

اثربخشی مداخله‌ی مثبت‌نگر گروهی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد و افزایش میزان شادکامی دختران نوجوان

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۰/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۳/۴/۱۷

مهسا جباری*، شهریار شهیدی**، فرشته موتابی***

چکیده

مقدمه: مداخلات مثبت‌نگر با تمرکز بر نقاط مثبت و توانمندی‌های افراد، یکی از انواع مداخلات نسبتاً جدید در روان‌شناسی می‌باشند. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مداخله‌ی مثبت‌نگر در کاهش نگرش‌های ناکارآمد و افزایش میزان شادکامی دختران نوجوان انجام شده است.

روش: ۳۱ نفر از دانش‌آموزان ۱۴ تا ۱۵ سال، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند. آموزش‌های مثبت‌نگر در طی ۱۱ جلسه‌ی ۲ ساعته، به افراد گروه آزمایش ارائه شد. در این مدت، گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکرد. نگرش‌های ناکارآمد توسط مقیاس نگرش‌های ناکارآمد ویسمن و میزان شادکامی توسط پرسشنامه شادکامی آکسفورد قبل و بعد از مداخله و ۴ و ۹ ماه پس از اتمام مداخله اندازه‌گیری شد.

یافته‌ها: نتایج اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که آموزش‌های مثبت‌نگر باعث کاهش معنادار نگرش‌های ناکارآمد و افزایش معنادار میزان شادکامی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان گفت مداخلات مثبت‌نگر نه تنها باعث کاهش نگرش‌های ناکارآمد می‌شوند، بلکه میزان شادکامی را نیز افزایش می‌دهند؛ بنابراین می‌توان آنها را برای کاهش مشکلات روان‌شناختی که زمینه‌ساز بروز اختلالات روانی هستند و همچنین برای ارتقای کیفیت زندگی به کار برد.

واژه‌های کلیدی: مداخله‌ی مثبت‌نگر، نگرش‌های ناکارآمد، شادکامی، نوجوان

jabari.mahsa@gmail.com

shahriarshahidi@hotmail.com

fmootabi@gmail.com

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

** دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

*** استادیار، گروه مطالعات بنیادی پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

تجربه‌ی مکرر هیجانات خوشایند، نبود احساسات ناخوشایند و احساس کلی رضایت از زندگی می‌باشد [۶]. با توجه به آنچه بیان شد می‌توان گفت، هم به دلیل شیوع بالاتر برخی از مشکلات هیجانی در این دوره و هم به دلیل تأثیرات گسترده و نامطلوبی که این مشکلات روی زندگی فعلی و آینده‌ی نوجوانان می‌گذارند، پرداختن به نوجوانی و مسائل مربوط به آن اهمیت ویژه‌ای دارد. با به کارگیری مداخلات مختلف برای کاهش مشکلات نوجوانان، علاوه بر ارتقای میزان رضایت از زندگی و سلامت روان می‌توان از آسیب‌های گسترده‌تر بعدی، صرف هزینه‌های بالا و تحمل رنج‌های ناشی از اختلالات جلوگیری نمود. مداخلات متعددی برای پیشگیری و کاهش مشکلات غیربالینی وجود دارد.

دو مدل برنامه‌ی پیشگیرانه وجود دارد. در "مدل بیماری محور" ^۱ پیشگیری، هدف، کاهش عوامل خطر و افزایش مقاومت فرد علیه ابتلا به یک اختلال است. در حالی که در "مدل ارتقای سلامت روان" ^۲، تمرکز اولیه، دستیابی به حد نهایی بهزیستی و سلامت روان است و تحقیقات و برنامه‌های مداخلاتی که به افزایش عوامل محافظت‌کننده تأکید دارند؛ در این حوزه جای می‌گیرند [۷]. مداخلات مثبت‌نگر ^۳ یکی از این‌گونه مداخلات است که بر مبنای روان‌شناسی مثبت‌نگر ^۴ شکل گرفته است.

روان‌شناسی مثبت‌نگر، مطالعه‌ی علمی هیجانات مثبت، صفات فردی مثبت و ساختارهایی است که این رشد را موجب می‌شوند [۸]. در رویکرد مثبت‌نگر، برخلاف سایر رویکردها که تمرکزشان روی مشکلات و ضعف‌ها است، افزایش هیجان مثبت و ارتقای معنای زندگی مورد تأکید و توجه است. مداخلات مثبت‌نگر از مجموعه‌ای از تکنیک‌هایی که بر مبنای مؤثری چون صمیمیت، همدلی دقیق، اعتماد اولیه، اصالت و تفاهم تأکید دارد؛ استفاده می‌کند [۹]. از منظر روان‌شناسی مثبت‌نگر، روان‌شناسان نباید فقط روی "ثابت نگه داشتن" مشکلات مردم کار کنند، بلکه باید به آنها کمک کنند تا بتوانند زندگی شادتر، غنی‌تر و کامل‌تری

در چرخه‌ی تحول روانی افراد، بین دوره‌ی کودکی و بزرگسالی، دوره‌ی بسیار مهم نوجوانی قرار دارد. این مرحله‌ی انتقالی از ۱۰ تا ۱۲ سالگی آغاز و در حدود ۱۸ تا ۲۲ سالگی تمام می‌شود. نوجوانی دوره‌ی تغییرات عمیقی است که کودک را از بزرگسال جدا می‌کند. این مرحله، رشد زیستی، اجتماعی، هیجانی و شناختی را شامل می‌شود و به معنای واقعی، دوره‌ی تغییر و دگرگونی است [۱]. فرد در مرحله‌ی نوجوانی مانند سایر مراحل، با مشکلات و موانع متعددی مواجه است. شیوع برخی از مشکلات هیجانی در این دوره بالا است که از میان آنها می‌توان به افسردگی، اضطراب و استرس اشاره کرد [۲]. دلایل و عوامل متعددی در بروز مسائل هیجانی نقش دارند که از میان آنها، برخی عوامل به صورت غیرمستقیم در پیدایش یک مشکل هیجانی تأثیر می‌گذارند. نگرش‌های ناکارآمد یکی از عوامل مهم زیربنایی و مؤثر در پیدایش اختلالات است. نگرش‌های ناکارآمد بخشی از فرآیندهای شناختی بوده و شامل فرضیات و باورهای کلی و منفی هستند. این باورهای کلی و منفی به موقعیت خاصی اختصاص ندارند و به عنوان نگرش‌های ناکارآمد یا عقاید غیرمنطقی شناخته می‌شوند. نگرش‌های ناکارآمد می‌تواند منجر به آسیب‌های روانی شود و در به وجود آمدن علائم افسردگی نقش دارد. افراد مستعد به افسردگی، نگرش‌های منفی و ناکارآمدی نسبت به خودشان، آینده و دنیا دارند [۳].

وجود مشکلات هیجانی، از جمله داشتن نگرش‌های ناکارآمد علاوه بر تأثیر سوئی که در زندگی فعلی فرد دارند، باعث کاهش بهزیستی روانی، میزان رضایت از زندگی و شادکامی می‌شوند؛ زیرا مسلماً کسی که این مشکلات را ندارد شادتر و راضی‌تر از کسی است که با این مسائل رو به رو است. علاوه بر این، نبودن یا کم بودن هیجانات و خصوصیات مثبت در زندگی نیز می‌تواند باعث پیدایش انواع آسیب‌ها و مشکلات روانی شود [۴]. نداشتن هیجانات مثبت و لذت در زندگی، تنها نشانه‌های آسیب‌های روان‌شناختی نیستند؛ بلکه از جمله عوامل ایجاد آنها هستند [۵]. بنابراین داشتن هیجانات مثبت و افزایش آنها در زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. شادکامی یکی از اصلی‌ترین و مهم‌ترین هیجانات مثبت است. شادکامی

- 1- disease-oriented model
- 2- mental health promotion model
- 3- positive interventions
- 4- positive psychology

ایرانی کارا و مؤثر می‌باشد و پایداری تغییرات حاصل شده در طول زمان چگونه است؟

روش

طرح پژوهش: این پژوهش از نوع پژوهش‌های شبه‌آزمایشی و در چار چوب طرح‌های پیش‌آزمون _ پس-آزمون با گروه کنترل است.

آزمودنی‌ها: گروه نمونه‌ی پژوهش حاضر، ۳۱ دانش‌آموز دختر اول دبیرستان شهر تهران بودند که به صورت غیر تصادفی و در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایشی (۱۴ نفر) و گروه کنترل (۱۷ نفر) جای گرفتند. انتخاب نمونه بدین صورت بود که ابتدا با تعداد زیادی از دبیرستان‌های دخترانه مکاتبه شد. از میان آنها دو دبیرستان غیرانتفاعی حاضر به همکاری شدند. پس از مراجعه به این مدارس، به منظور شناسایی افراد با علائم افسردگی، اضطراب و استرس، مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس ۲۱^۳ سوآلی برای کلیه‌ی دانش‌آموزان مقطع اول دبیرستان اجرا شد. از میان تمام دانش‌آموزان مقطع اول دبیرستان این دو مدرسه، نمره‌ی ۴۸ نفر در یکی یا هر سه خرده مقیاس این پرسشنامه، در دامنه‌ی خفیف (افسردگی ۱۰ تا ۱۳، اضطراب ۸ تا ۹، استرس ۱۵ تا ۱۸) یا متوسط (افسردگی ۱۴ تا ۲۰، اضطراب ۱۰ تا ۱۴، استرس ۱۹ تا ۲۵) قرار داشت. این ویژگی و تمایل فرد و رضایت خانواده به شرکت در پژوهش، مهم‌ترین ملاک ورود به این پژوهش بود. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: استفاده از خدمات روان-شناختی و روان‌درمانی دیگر و داشتن انواع اختلالات سایکوتیک، اختلال سلوک و نقص توجه. غیبت بیش از ۴ جلسه نیز موجب خروج افراد از گروه آزمایشی می‌شد.

در مرحله‌ی بعد، جلسه‌ای توجیهی برای مادران این ۴۸ دانش‌آموز برگزار و توضیحاتی در مورد کارگاه آموزشی داده شد. پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه توسط مادران، برای افراد واجد شرایط نیز جلسه‌ای توجیهی تشکیل شد و آنها نیز در صورت تمایل، فرم رضایت‌نامه را پر کردند. به این ترتیب دو گروه داوطلب و متناسب با اهداف پژوهشی، شکل گرفت. تعداد اعضای یک گروه ۱۶ نفر و گروه دیگر ۱۷ نفر

داشته باشند. همان‌طور که سلیگمن^۱ و سیکزنت‌میهای^۲ [۸] گفته اند، هدف از روان‌شناسی مثبت‌نگر، تسریع تغییر نگاه روان‌شناسی، از بهبود بدترین چیزها در زندگی به ساختن بهترین کیفیت‌ها در زندگی است [۱۰]. از نظر دیدگاه مثبت‌نگر، هیجان‌ات مثبت و توانمندی‌ها یکی از بهترین زمینه‌ها برای جلوگیری از آسیب‌های روانی هستند. بررسی‌های ۵۰ سال گذشته نشان می‌دهد که "مدل بیماری محور"، پیشگیری را آسان‌تر نمی‌کند؛ زیرا پیشگیری از دیدگاهی نشأت گرفته است که تأکیدش روی ساختن توانمندی‌ها و نه اصلاح ضعف‌ها می‌باشد. بنابراین، محققان حوزه‌ی پیشگیری اظهار می‌کنند که توانمندی‌های انسان، ضربه‌گیر بیماری‌های روانی هستند. شهامت، خوش‌بینی، مهارت‌های ارتباط بین‌فردی، ایمان، رعایت کردن اخلاق کار، امید، صداقت، کفایت، سیالی‌روان و بینش داشتن، برخی از این توانمندی‌ها است [۵]. در قرن جدید، مهم‌ترین وظیفه‌ی پیشگیری، بر توانمندی‌های انسان و ارتقای توانمندی‌های نوجوان می‌باشد. به طور کلی داشتن هیجان‌ات مثبت، مشغولیت و معنا در زندگی و همچنین داشتن مهارت‌های مرتبط با این سه موضوع می‌تواند به فرد برای مقابله با مشکلات هیجانی کمک کند [۹].

تاکنون مطالعات متعددی در حوزه‌ی روان‌شناسی مثبت‌نگر انجام شده که نتایج آنها حاکی از اثربخشی آنها است. به طور مثال نتایج یک فراتحلیل که به بررسی نتایج ۴۰ پژوهش در این زمینه پرداخته است، نشان می‌دهد که مداخلات مثبت‌نگر موجب افزایش بهزیستی روانی و کاهش علائم افسردگی می‌شود [۱۱]. علی‌رغم وجود پژوهش‌های متعدد در این حوزه، تاکنون پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی مداخله‌ی مثبت‌نگر در زمینه‌ی کاهش مشکلاتی که زمینه ساز اختلالات هیجانی در نوجوانان هستند، با پیگیری‌های طولانی مدت انجام نشده است. از آنجایی که وجود چنین مشکلاتی، می‌تواند منجر به بروز اختلالات روانی شوند، لازم است مداخلاتی برای کاهش آنها انجام شود؛ بنابراین، هدف از انجام این پژوهش، پاسخگویی به این سؤال‌ها است که آیا مداخله‌ی مثبت‌نگر در کاهش نگرش‌های ناکارآمد و افزایش میزان شادکامی نوجوانان

3- Depression, Anxiety, Stress Scales (DASS21)

1- Seligman
2- Csikszentmihalyi

بیشترین نمره ۴۲ می‌باشد. ضرایب اعتبار و روایی به دست آمده از این مقیاس، بسیار رضایت بخش و معنادار بوده است [۱۲]. پایایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران در پژوهشی مورد بررسی قرار گرفت [۱۳]. اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۹ و ۰/۹ و آلفای کرونباخ برای این مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش شد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس افسردگی ۰/۶، اضطراب ۰/۶۷ و استرس ۰/۶۴ به دست آمد که نشان‌دهنده‌ی پایایی قابل قبول برای این مقیاس است.

۲- مقیاس نگرش‌های ناکارآمد^۲: این مقیاس توسط ویسمن^۳ در سال ۱۹۷۹ ساخته شده است. از این مقیاس برای ارزیابی الگوهای تفکر ناسازگار و شناخت‌های ناکارآمد استفاده می‌کنند. فرم اصلی آن شامل ۱۰۰ ماده است که برای ارزیابی شناخت‌های ناکارآمد مرتبط با افسردگی ساخته شده است. در این پژوهش از فرم ۴۰ ماده‌ای این مقیاس استفاده شده است. این مقیاس اختصاصاً نگرش‌های ناکارآمد و باورهای زیربنایی آنها را اندازه می‌گیرد که فرض می‌شود فرد را مستعد افسردگی می‌سازند. هر ماده‌ی آن، یک نگرش افسرده‌ساز ناکارآمد یا منفی درباره‌ی شخص، دنیا و آینده را اندازه می‌گیرد. این پرسشنامه از نوع طیف لیکرت است و نمره‌های هر ماده از ۷ (کاملاً موافقم) تا ۱ (کاملاً مخالفم) نوسان دارد. نمره‌گذاری تعدادی از سؤالات به شکل معکوس است. سؤال‌هایی که نمره‌گذاری‌شان به شکل معکوس است، عبارتند از: ۲، ۶، ۱۲، ۱۷، ۲۴، ۲۹، ۳۰، ۳۵، ۳۷ و ۴۰. نمره‌ی کل از جمع نمرات به دست آمده از ماده‌ها به دست می‌آید. دامنه‌ی نمرات از ۴۰ تا ۲۸۰ می‌باشد. در این مقیاس، نمره‌ی بالاتر به معنی تفکر تحریف شده‌تر است.

ضریب همبستگی دو فرم موازی این مقیاس از ۰/۸۴ تا ۰/۹۷ و آلفای کرونباخ بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۷ به دست آمده است. ضریب بازآزمایی به فاصله‌ی ۶ هفته، ۰/۷۳ گزارش شده است. درباره‌ی ساختار عاملی آن اتفاق نظر وجود ندارد و به همین دلیل بهتر است به شکل تک عاملی استفاده و گزارش شود. همبستگی بین مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و

بود. در یک گروه دو نفر در دو خرده مقیاس علائم متوسط، سه نفر در یک خرده مقیاس علائم متوسط، دو نفر در سه خرده مقیاس علائم خفیف، پنج نفر در دو خرده مقیاس علائم خفیف و چهار نفر در یک خرده مقیاس علائم خفیف داشتند. همچنین در گروه کنترل سه نفر در دو خرده مقیاس علائم متوسط، دو نفر در یک خرده مقیاس علائم متوسط و در یک خرده مقیاس علائم خفیف، دو نفر در هر سه خرده مقیاس علائم خفیف، شش نفر در دو خرده مقیاس علائم خفیف و سه نفر در یک خرده مقیاس علائم خفیف داشتند. همان طور که مشاهده می‌شود سعی شد تا حد امکان افراد در دو گروه از لحاظ شدت علائم شبیه به هم باشند.

این دو گروه به صورت تصادفی به عنوان گروه آزمایشی و کنترل در نظر گرفته شدند. از ۱۶ نفر گروه آزمایشی، ۲ نفر از جلسه‌ی چهارم، بنا بر دلایلی، از جمله دیر بودن ساعت اتمام کلاس و نگرانی در مورد انجام تکالیف روز بعد، از شرکت در ادامه دوره انصراف دادند و از گروه حذف شدند. تعداد افراد گروه کنترل که هیچ آموزشی دریافت نکردند در طول پژوهش ثابت (۱۷ نفر) باقی ماند.

ابزار

۱- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس: این مقیاس توسط لایباند^۱ در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است. این مقیاس دو فرم دارد. فرم ۲۱ سؤالی (فرم استفاده شده در این پژوهش)، برای افراد تا سن ۲۱ سال طراحی شده و فرم ۴۲ که برای افراد تا سن ۴۲ سؤالی سال تهیه شده است. این مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را به طور همزمان و با هم می‌سنجد و شامل ۲۱ سؤال است. ۷ سؤال افسردگی، ۷ سؤال اضطراب و ۷ سؤال استرس را اندازه می‌گیرد. هر گزاره‌ی این مقیاس، دارای ۴ گزینه است که بر اساس روش لیکرت از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود (از اصلاً تا خیلی زیاد). با جمع نمرات برای هر معیار، یک نمره‌ی خام به دست می‌آید. پس از آن، نمرات باید در دو ضرب شود. نمرات هر یک از این سه خرده مقیاس، در ۵ دامنه‌ی طبیعی، خفیف، متوسط، شدید و بسیار شدید طبقه‌بندی می‌شوند. در هر خرده مقیاس، کمترین نمره صفر و

2- Dysfunctional Attitude scale (DAS)

3- Weissman

1- Lovibond

ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای این مقیاس، ۰/۸۷ به دست آمد که نشان‌دهنده‌ی پایایی بالای این مقیاس است.

روند اجرای پژوهش: برای اجرای پژوهش، در ابتدا از هر دو گروه، پیش‌آزمون گرفته شد. سپس افراد گروه آزمایش در ۱۱ جلسه که هفته‌ای یک بار به مدت دو ساعت در مدرسه برگزار می‌شد، شرکت کردند. پس از اتمام مداخله، از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون گرفته شد. این دو گروه ۴ و ۹ ماه پس از اتمام مداخله نیز مجدداً با استفاده از مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و پرسشنامه شادکامی آکسفورد ارزیابی شدند. برنامه‌ی آموزشی مثبت-نگر بر اساس کتاب "یادداشت‌های یک درمانگر درباره‌ی روان‌شناسی مثبت‌نگر" نوشته‌ی اوهانلون^۶ و برتولینو^۷ [۱۶] طراحی شد. در این کتاب ۸ اصل در حیطه‌ی روان‌شناسی مثبت‌نگر به همراه تمرین‌هایی برای هر اصل ارائه شده است (این اصول در جدول شماره‌ی یک قابل مشاهده است). این اصول و تقریباً تمامی تمرین‌های این کتاب در قالب یک بسته‌ی آموزشی زیر نظر متخصصین، در طی ۱۱ جلسه تهیه شد.

در ابتدای هر جلسه، محتوای جلسه‌ی قبل، مرور و تکالیفی که می‌بایست در طول هفته انجام شوند، بررسی می‌شد. سپس محتوای آموزشی مربوط به آن جلسه آموزش داده می‌شد و افراد تمرین‌های مربوط به آن آموزش را به صورت فردی یا گروهی انجام می‌دادند. پس از استراحتی کوتاه، مجدداً اعضای گروه آموزش‌هایی را دریافت می‌کردند و تمرین‌های مربوط به آن را انجام می‌دادند. در انتها، مطالب ارائه شده جمع بندی و تکلیف/تکالیف جلسه‌ی بعد توضیح داده می‌شد.

در این پژوهش سعی شد برای رعایت ملاحظات اخلاقی، قبل از برگزاری کارگاه، توضیحات لازم در مورد اهداف و محتوای جلسات به والدین داده شد. شرکت در این کارگاه کاملاً آزادانه و اختیاری بود. از والدین دانش‌آموزان و خود آنها رضایت‌نامه‌ی کتبی گرفته شد. به افراد گفته شد که اطلاعات شخصی آنها و تمام حرف‌هایی که در طول جلسات می‌زنند، محرمانه حفظ و فقط از داده‌های آماری

پرسشنامه افسردگی بک^۱، ۰/۴۱ گزارش شده است. در پژوهشی در ایران، با استفاده از روش بازآزمایی، پایایی ۰/۷۲ برای این مقیاس گزارش شده است [۱۴]. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸ به دست آمد.

۳- پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد^۲: این پرسشنامه توسط آرگایل^۳، مارتین^۴ و کروسلند^۵ در سال ۱۹۸۹ برای فراهم کردن یک اندازه‌ی کلی از شادکامی ساخته شد. آنها فرض کردند که شادکامی سه جزء اصلی دارد: تناب و درجه‌ی عاطفه‌ی مثبت، سطح متوسط از رضایتمندی در طول یک دروه‌ی زمانی و عدم وجود احساسات منفی مثل افسردگی و اضطراب. آنها بر اساس این تعریف، ۲۱ ماده‌ی مقیاس افسردگی بک را معکوس کردند و ۱۱ ماده‌ی دیگر را برای پوشش جنبه‌های ذهنی سلامت به آن اضافه کردند. سه ماده در نهایت حذف شد و منجر به ایجاد یک مقیاس ۲۹ ماده‌ای گردید. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ توسط آرگایل تجدید نظر شد. به هریک از گزینه‌های این پرسشنامه به ترتیب صفر، ۱، ۲ و ۳ نمره تعلق می‌گیرد. نمره‌ی نهایی شادکامی از جمع نمره‌های ۲۹ ماده به دست می‌آید. دامنه-ی نمرات از صفر تا ۸۷ می‌باشد. هر چه نمره‌ی فرد بالاتر باشد، میزان شادکامی‌اش بیشتر و هر چه نمره‌ی وی پایین‌تر باشد، میزان شادکامی‌اش پایین‌تر است.

آرگایل و همکاران در یک مطالعه بر روی ۳۴۷ آزمودنی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹ و روایی ۰/۴۳ را برای این مقیاس گزارش کردند. در مطالعه‌ی دیگر بر روی ۱۰۱ آزمودنی، ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ به دست آمده است. آرگایل ضمن به دست آوردن پایایی بازآزمایی ۰/۸۳ پس از سه هفته، دریافت که پایایی بازآزمایی این پرسشنامه از پایایی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی و مقیاس افسردگی نیز بیشتر است. در بررسی‌های متعدد، اعتبار محتوایی، همزمان و سازه‌ی این مقیاس قابل قبول گزارش شده است. علیپور و نوربالا [۱۵] بررسی مقدماتی پایایی و روایی این آزمون را در دانشجویان دانشگاه تهران انجام دادند. در این بررسی،

- 1- Beck Depression Inventory
- 2- Oxford Happiness Inventory (OHI)
- 3- Argyle
- 4- Martin
- 5- Crossland

6- O'Honlon

7- Bertolino

فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری می‌باشد [۱۷]. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس و برای بررسی اثر متغیرهای مستقل، از مقایسه‌ی گروه‌ها و اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام و نام مدرسه و صرفاً برای مقاصد پژوهشی استفاده خواهد شد. کد کارآزمایی بالینی این پژوهش IRCT2013120815711N1 می‌باشد. استفاده از آزمون‌های پارامتریک مستلزم رعایت مفروضه‌هایی چون طبیعی بودن توزیع متغیر در جامعه و حداقل

جدول (۱) محتوای جلسات آموزش مثبت‌نگر در گروه آزمایش

جلسه	محتوای جلسات و فعالیت‌های انجام شده
اول	معرفی برنامه‌ی آموزشی مثبت‌نگر؛ آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با مربی؛ توضیح روان‌شناسی و بسته‌ی مثبت‌نگر و انجام تمرین‌های مربوطه.
دوم	توضیح بسته‌ی P.O.S.I.T.I.V.E؛ آشنایی با اولین اصل بسته‌ی مثبت‌نگر؛ یعنی اصل هدف و معنا (P) و انجام تمرین‌های مربوطه.
سوم	آشنایی بیشتر با اصل "هدف و معنا (P)" با انجام تمرین‌هایی بیشتر در این زمینه.
چهارم	آشنایی با دومین اصل بسته‌ی مثبت‌نگر، یعنی اصل خوش‌بینی (O) و انجام تمرین‌های اصل خوش‌بینی.
پنجم	ادامه‌ی بحث خوش‌بینی (O) و انجام تمرین‌ها در این رابطه؛ آشنایی با سومین اصل، یعنی اصل ارتباطات و شبکه‌ی اجتماعی (S) و انجام تمرین‌های اصل ارتباطات.
ششم	گرفتن میان‌آزمون از اعضای گروه قبل از شروع کلاس و آشنایی بیشتر با اصل "ارتباطات و شبکه‌ی اجتماعی (S)" با انجام تمرین‌هایی بیشتر در این زمینه.
هفتم	آشنایی با چهارمین اصل بسته‌ی مثبت‌نگر، یعنی اصل سپاسگزاری و قدردانی (I) و انجام تمرین‌های اصل سپاسگزاری.
هشتم	آشنایی بیشتر با اصل "سپاسگزاری و قدردانی (I)"، با انجام تمرین‌هایی بیشتر در این زمینه.
نهم	آشنایی با پنجمین اصل بسته‌ی مثبت‌نگر، یعنی اصل مثبت حرف زدن (T) و انجام تمرین‌های اصل مثبت حرف زدن.
دهم	آشنایی با سه اصل آخر بسته‌ی مثبت‌نگر، یعنی اصول ثروت؛ فعالیت‌های داوطلبانه و ورزش (I,V,E) و انجام تمرین‌های مربوط این اصول.
یازدهم	گرفتن پس‌آزمون از اعضای گروه قبل از شروع کلاس؛ مرور کل مطالب؛ نظرسنجی نهایی و برگزاری جشن اختتامیه.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون، پس-آزمون و پیگیری ۴ و ۹ ماهه گروه آزمایشی و کنترل در جدول ۲ آورده شده است.

این پژوهش شامل دو گروه، یک گروه آزمایش (۱۴ نفر) با میانگین سنی ۱۴/۸ و یک گروه کنترل (۱۷ نفر) با میانگین سنی ۱۵/۲ بود.

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی متغیرهای آزمایشی

متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری ۴ ماهه		پیگیری ۹ ماهه	
	گواه	آزمایش	گواه	آزمایش	گواه	آزمایش	گواه	آزمایش
نگرش	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)
ناکارآمد	۱۶۲/۱۲	۱۴۷/۲۹	۱۵۹/۶۵	۱۲۴/۶۴	۱۵۹/۷۳	۱۱۴/۵۷	۱۵۵/۰۶	۱۰۸/۱۴
	(۲۵/۳۷)	(۱۸/۵)	(۳۳/۰۶)	(۱۸/۱۶)	(۲۶/۱۶)	(۲۷/۰۴)	(۲۴/۵۹)	(۲۲/۳)
شادکامی	۴۳/۳۵	۴۷/۱۴	۳۹/۲۹	۶۳/۵۷	۴۲/۴۷	۶۳/۰۷	۳۹/۷۶	۶۱/۳۶
	(۱۰/۵۶)	(۱۳/۶۳)	(۱۴/۲۶)	(۱۴/۵۵)	(۱۳/۸۳)	(۱۹/۳۶)	(۱۱/۲۴)	(۱۳/۴)

انجام آزمون مورد بررسی قرار گیرد. برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس‌ها از آزمون کرویت بارتلست استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ نمایش داده شده است.

برای بررسی تغییرات در میانگین‌های پیش‌آزمون، میان‌آزمون، پس‌آزمون پیگیری یک ماهه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. ابتدا باید برابری ماتریس کوواریانس‌ها به عنوان پیش‌فرض

جدول ۳) نتایج آزمون کرویت بارتلت در مورد مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و شادکامی

مقیاس	اثر درون گروهی	میزان ماچلی	کای مربع تقریبی	درجه آزادی	معناداری
نگرش ناکارآمد	زمان	۰/۵۵	۱۶/۳۹	۹	۰/۰۵
شادکامی	زمان	۰/۵۴	۱۶/۹۱	۹	۰/۰۵

با توجه به میزان ماچلی و با رجوع به پایه لگاریتم مجذور خی، نتایج نشان می‌دهد که شرط برابری ماتریس کوواریانس‌ها در مورد مقیاس نگرش‌های ناکارآمد ($p=0/05$) و شادکامی ($p=0/05$) وجود دارد بنابراین در گزارش نتایج آن باید از آزمون فرض کرویت بارتلت استفاده کرد.

برای مقایسه‌ی تغییرات نگرش‌های ناکارآمد و میزان شادکامی در چهار مرحله‌ی ارزیابی، تغییرات درون گروهی و بین گروهی با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد محاسبه قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴) نتایج تحلیل واریانس برای متغیرهای آزمایشی در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری ۴ و ۹ ماهه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نگرش‌های ناکارآمد					
اثر درون گروهی	۵۷۲۹/۹۵	۳/۳۴	۱۷۱۰/۷	۴/۴۶	۰/۰۰۴*
اثر بین گروهی	۱۰۷۴۲	۱	۱۰۷۴۲	۲۴/۹۳	۰/۰۰۰۱*
خطا	۱۲۴۹۳	۲۹	۴۳۰/۷۹		
شادکامی					
اثر درون گروهی	۲۱۵۳/۶۳	۵	۴۳۰/۷۲	۴/۶۳	۰/۰۰۱*
اثر بین گروهی	۲۵۳۸/۸۴	۱	۲۵۳۸/۸۴	۲۱/۶۶	۰/۰۰۰۱*
خطا	۳۳۹۸/۵۲	۲۹	۱۱۷/۱۹		

* $P < 0/05$

با توجه به جدول ۴ و با تأکید بر میزان F به دست آمده می‌توان مطرح نمود که تفاوت معناداری در کاهش نگرش‌های ناکارآمد و تفاوت معناداری در افزایش میزان شادکامی در گروه مثبت‌نگر در مقایسه با گروه کنترل پس از انجام مداخله و همچنین پس از گذشت چهار ماه و پس از گذشت نه ماه بعد از پایان مداخله وجود دارد.

بحث

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که مداخله‌ی مثبت‌نگر در کاهش نگرش‌های ناکارآمد و افزایش میزان شادکامی مؤثر است. تاکنون پژوهشی در رابطه با تأثیر مداخلات مثبت‌نگر در کاهش نگرش‌های ناکارآمد انجام نشده است؛ اما به طور کلی می‌توان گفت که نتیجه‌ی به دست آمده با مطالعاتی که اثربخشی مداخلات مثبت‌نگر در کاهش مشکلات هیجانی و افزایش میزان شادکامی را نشان می‌دهد [۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲] همسو است.

به طور مثال در مطالعه‌ی سلیگمن، رشید^۱ و پارکس^۲ [۲۰] مداخله‌ی مثبت‌نگر موجب کاهش علائم افسردگی و افزایش میزان شادکامی شده بود. البته در این مطالعه افراد دارای تشخیص بالینی افسردگی بودند، در حالی که در پژوهش حاضر افراد دارای مشکلات پیش‌بالینی بودند.

در مطالعه‌ی دیگر، لیوبومریسکی^۳ و سین^۴، یک فراتحلیل بر روی ۵۱ مداخله‌ی مثبت‌نگر که شامل ۴۲۶۶ آزمودنی بود، انجام دادند. این فراتحلیل با هدف پاسخگویی به سؤالاتی نظیر این سؤالات انجام شد: آیا مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر که با هدف افزایش هیجانات مثبت، رفتارهای مثبت و یا شناخت‌های مثبت انجام می‌شود، باعث ارتقای بهزیستی روان می‌شود و علائم افسردگی را از بین

- 1- Rashid
- 2- Parks
- 3- Lyubomirsky
- 4- Sin

دیدگی گسترده و غیرتوتولی را تجربه می‌کند که این دید غالباً به تفکرات مثبت و خوش‌بینانه منجر می‌شود که این تفکرات خودشان هیجانات مثبت بیشتری را ایجاد می‌کنند و بدین ترتیب حلقه‌های صعودی شکل می‌گیرند که این حلقه‌ها باعث افزایش تاب‌آوری فرد می‌شوند [۲۷]. بنابراین می‌توان گفت هیجانات مثبت نه تنها افکار منفی را کاهش می‌دهند، بلکه باعث ایجاد افکار مثبت و گسترش این افکار می‌شوند.

در مجموع بر اساس مطالب ذکر شده می‌توان گفت مداخله‌ی مثبت‌نگر با افزایش هیجانات مثبت و مشغولیت و معنا باعث کاهش نگرش‌های ناکارآمد در دختران نوجوان شده است.

در رابطه با افزایش معنادار میزان شادکامی نیز می‌توان گفت، یکی از اهداف مهم مداخلات مثبت‌نگر، افزایش شادکامی، بهزیستی و رضایتمندی از زندگی است. شادی حالت خوب بودن ذهنی و از هیجانات مثبت و مطلوب و شامل مجموعه‌ای از هیجانات (به خصوص هیجانات مثبت و لذت‌بخش)، نگرش‌ها (رضایت از زندگی)، عقاید (مانند عقیده به این که همه چیز خوب پیش خواهد رفت) و سایر حالت‌های ذهنی است [۲۸]. شادکامی از مفاهیم اصلی و بنیادی در روان‌شناسی مثبت‌نگر است. همه‌ی تلاش‌های بالینی روان‌شناسی مثبت‌نگر معطوف به افزایش بهزیستی روانی و شادکامی است؛ بنابراین در این رویکرد رسیدن به میزان شادی بیشتر هدف است. افراد، خانواده‌ها و جامعه‌ها برای رسیدن به شکوفایی به افراد شاد نیاز دارند [۲۹]. تمامی هشت اصلی که در این بسته‌ی مثبت‌نگر آموزش داده شد، اصولی بودند که میزان بهزیستی روانی و شادکامی افراد را افزایش می‌دادند [۱۶]. این اصول عبارت‌بودند از: معنا-هدف، خوش‌بینی، روابط اجتماعی، سپاسگزاری کردن، مثبت حرف زدن، ثروت، فعالیت‌های داوطلبانه و ورزش. در همه‌ی این اصول، تمرین‌های زیادی در رابطه با افزایش میزان شادکامی وجود داشت. این تمرین‌ها از جهات مختلف به مسأله‌ی شادی می‌پرداختند و راه‌های متعددی را برای افزایش شادی به افراد نشان می‌دادند؛ به طور مثال در تمرین‌های اصل "سپاسگزاری کردن"، افراد یاد گرفتند که چگونه با ابراز سپاسگزاری و قدردانی به همه‌ی اطرافیان، میزان شادکامی‌شان را افزایش دهند. از دیگر تمرین‌های

می‌برد؟ نتایج نشان داد که مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر، باعث ارتقای چشمگیر بهزیستی روان، افزایش میزان شادکامی و کاهش علائم افسردگی می‌شود [۲۲].

هیجانات مثبت و افزایش آنها یکی از اصول مهم در رویکرد مثبت‌نگر و مداخلات مربوط به این حوزه، از جمله مداخله‌ی به کار گرفته شده در این پژوهش می‌باشد [۲۰]. هیجانات مثبت به تمامی احساسات مثبت، از جمله لذت، شغف، سرمستی و راحتی اطلاق می‌شود. در واقع هیجانات مثبت یکی از اجزای مهم یک "زندگی لذت‌بخش" هستند [۲۳].

نظریه‌ی ساخت و گسترش هیجانات مثبت^۲ یکی از نظریه‌های مهم در حوزه‌ی روان‌شناسی مثبت‌نگر است که به تبیین اهمیت هیجانات مثبت در زندگی می‌پردازد. این نظریه شامل فرضیه‌های گسترش^۳، ساخت^۴، ابطال^۵، تاب‌آوری^۶ و بالندگی^۷ است [۲۴]. بر اساس فرضیه‌ی گسترش، هیجانات مثبت دامنه‌ی محدود تفکر را گسترش می‌دهد و باعث می‌شود فرد بتواند گزینه‌ها و احتمالات مختلف را در نظر بگیرد [۲۵]. گسترش دامنه‌ی افکار، یکی از عواملی است که باعث تعدیل و تغییر نگرش‌های ناکارآمد می‌شود. علاوه بر این، بر اساس فرضیه‌ی ساخت فردریکسون^۸، هیجانات مثبت باعث ایجاد شناخت‌های مثبت و کارآمد نیز می‌شوند. به طور مثال، هیجانات مثبت باعث می‌شوند تا افراد بتوانند دید مثبت‌تری نسبت به مسائل داشته باشند و سختی‌های زندگیشان را به گونه‌ای دیگر تعبیر و تفسیر کنند [۲۶]. تمامی این نکات به تغییر نگرش‌های منفی و ناکارآمد فرد کمک می‌کند.

همچنین بر مبنای فرضیه‌ی تاب‌آوری نظریه‌ی فردریکسون، اثر هیجانات مثبت بیش از اینهاست. هیجانات مثبت باعث ایجاد حلقه‌های صعودی^۹ می‌شود. حلقه‌های صعودی از نظر مفهومی در نقطه‌ی مخالف حلقه‌های نزولی افسردگی قرار دارد. زمانی که فرد هیجانات مثبت دارد،

- 1- pleasant life
- 2- broaden and build theory of positive emotions
- 3- broaden hypothesis
- 4- build hypothesis
- 5- Undoing hypothesis
- 6- resilience hypothesis
- 7- flourish hypothesis
- 8- Fredrickson
- 9- upward spirals

- 7- Dozois DJA, Dobson KS. The prevention of anxiety and depression: Theory, research and practice. Washington DC: American Psychological Association; 2004.
- 8- Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. *Am Psychol.* 2000; 55(1):5-14.
- 9- Rashid T, Seligman MEP. Positive psychotherapy: A treatment manual. New York: Oxford University Press; 2014.
- 10- Karwoski GMG, Ilardi SS. On the integration of cognitive behavioral therapy for depression and positive psychology. *J Cogn Psychother.* 2006; 20(2):162-76.
- 11- Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health.* 2013; 13(3):119-30.
- 12- Szabo M. The short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS21): Factor structure in a young adolescent sample, *J Adolesc.* 2010; 33(1):1-8.
- 13- Asghari MA, Saed F, Dibajian P, Zanganeh J. A preliminary evaluation of the validity and reliability of the Depression, Anxiety, Stress Scale in nonclinical samples. *Daneshvar (Raftar) Shahed University.* 2008; 15(31): 23-38. [Persian].
- 14- Yazdandost R, Rezvantaleb H, Peiravi A. Dysfunctional attitudes, depression and coronary heart disease intensity in CCU inpatient. *IJPCP.* 2001; 6(4):24-44. [Persian].
- 15- Alipoor A, Noorbala A. A preliminary evaluation of the validity and reliability of the Oxford Happiness Questionnaire in Students in the Universities of Tehran. *IJPCP.* 1999; 5(1 and 2):55-66. [Persian].
- 16- O'Honlon B, Bertolino B. The therapist's notebook on positive psychology. New York: Routledge; 2012.
- 17- Delavar A, Applied probability and statistics in psychology and education, Tehran: Roshd; 2013. [Persian].
- 18- Lyubomirsky S, Sheldon KM, Schkade D. Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Rev Gen Psychol.* 2005; 24(8):146-61.
- 19- Seligman MEP, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress. *Am Psychol.* 2005; 60(5):410-20.
- 20- Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *Am Psychol.* 2006; 61(8):774-86.
- 21- Rashid T, Anjum A. positive psychotherapy for children and adolescent. In: Abela JRZ, Hanklin BL, editors. Depression in children and adolescent: Causes, treatment and prevention. New York: Guilford press; 2007. p. 250-88.
- 22- Lyubomirsky S, Sin NL. Enhancing well-being and alleviation depressive symptoms with positive

مؤثر در این زمینه، تمرین مربوط به "تأیید کردن دیگران" بود. در رابطه با این تمرین، فیلمی پخش شد که در افزایش هیجانات مثبت افراد، هم بلافاصله پس از پخش آن و هم تا مدت‌ها بعد، تأثیر زیادی داشت؛ بنابراین نتیجه‌ی به دست آمده کاملاً منطبق با اهداف و فرض‌های رویکرد مثبت‌نگر و محتوای آموزش‌های مثبت‌نگر این پژوهش می‌باشد.

از جمله محدودیت‌های انجام این پژوهش، عدم کنترل دقیق تمام متغیرهای تأثیرگذار و نمونه‌گیری غیرتصادفی می‌باشد؛ علاوه بر این، برای جمع‌آوری اطلاعات و بررسی تغییرات آزمودنی‌ها تنها از گزارش‌های خود افراد استفاده شد. درحالی‌که با به کارگیری روش‌های مختلف می‌توان اطلاعات کامل‌تری در مورد تغییرات آزمودنی‌ها به دست آورد. همچنین ملاکی برای سنجش میزان یادگیری افراد از آموزش‌های ارائه شده در دست نیست. لازم است که اثربخشی مداخله‌ی مثبت‌نگر در مقایسه با سایر مداخلات رایج سنجیده شود. پیشنهاد می‌شود مطالعاتی شبیه به این مطالعه با روش نمونه‌گیری تصادفی انجام شود و در این مطالعات تغییرات آزمودنی‌ها از طریق انجام مصاحبه، مشاهدات بالینی، گزارش‌های والدین و معلمان بررسی شود. همچنین توصیه می‌شود در پژوهش‌های آینده در به کارگیری بسته‌های آموزشی، تفاوت‌های فرهنگی مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد.

منابع

- 1- Newman BM, Newman PR. Development through life: A psychological approach, 3rd ed. Stanford: Woodworth Learning; 2009.
- 2- Nicolson D, Ayers H. Adolescent problems: A practical guide for parents, teachers and counsellors. London: David Fulton; 2004.
- 3- Dobson KS, Dozois DJA. Risk factors in depression. San Diego CA: Elsevier Academic Press; 2008.
- 4- Linely PA, Joseph S. Positive psychology in practice. New York: John Wiley and Sons; 2004.
- 5- Rashid T. Positive Psychotherapy. In: Lopez SJ, editor. Positive psychology: Exploring the best in people. Westport CT: Greenwood Publishing Company; 2008. p. 146-70.
- 6- Biswas R, Dean B. Positive psychology coaching: Putting the science of happiness to work for your clients. New York: John Wiley and Sons; 2007.

- psychology interventions: A practice- friendly meta-analysis. *J Clin Psychol*. 2009; 65(5):467-83.
- 23- Seligman MEP. *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press; 2011.
- 24- Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol*. 2001; 56(3):218-26.
- 25- Fredrickson BL, Branigan C. Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cogn Emot*. 2005; 19(3):313-32.
- 26- Fredrickson BL. The broaden-and-build theory of positive emotions. *Phil Trans R Soc Lond B*. 2004; 359(1449):1367-77.
- 27- Garland EL, Fredrickson BL, Kring AM, Johnson DP, Meyer PS, Penn DL. Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clin Psychol Rev*. 2010; 30(7):849-64.
- 28- Lopez J. *The encyclopedia of positive psychology*. London: Wiley-Blackwell; 2013.
- 29- Martin MW. *Happiness and the good life*. New York: Routledge; 2012.

Effectiveness of Group Intervention Based on Positive Therapy on Dysfunctional Attitudes and Happiness in Adolescent Girls

Jabbari, M. *M.A., Shahidi, Sh. Ph.D., Mootabi, F. Ph.D.

Abstract

Introduction: Positive interventions which focus on positive aspects and strengths of people are kinds of relatively new interventions in psychology. This research has been conducted in order to investigate how effective the positive intervention is in decreasing dysfunctional attitudes and in increasing level of happiness in adolescent girls.

Method: Using available sampling method, 31 girls were selected and randomly assigned in experimental and control groups. Trainings based on positive therapy were given to the experimental group during eleven weekly sessions of two-hour duration each. During this period, control group was given no training at all. Dysfunctional attitudes were measured by using Weissman scale of Dysfunctional Attitude and the rate of happiness was measured by using Oxford Happiness Inventory, and both were done before and after intervention, 4 and 9 months after the intervention ended.

Results: Repeated measures showed that in comparison with the control group, positive trainings significantly reduced dysfunctional attitudes, and increased rate of happiness.

Conclusion: Based on these results, it can be claimed that positive intervention not only decreases dysfunctional attitudes, but also increases happiness. Therefore, this method can be used to reduce psychological problems which underlie psychological disorders. This intervention can also improve quality of life.

Keywords: Positive Therapy, Dysfunctional Attitudes, Happiness, Adolescent Girls

*Correspondence E-mail:
jabari.mahsa@gmail.com