

اثربخشی روان درمانی مثبت گرا بر امید به زندگی آینده، خودشفقتی و خودتوانمندی زنان دارای اختلال افسردگی اساسی

فائزه دارابی^۱، شیما مکندی^۲، سارا صادقی سراب قنبری^۳

^۱ کارشناس ارشد گروه روان شناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد گروه روان شناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

^۳ دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

چکیده

پژوهشگر پژوهشی در زمینه اثربخشی روان درمانی مثبت گرا بر امید به زندگی، خودشفقتی و خودتوانمندی زنان دارای اختلال افسردگی انجام داد. طرح سنجش این تحقیق توصیفی از نوع نیمه آزمایشی است. افرادی که در این پژوهش حاضر به همکاری شدند کلیه زنان دارای اختلال افسردگی شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بود. از کل جامعه به تعداد ۲۴ نفر با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند بصورت مستقیم همکاری داشتند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه خودتوانمندی، خودشفقتی و امید به زندگی می باشد. نتایجی که محقق بدست آورد نشان دهنده تاثیر مثبت روان درمانی مثبت گرا بر خودتوانمندی، خودشفقتی و امید به زندگی در بین زنان دارای اختلال افسردگی بود. به عبارتی دیگر با کنترل پیش آزمون بین زنان دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ خودتوانمندی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/001$). با کنترل پیش آزمون بین زنان دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ خودشفقتی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/001$) و $F(2, 23) = 23/57$. با کنترل پیش آزمون بین زنان دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ امید به زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/001$) و $F(2, 26) = 26/865$.

واژه های کلیدی: روان درمانی مثبت گرا، خودتوانمندی، خودشفقتی، امید به زندگی، زنان دارای اختلال افسردگی

مقدمه

افسردگی به عنوان خلق یا عاطفه، احساس یا هیجان، از همراهان همیشگی تجارب طبیعی انسان و دگرگونی‌هایی است که در زندگی او پدید می‌آید. فقدان‌ها و محرومیت‌ها ایجاد افسردگی می‌کند. این نوع افسردگی‌ها بیماری نیستند. انسانی که افسردگی را نشانده، از شادی نیز چیزی نخواهد دانست پس نه هر فرد افسرده‌ای بیمار است و نه هر افسردگی ناپسند است، اما مرزی نیز میان این دو وجود دارد. آن نوع افسردگی که نیاز به درمان داشته باشد، خلق و خو، طرز تفکر، اعمال طبیعی بدن و رفتار خود را به طرق مختلف تغییر می‌دهد (گنجی، ۱۳۹۸). به طور کلی واژه افسردگی برای افرادی بکار می‌رود که دارای حزن و اندوه شدید هستند و معمولاً احساس تنهایی و نومیدی شدید دارند و احترام و ارزش به خود را از دست داده و مرتب خود را سرزنش و تحقیر می‌کنند و هر روز صبح با حالت بی‌قراری و خستگی از خواب برخاسته و در کارهای روزانه با کمبود انرژی روبرو هستند. خلق و خوی فرد افسرده تقریباً همیشه ناراحت و غمگین یا نگران و مضطرب است. بی‌لذتی نیز یک مشخصه عمومی این افراد است. در عین حال که ممکن است فرد، افسرده به نظر نرسد؛ اما احتمالاً در مورد چیزها یا کارهایی که قبلاً بدان‌ها مشتاق و علاقمند بوده دیگر علاقه‌ای نشان نمی‌دهد. افراد افسرده معمولاً درباره خود، زمان حال و آینده، حالت و تفکر منفی دارند. آن‌ها غالباً در رابطه با تمرکز و حافظه دچار مشکل هستند و به سختی می‌توانند تصمیم بگیرند. با شدید شدن حالت افسردگی احساس بی‌ارزشی و ناامیدی در آنها به وجود می‌آید کسانی که فکر می‌کنند دنیا دیگر ارزش زندگی کردن را ندارد. اضطراب و احساس وحشت از پیش‌آمدی نامعلوم ولی وحشتناک، معمولاً با افسردگی همراه می‌شود. ترس‌های مرضی یا ترس‌های معمولی در موقعیت‌های خاص نیز ممکن است به وجود آید. اعمال بدن ممکن است از لحاظ مختلف مختل شود. در بیشتر افراد افسرده بی‌اشتهایی و کاهش وزن عارض می‌شود ولیکن در بعضی افزایش اشتها و بالا رفتن وزن مشاهده می‌گردد (امامیان، ۱۴۰۰).

افسردگی می‌تواند خواب را دچار اختلال کند. معمولاً این اختلال به صورت بی‌خوابی می‌باشد؛ ممکن است فرد در به خواب رفتن یا ادامه خواب دچار مشکل شود یا صبح خیلی زود بیدار شود و دیگر نتواند بخوابد. از طرفی، بعضی از افراد حس می‌کنند واقعاً می‌خواهند بخوابند. افراد افسرده هرچقدر هم که بخوابند معمولاً خسته هستند و کمبود انرژی دارند. خشکی دهان، تهوع، یبوست و یا اسهال علائم دیگری هستند و بعضی افراد حتی دچار دردهای بی‌علت در اعضای مختلف خود می‌شوند. تغییرات رفتاری که مربوط به تغییر خلق و خو، طرز تفکر و اعمال بدن می‌شود می‌تواند فرد را از کارهای روزمره زندگی باز دارند. عده‌ای نمی‌توانند لباس بپوشند، غذا بخورند و یا کار کنند. عده‌ای دیگر ممکن است علی‌رغم احساس افسردگی شدید، ادامه دهند. بعضی می‌توانند برای پنهان کردن احساس اصلی خود، لبخند بزنند و برخی ممکن است دائماً گریه کنند. نهایت اختلال رفتاری یک فرد افسرده اقدام به خودکشی می‌باشد. می‌توان گفت که مکانیزم‌های دقیق ابتلا به افسردگی هنوز کشف نشده اند (جوانمرد، ۱۳۹۸). برای افسردگی نمی‌توان علت یگانه، مشخص و روشنی ارائه کرد؛ با وجود این چند عامل زیست شیمیایی، روانی و اجتماعی شناخته شده اند که باعث افسردگی می‌شوند. بعضی از عوامل ریشه‌ی زیست شناختی مثل بیماری‌های جسمی، اختلالات هورمونی یا دارو ها، دارند. ساختار زیست شیمیایی و ژنتیکی بعضی از مردان و زنان چنان است که در محیط‌های دارای عوامل محیطی و اجتماعی یکسان، آسیب‌پذیری بیشتر نسبت به افسردگی نشان می‌دهند. برخی دیگر می‌توانند مربوط به وراثت بوده و نیز عوامل اجتماعی مانند تعارضات ارزشی فرد با جامعه یا عوامل فردی مانند فقدان یکی از نزدیکان و غیره در ایجاد افسردگی مؤثر می‌باشند. علت‌های روان شناختی افسردگی گوناگون اند، که استرس، تفکرات منفی، باورهای غیر منطقی، درماندگی آموخته شده و عوامل بی‌شمار دیگری از آن جمله اند. اما در بسیاری از مردم، علت افسردگی ناشناخته باقی می‌ماند. در مجموع از علل مشخصه افسردگی، می‌توان به عوامل ژنتیکی، عوامل بیولوژیکی، عوامل محیطی (روانی- اجتماعی)، رویدادهای زندگی و استرس‌های محیطی، عوامل شخصیتی، عوامل یاد گرفته شده، تفکر منفی و مصرف داروها اشاره کرد. از آنجا که عوامل مختلفی منجر به افسردگی می‌شوند، روشهای درمانی مختلفی برای افسردگی وجود دارد. در مواقعی این درمانها عوامل مسبب افسردگی را هدف می‌گیرند (گنجی، ۱۳۹۸).

احساس ناامیدی و غم در برخی مواقع، جزوی از زندگی طبیعی انسان است اما وقتی عواطفی مانند ناامیدی و ترس با گذشت زمان در فرد از بین نروند و تشدید شوند ممکن است فرد دچار افسردگی شود. افسردگی نه تنها باعث داشتن احساس غم و اندوه در تمامی مراحل زندگی فرد می شود بلکه توانایی وی در پاسخ به مشکلات زندگی، انجام فعالیت های روزانه و عملکرد جسمی و عقلانی را تحت الشعاع قرار داده و در خوردن، خوابیدن و لذت زندگی فرد اختلال ایجاد می کند تا حدی که حتی گذراندن یک روز معمولی نیز برای وی سخت و طاقت فرسا می شود. درحالی که برخی افراد افسردگی را تحت عنوان «زندگی در سیاه چاله» یا داشتن عذاب همیشگی تفسیر می کنند برخی احساس بی جانی، خالی بودن و بی تفاوتی می کنند. افسردگی ممکن است منجر به عصبانیت و بی قراری شده و میزان طاقت افراد در برابر مشکلات را بسیار کم می کند. در صورت عدم درمان، افسردگی ممکن است منجر به بروز اختلالات شدید جسمی و روحی در فرد شود (بابایی، ۱۴۰۰).

خودشفقت ورزی در مواجهه با حوادث منفی واقعی، به یاد آوردن حوادث منفی گذشته و تصور حوادث منفی خیالی با سطوح پایین تر عواطف منفی در ارتباط است و منجر به تسهیل توانایی افراد در مقابله با عواطف منفی می شود. افرادی که خودشفقت ورزی بالایی دارند تمایل بیشتری برای پذیرش نقش و مسئولیت خود در حوادث منفی دارند، اما حوادث منفی را کمتر نشخوار می کنند و در نتیجه در مواجهه با اشتباهاتشان کمتر هیجان منفی را تجربه می کنند. احساس مشترکات انسانی، مؤلفه دیگر شفقت به خود، عبارتست از تصدیق این که تمام انسان ها ناقص هستند، شکست می خورند، اشتباه می کنند و ممکن است دست به رفتارهای ناسالم بزنند. شفقت به خود، تجارب شکست فردی را به تجارب مشترک بشری پیوند می زند، چنانکه ویژگی های فردی هر کس در چشم اندازی وسیع و همگانی به نظر می رسد. همچنین دشواری ها و کشمکش های زندگی به شکل تجارب مشترک انسانی در می آیند بطوریکه فرد زمانی که رنجی را تجربه می کند، احساس می کند که به دیگران پیوسته است. اما اغلب اوقات، افراد زمانی که به کاستی های شخصی شان فکر می کنند احساس انزوا و جدایی از دیگران دارند، به این شکل که احساس می کنند نقص آنها خطایی بوده است که باقی نوع بشر سهمی از آن ندارند. همچنین افراد زمانی که شرایط سختی را در زندگی تجربه می کنند اغلب به دام این فکر می افتند که تنها کسانی اند که در کشمکش هستند و احساس انزوا و جدایی از دیگر افرادی دارند که احتمالاً به زندگی شاد و نرمال شان ادامه می دهند (سریع القدم، ۱۳۹۶).

خودتوانمندی به عنوان یک فرآیند شناختی نقش عمده ای در روانشناسی ایفا می کند که به عنوان قدرت پایین یا اختلال در عملکرد درک می شود. در طول سال ها، صدها مقاله در مجلات علمی مختلف در زمینه های روان شناسی، جامعه شناسی، علم حرکت، سلامت عمومی، پزشکی و سایر رشته ها منتشر شده است که اهمیت و جایگاه خودتوانمندسازی در کیفیت زندگی را برجسته می کند. افرادی که به توانایی های خود اطمینان دارند تکالیف را به عنوان یک مشکل به جای تهدید می بینند و برای جلوگیری از این امر، کار سخت را ترجیح می دهند. اهداف و متعهد ماندن به آنها. آنها مطمئن هستند که می توانند موقعیت های خطرناک را کنترل کنند. چنین برداشتی از توانایی ها، استرس و افسردگی را کاهش داده و منجر به تکمیل تکالیف می شود (عاشوری، ۱۴۰۲). بندورا^۱ (۲۰۰۱) خودتوانمندی را دریافت و داوری فرد درباره مهارت ها و توانمندی های خود برای انجام کارهایی که در موقعیت های ویژه بدان ها نیاز است، تعریف می کند. از سویی دیگر، احساس خودتوانمندی افراد را قادر می سازد تا با استفاده از مهارت ها در برخورد با موانع، کارهای فوق العاده ای انجام دهند، بنابراین خودتوانمندی عاملی مهم برای انجام موفقیت آمیز عملکرد و مهارت های اساسی لازم برای انجام آن است. خودتوانمندی بر میزان تلاش برای انجام یک وظیفه اثر می گذارد. افرادی که به کارآمدی خود باور دارند برای غلبه بر موانع و مشکلات تلاش های مضاعفی می کنند (غیبی، ۱۴۰۲).

^۱ Banduran

امید به زندگی نیز وضعیتی است که در آن افراد در بیشتر مواقع احساس خوشبختی و رضایت از یکدیگر دارند. رضایت در زندگی از طریق علائق متقابل، مراقبت از یکدیگر، پذیرش، درک یکدیگر و ارضای نیازها ایجاد می - شود. امید به زندگی به عنوان سطحی از آگاهی فردی و یا به عبارت بهتر، ارزیابی شناختی از کیفیت زندگی تعریف شده که ممکن است یک ارزیابی کلی و جامع را به همان خوبی یک ارزیابی در حوزه های اختصاصی زندگی (خانواده، خود، ...) منعکس نماید (فورنهام^۲، ۲۰۱۹).

امید به زندگی یک فرایند دآوری است که در آن افراد کیفیت زندگی خود را بر اساس ملاکهای منحصر به فرد خود ارزیابی می کند. امید به زندگی یک صفت پایدار و عینی نیست بلکه به تغییرات موقعیتی حساس است و بر اساس برداشت و دیدگاه خود افراد در نظر گرفته می شود (عظیم زاده، حسینی مهر و رحمانی، ۱۴۰۲). از جمله یک تقسیم بندی کلی که برای درمان افسردگی وجود دارد، آن ها را به دو دسته درمان های طبی و درمان های روانشناختی تقسیم می کند. یک تقسیم بندی دیگر، درمان های افسردگی را به دسته های روان درمانی، درمان دارویی، درمان با تشنج الکتریکی و یک سری روش های جدیدتر، مانند نور درمانی، محرومیت از خواب و یا جراحی روانی تقسیم می کند. روان درمانی همیشه برای افسردگی هایی که به اقدام درمانی نیاز دارند مناسب است. روان درمانی انواع گوناگونی دارد؛ از روان درمانی حمایتی گرفته تا روشهایی با هدفهای جاه طلبانه تر برای برطرف ساختن مؤثر نشانه های افسردگی، پی بردن به دلایل روان شناختی افسردگی و کمک به بیمار برای رسیدن به فراست و تغییر ویژگیهای شخصیتی و رفتارهای که از بازگشت دوباره افسردگی جلوگیری می کند. روان درمانی انواع گوناگون دارند اما می توان گفت که اغلب آنها به گونه ای از پنج روش روان درمانی نشأت گرفته اند: روان درمانی حمایتی، روان درمانی پویا، روان درمانی میان فردی، روان درمانی شناختی - رفتاری و رفتار درمانی. دارو درمانی اساس درمان افسردگی های عمده است. مؤثر واقع شدن داروهای ضد افسردگی به اثبات رسیده است. اما انتخاب بهترین داروها و به حداقل رسانیدن عوارض جانبی ناشی از مصرف آنها هنوز مسائل مهمی هستند که باید مد نظر قرار گیرند (جوانمرد، ۱۳۹۸).

در این میان یکی از روشهای جدید که می تواند در این زمینه مفید باشد روش مداخله ای روان درمانی مثبت گرا است که از جمله شیوه - های رویکرد شناختی تلقی می شود. روان درمانی مثبت گرا در سال ۱۹۸۶ توسط استون هیس به وجود آمد. در این درمان، هدف کاهش نشانه نیست و هیچ تلاشی برای آن صورت نمی گیرد، اما کاهش نشانه، نتیجه آن است. از دیدگاه روان درمانی مثبت گرا تلاش مداوم برای رها شدن از نشانه ها در درجه اول اختلال بالینی ایجاد می کند. به محض اینکه تجربه های خصوصی برچسب ((نشانه)) گرفت، تلاشهایی برای از بین بردن یا کاهش آن صورت می گیرد. زیرا، نشانه طبق تعریف چیزی مرضی است که باید از شر آن خلاص شویم. هدف روان درمانی مثبت گرا، تغییر نوع ارتباط با تجربه های خصوصی (احساسات و افکار) مشکل آفرین است، به گونه ای که دیگر آنها را به صورت نشانه ادراک نکنیم. در عوض، یاد بگیریم که آنها را - حتی اگر ناراحت کننده باشند - به عنوان وقایع روان شناختی موقت در نظر بگیریم (رجبی ایمانی، ۱۳۹۸).

روان درمانی مثبت گرا بر سنت علم تجربی بنا شده و بر ارزش، بخشایش، پذیرش، ترحم، زندگی در لحظه کنونی و دستیابی به حس متعالی از خود تاکید می کند. در این درمان از مخلوط انتخابی از استعاره، تناقض و مهارتهای هشیاری فراگیر همراه با طیف وسیعی از تمرینات تجربی و مداخلات رفتاری ارزش - مدار استفاده می شود. در واقع این درمان، نوعی تحلیل رفتار است که خود بر مبنای نوعی عملگرایی آمریکایی به نام بافتارگرایی کنشی بنا می شود (حسینائی، ۱۴۰۲). هدف روان درمانی مثبت گرا ایجاد یک زندگی غنی و معنادار و پذیرش دردهای اجتناب ناپذیر زندگی است. زندگی معنادار فقط از طریق عمل هوشیارانه به دست می آید. اما در راه تلاش برای ایجاد چنین زندگی معناداری، موانعی نظیر تجربه های خصوصی (مثل افکار، تصورات، احساسات، حواس، امیال و خاطرات) ناخواسته و ناخوشایند سر راه قرار می گیرد. روان درمانی مثبت گرا مهارتهای هشیاری فراگیر را به عنوان یک روش مؤثر برای مدیریت این تجربیات خصوصی، آموزشی می دهد (صادق، ۱۴۰۲). بنابراین

^۲ Fornham

مسئله اصلی در این تحقیق بررسی تاثیر روان درمانی مثبت گرا بر خودتوانمندی، خودشفقتی و امید به زندگی در بین زنان دارای اختلال افسردگی می باشد. در واقع سوال اصلی پژوهش این است که آیا روان درمانی مثبت گرا بر خودتوانمندی، خودشفقتی و امید به زندگی در بین زنان دارای اختلال افسردگی شهر کرمانشاه تاثیر دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر باتوجه به هدف کاربردی و شیوه اجرا نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری کلیه زنان دارای اختلال افسردگی شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بودند. از بین جامعه آماری، ۳۰ نفر در دو گروه آزمایشی و کنترل (در هر گروه ۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) بصورت روش نمونه گیری هدفمند و بصورت تصادفی انتخاب شدند. انتخاب نمونه ها به این شرح بود که از زنان دارای اختلال افسردگی اساسی تحت پوشش به مراکز و پایگاه های بهداشت و درمان (مرکز بهداشت شهرک حافظیه) شهر کرمانشاه جهت مراقبت مراجعه کردند با همکاری مراقبین بهداشتی پایگاه افراد را بصورت هدفمند انتخاب و جهت آموزش در کلاس آموزش از آنها فراخوان بعمل آمد.

ابزارهای پژوهش:

در این پژوهش از سه پرسشنامه استاندارد شده استفاده شده است

۱) **پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر^۳ (SHS)**: این پرسشنامه که توسط اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) برای سنجش امید به زندگی ساخته شد. این پرسشنامه دو زیر مقیاس را در بر می گیرد: تفکر عاملی و تفکر راهبردی. و دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خود سنجی اجرا می شود. از این عبارت، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی، ۴ عبارت انحرافی است. تحقیقات زیادی از پایایی و اعتبار این پرسشنامه به عنوان مقیاس اندازه گیری امید به زندگی حمایت می کنند (برایانت و ونگروس، ۲۰۰۴). همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون-بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است (اشنایدر و لویز، ۲۰۰۷). همسانی درونی زیر مقیاس عاملی ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و زیر مقیاس راهبردی ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ است (روبلسکی و اشنایدر، ۲۰۰۵، نقل از کمری، سنقر آبادی و فتح آبادی، ۱۳۹۸).

۲) **پرسشنامه خود شفقت ورزی**: این مقیاس خود گزارشی در سال ۲۰۰۳ توسط نف ساخته شد که دارای ۲۶ ماده است و جنبه های مثبت و منفی سه بعد اصلی خود شفقت ورزی را می سنجد: مهربانی به خود (۵ گویه) در برابر قضاوت در مورد خود (۵ گویه)، اشتراکات انسانی (۴ گویه). پاسخدهی به سوالات به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه است. میانگین نمرات این ۶ مؤلفه (با احتساب نمرات معکوس) نمره ی خودشفقت ورزی را به دست می دهد.

۳) **پرسشنامه خودتوانمندی**: این پرسشنامه توسط شرر و دیگران در سال ۱۹۸۲ تهیه شد و شامل ۱۷ گویه است. پرسشنامه خودتقویت باورهای افراد در مورد توانایی آنها برای مقابله با موقعیت های مختلف را اندازه گیری می کند. این پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت تهیه شده است. بنابراین پاسخی که کاملاً مخالف توله سگ است ۱ و پاسخی که کاملاً با توله سگ مطابقت دارد ۵ است. نمرات بالا نشان دهنده احساس ارزشمندی بالا در یک فرد است. شرر و همکاران (۱۹۸۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه / ۰.۸۶ فهمیده شد. همچنین تحقیقات آنها نشان داد که بین نمرات این نظرسنجی و موفقیت شغلی و تحصیلی همبستگی مثبت وجود دارد. کرامتی (۱۳۸۳) آلفای کرونباخ / ۰.۸۶ را در نمونه های ایرانی دریافت کرد.

^۳Snyder Hope Scale

روش اجرای پژوهش:

بعد از مشخص کردن نمونه به روشی که ذکر شد به تعداد آزمودنی های گروه آزمایشی و گروه کنترل برگه سؤال و پاسخ نامه آماده گردید و با هماهنگی به عمل آمده در موعد مقرر در مراکز و پایگاه های بهداشت و درمان شهر کرمانشاه، با تشریح کلی کار و توجیه افراد جهت شرکت در این آزمون و تحقیق، از آنها خواسته شد که نهایت همکاری را با پژوهشگر داشته و تا پایان دوره انصراف ندهند سپس به تعداد آنها که ۲۴ نفر برای انتخاب نمونه از روش نمونه گیری داوطلبانه تعداد ۲۴ نفر از جامعه مذکور بصورت تصادفی در دو گروه (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه گواه) انتخاب شدند بودند برگه سؤالات پیش آزمون خودتوانمندی ، خودشفقتی و امید به زندگی توزیع گردید. پس از اتمام پیش آزمون مداخله امید درمانی به گروه آزمایشی که شامل ۱۲ نفر هستند داده شد.

جدول ۱ شرح جلسات روان درمانی مثبت گرا (گودوین، ۲۰۱۸)

جلسات	هدف	شرح جلسه
جلسه اول	آشنایی گروه باهم دیگر	ایجاد رابطه حسنه مبتنی بر همکاری-آشنایی با نحوه کار
جلسه دوم	معرفی، مرور کلی و بیان سه اتفاق خوب	-ارائه کلیاتی از پروتکل گروهی، معرفی اعضا و انتظارات گروه -مراقبه ذهن آگاهی مختصر -تمرین کتبی تأیید خویشتن و بیان ارزشها -شرح تمرین (تکلیف خانگی) -سه اتفاق خوب -مراقبه ذهن آگاهی
جلسه سوم	استفاده از نقاط قوت خود	-بحث راجع به تمرین سه اتفاق خوب -بحث راجع به نتایج -شرح تمرین (تکلیف خانگی) استفاده از نقاط قوت خود -مراقبه ذهن آگاهی
جلسه چهارم	لذت بردن	-بحث راجع به تمرین استفاده از نقاط قوت -معرفی تمرین (تکلیف خانگی) لذت بردن -مراقبه ذهن آگاهی
جلسه پنجم	داشتن یک روز خوب	-بحث راجع به تمرین (تکلیف خانگی) لذت بردن -معرفی تمرین (تکلیف خانگی) داشتن یک روز خوب -مراقبه ذهن آگاهی
جلسه ششم	دیدار قدردانی	-بحث راجع به تمرین داشتن یک روز خوب -معرفی تمرین (تکلیف خانگی) دیدار قدردانی -مراقبه ذهن آگاهی
جلسه هفتم	پاسخ فعال/سازنده	-بحث راجع به تکلیف خانگی دیدار قدردانی -معرفی تمرین (تکلیف خانگی) پاسخ فعال/سازنده -مراقبه ذهن آگاهی
جلسه هشتم	صندلی داغ	-بحث راجع به تمرین پاسخ فعال/سازنده -معرفی تکلیف صندلی داغ

جلسه نهم	نوشتن بیوگرافی	-مراقبه ذهن آگاهی -بحث راجع به تمرین صندلی داغ -معرفی تمرین نوشتن بیوگرافی -مراقبه ذهن آگاهی
جلسه دهم	خدمات مثبت	-بحث راجع به تکلیف نوشتن بیوگرافی -معرفی تکلیف خدمات مثبت -مراقبه ذهن آگاهی -بحث راجع به جلسه پایانی
جلسه یازدهم	خاتمه	-بحث راجع به گروه -پر کردن مقیاسها -مراقبه نهایی

یافته ها

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره خودتوانمندی، خودشفقتی و امید به زندگی زنان دارای اختلال افسردگی گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
خودتوانمندی	پیش آزمون	آزمایش	۶۰/۳۵	۱۰/۸۸	۱۲
		گواه	۵۷/۹۶	۱۰/۶۶	۱۲
	پس آزمون	آزمایش	۶۵/۸۵	۱۲/۸۹	۱۲
		گواه	۵۹/۲۴	۱۰/۵۶	۱۲
خودشفقتی	پیش آزمون	آزمایش	۸۸/۸۷	۱۹/۹۷	۱۲
		گواه	۹۰/۵۷	۱۹/۷۸	۱۲
	پس آزمون	آزمایش	۹۳/۹۹	۲۱/۱۱	۱۲
		گواه	۸۹/۹۳	۱۹/۰۷	۱۲
امید به زندگی	پیش آزمون	آزمایش	۲۵/۰۸	۵/۶۸	۱۲
		گواه	۲۴/۱۶	۵/۲۷	۱۲
	پس آزمون	آزمایش	۲۸/۵۸	۶/۵۵	۱۲
		گواه	۲۵/۸۸	۵/۱۴	۱۲

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره خودتوانمندی، خودشفقتی و امید به زندگی زنان دارای اختلال افسردگی گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد.

جدول ۳: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس های نمره ها متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
خودتوانمندی	۰/۸۵۶	۱	۲۲	۰/۳۶۲
خودشفقتی	۱/۰۱	۱	۲۲	۰/۲۳۱
امید به زندگی	۱/۴۵۱	۱	۲۲	۰/۳۶۲

همان گونه که در جدول ۳ ملاحظه می شود، فرض صفر برای تساوی واریانس های نمره ها دو گروه در کلیه متغیرهای اصلی تحقیق از نظر آماری معنادار نمی باشد. یعنی پیش فرض تساوی واریانس های نمره ها در دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید. از این رو، مفروضه ی همگن بودن واریانس ها در همه متغیرهای اصلی تحقیق رعایت شده و امکان استفاده از تحلیل کوواریانس وجود دارد.

جدول ۴: نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات خودتوانمندی ، خودشفقتی و امید به زندگی زنان دارای اختلال افسردگی

نرمال بودن توزیع نمرات	گروه ها	آماره	کلموگروف - اسمیرنف			کلموگروف - اسمیرنف		
			درجه آزادی	معنی داری	گروه ها	آماره	درجه آزادی	معنی داری
خودتوانمندی	۰/۹۹۹	۲	۰/۲۷۱	گواه	۰/۶۰۶	۲۰	۰/۸۵۷	۰/۹۹۹
خودشفقتی	۰/۵۳۶	۲	۰/۲۴۱	گواه	۰/۷۴۱	۲۰	۰/۲۵۶	۰/۵۳۶
امید به زندگی	۰/۷۸۵	۲	۰/۱۹۸	گواه	۰/۳۸۵	۲۰	۰/۶۳۲	۰/۷۸۵

همانگونه که در جدول ۴ ارائه شده است، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای خودتوانمندی ، خودشفقتی و امید به زندگی تأیید می گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون خودتوانمندی، خودشفقتی و امید به زندگی زنان دارای اختلال افسردگی گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	فرضیه DF	خطا DF	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلابی	۰/۸۰۶	۳	۲۱	۸۵/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۱/۹۴	۳	۲۱	۸۵/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۱/۴۸	۳	۲۱	۸۵/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
آزمون بزرگ ترین ریشه روی	۱/۴۸	۳	۲۱	۸۵/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۵ مشاهده می شود با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین زنان دارای اختلال افسردگی گروه های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (خودتوانمندی، خودشفقتی و خودشفقتی) تفاوت معنی داری مشاهده می شود ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F=۲۳/۸۵$). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، سه تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جداول زیر ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۶ می باشد، به عبارت دیگر، ۵۶ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون خودتوانمندی، خودشفقتی و امید به زندگی مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون امید به زندگی زنان دارای اختلال افسردگی گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۳۸۵/۱۸۷۰	۱	۱۸۷۰/۳۸۵	۲۲/۸۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۹۹
گروه	۹۸۵/۷۴۱	۱	۹۸۵/۷۴۱	۲۶/۸۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷	۱/۰۰
خطا	۲۹۸/۳۹۵	۲	۳۶/۵۷				

همان طوری که در جدول ۶ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین زنان دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش و گواه از لحاظ امید به زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F=۲۶/۸۶۵$). بنابراین فرضیه

اول تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، روان درمانی مثبت گرا با توجه به میانگین امید به زندگی زنان دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش امید به زندگی زنان دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۷ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۷ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون امید به زندگی مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می‌باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون خودشفقتی در زنان دارای اختلال افسردگی گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۳۸۵۶/۳۴	۱	۳۸۵۶/۳۴	۲۰/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳	۰/۹۹۲
گروه	۱۲۸۹/۳۱	۱	۱۲۸۹/۳۱	۲۳/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۹۷
خطا	۲۹۱/۴۹	۲۱	۷۷/۴۷				

همان طوری که در جدول ۷ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین زنان دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ خودشفقتی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=23/57$ و $p<0/001$). بنابراین فرضیه دوم تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، روان درمانی مثبت گرا با توجه به میانگین خودشفقتی زنان دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش خودشفقتی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۶ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون خودشفقتی مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می‌باشد. توان آماری برابر با ۰/۹۹۹ است، به عبارت دیگر، اگر این تحقیق ۱۰۰۰ مرتبه تکرار شود فقط ۱ مرتبه ممکن است فرضیه صفر اشتباهاً تأیید شود.

جدول ۸: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون خودتوانمندی زنان دارای اختلال افسردگی گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۱۶۷۴/۳۴	۱	۱۶۷۴/۳۴	۱۵/۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۹۲
گروه	۱۲۴۱/۶۳	۱	۱۲۴۱/۶۳	۷۴/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۹۹
خطا	۳۸۵/۴۸	۲۱	۱۱۲/۱۹				

همان طوری که در جدول ۸ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین زنان دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ خودتوانمندی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/0001$ و $F = 22/74$). به عبارت دیگر، روان درمانی مثبت گرا با توجه به میانگین خودتوانمندی زنان دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش خودتوانمندی زنان دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۱ می باشد، به عبارت دیگر، ۵۱ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون خودتوانمندی مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد روان درمانی مثبت گرا موجب افزایش امید به زندگی زنان دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش شده است. در تبیین این نتیجه میتوان گفت که امید داشتن به زندگی یکی از شاخص های بسیار مهم سلامتی و رفاه در انسان محسوب میشود. امید یک حالت انگیزشی مثبت است که مبتنی بر حس پایداری و راهیابی است که ناشی از تعامل فرد با محیط است. امید به زندگی یکی از عوامل اساسی، ارتقادهنده قدرت انطباق و سازگاری و نشانه سلامت جسمی و روانی می باشد و همچنین عامل اصلی، تلاش برای کشف متغیرهای موثر و نهفته در ورای بهبود محسوب میشود. عوامل متعددی از جمله ساختار روانی و وضعیت روانشناختی، هیجانات مثبت و منفی، توانمندی انطباق با شرایط محیطی و پیرامون، ژنتیک، سطح و کیفیت زندگی و... بر میزان امیدواری انسان تأثیرگذار هستند. بطوریکه هدف رویکرد روانشناسی مثبت، سلامت فهم و آسان سازی سلامت ذهنی و روانی است و بعنوان یک اقدام متهورانه علمی، بر درک و فهم و تبیین شادمانی و سلامت ذهنی و بطور دقیق به پیش بینی عواملی تمرکز دارد که بر امید واری تأثیر میگذارد و هدف غائی این رویکرد، شناسایی سازه ها و شیوه هایی است که بهزیستی و شادکامی انسان را به ارمان می آورند و سعی می کند عوامل سبب ساز و تهدیدکننده ی آرامش و شادکامی را شناسایی و رفع نماید. روان درمانی مثبت گرا به زنان دارای اختلال افسردگی کمک می نماید تا افکار و احساساتشان را تجربه کنند به جای اینکه از آن اجتناب کنند به خاطر به کار بردن این تکنیک می باشد که نمرات رضایت زناشویی نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری داشته است. بنابراین هدف روان درمانی مثبت گرا ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی بیشتر است. منظور از انعطاف پذیری روان شناختی توانایی تغییر یا مداومت در طبقات رفتاری کنشی است که انجام آن به اهداف ارزشمند کمک می کند. چون ممکن نیست که فرآیند های زبانی که مشکلات انسان را ایجاد می کنند را حذف یا جابجا کنیم، هدف این است که این فرآیندها را تحت کنترل بافتاری دریاوریم. این فرآیندها به تغییر فرآیندهای مرکزی زبانی که در انعطاف پذیری روان شناختی مداخله می کند، مربوطند. مداخلات روان درمانی مثبت گرا از طریق هر کدام از این فرآیندها می توان انجام شود. در روان درمانی مثبت گرا برای کاهش، تغییر، اجتناب، سرکوبی و یا کنترل تجربه های خصوصی (افکار و احساسات) اقدامی صورت نمی گیرد. بلکه مراجعان یاد می گیرند که اثر و تأثیر افکار و احساسات نا خواسته را از طریق استفاده مؤثر از هوشیاری فراگیر کاهش دهند. مراجعان یاد می گیرند که جنگیدن با این تجربه های خصوصی را متوقف کنند، نسبت به آن ها گشاده باشند، جایی را به آن ها اختصاص دهند و بدون هیچ تلاشی به آن ها اجازه دهند که بیایند و بروند. بنابراین در این پژوهش نشان داده شد که روان درمانی مثبت گرا بر امید به زندگی زنان دارای اختلال افسردگی تأثیر والایی داشته است.

نتایج نشان داد روان درمانی مثبت گرا موجب افزایش خودشفقتی زنان دارای اختلال افسردگی شده است. در تبیین این یافته میتوان گفت شفقت به خود، به طور طبیعی حساسیت فرد نسبت به سلامت دیگران را افزایش می دهد، زیرا فرد تجارب خود را در راستای تجارب نوع انسان می بیند. او در اینجا متوجه می شود که ناراحتی، ناکامی و کمبودها بخشی از ویژگی عمومی همه انسان هاست و او هم یکی از آنان است، بنابراین نتیجه می گیرد که مهربانی و شفقت ارزشمند است. زمانی که

می پذیریم انسانی هستیم که به کل انسان ها تعلق و وابستگی داریم، دیگر نیازی به مقایسه خود نسبت به دیگران که بهتر یا بدتر هستیم، نداریم. پس عامل کلیدی در جریان رشد همدلی، تربیت شفقت به خود است که به طور طبیعی از طریق مراقبه یا ذهن آگاهی بدست می آید. رشد شفقت به خود و دیگران، راهبردی برای افزایش سلامتی و خوشبختی تلقی می شود که با هدف ارتقا سلامتی در تمرین های بودایی برای هزاران سال رونق داشته است. احساس مراقبت پذیرش و دارا بودن نوعی حس تعلق و وابستگی به دیگران، پایه ای برای بلوغ روانی و خوشبختی است (سعیدیان، ۱۳۹۶). گیلبرت^۴ (۲۰۱۰) معتقد است: با شفقت به خود، می توان بر خوشبختی و سلامت خود و روابط اجتماعی اثر گذاشت. فردریکسون^۵ (۲۰۰۹) یکی از پژوهشگران روان شناسی مثبت گرا از مداخله «مراقبه عشق - شفقت» نام می برد. هدف این مداخله تقویت هیجانات مثبت بویژه در زمینه ارتباطات است. این رویکرد نوعی راهبرد عملی به منظور افزایش احساسات گرم و لطف و مهربانی در حق خود و دیگران است این رویکرد همچون مراقبه ذهن آگاهی، از تمرین های تربیت ذهن بودایی الهام گرفته است. در تصویرسازی ذهنی هدایت شده، بیمار ابتدا این گرمی و شفقت را در خود خلق می کند و سپس آن ها را به سمت دیگران به جریان می اندازد (ابتدا نسبت به افراد آشنا، سپس غریبه ها و در نهایت حتی به سمت افرادی که با آن ها روابط منفی دارد. در حالی که بسیاری از نظریه های روان شناختی بر این فرض تأکید دارند که افراد اساساً علاقمند به خود هستند و توجه بیش از حدی به خودشان دارند تا به دیگران، اما تجارب بالینی نشان می دهد که افراد دارای آسیب روانی اغلب نسبت به خود سخت گیرتر و نامهربان تر برخورد می کنند تا نسبت به دیگران و حتی غریبه ها. بنابراین ضرورت دارد، این افراد نگاهی دلسوزانه و مهربانانه نسبت به خود و موقعیت خود داشته باشند. با شفقت، فرد بهتر می تواند سلامت هیجانی مورد نیاز خود را بدون ترس از محکومیت خود فراهم کند. و این امر به فرد فرصتی می دهد تا خود را بهتر درک کند و افکار، هیجانات و رفتارهای ناسازگار خود را اصلاح کند. یقیناً مراقبت درونی برای دلسوزی، انگیزش فرد را برای رشد و تغییر تقویت می کند. شفقت به خود نوعی حالت هیجانی مثبت را نسبت به خود فراهم می کند که در آن فرد نسبت به خود احساس مهربانی و مراقبت بیش تری می کند. این رویکرد به انگیزش رفتار مثبت و سازنده کمک می کند و فرد را در برابر ناتوان سازی، ضعف و خود قضاوتی منفی همچون اضطراب و افسردگی محافظت می کند. «شفقت به خود» ممکن است از لحاظ مهارت برخورد با استرس با خود تنظیمی در ارتباط باشد. شفقت به خود نوعی نگرش مثبت هیجانی است که فرد را در مقابل پیامدهای منفی خود قضاوتی، تنهایی و نشخوار گری همچون افسردگی، مراقبت می کند (کرد، ۱۳۹۵). روان درمانی مثبت گرا می تواند در افزایش خودشفقتی موثر باشد. هدف روان درمانی مثبت گرا ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی بیشتر است. منظور از انعطاف پذیری روان شناختی توانایی تغییر یا مداومت در طبقات رفتاری کنشی است که انجام آن به اهداف ارزشمند کمک می کند. چون ممکن نیست که فرآیند های زبانی که مشکلات انسان را ایجاد می کنند را حذف یا جابجا کنیم، هدف این است که این فرآیندها را تحت کنترل بافتاری در بیاوریم. این فرآیندها به تغییر فرآیندهای مرکزی زبانی که در انعطاف پذیری روان شناختی مداخله می کند، مربوطند. مداخلات روان درمانی مثبت گرا از طریق هر کدام از این فرآیندها می توان انجام شود. در این درمان، هدف کاهش نشانه نیست و هیچ تلاشی برای آن صورت نمی گیرد، اما کاهش نشانه، نتیجه آن است. از دیدگاه روان درمانی مثبت گرا تلاش مداوم برای رها شدن از نشانه ها در درجه اول اختلال بالینی ایجاد می کند (شیهی و هوران^۶، ۲۰۱۹). به محض اینکه تجربه های خصوصی برچسب «نشانه» گرفت، تلاشهایی برای از بین بردن یا کاهش آن صورت می گیرد. هدف روان درمانی مثبت گرا ، تغییر نوع ارتباط با تجربه های خصوصی (احساسات و افکار) مشکل آفرین است، به گونه ای که دیگر آنها را به صورت نشانه ادراک نشود. در عوض، یاد گرفته شود که آنها را- حتی اگر ناراحت کننده باشند- به عنوان وقایع روان شناختی موقت در نظر بگیرد.

^۴ Gilbert^۵ Fredrikson^۶ Sheehy & Horon

نتایج نشان داد روان درمانی مثبت گرا با توجه به میانگین خودتوانمندی زنان دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش خودتوانمندی زنان دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش شده است. در تبیین این نتیجه می توان گفت که زنان دارای اختلال افسردگی در مورد توانمندی های خود (خودتوانمندی) تابع حالات جسمانی، که آنها نیز به نوبه خود متأثر از حالات عاطفی و رفتاری شخص و به طور کلی، سازگاری در تمام ابعاد آن می باشد، هستند. هیجانات منفی مانند ترس، اضطراب، تنش و افسردگی سبب می شود که افراد در انجام وظایف، توانایی های خود را دست کم بگیرند، که این در واقع مفهوم خودتوانمندی پایین است. زنان دارای اختلال افسردگی با خودتوانمندی پایین، احساس می کنند در اعمال کنترل بر رویدادهای زندگی درمانده و ناتوانند. آنها معتقدند هر تلاشی که می کنند بیهوده است. در مواجهه با موانع، اگر تلاشهای اولیه در برخورد با مشکلات بی نتیجه بوده باشد، سریعاً قطع امید می کنند. حالات روحی و روانی مانند خستگی، عصبانیت و درد و رنج در فرد که از نشانه های خودتوانمندی پایین است، منجر به نقصان در سازگاری در محیط اجتماعی فرد می شود. همچنین، زنان دارای اختلال افسردگی با خودتوانمندی بالا، نیز معتقدند که می توانند بطور موثر با رویدادها و شرایط، مواجه شوند. از آنجایی که این افراد در غلبه بر مشکلات انتظار موفقیت دارند، در تکالیف، استقامت نموده و اغلب در سطح بالایی عمل می کنند. این افراد نسبت به اشخاصی با خودتوانمندی پایین، به تواناییهای خود اطمینان بیشتری داشته و تردید کمتری نسبت به خود دارند. آنها مشکلات را چالش می بینند نه تهدید، و فعالانه موقعیتهای جدید را جستجو می کنند. خودتوانمندی بالا، ترس از شکست را کاهش می دهد، سطح آرزوها را بالا می برد و توانایی مساله گشایی و تفکر تحلیلی را بهبود می بخشد و سبک حل مسئله فرد را بالا می برد. روان درمانی مثبت گرا می تواند در افزایش خودتوانمندی موثر باشد. هدف روان درمانی مثبت گرا ایجاد یک زندگی غنی و معنادار و پذیرش دردهای اجتناب ناپذیر زندگی است. زندگی معنادار فقط از طریق عمل هوشیارانه به دست می آید. اما در راه تلاش برای ایجاد چنین زندگی معناداری، موانعی نظیر تجربه های خصوصی (مثل افکار، تصورات، احساسات، حواس، امیال و خاطرات) ناخواسته و ناخوشایند سر راه قرار می گیرد. روان درمانی مثبت گرا مهارتهای هشیاری فراگیر را به عنوان یک روش موثر برای مدیریت این تجربیات خصوصی، آموزشی می دهد.

منابع

- احمدوند، محمد علی، (۱۳۹۵)، بهداشت روانی، انتشارات پیام نور
- الهیاری طلعت، میرقلی خانی تهرانی، (۱۳۹۹)، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر افسردگی در زنان سالمند ساکن آسایشگاه کهریزک پایان نامه علوم اجتماعی، شماره ۲۸، ۷۴-۳۴
- بهادری خراسانی، جعفر، هاشمی نصرت عابد، تورج، ماشین چی عباسی، نعیمه. (۱۴۰۰). رابطه ویژگی های شخصیتی و هوش هیجانی با خودتوانمندی در دانشجویان، ماهنامه علوم پزشکی کرمانشاه، سال شانزدهم، شماره ۶ (پیاپی ۵۹)
- بیابانی، علی اصغر. کوچکی، عاشور محمد و گودرزی، حسین. (۱۳۹۶). اعتبار و روایی مقیاس امید به زندگی. مجله روانشناسان ایرانی، ۳ (۱۱): ۲۶۵-۲۵۹.
- پورسردار، فیض الله؛ عباسپور، ذبیح الله؛ عبدی زرین، سهراب؛ سنگری، علی اکبر. (۱۴۰۲). تاثیر خودتوانمندی بر خودشفقتی و امید به زندگی. فصلنامه یافته ها، ۱۴ (۱).
- تمنائی فر، محمدرضا، منصوری نیک، اعظم. (۱۳۹۹). ارتباط ویژگیهای شخصیتی، حمایت اجتماعی و امید به زندگی با عملکرد تحصیلی دانشجویان، فصلنامه پژوهش و برنامه ریزی در آموزش عالی، جلد ۲۰ شماره ۱ صفحات ۱۶۶-۱۴۹
- حاجی زاده میمنندی. (۱۳۹۸). رابطه عمل به باورهای دینی و امید به زندگی در بین زنان دارای اختلال افسردگی. مجله سالمندی ایران، ۵ (۱۵)، ۹۴-۸۷.

- حسینی، سید ابوالقاسم. (۱۳۹۵). اصول بهداشت روانی، چاپ اول مشهد، انتشارات دانشگاه مشهد
- خلعتبری، جواد؛ بهاری، صونا. (۱۳۹۸). ارتباط بین خودتوانمندی و امید به زندگی. فصلنامه روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، ۱(۲)، ۸۳-۹۴.
- درویش، علیرضا. (۱۴۰۲). بررسی رابطه امید به زندگی و ویژگیهای شخصیت در دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس.
- زکی، محمدعلی. (۱۳۹۶). اعتباریابی مقیاس چند بعدی امید به زندگی دانش آموزان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۳(۱)، ۴۹-۵۷.
- زندپور، طیبه؛ یادگاری، هاجر. (۱۳۹۶). ارتباط بخشش با امید به زندگی در بانوان دانشجوی متاهل غیربومی دانشگاه های تهران. مطالعات اجتماعی - روان شناختی زنان، ۵(۳)، ۱۰۹-۱۲۲.
- سامانی، سیامک. جوکار، بهرام. صحرا گرد، نرگس. (۱۳۹۶). خودتوانمندی، سلامت روانی و رضایت مندی از زندگی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳(۳)، ۲۹۵-۲۹۰.
- ساعتچی، محمود (۱۳۹۵). راهنمای آزمونهای روانشناختی. تهران: انتشارات ارسباران.
- سریع القدم، زهرا. (۱۳۹۶). مفهوم سلامت روان شناختی، چاپ اول مشهد، انتشارات جاودان فرد
- سلیمی ابراهیم، دشت بزرگی بهمن، مظفری مصیب، تابش حامد. (۱۳۹۹). بررسی سلامت روان و امید به زندگی زنان دارای اختلال افسردگی بازنشسته مراجعه کننده به کانون بازنشستگی دانشگاههای علوم پزشکی جندی شاپور و شهید چمران اهواز. فصلنامه پرستاری زنان دارای اختلال افسردگی، دوره اول، شماره ۲۰: ۳۱-۴۰
- حر، مهدی، آقایی، ارسلان، عابدی، الهه. (۱۳۹۸). تأثیر روش مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله ی تحقیقات علوم رفتاری، دوره ی یازدهم، شماره ی ۲، صص ۱۲۸-۱۲۱.
- خانی پور، حامد. (۱۳۹۸). تأثیر درمان شناختی بر حضور ذهن بر روی نشانه های افسردگی، نشخوار فکری، باورهای فراشناختی و نشانه های روانپزشکی باقیمانده در بیماران با سابقه یک دوره افسردگی: یک طرح مطالعه تک موردی. پایان نامه دکتری، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- خسروی، مهناز؛ مهربانی، حمید؛ عزیزی مقدم، محسن. (۱۴۰۲). بررسی مقایسه ای مولفه های نشخوار فکری در بیماران افسرده، وسواس اجباری و افراد عادی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان، ۱۰: ۶۵-۷۲.
- حسینائی، علی. (۱۴۰۲). بررسی تاثیر مداخله روان درمانی مثبت گرا گروهی بر استرس شغلی، فرسودگی شغلی و رضایت شغلی کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- جوانمرد، غلامحسین. (۱۴۰۲) آسیب شناسی روانی، جلد دوم، چاپ دوم، انتشارات پیام نور.
- رجبی، غلامرضا، ایمانی، محمد. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر نگرانی و سازگاری زناشویی زن های دارای آشفتگی و اختلال اضطراب فراگیر. مجله ی تحقیقات علوم رفتاری، دوره ی یازدهم، شماره ی ۶، صص ۶۰۰-۶۱۹.
- میرزایی فروغ، حاتمی حمیدرضا، (۱۳۹۸) رابطه ویژگی های شخصیتی و خودتوانمندی در دانشجویان، اندیشه و رفتار (روانشناسی کاربردی)، ۵(۱۷): ۴۷-۵۶.
- میلانی فر، بهروز. (۱۳۹۶). بهداشت روانی، تهران، نشر قومس.
- نیکجو، بهاره. (۱۳۹۵). رابطه بین ویژگیهای شخصیتی با هوش هیجانی و امید به زندگی. پایان نامه کارشناسی ارشد، منتشر شده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

- نبوی سیدحمید، علیپور فردین، حجازی علی، ربانی زهرا، راشدی وحید، (۱۳۹۹)، بررسی رابطه خودتوانمندی و سلامت روان در زنان دارای اختلال افسردگی مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، سال ۵۷، شماره ۷، ۸۴۱-۸۴۶.
- Hayes, S. S. C., Levin. M. E., Plumb-Villardaga. J., VIIIatte, J. L., & Pistorello, j. (۲۰۲۰). Acceptance and commitment therapy and Contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*. ۴۴(۲). ۱۸۸-۱۹۸.
- Bricker, J. J., & Tollison, s. (۲۰۲۰). Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: A Conceptual and clinical review. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. ۳۹(۰۵), ۵۴۱-۵۵۹.
- Deyo, M. (۲۰۲۱). Mindfulness and rumination: Does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? Dissertation abstracts in international; Section B: Sciences and Engineering vol, ۶۸(A-B):۵۵۶۴.
- Folk, F. (۲۰۱۹) Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Journal Cognitive and Behavioral practice*, ۱۹, ۵۸۳-۵۹۴.
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L. (۲۰۲۳). In search of durable positive psychology interventions: Predictors and consequences of long-term positive behavior change. *Journal Positive Psychology*, ۵ (۵), ۳۵۵-۳۶۶. Doi: ۱۰.۱۰۸۰/۱۷۴۳۹۷۶۰, ۲۰۱۸, ۵۰۸۸۸۳
- Dawood, R. (۲۰۲۲). Positive psychology and child mental health; a premature application in school-based psychological intervention?. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, ۱۱۳, ۴۴ - ۵۳.
- Banos, R. M., Etchemendy, E., Farfallini, L., Palaciosbd, A. G., Querobd, S., & Botella, C. (۲۰۲۳). EARTH of Well-Being System: A pilot study of an Information and Communication Technology-based positive psychology intervention. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, ۹(۶): ۴۸۲-۴۸۸.
- Reiter, Ch., Wilz, G. (۲۰۲۱). Resource diary: A positive writing intervention for promoting well-being and preventing depression in adolescence. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, ۱۱(۱), ۹۹-۱۰۸.
- Jenifer, L.T., Lynn, E.A. (۲۰۱۸). Predicting anger in social anxiety: The mediating role of rumination. *Behavior Research and Therapy*, ۴۷: ۱۰۷۹-۱۰۸۴.
- Cooper, E. (۲۰۲۰). Acceptance and Commitment Therapy and Depression – the development of a depression specific process measure. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the award of the degree Doctorate of Psychology (Clinical Psychology).
- Keng. K. s., naete, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. (۲۰۱۹). Major depression and generalized anxiety disorder: Same genes (partly) different environments? *Archives of General Psychological Medicine*, ۲۳, ۲۹۷-۴۰۶.
- Martin, L., Tesser, A. (۲۰۲۰). Some Ruminative thoughts. In: R. S. Wyer, jr (ed, *Ruminative Thoughts* (pp. ۱-۴۷). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Mischa, S., Borkovec, T. D., Peasley, C., Person, D. (۲۰۲۰). Coping and personality as predictors of post-traumatic intrusions, numbing, avoidance and general distress: A study of victims of the perth flood. Behavioural and cognitive Psychotherapy, ۲۳: ۲۵۱-۲۶۴.

Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I., Mayer, B. (۲۰۱۴). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. Personality and Individual Differences ۳۹: ۱۱۰۵, ۱۱۱۱.

Raes, F. (۲۰۱۹). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. Personality and individual Differences, ۴۸: ۷۵۷-۷۶۱.

Sheehy, L. Sheehy, S. (۲۰۱۹). An acceptance- based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In: SM, I, Orville, roemer Editors, Acceptance- and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment. New york, Ny: Springer. ۴۰-۲۱۳.