 541–572.
- Luthans, F., Avey, J.B., Avolio, B.J., & Peterson, S.J. (2010). The development and resulting performance impact of positive psychological capital. *Human Resource Development Quarterly, 21*(1), 41-67.
- MCGee, E.L. (2011). *An examination of the stability of positive psychological capital using frequency-based measurement.* (dissertation). University of Tennessee- Knoxville.
- McFarlane, A. H., Bellissimo, A., & Norman, G. R. (1995). The role of family and peers in social self-efficacy: links to depression in adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry, 65*(3), 402-410.
- Murrough, J.W., Iacoviello, B., Neumeister, A., Charney, D.S., & Iosifescu, D.W. (2011). Cognitive dysfunction in depression: neurocircuitry and new therapeutic strategies. *Neurobiology of Learning and Memory, 96*(4), 553-563.
- Nolzen, N. (2018). The concept of psychological capital: a comprehensive review. *Management Review Quarterly, 68*, 237-277.
- Ogunyemi, A. O., & Mabekoje, S. O. (2007). Self-efficacy, risk-taking behavior and mental health as predictors of personal growth initiative among university undergraduates. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 5*(12), 349-362.
- Pinquart, M. (2009). Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress. *Journal of Applied Developmental Psychology, 30*(1), 53-60.
- Puskar, K. R., Sereika, S. M., Lamb, J., Tusaie-Mumford, K., & McGuinness, T. (1999). Optimism and its relationship to depression, coping, anger, and life events in rural adolescents. *Issues in Mental Health Nursing, 20*(2), 115–130.
- Reich, J.W., Zatura, A.J., & Hall, J.S. (2010). *Handbook of adult resilience.* Guilford Press.
- Roy, A., Sarchiapon, M., & Carli, V. (2007). Low resilience in suicide attempts: Relationship to depressive symptoms. *Depression and Anxiety, 24*(4), 273-274.
- Sadock, B.J. and Sadock, V.A. (2007) *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry.* 10th Edition, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.
- Seligman, M.E.P., Rashid, T. (2006). Positive psychology. *American Psychologist, 61*(8), 774-788.
- Sergeant, S., & Mongrain, M. (2014). An online optimism intervention reduces depression in pessimistic individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(2), 263-274.
- Snyder, C.R. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications.* Academic Press.
- Gallagher, M. W. (Ed.). (2018). *Introduction to the science of hope.* In M. W. Gallagher & S. J. Lopez (Eds.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of hope* (p. 3–7). Oxford University Press.
- Hodges, T.D. (2010). *An experimental study of the impact of psychological capital on performance, engagement, and the contagion effect.* (dissertation). University of Nebraska-Lincoln.
- Jia-jun, G. (2011). *Research on a PCI model-based reform in college students' entrepreneurship education.* 2nd International Conference on Artificial Intelligence, Management Science and Electronic Commerce (AIMSEC).
- Imel, Z.E., Malterer, M.B., McKay, K.M., & Wampold, B.E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders, 110*(3), 197-206.
- Inzlicht, M., Aronson, J., Good, C., & McKay, L. (2006). A particular resiliency to threatening environments. *Journal of Experimental Social Psychology, 42* (3), 323-336.
- Kapci, E.G., Uslu, R., Turkcapar, H., & Karaoglan, A. (2008). Beck Depression Inventory II: Evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population. *Depression and Anxiety, 25*(10), 104-110.
- Levine, H. (2008). Suicide and its impact on campus. *New Directions for Student Services, 121*, 63–76.
- Lee, J.E.C., Sudom, K.A., & Zamorski, M.A. (2013). Longitudinal analysis of psychological resilience and mental health in Canadian military personnel returning from overseas deployment. *Journal of Occupational Health Psychology, 18*(3), 327-337.
- Luthans, F., & Youssef, C. M. (2004). Human, social, and now positive psychological capital management: Investing in people for competitive advantage. *Organizational Dynamics, 33*(2), 143–160.
- Letzring, T.D., Block, J., & Funder, D.C. (2005). Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality, 39* 395–422.
- Lopez, S. J., Snyder, C. R., Rasmussen, H. N., & Cole, B. P. (2019). *Striking a vital balance: Developing a complementary focus on human weakness and strength.* In M. W. Gallagher & S. J. Lopez (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (p. 11–28). American Psychological Association.
- Luthans, F., & Youssef, C.M. (2017). Psychological capital: An evidence-based positive approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior, 4*, 339–366.
- Luthans, F., Youssef, C.M., & Avolio, J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge.* Oxford; NewYork: Oxford University Press

- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(4), 570–585.
- Snyder, C. R., Lehman, K. A., Kluck, B., & Monsson, Y. (2006). Hope for rehabilitation and vice versa. *Rehabilitation Psychology, 51*(2), 89–112.
- Sterling, K.L., Diamond, P.M., Mullen, P.D., Pallonen, U., Ford, K.H., & McAlister, A. (2009). Smoking-related self-efficacy, beliefs, and intention: Assessing factorial validity and structural relationships in 9th–12th grade current smokers. *Addictive Behaviors, 32*(9), 1863-1876.
- Townsend, L., Musci, R., Stuart, E., Heley, K., Beaudry, M.B., Schweizer, B., Ruble, A., Swartz, K., Wilcox, H. (2019). Gender differences in depression literacy and stigma following a randomized controlled evaluation of a universal depression education program. *Journal of Adolescent Health, 64*(4), 472–477.
- Wagnild, G.M., & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*(2), 165-178.
- Wiles, R., Cott, C., & Gibson, B.E. (2008). Hope, expectations and recovery from illness: a narrative synthesis of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing, 64*(6), 564-573.
- Weisz, J.R., Southam-Gerow, M.A., Gordis, E.B., Connor-Smith, J.K., Chu, B.C., Langer, D.A., et al. (2009). Cognitive-behavioral therapy versus usual clinical care for youth depression: An initial test of transportability to community clinics and clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(3), 383-396.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.
- World Medical Association. (2013). World medical association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association, 310*(20), 2191-2194.