



دانشگاه علامه طباطبائی

پردیس نیمه حضوری دانشگاه

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره گرایش مدرسه

اثر بخشی مداخلات روان درمانی مثبت بر کاهش افسردگی و افزایش خودکارآمدی

دانش آموزان دختر مقطع اول دبیرستان منطقه ۱۱ شهر تهران

نگارش:

مهرناز امرودی

استاد راهنما:

دکتر کیومرث فرح بخش

استاد مشاور:

دکتر عزت اله کرد میرزا

زمستان ۱۳۹۱





دانشگاه علامه طباطبائی

پردیس نیمه حضوری دانشگاه

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره گرایش مدرسه

اثر بخشی مداخلات روان درمانی مثبت بر کاهش افسردگی و افزایش
خودکارآمدی دانش آموزان دختر مقطع اول دبیرستان منطقه ۱۱ شهر تهران

نگارش:

مهرناز امرودی

استاد راهنما:

دکتر کیومرث فرح بخش

استاد مشاور:

دکتر عزت اله کرد میرزا

زمستان ۱۳۹۱

تقدیم به مادر مهربانم

پدر بزرگوارم

سپاس خدای را که مرا در مسیر رشد و علم آموزشی قرار داد.

همچنین در انجام پژوهش حاضر سپاسگزار همکاری این دوستان هستم :

جناب آقای دکتر کیومرث فرح بخش

جناب آقای دکتر عزت اله کرد میرزا

جناب آقای دکتر حسین سلیمی

سرکار خانم ایران دوست، مسئول مشاوره آموزش و پرورش منطقه ۱۱ شهر تهران

سرکار خانم ثقفی، مدیر مدرسه بنت الهدی

سرکار خانم عصاره و سرکار خانم معتوقی، مشاورین محترم مدرسه

کلیه کارکنان مدرسه و تمامی دانش آموزان گروه آزمایش و کنترل

برای تمامی این عزیزان سلامتی و سعادت را از خداوند متعال خواستارم.

چکیده

تحقیق حاضر اثربخشی مداخلات روان درمانی مثبت را بر کاهش افسردگی و افزایش خودکارآمدی دانش آموزان دختر مقطع اول دبیرستان منطقه ۱۱ شهر تهران با استفاده از طرح نیمه آزمایشی پیش آزمون، پس آزمون، (مرحله پیگیری) با گروه آزمایش و کنترل مورد بررسی قرار داد. ابتدا از بین تمامی دبیرستان های منطقه ۱۱ شهر تهران یک مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس بر روی دانش آموزان پایه اول آن مدرسه پرسشنامه افسردگی بک و خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران اجرا گردید و در نهایت از بین کسانی که نمرات افسردگیشان از متوسط تا شدید و مایل به شرکت در جلسات بودند، ۲۸ نفر انتخاب و در دو گروه ۱۴ نفری آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. مداخلات روان درمانی مثبت در ۸ جلسه دو ساعته بر روی گروه آزمایش اجرا شد. ابزارهای اندازه گیری یکبار پس از اتمام جلسات و بار دیگر یک ماه و نیم بعد از اتمام جلسات بر روی گروه آزمایش و کنترل انجام شدند. داده ها با استفاده از آزمون های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. فرضیه های تحقیق به شرح زیر بودند: ۱- مداخلات روان درمانی مثبت موجب کاهش افسردگی دانش آموزان می شود. ۲- مداخلات روان درمانی مثبت موجب افزایش خودکارآمدی عمومی دانش آموزان می شود. مقایسه میانگین نمرات افسردگی و خودکارآمدی دانش آموزان در دو مرحله پیش و پس آزمون و نیز تحلیل داده ها نشان دادند که مداخلات روان درمانی مثبت تاثیر معناداری در کاهش افسردگی و افزایش خودکارآمدی دانش آموزان داشته است. به عبارت دیگر مداخلات روان درمانی مثبت موجب کاهش افسردگی و افزایش خودکارآمدی عمومی دانش آموزان میشود.

کلید واژه ها : روان درمانی مثبت نگر^۱، افسردگی^۲، خودکارآمدی^۳

فهرست مطالب

شماره صفحه

عنوان

فصل اول : کلیات تحقیق

۱.....	مقدمه
۳.....	بیان مسئله
۶.....	اهمیت و ضرورت تحقیق
۷.....	اهداف تحقیق
۷.....	فرضیه های تحقیق
۸.....	تعاریف مفاهیم و واژگان اختصاصی طرح
۸.....	الف : تعاریف نظری متغیر های پژوهش
۹.....	ب : تعاریف عملیاتی متغیرهای پژوهش

فصل دوم : مبانی نظری پژوهش و مروری بر تحقیقات پیشین

۱۱.....	مقدمه
۱۲.....	الف : مفاهیم و مبانی نظری افسردگی
۱۲.....	تعریف افسردگی و نشانه های آن
۱۵.....	افسردگی در نوجوانان
۱۷.....	تفاوت افسردگی در کودکان و نوجوانان در مقایسه با بزرگسالان
۱۸.....	میزان شیوع افسردگی و تفاوت های جنسیتی در آن
۲۰.....	دلایل تفاوت جنسی در بروز افسردگی
۲۱.....	سبب شناسی افسردگی در نوجوانان
۲۲.....	دیدگاه های مربوط به افسردگی
۲۲.....	دیدگاه زیست شناختی
۲۴.....	دیدگاه روان پویایی
۲۵.....	دیدگاه رفتاری
۲۶.....	دیدگاه شناختی
۲۷.....	دیدگاه انسانگرایی - هستی گرایی

۲۸	دیدگاه میان فردی.....
۲۹	دیدگاه روانشناسی مثبت.....
۳۰	ب : مبانی و مفاهیم نظری خودکار آمدی.....
۳۰	نظریه شناختی - اجتماعی یادگیری و مفهوم خودکار آمدی.....
۳۴	خودکار آمدی عمومی.....
۳۵	ابعاد خودکار آمدی.....
۳۶	منابع خودکار آمدی.....
۳۸	فرآیندهای فعال شونده مرتبط با خودکار آمدی.....
۴۰	عوامل مؤثر بر خودکار آمدی.....
۴۰	بافت خانواده.....
۴۱	مدرسه.....
۴۲	دوستان و همسالان.....
۴۲	ارتقای باورهای خودکار آمدی.....
۴۴	خودکار آمدی و جنسیت.....
۴۴	خودکار آمدی در دانش آموزان.....
۴۶	ج: مبانی و مفاهیم نظری روان شناسی مثبت.....
۴۶	پیشینه روان شناسی مثبت.....
۴۸	تعریف روان شناسی مثبت و ابعاد آن.....
۵۰	مفروضه های روان شناسی مثبت.....
۵۲	رویکرد روان شناسی مثبت به زندگی خوب.....
۵۷	فرآیند روان درمانی مثبت.....
۵۹	د: مروری بر تحقیقات انجام شده در داخل و خارج از کشور.....
۵۹	تحقیقات انجام شده در خارج از کشور.....
۶۶	تحقیقات انجام شده در داخل کشور.....
	فصل سوم : روش شناسی تحقیق
۶۹	مقدمه.....

۶۹	طرح تحقیق.....
۶۹	جامعه آماری.....
۶۹	روش نمونه گیری.....
۷۰	ابزارهای اندازه گیری.....
۷۰	پرسشنامه افسردگی بک (فرم تجدیدنظرشده، ضمیمه در پیوست ۳).....
۷۰	روایی و پایایی پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II).....
۷۱	پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (ضمیمه در پیوست ۲).....
۷۲	روایی و پایایی پرسشنامه خودکارآمدی عمومی.....
۷۲	روش اجرای پژوهش.....
۷۳	خلاصه جلسات روان درمانی مثبت.....
۷۴	روش تجزیه و تحلیل داده ها.....

فصل چهارم : تجزیه و تحلیل آماری یافته های تحقیق

۷۵	مقدمه.....
۷۶	بخش اول : آمار توصیفی.....
۷۶	نمونه آماری.....
۷۶	فراوانی نمرات افسردگی.....
۷۷	فراوانی نمرات خود کارآمدی.....
۷۹	میانگین و انحراف معیار.....
۸۱	بخش دوم : آمار استنباطی.....
۸۱	بررسی یافته های مربوط به آزمون فرضیه ها.....
۸۲	آزمون فرضیه اول:.....
۸۴	آزمون فرضیه دوم:.....
۸۶	یافته های جانبی تحقیق.....

فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری

۹۳	فرضیه اول.....
----	----------------

۹۶	فرضیه دوم.....
۹۸	نتیجه گیری.....
۹۹	محدودیت های تحقیق.....
۹۹	پیشنهاد های تحقیق.....
۹۹	الف) پیشنهاد های پژوهشی.....
۹۹	ب) پیشنهادات کاربردی.....
۱۰۰	منابع فارسی.....
۱۰۳	منابع انگلیسی.....
۱۰۹	پیوست ها.....
۱۱۰	پیوست شماره ۱: خلاصه جلسات روان درمانی مثبت.....
۱۱۹	پیوست شماره ۲: پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر.....
۱۲۰	پیوست شماره ۳: پرسشنامه افسردگی بک (فرم تجدید نظر شده).....
۱۲۳	پیوست شماره ۴: پرسشنامه طبقه بندی توانمندی ها و فضیلت ها.....

فصل اول

کلیات تحقیق

مقدمه

در حال حاضر افسردگی^۱ یکی از شایع ترین اختلالات روانی می باشد و در سراسر جهان همچنان به عنوان مشکل عمده سلامت عمومی باقی مانده است (سیلیک، آگوئر و بای^۲، ۲۰۱۱). تا دهه ۱۹۷۰، افسردگی در نوجوانان آن طور که باید به رسمیت شناخته نمی شد و وجود آن را در نوجوانان به اندازه افسردگی در بزرگسالان جدی نمی گرفتند. دوره های ابتلا به بحران افسردگی در نوجوانها را حتی وقتی حالت جدی تری پیدا می کرد، ناشی از استرس شدید و یا مسائل رشدی تلقی می کردند. اما دیری نگذشت که این باورها زیر سوال رفتند و حقایقی در مورد افسردگی نوجوان ها کشف گردید (موندیمور^۳، ترجمه قراچه داغی، ۱۳۸۴). افسردگی در نوجوانان ممکن است از نظر تشخیصی متفاوت با افسردگی در بزرگسالان باشد (هاراسیلتا، مارتونن، کاپریو و آرو^۴ به نقل از طهماسیان و اناری، ۱۳۸۸). نوجوانان افسرده ممکن است به جای آنکه مانند بزرگسالان افسرده چهره غمناک به خود بگیرند و همدردی دیگران را جلب کنند خشمناک به نظر برسند. برخی از آنها به سوء مصرف مواد مخدر و الکل روی می آورند، اطرافیان را طرد می کنند و مایل به برقراری رابطه با آنها نیستند و در موارد شدید تمایل به خود کشی دارند (اکبری، ۱۳۸۷).

بررسی درباره میزان شیوع افسردگی در نوجوانان و دانش آموزان نتایج متفاوتی داشته اند. به طور کلی در میان نوجوانان، حدود ۵ درصد از جمعیت کلی آنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی هستند و در میان نوجوانان بستری شده و یا در جمعیت بالینی، این میزان بالاتر و به اندازه ۴۰ درصد در نوجوانان می باشد (سادوک و سادوک^۵، ۲۰۰۳). کاپلان^۶ و سادوک (۲۰۰۹) عنوان می کنند که نرخ شیوع افسردگی در طول زندگی در میان زنان و مردان کشورهای مختلف جهان اول، تقریباً ۱۵ تا ۲۵ درصد است و بر اساس تخمین سازمان بهداشت جهانی، ۲۵ درصد از کل افرادی که به مراکز بهداشتی مراجعه می کنند به علت افسردگی است (به نقل از فلاح ابراهیم نژاد، ۱۳۹۰).

1-Depression

2- Csillik, Aguerre & Bay

3- Mondimore

4- Haarasilta, Marttunen, Kaprio & Aro

5- Sadock

6-Kaplan

عوامل روانی- اجتماعی بسیاری با سبب شناسی افسردگی در نوجوانی ارتباط دارند و نظریه های بسیاری همچون درماندگی آموخته شده، سبک اسناد منفی (هارینگتون^۱، ۱۹۹۹)، طرحواره های شناختی منفی (هاوتون^۲، ۱۹۹۰)، فقدان تقویت کننده های مثبت مشروط بر پاسخ (لوینسون و کلارک^۳، ۱۹۹۰) و نقص در خودگردانی (کلارک، ۱۹۹۷)، بر عامل یا عوامل خاصی از تعیین کننده های موثر بر افسردگی تاکید دارند. نظریه شناختی اجتماعی بندورا^۴ یک مدل عاملیتی از افسردگی را ارائه می دهد که در آن فرد به جای آن که دستخوش تاثیر استرس های محیطی بر روی آسیب پذیری های فردی شود نقش عاملی در سازگاری خود دارد. در این مدل، عواملی که باعث سازگاری موفق فرد می شوند، او را قادر می سازند تا به شکل فعالی بر رویدادها عمل نماید، آنها را انتخاب کند، سازماندهی کند یا تغییر دهد. به عبارتی این عوامل نه تنها محافظ فرد در برابر سختی ها و رویدادها هستند بلکه به عنوان ابزاری فرد را قادر می سازند تا با به کار گیری فعال آنها خود و محیطش را تغییر دهد (به نقل از طهماسیان، جزایری، محمد خانی، قاضی طباطبایی، ۱۳۸۵).

در میان مکانیسمهای عاملیت انسانی هیچ مفهومی مهمتر و فراگیرتر از باور شخص به خودکارآمدی اش در مدیریت عملکرد و اعمال کنترل بر رویداد هایی که بر زندگی اش تاثیر می گذارد نیست (بندورا، ۱۹۹۷، ۲۰۰۱، ۲۰۰۴). بندورا (۱۹۸۶) خودکارآمدی^۵ را به عنوان " قضاوت افراد در مورد تواناییهایشان به منظور سازماندهی و انجام یک رشته از فعالیتهای مورد نیاز جهت رسیدن به انواع تعیین شده از عملکرد" تعریف کرده است (ازان، گوندگو، بی و سلکان^۶، ۲۰۱۲). بندورا نشان می دهد که تمام درمان های رفتاری ممکن است از طریق افزایش در خودکارآمدی عمل کنند. افراد افسرده اغلب سطوح پایینی از خودکارآمدی دارند و بندورا (۱۹۹۷) بیان می کند که خودکارآمدی پایین به باقی ماندن افسردگی در بیماران کمک می کند (وایت، کندریک و یاردلی^۷، ۲۰۰۹). یافته ها نشان می دهند که خودکارآمدی در دانش آموزان بر میزان انگیزندگی، پشتکار در انجام تکالیف، تنظیم اهداف به وسیله آنان، انتخاب هایی که می کنند و به کارگیری راهبردهای شناختی، فرا شناختی و خود تنظیمی آنان تاثیر می گذارد (دینتر، داچی و سگرس^۸، ۲۰۱۱).

خودکارآمدی از جمله نیرومندی های مثبت آدمی است که به موازات گسترش روان شناسی مثبت^۹ توجه مضاعف تعداد کثیری از روانشناسان را به خود معطوف داشته است (سلیگمن و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۵). به نقل از نجفی، ۱۳۸۸). روانشناسی مثبت، مطالعه شرایط و فرایندهایی است که منجر به شکوفایی یا عملکرد مطلوب

1- Harrington

2- Hawton

3-Lewinsohn & Clark

4- Bandura

5-Self-efficacy

6- Ozan, Gundogdu, Bay & Celkan

7-White, Kendrick & Yardley

8-Dinther, Dochy & Segers

9-Positive psychology

10-Seligman & et al

مردم، گروهها و موسسات می شود. بر اساس این تعریف، روانشناسی مثبت دارای سابقه ای طولانی است که به نوشته های ویلیام جیمز در مورد هشیاری سالم^۱ که در سال ۱۹۰۲ مطرح کرد، توجه آلپورت به ویژگی های انسانی مثبت^۲ در سال ۱۹۵۸، حمایت مازلو از انجام مطالعات بر روی افراد سالم به جای افراد بیمار در سال ۱۹۶۸ و تحقیقات کوآن^۳ در مورد تاب آوری کودکان و نوجوانان (به عنوان مثال، کوآن، ۲۰۰۰) باز می گردد. با این حال به دلایلی بعد از نیمه قرن بیستم مطالعه آن جنبه های روانی مثبت که زندگی را با ارزش می سازند نادیده گرفته شد و مطالعه در مورد اختلال و آسیب در مرکز توجه قرار گرفتند. روانشناسی مثبت میل به رسمیت شناختن این عدم تعادل دارد و انجام تحقیقات در حوزه های نادیده گرفته شده را مورد تشویق و توجه قرار می دهد (گیبل، هیت^۴، ۲۰۰۵).

روانشناسی مثبت مطالعه هیجانانگیز مثبت و منفی را به صورت کاملاً یکپارچه پیشنهاد می کند و بر این فرض استوار است که چنین رویکرد یکپارچه ای در درک و درمان اختلالات روانی موفق تر خواهد بود (وود، تریئر^۵، ۲۰۱۰). در نهایت سلیگمن و رشید در سال ۲۰۰۶ به تدوین بسته آموزشی روان درمانی مثبت بر اساس سه مولفه لذت^۶، تعهد^۷ و معنا^۸ اقدام کردند. در این پژوهش پروتکل روان درمانی مثبت بر روی دانش آموزان دبیرستانی دختر به منظور کاهش افسردگی و افزایش خودکارآمدی آنان اجرا شده و نتایج حاصل از این پژوهش در گزارش حاضر مورد بحث قرار گرفته است.

بیان مسئله :

افسردگی و شدت علائم آن به میزان قابل توجهی در سنین بلوغ افزایش می یابد. این افزایش به خصوص در دختران بیشتر است به طوری که دختران نوجوان نسبت به همسالان پسر خود، دو تا سه برابر بیشتر احتمال دارد به افسردگی مبتلا شوند (انگلد، ارکانلی، سیبرگ، ایوس و کاستلو^۹، ۲۰۰۲، بیرماهر و همکاران، ۱۹۹۶، به نقل از پاسل، ادلسون و هاتزینگر، ۲۰۱۱). با وجود درمان های جاری همچون درمان های شناختی و رفتاری که در حال حاضر کاربرد دارند، هنوز هم درمان افسردگی نسبتاً دشوار است. درمانهای دارویی ضد افسردگی نیز با این حال که برای بسیاری از افراد افسرده مفید هستند، اشکالات و عوارض جانبی بسیاری دارند. از سوی دیگر نگهداشتن دراز مدت اثرات درمان نیز یک مشکل اساسی به شمار می آید و با توجه به احتمال زیاد عود افسردگی، اجتناب از آن بسیار دشوار است (سیلسک، اگوئر و بای، ۲۰۱۱).

1- Healthy mindedness

2-Positive human characteristics

3-Cowan

4--Gable,Haidt

5--Wood,Tarrier

6-Pleasant

7-Engagement

8-Meaning

9-Angold, Erkanli, Siberg, Eaves & Costello

افسردگی برای افراد، خانواده ها و جوامع بسیار ناتوان کننده است، به طوری که در هر سال هزینه های پزشکی زیادی صرف درمان آن می شود. در اینجا این سوال مطرح می شود که چرا با وجود انواع مختلفی از درمان های تجربی برای افسردگی، همچنان تعداد تکان دهنده ای از افراد از این بیماری ناتوان کننده رنج می برند؟ در این رابطه به دو تبیین احتمالی می توان اشاره کرد: تبیین اول این است که بسیاری از افراد برای درمان افسردگی خود به دلیل انگ همراه با بیماری های روانی و یا نداشتن منابع مالی لازم جهت درمان اقدام نمی کنند به طوری که تنها حدود ۱۴/۸ درصد از افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده مشاوره لازم را از ارائه دهندگان خدمات سلامت روان در طول یک دوره یکساله دریافت می کنند (یونگ، کلاپ، شربرن و ولز^۱، ۲۰۰۱، به نقل از سین، دلاپرتا، لیبومیرسکی^۲، ۲۰۱۰). در بیان تبیین دوم باید گفت که درمان های موجود افسردگی برای همه افراد موثر نیستند. در واقع حتی کمتر از نیمی از بیمارانی که تحت درمان شناختی-رفتاری (CBT)^۳ که مسلماً یکی از موثرترین درمانهای افسردگی به شمار می آید و گسترده ترین تحقیقات را به خود اختصاص داده است به طور کامل از افسردگی بهبود می یابند. بنابر این روشهای درمانی جدید باید در دسترس و متناسب با نیاز های فردی باشند و منابع با دوام جهت جلوگیری از عود مجدد افسردگی ایجاد کنند (سین، دلاپرتا، لیبومیرسکی، ۲۰۱۰). بر این اساس نیاز به درمانی یکپارچه، جامع و موثر برای افسردگی به دلیل نرخ بالای بازگشت آن وجود دارد (لیتل، کلیگلر، همل، بلیسل و مرل^۴، ۲۰۰۹). این نیاز برای درمان افسردگی در نوجوانان به دلیل عواقب طولانی مدت آن در ابعاد مختلف زندگی آینده شان بیشتر احساس می شود. همچنین تحقیقات نشان داده اند که همبستگی منفی بین افسردگی و باورهای خودکارآمدی دانش آموزان وجود دارد و خودکارآمدی تاثیر زیادی بر عملکرد تحصیلی دانش آموزان نسبت به باورهای انگیزشی دیگر دارد (هوئی و و^۵، ۲۰۰۹). کاهش افسردگی دانش آموزان و تقویت باورهای خودکارآمدی آنان می تواند سلامت عمومی افراد و پیشرفت همه جانبه جوامع در آینده را میسر سازد.

تمرکز اصلی روانشناسی و روانپزشکی پس از جنگ جهانی دوم تنها ارزیابی، درک و درمان بیماری های روانی، آسیبها و کمبودها بوده است، در حالی که صرفاً تسکین درد و رنج و کاهش بیماری ها منجر به بهزیستی و رضایتمندی از زندگی نمی شود، بلکه تمرکز صرف بر درمان اختلالات روانی تنها حذف یکی از موانع رسیدن به بهزیستی و زندگی خوب است. باید در نظر داشت که سلامت روانی و بهزیستی حالتی فراتر از فقدان بیماری و افسردگی است. وظیفه درمانگر تنها از بین بردن هیجانات منفی و اختلالات روانی همچون افسردگی نیست بلکه کمک به افراد در ایجاد زندگی لذت بخش، درگیرانه و معنا مند خواهد بود (داک ورت،

1-Young,Klap,Sherbourne & wells

2- Sin, Della porta, Lyubomirsky

3-Cognitive therapy behavior

4-Little,Kligler,Homel,Belisle & Merrell

5-Huei wu

استین و سلیگمن، ۲۰۰۵). شاید بتوان ادعا کرد دلیل عمده آنکه درمان افسردگی با وجود روشهای مختلف درمانی همچنان مشکل می باشد و همچنان افت عملکرد تحصیلی دانش آموزان را با وجود پیشرفت در راهکارهای آموزشی مشاهده می کنیم، همین تمرکز صرف بر هیجانات منفی و عدم تمرکز بر توانمندی های منش افراد بوده است. بنابر این مداخلات روانشناختی به منظور کاهش افسردگی، باید علاوه بر از بین بردن علائم بیماری، افزایش شادی و بهزیستی افراد را مد نظر قرار دهند و افسردگی و شادی را بر روی پیوستار یکسانی ترسیم کنند. به همین ترتیب مداخلات لازم جهت افزایش شادی و بهزیستی باید همچنین از طریق کاهش افسردگی عمل کنند (وود و تریئر، ۲۰۱۰).

روانشناسی مثبت، گرایشی نو در روانشناسی است که تسهیل گر چنین راهی شده است. این گرایش نو مسیر سعادت و شادکامی انسان ها را تاکید بر هیجانات مثبت به جای توجه صرف به هیجانات منفی، داشتن زندگی خوب و غوطه وری در آن و معنا داری زندگی می دانند. پترسون (۲۰۰۶) معتقد است روان شناسی مثبت گذشته ای طولانی و پیشینه ای بسیار کوتاه دارد. با این حال آنچه که به عنوان روانشناسی مثبت شناخته می شود به طور مشخص از سال ۱۹۹۸ و توسط سلیگمن آغاز و از سال ۲۰۰۰ با اختصاص یکی از شماره های مجله روان شناسی آمریکایی به این رشته، رسماً در متون روان شناسی وارد شد. سلیگمن و همکاران بر اساس نتایج حاصل از مطالعات گوناگون و مداخله هایی که از متون و منابع مختلف و مبتنی بر انواع سه گانه زندگی خوب (زندگی شادمانه، زندگی درگیرانه و زندگی با معنا) حاصل شده است، به تدوین یک بسته آموزشی برای افزایش خشنودی از زندگی و زندگی شادمانه پرداختند و سپس در مطالعات گوناگون اثر بخشی آن را آزمودند. این بسته آموزشی که قابلیت اجرا به دو شکل گروهی و فردی را دارد سرانجام به عنوان روان درمانی مثبت توسط سلیگمن و همکاران در سال ۲۰۰۶ ارائه شد (به نقل از براتی سده، ۱۳۸۸).

روانشناسان مثبت مدعی اند که فنون مورد نظرشان نه تنها از سطح افسردگی افراد و جوامع می کاهند، بلکه راه و روش درست زندگی کردن و در نتیجه رضایتمندی از زندگی و در نهایت سعادت‌مندی را نیز به افراد آموزش می دهند (سلیگمن، سیکزنتی میهالی^۱، ۲۰۰۰، به نقل از براتی سده، ۱۳۸۸). با توجه به این ادعا تحقیق حاضر به منظور پاسخگویی به این سوالات انجام می شود :

۱- آیا مداخلات روان درمانی مثبت موجب کاهش افسردگی دانش آموزان می شود؟

۲- آیا مداخلات روان درمانی مثبت موجب افزایش خودکارآمدی عمومی دانش آموزان می شود؟

اهمیت و ضرورت تحقیق :

افسردگی یکی از اختلالات روانیست که شیوع بالایی را در سنین نوجوانی نشان داده است. افسردگی در نوجوانان احتمال اقدام به خودکشی، سوء مصرف مواد مخدر، مشکلات رفتاری و ارتباطی و همچنین افت عملکرد تحصیلی در دانش آموزان را افزایش می دهد و به شکلی مستقیم زیان اقتصادی سنگینی را بر خانواده ها و جوامع تحمیل می کند (ناصر، ۱۳۸۶، به نقل از طهماسیان و اناری، ۱۳۸۸).

مطالعات همه گیر شناسی شیوع افسردگی را ۵ تا ۸ درصد در نوجوانان برآورد کرده اند. ظرف مدت ۵ سال از شروع اختلال افسردگی عمده، ۷۰ درصد از کودکان و نوجوانان افسرده عود بیماری را تجربه خواهند کرد (لوینسون و همکاران^۱، ۱۹۹۴، کواکس و همکاران^۲، ۱۹۸۴؛ راو و همکاران^۳، ۱۹۹۵؛ به نقل از کافمن، مارتین، کینگ و کارنی^۴، ۲۰۰۱). مطالعات نشان داده اند که میزان افسردگی در نوجوانان دختر بیشتر از همسالان پسرشان است. به این ترتیب می توان نتیجه گرفت که دختران بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی و پیشرفت بیماری هستند. همچنین دختران در مقایسه با پسران از شرکت در برنامه های پیشگیری و درمان افسردگی به احتمال بیشتری بهره مند خواهند شد. علاوه بر شیوع بالای افسردگی و اثرات دراز مدت منفی آن در نوجوانان، در حال حاضر خدمات سلامت روان نیز برای نوجوانان ناکافی می باشد (پاسل، ادلسون و هاتزینگر^۵، ۲۰۱۱).

اطلاعات بالینی و همه گیر شناسی نشان داده است که با وجود جمعیت بالای نوجوانان افسرده، آنان خدمات درمانی چندانی دریافت نمی کنند (به عنوان مثال برنز، ۱۹۹۱)، کلر و همکاران، ۱۹۹۱)، هابرم، ۱۹۹۲)، وو و همکاران (۱۹۹۹). تعداد کمی از نوجوانان افسرده به عنوان بیمار، نیازمند به دریافت خدمات درمانی تشخیص داده می شوند و البته از آن تعداد تشخیص داده شده نیز، نوجوانان کمی خدمات مورد نیاز را دریافت می کنند. نرخ پایین درمان در نوجوانان، می تواند از طریق دسترسی محدود آنان به مراکز درمانی و یا عدم مراجعه آنان به مراکز درمان های روانی تبیین شود. در واقع ایجاد و گسترش درمان های کوتاه مدت و قابل اجرا برای نوجوانان ضروری می باشد (مرادی، شگری و دانشور، ۱۳۸۶).

آنچه به طور بالقوه می تواند واسطه غیر مستقیم تغییر در افسردگی باشد تغییر در خودکارآمدی است (ویت، کندریک و یاردلی^۶، ۲۰۰۹). مطالعات انجام شده، یک همبستگی منفی بین خودکارآمدی و افسردگی را نشان داده اند. این بدان معنی است که خودکارآمدی پایین با سطح بالای افسردگی در ارتباط

1-Levinsohn et al

2-Kovacs et al

3-Rao et al

4-Kaufman, Martin, King & Charney

5- Pospel, Adelson & Hautzinger

6- White, Kendrick & Yardley

است (موریس،^۱ ۲۰۰۲). باورهای خودکارآمدی همچنین از عوامل تاثیر گذار در پیشرفت تحصیلی دانش آموزان می باشد و می تواند نوید بخش قابلیت‌های بعدی در تکمیل وظایف محول شده و موفقیت در فعالیتهای تحصیلی آنان باشند (توکلی زاده و ابراهیمی قوام، ۲۰۱۱). به همین دلیل به کارگیری مداخلاتی که در آن نهاد آموزش و پرورش بتواند به شکلی مستقیم و غیر مستقیم اقدامی در جهت افزایش خودکارآمدی دانش آموزان و کاهش افسردگی آنان که سرمایه های انسانی جوامع جهت دستیابی به پیشرفت همه جانبه هستند انجام دهد حائز اهمیت بسیار می باشد.

مداخلات روانشناسی مثبت می تواند اختلالات روانی را نه تنها از طریق کاهش نشانگان منفی بلکه به گونه ای موثر و مستقیم از طریق ایجاد هیجانات مثبت، توانمندیهای منش و معنا درمان کند. همچنین با ایجاد منابع مثبت می تواند تاثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و نیز سدی برای وقوع مجدد آنها باشد (به نقل از کرد میرزا، ۱۳۸۸). از سوی دیگر روان درمانی مثبت به دلیل تاکید بر توانمندی های بالقوه افراد و ایجاد منابع مثبت ممکن است بتواند سطح خودکارآمدی دانش آموزان را که با افسردگی آنان در ارتباط است افزایش دهد. بنابر این با توجه به شیوع بالای افسردگی در نوجوانان و اثرات منفی طولانی مدت آن و نقش مهم باورهای خودکارآمدی در پیشرفت دانش آموزان و به تبع آن جوامع انجام مداخلات کوتاه مدت و قابل اجرای روان درمانی مثبت و سنجش اثربخشی آن ضرورت می یابد. همچنین مداخلات مثبت نیاز به یک موج جدیدی از تحقیقات دارند تا به همان دقت مداخلات بالینی مورد آزمایش قرار گیرند (وود و تریئر، ۲۰۱۰). بنابراین تحقیق حاضر می تواند تا حدودی پاسخگوی این نیاز باشد.

اهداف تحقیق

اهداف تحقیق حاضر عبارتند از :

- ۱- تعیین اثربخشی مداخلات روان درمانی مثبت بر کاهش افسردگی دانش آموزان
- ۲- تعیین اثربخشی مداخلات روان درمانی مثبت در افزایش خودکارآمدی عمومی دانش آموزان

فرضیه های تحقیق

- ۱- مداخلات روان درمانی مثبت موجب کاهش افسردگی دانش آموزان می شود.
- ۲- مداخلات روان درمانی مثبت موجب افزایش خودکارآمدی عمومی دانش آموزان می شود.

تعاریف مفاهیم و واژگان اختصاصی طرح

الف: تعاریف نظری متغیر های پژوهش

در تحقیق حاضر چندین متغیر به کار رفته است که در این بخش تعریف نظری آنها ارائه می شود:

افسردگی: افسردگی افت فراگیر خلق است که همراه با احساس غمگینی وعدم توانایی تجربه لذت می باشد (گیلدر، ۲۰۰۷، به نقل از ملا باقری و همکاران، ۱۳۸۵) و طبق راهنمای تشخیص اختلالات روانی علائم زیر (حدود ۵ مورد یا بیشتر) حداقل باید به مدت دو هفته در فرد وجود داشته باشند. یکی از این علائم باید خلق افسرده و یا کاهش لذت باشد. سایر علائم عبارتند از کاهش وزن یا در مواردی افزایش آن، بی خوابی و یا در مواردی خواب بیش از حد، کاهش فعالیتهای ارادی، خستگی یا کاهش انرژی، احساس بی ارزشی یا احساس گناه بیش از حد، کاهش تمرکز، افکار مربوط به خودکشی و مرگ (فیتز پاتریک و شری، ترجمه اقبالیان، ۱۳۸۶).

خودکارآمدی عمومی: از نظر جودگ و همکاران^۱ (۱۹۹۸) خودکارآمدی عمومی ادراک فرد از توانایی هایش برای رویارویی با انواعی از شرایط و موقعیت ها می باشد. خودکارآمدی عمومی نشان دهنده حسی فراگیر از اطمینان به توانایی های فردی در رویارویی با طیف گسترده ای از موقعیتهای نسبتاً تنش زا، تهدید کننده و یا دشوار است (جودگ، بونو^۲، ۲۰۰۱، لوتانس و همکاران^۳، ۲۰۰۶ به نقل از سونگ و چن^۴، ۲۰۱۲).

روان درمانی مثبت: روان درمانی مثبت، از لحاظ تجربی رویکردی معتبر به روان درمانی است که توجه ویژه ای به بنا نهادن توانمندی ها و هیجان های مثبت مراجع دارد و معنا را در زندگی مراجعان به خاطر تسکین آسیب شناسی روانی و تقویت شادی افزایش می دهد (مگیارمو، ۲۰۰۹، به نقل از فروغی، ۱۳۸۹). هدف روانشناسی مثبت آغاز تغییر در تمرکز روانشناسی از تمایل صرف آن به ترمیم آسیب و بدترین امور در زندگی به همچنین ساخت شرایط و ویژگیهای مثبت است (سلیگمن، سیکزنتی میهالی، ۲۰۰۰)

1-Judge et al
2-Judge ,bono
3-Luthans et al
4-Song & chon

ب) تعاریف عملیاتی متغیرهای پژوهش :

افسردگی: در این پژوهش افسردگی دانش آموزان از نظر عملیاتی نمره ای است که آنان در پرسشنامه بک تجدید نظر شده (BDI-II) کسب می کنند.

خودکارآمدی عمومی: در این پژوهش خودکارآمدی عمومی دانش آموزان بر اساس نمره ای که آنان از پرسشنامه خودکارآمدی شرر و همکاران (۱۹۸۲) به دست می آورند سنجیده می شود.

روان درمانی مثبت: از نظر عملیاتی شامل یک مدل روان درمانی مثبت است که توسط سلیگمن و رشید در سال ۲۰۰۶ تدوین شده اند و دارای سه مولفه لذت، تعهد و معنا می باشند. این پروتکل آموزشی به صورت گروه درمانی در طول ۸ جلسه و هفته ای یک بار اجرا خواهد شد.