

مقایسه تأثیر روان درمانی مثبت نگر گروهی و فردی بر ابعاد شناختی و جسمانی دختران نوجوان بی سرپرست / بدسرپرست مبتلا به افسردگی مداوم

◆ فروغ عبیری بناب^۱ ◆ دکتر مرضیه علیوندی وفا^{۲*} ◆ دکتر علی خادمی^۳ ◆ دکتر غلامحسین جوانمرد^۴

چکیده:

این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر روان درمانی مثبت نگر گروهی و فردی بر ابعاد شناختی و جسمانی دختران نوجوان بی سرپرست / بدسرپرست مبتلا به افسردگی مداوم انجام گرفته است. پژوهش از نوع نیمه تجربی است که با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اجرا شده است. جامعه آماری پژوهش، همه دختران نوجوان ۱۷-۱۳ ساله بی سرپرست یا بدسرپرست شهر بناب در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۹ بودند که از میان آنها نمونه ۴۵ نفری انتخاب و در گروه کنترل (۱۵ نفر)، گروه آزمایشی فردی (۱۵ نفر) و گروه آزمایشی گروهی (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروههای آزمایشی شش جلسه نود دقیقه‌ای از مداخله مثبت نگر بهره‌مند شدند، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. آزمودنیها، پیش و پس از مداخله و یک ماه بعد در مرحله پیگیری، به پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱) پاسخ دادند. نتایج یافته‌ها نشان داد که تفاوت میانگین دو گروه مداخله مثبت نگر فردی و گروهی در مورد علائم شناختی افسردگی مداوم معنادار بود ($P=0/000$). با توجه به میانگین حاشیه‌ای محاسبه شده، میانگین گروه مثبت نگر فردی ($5/222$) میانگین) پایین تر از میانگین گروه مثبت نگر گروهی ($7/067$) میانگین) است. این امر نشانگر اثربخشی مداخله مثبت نگر فردی در مقایسه با مداخله مثبت نگر گروهی در بهبود علائم شناختی افسردگی مداوم است. در حالی که تفاوت میانگین دو گروه مداخله مثبت نگر فردی و گروهی در مورد علائم جسمانی افسردگی مداوم معنادار نبود ($P=0/033$). بنابراین براساس نتایج حاصل از پژوهش، به نظر می‌رسد مداخله روان درمانی مثبت نگر فردی می‌تواند اثرات بیشتری در بهبود و کاهش نشانه‌های افسردگی مداوم داشته باشد.

کلیدواژگان: مداخله مثبت نگر، بعد شناختی، بعد جسمانی، افسردگی مداوم، بی سرپرست / بدسرپرست

© تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۳

© تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۵/۲۴

این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است.

۱. دانش آموخته دوره دکتری روان شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.
۲. دانشیار گروه روان شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران (نویسنده مسئول).
۳. استاد گروه روان شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
۴. دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

E-mail: dr.vafa@iaua.ac.ir

مقدمه

بسیاری از افراد، به‌ویژه نوجوانان، در شرایط پرتنش، روابط میان-فردی ناسالم و آسیب‌پذیر، مشکلات و درگیریهای خانوادگی یا زناشویی، انواع فقدانها و بسیاری از مشکلات ناشی از دنیای صنعتی پیچیده معاصر ممکن است دچار افسردگی شوند (شاو^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). عدم تجربه‌های شادی‌بخش، انزوای اجتماعی، کمبود اعتمادبه‌نفس، ناتوانی در تمرکز، ناکارآمدی در امور مدرسه، تغییرات در عادات زیستی (خوردن، خوابیدن و دفع) و دردهای جسمی از عوارض افسردگی در کودکان و نوجوانانند و این نشانه‌ها در کودکان و نوجوانانی که از بی‌سرپرستی یا بدسرپرستی رنج می‌برند، برجسته‌تر است (ون‌متر^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). مرگ پدر، ازدواج مجدد مادر و عدم پذیرش ناپدری، مرگ مادر و حضور نامادری، اعتیاد پدر یا مادر، حوادث طبیعی مانند سیل و زلزله، بیماری یکی از والدین یا هر دوی آنها را می‌توان نمونه‌هایی از علل بی‌سرپرستی قلمداد کرد (عزیزی و همکاران، ۲۰۲۳). افسردگی، شایع‌ترین اختلالی است که نه تنها بچه‌های بی‌سرپرست گرفتار آن می‌شوند، بلکه در میان افراد عادی نیز شایع‌ترین اختلال است (کندال-تاکت و جاکومونی^۳، ۲۰۰۵).

اختلال افسردگی مداوم یا افسرده‌خویی، یک وضعیت طولانی‌مدت است که به مدت دو سال یا بیشتر (یک سال در کودکان و نوجوانان)، ادامه پیدا می‌کند. این نوع افسردگی اغلب شروعی پنهان و روندی مزمن دارد. افراد مبتلا به این نوع افسردگی، بیشتر در معرض خطر اختلالات روانپزشکی همزمان، به‌ویژه اختلالات مصرف مواد و اختلالات اضطرابی قرار دارند (نویز^۴ و همکاران، ۲۰۲۲؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه رضاعی و همکاران، ۱۳۹۶). افسردگی نه تنها بر هیجانات و روحیه تأثیرگذار است بلکه بر سلامت جسمی و روانی فرد نیز تأثیر می‌گذارد. تأثیرات فیزیکی شامل بیماریهای مزمن، مشکلات خواب (بی‌خوابی/پرخوابی)، سردرد، خستگی، مشکلات گوارشی و افزایش خطر ابتلا به عفونتهاست. افراد مبتلا به افسردگی ممکن است که تغییرات اشتها را تجربه کنند، که منجر به افزایش یا کاهش وزن ناخواسته می‌شود (کوریل^۵، ۲۰۱۸ و عزیزی و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین اشخاص مبتلا به افسردگی اغلب علائم مشکلات گوارشی- معده‌ای مانند استفراغ، اسهال، تهوع و یبوست را گزارش می‌دهند. برخی از افراد افسرده حتی ممکن است به سندرم روده تحریک‌پذیر دچار شوند. بر اساس پژوهشهای انجام گرفته، وجود این مشکلات گوارشی به‌خاطر تغییراتی است که افسردگی در فعالیتهای هیپوتالاموس، غده هیپوفیز و غده آدرنال به وجود می‌آورد (میلر و ریزن^۶، ۲۰۱۶؛

1. Shaw
2. Van Meter
3. Kendall-Tackett & Giacomoni
4. Noyes
5. Coryell
6. Miller & Raison

کارلینگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). بک^۲ (۱۹۷۶) معتقد است که افراد میتلا به افسردگی اغلب از تحریفهای شناختی رنج می‌برند. تحریفهای شناختی به افکار نادرستی اشاره دارند که ذهن افراد را در مورد موضوعی که حقیقت ندارد، متقاعد می‌کند. این افکار نادرست معمولاً برای تقویت افکار و احساسات منفی استفاده می‌شوند (پرینی^۳ و همکاران، ۲۰۱۹؛ باین^۴ و همکاران، ۲۰۱۹؛ عزیزی و همکاران، ۲۰۲۳).

در دهه‌های اخیر، دنیای روان‌شناسی شاهد ظهور رویکردی جدید در امر مداخلات آسیبهای روان‌شناختی بوده است. مارتین سلینگمن در سال ۱۹۹۸ با این رویکرد به نام روان‌شناسی مثبت‌نگر وارد مبحث پیچیده مداخلات شد. سلینگمن^۵ (۲۰۰۲) هدف روان‌درمانی را چیزی بیش از بهبود علائم منفی یک اختلال، یعنی افزایش بهزیستی و شادکامی افراد دانسته است (رشید^۶ و سلینگمن، ۲۰۱۳). راهبردی که به فرد کمک می‌کند تا زندگی او لذت‌بخش، جذاب و معنادار باشد، مداخله مثبت‌نگر نامیده می‌شود (سعیدمنش و همکاران، ۲۰۲۱). از زمان روی کار آمدن این نوع نگاه مثبت‌نگر، مطالعات متعددی در راستای بررسی اثربخشی آن در حوزه‌های گوناگون انجام گرفته است. مثالهایی از این پژوهشها شامل تمرکز روی احساسات مثبت نسبت به دیگران (لیوبومرسکی^۷، ۲۰۰۸)، نوشتن نامه‌های قدردانی (بوهم^۸ و همکاران، ۲۰۱۱)، پرورش خوش‌بینی (بوهم و همکاران، ۲۰۱۱)، مراقبه (فردریکسون^۹ و همکاران، ۲۰۰۸)، مهربانی (شلدون^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۲)، تصور کردن خود آرمانی (لایوس^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۲)، استفاده از توانمندیها و نقاط قوت (سلینگمن و همکاران، ۲۰۰۵) و شمردن نعمتها (لیوبومرسکی، ۲۰۰۸) است. بررسیها در داخل کشور ایران نشان می‌دهد که تاکنون مطالعات اندکی در زمینه درمانهای مثبت‌نگر در شکل‌های فردی و گروهی انجام شده است؛ خلأیی که با توجه به اختلال افسردگی مداوم و جامعه بی‌سرپرست/بدسرپرست، بسیار بزرگ می‌نماید. مثلاً، در مطالعه لشنی و همکاران (۱۳۹۰) فقط اثربخشی راهبرد قدردانی مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین در مطالعه نصیری و همکاران (۱۳۹۸)، هر دو رویکرد درمانی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی-رفتاری گروهی به یک اندازه در کاهش افسردگی مؤثر بودند. افزون بر این، روان‌درمانی مثبت‌نگر در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری در افزایش بهزیستی مؤثرتر بود.

1. Karling
2. Beck
3. Perini
4. Bayne
5. Seligman
6. Rashid
7. Lyubomirsky
8. Boehm
9. Fredrickson
10. Sheldon
11. Layous

با توجه به اینکه مداخلات درمانی در دو مدل فردی و گروهی انجام می‌گیرند، به نظر می‌رسد مقایسه اثربخشی هر دو مدل برای رسیدن موثرتر به کاربردهای درمانی کمک‌کننده خواهد بود، چرا که برخی از مطالعات بر مزایای درمانهای فردی تأکید کرده و درمانهای گروهی را مطلوب در نظر نگرفته‌اند (سرکار^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). به خلاف آن، برخی دیگر از پژوهشگران بر به صرفه بودن درمانهای گروهی از نظر زمان و هزینه اشاره کرده‌اند (شفیع‌آبادی، ۱۳۸۳). در حالی که برخی دیگر نیز بر اهمیت تلفیق این دو رویکرد تأکید کرده‌اند (اچپوروا^۲ و همکاران، ۲۰۱۴). با توجه به مطالعات محدودی که انجام گرفته، ضروری به نظر می‌رسد که این فنون در فرایند کار بالینی بیشتری در فرهنگ ایران مورد استفاده قرار گیرد تا فواید و محدودیتهای استفاده از آنها مشخص شوند. این پژوهش می‌تواند دانش کلی داخلی درباره ماهیت درمان افسردگی و بهترین رویکرد درمانی آن را افزایش دهد. همچنین، تعیین اثربخشی روان‌درمانی گروهی/فردی افسردگی، این فرصت را در اختیار روان‌شناسان، مشاوران و سایر افرادی قرار می‌دهد که به درمان افسردگی می‌پردازند تا انتخابهای دانش‌بنیان‌تر و مستندی برای درمان انواع متفاوت بیماران افسرده داشته باشند. با توجه به آنچه مطرح شد، پژوهش حاضر بر آن است تا قدرت اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی/فردی را در کاهش نشانه‌های شناختی و جسمانی افسردگی مداوم در نمونه دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست مورد ارزیابی قرار دهد.

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی است که با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اجرا شده است. بر اساس اهداف پژوهشی، جامعه آماری پژوهش، همه دختران نوجوان ۱۷-۱۳ ساله بی‌سرپرست یا بدسرپرست شهر بناب در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۹ بودند که از میان آنها نمونه ۴۵ نفری انتخاب و در گروه کنترل (۱۵ نفر)، گروه آزمایشی فردی (۱۵ نفر انفرادی) و گروه آزمایشی گروهی (۱۵ نفر) جایگزین شدند. این انتخاب بر اساس پیشنهاد گال^۳ و همکاران (۱۳۸۲) است که حداقل تعداد ۱۵ نفر را برای پژوهشهای مداخلاتی تعریف کرده‌اند. برای گردآوری داده‌ها، ابتدا با مسئولان بهزیستی و کمیته امداد شهر بناب هماهنگیهای لازم به عمل آمد. سپس نسبت به انتخاب نمونه‌ها اقدام شد. در فرایند نمونه‌گیری، از روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس استفاده شد. به منظور انتخاب نمونه‌ها و تشخیص افسردگی، از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات افسردگی مزمن (Scid-5-cv) (DSM-5) استفاده شد. پس از بیان اهداف پژوهش برای آزمودنیها و جلب رضایت آنها، از آزمودنیها پیش‌آزمون گرفته شد و با برنامه‌ریزی جلسات مداخله و آموزش، نسبت به اجرای متغیر مستقل اقدامات لازم صورت

1. Sarkar
2. Echeburúa
3. Gall

گرفت. ملاکهای ورود به پژوهش شامل داشتن رضایت آگاهانه از شرکت در برنامه مداخلاتی، عدم اختلال روانپزشکی همزمان، عدم سابقه کیفری، عدم دریافت خدمات درمانی دیگر در طی شش ماه اخیر و دارا بودن سواد خواندن و نوشتن بود. ملاکهای خروج شامل عدم شرکت در دو جلسه از درمان و شرکت در برنامه های مداخلاتی یا روان شناختی دیگر در طی دریافت درمان مورد نظر پژوهش بود. کد اخلاق پژوهش حاضر ۱۰۲۲۰۷۰۶۹۷۱۰۰۱ (مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز) است. برای اجرای جلسه های روان درمانی مثبت نگر، برنامه های درمانی پارکس - شینر^۱ (۲۰۰۹) که تحت نظر سلیگمن در دانشگاه پنسیلوانیا ساخته شده، به کار رفته است. این برنامه در شش جلسه ۹۰ دقیقه ای و به صورت گروهی و فردی برگزار شده تا اثربخشی روش فوق در هر دو حالت مورد ارزیابی قرار بگیرد و مقایسه شود. شایان ذکر است که محتوا و ساخت جلسات در گروه های فردی و گروهی کاملاً یکسان در نظر گرفته شد تا از دخالت عوامل مداخله گر پیشگیری شود. شرح مختصر جلسه های درمانی در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصه ساختار و محتوای جلسات مداخلات مثبت نگر

جلسات	محتوا و فعالیتهای	هدف
جلسه اول	معارفه و استفاده از تواناییها: ۵ توانایی برتر و استفاده از آنها در زندگی روزمره	پرورش توانمندی
جلسه دوم	نوشتن سه اتفاق خوب در هر روز و چرایی اتفاق آنها	خوش بینی
جلسه سوم	نوشتن آنچه در پایان زندگی برای فرد رضایت بخش خواهد بود.	یافتن معنا
جلسه چهارم	نوشتن نامه قدردانی برای فردی که لازم است از او قدردانی شود.	قدردانی
جلسه پنجم	پاسخ فعال و سازنده در مقابل شنیدن خبر خوب	رابطه مثبت
جلسه ششم	اختصاص زمانی برای لذت بردن از فعالیتی که معمولاً در انجام دادن آن عجله می شود.	لذت بردن از زندگی

پس از اعمال متغیر مستقل، اندازه گیری متغیر وابسته با ابزارهای لازم صورت گرفت و در نهایت داده های مورد نیاز استخراج و برای تحلیل در برنامه SPSS وارد شدند.

● ابزارهای پژوهش

برای اندازه گیری متغیرهای مورد مطالعه، از آزمون افسردگی بک و مصاحبه بالینی ساختاریافته استفاده شده است.

1. Parks-Sheiner

۱. **آزمون افسردگی بک^۱ (BDI):** این آزمون را بک و همکاران در سال ۱۹۶۱ برای سنجش میزان افسردگی و علائم مرتبط ساخته‌اند. در این ابزار، از علائم هیجانی، شناختی و جسمانی برای ارزیابی استفاده شده است. این آزمون نشانه‌های تعریف شده افسردگی مانند غمگینی، احساس گناه، از دست دادن علاقه، کناره‌گیری اجتماعی و افکار خودکشی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. هر گروه از پرسشها شامل چهار گزینه است. همه این پرسشها بر اساس مقیاس لیکرت (صفر تا ۳) نمره‌گذاری شده و نمره کل فرد صفر تا ۶۳ خواهد بود. این پرسشنامه را نخستین بار در ایران جلیلی و اخوت (به نقل از کاظمی، ۱۳۸۲) هنجاریابی کرده‌اند. پایایی این پرسشنامه از راه ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و همبستگی به دست آمده از روش تصنیف بر اساس پرسشهای زوج و فرد، برابر ۰/۷۰ گزارش شده است (کاظمی، ۱۳۸۲). اعتبار این ابزار نیز در پژوهش حاضر بررسی و ۰/۷۷ گزارش شده است.

۲. **مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات افسردگی مزمن^۲ (Scid-5-cv):** این مصاحبه ابزاری برای تشخیص‌گذاری است که نسخه پیشین آن را فرست^۳ و همکاران (۱۹۹۷) تهیه کرده‌اند. پایایی این ابزار برای اختلالات محور I در DSM-5 را هفت مصاحبه‌گر با بازآزمایی مجدد، روی گروهی از آزمودنیها، بررسی کردند و ضریب کاپای قابل قبول ۰/۷ را گزارش کردند. در این پژوهش از نسخه جدید فرست و همکاران (۲۰۱۶) استفاده شد. شایان ذکر است با توجه به اینکه ابزاری تعریف شده برای سنجش میزان افسردگی مداوم موجود نیست، لذا پژوهشگر از تشخیص متخصص روانپزشک، از طریق مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اعتبار بخشی به انتخاب آزمودنیها استفاده کرده است.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان عبارت‌اند از: میانگین سنی گروه مداخله مثبت‌نگر فردی ۱۷ سال با انحراف معیار ۱/۱۸ سال بود. حداقل سن آنها ۱۵ سال و حداکثر ۱۸ سال بود. بیشترین میزان مدرک تحصیلی آنها نیز مقطع متوسطه بود. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه مداخله مثبت‌نگر گروهی ۱۶ سال بود. حداقل سن آنها ۱۵ سال و حداکثر ۱۸ سال بود. بیشترین میزان مدرک تحصیلی آنها نیز مقطع متوسطه بود. همچنین، میانگین سن در گروه کنترل ۱۶ سال بود. حداقل سن آنها ۱۵ و حداکثر ۱۸ سال بود. بیشترین میزان مدرک تحصیلی آنها نیز مقطع متوسطه بود و فقط سه شرکت‌کننده دارای مدرک مقطع راهنمایی بودند. همه شرکت‌کنندگان دانش‌آموز بودند. به منظور مقایسه تفاوت گروهها در متغیر علائم شناختی افسردگی مداوم، بر حسب آزمون و نیز اثرات تعاملی گروه و آزمون از آزمون تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است.

1. The Beck Depression Inventory
2. Structured Clinical Interview for DSM-5 Chronic Disorders
3. First

جدول ۲. نتایج آزمون پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات

سطح معناداری* در آزمون کولموگروف - اسمیرنف					
گروه	علائم شناختی			علائم جسمانی	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون
مداخله مثبت‌نگر فردی	۰/۲۰	۰/۲۰	۰/۲۰	۰/۲۹	۰/۲۲
مداخله مثبت‌نگر گروهی	۰/۲۰	۰/۱۲	۰/۲۰	۰/۱۹	۰/۱۵
کنترل	۰/۲۰	۰/۲۰	۰/۰۸	۰/۱۹	۰/۲۰

سطح معناداری $p < 0/05$ *

در مورد بررسی پیش‌فرضهای آزمون، آزمون کولموگروف - اسمیرنف نشان داد که نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری افسردگی مداوم و زیرمؤلفه‌های آن در هر سه گروه دارای ویژگی توزیع نرمال ($p > 0/05$) است.

جدول ۳. تعیین همگونی شیب رگرسیون

منبع	مجموع مربعات نوع سوم	میانگین مربعات	F	سطح معناداری*
گروه * نمرات پیش‌آزمون علائم شناختی	۱/۳۸	۱/۰۹	۱/۳۸	۰/۱۲
گروه * نمرات پیش‌آزمون علائم جسمانی	۲/۳۸	۱/۱۹	۲/۱۸	۰/۱۰

سطح معناداری $p < 0/05$ *

با توجه به جدول شماره ۳ مقدار F تعامل متغیر مستقل و همپراش، (گروه * نمرات پیش‌آزمون علائم شناختی) و ۱/۳۸ و (گروه * نمرات پیش‌آزمون علائم جسمانی) ۲/۱۸ است که معنادار نیستند، ($p > 0/05$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض همگونی شیب رگرسیون رعایت شده است. برای بررسی برابری و تجانس واریانسها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این آزمون نیز نشان می‌دهد که سطح معناداری برای نمرات پیش و پس‌آزمون علائم جسمانی افسردگی برقرار نبود (یعنی بالاتر از ۰/۰۵). برای برطرف کردن این موضوع و برقراری این مفروضه، بنابه توصیه تاباکنیک و فیدل (۱۳۹۵) در بررسی نهایی آماره F- تک متغیره در این متغیرها از سطح معناداری ۰/۰۱ استفاده شد. فرض کروییت نیز با آزمون موچلی انجام شد. نتایج برای علائم جسمانی افسردگی مداوم ($p > 0/05$) برقرار بود. در این راستا، از آنجایی که مقادیر افسردگی از ۰/۷۵ کوچک‌تر بودند از گرین هاوس - گیسر استفاده شد. در نهایت، نتایج تست ام‌باکس حاکی از آن بود که در تمامی زیرمؤلفه‌های علائم افسردگی مداوم، مفروضه همگنی ماتریسهای واریانس - کوواریانس ($p > 0/001$) برقرار بود.

جدول ۴. تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر علائم شناختی افسردگی مداوم

متغیر	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری*	مربع اتا (اندازه اثر)	توان آماری
علائم شناختی	زمان	۷۸/۴۱۵	۱/۳۷۴	۵۷/۰۶۶	۱۱۰/۱۰۷	۰/۰۰۰	۰/۷۲۴	۱
	گروه	۱۳۶/۲۸۱	۲	۶۸/۱۴۱	۳۴/۴۷۲	۰/۰۰۰	۰/۶۲۱	۱
	تعامل زمان با گروه	۱۱۸/۳۴۱	۲/۷۴۸	۴۳/۰۶۱	۸۳/۰۸۵	۰/۰۰۰	۰/۷۹۸	۱

سطح معناداری $p < ۰/۰۱$ *

نتایج آزمون اثرات درون-گروهی با استفاده از اصلاح گرین هاوس-گیرس نشان می‌دهد که میان نمرات علائم شناختی افسردگی مداوم در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری در سه گروه (تأثیر تعاملی زمان و گروه) تفاوت معنادار است ($F=۸۳/۰۸۵$, $P=۰/۰۰۰$). اندازه اثر محاسبه‌شده بر اساس مجذور اتا برابر با $۰/۷۹۸$ بود. یعنی تقریباً ۸۰ درصد تغییرات از طریق اثرات تعاملی درون-گروهی و میان-گروهی قابل تبیین است. توان آماری برابر با ۱ نشان‌دهنده دقت بالای تحلیل و همچنین کفایت حجم نمونه برای این نتیجه‌گیری است.

برای تعیین مداخله اثربخش‌تر با در نظر گرفتن نتایج آزمون میان-گروهی (اثر اصلی گروه) در ادامه تحلیل آماری برای متغیر علائم شناختی افسردگی مداوم، آزمون تعقیبی بونفرونی محاسبه شد.

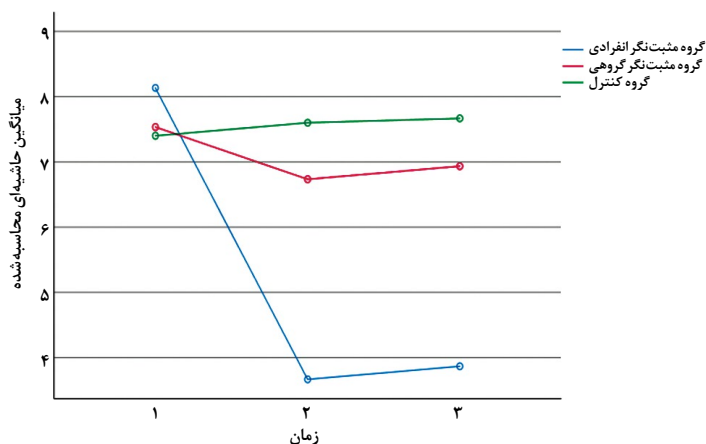
جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی برای علائم شناختی افسردگی مداوم

گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری*	حدود اطمینان ۹۸/۳ درصد	
					کرانه بالا	کرانه پایین
گروه مثبت‌نگر فردی	گروه مثبت‌نگر گروهی	-۱/۸۴۴	۰/۲۹۶	۰/۰۰۰	-۲/۴۴۳	-۱/۲۴۶
	گروه کنترل	-۲/۳۳۳	۰/۲۹۶	۰/۰۰۰	-۲/۹۳۱	-۱/۷۳۵
گروه مثبت‌نگر گروهی	گروه مثبت‌نگر فردی	۱/۸۴۴	۰/۲۹۶	۰/۰۰۰	۱/۲۴۶	۲/۴۴۳
	گروه کنترل	-۰/۴۸۹	۰/۲۹۶	۰/۱۰۷	-۱/۰۸۷	۰/۱۰۹
گروه کنترل	گروه مثبت‌نگر فردی	۲/۳۳۳	۰/۲۹۶	۰/۰۰۰	۱/۷۳۵	۲/۹۳۱
	گروه مثبت‌نگر گروهی	۰/۴۸۹	۰/۲۹۶	۰/۱۰۷	-۰/۱۰۹	۱/۰۸۷

سطح معناداری $p < ۰/۰۱۷$ *

آزمون بونفرونی نشان داد که تفاوت میانگین گروه مثبت‌نگر فردی با گروه کنترل در علائم شناختی افسردگی مداوم معنادار است ($p=۰/۰۰۰$)، اما تفاوت میانگین گروه مثبت‌نگر گروهی با گروه کنترل معنادار نبود ($p=۰/۱۰۷$). شایان ذکر است که تفاوت میانگین دو گروه مداخله در مورد علائم شناختی

افسردگی مداوم نیز معنادار بود ($p=0/000$)؛ با توجه به میانگین حاشیه‌ای محاسبه شده، مشخص است میانگین گروه مثبت‌نگر فردی ($5/222$ = میانگین) پایین‌تر از میانگین گروه مثبت‌نگر گروهی ($7/067$ = میانگین) است. این امر نشانگر اثربخشی مداخله مثبت‌نگر فردی در مقایسه با مداخله مثبت‌نگر گروهی در بهبود علائم شناختی افسردگی مداوم است.



نمودار ۱. مقایسه تأثیر مداخله‌ها بر علائم شناختی افسردگی مداوم

در تأیید مطلب فوق، نمودار شماره ۱ پروفایل میانگین‌ها نشان می‌دهد که در گروه آزمایش مثبت‌نگر فردی نسبت به گروه مثبت‌نگر گروهی میانگین نمره علائم شناختی افسردگی مداوم به‌طور چشمگیری کاهش یافته است.

جدول ۶. نتایج آزمون بونفرونی برای علائم شناختی افسردگی مداوم در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه مثبت‌نگر فردی

گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری*	حدود اطمینان ۹۸/۳ درصد	
					کرانه بالا	کرانه پایین
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۶۸۹	۰/۱۴۶	۰/۰۰۰	۱/۳۹۳	۱/۹۸۴
	پیگیری	۱/۵۳۳	۰/۱۴۵	۰/۰۰۰	۱/۲۴۲	۱/۸۲۵
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱/۶۸۹	۰/۱۴۶	۰/۰۳۶	-۱/۹۸۴	-۱/۳۹۳
	پیگیری	-۰/۱۵۶	۰/۰۷۲	۰/۰۳۶	-۰/۳۰۰	-۰/۰۱۱
آزمون پیگیری	پیش‌آزمون	-۱/۵۳۳	۰/۱۴۵	۰/۰۰۰	-۱/۸۲۵	-۱/۲۴۲
	پس‌آزمون	۰/۱۵۶	۰/۰۷۲	۰/۰۳۶	۰/۰۱۱	۰/۳۰۰

سطح معناداری $p < 0/017$ *

با توجه به نتایج درون-گروهی (اثر اصلی زمان) و برای بررسی پایداری درمان بر علائم شناختی افسردگی مداوم، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد که تفاوت نمرات علائم شناختی افسردگی مداوم در پس‌آزمون با پیش‌آزمون ۱/۶۸۹- بوده که این مقدار از لحاظ آماری تأیید شده است، $p=0/000$. همچنین، تفاوت نمرات علائم شناختی افسردگی مداوم در آزمون پیگیری با پیش‌آزمون ۱/۵۳۳- بوده که این مقدار هم از نظر آماری تأیید شد $p=0/000$ ، اما تفاوت نمرات علائم افسردگی مداوم در آزمون پیگیری با پس‌آزمون ۰/۱۵۶ بود که این مقدار از لحاظ آماری تأیید نشد $p=0/036$. این نتایج نشان می‌دهد که میزان اثربخشی مداخله مثبت‌نگر فردی بر کاهش علائم شناختی افسردگی مداوم دختران نوجوان بی‌سرپرست / بدسرپرست شهر بناب در پس‌آزمون و پیگیری یکسان بوده و تفاوتی معنادار وجود نداشته است.

جدول ۷. تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر علائم جسمانی افسردگی مداوم

متغیر	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری *	مربع اتا (اندازه اثر)	توان آماری
علائم جسمانی	زمان	۵۶/۹۳۳	۱/۷۷۰	۳۲/۱۶۸	۹۳/۷۳۲	۰/۰۰۰	۰/۶۹۱	۱
	گروه	۸۲/۷۱۱	۲	۴۱/۳۵۶	۱۳/۱۹۰	۰/۰۰۰	۰/۳۸۶	۱
	تعامل زمان با گروه	۲۹/۵۵۶	۳/۵۴۰	۸/۳۵۰	۲۴/۳۲۹	۰/۰۰۰	۰/۵۳۷	۱

* سطح معناداری $p < 0/01$

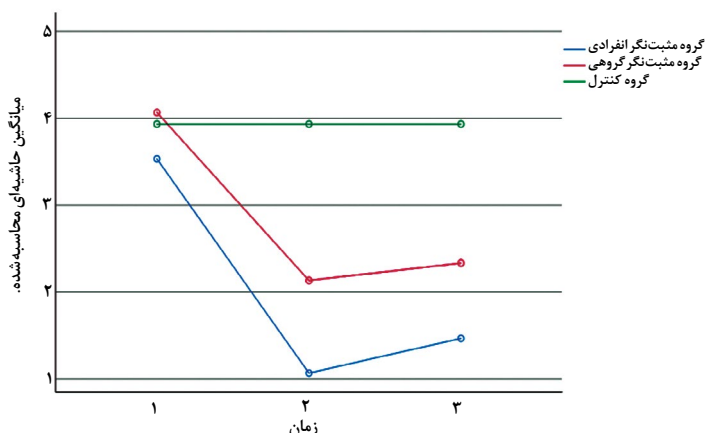
به منظور مقایسه تفاوت گروه‌ها در متغیر علائم جسمانی افسردگی مداوم، بر حسب آزمون و نیز اثرات تعاملی گروه و آزمون از آزمون تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون اثرات درون-گروهی با استفاده از اصلاح گرین هاوس-گیسر نشان می‌دهد که میان نمرات علائم جسمانی افسردگی مداوم در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه (تأثیر تعاملی زمان و گروه) تفاوت معنادار وجود دارد، $(F=329, p=0/000)$. اندازه اثر محاسبه شده براساس مجذور اتا برابر با ۰/۵۳۷ بود. یعنی، تقریباً ۵۴ درصد تغییرات از طریق اثرات تعاملی درون-گروهی و میان-گروهی قابل تبیین است. توان آماری برابر با یک نشان‌دهنده دقت بالای تحلیل و همچنین کفایت حجم نمونه برای این نتیجه‌گیری است.

جدول ۸. نتایج آزمون یونفرونی برای علائم جسمانی افسردگی مداوم

گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری *	حدود اطمینان ۹۸/۳ درصد	
					کرانه بالا	کرانه پایین
گروه مثبت‌نگر فردی	گروه مثبت‌نگر گروهی	-۰/۸۲۲	۰/۳۷۳	۰/۰۳۳	-۱/۵۷۶	-۰/۰۶۹
	گروه کنترل	-۱/۹۱۱	۰/۳۷۳	۰/۰۰۰	-۲/۶۶۴	-۱/۱۵۸
گروه مثبت‌نگر گروهی	گروه مثبت‌نگر فردی	۰/۸۲۲	۰/۳۷۳	۰/۰۳۳	۰/۰۶۹	۱/۵۷۶
	گروه کنترل	-۱/۰۸۹	۰/۳۷۳	۰/۰۰۶	-۱/۸۴۲	-۰/۳۳۶
گروه کنترل	گروه مثبت‌نگر فردی	۱/۹۱۱	۰/۳۷۳	۰/۰۰۰	۱/۱۵۸	۲/۶۶۴
	گروه مثبت‌نگر گروهی	۱/۰۸۹	۰/۳۷۳	۰/۰۰۶	۰/۳۳۶	۱/۸۴۲

سطح معناداری $p < ۰/۰۱۷$ *

آزمون یونفرونی نشان داد که تفاوت میانگین گروه مثبت‌نگر فردی با گروه کنترل در علائم جسمانی افسردگی مداوم معنادار است ($p=۰/۰۰۰$). همچنین، تفاوت میانگین گروه مثبت‌نگر گروهی با گروه کنترل معنادار نبود، ($p=۰/۰۰۶$). شایان ذکر است که تفاوت میانگین دو گروه مداخله در مورد علائم جسمانی افسردگی مداوم معنادار نبود ($p=۰/۰۳۳$). با توجه به میانگین حاشیه‌ای محاسبه شده، مشخص است که میانگین گروه مثبت‌نگر فردی ($۲/۰۲۲$ =میانگین) تقریباً برابر با میانگین گروه مثبت‌نگر گروهی ($۲/۸۴۴$ =میانگین) است. این امر نشانگر اثربخشی یکسان مداخله مثبت‌نگر فردی و مداخله مثبت‌نگر گروهی در بهبود علائم جسمانی افسردگی مداوم است.



نمودار ۲. مقایسه تأثیر مداخله‌ها بر علائم جسمانی افسردگی مداوم

در تأیید مطلب فوق، نمودار شماره ۲ نشان می‌دهد که با توجه به میانگین نمره علائم جسمانی افسردگی مداوم، خمیدگی (curvature) یکسانی در روند اثربخشی گروه آزمایش مثبت‌نگر فردی و گروه مثبت‌نگر گروهی وجود دارد.

جدول ۹. نتایج آزمون بونفرونی برای علائم شناختی افسردگی مداوم در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه مثبت‌نگر فردی

زمان (I)	زمان (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری*	حدود اطمینان ۹۸/۳ درصد
					کرانه بالا
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۴۶۷	۰/۱۱۴	۰/۰۰۰	۱/۲۳۶
	پیگیری	۱/۲۶۷	۰/۱۳۴	۰/۰۰۰	۱/۵۳۷
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱/۴۶۷	۰/۱۱۴	۰/۰۰۰	-۱/۶۹۷
	پیگیری	-۰/۲۰۰	۰/۰۹۸	۰/۰۴۷	-۰/۳۹۷
آزمون پیگیری	پیش‌آزمون	-۱/۲۶۷	۰/۱۳۴	۰/۰۰۰	-۱/۵۳۷
	پس‌آزمون	۰/۲۰۰	۰/۰۹۸	۰/۰۴۷	۰/۳۹۷

سطح معناداری $p < ۰/۰۱۷$

در نهایت، با توجه به نتایج درون-گروهی (اثر اصلی زمان) و برای بررسی پایداری درمان بر علائم جسمانی افسردگی مداوم، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد که تفاوت نمرات علائم جسمانی افسردگی مداوم در پس‌آزمون با پیش‌آزمون $۱/۴۶۷$ - بوده که این مقدار از لحاظ آماری تأیید شده است $p = ۰/۰۰۰$ ، همچنین، تفاوت نمرات علائم جسمانی افسردگی مداوم در آزمون پیگیری با پیش‌آزمون $۱/۲۶۷$ - بوده که این مقدار هم از نظر آماری تأیید شده است، $p = ۰/۰۰۰$. اما تفاوت نمرات علائم افسردگی مداوم در آزمون پیگیری با پس‌آزمون $۰/۲۰۰$ بود که این مقدار از لحاظ آماری تأیید نشد $p = ۰/۰۴۷$. این نتایج نشان می‌دهد که میزان اثربخشی مداخله مثبت‌نگر فردی بر کاهش علائم جسمانی افسردگی مداوم دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست شهر بناب در پس‌آزمون و پیگیری یکسان بوده و تفاوت معناداری وجود نداشته است.

در جمع‌بندی یافته‌های پژوهش حاضر، نتایج آماری حاکی از آن بود که مداخله مثبت‌نگر فردی در مقایسه با مداخله مثبت‌نگر گروهی به‌طور معناداری موجب کاهش علائم شناختی دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست شرکت‌کننده شده است؛ این در حالی است که مداخله مثبت‌نگر گروهی تأثیری معنادار بر علائم شناختی افسردگی مداوم نداشته است. همچنین، در ادامه مشخص شد که مداخله مثبت‌نگر فردی و مداخله مثبت‌نگر گروهی تأثیر معنادار یکسانی بر علائم جسمانی داشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان دادند که میزان اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی و فردی بر علائم شناختی افسردگی دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدرپرست شهر بناب متفاوت است. براساس ادبیات پژوهشی، تحقیقی که به مقایسه اثربخشی مداخلات مثبت‌نگر گروهی و فردی بر علائم هیجانی افسردگی بپردازد، طی جستجوی پژوهشگر یافت نشد. با توجه به اثربخشی هر دو مداخله در علائم شناختی افسردگی نتایج همخوان با نتایج حاصل از پژوهشهایی است که لایوس و همکاران (۲۰۱۲)، نصیری و همکاران (۱۳۹۸)، بولیر^۱ و همکاران (۲۰۱۳)، لیوبومرسکی و لایوس (۲۰۱۳)، کروس^۲ و همکاران (۲۰۱۴)، کلری و کارسون^۳ (۲۰۱۹)، استاینس‌بک^۴ و همکاران (۲۰۲۳)، لایوس و همکاران (۲۰۱۱)، براتی سده (۱۳۸۸)، سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵)، سنف و لیاو^۵ (۲۰۱۳)، پتروسکی و میکوتا^۶ (۲۰۱۲)، اصلانی و همکاران (۱۳۹۴)، دانش و همکاران (۱۳۹۹)، سرجنت و مونگرین^۷ (۲۰۱۴)، دونالدسون^۸ و همکاران (۲۰۱۵)، رشید (۲۰۱۵) و هنرمندزاده و سجادیان (۱۳۹۵) انجام داده‌اند. در ادامه ابتدا به تبیین احتمالی این یافته پرداخته شده است.

در تبیین یافته به‌دست‌آمده مبنی بر اثربخشی مداخله مثبت‌نگر بر کاهش علائم افسردگی می‌توان به پژوهش بارکر^۹ و همکاران (۲۰۱۸)، سعیدمنش و همکاران (۲۰۲۱) و نویز و همکاران (۲۰۲۲) استناد کرد. بر اساس نتایج پژوهشهای مذکور، مداخلات روان‌درمانی مثبت برای مقابله با افسردگی، از طریق افزایش سطح درگیری مثبت در زندگی، افزایش هیجانهای مثبت و افزایش معنا در زندگی موثر واقع می‌شود. روان‌درمانی مثبت‌نگر بر پایه چندین فرض مبتنی است (لمبرت^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹). نخستین فرض این است که همه افراد مستعد بیماری روانی‌اند، به‌همان اندازه که ظرفیت فطری شادی نیز دارند. در این دیدگاه، شادی و آسیب‌شناسی در نتیجه تعامل میان محیط و شخص به وجود می‌آید. از این رو روان‌درمانگران مثبت‌نگر، مراجعان را در حکم فردی خودمختار و رشد‌محور در نظر می‌گیرند. دومین فرض این رویکرد این است که توانمندیهای مراجعان و هیجانهای مثبت مانند ضعفها و هیجانهای منفی اصیل و واقعی‌اند. بنابراین همسو با این فرضهای اساسی در روان‌درمانی مثبت‌نگر به مراجعان کمک می‌شود که این نقاط قوت را

1. Bolier
2. Kruse
3. Clarry & Carson
4. Steinsbekk
5. Senf & Liao
6. Pietrowsky & Mikutta
7. Sergeant & Mongrain
8. Donaldson
9. Barker
10. Lambert

در خود شناسایی کنند. استفاده از تکنیک معرفی مثبت و در کنار آن توجه به توانمندیهای منش، مسیری را پیش روی مراجع قرار می‌دهد که مخالف با افکار و احساسات منفی که در خانواده افراد بی‌سرپرست و بدسرپرست تشدید می‌شود، دامنه تصمیمها و اعمال خود را محدود می‌کند و این امر در روان‌شناسی مثبت با شناساندن نقاط قوت و تجربه احساسات مثبت مورد آماج قرار می‌گیرد.

در تبیین تفاوت مداخله مثبت‌نگر گروهی و فردی در علائم شناختی افسردگی مدام دختران بی‌سرپرست و بدسرپرست می‌توان گفت، مداخلات فردی روان‌شناسی مثبت‌نگر موجب شد تا افراد به زندگی خود تعهد بیشتری داشته باشند و فعالانه و با انگیزه‌ای بالاتر در آن درگیر شوند و چون لازمه این درگیری فعال‌تر، شناسایی توانمندیهای ذاتی و استفاده بهتر از آنها در زندگی و تعیین هدف یا اهداف زندگی مبتنی بر آنها بود، بنابراین مداخلات فردی روان‌شناسی مثبت‌نگر فردی گامی به سوی زندگی سعادتمندانه و خالی از تهی بودن در فرد برداشته و موجب کاهش علائم شناختی افسردگی مداوم دختران نوجوان بی‌سرپرست/ بدسرپرست شده است. با توجه به این امر که برخورد مثبت با داشته‌های سالم فرد در روان‌شناسی مثبت‌نگر نیازمند تکمیل جلسات متعددی است؛ لذا یافته‌های حاصل از این مطالعه، در کل، قابل توجه است. دلیل این امر که چرا مداخله فردی در مقایسه با مداخله گروهی اثربخش‌تر بود، آن است که زمان استفاده شده برای مداخله در این پژوهش کم بود، از این رو منطقی است که مداخله فردی بیشتر از گروهی تأثیرگذار باشد. در اصل، ساخت دادن و انسجام گروهی در مداخلات گروهی همیشه زمانبر بوده و نیازمند زمانی طولانی‌تر در مقایسه با مداخلات فردی است.

نتیجه اینکه علائم و نشانه‌های شناختی ممکن است در همه افراد یکسان نباشد و هر فرد نشانه‌ها و علائمی متفاوت داشته باشد که در مشاوره‌های فردی امکان شناسایی دقیق این نشانه‌ها وجود دارد و مورد آماج مداخله مثبت‌نگر قرار می‌گیرد. در درمان و مداخله گروهی ممکن است علائم به صورت کلی بازبینی شوند و افکار و علائم شناختی علائم افسردگی دقیق شناسایی نشوند، بنابراین ممکن است دختران نوجوانی که به علائم آنها پرداخته نشده است، کاهش علائم کمتری در مداخله گروهی را تجربه کنند. در روان‌درمانیهای فردی مثبت‌نگر، هیجانها و خاطرات مثبت را در بحثهای خود با مراجعان راه‌اندازی و به آنها توجه می‌کنند. همچنین به موضوعات مرتبط با مشکلات مراجعان با هدف یکپارچه‌سازی هیجانهای مثبت و منفی می‌پردازند که در مداخله گروهی مثبت‌نگر این امکان برای همه افراد گروه مداخله میسر نیست یا آنها از ابراز هیجانهای منفی خود خودداری می‌کنند. بنابراین تفاوت اثربخشی رویکرد گروهی و فردی مثبت‌نگر مورد انتظار است.

همچنین نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که استفاده از تعالیم مثبت‌نگر

(روان‌درمانی مثبت‌نگر) سبب کاهش علائم شناختی افسردگی در دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست مبتلا به افسردگی مداوم، که به‌صورت فردی مداخله را دریافت کرده بودند، شده است. اما در زمینه تأثیر این تعالیم بر علائم جسمانی، تفاوت معنادار میان دو گروهی که به‌صورت فردی و گروهی مداخله را دریافت کرده بودند، مشاهده نشد. نتایج نشان دادند که میزان اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی و فردی بر علائم جسمانی افسردگی مداوم دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست شهر بناب متفاوت نیست. درواقع، تعالیم مداخله مثبت‌نگر تأثیری یکسان بر ابعاد جسمانی افرادی داشت که در هر دو گروه فردی و گروهی شرکت کرده بودند. بنابراین می‌توان گفت هر کدام از روش‌های گروهی و فردی را می‌توان برای افراد با علائم جسمانی افسردگی به کار بست. پژوهشی که به مقایسه اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی و فردی بر علائم جسمانی افسردگی مداوم بیردازد، طی جستجوی پژوهشگر یافت نشد. نتایج به‌دست آمده مبنی بر اینکه هر دو روش فردی و گروهی بر کاهش علائم جسمانی افسردگی موثر است همخوان با نتایج براتی سده (۱۳۸۸)، سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵)، لایوس و همکاران (۲۰۱۲)، نصیری و همکاران (۱۳۹۸)، بولیر و همکاران (۲۰۱۳)، لیوبومرسکی و لایوس (۲۰۱۳)، کلری و کارسون (۲۰۱۹)، لایوس و همکاران (۲۰۱۱)، سنف و لیائو (۲۰۱۳)، سرجنت و مونگرین (۲۰۱۴)، کروس و همکاران (۲۰۱۴)، دونالدسون و همکاران (۲۰۱۵)، عزیزی و همکاران (۲۰۲۳)، رشید (۲۰۱۵)، هنرمندزاده و سجادیان (۱۳۹۵)، اصلانی و همکاران (۱۳۹۴)، جباری و همکاران (۱۳۹۳) و دانش و همکاران (۱۳۹۹) است. همچنین نتایج نشان دادند که تأثیر مداخله مثبت‌نگر بر علائم جسمانی افسردگی مداوم دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست شهر بناب پس از یک ماه پیگیری پایدار است. نتیجه به‌دست آمده همخوان با نتایج پست^۱ (۲۰۰۵)، جباری و همکاران (۱۳۹۳)، سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵)، نصیری تاکامی و همکاران (۱۳۹۸) و دانش و همکاران (۱۳۹۹) است.

در تبیین یافته به‌دست آمده مبنی بر اینکه هر دو روش مداخله مثبت‌نگر بر کاهش علائم جسمانی افسردگی موثرند، می‌توان گفت اصول و فنون روان‌درمانی مثبت، روشی مناسب برای ارتقا و درمان مؤلفه‌های روان‌شناختی مانند افسردگی و توانمندیهای منش است. برخورداری از برنامه‌های مشاوره گروهی و فردی، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی درک‌شده و به‌طور اخص آموزش‌های روان‌درمانی، سبب ارتقای عملکرد هیجانی، اجتماعی و جسمانی، کاهش اثرات منفی و کاهش خستگی می‌شود. این عوامل در نحوه سازگاری و رویارویی با عوامل افسرده‌ساز و افزایش توانمندیها نقشی اساسی و تعیین‌کننده دارند و منجر به کاهش افسردگی می‌شوند (استملر^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵) با انجام دادن پژوهش‌ها و مطالعات گوناگون

1. Post
2. Stemmler

به این نتیجه رسیدند که فرایند شناسایی و بهره‌گیری فرد از توانمندیها سبب احساس شادی بیشتر و کاهش علائم افسردگی در یک ماه بعد می‌شود. این شرایط در افرادی که تمرینها را انجام می‌دادند، در پیگیری شش ماهه پایدار مانده بود. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت، ارتقا و رشد توانمندیها، درگیر شدن و فعالیت کردن، سبب شکل‌گیری تفکر و هیجان مثبت در فرد می‌شوند که می‌تواند علائم افسردگی مداوم را تا یک ماه بعد از مداخله نیز کاهش دهد.

در بیماریهای روانی مانند افسردگی مداوم، نداشتن تفسیرهای شناختی هیجانی مثبت از رویدادها و سختیهای زندگی منجر به بروز بیماریهای سایکوسوماتیک در قالبهای متعدد بالینی می‌شود که می‌تواند حتی بر تشخیص بیماری پایه نیز اثر منفی بگذارد. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت که مداخله مثبت‌نگر با تکیه بر داراییهای مثبت انسانی، سبب ایجاد هیجانهای مثبت در افراد می‌شود و در پی آن هیجانهای مثبت نیز منجر به شناخت مثبت و کارآمد می‌شوند و به‌عکس (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۵). برای مثال، هیجان مثبت سبب می‌شود که افراد بتوانند دیدی مثبت‌تر نسبت به مسائل داشته باشند و سختیهای زندگی را به‌گونه‌ای دیگر تعبیر کنند، یعنی داشتن شناخت درست و مدیریت هیجان مطلوب اجازه بروز علائم روانی را به شکل جسمانی نمی‌دهد. در حقیقت، افزایش هیجان و افکار مثبت موجب بهبود نگرش مثبت افراد و ارتقای آگاهی شناختی هیجانی سبب کاهش علائم جسمانی می‌شود؛ تجاربی که می‌تواند فرد را در برابر حوادث ناگوار فعلی و آتی مقاوم سازد. یکی از مزایای مهم درمان گروهی، کاهش زمان مورد استفاده درمانگر، کوتاه شدن فهرست انتظار و کاهش هزینه برای بیماران است. با وجود اینکه پژوهش حاضر به منظور مقایسه هدفمند صرفه‌جویی در هزینه و زمان درمان انجام نشده بود، در پژوهش حاضر میزان زمان صرف شده در درمان انفرادی در حدود ۱۳۵ ساعت و برای درمان گروهی ۹ ساعت بود که نشان‌دهنده صرفه‌جویی ۸۷ درصدی در وقت درمانگر است. پیش از این هیمله^۱ و همکاران (۲۰۰۳) برآورد کرده بودند که درمان گروهی می‌تواند زمان مورد استفاده درمانگر برای هر بیمار را تا ۲۴ درصد و هزینه‌های درمان برای هر بیمار را تا ۶۰۰ دلار کاهش دهد. با توجه به آنچه گفته شد و نتایج حاصل، در صورتی که فرد بیشتر با علائم جسمانی افسردگی درگیر است مداخله مثبت‌نگر گروهی نیز در مورد آنان می‌تواند مفید و موثر واقع شود.

در کل، اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی و فردی بر علائم افسردگی، علائم شناختی و هیجانی افسردگی مداوم دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست شهر بناب متفاوت بود و در میزان اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی و فردی بر علائم جسمانی افسردگی مداوم دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست شهر بناب تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین بخشی دیگر از نتایج نشان داد، تأثیر مداخله اثربخش مثبت‌نگر برای کاهش علائم افسردگی، پس از یک ماه پیگیری

1. Himle

پایدار است. با توجه به یافته‌ها پیشنهاد می‌شود که برای پیشگیری و درمان افسردگی نوجوانان در مراکز اقامتی کودکان بی‌سرپرست و بدرپرست، دوره‌های آموزشی مداخله مثبت‌نگر برای مشاوران، مربیان و دست‌اندرکاران تدوین شود تا با اجرای مداخلات به موقع مثبت‌نگری در این مراکز، موجبات کاهش افسردگی و آسیب‌های حاصل از آن فراهم شود.

این پژوهش صرفاً روی دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدرپرست شهر بناب صورت گرفته است، بنابراین باید در تعمیم نتایج به شهرهای دیگر احتیاط شود. علاوه بر آن، استفاده از یک روش پژوهش کمی محدودیت دیگر این پژوهش است، زیرا با استفاده از روش تحقیق کیفی از طریق مصاحبه‌های ساختاری، نیمه‌ساختاری و غیرساختاری می‌توان به یافته‌های عمیق دست یافت. همچنین، استفاده از نمونه محدود، عدم وجود امکان برای انتخاب تصادفی نمونه پژوهش نیز از دیگر محدودیت‌های این پژوهش به‌شمار می‌رود. با توجه به اهمیت فرهنگ در مسائل مربوط به مداخلات روان‌شناختی، امکان تعمیم نتایج این پژوهش به همه جوامع داخلی و خارجی وجود ندارد. بر اساس نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت، هر دو مدل مداخلات مثبت‌نگر در کاهش افسردگی مداوم دختران نوجوان بی‌سرپرست و بدرپرست مؤثرند. اما تأثیر مداخله فردی مثبت‌نگر بر افسردگی مداوم بیشتر است. از این رو پیشنهاد می‌شود برای کاهش افسردگی دختران نوجوان بی‌سرپرست و بدرپرست از مداخله مثبت‌نگر فردی به مثابه یک مدل درمانی مؤثرتر، هم در پیشگیری و هم درمان بهره‌گیری شود. همچنین پیشنهاد می‌شود مشابه این پژوهش در جوامع آماری دیگر و در گروه‌های بزرگ‌تر و با جنسیت دیگر نیز اجرا و با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود و در پژوهش‌های آتی برای بررسی متغیرهای پژوهش از مصاحبه بالینی نیز استفاده شود.

اصلانی، جلیل؛ احمد دوست، حسین و بهمنی، محمود. (۱۳۹۴). تأثیر روان درمانی مثبت نگر بر نشانه های افسردگی و بهزیستی ذهنی زندانیان. *پژوهش نامه روانشناسی مثبت*، ۱ (۴)، ۶۷-۷۶.

DOR: 20.1001.1.24764248.1394.1.4.6.6

انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۹۶). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی DSM-5*، ترجمه فرزین رضاعی، علی فخرایی، آتوسا فرمند، علی نیلوفری، ژانت هاشمی آذر و فرهاد شاملو. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۳). چاپ ششم، تهران: انتشارات ارجمند.

براتی سده، فریده. (۱۳۸۸). *اثربخشی مداخلات روان شناسی مثبت گرا جهت افزایش نشاط، خشنودی از زندگی، معناداری زندگی و کاهش افسردگی: تدوین مدلی برای اقدام*. رساله دکتری روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی.

تاباکنیک، باربارا جی. و فیدل، لیندا اس. (۱۳۹۵). کاربرد آمار چندمتغیری، ترجمه بلال ایزانلو، خدیجه ابوالمعالی، مجتبی حبیبی عسگرآباد، محمدرضا حسن آبادی و ولی الله فرزاد. انتشارات رشد.

جباری، مهسا؛ شهیدی، شهریار و موتابی، فرشته. (۱۳۹۳). اثربخشی مداخله مثبت نگر گروهی در کاهش نشانه های افسردگی و اضطراب و افزایش میزان رضایت از زندگی دختران نوجوان. *روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۰ (۴)، ۲۸۷-۲۹۶. دانش، فرشته؛ مدنی، یاسر و میرشجاع، میناسادات. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مثبت نگر بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب در زنان باردار. *پیشرفت های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش*، ۳ (۲۳)، ۹۸-۱۱۶.

شفیع آبادی، علیرضا. (۱۳۸۳). *راهنمایی و مشاوره تحصیلی و شغلی*. تهران: سمت. کاظمی، حمید. (۱۳۸۲). *مقایسه تحریف های شناختی در بیماران مضطرب و افسرده*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.

گال، مردیت؛ بورگ، والتر و گال، جویس. (۱۳۸۲). *روشهای تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی*، ترجمه احمد رضا نصر، حمیدرضا عریضی، محمود ابوالقاسمی، محمدجعفر پاک سرشت، علیرضا کیامنش، خسرو باقری، محمد خیر، منیجه شهنی بیلاق و زهره خسروی. دانشگاه شهید بهشتی.

لشنی، زینب؛ شعیری، محمدرضا؛ اصغری مقدم، محمدعلی و گلزاری، محمود. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش راهبردهای شاکرانه بر گسترش عواطف مثبت و شادکامی. *فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی*، ۴ (۱)، ۱۳۴-۱۵۱.

نصیری تاکامی، غلامرضا؛ نجفی، محمود؛ طالع پسند، سیاوش و مکوند حسینی، شاهرخ. (۱۳۹۸). *مقایسه اثربخشی روان درمانی مثبت نگر و درمان شناختی- رفتاری بر بهزیستی روانشناختی و افسردگی در نوجوانان با علائم افسردگی*. *فصلنامه علمی پژوهش های مشاوره*، ۱۸ (۷۰)، ۱۰۵-۱۲۹.

DOI: 10.29252/jcr.18.70.105

هنرمندزاده، ریحانه و سجادیان، الناز. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله مثبت نگر گروهی بر بهزیستی روان شناختی، تاب آوری و شادکامی دختران نوجوان بی سرپرست. *پژوهش نامه روانشناسی مثبت*، ۲ (۲)، ۳۵-۵۰.

DOI: 10.22108/pppls.2016.21335

Azizi, H., Mancheri, H., Shahini, N., Sanagoo, A., & Tatari, M. (2023). A comparative study of depression and its relationship with physical health among families with and without COVID-19 patients in comprehensive health centers. *Journal of Research Development in Nursing in Midwifery*, 20(1), 15-19. Doi: 10.61186/jgfbnm.20.1.15

Barker, E. T., Howard, A. L., Villemare-Krajden, R., & Galambos, N. L. (2018). The rise and fall of depressive symptoms and academic stress in two samples of university students. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(6), 1252-1266. doi: 10.1007/s10964-018-0822-9

Bayne, T., Brainard, D., Byrne, R. W., Chittka, L., Clayton, N., Heyes, C., ... Webb, B. (2019). What

- is cognition?. *Current Biology*, 29(13), R608-R615. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2019.05.044>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Boehm, J. K., Lyubomirsky, S., & Sheldon, K. M. (2011). A longitudinal experimental study comparing the effectiveness of happiness-enhancing strategies in Anglo Americans and Asian Americans. *Cognition & Emotion*, 25(7), 1263-1272. doi: 10.1080/02699931.2010.541227
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119. doi: 10.1186/1471-2458-13-119
- Clarry, L., & Carson, J. (2019). Positive psychology for depression: A critical review. *Mental Health Practice*. <https://doi.org/10.7748/mhp.2019.e1312>
- Coryell, W. (2018). *Depressive disorders*. Available at: <https://www.merckmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/mood-disorders/depressive-disorders>
- Donaldson, S. I., Dollwet, M., & Rao, M. A. (2015). Happiness, excellence, and optimal human functioning revisited: Examining the peer-reviewed literature linked to positive psychology. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), 185-195. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.943801>
- Echeburúa, E., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2014). Individual versus individual and group therapy regarding a cognitive-behavioral treatment for battered women in a community setting. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(10), 1783-1801. doi: 10.1177/0886260513511703
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I personality disorders, (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5- CV)*. American Psychiatric Association.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S.M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1045-1062. doi: 10.1037/a0013262
- Himle, J. A., Van Etten, M., & Fischer, D. J. (2003). Group cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A review. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3(2), 217-229.
- Karling, P., Wikgren, M., Adolfsson, R., & Norrback, K. F. (2016). Hypothalamus-pituitary-adrenal axis hypersuppression is associated with gastrointestinal symptoms in major depression. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 22(2), 292-303. doi: 10.5056/jnm15064
- Kendall-Tackett, K. A., & Giacomoni, S. M. (Eds.) (2005). *Child victimization: Maltreatment, bullying and dating violence, prevention and intervention*. Civic Research Institute, Inc, Kingstone, NJ.
- Kruse, E., Chancellor, J., Ruberton, P. M., & Lyubomirsky, S. (2014). An upward spiral between gratitude and humility. *Social Psychological and Personality Science*, 5(7), 805-814. <https://doi.org/10.1177/1948550614534700>
- Lambert, L., Passmore, H. -A., & Joshanloo, M. (2019). A positive psychology intervention program in a culturally-diverse university: Boosting happiness and reducing fear. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 20(4), 1141-1162. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-9993-z>
- Layous, K., Chancellor, J., Lyubomirsky, S., Wang, L., & Doraiswamy, P. M. (2011). Delivering happiness: Translating positive psychology intervention research for treating major and minor

- depression disorders. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(8), 675-683. doi: 10.1089/acm.2011.0139
- Layous, K., Nelson, S. K., & Lyubomirsky, S. (2012). What is the optimal way to deliver a positive activity intervention? The case of writing about one's best possible selves. *The Journal of Happiness Studies*, Advance online publication.
- Lyubomirsky, S. (2008). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want*. New York: Penguin Press.
- Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being? *Current Directions in Psychological Science*, 22(1), 57-62. <https://doi.org/10.1177/0963721412469809>
- Miller, A. H., & Raison, C. L. (2016). The role of inflammation in depression: From evolutionary imperative to modern treatment target. *Nature Reviews Immunology*, 16(1), 22-34. doi: 10.1038/nri.2015.5
- Noyes, B. K., Munoz, D. P., Khalid-Khan, S., Brietzke, E., & Booi, L. (2022). Is subthreshold depression in adolescence clinically relevant? *Journal of Affective Disorders*, 309, 123-130. doi: 10.1016/j.jad.2022.04.067
- Parks-Sheiner, A. C. (2009). *Positive Psychotherapy: Building a model of empirically supported self-help*. Published Ph.D. dissertation, United States-Pennsylvania: University of Pennsylvania. In: Dissertations & Theses: A&I. Available from: <http://www.proquest.com/Publication Number: AAT 3363580>.
- Perini, G., Cotta Ramusino, M., Sinforiani, E., Bernini, S., Petrachi, R., & Costa, A. (2019). Cognitive impairment in depression: Recent advances and novel treatments. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 1249-1258. doi: 10.2147/NDT.S199746
- Pietrowsky, R., & Mikutta, J. (2012). Effects of positive psychology intervention in depressive patients: A randomized control study. *Psychology*, 3(12), 1067- 1073. DOI:10.4236/psych.2012.312158
- Post, S. G. (2005). Altruism, happiness, and health: It's good to be good. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 66-77. doi: 10.1207/s15327558ijbm1202_4
- Rashid, T. (2015). Positive psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*, 10(1), 25-40. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.920411>
- Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2013). *Positive Psychotherapy: A treatment manual*. New York: Oxford University Press.
- Saeidmanesh, M., Mirshahi, F., Nasiri, M. (2021). The efficacy of acceptance and commitment-based therapy on hopefulness of students with drug dependent parents. *Positive Psychology Research*, 7(1), 25, 53-64. Doi: 10.22108/PPLS.2021.121275.1873
- Sarkar, R., Sowmyanarayanan, T. V., Samuel, P., Singh, A. S., Bose, A., Muliylil, J., & Kang G. (2010). Comparison of group counseling with individual counseling in the comprehension of informed consent: A randomized controlled trial. *BMC Medical Ethics*, 11, 8. doi: 10.1186/1472-6939-11-8
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention and positive therapy. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 3-9). Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Senf, K., & Liau, A. K. (2013). The effects of positive interventions on happiness and depressive symptoms, with an examination of personality as a moderator. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 14(2), 591-612. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9344-4>

- Sergeant, S., & Mongrain, M. (2014). An online optimism intervention reduces depression in pessimistic individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 263-274. <https://doi.org/10.1037/a0035536>
- Shaw, J. A., Espinel, Z., & Shultz, J. M. (2012). *Car of children exposed to the traumatic effects of disaster*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Sheldon, K. M., Boehm, J. K., & Lyubomirsky, S. (2012). Variety is the spice of happiness: The hedonic adaptation prevention (HAP) model. In I. Boniwell, & S. A. David (Eds.), *Oxford handbook of happiness* (pp. 901-914). Oxford, England: Oxford University Press.
- Steinsbekk, S., Nesi, J., & Wichstrøm, L. (2023). Social media behaviors and symptoms of anxiety and depression. A four-wave cohort study from age 10-16 years. *Computers in Human Behavior*, 147, 107859. doi: 10.1016/j.chb.2023.107859
- Stemmler, A., Staehle, R., Heinemann, T., Bender, M., & Hennig, J. (2021). Positive psychology interventions in in-patients with depression: Influences of comorbidity and subjective evaluation of the training programme. *BJPsych Open*, 7(4), e109. doi: 10.1192/bjo.2021.65
- Van Meter, A. R., Youngstrom, E. A., & Findling, R. L. (2012). Cyclothymic disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 229-243. doi: 10.1016/j.cpr.2012.02.001

Comparing the Effectiveness of Group and Individual Positive Psychotherapy on the Cognitive and Physical Dimensions of Female Adolescents with Persistent Depressive Disorder in Foster Care

■ F. Abiri Bonab¹ ■ M. Alivandi Vafa, Ph.D.^{2*} ■ A. Khademi, Ph.D.³ ■ G. H. Javanmard, Ph.D.⁴

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of group and individual positive psychotherapy on the cognitive and physical dimensions of orphaned or neglected female adolescents (those in foster care or with dysfunctional guardians) suffering from Persistent Depressive Disorder (PDD). The research employed a quasi-experimental design featuring a pre-test, post-test, and a one-month follow-up. The statistical population consisted of all female adolescents aged 13–17 in foster care in Bonab, East Azerbaijan, in 2020. A sample of 45 participants was selected and randomly assigned to a control group (n=15), an individual experimental group (n=15), and a group intervention experimental group (n=15). The experimental groups received six 90-minute sessions of positive intervention, while the control group received no intervention. Participants completed the Beck Depression Inventory (BDI) at pre-test, post-test, and follow-up stages. The results indicated a significant difference between the means of the individual and group positive intervention groups regarding the cognitive symptoms of persistent depression ($P=0.000$). Based on the calculated marginal means, the individual positive therapy group (Mean=5.222) scored lower than the group therapy group (Mean=7.067), indicating that individual intervention is more effective than group intervention in improving cognitive symptoms. However, the difference between the two intervention groups regarding physical (somatic) symptoms was not significant ($P=0.033$). Consequently, the findings suggest that individual positive psychotherapy may yield greater efficacy in reducing and managing the symptoms of persistent depression.

Keywords: Positive intervention, cognitive dimension, physical dimension, persistent depressive disorder, orphaned/neglected adolescents

Date received: April 22, 2024

Date accepted: Aug. 14, 2024

This paper is derived from the first author's Doctoral Dissertation.

1. Doctoral Graduate in Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran (Corresponding Author).
E-mail: dr.vafa@iau.ac.ir
3. Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.
4. Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran..