MEJDS. 2020; 10:194.

Published online 2020 Dec. **Original Article**

Comparing the Effects of Positive Psychology and Immunization against Stress on Psychological Wellbeing in Pregnant Women With Mitral Valve Prolapse

Askari A[1], *Tajeri B[2], Sobhi Gharamaleki N[3], Hatami M[4]

Author Address
1. PhD. Student, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
3. Associate Professor, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
4. Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.
***Corresponding author's email:** btajeri@yahoo.com

Received: 2020 July 7; **Accepted:** 2020 September 14

Abstract

Background & Objectives: One of the heart diseases is Mitral Valve Prolapse (MVP). The tendency of the mitral valve to fall to the left atrium of the heart during cardiac contraction is called MVP. The psychological symptoms of this complication include panic attacks, anxiety, depression, and fatigue. Furthermore, pregnancy is a new, beautiful, and of course, unfamiliar experience for numerous women. For many women, pregnancy is a stressful time and requires some kind of psychological adjustment to ensure the health of the mother and fetus. Psychological wellbeing is among the characteristics that play an important role in pregnancy. One of the other treatment methods that can help these patients is stress immunization training. Due to the problems of pregnant women with cardiovascular diseases, psychological interventions could be useful in improving their psychological wellbeing. The present study aimed to compare the effects of the training of immunization against stress and the training of positive psychology on the psychological wellbeing of pregnant women with MVP.

Methods: This was a quantitative study in terms of the nature of the collected data. In terms of purpose, it was an applied study, and respecting method, it was a quasi–experimental study with a pretest–posttest–follow–up and a control group design. The statistical population of the study included all pregnant women with MVP who were admitted to Imam Khomeini Hospital in Tehran City, Iran, in 2019. Of whom, 45 eligible volunteer individuals were selected by the convenience sampling method. Accordingly, they were randomly divided into three groups of positive psychology training, stress immunization training, and control. The inclusion criteria of the current study included receiving the diagnosis of MVP based on medical records (diagnosis by a cardiologist), an age range of 18–45 years, not receiving treatment in the past 6 months, and not having personality disorders, psychosis, and substance abuse (non–addiction and drug use were established based on the patient's medical records). The exclusion criteria of the study were non–compliance with the group rules stated in the first session and absence from >2 intervention sessions. The positive psychology training group received 14 weekly sessions based on Seligman's (2002) training package. Besides, the stress immunization training group was treated based on Meichenbaum and Deffenbacher's (1988) training package in nine 90–minute weekly sessions. The required data were collected using the Psychological Well–Being Questionnaire (Ryff, 1989). In the descriptive statistics section, central indicators and dispersion, such as mean and standard deviation were used; in the inferential statistics section, the repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA) was used. Statistical analyses were performed using SPSS at the significance level of 0.05.

Results: The results of repeated–measures ANOVA for intragroup factor (time) were significant for all components of psychological wellbeing, including positive relationships with others, independence, environmental dominance, personal growth, purposefulness, and self–acceptance (p<0.001). Additionally, intergroup factor for all components of psychological wellbeing, including positive relationships with others (p<0.001), independence (p=0.005), environmental dominance (p=0.016), personal growth (p=0.005), purposefulness (p<0.001), and self–acceptance (p=0.007) were significant. Furthermore, the interaction of time and group for all components of psychological wellbeing, including positive relationships with others (p<0.001), independence (p<0.001), environmental dominance (p<0.001), personal growth (p<0.001), purposefulness (p<0.001), and self–acceptance (p=0.005) was significant. The Bonferroni test data indicated a significant difference between the pretest and posttest stages (p<0.001) as well as the pretest and follow–up stages (p<0.001) in the scores of the mentioned components of psychological wellbeing. The results of the Tukey test revealed that the components of psychological wellbeing in the positive psychology group (p<0.001) and the stress immunization group (p<0.001) increased after the intervention, compared to the control group.

Conclusion: Training immunization against stress and positive psychology training are practical and effective approaches to improve the psychological wellbeing of pregnant women with MVP; thus, they can be used by counselors and therapists to increase psychological wellbeing in this population.

Keywords: Immunization, Stress, Positivist psychology, Psychological wellbeing, Pregnancy, Mitral valve.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.206.5]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۹۴.

انتشار برخط آذرماه ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر و آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس بر بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار مبتلا به افتادگی دریچهٔ میترال

آزاده عسکری[۱]، *بیوک تاجری[۲]، ناصر صبحی قراملکی[۳]، محمد حاتمی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات، دبی، امارات متحدهٔ عربی؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** btajeri@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۷ تیر ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۴ شهریور ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: باتوجه به مشکلات زنان باردار مبتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی، مداخلات روان‌شناختی در بهبود بهزیستی روان‌شناختی آنان مفید است؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس و آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی زنان باردار مبتلا به افتادگی دریچهٔ میترال انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی زنان باردار مبتلا به افتادگی دریچهٔ میترال بیمارستان امام‌خمینی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از بین آن‌ها تعداد ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط داوطلب به‌صورت دردسترس وارد مطالعه شدند. سپس به‌طور تصادفی در سه گروه روان‌شناسی مثبت‌نگر، ایمن‌سازی درمقابل استرس و گواه قرار گرفتند. گروه روان‌شناسی مثبت‌نگر طی چهارده جلسه به‌صورت هفتگی و گروه آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس طی نُه جلسه به‌صورت هفتگی درمان را دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامهٔ بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۸۹) جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون‌های تعقیبی بونفرونی و توکی با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد عامل درون‌گروهی (زمان) برای تمامی مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی شامل روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط محیطی، رشد فردی، هدف‌مندی و پذیرش خود، معنادار است ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین عامل بین‌گروهی و اثر متقابل زمان و گروه برای تمامی مؤلفه‌های ذکرشدهٔ بهزیستی روان‌شناختی معنادار است ($p<۰/۰۵$). در نمرهٔ مؤلفه‌های ذکرشدهٔ بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معنادار بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p<۰/۰۰۱$) و مراحل پیش‌آزمون با پیگیری ($p<۰/۰۰۱$) وجود دارد و تفاوت معنادار بین مراحل پس‌آزمون با پیگیری مشاهده نشد؛ همچنین مؤلفه‌های ذکرشدهٔ بهزیستی روان‌شناختی در گروه روان‌شناسی مثبت‌نگر ($p<۰/۰۰۱$) و گروه ایمن‌سازی درمقابل استرس ($p<۰/۰۰۱$) پس از مداخله درمقایسه با گروه گواه افزایش پیدا کرده است.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت، آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس و آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر منجربه بهبود بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار مبتلا به افتادگی دریچهٔ میترال می‌شود.

کلیدواژه‌ها: ایمن‌سازی، استرس، روان‌شناسی مثبت‌نگر، بهزیستی روان‌شناختی، بارداری، دریچهٔ میترال.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.206.5]

۱ مقدمه

بیماری عروق کرونر قلب بیماری ناشی‌از تنگی و انسداد شرایین کرونر است که خون پر از اکسیژن را به قلب می‌رساند. عروق خونی به‌دلیل ایجاد پلاک‌هایی در بیماری‌ای به‌نام تصلب شرایین[1] تنگ می‌شوند. انسداد در صورتی رخ می‌دهد که از تجمع پلاک‌ها با پلاکت‌های خون لخته درست شود و در شریان گیر کند؛ درنتیجه جریان خون به‌سمت عضلهٔ قلب را کاهش می‌دهد که این امر سبب اختلال در عملکرد قلب می‌شود (۱). یکی از بیماری‌های قلبی، افتادگی دریچهٔ میترال[2] است. تمایل دریچهٔ میترال را به افتادن به‌سمت دهلیز چپ قلب در هنگام انقباض قلبی، افتادگی دریچهٔ میترال می‌گویند. گاهی اوقات، افتادگی دریچهٔ میترال باعث نشت و بازگشت خون به‌سمت عقب و دهلیز چپ می‌شود. این حالت از نارسایی را بازگشت خون به دهلیز یا پس‌زنی گویند (۲). افتادگی دریچهٔ میترال معمولاً در تمام عمر فرد را همراهی می‌کند؛ اما گاهی اوقات فردی که به آن دچار است، حتی متوجه وجود نارسایی نمی‌شود و از فهمیدن این موضوع غافلگیر خواهد شد. علت آن است که این نارسایی در بیشتر مواقع نمود خارجی ندارد. علائم آن نیز زمانی ظاهر می‌شود که خون وارد دهلیز چپ می‌شود (۳). در حدود ۵تا۱۰ درصد از افراد به این سندرم مبتلا هستند که از ناهنجاری‌های بسیار شایع دریچه‌ای قلب به‌شمار می‌رود. سندرم مذکور دارای علائم روان‌شناختی مهمی است و ممکن است کنارآمدن این افراد را با بیماری‌شان مشکل کند. از علائم روان‌شناختی این عارضه می‌توان به حملات وحشت‌زدگی، اضطراب، افسردگی، نگرانی و خستگی اشاره کرد (۴).

ازطرفی زنان باردار مسائل متعدد خاص بارداری استرس‌زا را ازجمله علائم و تغییرات فیزیکی و تناسب اندام، تغییرات فیزیولوژیکی، اجتماعی و عاطفی، مشکلات مالی، روابط با دیگران، تصویر بدنی و مشکلات پزشکی، اضطراب دربارهٔ زایمان و نگرانی برای سلامتی نوزاد، تجربه می‌کنند. برخی از زنان به‌دنبال این تغییرات تحریک‌پذیر و عصبی می‌شوند و تغییراتی را در احساسات و ارتباطات تجربه می‌کنند که یک منبع استرس برای زن به‌شمار می‌رود (۵). سازمان بهداشت جهانی، اختلالات روانی را از علل عمدهٔ بیماری در زنان ۱۵تا۴۴ساله اعلام کرده است که این شرایط در زنان باردار بر سلامت مادر و نوزاد تأثیرگذار است (به نقل از ۵). در دوران بارداری، بهزیستی روان‌شناختی یکی از متغیرهایی است که برای سلامتی و رفاه مادر منتظر ضروری است. بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان رشد استعدادهای واقعی هر فرد در دو بعد لذت‌گرایی و فضیلت‌گرایی، تعریف می‌شود. لذت‌گرایی بهزیستی، روان‌شناختی را شادکامی ذهنی، لذت و اجتناب از درد تعریف می‌کند و فضیلت‌گرایی، بهزیستی روان‌شناختی را بالفعل‌شدن توان بالقوهٔ فرد در فرایند ادراک خود می‌داند. فراهم‌کردن منابع حمایتی عاطفی، مادی و اطلاعاتی تغییرات جسمی و روانی مرتبط با بارداری را تسکین می‌دهد و مادر را برای داشتن رفتارهای سالم و ایجاد تغییراتی در سبک زندگی تشویق می‌کند. ازآنجاکه بهزیستی روان‌شناختی حائلی در مقابل استرس است، در زنان بارداری که استرس بیشتری را تجربه می‌کنند مشکلات دوران بارداری را کاهش می‌دهد (۶).

درواقع با کاهش استرس مادر در دوران بارداری می‌توان به‌طور غیرمستقیم بر پیامد حاملگی و بهبود تکامل نوزدان تأثیر گذاشت. برای مداخله در استرس رویکردهای درمانی مختلفی وجود دارد که یکی از کارآمدترین روش‌های مداخله، آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس[3] است (۷). در این درمان، هدف حذف کامل استرس نیست؛ بلکه هدف بهره‌برداری سازنده از آن است که مراجعان تشویق شوند موقعیت‌های پراسترس را نه به‌عنوان تهدیدی برای خود، بلکه به‌عنوان مسائل حل‌شدنی درنظر بگیرند. این مداخله نه‌تنها موجب مواجههٔ سودمند فرد با مشکلات و عوامل استرس‌زا می‌شود، بلکه افراد به‌دلیل داشتن رفتار موفقیت‌آمیز در برخورد با این عوامل، ارزیابی شناختی مثبت‌تری از خود دارند و به‌تبع آن نیز هیجان‌ها و عواطف مثبت‌تری را نیز تجربه خواهند کرد (۷).

مطالعاتی که در زمینهٔ دوران بارداری صورت گرفته است، نشان می‌دهد که بهبود خلق مثبت مادر می‌تواند باعث خنثی‌کردن احساسات منفی، افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش افسردگی مادر باردار شود. همچنین احساسات مثبت مادران در هنگام بارداری با الگوی بهتر تغذیه در نوزاد و درنتیجه کاهش ابتلا به بیماری‌ها همراه است. برخی از تکنیک‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا توانسته است کاهش استرس در دوران بارداری را به همراه داشته باشد (۸).

روان‌شناسی مثبت‌نگر، مطالعهٔ علمی هیجانات مثبت، صفات فردی مثبت و ساختارهایی است که این رشد را موجب می‌شوند. در رویکرد مثبت‌نگر برخلاف سایر رویکردها که تمرکزشان بر مشکلات و ضعف‌ها است، افزایش هیجان مثبت و ارتقای معنای زندگی مورد تأکید و توجه است. اصول به‌کاررفته در مداخله‌های مثبت‌نگر از طریق افزایش هیجان مثبت، افکار مثبت، رفتارهای مثبت و ارضای نیازهای اساسی افراد مثل خودمختاری، عشق و تعلق‌خاطر و ارتباط باعث کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و احساس بهزیستی روان‌شناختی در افراد می‌شوند (۹).

در زمینهٔ بررسی اثربخشی روان‌شناسی مثبت‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی نتایج تحقیق عبودی و عابدی نشان داد که روان‌شناسی مثبت‌نگر باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش افسردگی در معلمان زن می‌شود (۱۰). نتایج تحقیق حسین‌آبادی و همکاران نشان داد که آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر منجربه بهبود بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند اتیسم می‌شود (۱۱). دوست کافی و همکاران در تحقیقی نشان دادند که روان‌درمانی مثبت‌نگر باعث افزایش معنادار بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان ریه می‌شود. آن‌ها بیان کردند که روان‌درمانی مثبت‌نگر در مقایسه با گشتالت‌درمانی اثربخشی بیشتری بر بهزیستی روان‌شناختی دارد (۱۲). همچنین در زمینهٔ اثربخشی درمان مثبت‌نگر، نتایج پژوهش دانش و همکاران نشان داد که درمان مثبت‌نگر باعث کاهش اضطراب و افسردگی در زنان باردار می‌شود (۱۳). نتایج پژوهش هاشمی فشارکی

[1]. Athero Sclerosis
[2]. Mitral valve prolapses
[3]. Immunization against stress training

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.206.5]

و همکاران نیز نشان داد، آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران همودیالیزی مؤثر است (۱۴). اسماعیلی و همکاران در پژوهشی با عنوان «مقایسهٔ اثربخشی روش‌های ایمن‌سازی در برابر استرس در مقابل آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهزیستی روان‌شناختی فرزندان دختران جانبازان مبتلا به استرس پس از سانحه» نشان دادند مداخله با روش ایمن‌سازی درمقابل استرس تأثیر معناداری بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی دارد. همچنین روش ایمن‌سازی در مقابل استرس درمقایسه با آموزش روابط بین‌فردی و مهارت‌های اجتماعی کارآمدتر بود (۱۵).

نظر به اینکه حاملگی و زایمان به‌عنوان بحرانی در زندگی زنان محسوب می‌شود، توجه به این پدیدهٔ فیزیولوژیک از اهمیت خاصی برخوردار است. امروزه در مراکز بهداشتی‌درمانی کشور، مراقبت‌های دوران بارداری تنها به مراقبت‌های جسمی محدود شده است و بهداشت روان مادران به دست فراموشی سپرده شده است؛ درحالی‌که سلامت جسم در گروی سلامت روان و سلامتی روان مادر، ضامن سلامت خانواده و فرزندی است که به‌زودی متولد خواهد شد.

نوآوری پژوهش حاضر از آن جهت است که باتوجه به نقش مؤثر عوامل روان‌شناختی دخیل در دوران حاملگی و نیز تأثیرات مثبت آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس و روان‌شناسی مثبت‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی و همچنین باتوجه به مطالب مذکور مشخص می‌شود، زنان باردار مبتلا به افتادگی دریچهٔ میترال دچار ریسک بسیار زیادی برای قرارگیری در شرایط استرس و اضطراب هستند که نتیجهٔ آن، ناتوانی در کنترل شرایط استرس، اضطراب و بستری‌های مکرر در بیمارستان یا سقط جنین است؛ ازاین‌رو باتوجه به اهمیت موضوع بارداری، پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس و آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی زنان باردار مبتلا به افتادگی دریچهٔ میترال انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نظر ماهیت داده‌های جمع‌آوری‌شده جزو مطالعات کمّی، از حیث هدف جزو مطالعات کاربردی و از نظر شیوه جزو طرح‌های نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، سه‌گروهی (دو گروه آزمایش همراه با گروه گواه) بود. جامعهٔ آماری مطالعه را زنان باردار مبتلا به افتادگی دریچهٔ میترال تشکیل دادند که به بیمارستان امام‌خمینی در تهران در سال ۱۳۹۸ مراجعه کردند. نمونه شامل ۴۵ نفر از زنان باردار مبتلا به بیماری‌های قلبی مراجعه‌کننده به کلینیک قلب بیمارستان امام‌خمینی بود. تعداد نمونهٔ لازم براساس مطالعات مشابه با درنظرگرفتن اندازهٔ اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰درصد برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد (۱۶). افراد واجد شرایط (براساس معیارهای ورود و خروج) داوطلب مشارکت، به‌صورت دردسترس وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک‌گروه گواه قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل تشخیص ابتلا به افتادگی دریچهٔ میترال براساس پروندهٔ پزشکی (توسط پزشک متخصص قلب و عروق)، سن بین ۱۸تا۴۵ سال، دریافت‌نکردن درمانی قبل از درمان شناختی‌رفتاری تا شش ماه گذشته و نیز نداشتن اختلالات شخصیت، روان‌پریشی، سوءمصرف مواد مخدر و وابستگی به مواد مخدر بود. شایان ذکر است که علاوه‌بر بررسی سوابق پزشکی نمونهٔ پژوهش، قبل از شروع پژوهش از شرکت‌کنندگان دربارهٔ سابقهٔ مشکلات روانی و اعتیاد و اینکه آیا در حال حاضر تحت درمان هستند یا خیر، سؤال شد. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش رعایت‌نکردن قوانین گروه بود که در اولین جلسه بیان شد و نیز غیبت در بیش از دو جلسه بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: تمامی افراد به‌صورت کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

پس از شناسایی زنان باردار مبتلا به افتادگی دریچهٔ میترال که براساس پروندهٔ بیمار صورت گرفت، ۴۵ نفر از بیماران دارای ملاک‌های ورود به پژوهش شناسایی شدند. سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک‌گروه گواه قرار گرفتند. پس از انتخاب افراد نمونه، دربارهٔ موضوع، دوره‌های درمان و اهداف آن‌ها برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد و به آن‌ها گفته شد که شرکت در دوره‌های درمانی داوطلبانه و با رضایت خود فرد است و هیچ اجباری برای شرکت در دوره‌ها وجود ندارد. برای اجرای پژوهش، هماهنگی‌های لازم با بیمارستان امام‌خمینی انجام پذیرفت. شیوهٔ اجرا به این صورت بود که پس از هماهنگی با مسئولان بیمارستان امام‌خمینی و ارائهٔ اطلاعاتی راجع به نمونهٔ مدنظر (ازجمله سن)، گروه‌های نمونه در اختیار محقق قرار گرفت و پرسشنامه‌ها و پروتکل درمانی در گروه‌ها اجرا شد. ابزار زیر در پژوهش به‌کار رفت.

– پرسشنامهٔ بهزیستی روان‌شناختی[1]: این پرسشنامه توسط ریف در سال ۱۹۸۹ ساخته شد (۱۷). پرسشنامه ۸۴ سؤال و شش عامل را در برمی‌گیرد. عوامل بهزیستی روان‌شناختی مدل ریف مشتمل بر روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط محیطی، رشد فردی، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود است. آزمودنی باید پس از خواندن هر عبارت، نظر خود را دربارهٔ آن، از بین شش گزینهٔ کاملاً مخالفم (یک)، تا حدودی مخالفم (دو)، مخالفم (سه)، موافقم (چهار)، تا حدودی موافقم (پنج) و کاملاً موافقم (شش) انتخاب کند (۱۷). اعتبار و پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های متعدد گزارش شده است. دایرندونک همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها را مناسب و آلفای کرونباخ آن‌ها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش کرده است (۱۸). بیانی و همکاران برای محاسبهٔ پایایی خرده‌مقیاس‌های نسخهٔ فارسی این پرسشنامه دو روش بازآزمایی و همسانی درونی را به‌کار بردند. در تعیین پایایی به روش بازآزمایی، با فاصلهٔ دو ماه، ضریب پایایی ۰/۸۲ برای کل مقیاس و برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ به‌دست آمد. برای تعیین همسانی درونی روش آلفای کرونباخ به‌کار رفت که

[1]. Psychological Well-Being Questionnaire

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.206.5]

ضریب آلفای ۰/۸۹ به‌دست آمد. این ضریب برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۸ بود (۱۹).
روان‌درمانی مثبت‌نگر در چهارده جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هفته‌ای دو بار به‌مدت دو ماه براساس بستهٔ آموزشی سلیگمن اجرا شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی مطلوبی برخوردار است (۲۰). همچنین روایی محتوایی این بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از اساتید دکتری روان‌شناسی دانشگاه تهران که ده سال سابقهٔ کار در زمینهٔ روان‌شناسی بالینی داشتند، تأیید شد و سپس در این پژوهش به‌کار رفت. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر ارائه شده است.

جدول ۱. پروتکل جلسه‌های روان‌درمانی مثبت‌نگر

جلسه	محتوای جلسه	شرح
اول	جهت‌گیری	تداوم‌یافتن افسردگی در صورت فقدان منابع مثبت ـ دربارهٔ نقش غیبت یا فقدان هیجانات مثبت، توان‌مندی‌های منش و معنا در تداوم افسردگی و تهی‌بودن زندگی گفت‌وگو می‌شود. ـ در زمینهٔ چارچوب روان‌درمانی مثبت‌نگر، نقش درمانگر و مسئولیت‌های مراجع بحث می‌شود. تکالیف: مراجعان یک صفحه (حدود ۳۰۰ کلمه) مقدمهٔ مثبت دربارهٔ داستانی عینی از توان‌مندی‌های منش خودشان می‌نویسند.
دوم	تعهد	تعیین توان‌مندی خاص ـ مراجعان توان‌مندی‌های خاص خودشان را از مقدمهٔ مثبت تعیین می‌کنند؛ همچنین دربارهٔ موقعیت‌هایی گفت‌وگو می‌کنند که این توان‌مندی‌های خاص در گذشته به آن‌ها کمک کرده است. ـ دربارهٔ سه مسیر منتهی به شادکامی (لذت، تعهد، معنا) بحث می‌شود. تکالیف: تکمیل پرسشنامهٔ توانمندی‌ها و ارزش‌های عملی [1] توسط مراجعان صورت می‌گیرد که توان‌مندی‌های خاص آنان را تعیین می‌کند.
سوم	تعهد/لذت	پرورش توان‌مندی خاص و هیجانات مثبت ـ در زمینهٔ رشد توان‌مندی‌های خاص بحث می‌شود. مراجعان برای شکل‌دادن رفتارهای خاص، عینی و قابل دستیابی به‌منظور پرورش توان‌مندی‌های خاص آماده می‌شوند. ـ دربارهٔ نقش هیجانات مثبت در بهزیستی گفت‌وگو می‌شود. تکالیف: مراجعان شروع به روزنگار موهبت‌ها می‌کنند؛ به این شکل که ثبت سه چیز خوب (بزرگ یا کوچک) رخ‌داده در خلال روز را انجام می‌دهند.
چهارم	لذت	خاطرات خوب دربرابر خاطرات بد ـ دربارهٔ نقش خاطرات خوب و بد برحسب نقش آن‌ها در حفظ علائم افسردگی بحث می‌شود. ـ مراجعان به بیان احساسات توأم با خشم و تلخی تشویق می‌شوند. اثرات ماندن در حالت خشم و تلخی بر افسردگی و بهزیستی بیان می‌شود. تکالیف: مراجعان دربارهٔ سه خاطرهٔ بد، خشم مرتبط با آن‌ها و فشار ناشی‌از آن‌ها بحث می‌کنند.
پنجم	لذت/تعهد	بخشش ـ بخشش به‌عنوان وسیلهٔ قدرت‌مندی معرفی می‌شود که می‌تواند خشم و تلخی را به احساسات خنثی و حتی برای برخی افراد به هیجانات مثبت تبدیل کند. تکالیف: مراجعان نامهٔ بخششی را می‌نویسند که جریان خطایی (گناه) مربوط به هیجانات را توصیف می‌کند؛ همچنین التزام به بخشیدن فرد خطاکار (اگر لازم باشد) می‌دهند؛ اما می‌توانند آن نامه را تحویل ندهند.
ششم	لذت/تعهد	قدردانی ـ دربارهٔ قدردانی به‌عنوان تشکر بادوام گفت‌وگو می‌شود و خاطرات خوب و بد مجدداً با تأکید بر قدردانی برجسته می‌شوند. تکالیف: مراجعان نامه‌ای را دربارهٔ قدردانی از شخصی که هرگز به‌گونه‌ای مناسب از او قدردانی نکرده‌اند، نوشته و ارائه می‌دهند.
هفتم	لذت/تعهد	بررسی میان‌دوره‌ای درمان

[1]. Values in Action Inventory of Strengths

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.206.5]

		ـ تکالیف منزل، بخشش و قدردانی هر دو پیگیری می‌شود. این کار بیش از یک جلسه زمان لازم دارد. ـ دربارهٔ اهمیت هیجانات مثبت گفت‌وگو می‌شود. ـ مراجعان به آوردن و مشارکت در بحث دربارهٔ روزنگار موهبت‌ها تشویق می‌شوند. ـ اهداف مرتبط با توان‌مندی‌های خاص مرور می‌شود. ـ در زمینهٔ فرایند و پیشرفت به‌طور جزئی گفت‌وگو می‌شود. ـ بازخورد مراجعان دربارهٔ منافع درمانی فرا خوانده و بحث می‌شود.
هشتم	معنا/تعهد	قناعت دربرابر بیشینه‌سازی ـ دربارهٔ قناعت (به اندازهٔ کافی خوب) دربرابر بیشینه‌سازی در بافت کار پرزحمت لذت‌بخش بحث می‌شود. ـ قناعت به‌واسطهٔ تعهد دربرابر بیشینه‌سازی تشویق می‌شود. تکالیف: مراجعان راه‌های افزایش قناعت را می‌نویسند و برنامه‌ای عملیاتی برای قانع‌بودن می‌نویسند.
نهم	لذت	خوش‌بینی و امید ـ مراجعان به فکرکردن دربارهٔ زمانی هدایت می‌شوند که در کاری مهم شکست می‌خورند؛ زمانی که برنامه‌ای بزرگ مضمحل می‌شود و زمانی که توسط شخصی پذیرفته نمی‌شوند. ـ از مراجعان خواسته می‌شود که توجه کنند وقتی دری بسته می‌شود، چه درهای دیگری باز می‌شوند. تکالیف: مراجعان سه دری را که بسته شده است و سه دری را که پس از آن باز شده است، تعیین می‌کنند.
دهم	تعهد/معنا	عشق و دل‌بستگی ـ دربارهٔ پاسخ‌دهی فعال و سازنده گفت‌وگو می‌شود. ـ مراجعان به شناسایی توان‌مندی‌های خاص سایر افرادی که برایشان ارزش قائل هستند و برای آن‌ها مهم هستند، دعوت می‌شوند. تکالیف: بازخورد فعال‌ـ‌سازنده؛ مراجعان برای پاسخدهی فعال و سازنده به رویدادهای مثبت که توسط دیگران گزارش شده، آماده می‌شوند. مراجعان قراری را برای تجلیل از توان‌مندی‌های خاص خود و فرد مورد علاقهٔشان ترتیب می‌دهند.
یازدهم	معنا	شجره‌نامهٔ توان‌مندی‌ها ـ دربارهٔ اهمیت شناسایی توان‌مندی‌های اعضای خانواده گفت‌وگو می‌شود. تکالیف: از مراجعان خواسته می‌شود که اعضای خانواده پرسشنامهٔ توانمندی‌ها و ارزش‌های عملی را تکمیل کنند و سپس درختی شامل توان‌مندی‌های اعضای خانواده و کودکان ترسیم کنند. خانواده جمع می‌شوند و دربارهٔ توان‌مندی‌های هریک از اعضا بحث می‌کنند.
دوازدهم	لذت	حس ذائقه ـ حس ذائقه به‌عنوان آگاهی از لذت و ایجاد عمدی آن در گذشته معرفی می‌شود. ـ کار پرزحمت لذت‌بخش به‌منزلهٔ تهدید ممکن حس ذائقه و نحوهٔ محافظت دربرابر آن تصریح می‌شود. تکالیف: مراجعان فعالیت‌های لذت‌بخش را طراحی و اجرا می‌کنند. فنون لذت همراه با آهستگی ارائه می‌شود.
سیزدهم	معنا	موهبت زمان ـ صرف‌نظر از اوضاع مالی، مراجعان قدردان یکی از موهبت‌های بزرگ را به‌همراه دارند؛ موهبت زمان. ـ دربارهٔ راه‌های استفاده از توان‌مندی‌های خاص، مراجعان زمان خود را به بحث درمورد رسیدگی و حل مسائل شخص دیگری اختصاص می‌دهند. تکالیف: مراجعان موهبت زمان را ازطریق انجام کاری که مستلزم لحظات زیبای زمان است، هدیه می‌کنند. هدیه کردن زمان یعنی زمان خود را برای کارهایی در زمینه خدمت به دیگران ؛ ازقبیل مربی‌گری کودک و انجام خدمات اجتماعی صرف می‌کنند.
چهاردهم	انسجام	زندگی کامل ـ دربارهٔ مفهوم زندگی کامل که لذت، تعهد و معنا را منسجم می‌کند، گفت‌وگو می‌شود. ـ مراجعان آزمون‌ها را قبل از پایان جلسه تکمیل می‌کنند. ـ میزان پیشرفت تعهداتی که به انجام‌دادن آن‌ها قرار گذاشته‌ایم بررسی می‌شود و دربارهٔ منافع توانمندی‌ها و ماندگاری آن‌ها بحث می‌شود. ـ پس‌آزمون اجرا می‌شود.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.206.5]

محتوای جلسات آموزش گروهی ایمن‌سازی درمقابل استرس براساس بستهٔ آموزشی مایکنبام و دفنباخر (۲۱) در طی نُه جلسهٔ نوددقیقه‌ای انجام پذیرفت. محتوای جلسات آموزش گروهی ایمن‌سازی درمقابل استرس در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. پروتکل آموزش گروهی ایمن‌سازی درمقابل استرس

جلسه	توضیحات
اول	آشنایی و معارفه، تشریح اهداف و قوانین گروه، مفهوم‌سازی و توصیف استرس، علائم و پیامدهای آن.
دوم	مرور مطالب جلسهٔ قبل، استحکام‌بخشیدن به رابطهٔ مبتنی‌بر همکاری و آموزش ماهیت تعاملی استرس، بررسی مفهومی افسردگی و استرس، دادن اطلاعات مقدماتی راجع به فن تصویرپردازی ذهنی.
سوم	مرور مطالب جلسهٔ قبل و تکالیف، آشنایی با مفاهیم شناختی، نقش افکار در ایجاد استرس و ارتباط افکار با احساسات و رفتار، آشنایی با ویژگی‌های افکار خودآیند منفی و معرفی خطاهای شناختی. تکلیف بررسی استرس که در آن اعضای گروه باید عوامل استرس‌زا در زندگی را یادداشت کنند و میزان استرس مربوط به هرکدام از عوامل استرس‌زای زندگی را در جلسهٔ بعدی بیان کنند.
چهارم	مرور مطالب جلسهٔ قبل و تکالیف، ارزیابی فن تصویرپردازی ذهنی، آموزش چگونگی مقابله با افکار منفی، آموزش فن آرمیدگی. ارائهٔ تکلیف آرمیدگی که در آن اعضای گروه باید هنگام مواجهه با رویدادهای استرس‌زا از آن استفاده کنند و میزان استرس خود را قبل و بعد از انجام فن آرمیدگی بیان کنند.
پنجم	مرور مطالب جلسهٔ قبل، آموزش خودگویی هدایت‌شده و نقش خودگویی‌های منفی در ایجاد استرس، ارزیابی فن آرمیدگی و اجرای فن آرمیدگی با استفاده از نوار موسیقی. ارائهٔ تکلیف آرمیدگی با نوار موسیقی که در آن اعضای گروه باید هنگام مواجهه با رویدادهای استرس‌زا از آرمیدگی با نوار موسیقی استفاده کنند و میزان استرس خود را قبل و بعد از انجام فن آرمیدگی گزارش دهند.
ششم	مرور مطالب جلسهٔ قبل، ارزیابی فن آرمیدگی، آموزش نقش افکار در احساس و رفتار. ارائهٔ تکلیف تمرکز فکر و تکنیک‌های توجه‌برگردانی که در آن اعضای گروه باید هنگام مواجهه با رویدادهای استرس‌زا از توجه‌برگردانی و منحرف‌کردن فکر استفاده کنند و میزان استرس خود را قبل و بعد از انجام‌دادن تکنیک‌های توجه‌برگردانی گزارش دهند.
هفتم	مرور مطالب جلسهٔ قبل، شناسایی افکار خودکار منفی و خطاهای شناختی، مبارزه با افکار خودکار منفی و خطاهای شناختی، آموزش حل مسئله. ارائهٔ تکلیف مبارزه با افکار خودکار منفی که در آن از اعضای گروه خواسته شد در هنگام مواجهه با رویدادهای استرس‌زا در زندگی، افکار خود را بررسی کنند و در صورت منفی‌بودن افکار، آن فکرها را یادداشت کنند و منطقی یا غیرمنطقی‌بودن آن‌ها را ارزیابی کنند.
هشتم	مرور مطالب جلسهٔ قبل، بررسی کارایی بازسازی شناختی، آموزش شیوهٔ مسئله‌گشایی، آموزش مهارت مدیریت خشم، ارائهٔ فرم مراحل مسئله‌گشایی. ارائهٔ تکلیف مسئله‌گشایی و مدیریت خشم به این صورت که از اعضای گروه خواسته شد در صورت عصبانی‌شدن با تکنیک مسئله‌گشایی به کاهش خشم و عصبانیت خود اقدام کنند.
نهم	تمرین مهارت‌های آموخته‌شده در جلسات قبل و لزوم به‌کارگیری آن‌ها در هنگام برخورد با موقعیت‌های استرس‌زا؛ جمع‌بندی مطالب و پایان‌دادن.

در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. برای بررسی اثر زمان، آزمون تعقیبی بونفرونی و به‌منظور مقایسهٔ گروه‌ها، آزمون تعقیبی توکی به‌کار رفت. شایان ذکر است به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لوین (برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف‌اسمیرنف (برای بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. به‌منظور مقایسهٔ سه گروه از نظر متغیر جمعیت‌شناختی سن، آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه به‌کار رفت. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

میانگین±انحراف معیار سن گروه درمان مثبت‌نگر ۳۸/۹±۶/۸ سال، گروه درمان ایمن‌سازی درمقابل استرس ۳۹/۵±۷/۴ سال و گروه گواه ۳۷/۸±۶/۲ سال بود. سه گروه از نظر سن تفاوت معناداری باهم نداشتند (p=۰/۰۶۳).

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.206.5]

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی به‌تفکیک مرحلهٔ سنجش در گروه‌ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
درمان مثبت‌نگر	روابط مثبت با دیگران	میانگین	۳۸/۵۳	۴۴/۴۷	۴۵/۴۷
		انحراف معیار	۴/۸۵	۳/۲۷	۳/۲۷
ایمن‌سازی	روابط مثبت با دیگران	میانگین	۳۹/۶۷	۴۲/۴۷	۴۲/۰۰
		انحراف معیار	۲/۹۴	۲/۳۶	۲/۱۴
گواه	روابط مثبت با دیگران	میانگین	۳۸/۸۷	۳۸/۲۰	۳۷/۹۳
		انحراف معیار	۳/۰۲	۲/۷۸	۲/۰۲
درمان مثبت‌نگر	استقلال	میانگین	۳۷/۶۷	۴۷/۲۷	۴۶/۰۷
		انحراف معیار	۴/۴۵	۵/۱۲	۵/۲۳
ایمن‌سازی	استقلال	میانگین	۳۹/۸۰	۴۴/۳۳	۴۳/۸۰
		انحراف معیار	۵/۷۰	۳/۸۳	۴/۷۱
گواه	استقلال	میانگین	۳۸/۷۳	۳۸/۳۳	۴۰/۰۷
		انحراف معیار	۵/۰۱	۷/۳۹	۷/۵۲
درمان مثبت‌نگر	تسلط محیطی	میانگین	۴۰/۷۳	۴۴/۶۰	۴۴/۵۲
		انحراف معیار	۴/۷۷	۴/۲۲	۵/۱۴
ایمن‌سازی	تسلط محیطی	میانگین	۳۷/۰۰	۴۰/۶۰	۴۲/۰۷
		انحراف معیار	۴/۴۱	۳/۷۹	۴/۷۷
گواه	تسلط محیطی	میانگین	۳۹/۰۰	۳۷/۵۳	۳۷/۹۳
		انحراف معیار	۴/۴۷	۷/۰۳	۵/۶۵
درمان مثبت‌نگر	رشد فردی	میانگین	۳۷/۶۷	۴۶/۳۳	۴۵/۸۰
		انحراف معیار	۴/۸۸	۴/۳۹	۳/۳۶
ایمن‌سازی	رشد فردی	میانگین	۳۵/۱۳	۴۲/۶۰	۴۳/۵۳
		انحراف معیار	۳/۰۷	۴/۰۱	۳/۶۶
گواه	رشد فردی	میانگین	۳۵/۴۰	۳۳/۱۳	۳۴/۷۳
		انحراف معیار	۳/۱۴	۴/۹۸	۵/۵۵
درمان مثبت‌نگر	هدف‌مندی	میانگین	۴۱/۶۷	۴۶/۶۰	۴۶/۸۷
		انحراف معیار	۵/۳۸	۳/۶۴	۳/۱۶
ایمن‌سازی	هدف‌مندی	میانگین	۳۹/۱۳	۴۴/۶۰	۴۵/۹۳
		انحراف معیار	۲/۷۷	۳/۵۶	۳/۵۳
گواه	هدف‌مندی	میانگین	۴۰/۰۷	۳۸/۶۰	۴۰/۴۷
		انحراف معیار	۴/۰۶	۶/۱۰	۷/۳۹
درمان مثبت‌نگر	پذیرش خود	میانگین	۳۹/۶۷	۴۴/۶۰	۴۴/۶۰
		انحراف معیار	۵/۰۵	۴/۰۱	۴/۴۲
ایمن‌سازی	پذیرش خود	میانگین	۴۱/۱۳	۴۴/۲۰	۴۴/۰۷
		انحراف معیار	۳/۸۱	۳/۸۴	۴/۸۹
گواه	پذیرش خود	میانگین	۳۹/۲۷	۳۸/۰۷	۳۹/۰۰
		انحراف معیار	۴/۳۳	۵/۹۰	۶/۰۰

همان‌طورکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین گروه درمان مثبت‌نگر و گروه درمان ایمن‌سازی درمقابل استرس در مرحلهٔ پس‌آزمون، درمقایسه با پیش‌آزمون در هر شش خرده‌مقیاس افزایش یافته است. براساس نتایج مندرج در جدول ۳، می‌توان این‌گونه توصیف کرد که درمان‌های مثبت‌نگر و ایمن‌سازی درمقابل استرس باعث افزایش مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی زنان باردار مبتلا به

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.206.5]

افتادگی دریچهٔ میترال می‌شوند. به‌منظور بررسی تفاوت معنادار بین میانگین‌های مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در سه گروه در مراحل سه‌گانهٔ درمانی، ابتدا مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها و کرویت موچلی بررسی شد.

قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های ام‌باکس، کرویت موچلی و لوین بررسی شد. ازآنجاکه آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌ـ کوواریانس رد نشد. همچنین معنادارنبودن هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لوین نشان داد که شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده است و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی است. درنهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که این آزمون نیز برای متغیرهای پژوهش معنادار است؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشد ($p<۰/۰۰۱$)؛ ازاین‌رو از آزمون گرین‌هاوس‌گیزر به‌منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل استفاده شد. همچنین ازآنجاکه آزمون لامبدای ویلکز با مقداری برابر با ۰/۱۳ تفاوت معناداری را میان نمرات اثربخشی آموزش مثبت‌نگر و اثربخشی آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه در سطح معناداری ۰/۰۵ نشان داد ($p<۰/۰۰۱$)، بیانگر آن بود که در میانگین آزمون‌ها از نظر اثربخشی آموزش مثبت‌نگر و اثربخشی آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس بر متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. خلاصهٔ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نمرات مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	ضریب ایتا
روابط مثبت با دیگران	زمان	۷۲۸/۴۰	۱/۳۶	۵۳۳/۵۵	۲۹۵/۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۷
	زمان * گروه	۳۵۸/۶۶	۲/۷۳	۱۳۱/۳۶	۷۲/۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۷
	گروه	۳۳۹/۷۳	۲/۰۰	۱۶۹/۸۶	۱۲/۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۲۹
استقلال	زمان	۳۵۵۳/۹۱	۱/۰۳	۳۴۴۱/۵۰	۹۴/۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۹
	زمان * گروه	۳۵۴۰/۳۱	۲/۰۶	۱۷۱۴/۱۶	۴۶/۸۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۹
	گروه	۸۵۵۲/۷۱	۲/۰۰	۴۲۷۶/۳۵	۶/۱۵	۰/۰۰۵	۰/۲۲
تسلط محیطی	زمان	۳۰۲/۳۲	۱/۴۸	۲۰۳/۶۳	۲۵۰/۸۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۵
	زمان * گروه	۱۰۷/۷۱	۲/۹۶	۳۶/۲۷	۴۴/۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۸
	گروه	۴۴۹/۳۴	۲/۰۰	۲۲۴/۶۷	۴/۵۸	۰/۰۱۶	۰/۱۷
رشد فردی	زمان	۱۰۲/۹۴	۱/۵۵	۶۶/۴۳	۲۵۰/۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۵
	زمان * گروه	۴۷/۱۴	۳/۰۹	۱۵/۲۱	۵۷/۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۳
	گروه	۵۷/۳۴	۲/۰۰	۲۸/۶۷	۶/۱۴	۰/۰۰۵	۰/۲۲
هدف‌مندی	زمان	۷۴۶/۷۲	۱/۳۷	۵۴۵/۱۸	۳۴/۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۵
	زمان * گروه	۶۳۷/۶۳	۲/۷۳	۲۳۲/۷۶	۱۴/۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۱
	گروه	۱۸۳۴/۷۲	۲/۰۰	۹۱۷/۳۶	۲۹/۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۸
پذیرش خود	زمان	۱۷۴/۴۰	۱/۶۷	۱۰۴/۲۶	۹/۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۱۷
	زمان * گروه	۱۷۱/۰۲	۳/۳۴	۵۱/۱۲	۴/۴۲	۰/۰۰۵	۰/۱۷
	گروه	۵۴۶/۸۴	۲/۰۰	۲۷۳/۴۲	۵/۶۱	۰/۰۰۷	۰/۲۱

نتایج جدول ۴ بیانگر آن است که تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای عامل درون‌گروهی (زمان) برای تمامی مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی شامل روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط محیطی، رشد فردی، هدف‌مندی و پذیرش خود، معنادار است ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین اثر متقابل زمان و گروه و عامل بین‌گروهی برای تمامی مؤلفه‌های ذکرشدهٔ بهزیستی روان‌شناختی معنادار است ($p<۰/۰۵$). برای بررسی اثر زمان نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

نتایج آزمون بونفرونی در جدول ۵ نشان می‌دهد که در نمرهٔ مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی شامل روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط محیطی، رشد فردی، هدف‌مندی و پذیرش خود، تفاوت معناداری بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). باتوجه به افزایش نمرات آزمودنی‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون می‌توان دریافت که آزمودنی‌ها افزایش نمرهٔ معناداری را در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تجربه کردند و پس‌آزمون و پیگیری باهم تفاوت معناداری دارند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.206.5]

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ دوبه‌دوی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	مراحل		تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
روابط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۳۷	۱/۴۸	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۶/۲۲	۱/۶۷	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۸۴	۰/۵۳	۰/۵۴۱
استقلال	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۸۲	۱/۰۶	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۶/۴۰	۱/۲۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۷	۰/۲۰	۰/۳۲۱
تسلط محیطی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۷۷	۱/۱۱	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۵/۸۶	۱/۰۳	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۷	۰/۳۶	۰/۱۷۰
رشد فردی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۸۲	۱/۱۸	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۶/۲۹	۱/۵۵	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۷	۰/۳۵	۰/۱۹۷
هدف‌مندی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۸/۵۴	۱/۰۷	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۷/۴۶	۱/۳۶	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۸۹	۰/۱۹	۰/۴۴۲
پذیرش خود	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶/۲۷	۱/۰۶	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۸/۳۲	۱/۲۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۵	۰/۴۶	۰/۵۷۸

جدول ۶. خلاصهٔ نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسهٔ دوبه‌دوی گروه‌ها

متغیر وابسته	مراحل		تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
روابط مثبت با دیگران	درمان مثبت‌نگر	ایمن‌سازی	۱۴/۱۳	۱/۳۹	<۰/۰۰۱
	درمان مثبت‌نگر	گواه	۳۲/۸۰	۱/۳۹	<۰/۰۰۱
	ایمن‌سازی	گواه	۱۸/۶۶	۱/۳۹	<۰/۰۰۱
استقلال	درمان مثبت‌نگر	ایمن‌سازی	۷/۸۴	۱/۲۰	<۰/۰۰۱
	درمان مثبت‌نگر	گواه	۱۴/۸۶	۱/۲۰	<۰/۰۰۱
	ایمن‌سازی	گواه	۹/۰۲	۱/۲۰	<۰/۰۰۱
تسلط محیطی	درمان مثبت‌نگر	ایمن‌سازی	۶/۹۸	۱/۲۰	<۰/۰۰۱
	درمان مثبت‌نگر	گواه	۱۴/۵۹	۱/۲۰	<۰/۰۰۱
	ایمن‌سازی	گواه	۹/۰۲	۱/۲۰	<۰/۰۰۱
رشد فردی	درمان مثبت‌نگر	ایمن‌سازی	۱۲/۸۴	۱/۲۰	<۰/۰۰۱
	درمان مثبت‌نگر	گواه	۱۶/۳۸	۱/۲۰	<۰/۰۰۱
	ایمن‌سازی	گواه	۶/۰۲	۱/۲۰	<۰/۰۰۱
هدف‌مندی	درمان مثبت‌نگر	ایمن‌سازی	۱۳/۴۵	۱/۲۰	<۰/۰۰۱
	درمان مثبت‌نگر	گواه	۱۹/۲۰	۱/۲۰	<۰/۰۰۱
	ایمن‌سازی	گواه	۷/۶۳	۱/۲۰	<۰/۰۰۱
پذیرش خود	درمان مثبت‌نگر	ایمن‌سازی	۱۴/۲۱	۱/۲۰	<۰/۰۰۱
	درمان مثبت‌نگر	گواه	۱۸/۵۰	۱/۲۰	<۰/۰۰۱
	ایمن‌سازی	گواه	۸/۷۶	۱/۲۰	<۰/۰۰۱

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.206.5]



نمودار ۱. مقایسهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه

نتایج آزمون توکی در جدول ۶ و نمودار ۱ نشان می‌دهد که مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در گروه روان‌شناسی مثبت‌نگر و گروه ایمن‌سازی درمقابل استرس، پس از مداخله درمقایسه با گروه گواه افزایش پیدا کرده است ($p<۰/۰۰۱$)؛ بر این اساس درمان‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر و ایمن‌سازی درمقابل استرس بر افزایش مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی مؤثر بوده است.

۴ بحث

تحقیق حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس و آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی زنان باردار مبتلا به افتادگی دریچهٔ میترال انجام شد. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس و آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر در شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایشی درمقایسه با گروه گواه، تأثیر معناداری بر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار مبتلا به افتادگی دریچهٔ میترال داشته است. هم‌راستا با یافته‌های این تحقیق، اسماعیلی و همکاران بیان کردند یکی از روش‌های مؤثر و کارا در بهبود بهزیستی روان‌شناختی در فرزندان دختران جانبازان مبتلا به استرس پس از سانحه، ایمن‌سازی در برابر استرس است (۱۵). همچنین هاشمی فشارکی و همکاران در تحقیق خود نشان دادند، آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران همودیالیزی مؤثر است (۱۴).

در تبیین اثربخشی آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس در زنان باردار مبتلا به افتادگی دریچهٔ میترال باید گفت برنامهٔ آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس به افراد کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که باعث استرس می‌شوند، شناسایی کنند و سپس راهبردهای مقابله‌ای برای مواجهه با این موقعیت‌ها را به آن‌ها آموزش می‌دهد. اصلاح ارزیابی‌های شناختی، بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و تمرین‌های ارائه‌شده برای تلفیق فنون آموخته‌شده با موقعیت‌های زندگی واقعی می‌تواند منجربه کاهش استرس ادراکی می‌شود. برنامهٔ آموزشی ایمن‌سازی در مقابل استرس شرکت‌کنندگان را به تکنیک‌های متنوع و یکپارچه مجهز می‌کند که می‌توانند از آن‌ها برای کاهش فشار روانی و ارتقای کیفیت زندگی استفاده کنند (۷).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد، آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر درمقایسه با آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس تأثیر بیشتری بر همهٔ مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار مبتلا به افتادگی دریچهٔ میترال دارد؛ نتایج تحقیق حاضر با نتایج پژوهش دانش و همکاران مبنی‌بر تأثیر معنادار درمان مثبت‌نگر بر کاهش اضطراب و افسردگی در زنان باردار است (۱۳). همچنین نتایج تحقیق حسین‌آبادی و همکاران نشان داد که آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر قادر به افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند اتیسم است (۱۱). در این راستا نتایج تحقیق دوست کافی و همکاران نیز نشان داد روان‌درمانی مثبت‌نگر تأثیر معناداری بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان ریه دارد (۱۲).

در تبیین نتایج ذکرشده می‌توان گفت یکی از اصول مهم در رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر تأکید بر ساخت و گسترش هیجانات مثبت است و هیجانات مثبت دربرگیرندهٔ همهٔ احساسات مثبت ازجمله لذت، راحتی، شعف و سرمستی است. این نظریه دربردارندهٔ فرضیه‌های گسترش، ساخت، ابطال، تاب‌آوری و بالندگی است. براساس فرضیهٔ

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.206.5]

گسترش، هیجانات مثبت گسترش‌دهندهٔ دامنهٔ تفکر و عمل محدود و لحظه‌ای‌اند و باعث می‌شوند فرد بتواند احتمالات و گزینه‌های مختلف را در شرایط مختلف درنظر بگیرد. گسترش افکار یکی از عواملی است که منجربه تعدیل و تغییر باورها می‌شود. برمبنای فرضیهٔ ساخت، هیجانات مثبت موجب شکل‌گیری شناخت‌های مثبت و کارآمد می‌شود؛ برای مثال، هیجانات مثبت باعث می‌شوند افراد بتوانند دید مثبت‌تری دربارهٔ مسائل داشته باشند، به عقاید و نگرش‌های منفی، خشک و جزمی وابسته نباشند و سختی‌های زندگی خود را به صورت دیگری تعبیر کنند. تمامی این موارد به ایجاد بهزیستی روان‌شناختی نیز کمک می‌کند (۱۱).

همچنین روان‌شناسی مثبت صرفاً بر چیزهای مثبت و غفلت از آنچه منفی است، تمرکز ندارد. هر دو اهمیت دارند. اگرچه بیش از اینکه تنها بر بهبودی نقص‌ها تمرکز باشد، به ایجاد رشد قوت‌ها و پتانسیل‌های مثبت توجه می‌شود. روان‌شناسی مثبت زمینه‌ای است که در آن چندین عامل تعیین‌کننده در رشد و بالندگی قابل اعتماد شناسایی می‌شوند و بر رشد و بهبود آن‌ها کار می‌شود. افزون‌براین، در روان‌درمانی مثبت فرض اساسی ارزشیابی و بهبودبخشیدن به منابع مثبت مراجعان ازجمله هیجان‌های مثبت، روابط، اشتیاق، معنا و پیشرفت است (۱۲).

در پژوهش حاضر به‌دلیل خودگزارشی‌بودن ابزار اندازه‌گیری و تنها استفاده‌کردن از پرسشنامه برای گردآوری داده‌های این پژوهش و نیز به‌سبب محدودیت‌های اجرایی از مصاحبه برای گردآوری داده‌های پژوهش استفاده نشد. درمجموع و با درنظرگرفتن افزایش ابتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی در سطح جامعه، ازجمله اقدام‌های کاربردی درخصوص افزایش سطح آگاهی و سلامت جامعه برقراری دوره‌های آموزشی کارگاهی است؛ ازاین‌رو پیشنهاد می‌شود نهادهای متولی سلامت از برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی مبتنی‌بر رویکردهای روان‌شناسی مثبت‌نگر و ایمن‌سازی درمقابل استرس برای مبتلایان به بیماری‌های قلبی به‌ویژه زنان باردار مبتلا به افتادگی دریچهٔ میترال استفاده کنند. نظر به اینکه پژوهش حاضر در شهر تهران انجام شد، شرایط محیطی و زمینه‌های فرهنگی‌اقتصادی متفاوتی بر این سندرم تأثیرگذار بوده است و همین امر تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به سایر مناطق با زمینه‌های فرهنگی‌اقتصادی دیگر محدود می‌کند؛ چراکه برخی زمینه‌های ابتلا به این بیماری به شرایط محیطی وابسته است.

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج حاصل از این مطالعه، روش‌های درمانی ایمن‌سازی درمقابل استرس و روان‌شناسی مثبت‌نگر شیوه‌هایی کارآمد، کاربردی و مؤثر در بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان باردار مبتلا به افتادگی دریچهٔ میترال‌اند و می‌توانند توسط مشاوران و درمانگران برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی استفاده شوند.

۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی افراد نمونهٔ تحقیق و همچنین مدیریت و کارکنان بخش قلب و عروق بیمارستان امام خمینی (ره) تهران تشکر و قدردانی کنند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات متحدهٔ عربی است. مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از بیمارستان امام‌خمینی با شماره نامهٔ ۱۲۶ صادر شده است. ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در پژوهش این بود که همهٔ افراد به‌صورت کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

تأمین منابع مالی این پژوهش از هزینه‌های شخصی بوده است و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول داده‌ها را جمع‌آوری کرد. سپس نویسندگان اول و دوم داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کردند. نویسندگان سوم و چهارم در نگارش نسخهٔ دست‌نوشتهٔ همکار اصلی بودند. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Gander J, Sui X, Hazlett LJ, Cai B, Hébert JR, Blair SN. Factors related to coronary heart disease risk among men: validation of the framingham risk score. Prev Chronic Dis. 2014;11:1-9. doi: 10.5888/pcd11.140045
2. Lee AP-W, Hsiung MC, Salgo IS, Fang F, Xie J-M, Zhang W-Ch et al. Quantitative analysis of mitral valve morphology in mitral valve prolapse with real-time 3-dimensional echocardiography: importance of annular saddle shape in the pathogenesis of mitral regurgitation. Circulation 2013;127(7):832–41. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.112.118083
3. Grubb K, Jevremovic V, Chedrawy EG. Mitral valve myxoma presenting with transient ischemic attack: a case report and review of the literature. J Med Case Rep. 2018;12(1):363. doi: 10.1186/s13256-018-1920-8
4. Jamshidzehi ShahBakhsh A, Asghari Ebrahim Abad M, Mashhadi A, Daneshsani H. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) in reducing worry, anxiety and panic attacks mitral valve prolapse patients.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.206.5]

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2016;24(4):340-51. [Persian] http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-3931-fa.pdf
5. Alipour M, Ghahremani L, Amooee S, Keshavarzi S. The effectiveness of relaxation techniques on depression, anxiety and stress in pregnant women: based on self-efficacy theory. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2017;22(3) :20-30. [Persian] http://sjku.muk.ac.ir/article-1-3266-fa.html
6. Parto A, Hayati M. The effectiveness of metacognitive training on psychological well-being and quality of life in pregnant women: a quasi-experimental study. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2019; 27(2):125-132. [Persian] http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-1878-en.pdf
7. Hasan Zadeh LifShagard M, Tarkhan M, Taghi Zadeh M E. Effectiveness of stress inoculation training on perceived stress in pregnant women with infertility. J Holist Nurs Midwifery. 2013;23(2):27-34. . [Persian] http://hnmj.gums.ac.ir/article-1-25-en.pdf
8. Mostafaei M, Emamghooli Khooshehchin T, Dadashi M, Mokhtari Zanjani P. Effect of positive psychology group counseling on quality of life of pregnant women. J Mazandaran Univ Med Sci. 2020;30(184):61-72. [Persian] http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-14566-fa.pdf
9. Honarmandzadeh R, Sajjadian I. Effectiveness of positive group intervention on psychological wellbeing, resiliency and happiness of foster care adolescent girls. Positive Psychology Research.2016;2(2):35-50. [Persian] https://ppls.ui.ac.ir/article_21335_b38c06b8b1d50a7cb9c416fe94673ce3.pdf?lang=en
10. Aboudi A, Abedi F. Evaluation of the effectiveness of positive psychology on depression and psychological well-being in divorced female teachers in Shiraz. New Advances in Behavioral Sciences. 2019;4(37):73-88. [Persian] http://ijndibs.com/article-1-373-fa.html
11. Hosseinabadi S, Pourshahriyari M, Zandipour T. Effectivness of positive psychology on psychology well-being of mothhers of autistic children. Empowering Exceptional Children. 2017,8(1):54-60. [Persian] http://www.ceciranj.ir/article_63548_45c993821159f029c45282fa9c7b1445.pdf?lang=en
12. Dustkafi H, Heidari H, Davoodi H, Zare BahramAbadi M. Comparison of the effectiveness of group counseling by Gestalt Therapy and positive psychology approach on psychological well-being in woman with lung cancer . Qom Univ Med Sci J. 2019;13(9):80-90. [Persian] http://journal.muq.ac.ir/article-1-2480-fa.pdf
13. Danesh F, Madani Y, Mirshoja M. The effectiveness of positive treatment on reducing the symptoms of depression and anxiety in pregnant women. Recent Advances in Psychology, Educational Sciences and Education. 2020,3(23):98-116. [Persian] http://ensani.ir/file/download/article/1593408565-10146-23-10.pdf
14. Hashemi Fesharaki M, Shahgholian N, Kashani F. Effect of stress inoculation training on the levels of stress, anxiety, and depression in hemodialysis patients. Nursing And Midwifery Journal. 2016;14(1):88–99. [Persian] http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2219-en.pdf
15. Esmaeili M, Kalantery M, Askari K, Molavi H, Mahdavi S. A comparison between group social skills training and stress inoculation training in terms of their effectiveness on the psychological well-being: A case study of Veterans' daughters aged 14 to 18, suffering from post-traumatic stress disorder. Journal of Research in Psychological Health. 2010;4(1):23-33. [Persian] http://rph.khu.ac.ir/article-1-84-fa.html
16. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. Cognitive and Behavioral Practice. 2009;16(4):430–42. doi: 10.1016/j.cbpra.2008.12.009
17. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology. 1989;57(6):1069-81. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069
18. Dierendonck, V. D. The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. Personality and Individual Differences. 2004;36(3):629-43.https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00122-3
19. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008;14(2):146-51. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-464-en.html
20. Seligman MEP. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In CR Snyder, SJ Lopez. editors. Handbook of positive psychology. Oxford: Oxford University Press; 2002. pp: 3-9.
21. Meichenbaum DH, Deffenbacher JL. Stress inoculation training. The Counseling Psychologist. 1988;16(1):69–90. doi: 10.1177%2F0011000088161005

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.206.5]