

## *Effect of Positive Psychology Group Counseling on Quality of Life of Pregnant Women*

Mansureh Mostafaei<sup>1</sup>,  
Taraneh Emamghooli Khooshehchin<sup>2</sup>,  
Mohsen Dadashi<sup>3</sup>,  
Pouran Mokhtari Zanjani<sup>4</sup>

<sup>1</sup> MSc Student in Counseling in Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Social Determinants of Health Research Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

<sup>4</sup> Midwifery Instructor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

(Received December 21, 2019 ; Accepted February 8, 2020)

### **Abstract**

**Background and purpose:** Mental health is one of the main aspects that is directly related to the quality of life of pregnant women. The purpose of this study was to determine the effect of group counseling on quality of life in pregnant women applying positive psychology.

**Materials and methods:** In a randomized clinical trial, 56 pregnant women were selected by convenience sampling and were divided into intervention (n=28) and control (n=28) groups using randomized block design. The health-related quality of life questionnaire SF-36 was administered at pre-test, post-test, and six weeks after the intervention. Positive psychology interventions were performed twice weekly for 60 min per session during four weeks. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi-square, independent t-test, and repeated measures ANOVA.

**Results:** After the intervention, there was a significant difference in the mean score for quality of life between the intervention group (76.78±11.9) and control group (67.90±13.06) (P= 0.01). The mean scores for physical and psychological dimensions also showed significant differences between the two groups at post-test (P <0.05). Six weeks after the intervention, there was a significant difference between the two groups in the psychological dimension (P= 0.043), but the mean score for total quality of life (P= 0.058) and its physical dimension (P=0.093) were not significantly different. Repeated measures ANOVA showed significant differences between all variables in the intervention group (P<0.001).

**Conclusion:** Positive counseling can improve the quality of life and mental health of pregnant women, but quality of life is a multidimensional issue and its maintenance requires attention to all aspects of health and consistent counseling.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT20160521027994N6)

**Keywords:** group counselling, positive psychology, quality of life, pregnant women

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 30 (184): 61-72 (Persian).

\* Corresponding Author: Taraneh Emamghooli Khooshehchin - Faculty of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran (E-mail: t\_khooshehchin@yahoo.com)

## تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد روانشناسی مثبت گرا بر کیفیت زندگی زنان باردار

منصوره مصطفایی<sup>۱</sup>  
ترانه امامقلی خوشه چین<sup>۲</sup>  
محسن داداشی<sup>۳</sup>  
پوران مختاری زنجانی<sup>۴</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** یکی از ابعادی که با کیفیت زندگی زنان باردار رابطه مستقیم دارد بعد سلامت روان آنان می باشد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد روانشناسی مثبت گرا بر کیفیت زندگی زنان باردار انجام شد.  
**مواد و روش ها:** مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده است. ابتدا با روش نمونه گیری آسان تعداد ۵۶ زن باردار انتخاب شده و سپس با استفاده از روش تصادفی بلوکه ای به دو گروه ۲۸ نفره مداخله و کنترل تقسیم شدند. جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت SF-36 در سه مرحله پیش زمون، پس آزمون و شش هفته بعد از مداخله انجام گردید. مداخلات روانشناسی مثبت گرا طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای به صورت دوبر در هفته اجرا و داده ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های کای اسکور، تی مستقل و تحلیل واریانس تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته ها:** بعد از مداخله بین میانگین نمره کل کیفیت زندگی در گروه مداخله ( $11/9 \pm 76/78$ ) و میانگین نمره گروه کنترل ( $13/06 \pm 67/90$ ) تفاوت معنی داری مشاهده شد ( $P=0/01$ ). میانگین نمرات ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی نیز در پس آزمون اختلاف معنی داری داشتند ( $P < 0/05$ ). شش هفته بعد از مداخله در بعد روانی اختلاف معنی داری بین دو گروه دیده شد ( $P=0/043$ ) اما در مقایسه میانگین نمره کل کیفیت زندگی ( $P=0/058$ ) و بعد جسمی ( $P=0/093$ ) آن تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای همه متغیرها در گروه مداخله اختلاف معناداری را نشان داد ( $P < 0/001$ ).

**استنتاج:** مشاوره مثبت گرا می تواند موجب بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان مادران باردار شود، اما کیفیت زندگی یک مقوله چند بعدی است که حفظ بهبود آن مستلزم توجه به تمامی ابعاد سلامتی و تداوم مشاوره می باشد.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT20160521027994FN6

**واژه های کلیدی:** مشاوره گروهی، روانشناسی مثبت گرا، کیفیت زندگی، زنان باردار

### مقدمه

سلامت روان بعنوان یکی از ابعاد سلامتی از جمله دوره های زندگی وی بشمار می آید (۱). یکی از این عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی یک زن در هر یک از دوران ها، دوره بارداری می باشد که علاوه بر تغییرات

E-mail: t\_khooshechin@yahoo.com

**مؤلف مسئول:** ترانه امامقلی خوشه چین - زنجان، انتهای بلوار مهدوی، دانشکده پرستاری مامایی زنجان

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

۲. استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

۳. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

۴. مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۹/۳۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۸/۱۰/۱۴ تاریخ تصویب: ۱۳۹۸/۱۱/۱۹

جسمی، با تغییرات روانی و اجتماعی متعددی همراه است و می‌تواند به‌عنوان یک عامل بالقوه استرس‌زا زندگی فرد را تحت الشعاع قرار دهد (۲). بطور کلی نمره کیفیت زندگی در دوران بارداری در سطح متوسط تخمین زده شده است با این حال مطالعات متعدد حاکی از ارتباط مستقیم سلامت روان با کیفیت زندگی در این دوران دارد، به طوری که در صورت بروز افسردگی و اضطراب و استرس مرتبط با بارداری، تمام خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی دچار افت می‌گردد (۴،۳). بروز اختلالات روانشناختی در این دوران می‌تواند یک پیشگویی‌کننده منفی برای شیوه زندگی سالم بوده و باعث کاهش خودمراقبتی در طی بارداری گردد، به طوری که پریشانی روانشناختی این مادران اغلب با تغذیه، فعالیت بدنی، بهداشت و روابط اجتماعی نامناسب همراه است (۶،۵). بخش قابل توجهی از زنان باردار، اختلالات روانشناختی مرتبط با دوران بارداری را درک می‌کنند که درصد ابتلا به افسردگی پس از زایمان در این گروه ۱/۷ برابر بیش از جمعیت عمومی می‌باشد (۷،۸). شیوع اختلالات افسردگی، اضطراب و استرس دوران بارداری در ایران نیز از رقم قابل توجهی برخوردار است که نیاز به انجام اقدامات پیشگیرانه در راستای ارتقاء سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی را در این گروه پرخطر ضروری می‌سازد (۹). از جمله اقدامات کم هزینه که می‌تواند در کشورهای با درآمد کم و متوسط مفید باشد، انجام مداخلات روانشناسی توسط پرسنل بهداشتی جهت کاهش اختلالات رایج روان در دوره بارداری است (۱۰). یکی از رویکردهای مطرح در این زمینه، روانشناسی مثبت‌گرا می‌باشد که توانسته است باعث بهبود کیفیت زندگی خصوصاً در عملکرد جسمانی، نشاط، سلامت عاطفی و عملکرد اجتماعی شود (۱۱). بر اساس مطالعات محدودی که در دوران بارداری صورت گرفته، نشان داده شده است که بهبود خلق مثبت مادر می‌تواند باعث خنثی کردن احساسات منفی، افزایش بهزیستی روانشناختی و کاهش افسردگی مادر باردار گردد (۱۲). همچنین احساسات

مثبت مادران در هنگام بارداری با الگوی بهتر تغذیه در نوزاد و در نتیجه کاهش ابتلاء به بیماری‌ها همراه می‌باشد (۱۳). برخی تکنیک‌های روانشناسی مثبت‌گرا هم توانسته است، کاهش استرس و بهبود کیفیت خواب در دوران بارداری را به همراه داشته باشد (۱۴).

این رویکرد روانشناسی برای اولین بار توسط Seligman و همکارانش در سال ۱۹۹۸ میلادی مطرح گردید. روانشناسی مثبت بجای تمرکز بر نکات منفی و بیماری‌ها، بر ویژگی‌های مثبت، دارایی‌های روانی و نقاط قوت مردم توجه داشته و با پرورش آن‌ها سعی در پیشرفت افراد و جوامع و بهینه‌سازی کیفیت زندگی دارد (۱۵). روانشناسان این حوزه معتقدند که قابل اعتمادترین راه رسیدن به رفاه و شادکامی، اتخاذ تکنیک‌هایی است که با پرورش احساسات مثبت، رفتار مثبت، افکار مثبت و رضایتمندی بتواند عملکرد و رفاه افراد را ارتقاء بخشد (۱۶، ۱۷). جنبه پیشگیرانه این رویکرد با تقویت توانمندی‌های شخصیتی می‌تواند پاسخ‌های فیزیولوژیک به استرس و اضطراب در بدن را بالا برده و با بهبود سبک‌های مقابله‌ای و کاهش افکار ناکارآمد، باعث کاهش علائم افسردگی گردد (۲۱-۱۸). در بعد جسمی هم حالات روانی مثبت به‌طور مستقیم و از طریق تأثیر بر روی فرآیندهای بیولوژیک نظیر کاهش کلسترول و فاکتورهای التهابی و تنظیم ضربان قلب و فشارخون و یا به‌طور غیرمستقیم از طریق فرآیندهای رفتاری و اصلاح سبک زندگی، تأثیر محافظتی بر روی سلامتی و کاهش بیماری‌های جسمی داشته است (۲۲). از آنجائی که رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا و روانشناسی مشاوره دارای خاستگاه مشترک انسان‌گرایانه می‌باشند، در برخی جهات دارای همپوشانی بوده و قادر هستند با یک نگاه واحد به نقاط قوت انسان و افزایش عملکرد بهینه، باعث تقویت حیطه‌های فعالیت همدیگر گردند (۲۳) و با توجه به این‌که تاکنون مطالعه‌ای با رویکرد روانشناسی مثبت و در غالب مشاوره گروهی بر روی مادران باردار صورت نگرفته است، این مطالعه با هدف

تعیین تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا بر کیفیت زندگی زنان باردار صورت پذیرفت.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر بخشی از یک مطالعه کارآزمایی بالینی می‌باشد که پیامد ثانویه مرتبط با آن مطالعه را گزارش می‌نماید. قبل از مطالعه اقدام به اخذ مجوز از کمیته پژوهش و اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زنجان به شماره (IR.ZUMS.REC.1397.308) و ثبت در سایت کارآزمایی‌های بالینی (IRCT) با کد IRCT20160521027994N گردید. جامعه پژوهش را زنان باردار مراجعه‌کننده به سه مرکز بهداشت و درمان در شهر زنجان که در سال ۱۳۹۸ انتخاب شده بودند تشکیل داد. مادران بارداری که دارای معیار ورود به مطالعه و مایل به شرکت در پژوهش بودند انتخاب شده و پس از ارائه توضیحاتی در مورد مطالعه، اهداف و نحوه انجام آن و دادن اطمینان به محرمانه ماندن اطلاعات، از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. معیارهای ورود به مطالعه، سن بارداری ۱۴ تا ۲۸ هفته بارداری، تکمیل فرم رضایت آگاهانه، عدم وجود سابقه عوارض و مشکلات مرتبط با بارداری، عدم ابتلا به بیماری‌های طی و جراحی، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی و اختلالات شناختی، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، مواد مخدر و روان‌گردان، عدم افسردگی بالینی یا کسب نمره خفیف تا متوسط از مقیاس اضطراب، استرس و افسردگی، داشتن حداقل سواد سوم راهنمایی، عدم شرکت در جلسات آموزشی و مشاوره مشابه را شامل می‌شد. معیارهای خروج را عدم تمایل به ادامه مشارکت در مطالعه، عدم شرکت در بیش از دو جلسه مشاوره، ایجاد عوارض مرتبط با بارداری یا ختم حاملگی، عوارض طبی و جراحی و بروز حوادث استرس‌زای عمده در طی پژوهش تشکیل می‌داد. حجم نمونه بر اساس پیامد اولیه این پژوهش (سرمایه روانشناختی) و با استفاده از نتایج گزارش شده در

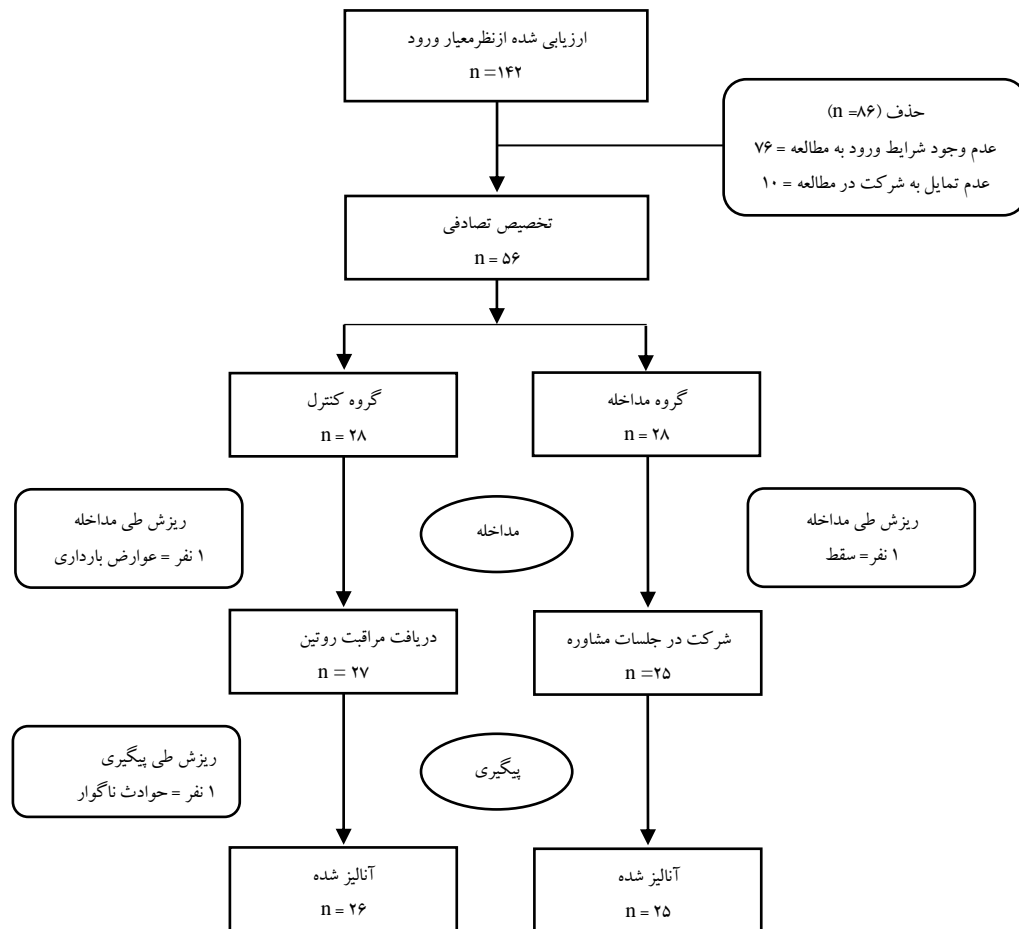
مطالعه دهقان نژاد و همکاران (۱۳۹۶) (۲۴) و با لحاظ سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد و با احتساب میزان ۲۰ درصد ریزش نمونه‌ها برآورد شد. نمره میانگین و انحراف معیار در گروه کنترل ( $67/48 \pm 8/89$ ) و در گروه مداخله ( $75/58 \pm 9/61$ ) گزارش شده بود. حجم نمونه برای گزارش متغیر کیفیت زندگی نیز با توجه به مطالعه روح الهی (۱۳۹۵) (۲۵) مناسب بوده است. ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از سه منطقه شهر زنجان، یک پایگاه بهداشتی درمانی به صورت تصادفی انتخاب و سپس نمونه‌گیری به روش آسان از میان ۱۴۲ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی انجام شد و تعداد ۵۶ نفر که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند انتخاب گردیدند (فلوچارت شماره ۱). برای کنترل عوامل مخدوش‌کننده از تقسیم تصادفی بلوک‌های استفاده شد بدین ترتیب که در هر بلوک ۴ تایی، دو تخصیص به گروه مداخله و دو تخصیص به گروه کنترل اختصاص داده شد که جمعاً شش بلوک در حالت‌های مختلف ایجاد گردید و هر بلوک با یک عدد شماره‌گذاری شد. بلوک‌های ۴ تایی بر اساس جدول اعداد تصادفی تا جایی انتخاب شدند که حجم نمونه به ۵۶ رسید. در پایان ۲۸ نفر در گروه کنترل و ۲۸ نفر در گروه مداخله قرار گرفتند. محقق ماما با گرایش مشاوره، پس از گذراندن کارگاه آموزشی روان‌درمانی مثبت‌گرا و با نظارت اساتید روانشناس بالینی دانشگاه اقدام به تنظیم محتوای جلسات بر اساس پروتکل روان‌درمانی مثبت‌گرای طیب رشید و مارتین سلیگمن نمود (۲۶). تشکیل جلسات به صورت هشت جلسه یک ساعته دوبار در هفته در دو گروه ۱۰ نفره و یک گروه ۸ نفره صورت گرفت. تمامی جلسات با خوش‌آمدگویی و مروری بر مباحث و تکالیف جلسات قبل شروع شده و سپس به سوالات و نگرانی‌ها و نیازهای مادران پاسخ داده می‌شد. سپس جهت تشریح عنوان جلسه حاضر، مطالبی ارائه گردیده و از آن‌ها خواسته می‌شد که نظرات خود را در غالب یک جلسه گروهی با یکدیگر به اشتراک

بگذارند. در پایان هر جلسه تکالیف خانگی منطبق بر پروتکل به مادران ارائه گردید (جدول شماره ۱). گروه کنترل فقط مراقبت‌های روتین بارداری را دریافت نمودند. آزمون کیفیت زندگی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و شش هفته پس از پایان مداخله اجرا گردید.

#### ابزار گردآوری داده‌ها

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی، نسخه فارسی پرسشنامه کوتاه ۳۶ سوالی SF36 استفاده شد. پرسشنامه کیفیت زندگی یک پرسشنامه جامع جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی در تمامی مسائل مرتبط با بهداشت

می‌باشد. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۲ توسط وار و شربورن ساخته شده و دارای ۳۶ گزاره می‌باشد. این پرسشنامه شامل ۲ زیر گروه اصلی سلامت جسمانی و سلامت روانی و هر کدام از زیر گروه‌ها شامل ۴ حیطه می‌باشد که به طور کلی، ۸ حیطه مورد بررسی قرار می‌گیرد. حیطه‌های سلامت جسمانی عبارتند از: عملکرد جسمانی (۱۰ سوال)، محدودیت جسمانی (۴ سوال)، درد جسمانی (۲ سوال) و سلامت عمومی (۵ سوال) و حیطه‌های سلامت روانی عبارتند از: عملکرد اجتماعی (۲ سوال)، محدودیت هیجانی (۳ سوال)، انرژی و خستگی (۴ سوال) و سلامت عاطفی (۶ سوال)، اسکوربندی سوالات در ۵ مقیاس لیکرت می‌باشد.



فلوچارت شماره ۱: نحوه ورود شرکت کنندگان به مطالعه

## جدول شماره ۱: پروتکل جلسات مشاوره روانشناسی مثبت‌گرا

جلسه	موضوع	اهداف و محتوای جلسات
اول	معارفه	معارفه، بیان اهداف، زمان، و نحوه برگزاری جلسات، تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات، اجرای پیش‌آزمون، تشریح روانشناسی مثبت‌گرا و سه راه رسیدن به شادکامی (لذت، تعهد و معنا)، بیان تأثیر فقدان یا کمبود منابع مثبت بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی، ارائه پرسشنامه روانشناسی مثبت‌گرا جهت آشنایی با سطح شادکامی
دوم	توانمندی‌ها	شناسایی و تقویت نقاط قوت و توانمندی‌های منشی و نحوه بکارگیری هدفمند آنها، اشاره بر اهمیت نقش قدرت حل مسئله و هدف‌گذاری در زندگی و ارائه پرسشنامه ۴۸ گویه‌ای توانمندی‌های منشی جهت آشنایی با پنج نقطه قوت برتر خود بعنوان تکلیف خانگی
سوم	هیجان‌ها	بیان نقش احساسات و عواطف مثبت در افزایش بهزیستی و کاهش افسردگی، مدیریت استرس، بیان مطالبی در خصوص لذت بردن از زمان حال و غرق شدن در کارها و پروریز از شناخت زندگی و نقش آن در ایجاد هیجان‌ها مثبت و ثبت سه اتفاق خوب در هر روز بعنوان تکلیف خانگی
چهارم	روابط مثبت	بیان نقش و اهمیت ارتباطات مثبت در تأمین سلامت روان، منطق بکارگیری توانمندی‌ها در حیطه اجتماعی زندگی، ارتباط با همسر، زندگی زناشویی و دلایل کاهش کیفیت ارتباط زوجین، ارائه تمرین واکنش سازنده - فعال به عنوان راهبردی جهت تقویت ارتباطات مثبت
پنجم	سپاسگزاری و بخشش	بیان نقش سپاسگزاری در افزایش رضایت از زندگی و بهبود روابط اجتماعی و زناشویی، تشریح تأثیر آن بر تقویت یادآوری خاطرات خوب گذشته و بهبود افسردگی، بیان تأثیر بخشش در تقویت هیجان‌ها مثبت و تبدیل احساس خشم به یک احساس خشن، نوشتن نامه قدردانی بعنوان تکلیف خانگی
ششم	خوشبینی و امید	بیان مباحثی در خصوص تعریف خوشبینی و امید و تفاوت این دو مؤلفه، تشریح تأثیر آنها بر رشد پس از ضربه، توضیح منظره با خودبا فن ABCDE سلینگمن جهت مقابله با افکار بدبینانه و ارائه تمرین یک درسه و یک در باز بعنوان تکلیف خانگی
هفتم	معنویت	تعریف معنویت و وجود معنا در زندگی، تشریح تأثیر آن در پیشگیری از احساس پوچی و سرخوردگی در زندگی، بیان نقش نطق‌دوستی و مشارکت در جامعه بعنوان یک توانمندی شاخص در ایجاد معنا در زندگی، ارائه تمرین هدیه زمان بعنوان تکلیف خانگی
هشتم	جمع‌بندی جلسات	قدردانی از همکاری شرکت‌کنندگان، جمع‌بندی نکات و یکپارچه سازی مطالب ارائه شده، تبیین تجربه مشاوره گروهی و اثرات آن، گرفتن بازخورد و تکمیل پرسشنامه، اهدای هدایا

نمرات در هر حیطه از ۱۰۰-۰ تعیین می‌شود که امتیاز بالاتر نشان دهنده عملکرد بهتر می‌باشد و نمره کلی کیفیت زندگی از تقسیم مجموع نمرات حیطه‌ها بر عدد ۸ به دست می‌آید (۲۷). در ایران نیز توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۴) رویایی و اعتبار آن محاسبه گردیده است. ضریب آلفای کرونباخ برای تمام ابعاد به استثنای بعد سرزندگی بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و برای بعد سرزندگی ۰/۶۵ گزارش شده است (۲۸). ضریب پایایی پرسشنامه در این مطالعه ۰/۸۹ محاسبه گردید.

پرسشنامه استرس، اضطراب و افسردگی *Dass 21* مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (لایونند و لایونند، ۱۹۹۵)، مجموعه‌ای از سه مقیاس خود گزارش‌دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در

افسردگی، اضطراب و استرس است. کاربرد مهم این مقیاس اندازه‌گیری شدت نشانه‌های اصلی افسردگی، اضطراب و استرس است. برای تکمیل پرسشنامه فرد باید وضعیت یک نشانه را در طول هفته گذشته مشخص کند. هریک از خرده مقیاس‌های *DASS-21* شامل هفت سوال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سوال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. هر سوال از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. از آن‌جا که *DASS-21* فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سوالی) است، نمره نهایی هر یک از خرده مقیاس‌ها باید دو برابر شود سپس بر اساس جدول شدت خرده مقیاس‌ها، می‌توان شدت علیم را مشخص نمود (۲۹). رویایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۷۶، و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس مذکور به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش نمودند (۳۰). در این مطالعه، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS16 استفاده شد. ابتدا میانگین، انحراف معیار و فراوانی داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی تعیین گردید سپس برای مقایسه متغیرهای کیفی در هر دو گروه از آزمون کای دو استفاده شد. برای آنالیز متغیرهای کمی در ابتدا نرمال بودن توزیع آن‌ها در دو گروه با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف بررسی شد که تمامی داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بودند. جهت مقایسه بین گروهی از آزمون پارامتریک تی مستقل و جهت بررسی درون گروهی داده‌ها در سطوح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر گروه از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با در نظر گرفتن پیش‌فرض آزمون کرویت ماچلی استفاده گردید. مبنای معنی‌دار بودن این آزمون‌ها  $P < 0/05$  در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

با توجه به فلوجارت شماره ۱، در ابتدای مطالعه در

**جدول شماره ۳:** مقایسه میانگین نمرات کل کیفیت زندگی بین دو گروه مداخله و کنترل و مقایسه درون گروهی در هر دو گروه

متغیر	گروه مشاوره	گروه کنترل	نتیجه
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	تی مستقل
نمره کل کیفیت زندگی قبل از مداخله	۶۹٫۳۰ ± ۱۳٫۰۹	۶۸٫۱۵ ± ۱۳٫۳۳	۰٫۷۶
نمره کل کیفیت زندگی بعد از مداخله	۷۶٫۷۸ ± ۱۱٫۸	۶۷٫۹۰ ± ۱۳٫۰۶	۰٫۰۱۴
نمره کل کیفیت زندگی شش هفته بعد از مداخله	۷۲٫۸۵ ± ۱۱٫۳	۶۶٫۶۴ ± ۱۳٫۷۶	۰٫۰۵۸
نتیجه آزمون تحلیل واریانس	F=۹۳٫۳۹ P<۰٫۰۰۱ Eta=۰٫۷۹	F=۶٫۴۲ P=۰٫۰۰۴ Eta=۰٫۲۸	

مجذور اتا نیز بیانگر این بود که ۷۹ درصد تغییرات در کیفیت زندگی گروه مداخله در اثر مشاوره روانشناسی مثبت بوده است. مقایسه درون گروهی داده‌ها در گروه کنترل هم تفاوت معنی‌داری را در طول مراحل مختلف مطالعه نشان داد که منفی بودن تغییرات میانگین بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله (۰/۵۵-)، نشان می‌دهد که این معنی‌داری به علت کاهش کیفیت زندگی در طول زمان مطالعه در گروه کنترل بوده است (P=۰/۰۰۴). با توجه به جدول شماره ۴، مقایسه نمره بعد جسمی کیفیت زندگی در هر دو گروه با استفاده از آزمون تی مستقل بعد از مداخله انجام شد که نتایج نشان داد اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمرات هر دو گروه وجود دارد (P=۰/۰۳۸). ولی مقایسه میانگین نمرات گروه کنترل و مداخله، شش هفته بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری را نشان نداد (P=۰/۰۹۳).

**جدول شماره ۴:** مقایسه میانگین نمرات بعد جسمی کیفیت زندگی بین دو گروه مداخله و کنترل و مقایسه درون گروهی در هر دو گروه

متغیر	گروه مشاوره	گروه کنترل	نتیجه
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	تی مستقل
نمره بعد جسمی قبل از مداخله	۲۷۵/۲ ± ۵۵/۹	۲۶۸/۲۶ ± ۵۳/۴۱	۰/۶۵
نمره بعد جسمی بعد از مداخله	۲۹۶/۲ ± ۵۰/۷۸	۲۶۵/۰۹ ± ۵۲/۷۰	۰/۰۳۸
نمره بعد جسمی شش هفته بعد از مداخله	۲۷۸/۷ ± ۴۹/۱۸	۲۵۵/۹۶ ± ۴۵/۵۱	۰/۰۹۳
نتیجه آزمون تحلیل واریانس	F=۴۲/۹۹ P<۰٫۰۰۱ Eta=۰٫۶۴	F=۱۱/۶۶ P=۰٫۰۰۱ Eta=۰٫۳۱	

بر اساس تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در گروه مداخله، میانگین نمره بعد جسمی کیفیت زندگی در سه سطح قبل، بعد و شش هفته بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری

هر گروه ۲۸ مادر باردار قرار داشت که در گروه مشاوره در مرحله مداخله تعداد سه نفر و در گروه کنترل یک نفر در مرحله مداخله و یک نفر در مرحله پیگیری از مطالعه خارج شدند.

با توجه به نتایج جدول شماره ۲، تحصیلات زنان شرکت‌کننده در مطالعه اکثراً دیپلم و دانشگاهی بود. بیش‌تر مادران شرکت‌کننده در هر دو گروه خانه‌دار و از نظر مرتبه بارداری هر دو گروه یکسان و اغلب چندزا بودند. متغیرهای کمی سن مادر و سن بارداری و مقیاس‌های استرس، اضطراب و افسردگی نیز در هر دو گروه همگن بودند. در نتیجه اختلاف معنی‌داری بین این دو گروه از لحاظ متغیرهای فردی-اجتماعی وجود نداشت. تمامی داده‌های متغیر کیفیت زندگی و ابعاد جسمی و روانی آن از توزیع نرمال برخوردار بودند و بین میانگین نمرات قبل از مداخله تفاوت معناداری بین دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت. با توجه به نتایج جدول شماره ۳، بعد از مداخله بین میانگین نمرات کل کیفیت زندگی دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی‌داری وجود داشت (P=۰/۰۱۴). مقایسه نمره کل کیفیت زندگی شش هفته بعد از مداخله در بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری را نشان نداد (P=۰/۰۵۸). آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که تفاوت معناداری بین آن‌ها در فازهای مختلف مطالعه در گروه مداخله وجود داشته است (P<۰/۰۰۱).

**جدول شماره ۲:** مقایسه مشخصات دموگرافیک و روانی گروه کنترل و مداخله

متغیر	سطوح متغیر	گروه مشاوره تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	سطح معناداری
تحصیلات	زیردیپلم	۲ (۸)	۳ (۱۱/۵)	۰/۷۷
	دیپلم	۱۰ (۴۰)	۱۲ (۴۶/۲)	
	دانشگاهی	۱۳ (۵۲)	۱۱ (۴۲/۳)	
شغل	خانه‌دار	۲۲ (۸۸)	۲۲ (۸۴/۶)	۰/۹۹
	آزاد	۲ (۸)	۲ (۷/۷)	
	کارمند	۱ (۴)	۲ (۷/۷)	
تعداد بارداری	نوبتی پار	۱۱ (۴۴)	۹ (۳۴/۶)	۰/۴۹
	مولتی پار	۱۴ (۵۶)	۱۷ (۶۵/۴)	
سن مادر	انحراف معیار ± میانگین	۳۰/۰۸۵ ± ۴/۱۷	۲۹/۲۳ ± ۴/۲۵	۰/۶۷
سن بارداری	انحراف معیار ± میانگین	۲۰/۲۴ ± ۴/۴۱	۲۱/۰۷ ± ۴/۲۷	۰/۴۹
اضطراب	انحراف معیار ± میانگین	۷/۹۲ ± ۴/۲۲	۷/۳۵ ± ۵/۰۸	۰/۶۷
استرس	انحراف معیار ± میانگین	۱۲/۲۴ ± ۵/۷۸	۱۱/۹۲ ± ۷/۰۹	۰/۸۶
افسردگی	انحراف معیار ± میانگین	۸ ± ۵/۳۲	۷/۵۳ ± ۶/۲	۰/۶۱

داده‌ها شش هفته پس از مداخله نیز نشان داد که تفاوت میانگین نمرات فقط در بعد روانی معنادار بوده است و در بین نمره کل کیفیت زندگی و بعد جسمی تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد که علت آن ممکن است بدلیل کاهش توان فیزیکی مادر در اثر تغییرات فیزیولوژیک در ماه‌های آخر بارداری باشد که افت نمره بعد جسمی را غیرقابل اجتناب ساخته و باعث کاهش نمره کل کیفیت زندگی می‌گردد. با توجه به این‌که تأثیر برخی رویکردهای روانشناختی بر روی سلامت جسم و روان مادران باردار و کیفیت زندگی آن‌ها مورد تأیید قرار گرفته است (۳۲،۳۱). انجام مطالعات با سایر رویکردهای روانشناسی جهت دستیابی به یک روش مطمئن برای ارتقاء سلامت روانی و جسمی زنان باردار و به تبع آن بهبود کیفیت زندگی در این گروه پرخطر جامعه لازم بنظر می‌رسد که از آن جمله می‌توان به روانشناسی مثبت اشاره نمود. مطالعات نشان داده است که روانشناسی مثبت بر روی بسیاری از جنبه‌های کیفیت زندگی اثر مثبت دارد (۳۳). طبق نظریه سلیگمن شکوفایی هدف غایی و نهایی روانشناسی مثبت می‌باشد (۳۴). Keyes (۲۰۰۷) شکوفایی را برابر با سلامت روان دانسته که چیزی فراتر از نبود بیماری‌های روانی می‌باشد. از نگاه وی افرادی که به مرحله شکوفایی رسیده‌اند عملکرد بهتری نسبت به سایرین داشته و کم‌ترین بیماری‌های جسمی و محدودیت فعالیت در زندگی روزانه را تجربه می‌کنند. این افراد انعطاف‌پذیری بیش‌تری در برابر مشکلات از خود نشان می‌دهند و درماندگی درک شده کم‌تری را دریافت می‌کنند (۳۵). در تمرینات روانشناسی مثبت تمرکز بر تقویت توانمندی‌ها و صفات مثبت افراد می‌باشد که این نقاط قوت می‌توانند به عنوان یک سپر دفاعی برای سلامت روان عمل نموده و نتایج مثبتی در ابعاد مختلف زندگی نظیر رضایتمندی، وضعیت عملکرد و سلامت آن‌ها داشته باشد (۳۶). از سوی دیگر پیشگیری و درمان بسیاری از بیماری‌ها از طریق بکارگیری شیوه زندگی سالم امکان‌پذیر می‌باشد که روانشناسی مثبت از

داشته است ( $P < 0/001$ ). همچنین مقایسه درون‌گروهی داده‌های بعد جسمی در گروه کنترل نیز تفاوت آماری معنی‌داری داشته است که با توجه به منفی بودن تغییرات میانگین نمرات بعد از مداخله نسبت به قبل از مطالعه (۳/۱۷-)، این معناداری بعلت کاهش بعد جسمی کیفیت زندگی در طول مطالعه در این گروه می‌باشد ( $P = 0/001$ ). با توجه به جدول شماره ۵، از نظر بعد روانی کیفیت زندگی بلافاصله بعد از مداخله ( $P = 0/007$ ) و شش هفته بعد از مداخله ( $P = 0/043$ ) تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات دو گروه مداخله و کنترل مشاهده شد. بر اساس آزمون درون‌گروهی در گروه مداخله، میانگین نمره بعد روانی کیفیت زندگی قبل، بعد و شش هفته بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری داشته است ( $P < 0/001$ ). تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات بعد روانی در گروه کنترل در طول فازهای مختلف مطالعه نشان نداد ( $P = 0/74$ ).

جدول شماره ۵: مقایسه میانگین نمرات بعد روانی کیفیت زندگی بین دو گروه مداخله و کنترل و مقایسه درون‌گروهی در هر دو گروه

متغیر	گروه مشاوره	گروه کنترل	نتیجه
	انحراف معیار میانگین	انحراف معیار میانگین	بی مستقل
نمره بعد روانی قبل از مداخله	۲۷۹/۲۵ ± ۵۱/۰۵	۲۷۷ ± ۵۵/۲۵	۰/۸۸
نمره بعد روانی بعد از مداخله	۳۱۸/۰۷ ± ۴۶/۴۱	۲۷۸/۱۱ ± ۵۳/۷۸	۰/۰۰۷
نمره بعد روانی شش هفته بعد از مداخله	۳۰۴/۹۲ ± ۴۳/۵۱	۲۷۷/۲۳ ± ۵۱/۶۱	۰/۰۴۳
نتیجه آزمون تحلیل واریانس	$F = ۸۰/۹۷$ $P < ۰/۰۰۱$ $Eta = ۰/۷۷$	$F = ۰/۱۸$ $P = ۰/۷۴$ $Eta = ۰/۰۰۷$	

## بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا بر کیفیت زندگی زنان باردار انجام شد که نتایج مطالعه نشان داد، مشاوره گروهی با رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا بر روی کیفیت زندگی مادران باردار مؤثر می‌باشد. به طوری که بلافاصله پس از برگزاری جلسات مشاوره، میانگین نمره کل کیفیت زندگی و ابعاد جسمی و روانی آن در دو گروه کنترل و مداخله اختلاف معنی‌داری باهم داشتند. بررسی



طی آن مشاهده کردند روانشناسی مثبت بر روی کیفیت زندگی آن‌ها تاثیری نداشته است (۴۷). نتایج مطالعه بر روی کیفیت زندگی ۱۲ نفر از بیماران پسونیازیس در بندرعباس هم با نتایج مطالعه حاضر مغایرت داشت (۴۸) که احتمالاً دلیل عدم همخوانی این دو مطالعه با نتایج مطالعه حاضر می‌تواند به سبب تعداد کم نمونه، تفاوت گروه هدف و تفاوت‌های قومیتی بوده باشد. در تبیین نتایج مطالعه می‌توان گفت که کیفیت زندگی یک مفهوم پیچیده و چند بعدی می‌باشد که علاوه بر درک ذهنی فرد و بعد روانی آن، به شرایط جسمانی و اجتماعی وی نیز باشد. اگرچه مطالعه حاضر، در یک جامعه محدود آماری انجام شده است، اما با توجه به کم بودن مطالعات روانشناختی با رویکرد مثبت‌گرا در زنان باردار، امید است که نتایج این مطالعه بتواند جهت تدوین برنامه‌های جامع بهداشتی و درمانی برای مادران باردار مورد استفاده قرار گرفته و از فواید آن در جهت ارتقاء سلامت روان و اتخاذ رفتارهای بهداشتی سالم ناشی از آن در کنار سایر مراقبت‌های روتین بارداری بهره برد. گزارش هر پژوهش به امید ادامه یافتن راه تحقیق در مورد آن موضوع به جامعه پژوهشگران ارائه می‌گردد، بنابراین لازمه هر گزارش پیشنهادی است که راه را برای مطالعات آتی هموار سازد. لذا پیشنهاد می‌شود تأثیر رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا بر روی مشکلات جسمانی شایع در دوران بارداری مورد مطالعه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد این پژوهش بر روی گروه‌های دیگر جامعه انجام شده و نتایج با یکدیگر مقایسه گردد.

### سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد با کد اخلاق (IR. ZUMS.REC.1397.308) می‌باشد. بدینوسیله، نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، مادران شرکت‌کننده و تمامی کسانی که ما را در اجرای این مطالعه یاری نموده‌اند ابراز می‌دارند.

طریق تسهیل رفتارهای بهداشتی می‌تواند سلامت جسمی افراد را بهبود بخشد و در کنار ارتقاء سلامت روان و توسعه روابط اجتماعی باعث افزایش کیفیت زندگی گردد (۳۷). در زنان باردار هم مشاهده شده است که بهبود احساسات مثبت می‌تواند یک اثر محافظت‌کننده بر روی ابتلا به افسردگی پس از زایمان داشته باشد، در مقابل احساسات منفی با علائم افسردگی، استرس درک شده، کاهش حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی پایین همراه بوده است (۳۸). مداخلات روانشناسی مثبت‌گرا در زنان با بارداری ناخواسته هم توانسته است باعث افزایش نمره شادکامی و ابعاد آن گردد (۳۹). پژوهش‌های مختلفی با رویکرد روانشناسی مثبت بر کیفیت زندگی گروه‌های مختلف جامعه انجام گرفته است که نتایج آن با مطالعه حاضر همسو می‌باشد. از آن جمله می‌توان به یک مطالعه سیستماتیک اشاره نمود که نتایج آن نشان داد، روانشناسی مثبت توانسته است باعث کاهش افسردگی، استرس و افزایش کیفیت زندگی در بیماران نورولوژی گردد (۴۰). آموزش مثبت‌نگری همچنین می‌تواند با بهبود امید به زندگی در سالمندان و کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بزهکاران باعث ارتقاء کیفیت زندگی در آن‌ها گردد (۴۱، ۴۲). آموزش‌های روانشناسی مثبت بر روی کیفیت زندگی معتادین به مواد مخدر، بیماران تالاسمی و بیماران افسرده نیز مؤثر گزارش شده است (۴۳، ۴۴، ۴۵). تأثیر آموزش روانشناسی مثبت بر روی کیفیت زندگی از طریق شبکه‌های مجازی هم بر روی جانبازان پاراپلژی مورد سنجش قرار گرفته است که نتایج آن با مطالعه حاضر همسو بوده است (۴۵). یکی از اثرات مثبت این رویکرد، تأثیر سودمند آن بر روی تصویر بدنی می‌باشد (۴۶) که با توجه به تغییرات ظاهری و فیزیکی که در طول بارداری برای مادران رخ می‌دهد این اثر می‌تواند از ایجاد یک تصویر بدنی منفی پیشگیری نموده و مانع از کاهش بعد اجتماعی کیفیت زندگی در آن‌ها شود. در مقابل سیدی اصل و همکاران (۲۰۱۶) مطالعه‌ای بر روی زنان نابارور انجام دادند که

## References

1. Parvin N, Kazemian A, Alavi A, Safdari F, Dehkordi AH, Hosseinzade S, Alidost E. The effect of supportive group therapy on menopause mental health. *J Gorgan Univ Med Sci* 2007; 9(3): 74-79.
2. Bjelica A, Cetkovic N, Trninic-Pjevic A, Mladenovic-Segedi L. The phenomenon of pregnancy-a psychological view. *Ginekologia Polska* 2018; 89(2): 102-106.
3. Karami Kh, Mardani A. The Relationship Between Mental Health And Quality Of Life In Pregnant Women. *J Health Breeze* 2013; 2(1): 12-17.
4. Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, Magnier AM, Chastang J, Robert S, et al. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth* 2018; 18(1): 1-4.
5. Omidvar S, Faramarzi M, Hajian-Tilak K, Nasiri Amiri F. Associations of psychosocial factors with pregnancy healthy life styles. *Plos One* 2018; 13(1): 1-13.
6. Rezaian SM, Abedian Z, Latifnezhad Roodsari R, Dadgar S. The Relationship of prenatal Self-Care behaviors with stress, anxiety and depression in women at risk of preterm delivery. *Iranian Journal Of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2017; 20(3): 68-76.
7. Aneja J, Chavan BS, Huria A, Goel P, Kohli N, Chhabra P. Perceived stress and its psychological correlates in pregnant women: an indian study. *Int J Cult Ment Health* 2018; 11(3): 268-279.
8. Kannan N. Stressful Life Events in Pregnancy and Postpartum Depressive Symptoms among Women in Washington State. Master of Public Health, University of Washington. 2017.
9. Zareipour M, Sadaghianifar A, Amirzehni J, Parsnezhad M, Ayuoghi Rahnema V. Exploring of depression, anxiety and stress in pregnant women referred to health centers of urmia. *J Rahavard Salamat* 2017; 3(2): 19-30.
10. Clarke K, King M, Prost A. Psychosocial interventions for perinatal common mental disorders delivered by providers who are not mental health specialists in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Plos Med* 2013; 10(10): 1-17.
11. Shiri Z, Kazemi S, Sohrabi N. The effect of positive thinking on the quality of life of women in qeshm city. *Journal of Psychological Models and Methods* 2012; 2(6): 57-67.
12. Corno G, Etchemendy E, Espinoza M, Herrero R, Molinari G, Carrillo A, et al. Effect of a web-based positive psychology intervention on prenatal well-being: A case series study. *Women Birth* 2018; 31(1): e1-e8.
13. McManus MA, Khalessi AA, Lin J, Ashraf J, Reich SM. Positive feelings during pregnancy, early feeding practices, and infant health. *Paediatr Int* 2017; 59(5): 593-599.
14. Matvienko-Sikar K, Dockray S. Effects of a novel positive psychological intervention on prenatal stress and well-being: a pilot randomised controlled trial. *Women Birth* 2017; 30(2): e111-e118.
15. Kobau R, Seligman ME, Peterson C, Diener E, Zack MM, Chapman D. Mental health promotion in public health: Perspectives and strategies from positive psychology. *Am J Public Health* 2011; 101(8): e1-e9.
16. Lyubomirsky S, Layous K. How do simple positive activities increase well-being? *Current Directions in Psychological Science* 2013; 22(1): 57-62.

17. Sheldon KM, Lyubomirsky S. The challenge of staying happier: Testing the hedonic adaptation prevention model. *Pers Soc Psychol Bull* 2012; 38(5): 670-680.
18. Kalani S, Malki Z, Oreyzi H. Comparison of Positive Character Strengths in Employees with Healthy and Unhealthy Occupational Stress Coping Styles. *Pos Psychol Res* 2017; 3(1): 1-18.
19. Li T, Duan W, Guo P. Character strengths, social anxiety, and physiological stress reactivity. *Peer J* 2017; 5(2): 1-13.
20. Santos V, Paes F, Pereira V, Arias-Carrión O, Silva AC, Carta MG, et al. The role of positive emotion and contributions of positive psychology in depression treatment: systematic review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2013; 9: 221-237.
21. Tehranchi A, Neshat Doost H, Amiri S, Power MJ. The Role of Character Strengths in Depression: A Structural Equation Model. *Front Psychol* 2018; 9(1609): 1-11.
22. Steptoe A, Dockray S, Wardle J. Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *J Pers* 2009; 77(6): 1747-1776.
23. Vossler A, Steffen E, Joseph S. The relationship between Counseling Psychology and Positive Psychology In book: *Positive Psychology in Practice*. Joseph S, (ed). 2<sup>th</sup> ed. wiley online library: Published Online; 2015. p. 429-442.
24. Dehghannezhad S, Hajhosseini M, Ejei J. The effectiveness of positive thinking skills training on social adjustment and psychological capital of insociable young females. *Jour Sch Psy* 2017; 6(1): 49-67.
25. Rouhollahi M, Khodabakhshi A, Taghvaei D. Effects of positive psychology on irrational beliefs and quality of life in depressed patients. *Indian Journal of Positive Psychology* 2016; 7(2): 209-211.
26. Magyar-Moe J. *Therapist's guide to positive psychological interventions*. 1<sup>ST</sup> ed. University of wisconsin-stevens point, usa. Academic Press; 2009.
27. Ware Jr JE. SF-36 health survey update. *Spine* 2000; 25(24): 3130-1339.
28. Montazeri A, Ghatbasbi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (sf-36): Translation and validation study of the Iranian Version 2005; 14(3): 875-882.
29. Antony M, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric Properties of the 42-item and 21-item Version of the Depression Anxiety Stress Scales in Clinical Groups and a Community Sample. *Psychol Assess* 1998; 10(2): 176-181.
30. Samani S, Jokar B. The evaluation of validity and reliability of short form of depression, anxiety, stress scales. *J Soci Sci Human Univ Shiraz* 2007; 26(3): 65-76.
31. Karami KH, Mardani A, Shakerinejad GH, Saki A. Effectiveness of a codified educational behavioral program on the mental health of pregnant women. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2015; 23(9): 879-889.
32. Jafarzadeh Rastin S, Khoshnevis E, Mirzamani Bafghi SM. The Effectiveness of Problem-focused Coping Strategies Training on Quality of Life in Pregnant Women with Genetic Risk of Fetal Abnormalities. *J Commun Health Res* 2018; 7(3): 192-199.
33. Park CL. Integrating positive psychology into health-related quality of life research. *Qual life Res* 2015; 24(7): 1645-1651.
34. Seligman ME. *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. 3<sup>rd</sup> ed. Text Book, Simon and Schuster Hazhriyans: Mental publication; 2012:5-40.

35. Keyes CL. Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *Am Psychol* 2007; 62(2): 95-108.
36. Xie H. Strengths-based approach for mental health recovery. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2013; 7(2): 5-10.
37. Lianov LS, Fredrickson BL, Barron C, Krishnaswami J, Wallace A. Positive psychology in lifestyle medicine and health care: strategies for implementation. *Am J Lifestyle Med* 2019; 13(5): 480-486.
38. Bos SC, Macedo A, Marques M, telma pereira A, Rodrigues Maia B, Joao Soares M, et al. Is positive affect in pregnancy protective of postpartum depression? *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2013; 35(1): 5-12.
39. Kaboudi M, Rastad Z, Gol Mohammadian M, Kaboudi B, Jalali A. The 7th Conference on Health Promotion Strategies and Challenges with Depression. Mazandaran University of Medical Sciences and Health Services 2017:143.
40. Lai ST, Lim KS, Low WY, Tang V. Positive psychological interventions for neurological disorders: A systematic review. *Clin Neuropsychol* 2019; 33(3): 490-518.
41. Farnam A. The Effect of Positive Thinking Training in Enhancement of Quality and Hope of life among the Elderly. *J Pos Psychol Res* 2016; 2(1): 75-87.
42. Nikmanesh Z, Zandvakili M. The Effect of Positive Thinking Training on Quality of Life, Depression, Stress and Anxiety in Delinquent Juveniles. *J Pos Psychol Res* 2015; 1(2): 53-64.
43. Porzoor P, Alizadeh Gj, Yaghuti H, Basharpour S. Effectiveness Of Positive Psychotherapy In Improving Opiate Addicts' quality Of Life. *J Res Addict* 2015; 9(35): 137-148.
44. Zeykani M, Nikmanesh Z. The effect of positive psychotherapy on perceived competence and quality of life among children with thalassemia. *Jundishapur J Chronic Dis Care* 2018; 7(1): 1-11.
45. Firoozi M, Ramezani Piyani M. Positive Psychotherapy to Improve the Quality of Life of Paraplegic Veterans through Virtual Social Networks. *J Military Med* 2018; 20(3): 316-324.
46. Moshrefi Z. The effect of positive psychotherapy on body image and quality of life Infertile women. The First International Conference on Modern Research in Education and Psychology and Social Studies In Iran 2016 (Persian).
47. Seyedi Asl ST, Sadeghi KH, Bakhtiari M, Ahmadi SM, Nazari Anamagh A, Khayatan T. Effect of Group Positive Psychotherapy on Improvement of Life Satisfaction and The Quality of Life in Infertile Woman. *Int J Fertil Steril* 2016; 10(1): 105-112.
48. Multaft F, Haji Alizadeh K. [The effect of positive psychotherapy on the quality of life dimensions in patients with psoriasis]. Paper presented at The Third Conference of Positive Psychological Updates. Bandar Abbas Iran. 2012.