

## اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب و افزایش میزان رضایت از زندگی دختران نوجوان

مهسا جباری<sup>(۱)</sup>، دکتر شهریار شهیدی<sup>(۲)</sup>، دکتر فرشته موقابی<sup>(۳)</sup>

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب و افزایش میزان رضایت از زندگی دختران نوجوان انجام شد. **روش:** ۳۱ دانش‌آموز ۱۴ تا ۱۵ ساله، با نشانه‌های خفیف تا متوسط افسردگی و اضطراب با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند. آموزش‌های مثبت‌نگر طی ۱۱ جلسه دو ساعته، به گروه آزمایش ارائه شد. نشانه‌های افسردگی و اضطراب توسط مقیاس ۲۱ گویه‌ای افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) و میزان رضایت از زندگی توسط مقیاس رضایت از زندگی (SWLS)، پیش و پس از مداخله و چهار و نه ماه پس از اتمام مداخله اندازه‌گیری شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد در گروه آزمایش نسبت به کنترل، نشانه‌های افسردگی ( $F=11/87$ ،  $p=0/002$ )، اضطراب ( $F=9/31$ ،  $p=0/005$ ) و استرس ( $F=12/62$ ،  $p=0/001$ ) کاهش و میزان رضایت از زندگی ( $F=10/18$ ،  $p=0/003$ ) افزایش داشت. تغییرات درون‌گروهی تمامی متغیرهای پژوهش در مرحله پیگیری چهار و نه ماهه در مقایسه با مرحله پس‌آزمون معنادار نبود. **نتیجه‌گیری:** آموزش‌های مثبت‌نگر باعث کاهش معنی‌دار افسردگی، اضطراب و استرس و افزایش معنی‌دار رضایت از زندگی می‌شود. بنابراین می‌توان آن را برای کاهش نشانه‌های پیش‌بالینی به کار برد.

**کلیدواژه:** مداخله مثبت‌نگر؛ افسردگی؛ اضطراب؛ استرس؛ رضایت از زندگی؛ نوجوان

[دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۸/۲۱؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۲/۱۷]

### مقدمه

دوره نوجوانی به ترتیب ۳/۷ و ۵ درصد گزارش شده است (۳). اگر این مشکلات هیجانی درمان نشوند، ممکن است در بزرگسالی تداوم و شدت یابند (۲). بنابراین لازم است مداخلاتی برای کاهش این مشکلات و پیشگیری از وخیم شدن آنها انجام شود. مداخله‌های بسیاری برای پیشگیری و کاهش مشکلات هیجانی نوجوانان وجود دارد که از میان آنها می‌توان به آموزش‌های مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر<sup>۱</sup> اشاره کرد.

روانشناسی مثبت‌نگر، مطالعه علمی هیجان‌های مثبت، صفات فردی مثبت و ساختارهایی است که باعث ایجاد

در چرخه تحول روانی، بین دوره کودکی و بزرگسالی، دوره بسیار مهم نوجوانی قرار دارد. این مرحله انتقالی از ۱۰-۱۲ سالگی آغاز و در حدود ۱۸-۲۲ سالگی تمام می‌شود (۱). نوجوانی دوره تغییرات عمیقی است که کودک را از بزرگسال جدا می‌کند. این مرحله، رشد زیستی، اجتماعی، هیجانی و شناختی را شامل می‌شود و به معنای واقعی کلمه دوره تغییر و دگرگونی است (۱). افسردگی، اضطراب و استرس از شایع‌ترین مشکلات هیجانی این دوره است (۲)، به طوری که میزان شیوع اختلال‌های اضطرابی و خلقی در

(۱) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، بزرگراه شهید چمران، خیابان یمن، بلوار دانشجو، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دورنگار: ۰۲۱-۲۲۴۳۱۶۸۸ (نویسنده مسئول) E-mail:jabari.mahsa@gmail.com؛ (۲) دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشیار گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی؛ (۳) دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی.

هیجانی شایع در هر دوره از زندگی - و به ویژه دوره نوجوانی، به عنوان دوره تغییرات متعدد- است (۱). مواجهه افراد با استرس و هیجان‌های منفی، باعث تحریک سیستم عصبی و بروز واکنش‌های جسمانی می‌شود. اگر افراد نتوانند این تغییرات را مدیریت و از هیجان‌های مثبت خود برای مقابله با آن استفاده کنند، ممکن است در طولانی مدت دچار استرس‌های مزمن شوند. بر مبنای نظریه ساخت و گسترش هیجان‌های مثبت<sup>۱۱</sup>، هیجان‌های مثبت می‌توانند اثر هیجان‌های منفی را خنثی کنند که این فرآیند را «اثر ابطال»<sup>۱۲</sup> می‌نامند (۱۰).

مشکلات هیجانی، مانند افسردگی، اضطراب و استرس، باعث کاهش بهزیستی روانی و رضایت از زندگی می‌شوند. طبیعی است که هر چه میزان مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی انسان بیشتر باشد، فرد احساس رضایت کمتری خواهد داشت. در مداخلات مثبت‌نگر، هیجان‌های مثبت و توانمندی‌های افراد در کنار ضعف‌هایشان، موضوع اصلی هستند و از آنجا که ضعف‌ها و مشکلات در ایجاد اختلال‌های روان‌شناختی نقش دارند، افزایش هیجان‌های مثبت و توانمندی‌های افراد در افزایش میزان شادی، رضایت از زندگی و سلامت روان آن‌ها مؤثر است (۱۱). رضایت از زندگی به معنای «احساس کلی خوب بودن» و «داشتن یک زندگی با معنا» است (۱۲).

مانند دیگر مداخله‌ها، مداخله مثبت‌نگر به دو شکل فردی و گروهی به کار گرفته می‌شود. در روش‌های گروهی، مشکلاتی مانند مشکلات ارتباطی، همدلی و تعامل افراد، به بهترین شکل هدف قرار می‌گیرد. علاوه بر این در گروه امکان بحث کردن وجود دارد و بسیاری از مشکلات در گروه، عادی‌سازی می‌شود. هم‌چنین شرکت در گروه، انگیزه افراد بی‌علاقه را افزایش می‌دهد (۱۳). مداخله‌های مثبت‌نگر گروهی، علاوه بر برخوردار بودن از مزایای مداخلات گروهی، در دستیابی به اهداف رویکرد مثبت‌نگر نیز مؤثر است، زیرا شرکت در گروه، باعث افزایش هیجان‌های مثبت،

تغییرات مثبت در فرد می‌شود (۴). برخلاف سایر رویکردها که تمرکزشان روی مشکلات و ضعف‌هاست، در رویکرد مثبت‌نگر، افزایش هیجان مثبت و ارتقای معنای زندگی مورد تأکید و توجه است. از منظر روان‌شناسی مثبت‌نگر، روان‌شناسان نباید فقط به «برطرف کردن» مشکلات مردم فکر کنند، بلکه باید به آن‌ها کمک کنند تا زندگی شادتر، غنی‌تر و کامل‌تری داشته باشند. در واقع هدف روان‌شناسی مثبت‌نگر، تسریع تغییر نوع نگاه در روان‌شناسی است، تا به جای بهبود مشکلات، کیفیت زندگی ارتقا یابد (۵). در مداخلات مثبت‌نگر مانند سایر مداخله‌ها، از مجموعه‌ای از تکنیک‌ها استفاده می‌شود که بر مبنای مؤثری چون صمیمیت<sup>۱</sup>، همدلی درست<sup>۲</sup>، اعتماد اولیه<sup>۳</sup>، اصالت<sup>۴</sup> و تفاهم<sup>۵</sup> تأکید دارد (۶).

بر اساس رویکرد مثبت‌نگر، نبودن یا کم بودن هیجان‌ها و خصوصیات مثبت در زندگی می‌تواند باعث پیدایش انواع آسیب‌ها و مشکلات روانی شود (۷). در این دیدگاه، کم بودن هیجان‌های مثبت<sup>۶</sup>، مشغولیت<sup>۷</sup> و معنا<sup>۸</sup> در زندگی (که هر سه از مفاهیم اساسی روان‌شناسی مثبت‌نگر هستند) به افسردگی منجر می‌شود. به‌طور عموم ویژگی‌های نام‌برده، به‌عنوان پیامدهای افسردگی در نظر گرفته می‌شود، درحالی‌که بر اساس این دیدگاه، این عوامل، خود باعث ایجاد افسردگی می‌شوند. بنابراین روان‌شناسی مثبت‌نگر روش درمانی جدیدی برای افسردگی ارائه کرده است؛ افزایش هیجان‌های مثبت، مشغولیت و معنا می‌تواند موجب کاهش افسردگی و درمان آن شود (۸).

افزون بر مواردی که بر شمرده شد، نداشتن دید مثبت به زندگی و وجود سبک‌های اسنادی بدبینانه<sup>۹</sup> نیز از عوامل مهمی هستند که هم در پیدایش افسردگی و هم در پیدایش اضطراب نقش دارند (۹). بر اساس پدیده درماندگی آموخته‌شده<sup>۱۰</sup>، سبک اسنادی بدبینانه از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده افسردگی است و با ابتلا به افسردگی و دوره‌های طولانی‌تر و شدیدتر افسردگی ارتباط دارد. بررسی‌ها نشان داده است افراد منفی‌نگر و بدبین به احتمال بیشتری در برابر درماندگی تسلیم می‌شوند. هم‌چنین احتمال بروز نشانه‌های اضطراب در همین افراد بیش از سایرین است. اما افراد خوش‌بین و مثبت‌اندیش در برابر درماندگی مقاومت می‌کنند و تسلیم نمی‌شوند (۹).

علاوه بر افسردگی و اضطراب، استرس نیز از مشکلات

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 1- warmth   | 2- accurate empathy  |
| 3- basic trust  | 4- genuineness       |
| 5- rapport  | 6- positive emotions |
| 7- engagement   | 8- meaning           |
| 9- pessimistic attributional style                    |                      |
| 10- learned helplessness                              |                      |
| 11- the broaden and build theory of positive emotions |                      |
| 12- the undoing effect                                |                      |

شریک شدن در هیجان‌ها و تجربه‌های مثبت دیگران، افزایش شبکه ارتباطات اجتماعی و روابط دوستی می‌شود (۱۴). تاکنون بررسی‌های زیادی در حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر انجام شده است. نتایج حاکی از اثربخشی آن‌ها است؛ یافته‌های یک فراتحلیل که به بررسی نتایج ۴۰ پژوهش در این زمینه پرداخته است، نشان می‌دهد مداخله‌های مثبت‌نگر موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش نشانه‌های افسردگی می‌شود (۱۵). با وجود پژوهش‌های متعدد در این حوزه، تاکنون پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی مداخله مثبت‌نگر در زمینه کاهش مشکلات پیش‌بالینی در نوجوانان با پیگیری‌های طولانی مدت انجام نشده است. از آنجایی که تداوم مشکلات هیجانی نوجوانان، می‌تواند به تشدید این مشکلات و بروز اختلالات روانی در بزرگسالی منجر شود (۱)، لازم است مداخلاتی برای کاهش آن‌ها انجام گیرد. بنابراین هدف از انجام پژوهش حاضر، پاسخ‌گویی به این پرسش‌ها بود که آیا مداخله مثبت‌نگر در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس و افزایش میزان رضایت از زندگی نوجوانان ایرانی مؤثر است؟ پایداری تغییرات حاصل شده در طول زمان چگونه است؟

## روش

پژوهش شبه‌آزمایشی حاضر که با کد IRCT2013120815711N1 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است، در چهارچوب طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. انتخاب نمونه بدین صورت بود که ابتدا به صورت در دسترس با نه دبیرستان دخترانه مکاتبه شد. از میان آن‌ها دو دبیرستان غیردولتی حاضر به همکاری شدند. پس از مراجعه به این مدارس، به منظور شناسایی افراد با نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس، مقیاس ۲۱‌گویه‌ای افسردگی، اضطراب، استرس<sup>۱</sup> (DASS-21) (۱۶) روی تمامی دانش‌آموزان مقطع اول دبیرستان اجرا شد. از میان تمام دانش‌آموزان مقطع اول دبیرستان این دو مدرسه، نمره ۴۸ نفر در یک یا هر سه خرده‌مقیاس این ابزار، در دامنه خفیف (نمره ۱۰-۱۳) در افسردگی، ۸-۹ در اضطراب و ۱۵-۱۸ در استرس) یا متوسط (نمره ۱۴-۲۰ در افسردگی، ۱۰-۱۴ در اضطراب و ۱۹-۲۵ در استرس) قرار داشت. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تحصیل در مقطع اول دبیرستان و داشتن نشانه‌های خفیف یا متوسط در یک، دو یا هر سه خرده‌مقیاس

DASS-21. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: داشتن انواع اختلال‌های روان‌پریشی<sup>۲</sup>، اختلال سلوک<sup>۳</sup> و اختلال نقص توجه<sup>۴</sup>؛ استفاده از دیگر انواع مداخلات روان‌شناختی و روان‌درمانی و غیبت بیش از چهار جلسه از کلاس‌های آموزشی. برای بررسی نخستین ملاک خروج، در مورد هر دانش‌آموز، گزارشی از مدرسه گرفته می‌شد. در صورت احتمال وجود نشانه‌هایی از این اختلال‌ها، یک مصاحبه تشخیصی توسط محقق انجام می‌شد و اگر وجود اختلال تأیید می‌شد، آن فرد وارد گروه نمونه نمی‌شد. در نهایت از ۴۸ دانش‌آموز، با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، ۳۱ دانش‌آموز برای ورود به پژوهش مناسب بودند. در مرحله بعد، جلسه‌ای توجیهی برای مادران این ۴۸ دانش‌آموز برگزار و توضیحاتی در مورد مداخله داده شد. پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه توسط مادران، برای افراد واجد شرایط نیز جلسه‌ای توجیهی تشکیل شد و آن‌ها نیز در صورت تمایل به شرکت در پژوهش، فرم رضایت‌نامه را پر کردند. به این ترتیب دو گروه داوطلب و متناسب با اهداف پژوهشی، شکل گرفت. تعداد اعضای یک گروه در مدرسه اول ۱۶ نفر و تعداد اعضای گروه دیگر در مدرسه دوم ۱۷ نفر بود. این دو گروه در دو مدرسه متفاوت، به صورت تصادفی یکی به عنوان گروه آزمایش و دیگری به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. از ۱۶ نفر گروه آزمایش، یک نفر بعد از جلسه چهارم، به دلایلی از جمله دیر بودن ساعت اتمام کلاس و نگرانی در مورد انجام تکالیف روز بعد، از شرکت در ادامه دوره انصراف داد. در جلسه‌های ابتدایی، احتمال ابتلای یکی از دانش‌آموزان به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه<sup>۵</sup> (ADHD) قوت گرفت که با گرفتن مصاحبه تشخیصی و انجام بررسی‌های بیشتر، ADHD از نوع عمدتاً بی‌توجه، برای وی تشخیص داده و به روان‌شناس بالینی ارجاع داده شد. برای رعایت اصول اخلاقی، این فرد تا پایان، در جلسات شرکت کرد؛ ولی نتایج پرسشنامه‌های وی در تجزیه و تحلیل‌های آماری وارد نشد. بنابراین از گروه آزمایش، در نهایت، یافته‌های مربوط به ۱۴ نفر بررسی شد. تعداد افراد گروه کنترل که هیچ آموزشی دریافت نکردند در طول پژوهش ثابت (۱۷ نفر) باقی ماند. برای گردآوری داده‌ها، ابزارهای زیر به کار رفت:

- 1- Depression, Anxiety, Stress Scales
- 2- psychotic disorders
- 3- conduct disorder
- 4- attention deficit disorder
- 5- Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder

**مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21):** این مقیاس توسط لایبوند<sup>۱</sup> در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است و دو فرم ۲۱ گویه‌ای (برای افراد تا سن ۲۱ سال) و ۴۲ گویه‌ای (برای افراد تا سن ۴۲ سال) دارد (۱۶). این مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را هم‌زمان و با هم می‌سنجد. در فرم ۲۱ گویه‌ای، افسردگی، اضطراب و استرس، هر یک با هفت گویه ارزیابی می‌شوند و گویه‌ها روی مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از صفر (اصلاً) تا سه (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. نمره خام هر خرده‌مقیاس در دو ضرب و در پنج دامنه طبیعی، خفیف، متوسط، شدید و بسیار شدید طبقه‌بندی می‌شود. در هر خرده‌مقیاس کمترین نمره صفر و بیشترین نمره ۴۲ است. ضرایب پایایی و روایی این مقیاس در پژوهش‌های متعدد، رضایت‌بخش و در سطح  $p < 0/001$  معنی‌دار بوده است (۱۷)، (۱۸). در پژوهشی که روی جمعیت غیربالینی ایرانی انجام شد (۱۹)، آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۵ و ۰/۸۷ و ضریب پایایی بازآزمایی به همان ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۹ و ۰/۸۵ به‌دست آمد. در پژوهشی دیگر (۲۰) روایی خرده‌مقیاس‌ها در جمعیت ایرانی بررسی شد؛ همبستگی میان خرده‌مقیاس افسردگی با آزمون افسردگی بک<sup>۲</sup> (BDI)، ۰/۷۰، همبستگی میان خرده‌مقیاس اضطراب این آزمون با مقیاس اضطراب زانگ<sup>۳</sup> ۰/۶۷ و همبستگی خرده‌مقیاس استرس با مقیاس تنیدگی ادراک شده<sup>۴</sup> ۰/۴۹ بود (در همه موارد  $p < 0/001$ ).

**مقیاس رضایت از زندگی<sup>۵</sup> (SWLS):** این مقیاس که برای سنجش میزان کلی رضایت افراد از زندگی به کار می‌رود، توسط دینر<sup>۶</sup> و همکاران در سال ۱۹۸۵ ساخته شده است (۲۱). این مقیاس برای همه گروه‌های سنی قابل کاربرد است و از ۴۸ گویه تشکیل شده است. تحلیل عاملی سه عامل را نشان داده است؛ ۱۰ گویه آن با رضایت از زندگی مرتبط است که پس از بررسی‌های متعدد در نهایت به پنج گویه کاهش یافت و اکنون به عنوان یک مقیاس مجزا مورد استفاده قرار می‌گیرد. در پژوهش حاضر از همین پنج گویه - که مؤلفه شناختی بهزیستی فاعلی را اندازه‌گیری می‌کنند- استفاده شد. در این مقیاس افراد بیان می‌کنند که چه‌قدر از زندگی خود راضی هستند یا زندگی‌شان چه‌قدر به زندگی آرمانی آن‌ها نزدیک است. گویه‌ها روی مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم). از جمع نمره‌های گویه‌ها، نمره کلی فرد به‌دست می‌آید که در یکی از شش طبقه

جای می‌گیرد؛ نمره پنج نشان‌دهنده کمترین میزان رضایت از زندگی و نمره ۳۵ نشان‌دهنده بیشترین میزان رضایت از زندگی است. پایایی و روایی مقیاس رضایت از زندگی در بررسی‌های متعددی بررسی شده است. در یک پژوهش (۲۲) همسانی درونی آن ۰/۶۴ گزارش و نشان داده شد روایی همزمان این مقیاس با سایر مقیاس‌هایی که بهزیستی روانی را می‌سنجند، رضایت‌بخش است. آلفای کرونباخ این مقیاس در جامعه ایرانی ۰/۸۳ به‌دست آمده است (۲۳).

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا از هر دو گروه، پیش‌آزمون گرفته شد. سپس افراد گروه آزمایش در ۱۱ جلسه که هفته‌ای یک بار، به مدت دو ساعت در مدرسه برگزار می‌شد، شرکت کردند. مداخله توسط یکی از محققان که دوره‌های آموزشی در زمینه روان‌شناسی مثبت‌نگر گذرانده بود، انجام شد. دو محقق متخصص دیگر، علاوه بر شرکت در طراحی بسته آموزشی، هر جلسه بر روند اجرای کارگاه نظارت دقیق داشتند (با دریافت گزارش ریز فعالیت‌ها). پس از اتمام مداخله، از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون گرفته شد. این دو گروه چهار و نه ماه پس از اتمام مداخله نیز، دوباره با استفاده از DASS-21 و SWLS ارزیابی شدند.

سعی شد ملاحظات اخلاقی رعایت شود؛ قبل از برگزاری کارگاه، توضیحات لازم در مورد اهداف و محتوای جلسات به والدین داده شد. شرکت در کارگاه آزادانه و اختیاری بود. از والدین دانش‌آموزان و خود آن‌ها رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. به افراد گفته شد اطلاعات شخصی آن‌ها و تمام حرف‌هایی که در طول جلسات می‌زنند، محرمانه می‌ماند و فقط از داده‌های آماری پرسشنامه‌ها، بدون ذکر نام و نام مدرسه و تنها برای مقاصد پژوهشی استفاده می‌شود.

محتوای مورد آموزش بدین شکل تنظیم شد که از میان کتب معتبر آموزشی و درمانی مثبت‌نگر که امکان دسترسی به آنها وجود داشت، برنامه آموزشی مثبت‌نگر بر اساس کتاب «یادداشت‌های یک درمانگر درباره روان‌شناسی مثبت‌نگر» نوشته اوهانلون<sup>۷</sup> و برتولینو<sup>۸</sup> (۱۴) طراحی شد. در

1- Lovibond  
2- Beck Depression Inventory  
3- Zung Anxiety Scale  
4- Perceived Stress Scale  
5- Satisfaction With Life Scale  
6- Diener  
7- O'Honlon  
8- Bertolino

### یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش (۱۴ نفر) ۱۴/۸ سال و کنترل (۱۷ نفر) ۱۵/۲ سال بود. در گروه آزمایش دو نفر در دو خرده‌مقیاس نشانه‌های متوسط، یک نفر در یک خرده‌مقیاس نشانه‌های متوسط، دو نفر در سه خرده‌مقیاس نشانه‌های خفیف، پنج نفر در دو خرده‌مقیاس نشانه‌های خفیف و چهار نفر در یک خرده‌مقیاس نشانه‌های خفیف داشتند. هم‌چنین در گروه کنترل سه نفر در دو خرده‌مقیاس نشانه‌های متوسط، دو نفر در یک خرده‌مقیاس نشانه‌های متوسط و در یک خرده‌مقیاس نشانه‌های خفیف، دو نفر در هر سه خرده‌مقیاس نشانه‌های خفیف، شش نفر در هر سه خرده‌مقیاس نشانه‌های خفیف و سه نفر در یک خرده‌مقیاس نشانه‌های خفیف داشتند. همان‌طور که مشاهده می‌شود افراد در دو گروه از لحاظ شدت نشانه‌ها، شبیه هم بودند. میانگین و انحراف معیار نمره پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری چهار و نه ماهه گروه آزمایش و کنترل در **جدول ۲** آمده است.

این کتاب هشت اصل (**جدول ۱**) در حیطه روان‌شناسی مثبت‌نگر به همراه تمرین‌هایی برای هر اصل ارائه شده است. این اصول و تقریباً تمامی تمرین‌های این کتاب در قالب یک بسته آموزشی زیر نظر متخصصان، طی ۱۱ جلسه آموزش داده شد. در ابتدای هر جلسه، محتوای جلسه قبل، مرور شده، تکالیفی که می‌بایست در طول هفته انجام شوند، بررسی می‌شد. سپس محتوای آموزشی مربوط به آن جلسه آموزش داده می‌شد و افراد تمرین‌های مربوط به آن آموزش را به صورت فردی یا گروهی انجام می‌دادند. پس از استراحتی کوتاه، دوباره اعضای گروه آموزش‌هایی را دریافت می‌کردند و تمرین‌های مربوط به آن را انجام می‌دادند. در انتها، مطالب ارائه‌شده جمع‌بندی و تکلیف یا تکالیف جلسه بعد توضیح داده می‌شد. خلاصه محتوای جلسه‌ها و فعالیت‌های انجام شده در هر جلسه در **جدول ۱** آمده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-20<sup>۱</sup> و به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر<sup>۲</sup> انجام شد.

### جدول ۱- خلاصه محتوای جلسه‌ها و فعالیت‌های انجام شده در گروه مثبت‌نگر

جلسات	خلاصه محتوای جلسه‌ها و فعالیت‌های انجام شده در گروه مثبت‌نگر
جلسه اول	معرفی برنامه آموزشی مثبت‌نگر / آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با مربی / توضیح روان‌شناسی و بسته مثبت‌نگر / انجام تمرین‌های مربوطه
جلسه دوم	توضیح بسته P.O.S.I.T.I.V.E / آشنایی با اولین اصل بسته مثبت‌نگر، یعنی اصل «معنا و هدف» <sup>۱</sup> (P) / انجام تمرین‌های مربوطه
جلسه سوم	آشنایی بیشتر با اصل «معنا و هدف» (P) با انجام تمرین‌های بیشتر در این زمینه
جلسه چهارم	آشنایی با دومین اصل بسته مثبت‌نگر، یعنی اصل «خوش‌بینی» <sup>۲</sup> (O) / انجام تمرین‌های اصل خوش‌بینی
جلسه پنجم	ادامه بحث خوش‌بینی (O) و انجام تمرین در این رابطه / آشنایی با سومین اصل، یعنی اصل ارتباطات اجتماعی <sup>۳</sup> (S) / انجام تمرین‌های این اصل
جلسه ششم	گرفتن میان‌آزمون، قبل از شروع کلاس / آشنایی بیشتر با اصل «ارتباطات اجتماعی» (S) با انجام تمرین‌های بیشتر در این زمینه
جلسه هفتم	آشنایی با چهارمین اصل بسته مثبت‌نگر، یعنی اصل «سپاسگزاری» <sup>۴</sup> (I) / انجام تمرین‌های این اصل
جلسه هشتم	آشنایی بیشتر با اصل «سپاسگزاری» (I) با انجام تمرین‌های بیشتر در این زمینه
جلسه نهم	آشنایی با پنجمین اصل بسته مثبت‌نگر، یعنی اصل «مثبت حرف زدن» <sup>۵</sup> (T) / انجام تمرین‌های این اصل
جلسه دهم	آشنایی با سه اصل آخر بسته مثبت‌نگر، یعنی اصول «ثروت» <sup>۶</sup> (I)، «فعالیت‌های داوطلبانه» <sup>۷</sup> (V) و «فعالیت‌های ورزشی» <sup>۸</sup> (E) / انجام تمرین‌های مربوط این اصول
جلسه یازدهم	گرفتن پس‌آزمون قبل از شروع کلاس / مرور کل مطالب / نظرسنجی نهایی / برگزاری جشن اختتامیه

1- Purpose; 2- Optimism; 3- Social connection; 4- Increase gratitude; 5- Talk positively; 6- Income; 7- Volunteerism; 8- Exercise

جدول ۲- میانگین (و انحراف معیار) نمرات خام خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب، استرس و مقیاس رضایت از زندگی

متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری چهار ماهه		پیگیری نه ماهه	
	گواه	آزمایش	گواه	آزمایش	گواه	آزمایش	گواه	آزمایش
افسردگی	۱۰/۸۲	۱۳/۶	۱۱/۴۱	۵/۹۳	۱۱/۴۱	۲/۵۷	۱۱/۴۱	۳
	(۵/۰۵)	(۷/۸۲)	(۹/۸۱)	(۲/۳۱)	(۹/۸۱)	(۴/۶)	(۱۱/۴۱)	(۳/۷۴)
اضطراب	۶/۹۴	۶	۱۰/۷۱	۳/۷۱	۱۰/۷۱	۱/۸۶	۸/۵۹	۱/۷۱
	(۹/۵۳)	(۴/۳۶)	(۱۰/۱۹)	(۳/۹۸)	(۱۰/۱۹)	(۳/۴۶)	(۶/۷۷)	(۲/۰۵)
استرس	۱۵/۲۹	۱۶/۲۹	۱۵/۷۶	۸	۱۵/۷۶	۴	۱۴/۴۷	۶/۴۳
	(۵/۴۲)	(۳/۴۹)	(۸/۶۵)	(۶/۳۲)	(۸/۶۵)	(۴/۸۳)	(۹/۱۵)	(۶/۳۳)
رضایت از زندگی	۲۳/۲۴	۲۵/۳۶	۲۱/۶۵	۲۹/۰۷	۲۱/۶۵	۲۹/۴۳	۲۳/۴۱	۲۹/۳۶
	(۶/۵۵)	(۴/۰۵)	(۸/۶۶)	(۲/۷۵)	(۸/۶۶)	(۴/۷۱)	(۸/۷۹)	(۳/۶۵)

جدول ۳- تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در مورد افسردگی، اضطراب، استرس و رضایت از زندگی برای بررسی تغییرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
<b>افسردگی</b>					
اثر درون‌گروهی	۴۴۶/۱۴	۳/۷	۱۲۰/۵	۴/۰۴	۰/۰۰۵
اثر بین‌گروهی	۴۱۶/۵۱	۱	۴۱۶/۵۱	۱۱/۸۷	۰/۰۰۲*
<b>اضطراب</b>					
اثر درون‌گروهی	۲۱۳/۲۹	۵	۴۲/۶۵	۲/۳۷	۰/۰۴*
اثر بین‌گروهی	۲۲۶/۷۱	۱	۲۲۶/۷۱	۹/۳۱	۰/۰۰۵*
<b>استرس</b>					
اثر درون‌گروهی	۶۸۱/۹۱	۵	۱۳۶/۳۸	۶/۵	۰/۰۰۰۱*
اثر بین‌گروهی	۳۱۲/۷۳	۱	۳۱۲/۷۳	۱۲/۶۲	۰/۰۰۱*
<b>رضایت از زندگی</b>					
اثر درون‌گروهی	۲۲۳/۲۴	۳/۷۱	۵۹/۱۹	۴/۱۸	۰/۰۰۴*
اثر بین‌گروهی	۳۳۱/۷۵	۱	۳۳۱/۷۵	۱۰/۱۸	۰/۰۰۳*

\*p<۰/۰۵

پیگیری در درون گروه تغییر معنی داری نداشتند. در حالی که تغییرات بین گروهی در همین بازه زمانی معنی دار بود.

### بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس و افزایش میزان رضایت از زندگی دختران نوجوان بود. یافته‌ها نشان داد مداخله مثبت‌نگر در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، استرس و افزایش میزان رضایت از زندگی مؤثر است. یافته‌ها با مطالعاتی که اثربخشی مداخلات مثبت‌نگر در کاهش مشکلات هیجانی را نشان داده‌اند، هم‌سو

برای مقایسه تغییرات نشانه‌های افسردگی، اضطراب، استرس و میزان رضایت از زندگی در چهار مرحله ارزیابی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یافته‌ها نشان داد میان دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود داشت؛ نمره نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس در گروه آزمایش نسبت به کنترل کاهش و نمره میزان رضایت از زندگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، کاهش داشت (جدول ۳). نتایج بررسی‌ها نشان داد تغییرات درون‌گروهی تمامی متغیرهای پژوهش در مرحله پیگیری چهار و نه ماهه در مقایسه با مرحله پس‌آزمون معنی دار نبود. این بدین معنی است که متغیرها از مرحله پس‌آزمون تا مرحله

است (۸، ۳۰-۲۴). برای مثال، در مطالعه رشید<sup>۱</sup> و انجم<sup>۲</sup> نیز، نتایج حاکی از کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش میزان رضایت از زندگی دانشجویان دارای نشانه‌های افسردگی (با شدت خفیف تا متوسط) بود (۲۴). در مطالعه سلگمن<sup>۳</sup>، رشید و پارکس<sup>۴</sup> (۸) نیز مداخله مثبت‌نگر موجب کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش میزان شادکامی شد. البته در این مطالعه افراد دارای تشخیص بالینی افسردگی شرکت داشتند، در حالی که در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان مشکلات پیش‌بالینی داشتند.

یافته به‌دست آمده با فرض اصلی رویکرد مثبت‌نگر همخوانی دارد. در این رویکرد فرض بر این است که ایجاد هیجان‌های مثبت، مشغولیت، داشتن معنا در زندگی و ارتقای توانمندی‌های افراد باعث از بین رفتن و کاهش مشکلات هیجانی و روانی می‌شود (۶). در تبیین یافته‌های به‌دست آمده می‌توان گفت فراگیری اصول مثبت‌نگر می‌تواند در تغییرات ایجاد شده مؤثر باشد. بر اساس نظریه روان‌شناسی مثبت‌نگر نداشتن معنا در زندگی نیز نه تنها یکی از نشانه‌های مشکلات روان‌شناختی است، بلکه یکی از عوامل ایجاد افسردگی و سایر مشکلات روان‌شناختی نیز هست (۳۱). افراد گروه آزمایش با فراگیری اصل اول این بسته (اصل معنا و هدف) توانستند تا حدی معنای زندگی و اهداف آینده‌شان را مشخص کنند. علاوه بر این، اعضای گروه مثبت‌نگر با آشنایی با اصل دوم بسته مثبت‌نگر، مطالبی را در رابطه با خوش‌بینی یاد گرفتند. سبک‌های اسنادی بدبینانه از جمله مهم‌ترین عواملی هستند که در پیدایش افسردگی و اضطراب نقش دارد. براساس نظریه درمان‌دگی آموخته‌شده، سبک اسنادی بدبینانه از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده افسردگی است و با ابتلا به افسردگی و دوره‌های طولانی‌تر و شدیدتر آن ارتباط دارد (۹). بنابراین فراگیری اصل خوش‌بینی می‌تواند در تغییر سبک‌های اسنادی بدبینانه مؤثر باشد و از این طریق باعث کاهش نشانه‌های افسردگی شود.

بر مبنای نظریه روان‌شناسی مثبت‌نگر، افزایش ارتباطات اجتماعی و گسترش شبکه‌های دوستی با بالا بردن حمایت اجتماعی، در افزایش میزان شادکامی و ارتقای سلامت روان مؤثر است (۱۴). گزارش شفاهی اعضای گروه مثبت‌نگر نیز حاکی از این بود که تلاش برای گسترش شبکه دوستی در خارج از گروه و دوستی عمیق با اعضای گروه موجب تجربه کردن و افزایش هیجان‌های مثبت شده بود. هم‌چنین افراد

گروه آزمایش تمرین‌هایی را در زمینه سپاسگزاری انجام دادند. قدردانی و سپاسگزاری یکی از اصول مورد تأکید روان‌شناسان مثبت‌نگر است و تاکنون در مطالعات متعدد اثربخشی آن در افزایش خلق مثبت بررسی شده است (۳۲). بر اساس گزارش اعضای گروه آزمایش، این تمرین‌ها یکی از مؤثرترین تمرین‌های این بسته در افزایش هیجان‌های مثبت و احساس رضایت درونی و شادکامی در آن‌ها و از جمله تمرین‌هایی بود که بازخورد مثبت والدین و معلمان را نیز به دنبال داشت. علاوه بر این نوجوانان در اصل پنجم این بسته (اصل مثبت حرف زدن) آموختند که می‌توان جملات و عبارات منفی را به جملات و عبارات مثبت تغییر و بدین وسیله تأثیرات منفی این عبارات را کاهش داد.

گذشته از این موارد، در تمرین‌های انجام شده در گروه آزمایش مانند سایر مداخلات مثبت‌نگر، به فرد آموزش داده شد تا بتواند توجه و حافظه‌اش را به آن چه در زندگی‌اش خوب است، معطوف کند. البته هدف این بود که این جنبه‌های مثبت تقویت شود، نه این که جنبه‌های منفی فرد محدود شود یا تغییر کند. چرا که به‌طور کلی انسان‌ها توانایی بیشتری در به یاد آوردن تجارب منفی زندگی خود دارند. برای مثال در یکی از تمرین‌های مثبت‌نگر، فرد می‌بایست تا جلسه بعد، هر شب یک یا دو اتفاق خوب و خوشی را که در طول روز برایش اتفاق افتاده بنویسد.

نکته دیگری که در ادبیات پژوهشی در تبیین اثربخشی این مداخله‌ها ذکر شده است، این که در مداخلات مثبت‌نگر افراد سعی می‌کنند ویژگی‌های مثبت را شناسایی و نام‌گذاری کنند. این بدین معنا نیست که از نظر روان‌شناسی مثبت‌نگر تجارب منفی اهمیت ندارند. در مداخلات مثبت‌نگر، گاه افراد کاملاً در مورد مشکلاتشان صحبت و گاه هیجانانگیزی را دوباره تجربه می‌کنند. بنابراین هدف دیدگاه مثبت‌نگر، تبدیل همه هیجانانگیزی منفی افراد به هیجانانگیزی مثبت نیست. گاه افراد در مورد خاطرات تلخ و رنجش‌هایشان حرف می‌زنند و گاه از آن‌ها خواسته می‌شود که خاطرات تلخ را بنویسند تا با این کار دردهای شناختی و هیجانی مرتبط با آن خاطره کاهش یابد (۳۰). در این مداخله نیز تمرین‌هایی در رابطه با شناسایی و نام‌گذاری ویژگی‌های مثبت و هم‌چنین تمرین‌هایی در مورد نوشتن هیجانانگیزی منفی با روشی خاص وجود داشت. در رابطه با افزایش معنادار میزان رضایت از زندگی نیز

[این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد نویسنده اول است].

[این‌ها به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

### منابع

1. Newman BM, Newman PR. Development through life: A psychological approach. 3<sup>th</sup> ed. Stamford: Cengage Learning; 2009.
2. Nicolson D, Ayers H. Adolescent problems: A practical guide for parents, teachers and counsellors. London: David Fulton; 2004.
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009.
4. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. Am Psychol. 2000; 55(1):5-14.
5. Karwoski GMG, Ilardi SS. On the integration of cognitive behavioral therapy for depression and positive psychology. J Cogn Psychother. 2006; 20(2):162-6.
6. Rashid T, Seligman MEP. Positive psychotherapy: A treatment manual. New York: Oxford University Press; forthcoming.
7. Linely PA, Joseph S. Positive psychology in practice. New York: John Wiley and Sons; 2004.
8. Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. Am Psychol. 2006; 61(8):774-86.
9. Maier SF, Seligman MEP. Learned helplessness: Theory and evidence. J Exp Psychol. 1976; 105(1):3-46.
10. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology. Am Psychol. 2001; 56(3):218-26.
11. Seligman MEP. Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. New York: Simon and Schuster; 2011.
12. Soliemanian A, Firoozabadi A. The effect of elaboration of positive perspectives intervention (EPOS) based on goal conflict reduction on life satisfaction. J Psychol. 2011; 6(22):58-65. [Persian]
13. Christner RW, Stewart JL, Freeman A. Handbook of cognitive-behavior group therapy with children and adolescent. New York: Routledge; 2007.

می‌توان گفت همان‌طور که غمگین بودن و اضطراب و استرس داشتن می‌تواند میزان رضایت از زندگی را بکاهد (۱۲)، کاهش این مشکلات نیز می‌تواند در افزایش میزان رضایت از زندگی نقش داشته باشد. علاوه بر این یکی از اهداف مهم مداخلات مثبت‌نگر، افزایش بهزیستی و رضایت‌مندی از زندگی است. رضایت از زندگی، با داشتن احساس رضایت کلی از زندگی گذشته، حال و آینده (انتظار رخ دادن حوادث خوب در آینده) به‌دست می‌آید (۱۴). اصول بسیاری از تمرین‌های بسته مثبت‌نگر پژوهش حاضر، برای دستیابی به این سه بعد رضایت از زندگی بود. به طور مثال یکی از تمرین‌ها مربوط به «قناعت داشتن در زندگی»، با هدف بیشتر کردن رضایت از داشته‌های کنونی و در نتیجه افزایش احساس رضایت‌مندی در زمان حال بود. تمرین دیگر مربوط به «تصور کردن خود در بهترین حالت ممکن در آینده» بود. به نظر می‌رسد این تمرین علاوه بر افزایش هیجانات مثبت و شادکامی، با تغییر جهت نگاه افراد از گذشته به سمت آینده و اتفاقات خوب آن، می‌تواند در افزایش رضایت از زندگی مؤثر باشد. در مجموع تمامی اصولی که در این بسته مثبت‌نگر آموزش داده شد، اصولی بودند که میزان بهزیستی روانی و شادکامی افراد را افزایش می‌دادند (۱۴). بنابراین یافته به‌دست آمده، با اهداف و فرض‌های رویکرد مثبت‌نگر و محتوای آموزش‌های مثبت‌نگر منطبق است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم کنترل دقیق تمام متغیرهای تأثیرگذار و نمونه‌گیری غیرتصادفی بود. افزون بر این، برای جمع‌آوری اطلاعات و بررسی تغییرات آزمودنی‌ها، تنها از گزارش‌های خود افراد استفاده شد. درحالی‌که می‌شد با به‌کارگیری روش‌های مختلف، اطلاعات کامل‌تری را در مورد تغییرات آزمودنی‌ها به‌دست آورد. هم‌چنین ملاکی برای سنجش میزان یادگیری افراد از آموزش‌های ارائه شده در دست نیست. لازم است اثربخشی مداخله مثبت‌نگر در مقایسه با سایر مداخلات رایج سنجیده شود. پیشنهاد می‌شود مطالعاتی شبیه به این بررسی در رابطه با پسران نوجوان، در گروه‌های سنی مختلف و در رابطه با سایر مشکلات هیجانی و اختلال‌های روانی انجام شود. هم‌چنین توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی در به‌کارگیری بسته‌های آموزشی، تفاوت‌های فرهنگی مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد.

### سپاسگزاری

از مدیران، معلمان مدارس و هم‌چنین از دانش‌آموزان، والدین ایشان و سایر دوستانی که در اجرای این پژوهش همکاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.



14. O'Honlon B, Bertolino B. The therapist's notebook on positive psychology. New York: Routledge; 2012.
15. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*. 2013; 13:119.
16. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sydney: Psychology Foundation; 1995.
17. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the depression anxiety stress scales (DASS-21): Validity and normative data in a large nonclinical sample. *J Clin Psychol*. 2005; 44(2):227-39.
18. Szabo M. The short version of the depression anxiety stress scales (DASS-21): Factor structure in a young adolescent sample. *J Adolesc*. 2010; 33(1):1-8.
19. Asgari A, Saed F, Dibajnia P. Psychometric properties of the depression anxiety stress scale (DASS-21) in a non-clinical Iranian sample. *Int J Psychol*. 2008; 2(2): 82-102. [Persian]
20. Sahebi A, Asgari MJ, Salari R. Validation of the depression anxiety stress scale (DASS-21) for an Iranian population. *Dev Psychol*. 2006; 1(4):299-313. [Persian]
21. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess*. 1985; 49(1), 71-75.
22. Pavot W, Diener E. Review of the satisfaction with life scale. *J Psychol Assess*. 1993; 5(2):164-72.
23. Bayani A, Koocheky M, Goodarzi H. The reliability and validity of the satisfaction with life scale. *Dev Psychol*. 2007; 11(3):260-5. [Persian]
24. Rashid T, Anjum A. Positive psychotherapy for young adults and children. In: Abela JRZ, Lankin BL, editors. *Depression in children and adolescent: Causes, treatment and prevention*. New York: Guilford press; 2007. p. 250-288.
25. Burton CM, King LA. The health benefits of writing about intensely positive experiences. *J Pers*. 2004; 38(2):150-63.
26. Lyubomirsky S, Sheldon KM, Schkade D. Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Rev Gen Psychol*. 2005; 24(8):146-61.
27. Seligman MEP, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress. *Am Psychol*. 2005; 60(5):410-20.
28. Lyubomirsky S, Sin NL. Enhancing well-being and alleviation depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice- friendly meta-analysis. *J Clin Psychol*. 2009; 65(5):467-83.
29. Suldo SM, Savage JA, Mercer SH. Increasing middle school student's life satisfaction: Efficacy of a positive psychology group intervention. *J Happiness Stud*. 2013; 25(6):97-121.
30. Joseph S, Wood A. Assessment of positive functioning in clinical psychology: Theoretical and practical issues. *J Clin Psychol*. 2010; 23(7):830-8.
31. Rashid T. Positive psychotherapy. In: Lopez SJ, editor. *Positive psychology: Exploring the best in people*. Westport CT: Greenwood Publishing Company; 2008. p. 187-217.
32. Sheldon KM, Lyubomirsky S. How to increase and sustain positive emotion: The effect of expressing gratitude and visualizing best positive selves. *J Posit Psychol*. 2006; 1(2):73-82.

Original Article

Effectiveness of Group Intervention based on Positive Psychology in Reducing Symptoms of Depression and Anxiety and Increasing Life Satisfaction in Adolescent Girls

**Abstract**

**Objectives:** This study was conducted to investigate the effectiveness of group intervention based on positive psychology in decreasing depression and anxiety symptoms and increasing life satisfaction in adolescent girls. **Method:** Using convenient sampling method 31 girls aged 14-15 years with mild to moderate symptoms of depression and anxiety were assigned randomly to experimental and control groups. The intervention was given to the experimental group during 11 weekly two-hour sessions. Depression and anxiety symptoms were measured using Depression, Anxiety, Stress Scales (DASS-21) and life satisfaction was measured using Satisfaction with Life Scale (SWLS), before and after four months of intervention. Data were analyzed using repeated measures analysis of variances. **Results:** The results showed that in the experimental compared with the control group symptoms of depression ( $p=0.002$ ,  $F=10.18$ ), anxiety ( $p=0.005$ ,  $F=9.31$ ) and stress ( $p=0.001$ ,  $F=12.62$ ) were decreased, while life satisfaction ( $p=0.003$ ,  $F=10.18$ ) was increased. The inter-group changes of all variables at follow-up and 9-month periods were not significant compared with post-test. **Conclusion:** Group intervention based on positive psychology reduces depression, anxiety and stress significantly. Therefore, it could be used to reduce preclinical symptoms.

**Key words:** positive intervention; depression; anxiety; stress; life satisfaction; adolescent

[Received: 12 November 2013; Accepted: 7 May 2014]

Mahsa Jabbari\*, Shahriar Shahidi <sup>a</sup>,  
Fereshteh Mootabi <sup>a</sup>

\* Corresponding author: Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-22431688

E-mail: jabari.mahsa@gmail.com

<sup>a</sup>Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.