

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۰۶/۱۲

تاریخ بررسی مقاله: ۹۵/۰۶/۲۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۰۸/۰۲

DOI: 10.22055/jacp.2018.23636.1051

مجله دست‌آوردهای روان‌شناسی بالینی

دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز ۱۳۹۵

دوره‌ی دوم، سال ۲، شماره ۳

صص: ۹۸-۷۷

اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر احساس شادکامی و امید در بیماران مبتلا به ویتیلیگو (پسی)

طاهره شریفی کیا^{۱*}، محمد طحان^۲ و زهرا عسکری^۳

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه‌ی گروهی بر افزایش شادکامی و امید در بیماران مبتلا به ویتیلیگو (پسی) بود. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه آماری را کلیه‌ی مردان و زنان مراجعه‌کننده‌ی مبتلا به ویتیلیگو در شهرستان کاشمر تشکیل دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه امیدواری اشنایدر و همکاران استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها، از آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کواریانس) استفاده شد. یافته‌های به دست آمده نشان داد که میانگین نمرات شادکامی و امید در پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معناداری از میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه کنترل بالاتر است. بر اساس یافته‌های این تحقیق می‌توان گفت که روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه‌ی گروهی در افزایش امید و شادکامی در بیماران ویتیلیگو مؤثر است.

کلید واژگان: روان‌درمانی مثبت‌نگر، شادکامی، امید، ویتیلیگو، پسی

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران (نویسنده مسئول)

t.mohammad2@gmail.com

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

مقدمه

لک و پیسی، برص یا ویتیلیگو، هر سه، نام‌های یک نوع بیماری ناشی از التهاب پوست هستند؛ بیماری که به صورت لکه‌های سفیدرنگ، به‌طور قرینه در دو طرف پوست بدن، مخصوصاً در پوست صورت، بروز می‌کند (احمدلو، ۱۳۸۹). ویتیلیگو یا برص، یک بیماری ژنتیکی است که در آن قسمتی که تولید رنگدانه ندارد، به رنگ کاغذی کاملاً سفید در می‌آید. به عبارت دیگر، ملانین (رنگدانه‌ای است که باعث ایجاد رنگ پوست، مو و چشم‌ها می‌شود) و این ملانین توسط سلول‌هایی به نام ملانوسیت (سلول‌های رنگدانه‌ساز) به وجود می‌آید، حالا اگر ملانوسیت به دلیل اختلال‌های ژنتیکی از بین برود یا نتواند رنگدانه تولید کند، پوست، رنگ خودش را از دست می‌دهد و سفید می‌شود (رضیعی، ۱۳۹۲).

در پیسی، سفیدی در پوست بدن انسان پیدا می‌شود که دارای خارش دردناکی است و نوعی بیماری است که موجب غلبه سفیدی بر سیاهی در قسمتی از بدن می‌گردد. این بیماری با شیوع ۱-۲ درصد در تمام نژادها یافت می‌شود و به صورت ماکول‌های پوستی به رنگ سفید با حدود مشخص، بیشتر در افراد تیره پوست مشاهده می‌شود. اوج بروز سنی آن ۱۰ الی ۳۰ سالگی است (هالدر و تالیافیررو^۱، ۲۰۰۸). در علت شناسی آن استعداد ژنتیکی و عوامل مستعدکننده به صورت تئوری‌های خودایمنی (اتوایمیون)، نوروژنیک خودتخریبی ملانوسیت، نقصان متابولیسم کراتینوسیت‌ها و کاهش سطح کاتالاز در اپیدر مطرح شده است (بلیهن و آنستی^۲، ۲۰۰۴؛ اورتونی^۳، ۲۰۰۸).

مبتلایان پیسی یکی از مشکلات شایع مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های پوست است، به‌طوری‌که این بیماری ۸/۸ تا ۱۴ درصد افراد را در جوامع مختلف مبتلا می‌سازد (مشیر، فیتزپاتریک، هوری و اورتونی^۴، ۱۹۹۳). پیسی جزو بیماری‌هایی است که روند درمانی بسیار سختی دارد. اما مراحل درمان آن نسبت به بیماران مختلف و پیشرفت بیماری‌شان، متفاوت است. خط اول در درمان این بیماری، درمان غیرجراحی شامل درمان با کورتیکواستروئیدهای موضعی و فتوترابی

-
1. Halder & Taliaferro
 2. Bleehen & Anstey
 3. Ortonne
 4. Mosher, Fitzpatrick, Hori, & Ortonne

است (موفی^۱ و همکاران، ۲۰۰۱؛ تانیجا^۲، ۲۰۰۲).

بیماران مبتلا به پیسی شدیداً دچار افت کیفیت زندگی می‌شوند که علت آن اختلاف رنگ بین پوست سالم دارای رنگدانه و پوست بدون رنگدانه است تا جایی که این موضوع برای بیماران مشکلات روان‌شناختی ایجاد می‌کند (پرساد، پندهی، دوگرا، کانوار و کومار^۳، ۲۰۰۳). مبتلایان توجه خاصی به ظاهر و بدن خود و از نظر روان‌شناختی دچار مشکلاتی می‌شوند. دو مولفه روان‌شناختی که تحت تأثیر پیسی قرار می‌گیرد احساس امیدواری و شادکامی افراد است. احساس امیدواری از نظر فیزیولوژیکی و عاطفی به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند بحران بیماری را تحمل کنند (خدایی، ۱۳۹۳).

امید به‌عنوان یک عامل در پیش‌بینی سیر بیماری تلقی می‌شود و ناامیدی به‌عنوان تحمل وضعیت فایق نیامدنی تعریف می‌شود که در آن دستیابی به هیچ هدفی مورد انتظار نیست و با افسردگی، آرزوی مرگ و خودکشی ارتباط دارد (استراوبریدج، کوهان، شیما و کاپلان^۴، ۱۹۹۷). امید در بردارنده تصورات و توجه افراد به آینده است و با این تصور که احتمال دارد نتایج مثبت حاصل گردد، باعث تلاش بیمار می‌شود (به نقل از فرحبخش، جوادیان و حسین ثابت، ۱۳۹۲). امید نیرویی هیجانی است که تخیل را به سمت موارد مثبت هدایت می‌کند. امید به انسان‌ها انرژی می‌دهد و مجهزشان می‌کند و مانند کاتالیزوری برای کار و فعالیت عمل می‌کند. امید به ما انعطاف‌پذیری، نشاط و توانایی خلاصی از ضرباتی را که زندگی بر ما تحمیل می‌کند، می‌دهد و باعث افزایش رضایت از زندگی می‌شود (پریچت، ۲۰۰۴، ترجمه عتقائی، ۱۳۸۴). امیدواری پیوندی است میان رفتارهای مرتبط با هدف و باورهای فرد برای رسیدن به این اهداف. میزان امیدواری بالا با بهزیستی بیشتر همراه است. امیدواری از طریق تجارب موفقیت‌آمیز زندگی افزایش می‌یابد و به واسطه تجارب شکست تقلیل می‌یابد (یو، فرلنگ، فیلیکس، شارکی و تانیگوا^۵، ۲۰۰۸).

شادکامی، نام علمی ارزیابی افراد از زندگی‌شان می‌باشد. افراد زندگی‌شان را به صورت قضاوت

1. Mofty

2. Taneja

3. Parsad, Pandhi, Dogra, Kanwar, & Kumar

4. Strawbridge, Cohen, Shema, & Kaplan

5. You, Furlong, Felix, Sharkey, & Tanigawa

کلی (مانند رضایت مندی از زندگی یا احساس خرسندی) یا به صورت ارزیابی از حیطه‌های خاص زندگی‌شان (مانند ازدواج یا کار) و احساسات هیجانی اخیر خود در رابطه با آن‌چه برایشان رخ داده است (هیجان‌ات خوشایند که از ارزیابی‌های مثبت تجربیات فردی ناشی می‌شود) را مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌دهند (دیینر^۱، ۲۰۰۷). شادکامی موهبتی است که باید آن را جستجو کرد و یافت و غنیمت شمرد. بریبرنر^۲ (۱۹۹۸) شادکامی را متغیری می‌داند که پایه شخصیتی دارد. شادکامی چندین جزء اساسی را در بر می‌گیرد؛ جزء هیجانی، که فرد شادکام از نظر خلقی، شاد و خوشحال است، جزء اجتماعی، که فرد شادکام از روابط اجتماعی خوبی با دیگران برخوردار است و می‌تواند از آن‌ها حمایت اجتماعی دریافت کند و سرانجام جزء شناختی، که باعث می‌شود فرد شادکام اطلاعات را به روش خاصی پردازش کرده، مورد تعبیر و تفسیر قرار می‌دهد که در نهایت، باعث احساس شادی و خوش‌بینی در وی می‌گردد. از این رو، در شادکامی، ارزشیابی افراد از خود و زندگی‌شان می‌تواند، جنبه‌های شناختی، مثل قضاوت در مورد خشنودی از زندگی و یا جنبه‌های هیجانی از جمله خلق یا عواطف، در واکنش به رویدادهای زندگی را در برگیرد. افراد شادکام کسانی هستند که اطلاعات را به گونه‌ای پردازش و تفسیر می‌کنند که به خوشحالی آن‌ها می‌انجامد (به نقل از فرحبخش و همکاران، ۱۳۹۲). برص جزو بیماری‌های است که روند درمانی بسیار سختی دارد. اقدامات درمانی پیسی در چهار گروه زیر خلاصه می‌شود:

- ۱- روان‌درمانی و بهبود بخشیدن به وضعیت روحی مبتلا به ویتیلیگو.
- ۲- استفاده از عوامل پیگمانته‌کننده نظیر متوکسی پسورالن (متوکسالن و دیگر نام‌های تجارتي) از راه خوراکی و سپس قرار گرفتن در معرض اشعه اولتراویوله و سایر روش‌های درمانی مانند آن.
- ۳- استعمال عوامل محرک پیگمانتاسیون نظیر استروئیدهای قوی.
- ۴- روش‌های طب سنتی (مکمل) مبتنی بر تشخیص و موافقت پزشک معالج شما و تکمیل اقدامات درمانی از طریق بهره‌گیری از خواص گیاهان دارویی و شفابخش و روش‌های سنتی و علمی گیاه درمانی.

تغییراتی که در ظاهر افراد مبتلا به پیسی بوجود می‌آید می‌تواند سلامت روحی و روانی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد و مشکلاتی در پیدا کردن شغل و یا ادامه کار ایجاد کند. افراد مبتلا، با فشارهای روانی روبرو می‌شوند بویژه اگر پیسی در نواحی قابل رویت بدن از قبیل صورت، دست‌ها، بازوها، پاها و یا در نواحی تناسلی باشد (دانشنامه رشد، ۱۳۹۴). این مشکلات و ناراحتی‌ها را می‌توان تا حدودی با روان‌درمانی بهبود بخشید یکی از انواع مداخلات روان‌درمانی، روان‌درمانی مثبت‌نگر است. روان‌درمانی مثبت‌نگر از جمله مواردی است که در زمینه اختلالات روان‌شناختی مطرح شده و به نظر می‌رسد می‌تواند در بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد مؤثر باشد (لینهان، مک‌داوید، براون، سایرس و گالوپ^۱، ۲۰۰۸).

روان‌شناسی مثبت‌نگر رویکردی است که بر افزایش توانایی‌ها و فضیلت‌های انسانی تأکید دارد و این امکان را برای افراد و جوامع فراهم می‌آورد که به موفقیت دست یابند (سلیگمن و سیکزنت میهالی^۲، ۲۰۰۰) روان‌درمانی مثبت‌نگر در عمل، بر اساس روش‌های علمی سستی جهت فهم و آسیب‌شناسی روانی رفتار طراحی شده است (سلیگمن، رشید^۳ و پارکز^۴، ۲۰۰۶). روان‌شناسی مثبت‌نگر توسط سلیگمن در اواخر دهه ۱۹۹۰ میلادی و آغاز قرن بیست و یکم ارائه شده است. یکی از اهداف اصلی این رویکرد این است که به جای توجه به جنبه‌های مرضی و بیمارگونه، جنبه‌های مثبت شخصیت انسان را مدنظر قرار داد. روان‌شناسی مثبت‌نگر به جای توجه مفرط به ناتوانی‌ها و ضعف‌های بشری بر توانایی‌های انسان مثل شاد زیستن، لذت بردن، قدرت حل مسئله و خوش بینی متمرکز شده است. هدف این رویکرد کشف شیوه‌هایی است که با استفاده از آن افراد می‌توانند احساس لذت و خوشی بیشتری کنند، نوع دوستی خود را ابراز کنند و در خلق محیط‌های خانوادگی، شغلی و اجتماعی نقش بر جسته تری را ایفا کنند (پیترسون^۵ و سلیگمن، ۲۰۰۶). بدین ترتیب، سلیگمن (۲۰۰۶) توانست عمده‌ترین مفاهیم روان‌شناسی مثبت را از تلفیق نظریه درماندگی آموخته شده و نظریه اسناد به دست آورد. اگر درماندگی آموختنی است، پس به وسیله تغییر سبک‌های اسنادی می‌توان

1. Linehan, McDavid, Brown, Sayrs, & Gallop

2. Seligman & Csikszentmihalyi

3. Rashid

4. Parks

5. Peterson

جنبه‌های مثبت هیجانی، شناختی و نگرشی چون خوش‌بینی و شادی را آموخت (پولنرا^۱، ۲۰۰۵). این رویکرد بر فرایندهای مثبت و توانایی‌های افراد تأکید دارد و به درمانگران توصیه می‌کند که به فرآیندهای مثبت مراجعین شان که کم و به ندرت در زندگی شان جریان دارد، توجه کنند (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶) درمان به شیوه مثبت نگر بر افزایش سلامت روانی و امید (امانس و مک‌کالوف^۲، ۲۰۰۳؛ حریری و خدابی^۳، ۲۰۱۱؛ سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶). افزایش روابط و هیجان‌های مثبت (رشید^۴، ۲۰۱۵)، انگیزه پیشرفت، حرمت خود، و شادکامی (به نقل از برخورداری، رفاهی و فرح‌بخش، ۱۳۸۸) و کاهش علائم نشانگان پیش از قاعدگی و علائم اضطراب اثربخش بوده است (منصوری، ۱۳۸۴).

در پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال هستیم که آیا روان‌درمانی مثبت‌نگر بر احساس امیدواری و شادکامی در بیماران مبتلا به پیسی تأثیر دارد؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش انجام شده مطالعه‌ای پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه تجربی با طرح دو گروه (آزمون و کنترل) قبل و بعد از مداخله می‌باشد. در این طرح متغیر وابسته، قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل اندازه‌گیری می‌شود. آزمودنی‌ها جامعه مورد مطالعه در این پژوهش عبارتند بودند از زنان و مردان ۱۵ تا ۳۵ ساله‌ای که مبتلا به پیسی بوده و از مراجعه‌کنندگان به بیمارستان حضرت ابوالفضل و مطب متخصصان پوست شهرستان کاشمر در سال ۱۳۹۴ بودند.

نمونه مورد مطالعه در این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس بود. از بین کلیه بیماران پیسی مراجعه‌کننده به بیمارستان حضرت ابوالفضل (ع) شهرستان کاشمر در سال ۱۳۹۴ تعداد ۶۰ نفر از بیماران به صورت در دسترس انتخاب و پرسشنامه‌های مورد نظر بین آن‌ها توزیع گردید. ملاک‌های ورود شامل ابتلا به بیماری پیسی، سن بین ۱۵ تا ۳۵ سال، تحت درمان بودن توسط

-
1. Polorna
 2. Emmons & McCullough
 3. Hariri & Khodami
 4. Rashid

متخصص پوست، تمایل به شرکت در جلسات درمان و داشتن نمرات پایین در هر دو آزمون امیدواری و شادکامی. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد بود. سپس یه شیوه تصادفی ۳۰ نفر از آن‌ها به دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند و در مرکز درمانی هفتگی جلسه در مانی به مدت ۹۰ دقیقه برای آن‌ها برگزار می‌شد. پس از اتمام جلسات نمرات با استفاده از برنامه آماری SPSS در سطح معنی داری $p < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۱. پرسشنامه شادکامی آکسفورد (آرگیل، مارتین و کروسلند^۲، ۱۹۸۹) در اواخر دهه ۱۸۹۰، برای اندازه‌گیری شادکامی شخصی و بیشتر به منظور استفاده در مؤسسه گروه روان‌شناسی آزمایشی دانشگاه آکسفورد ابداع شد (آرگیل و همکاران، ۱۹۸۹). این مقیاس و ویژگی‌های آن توسط آرگیل، مارتین و لو^۳ (۱۹۹۵) تجدیدنظر شد. از آنجا که آزمون افسردگی بک یکی از موفق‌ترین مقیاس‌های سنجش افسردگی است، آرگیل و همکاران (۱۹۸۹) جملات مقیاس افسردگی بک را معکوس کردند، بدین ترتیب ۲۱ ماده تهیه شد، سپس ۱۱ ماده دیگر هم به آن افزودند تا سایر جنبه‌های شادکامی را در برگیرد. در نهایت فرم ۲۹ سؤالی مقیاس شادکامی آکسفورد آماده شد. که شامل سؤالاتی در زمینه رضایت از زندگی، لذت، حرمت خود، آرامش، کنترل و خودکارآمدی است که بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت به آن پاسخ داده می‌شود. در پاسخ به سؤالات آزمون، به هر یک از گزینه‌های الف، ب، ج، د به ترتیب نمرات صفر، ۱، ۲ و ۳ تعلق می‌گیرد، در نتیجه نمره نهایی پرسشنامه شادکامی بین صفر تا ۸۷ به دست می‌آید. آرگیل و همکاران (۱۹۸۹) ضریب آلفای ۰/۹۰ را روی ۳۴۷ آزمودنی، فارنهام (۱۹۹۰) آلفای ۰/۸۷ را روی ۱۰۱ آزمودنی گزارش کرده‌اند. فرانسیس، لستر و فیلیپککال^۴ (۱۹۹۸) آلفای ۰/۹۳ را در یک بررسی میان فرهنگی در چهار کشور مختلف با ضرایب ۰/۸۹، ۰/۸۹ و ۰/۸۹ درصد

1. Oxford Happiness Questionnaire
2. Argyle, Martin, & Crossland
3. Lu
4. Francis, Lester, & Philipckalk

به دست آورد (به نقل از علیپور و عبدالله‌زاده، ۱۳۹۴). لیاقت‌دار، جعفری، عابدی و سمیعی^۱ (۲۰۰۸) روایی همزمان آن را از طریق همبستگی با پرسشنامه شادکامی فوردایس بر روی ۷۲۷ نفر محاسبه کردند که ضریب همبستگی آن ۰/۷۳ به دست آمد و پایایی درونی مقیاس نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد. همچنین پایایی بازآزمایی آن را در یک نمونه تصادفی ۵۰ نفری با فاصله ۶ هفته‌ای بررسی و ضریب پایایی ۰/۷۳ را برای آن گزارش کردند. اعتبار درونی مقیاس نیز در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و ضریب ۰/۹۱ به دست آمد (نقل از خدادادی سنگده، تولاتیان، بلقان آبادی، ۱۳۹۳) و شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه که دارای ۱۲ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی میزان امید به زندگی در افراد می‌باشد.

پرسشنامه احساس امیدواری^۲. این پرسشنامه توسط اشنایدر^۳ و همکاران (۱۹۹۱) برای سنجش امیدواری ساخته شد، دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خودسنجی اجرا می‌شود. از این عبارت، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی، ۴ عبارت انحرافی است. بنابراین این پرسشنامه دو خرده‌مقیاس را در بر می‌گیرد: عامل و راهبرد. تحقیقات زیادی از پایایی و اعتبار این پرسشنامه به‌عنوان مقیاس اندازه‌گیری امیدواری حمایت می‌کنند (برایانت و ونگروس^۴، ۲۰۰۴). همسان درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون-بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته از این میزان نیز بالاتر است (اشنایدر و لویز، ۲۰۰۷). همسانی درونی خرده‌مقیاس عاملی ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و خرده‌مقیاس راهبردی ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ است (روپلسکی و اشنایدر، ۲۰۰۵). به‌علاوه داده‌های زیادی در مورد اعتبار همزمان پرسشنامه امید و مواردی که می‌توان پیش‌بینی کند، وجود دارد. برای مثال، این پرسشنامه با پرسشنامه‌های خوش‌بینی، انتظار دستیابی به هدف و عزت نفس، همبستگی ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ دارد (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه ناامیدی بک برابر با ۰/۵۱ و با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۴۳ است که نشان‌دهنده اعتبار این پرسشنامه است (به نقل از

1. Liaghatdar, Jafari, Abedi, & Samiee

2. Schneider Hope Questionnaire

3. Schneider

4. Bryant & Cvcngros

شفیعی عربی، حسن زاده، قاسمیان و شبستانی منفرد، ۱۳۹۲). شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای بوده که کاملاً موافقم = ۵ و موافقم = ۴ و نظری ندارم = ۳ و مخافم = ۲ و کاملاً مخالفم = ۱ نمره‌گذاری می‌شود. و در سؤال‌های ۱۱ و ۷ و ۳ برعکس نمره‌گذاری می‌شود. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات تک‌تک سؤالات را با هم محاسبه نمائید. امتیازات بالاتر، نشان دهنده امید به زندگی بیشتر در فرد پاسخ‌دهنده خواهد بود و برعکس.

روش اجرا

پس از اخذ معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی و کسب اجازه از ریاست محترم بیمارستان حضرت ابوالفضل (ع) شهر کاشمر و ارتباط مؤثر با بیماران پسی ۱۵ تا ۳۵ سال و در نظر گرفتن شرایط آنان، ۶۰ نفر از بیماران به‌طور در دسترس انتخاب و از آن‌ها می‌خواهیم به پرسشنامه احساس امیدواری و شادکامی با صداقت پاسخ دهند سپس تعداد ۳۰ نفر از افرادی را که امیدواری و شادکامی نمرات کمتری کسب کردند را انتخاب می‌کنیم و آن‌ها را در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) به‌طور تصادفی جایگزین می‌کنیم و اعضای گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه (هر هفته یک جلسه به مدت ۹۰ دقیقه) در معرض روان‌درمانی مثبت‌نگر قرار خواهند گرفت و گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نمی‌کنند، همه شرکت‌کنندگان یک هفته پس از اتمام جلسات به پس‌آزمون پاسخ دادند. معیار ورود افراد مبتلا به پسی داشتن حداقل تحصیلات در حد سیکل، نداشتن اختلالات شدید روان‌پزشکی و نهایتاً توافق برای شرکت در جلسات آموزشی بود. در این پژوهش انجام مداخله آموزشی روان‌درمانی مثبت‌نگر در نظر گرفته شد.

محتوای جلسات آموزش بر اساس رویکرد مثبت‌نگر به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول: آشنایی با اعضای گروه و معارفه اعضا، آشنایی با قواعد و هنجارهای گروه، آشنایی با اهداف و فرایند گروه‌درمانی و تبیین گروه‌درمانی مثبت‌نگر انجام گرفت. تکلیف: مطالعه بروشورهای تهیه شده برای جلسه بعد.

جلسه دوم: تشکیل همبستگی گروهی و اعتماد اعضا به یکدیگر و به گروه و ترغیب اعضا به صحبت در مورد خود و احساساتشان درباره بیماری پسی، آشنایی با نقش مثبت‌نگری به

فعالیت‌های خود در سلامت روانی-رفتاری آنان از طریق شناسایی افکار منفی و مثبت، آشنایی با اصطلاح توانمندی و انواع آن. تکلیف: شناسایی توانمندی‌های افراد از طریق نوشتن یک داستان واقعی مثبت از خود.

جلسه سوم: بررسی داستان‌های نوشته شده افراد، توجه دادن افراد به نقاط ضعف و قوت خود و پیشبرد نقاط قوت و اعتماد به توانمندی‌های خود، ترغیب اعضا به بیان تجربیات مثبتی که نسبت به فعالیت‌هایشان داشته و بیان احساساتشان نسبت به توانمندی‌هایشان. تکلیف: بکار بردن توانمندی‌ها در عمل.

جلسه چهارم: بررسی تکالیف جلسه قبل، کمک به درمان‌جو برای درک نقش خاطرات خوب و بد در حفظ نشانه‌های افسردگی، یاری دادن درمان‌جو در ابراز خشم، تلخی و دیگر هیجان‌های منفی، بحث درباره اثرات این هیجان‌ها بر افسردگی و بهزیستی، آموزش نوشتن سه خاطره بد و احساس‌های همراه آن. تکلیف: نوشتن سه خاطره بد.

جلسه پنجم: بررسی تکالیف جلسه قبل، تمرکز بر سازه بخشش و تجربه قدرت بخشش. تکلیف: ترغیب اعضا به نوشتن نامه بخشش به کسی که از او کینه دارند.

جلسه ششم: بحث مجدد درباره نقش خاطرات بد و خوب و تأثیر شکرگزاری، تشکر کردن بر این خاطرات، آشنایی با تأثیرات قدردانی و تشکر کردن و شکرگزاری در احساس و رفتار فردی و روابط اجتماعی، کسب عادت تشکر کردن، ترغیب اعضا به بحث گروهی در مورد تشکر کردن و نقش آن در افزایش شادکامی و بهبود ارتباط اجتماعی.

تکلیف: نوشتن نامه برای فردی که در زندگی‌شان تأثیرگذار بوده و هیچ‌گاه به‌طور شایسته از او تشکر نکردند و ارسال آن برای فرد مورد نظر.

جلسه هفتم: بررسی تکالیف و بازخورد جلسه قبل، آشنا کردن افراد با ویژگی‌ها و آثار امید و شادی و رابطه این دو مؤلفه، تبیین تأثیر شادکامی و امید در زندگی به‌عنوان فرآیندهای مثبت و ترغیب اعضا به بیان تجربیات درباره امید داشتن و تأثیر آن در زندگی، ارائه الگوهایی که امید و شادکامی و مثبت‌نگری که به زندگیشان غنا بخشیده. تکلیف: تمرین در بسته و باز.

جلسه هشتم: بررسی تکالیف و بازخورد جلسه قبل، یافتن معنی از طریق به‌کار بردن توانمندی‌های برجسته در خدمت به دیگران، ترغیب درمان‌جویان به این‌که از توانمندی‌های خود

چگونه در خدمت به دیگران استفاده کنند. تکلیف: دستورالعمل اختصاص زمان به دیگران. جلسه نهم: بررسی تکالیف و بازخورد از جلسه قبل، آشنایی با مفهوم حس ذائقه (مزه کردن لذت‌ها) بحث گروهی در رابطه با احساسی که در انجام کارهای روزمره وجود دارد، ترغیب اعضا به بیان احساسات خود نسبت به کارهای روزمره و آماده‌سازی اعضا برای اتمام گروه‌درمانی. جلسه دهم: یکپارچه‌سازی مطالب و فرایندهای جلسات قبل، تبیین تجربه گروه‌درمانی و اثرات آن، گرفتن بازخورد از اعضا در مورد احساس و نظراتشان نسبت به گروه، بازخورد اعضا درباره پایان جلسات گروه، آماده‌سازی اعضا برای ترک گروه و استفاده از دستاوردهای آن، جمع‌بندی و اختتام گروه‌درمانی با روش مرور مطالب قبل و فرآیند گروه، بیان احساسات و نگرش‌های اعضا درباره تجربه گروه‌درمانی، تبیین چالش‌های آینده اعضا، تعیین روز اجرای پس‌آزمون و تقدیر و تشکر از اعضای گروه.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش صورت گرفت. در بخش توصیفی برای بررسی مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی از شاخه‌های آمار توصیفی نظیر میانگین، میانه، درصد، نما، استفاده شد. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش تحلیل کواریانس چندمتغیره به کار رفت. (تحلیل کواریانس (ANCOVA) روشی آماری است که اجازه می‌دهد اثر یک متغیر مستقل بر متغیر وابسته مورد بررسی قرار بگیرد).

یافته‌ها

در جدول ۱ فراوانی و درصد تعداد اعضای گروه‌های آزمایش و کنترل آمده است. در این پژوهش تعداد اعضای گروه آزمایش و کنترل به‌طور مساوی هر کدام ۱۵ نفر بودند.

جدول ۱. آمار و فراوانی و درصد تعداد اعضای گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه‌ها	فراوانی	درصد
آزمایش	۱۵	۵۰/۰
شاهد	۱۵	۵۰/۰
کل	۳۰	۱۰۰/۰

نتایج دامنه سنی گروه آزمایش و گروه کنترل در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. دامنه سنی گروه آزمایش و گروه کنترل

دامنه سنی	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱۵-۲۰	۱	۶/۶۷	۱	۶/۶۷
۲۱-۲۵	۳	۲۰	۴	۲۶/۶۷
۲۶-۳۰	۶	۴۰	۵	۳۳/۳۳
۳۱-۳۵	۵	۳۳/۳۳	۵	۳۳/۳۳

دامنه سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش بین ۱۵ تا ۳۵ سال بود، همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، هر دو گروه آزمایش و کنترل، تقریباً به‌طور مساوی در یک دامنه قرار دارند و بیشتر شرکت‌کنندگان در گروه‌ها در دامنه سنی ۲۶ تا ۳۵ سال قرار دارند.

جدول ۳ شاخص سواد- سطح تحصیلات گروه آزمایش و گروه کنترل را نشان می‌دهد. همچنین جدول ۴ شاخص‌های توصیفی، یعنی میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون امیدواری و شادکامی به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل آمده است.

جدول ۳. شاخص سواد- سطح تحصیلات گروه آزمایش و گروه کنترل

سطح تحصیلات	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سیکل	۷	۴۶/۶۷	۵	۳۳/۳۳
دیپلم	۶	۴۰/۰۰	۷	۴۶/۶۷
فوق دیپلم و بالاتر	۲	۱۳/۳۳	۳	۲۰/۰۰

تحصیلات گروه نمونه در سه مقطع سیکل، دیپلم و فوق دیپلم و بالاتر پراکنده می‌باشد، در هر دو گروه بیشتر شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات سیکل و دیپلم هستند (جدول ۳) و

تقریباً از لحاظ تحصیلات بین گروه‌ها شباهت و همتایی وجود دارد.

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی - میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون امیدواری و شادکامی

متغیر	نوبت آزمون	میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش	میانگین و انحراف استاندارد گروه کنترل
امیدواری	پیش‌آزمون	۳۱/۶۰±۹/۰۹	۳۱/۲۰±۶/۷۲
	پس‌آزمون	۳۶/۰۰±۱۱/۶۶	۳۱/۰۳±۶/۸۱
شادکامی	پیش‌آزمون	۷۳/۸۶±۱۸/۰۲	۷۳/۴۶±۱۷/۱۵
	پس‌آزمون	۷۶/۷۳±۱۷/۱۵	۷۲/۶۰±۱۸/۳۹

همان‌طور که در جدول ۴ نشان می‌دهد شاخص‌ها نشان‌دهنده تغییراتی در میانگین نمرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در متغیرهای پژوهش یعنی، امیدواری و شادکامی در مقایسه با گروه کنترل می‌باشند. به طوری که ملاحظه می‌شود، میانگین نمرات در هر دو متغیر، در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، از گروه کنترل بیشتر است. اما بر اساس این تفاوت‌های ظاهری نمی‌توان گفت که تفاوت قطعی و معنی‌دار بین میانگین‌ها وجود دارد. و آزمون‌های آماری هستند که تعیین می‌کنند که تفاوت مشاهده شده معنی‌دار هست یا خیر؟

آزمون فرضیه‌های پژوهش

برای اجرای آزمون‌های پارامتریک ابتدا پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در گروه‌ها با استفاده از آزمون گلو موگروف-اسمیرنوف^۱ محاسبه گردید. سطوح معنی‌داری به دست آمده در متغیر/گروه‌ها بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. لذا پیش فرض برقرار است و اجرای آزمون‌های پارامتریک بلامانع می‌باشد. نتایج نرمال-آزمون گلو موگروف-اسمیرنوف پژوهش حاضر در جدول ۵ آورده شده است.

1. Kolmogorov-Smirnov

جدول ۵. نرمال-آزمون گلو موگروف - اسمیرنوف

گروه‌ها	مقدار آماره	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون امید به زندگی	۰/۱۲	۳۰	۰/۲۰
پس‌آزمون امید به زندگی	۰/۰۸	۳۰	۰/۲۰
پیش‌آزمون شادکامی	۰/۰۱۵	۳۰	۰/۲۱
پس‌آزمون شادکامی	۰/۱۴	۳۰	۰/۱۲

در این پژوهش برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تجزیه و تحلیل کواریانس استفاده شد. بدین منظور قبل از هر چیز پیش شرط‌های اجرای این آزمون بررسی شد. ابتدا پیش شرط تساوی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین بررسی شد (جدول ۶). همان‌طور که نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد در هر دو متغیر، پیش شرط تساوی واریانس‌ها برقرار است ($p > ۰/۰۵$).

جدول ۶. تساوی واریانس‌ها - آماره لوین برای آزمون تساوی واریانس‌ها

گروه‌ها	مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
امید به زندگی	۲/۰۷	۱	۲۸	۰/۱۶
شادکامی	۰/۱۲	۱	۲۸	۰/۷۲

در ادامه پیش فرض یکسانی شیب خط رگرسیون بررسی شد (جدول ۷). بدین منظور از آزمون اثرات تعاملی متغیر گروه با پیش‌آزمون (گروه \times پیش‌آزمون) استفاده شد.

جدول ۷. آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون برای گروه‌های آزمایش و شاهد

متغیر	گروه	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری
امیدواری	پیش‌آزمون	۱۹/۵۸	۱	۱۹/۵۸	۲/۹۲	۰/۰۹
شادکامی	پیش‌آزمون	۳۲/۳۰۳	۱	۳۲/۳۰۳	۳/۶۶	۰/۰۶

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که مقدار F محاسبه شده برای اثر مذکور در این مورد نیز معنی‌دار نیست، لذا شیب خط رگرسیون برای گروه‌های آزمایش و کنترل یکسان است (تعامل بین شرایط آزمایشی و متغیر همپراش معنی‌دار نیست) و استفاده از تحلیل کواریانس بلا مانع است.

نتایج جدول ۸ و ۹ به ترتیب شاخص-تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر امیدواری و ابعاد آن در مرحله پس‌آزمون و شاخص متغیر-تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر شادکامی در مرحله پس‌آزمون بین گروه آزمایش و شاهد را نشان می‌دهد.

جدول ۸. شاخص-تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر امیدواری و ابعاد آن در مرحله پس‌آزمون بین گروه آزمایش و کنترل

شاخص متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	میزان تأثیر (اتا)
پیش‌آزمون	۲۳۶۱/۰۶	۱	۲۳۶۱/۰۶	۳۲۸/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲
عضویت گروهی	۱۵۰/۰۲	۱	۱۵۰/۰۲	۲۰/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۴۳
خطا	۱۹۳/۸۶	۲۷	۷/۱۸			
کل	۳۶۴۷۲/۰۰	۳۰				

جدول ۹. شاخص متغیر-تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر شادکامی در مرحله پس‌آزمون بین گروه آزمایش و کنترل

شاخص متغیر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	میزان تأثیر (اتا)
پیش‌آزمون	۸۵۹۷/۲۱	۱	۸۵۹۷/۲۱	۸۸۸/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۷
عضویت گروهی	۱۰۴/۶۱	۱	۱۰۴/۶۱	۱۰/۸۰	۰/۰۰۳	۰/۲۸
خطا	۲۶۱/۳۱	۲۷	۹/۶۷			
کل	۱۷۶۲۴۰/۰۰	۳۰				

نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس جدول ۸ نشان می‌دهد که با حذف اثر پیش‌آزمون امیدواری به‌عنوان متغیر همپراش اثر اصلی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر نمره‌های پس‌آزمون معنی‌دار است.

همان‌طور که جدول ۸ نشان می‌دهد، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌دار عامل عضویت گروهی وجود دارد ($p < 0/01$). میزان تأثیر این آموزش $0/43$ است. نتیجه این‌که فرضیه صفر رد و فرضیه آزمایش تأیید می‌شود؛ یعنی بین امیدواری بیماران ویتیلیگو که تحت درمان روان‌درمانی مثبت‌نگر بوده‌اند و کسانی که تحت درمان نبوده‌اند تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون شادکامی، اثر اصلی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر شادکامی معنی‌دار است. به عبارتی، تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات شادکامی شرکت‌کنندگان (آزمایش-کنترل) برحسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون با ۹۹ درصد اطمینان معنی‌دار می‌باشد ($p = 0/03$). میزان تأثیر این مداخله $0/28$ بوده است. بنابراین بین شادکامی بیماران ویتیلیگو که تحت درمان روان‌درمانی مثبت‌نگر بوده‌اند و کسانی که تحت درمان نبوده‌اند تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

بیماری ویتیلیگو به درمان مقاوم است و با دوره‌هایی از عود و بهبودی خود به خودی همراه می‌باشد. از آنجایی که این بیماری اثرات نامطلوب چشمگیری روی کیفیت زندگی بیماران دارد. ظاهر پوست می‌تواند وضعیت تجسم از خویشتن را در هر فرد تعیین کند و هر گونه تغییر پاتولوژیک می‌تواند نتایج روانی به بار آورد. بسیاری از بیماران پیسی احساس ننگ و پریشانی می‌کنند. این بیماران غالباً احساس منفی نسبت به آن پیدا می‌کنند که در طی سال‌ها بدتر می‌شوند. اکثر بیماران پیسی احساس پریشانی را بیان می‌کنند که می‌تواند منجر به اعتماد به نفس پایین و کناره‌گیری از اجتماع شود. با توجه به اثرات مفیدی که شادی و امید برای افراد دارد باید بر ضرورت شادی تأکید شود. شواهد علمی حاکی از آن است که شادی به عمر طولانی، سلامتی، بهبودی و کار بهتر منجر می‌شود. شاد بودن باعث ارتباطات عمیق‌تر با دیگران می‌شود. پس به گفته روان‌شناسان هر کس می‌تواند شادی را در درون خود ایجاد کند ولی با این شرط که حس‌های منفی مانند بدبینی، رنجش و عصبانیت را عقب رانده و تا تقویت حس‌های مثبت مانند همکاری، آرامش و قدردانی به شادی دست یابد. لازمه شاد و امید بودن ایجاد تعادل در زندگی است. کسی

که زندگی متعادلی دارد چه از نظر مالی و چه از نظر روانی در نهایت می‌تواند آدم شاد و امیدواری نیز باشد. هر کس برای شاد بودن استانه‌ای دارد ممکن است عاملی یک نفر را شاد کند اما دیگری این طوری نباشد. شادی واقعی شادی است که مکان و زمان در آن تأثیری نداشته باشد. در مکانی که همه افراد آن شاد هستند به تدریج این شادی در افزایش عزت نفس، اعتماد به نفس، حس همدلی، نوع دوستی و همکاری مؤثر است. به هر حال علاوه بر افزایش میزان سلامتی، افراد شادمان و امیدوار از زندگی‌شان بیشتر لذت می‌برند و روی هم رفته کیفیت زندگی‌شان بهتر است. در این پژوهش با اهمیت و تأثیر گذاری درمان مثبت‌نگر در تغییر بینش و تفکر افراد پیش‌گامی مهم در جهت اعتلای سلامت روان این قشر از جامعه برداشته شد.

بین شادکامی و امیدواری بیماران ویتیلیگو که تحت درمان روان‌درمانی مثبت‌نگر بوده‌اند و کسانی که تحت درمان نبوده‌اند تفاوت معناداری وجود داشت. پس از روان‌درمانی مثبت‌نگر، در گروه آزمایش، میانگین نمره شادکامی افراد، با در نظر داشتن تأثیر پیش‌آزمون و نسبت به گروه شاهد، افزایش یافته است. که این نتیجه با کار خدادادی سنگده و همکاران (۱۳۹۳) که در پژوهشی با عنوان اثر بخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه‌گروهی بر افزایش شادکامی مادران کودکان با نیازهای ویژه انجام دادند که نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه‌گروهی بر افزایش شادکامی مادران مؤثر بوده است، همسو بوده است و همچنین با تحقیق حریری و خدای (۲۰۱۱) که در پژوهشی با عنوان استفاده از آموزش مثبت‌نگری و شادکامی به سالمندان شهر تهران دریافتند که این آموزش می‌تواند به‌طور معناداری منجر به سلامت روانی و افزایش امید آنان گردد. و با تحقیق برخوردار و همکاران (۱۳۸۸) که در پژوهش خود با هدف بررسی اثر بخشی تقویت مهارت مثبت‌اندیشی به شیوه‌گروهی بر افزایش انگیزه پیشرفت، حرمت خود و شادکامی به این نتیجه دست یافتند که این شیوه درمان گروهی اثر بخش بوده است. نتیجه تحقیقات لی، مک‌نرنی، لیم و اورتگا^۱ (۲۰۱۰) که نشان داد آموزش مثبت‌نگری باعث افزایش سلامت روانی، امیدواری، خودکارآمدی، عزت نفس و کاهش افسردگی می‌شود. و نتایج تحقیقات وندرولدن^۲ (۲۰۰۷) که نشان داد بین امیدواری، مثبت‌نگری و سلامت روان نیز رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. همچنین سلیگمن و همکاران (۱۹۹۱ به نقل از سعادت، ۱۳۹۰) در دانشگاه پنسیلوانیا

1. Lee, McInerney, Liem, & Ortiga
2. Vandervelden

با انجام مداخله‌ای، اثر مثبت اندیشی را بر افسردگی بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که رویکرد مثبت‌نگر منجر به کاهش معنادار افسردگی می‌شود و افزایش امیدآوری می‌شود، همسو بود.

منابع

فارسی

- احمدلو، ندا (۱۳۸۹). *خدا حافظ ویتیلیگو*. روزنامه سلامت، شماره ۲۹۹.
- برخوری، حسین؛ رفاهی، ژاله؛ و فرحبخش، کاظم (۱۳۸۸). اثر بخشی آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی به شیوه گروهی بر انگیزه پیشرفت، عزت نفس و شادکامی دانش‌آموزان پسر پایه اول دبیرستان شهر جیرفت. *فصلنامه علمی پژوهشی رهیافتی نو در مدیریت آموزشی*، ۱، ۱۳۱-۱۴۴.
- پریچت، پرایس (۲۰۰۴). *خوش‌بینی پایدار، پرورش توانایی‌های عمیق برای مدیریت عدم اطمینان*. ترجمه مهربانو عنقائی (۱۳۸۴). تهران: انتشارات به تدبیر.
- خدادادی سنگده، جوادی، تولانیان، سید عبدالحسین؛ و بلقان آبادی، مصطفی (۱۳۹۳). *اثر بخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی بر افزایش شادکامی مادران کودکان با نیازهای ویژه*. *روان‌شناسی خانواده*، ۱(۱)، ۶۲-۵۳.
- خدایی، محمدرضا (۱۳۹۳). *مشکلات ظاهری و مدیریت باطنی - دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. مرکز تحقیقات بیماری‌های پوست و سالک برص یا پیسی چیست؟. روزنامه سلامت، شماره ۲۹۹.
- رضیعی، مرتضی (۱۳۹۲). *جراحی در برص، ممنوع است*. روزنامه سلامت، شماره ۲۹۹.
- سعادت، هادی (۱۳۹۰). بررسی میزان شادکامی دختران نوجوان دانش‌آموز و تأثیر درمان گروهی بر شادکامی. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد بالینی). دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد.
- شفیعی عربی، حمید؛ حسن‌زاده، رمضان؛ قاسمیان، داریوش؛ و شبستانی منفرد، علی (۱۳۹۲). نیازسنجی آموزشی بر مبنای سطوح تعهد مذهبی، سلامت روان و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان بیمارستان شهید رجایی بابلسر. *دوفصلنامه آموزش پزشکی*، ۲(۱)، ۴۶-۴۱.
- علی‌پور، احمد و عبدالله‌زاده، حسن (۱۳۹۴). *سایکودرما تلوژی (ارتباط عوامل روان‌شناختی و*

بیماری‌های پوست). تهران: انتشارات رشد
 علی‌پور، احمد؛ عبدالله‌زاده، حسن (۱۳۹۴). سایکودرما‌تولوژی (ارتباط عوامل روان‌شناختی و
 بیماری‌های پوست). تهران: انتشارات رشد.
 فرحبش، کیومرث؛ جوادیان، فرحناز؛ و حسین ثابت، فریده (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مبتنی
 بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر تاب‌آوری و کنترل خشم در دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه
 شهر یزد. همایش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، تبریز.
 منصوری، زهره. (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری شادمانی بر کاهش علائم
 سندرم پیش از قاعدگی در زنان شهرك بهارستان اصفهان. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد
 بالینی). دانشگاه الزهراء، تهران.

لاتین

- Argyle, M., Martin, M., & Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. In J. P. Forgas & J. M. Innes (Eds.), *Recent advances in social psychology: An international perspective* (pp. 189-203). North-Holland: Elsevier.
- Argyle, M., Martin, M., & Lu, L. (1995). Testing for stress and happiness: The role of social and cognitive factors. In C. D. Spielberger, I. G. Sarason, J. M. T. Brebner, E. Greenglass, P. Laungani, & A. M. O'Roark (Eds.), *Series in stress and emotion: Anxiety, anger, and curiosity, Vol. 15. Stress and emotion: Anxiety, anger, and curiosity* (pp. 173-187). Philadelphia: Taylor & Francis.
- Bleehen, S. S., & Anstey, A. V. (2004). Disorders of Skin Colour. In T. Burns, S. Breathnach, N. Cox, & C. Griffiths (Eds), *Rook's textbook of dermatology*. Malden: Blackwell Publishing.
- Brebner J. (1998). Happiness and personality. *Personality and Individual Differences*, 25(2), 279-296.
- Bryant, F. B. & Cvengros, J. A. (2004). Distinguishing hope and optimism: Two sides of a coin, or two separate coins? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 273-302.

- Diener, E. (2007). *Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being*. On-line ISQOLS white paper <http://www.isqols.org/>.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(2), 377-389.
- Francis, L. J., Lester, D., & Philipckalk, R. (1998). Happiness as table extraversion: A cross examination of the reliability and validity of the Oxford happiness inventory among students in the UK, USA, Australia and Canada. *Personality and Individual Differences, 24*(2), 164-171.
- Furnham, A. (1990). Language and personality. In H Giles & W Robinson (Eds), *Handbook of language and social psychology* (pp. 73-95). Wiley, Chichester.
- Halder R, & Taliaferro S. (2008). Vitiligo. In: K Wolff, LA Goldsmith SI Katz, BA Gilchrest, AS Paller, & DJ Leffell. (Eds), *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (pp. 616-622). New York: Mc Graw-Hill.
- Hariri, M., & Khodami, N. (2011). A study of the efficacy of teaching happiness Based on the Fordyce method to elderly people on their life expectancy. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 30*, 1412-1415.
- Lee, J. Q., McInerney, D. M., Liem, G. A.D., & Ortiga, Y.P. (2010). The relationship between future goals and achievement goal orientations: An intrinsic-extrinsic motivation perspective. *Journal of Contemporary Educational Psychology, 35*(4), 264-279.
- Liaghatdar, M. J., Jafari, M., Abedi, M. R., & Samiee, F. (2008). Reliability and validity of the oxford happiness inventory among university students in Iran. *The Spanish Journal of Psychology, 11*(1), 310-313.
- Linehan, M. M., McDavid, J. D., Brown, M. Z., Sayrs, J. H. R, & Gallop, R. J. (2008). Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: A double-blind Placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry, 69*(6), 999-1005.

- Mofty, M. E., Zaher, H., Esmat, S., Youssef, R., Shahin, Z., Bassioni, D., & Enani, G. E. (2001). PUVA and PUVB in vitiligo-are they equally effective?. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*; 17(4), 159-163.
- Mosher, D. B., Fitzpatrick, T. B., Hori, Y., & Ortonne, J. P. (1993). Disorders of Melanocytes. In T. B. Fitzpatrick (Ed.), *Dermatology in General Medicine*, (pp. 903-995.). New York: McGraw-Hill Inc.
- Ortonne J. P. (2008). Vitiligo and other disorders of hypopigmentation. In: J Blognia, J Jorizzo, & R Rapini (Eds), *Dermatology* (pp. 913-938). New York: Mosby Elsevier.
- Parsad, D., Pandhi, R., Dogra, S., Kanwar, A. J., & Kumar, B. (2003). Dermatology life quality index score in vitiligo and its impact on the treatment outcome. *British Journal of Dermatology*, 148(2), 373-374.
- Peterson, C., & Seligman, M. (2006). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford: Oxford University Press.
- Polorna, M. (2005). Divine relation, social relation, and well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(1), 92-104
- Rashid, T. (2015). Positive Psychotherapy: A strength -based approach. *The Journal of Positive Psychology*, 10, 25-40.
- Schneider, A., Behrens, M., Scherer, P., Pratje, E., Michaelis, G., & Schatz, G. (1991). Inner membrane protease I, an enzyme mediating intramitochondrial protein sorting in yeast. *The EMBO Journal*, 10(2), 247-54.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788.
- Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., Shema, S. J., & Kaplan, G. A. (1997). Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American Journal of Public Health*, 87(6), 957-61.
- Taneja, A., & Taylor, C. R. (2002). Narrow-band UVB for lichen planus treatment. *International Journal of Dermatology*, 41(5), 282-283.

- Van der Velden, M. (2005). Programming for cognitive justice Towards an ethical framework for democratic code. *Interacting with Computers*, 17(1), 105-120.
- You, S., Furlong, M. J., Felix, E., Sharkey, J. D., & Tanigawa, D. (2008). Relations among schoolconnectedness, hope, life satisfaction, and bully victimization. *Psychology in the Schools*, 45(5), 446-460.