

بررسی اثر مثبت اندیشی در سه ماهه آخر بارداری بر تاب آوری بعد از زایمان مادران (مطالعه موردی شهرستان چالوس)

وحید خوش روش^۱، دل آرا نژاد مقدم^۲، هما کرجی کار، شبیم مختارزاده بهادرانی^۴

^۱استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

^۲دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد واحد تنکابن

^۳دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد واحد تنکابن

^۴دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد واحد تنکابن

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مثبت اندیشی در سه ماهه آخر بارداری بر تاب آوری بعد از زایمان مادران اجرا گردید. این پژوهش از نوع نیمه تجربی (نیمه آزمایشی) و کاربردی است که با طرح پژوهشی پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بوده و جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان باردار شهرستان چالوس که به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان چالوس در سال ۱۳۹۷ مراجعه کرده اند. که از تعداد ۲۰۰ نفر زنان باردار به روش نمونه گیری تصادفی ساده تعداد ۱۵۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. و این ۱۵۰ نفر زنان باردار به پرسشنامه تاب آوری پاسخ دادند. تعداد ۹۳ نفر نمره تاب آوری آنها یک انحراف استاندارد پایین تر از میانگین بود. که ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). آنگاه گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای هفته ای دوبار تحت آموزش مثبت اندیشی قرار گرفته اند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از: بسته آموزشی مثبت اندیشی بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کمک نرم افزار SPSS انجام گردید. نتایج نشان داد که بین میزان تاب آوری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد $p < 0.01$. یافته ها نشان داد که آموزش مثبت اندیشی افزایش تاب آوری سه ماهه آخر بارداری زنان باردار شهرستان چالوس که به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان چالوس مراجعه کردند، تاثیر دارد.

واژه‌های کلیدی: مثبت اندیشی، تاب آوری، زنان باردار

۱. مقدمه

در پنجاه سال گذشته تلاش روانشناسان بیشتر بر درمان کمبودها و رفع ناتوانی ها متمرکز بوده است. روانشناسان مثبت گرا به افزایش شادمانی و مطالعه در مورد نقش نیرومندی های شخصی و سامانه های اجتماعی مثبت در ارتقای سلامت بهینه تاکید دارند و به طریق علمی به شناسایی عواملی می پردازند که می توانند سلامت را افزایش دهند (کار، ۲۰۰۴ به نقل از پاشا شریفی ۱۳۹۱). مثبت اندیشی به ما نشان می دهد برای آنکه درباره خود احساس خوبی داشته باشیم روابط ارزشمندی با دیگران برقرار کنیم و در تصمیم گیریهای خود اصول منطقی را رعایت کنیم و از پس چالش های زندگی بر آییم و در رویارویی با مشکلات زندگی شانه خالی نکنیم باید با چه دیدی به زندگی بنگریم (کویلیام، ۱۳۹۵). در میان بیماریهای جسمی و روانی، افسردگی و اضطراب با سرعت شیوع ۲۰ درصد از شایعترین اختلالات روانپزشکی هستند. از هر پنج مرگی که در دنیا رخ می دهد، یک مورد مربوط به بیماری عروق کرونر قلبی میباشد. افسردگی، اضطراب و استرس از شایعترین پیامدهای این بیماری هستند که سیر بیماری را وخیم تر می سازند. یکی از روشهای مقابله با استرس، اضطراب و افسردگی مثبت اندیشی است که به مطالعه علمی نیرومندی ها و شادمانی انسان نظر دارد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر معیارهای موثر بر ایجاد مثبت اندیشی و بررسی اثر آن در سه ماهه آخر بارداری و تاب آوری بر افسردگی بعد از زایمان مادران انجام می گیرد.

اخیراً مداخلات مثبت نگر متعددی طراحی شده اند که از جمله آن ها می توان به برنامه روان درمانی مثبت رشید (۲۰۰۹)، برنامه آموزش مثبت نگر (خانجانی، ۱۳۹۳) و بسته آموزش مهارت های مثبت اندیشی (خدایاری فرد، مهدی زاده، غلامعلی لواسانی و حکیم زاده، ۱۳۹۵) اشاره کرد. این درحالی است که کمتر پژوهشی به بررسی کارآمدی مداخلات مثبت نگر بر فرایند خانواده پرداخته است و در این حوزه خلأ پژوهشی مشهود است. با توجه به موارد مطرح شده پژوهش حاضر قصد دارد اثربخشی بسته آموزش مثبت اندیشی (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۹۵) را بر افسردگی و تاب آوری بعد از زایمان بررسی نماید.

مطابق دیدگاه مثبت نگر، هیجانات و توانمندیها از بهترین عوامل جلوگیری از آسیب های روانی هستند. پژوهشگران حوزه پیشگیری اعتقاد دارند، پیشگیری تأکید بر ساختن توانمندی ها و نه اصلاح ضعفهاست، بنابراین توانمندیهای انسان، محافظی در برابر بیماریهای روانی است. شهامت، خوشبینی، مهارت های ارتباط بین فردی، رعایت کردن اخلاق کار، امید، صداقت نمونه ای از این توانمندیها محسوب میشود. نتایج تحقیقات مختلف در مورد اثربخشی پیشگیرانه مداخلات مثبت نگر نشان می دهد که شناسایی و ارتقای هیجانات مثبت و افزایش بهزیستی روانشناختی به عنوان یک سد محافظت کننده، از ابتلای افراد به افسردگی، اضطراب، آسیب های مزمن و تنشهای زندگی جلوگیری می کند (سلیگمن، ۲۰۱۰).

مثبت اندیشی شیوه یا نتیجه تمرکز مثبت ذهن فرد بر روی چیزی سازنده و خوب است و بنابراین تفکرات و عواطف منفی یا مخرب را از آن حذف می کند. روانشناسی مثبت نگر عمدتاً به تقویت کردن توانایی ها و شایستگی های فرد توجه دارد. افراد برای جلوگیری از بیماری باید از توانایی هایی چون امید، خوشبینی، مهارت، پشتکار، انگیزش درونی و قابلیت روانی برخوردار باشند. نداشتن دید مثبت به زندگی از عوامل مهم بروز افسردگی و اضطراب می باشند (جباری، ۲۰۱۵). از سویی دیگر تاکنون پژوهشی به اثربخشی مثبت اندیشی در سه ماهه آخر بارداری بر تاب آوری بعد از زایمان مادران که سلامت مادران، سلامت فرزندان را نیز تامین خواهد کرد، انجام نشده است. بنابراین این سوال مطرح می شود که آیا مثبت اندیشی در سه ماهه آخر بارداری بر تاب آوری بعد از زایمان مادران تاثیر دارد؟

۲. مبانی نظری

تاب آوری عبارت است از تطابق مثبت در واکنش به شرایط ناگوار، تاب آوری مهارتی مناسب است برای پشت سر گذاشتن مشکلات زندگی حتی وقتی شرایط نامطلوب و سخت وجود دارد، مثل اینکه شخص یک طناب قابل ارتجاع را دور مشکلات بسته که به فرد کمک می کند وقتی اوضاع بد شد آن ها را به عقب بکشد (ماستن^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). تاب آوری به فرایند

^۱ Masten

پویای انطباق مثبت با تجربه های تلخ و ناگوار گفته می شود (کینگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین، تاب آوری را به معنای مهارت ها، خصوصیات و توانمندی هایی تعریف می کنند که فرد را قادر می سازد با سختی ها، مشکلات و چالش ها سازگار شود. به طور کلی، تاب آوری شامل حفظ آرامش زیر فشار، انعطاف پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواری ها و خلاص شدن از موانع درونی است. افراد تاب آور به طور عادی قادر به تفکر خلاق و منعطف درباره حل مسائل اند و درجه هایی از سلامت روان و استقلال را از خود نشان می دهند (بوگار و هالس-کیلاکی^۲، ۲۰۰۶). برای ارتقا سلامت روانی در میان دانشجویان باید آموزش توانش های تاب آوری و تشخیص و حل مشکلات روانی آنان از طرف مسئولین دانشگاه ها مهم تلقی شده و در دستور کار آنان قرار گیرد (لوین^۳، ۲۰۰۸).

ورنر^۴ از جمله اولین دانشمندانی بود که در دهه ۱۹۷۰ از اصطلاح تاب آوری استفاده کرد. تاب آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی، در شرایط خطرناک است (به نقل از احمدی و شریفی در آمدی، ۱۳۹۳). این مفهوم که با واژه هایی چون استقامت، تهور، جسارت، بی پروایی و شهامت وجه مشترک دارد، نوعی سبک شخصیتی است که مجموعه ای از صفات روانی را در بر می گیرد (دیلاچ^۵ و همکاران، ۲۰۱۰) و اغلب به عنوان توانایی افراد برای مواجهه با وقایع منفی زندگی برای سالم ماندن (بونانو^۶، ۲۰۰۴) و مقابله با چالش های زندگی (پنگ^۷ و همکاران، ۲۰۱۲) تعریف می شود. تاب آوری به زبان ساده عبارت است از تطابق مثبت در واکنش به شرایط ناگوار، تاب آوری مهارتی مناسب است برای پشت سر گذاشتن مشکلات زندگی حتی وقتی شرایط نامطلوب و سخت وجود دارد، مثل اینکه شخص یک طناب قابل ارتجاع را دور مشکلات بسته که به فرد کمک می کند وقتی اوضاع بد شد آن ها را به عقب بکشد (ماستن و همکاران، ۲۰۰۳). با وجود آنکه تعاریف تاب آوری متنوع است محققان متفق اند که افراد تاب آور در عوامل مشابهی مشترک اند. برخی از این عوامل مشترک عبارتند از: هوش بالاتر، تازه جویی پایین تر، تعلق کمتر به همسالان بزهکار و عدم سوء مصرف مواد و بزهکاری. ویژگی های مشترک دیگری که در افراد بررسی کرده اند عبارتند از: خود مختاری بالاتر، استقلال، همدلی، تعهد به کار، جدیت، مهارتهای حل مسئله خوب و روابط خوب با همسالان (ایساکسون^۸، ۲۰۰۲).

افراد تاب آور قادر به اعمال کنترل می باشند، قادرند خود را از سردرگمی برهانند و سیستم های حمایت اجتماعی و روابط خانوادگی گسترده تری فراهم کنند تا به آنان برای سازگاری بهتر کمک نماید (محمدی، ۱۳۸۴). توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز با محیط، با وجود شرایط خطرناک و تهدیدکننده در نظر گرفته می شود. از این دیدگاه تاب آوری برای بهزیستی افراد ضروری است. این ویژگی افراد را قادر می سازد تا با چالش های سخت زندگی و شرایط استرس آور کنار بیایند (کلاس - اهلرز^۹، ۲۰۰۸). ورنر و اسمیت^{۱۰} (۱۹۹۲) اظهار می دارند تاب آوری می تواند با افزایش مهارت های زندگی و مهارت های اجتماعی تقویت گردد.

شاید مهم ترین رویداد در روانشناسی جدید، جنیش روانشناسی مثبت، به رهبری مارتین سلیگمن^{۱۱} استاد برجسته دانشگاه پنسیلوانیای امریکا و رئیس انجمن روانشناسی امریکا و رئیس پیشین انجمن روانشناسی امریکا باشد. در برخوردی که بین او و دختر ۵ ساله اش نیکی روی داد او متوجه شد تمرکز عمده روانشناسی قرن بیستم روی نقاط ضعف، عیب ها، آسیب ها و

^۱ King

^۲ Bogar & Hulse-Killackey

^۳ Levine

^۴ Werner

^۵ Delahaij

^۶ Bonanno

^۷ Peng

^۸ Isaacson

^۹ Clauss-Ehlers

^{۱۰} Werner, E. E., & Smith, R. S.

^{۱۱} Martin Seligman

ترمیم آسیب ها بوده است و از توجه به توانایی ها، و توانمندی های انسان برای رشد و کمال غفلت شده است. سلیگمن پیشنهاد کرده است که روانشناسی نباید خود را به دیدگاه آسیب شناسانه محدود کند، بلکه باید به نیمه مثبت انسان نیز توجه نماید و از تمام امکانات فردی و اجتماعی برای ارتقاء سلامت ذهنی انسان استفاده شود (کلانتری و اسماعیلی، ۱۳۹۴). یکی از منابع مهم کمال و سعادت انسان معنویت است که در طول قرن بیستم توسط اکثر روانشناسان نادیده گرفته شد یا بطور منفی گرایانه از حوزه مطالعات روانشناسی کنار گذاشته شد. در حالی که مطالعات روز افزون حاکی از آن بودند که بر خلاف ادعای برخی از روانشناسان که گرایش های معنوی را مانع سلامت روانی انسان می دانستند، بطور فزاینده آشکار شد که گرایش های معنوی نقش اساسی در پیشگیری از اختلالات روانی شایع روانی مانند افسردگی، اضطراب، اعتیاد، مشکلات خانوادگی و زناشویی دارند. معنویت را می توان به مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جسم های مادی زندگی دانست که سبب می شود در فرد احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات ایجاد گردد. سلامت معنوی حالتی فراتر از احساسات مذهبی است و اغلب به صورت رابطه با خدا آشکار می شود. از طرفی رفتارها و باورهای مذهبی نیز می تواند تأثیر مشخصی در معنادار کردن زندگی افراد داشته باشد، و از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش های مثبت، موجب آرامش درونی افراد می گردد (رضایی شهسوارلو و همکاران، ۱۳۹۵). سازمان بهداشت جهانی نیز توصیه کرده است که در تعریف انسان لازم است به جنبه معنوی نیز توجه شود. بعد از آنکه در سال ۱۹۹۴ مارتین سلیگمن به عنوان رئیس انجمن روانشناسی آمریکا انتخاب شد به ارزیابی وضعیت روانشناسی جهانی پرداخت و متوجه شد که علیرغم پیشرفت های علمی در زمینه آسیب شناسی روانی از توجه به توانمندی های انسان غفلت شده است. او تقلید از الگوی پزشکی در روانشناسی را نقطه ضعف علم روانشناسی اعلام کرد و اضافه کرد که الگوی روانشناسی باید اصلاح شود. به این منظور جنبش روانشناسی مثبت را پیشنهاد کرد اما نه به عنوان جایگزین آسیب شناسی روانی بلکه به عنوان مکمل آسیب شناسی روانی. به نظر او همان طور که می توان یک نظام تشخیصی آماری برای اختلالات روانی ایجاد کرد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۲) به موازات آن می توان نظامی برای طبقه بندی توانمندی های انسان ارائه نمود و الگوی روانشناسی باید برای تعالی و کمال انسان برنامه داشته باشد. بعد از جنگ جهانی دوم روانشناسی به صورت علمی درآمد که به طور عمده اختصاص به شفابخشی^۱ داشت و با استفاده از الگوی پزشکی تنها بر آسیب شناسی روانی تمرکز یافت. این توجه انحصاری با آسیب شناسی، موجب غفلت از این شد که تحقق توانایی ها مهم ترین سلاح کارآمد در درمان است (مکماهون و کیم، ۲۰۱۶).

روانشناسی مثبتگرا در پی این است که الگوی روان شناسی سلامت از توجه به آسیب شناسی صرف به سمت بهبود کیفیت در زندگی دگرذیسی یابد؛ سلامت در کنار بیماری نیز قابل دستیابی است. به این منظور شکوفایی توانمندی ها باید در صف مقدم درمان و پیشگیری قرار گیرد. موضوع روانشناسی مثبت مربوط می شود به تجارب مثبت مانند سلامت ذهن^۳ رضایت از زندگی، شور و شوق^۴، شادی در حال، درک کارآمد از آینده که شامل خوش بینی، امید و ایمان می شود. در سطح فردی به ویژگی های شخصی مانند مهرورزی، تعهد^۵، شجاعت، مهارت های بین فردی، زیبایی دوستی^۶، پشتکار^۷، بخشش^۸، اصالت، آینده نگری و خردورزی^۹ می شود. در سطح گروهی به فضائل شهروندی مانند احساس مسئولیت، مهرورزی^{۱۰}، ایثار^{۱۱}، ادب^{۱۲}، اعتدال، مدارا

۱ Healing

۲ McMahon & Kim

۳ Subjective well-being

۴ Flow

۵ Vocation

۶ Aesthetic sensibility

۷ Perseverance

۸ Forgiveness

۹ Wisdom

۱۰ Nurturance

۱۱ Altruism

۱۲ Civility

و اخلاق کاری^۱ مربوط می شود (سلیگمن و سیکزنتمایلی^۲، ۲۰۱۴). درمورد تربیت کودک سلیگمن معتقد است تربیت کودکان چیزی بیش از اصلاح اشباهات آنان است و به شکوفا نمودن استعدادهای آنها مربوط می شود. او پس از تجربه ای که با دختر ۵ ساله اش داشت نوعی انقلاب درونی برای او بوجود می آید و متوجه ضرورت تحول در روانشناسی می شود. به نظر سلیگمن قبل از جنگ جهانی دوم، روانشناسی سه زمان داشت: ۱- درمان بیماریهای روانی؛ ۲- بهبود زندگی دیگران؛ و ۳- شناسایی و پرورش استعدادها (کلانتری و اسماعیلی، ۱۳۹۴).

در روانشناسی مثبت فرض بر این است که توانایی هایی در انسان وجود دارند مانند شجاعت، آینده نگری، خوش بینی، ایمان، امید و پشتکار که به عنوان سپر^۳ علیه بیماریهای روانی عمل می کنند. سلیگمن نشان داده است که به عنوان مثال خوش بینی آموخته شده از افسردگی و اضطراب در کودکان و بزرگسالان پیشگیری می کند. در این زمینه به جای اینکه فقط به ترمیم آسیب پرداخته شود، توانمندی ها نیز شکوفا می شوند. مثال دیگر این است که اگر قرار است از سوء مصرف مواد در نوجوانان پیشگیری شود، راه موثر آن اصلاح و ترمیم آسیب نیست بلکه شامل شناسایی و فعال سازی توانمندیهای فعلی نوجوانان می شود. زیرا نوجوانی که آینده نگر است، مهارت بین فردی دارد و از ورزش لذت می برد در خطر سوء مصرف مواد نیست (جانسون و وود^۴، ۲۰۱۷).

فرضیه دیگر روانشناسی مثبت این است که برخی سپرها علیه ابتلا به اختلال روانی وجود دارد مانند صفات^۵ مثبت انسانی. تمرکز انحصاری در زمینه ضعف های شخصی و آسیب های مغزی و تنها تاکید روی روش های تشخیصی و آماری^۶ موجب ضعف در پیشگیری می شود. اکنون به پژوهش های فراوانی در زمینه توانمندی ها و فضائل اخلاقی نیاز است. این توانمندی ها باید بطور معتبر اندازه گیری شوند. برای درک چگونگی رشد توانمندی ها نیاز به مطالعات تجربی طولی می باشد. باید راهکارهای تقویت توانمندی طراحی و آزمایش شوند. باید به روان درمانگران تاکید شود که بهترین کاری که می توانند انجام دهند به جای ترمیم نقطه ضعف ها، فعال کردن توانمندی هاست. روانشناسانی که با خانواده ها، مدارس و موسسه های دینی کار می کنند، باید فضایی را بوجود آورند که توانمندی ها توسعه یابند. نظریه های جدید در روانشناسی مثبت به رویکرد جدیدی رسیده اند به نام تاب آوری^۷. براین اساس می توان گفت که دیگرانسان به عنوان موجود منفعل پاسخ دهنده در برابر محرک ها به افراد مطرح نخواهد شد و به جای آن به افراد به عنوان تصمیم گیرنده های دارای حق انتخاب و دارای امکان تسلط و ثمر بخش نگریسته خواهد شد (کلانتری و اسماعیلی، ۱۳۹۴).

۳. روش شناسی

این پژوهش از نوع نیمه تجربی (نیمه آزمایشی) و کاربردی است که با طرح پژوهشی پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. در این پژوهش بررسی اثر مثبت اندیشی در سه ماهه آخر بارداری بر تاب آوری بعد از زایمان مادران (مطالعه موردی شهرستان چالوس) مورد بررسی قرار گرفتند.

دیاگرام طرح:

پس آزمون	متغیر مستقل	پیش آزمون	گروه ها
T _۲	X _۱	T _۱	RE)
T _۲	-	T _۱	RC

^۱ Work ethic

^۲ Csikszentmihalyi

^۳ Buffer

^۴ Johnson, & Wood

^۵ Traits

^۶ Diagnostic and Statistical Manual (DSM)

^۷ Resilience

جامعه آماری در این پژوهش کلیه زنان باردار شهرستان چالوس بودند که به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان چالوس مراجعه کردند (حدود ۲۰۰ نفر). ابتدا از بین کلیه زنان باردار شهرستان چالوس که به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان چالوس مراجعه کردند (حدود ۲۰۰ نفر)، بصورت نمونه گیری تصادفی تعداد ۱۵۰ نفر انتخاب شدند که به پرسشنامه تاب آوری پاسخ دادند. آنگاه از بین تمام افرادی که به پرسشنامه تاب آوری پاسخ داده اند، تعداد ۹۳ نفر نمره پرسشنامه تاب آوری آنها یک انحراف استاندارد بالاتر تر از میانگین بود. از بین این ۹۳ نفر، ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر)، آنگاه گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای هفته ای دوبار تحت آموزش مثبت اندیشی قرار گرفتند که در این جلسات در راستای آموزشی مثبت اندیشی برای زنانی بود که در دروه سه ماهه آخر بارداری را سپری می کردند... و به گروه کنترل هیچ گونه آموزشی ارائه نشد در نهایت بعد از اتمام جلسات دوباره پرسش نامه در گروه ها به عنوان پس آزمون اجرا شد.

- بسته آموزشی مثبت اندیشی:

آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای هفته ای دوبار تحت آموزش مثبت اندیشی قرار گرفته اند که در این جلسات در راستای آموزش مثبت اندیشی به زنان بارداری که در سه ماهه آخر بارداری به سر می برند، می باشد.

۱. جلسه اول: آشنایی:

برقراری و ایجاد ارتباط اولیه، معارفه اعضای گروه با یکدیگر و مشاور، بیان اهداف پژوهش و روش کار، گروه بندی و تعیین تاریخ جلسات، بیان مقررات و اصول جلسه ها، اهمیت رعایت نظم و همچنین فعال بودن در بحث ها و انجام دادن تکالیف، بیان توضیحاتی در مورد جلسات آموزشی، آشنایی با مفهوم مثبت اندیشی و داشتن دید مثبت، اجرای پیش آزمون.

۲. جلسه دوم: آموزش شناخت نقاط قوت خویش و آگاهی از مزایای مثبت نگری:

آموزش شناخت نقاط قوت خویش، تعیین اهداف زندگی و مسیر خواسته ها، بررسی راه هایی که فرد را در نزدیک کردن به خواسته ها و اهدافش یاری می کند، بررسی عوامل مؤثر در زندگی سالم، آگاهی از مزایای مثبت نگری و ایجاد باورهای مثبت. تکلیف: یادداشت نقاط قوت از نظر خود و آنچه می داند دیگران در مورد او می گویند.

۳. جلسه سوم: آموزش مهارت خوش بینی:

بررسی تکلیف جلسه دوم. آموزش مهارت خوش بینی و ارزیابی افکار خود آیند.

تکلیف: یادداشت نقاط قوتی که از دیگران در مورد خود پرسیده اند. تهیه فهرستی از افکار خود آیند.

۴. جلسه چهارم: آموزش داشتن دید مثبت نسبت به اطرافیان:

بررسی تکلیف جلسه قبل (فرم نقاط قوت از نظر دیگران و انتقال آن ها از ستون های دوم و سوم به ستون اول).

تکلیف: یادداشت نقاط قوت ده نفر از اعضای خانواده، اقوام، دوستان و همکاران.

۵. جلسه پنجم: بازگو کردن دست کم ۱۰ تا ۱۵ تجربه و خاطره خوب:

یادداشت دست کم ۱۰ تا ۱۵ تجربه و خاطره خوب و بازگو کردن آن به اعضای گروه، گوش دادن به تجربیات خوب اعضای گروه و استخراج ویژگی های مثبت.

تکلیف: تکمیل ۱۰ تا ۱۵ تجربه و خاطره خوب با اعضای خانواده در منزل.

۶. جلسه ششم: بررسی نقاط قوت خاطرات:

بررسی نقاط قوت خاطرات، چگونگی واکنش هنگام دریافت بازخورد از جانب دیگران، آموزش تغییر کلمات به صورت مثبت، افزایش خودگویی های مثبت.

تکلیف: تهیه فهرستی از کلمات جایگزین خویش.

۷. جلسه هفتم: ارائه شواهد و معیارهای معتبر:

اولویت بندی نقاط قوت و توانمندی های خود و ارائه شواهد و معیارهای معتبر.

تکلیف: جمع‌بندی کل ویژگی‌های مثبتی که در خود یافته‌اند و استفاده از نقاط قوت قابل‌اتکای خود در حل مسائل و مشکلات.

۸. جلسه هشتم: جمع‌بندی نهایی:

جمع‌بندی نهایی، بازخورد گرفتن از اعضا، بیان جملات مثبت توسط ایشان
اجرای پس‌آزمون، نظرسنجی.

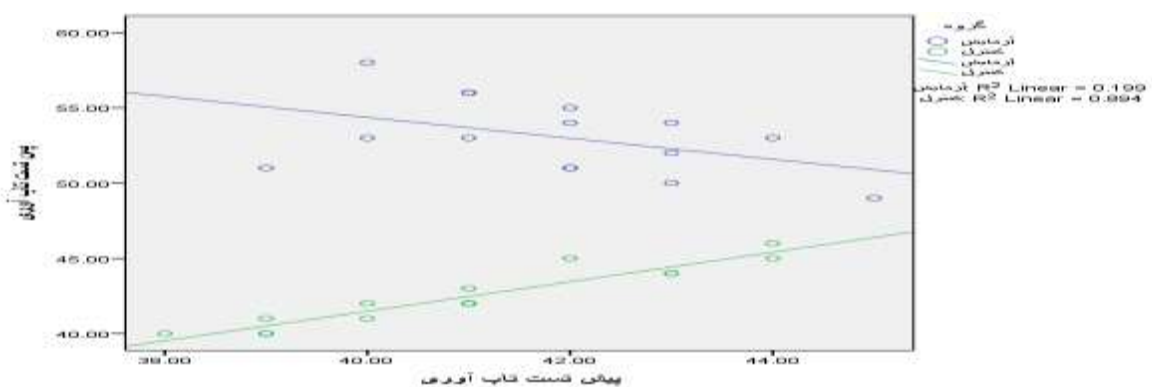
پرسشنامه تاب‌آوری مقیاس تاب‌آوری کانر و دیوید سون (CD-RIS)^۱

این پرسشنامه را کانر و دیوید سون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، مورد بررسی قرار گرفته است (محمدي، ۱۳۸۴). این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد که در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست)، نمره گذاری می‌شود. بنا براین حداکثر نمره این پرسشنامه ۱۰۰ می‌باشد. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تایید می‌کند (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). همسانی درونی پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرای مقیاس، کافی گزارش شده‌اند. اگرچه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج عامل (شایستگی / استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی / تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف / روابط ایمن، مهار، معنویت) را برای مقیاس کافی گزارش کرده‌اند. پایایی و روایی فرم فارسی در مطالعات مقدماتی نمونه‌های بهنجار و بیمار مورد بررسی و تایید قرار گرفت (بشارت، ۱۳۸۶). برای محاسبه پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب پایایی برابر ۰/۸۹ بود. روایی به شیوه تحلیل عاملی ۰/۸۷ بود.

در این تحقیق از روش‌های آماری ذیل استفاده شده است:

- روش‌های آمار توصیفی: در قسمت توصیف داده‌ها و اطلاعات گردآوری شده، روش‌های که برحسب ویژگی‌های آنها در فرضیه‌ها، مورد استفاده قرار گرفت عبارتند از: جدول‌ها، نمودارها، میانگین، انحراف استاندارد.
- روش آمار استنباطی: با توجه به اینکه در این پژوهش از طرح دو گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده خواهد شد. از آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیره برای آزمون فرضیه‌ها استفاده شد.

۴. یافته‌ها



نمودار ۴-۲: نمودار پراکندگی نمرات متغیر تاب‌آوری

^۱. Connor-Davidson Resilience Scale

همانطور که در نمودار فوق مشاهده می شود بین متغیر تصادفی کمکی (پیش آزمون) و پس آزمون متغیر وابسته تاب آوری رابطه خطی وجود دارد و پیش فرض رابطه خطی بین متغیر همپراش و متغیر وابسته تاب آوری رعایت شده است. داده های مربوط به فرضیه همبستگی ماتریس های واریانس - کواریانس در جدول ۴-۱ ارائه شده است.

جدول ۴-۱: آزمون باکس جهت بررسی ماتریس واریانس / کواریانس داده های مربوط به برابری واریانس های متغیر وابسته افسردگی، تاب آوری

P سطح معناداری	F	dF _۲	dF _۱	آزمون Box's M
۰/۷۰۴	۰/۴۶۸	۱۴۱۲۰	۳	۱/۵۲۲

داده های جدول فوق نشان می دهد آزمون با کس معنادار نیست لذا فرض همگنی ماتریس کواریانس رد نمی شود. لذا برابری واریانس های متغیرهای وابسته افسردگی، تاب آوری برقرار بوده و اجرای آزمون مانکوا امکان پذیر است. با توجه به نتایج آزمون لونز جدول ۴-۲ و معنادار نبودن متغیر وابسته های تاب آوری برای این متغیر برابری واریانس ها برقرار بوده و اجرای آزمون مانکوا امکان پذیر است.

جدول ۴-۲: نتایج آزمون لونز برای برابری واریانس

متغیرها	F	dF _۱	dF _۲	Sig
تاب آوری	۲/۰۵۵	۱	۲۸	۰/۱۲۰

جدول ۴-۳: مفروضه همگنی شیب های رگرسیون متغیر تاب آوری

متغیر	ss	df	ms	F	Sig	η^2
تعامل متغیر مستقل و پیش آزمون تاب آوری	۴/۷۱۲	۱	۴/۷۱۲	۳/۶۰۹	۰/۰۹۴	۰/۱۲۳

نتیجه جدول (۴-۳) نشان می دهد چون مقدار سطح معناداری (Sig) تعامل بین متغیر مستقل و پیش آزمون تاب آوری، که از سطح آلفای ۰/۰۵ بزرگتر است لذا آزمون F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار نیست. بنابراین با احتمال ۰/۹۵ می توان بیان کرد که مفروضه همگنی شیب های رگرسیون رعایت شده است.

پس از بررسی به عمل آمده چون رابطه خطی و مفروضه های همگنی ماتریس واریانس / کواریانس و مفروضه یکسانی واریانس ها و همگنی شیب خط رگرسیون رعایت شده است. پژوهشگر مجاز به استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره است. بررسی میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون و تعدیل شده میزان تاب آوری گروه آزمایش و کنترل در جدولهای ۴-۳، ۴-۴، ۴-۵ شده است. مشخصه های آماری متغیر تاب آوری در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۴-۵ نمایش داده شده است.

جدول ۴-۴: مشخصه های آماری مولفه ای متغیر وابسته تاب آوری (n=۳۰)

گروه آزمایش

مؤلفه ها	پیش تست	پس تست	پیش تست	پس تست
میانگین	انحراف	انحراف	میانگین	انحراف
استاندارد	میانگین	میانگین	استاندارد	میانگین
استاندارد	انحراف	انحراف	استاندارد	انحراف

تاب آوری ۴۱/۸۷ ۱/۵۹ ۵۳/۰۷ ۲/۴۹ ۴۱ ۱/۸۹ ۴۲/۴۷ ۱/۹۶

از ملاحظه ارقام جدول فوق مشخص می شود که بین میانگین گروه کنترل و میانگین گروه آزمایش در متغیرهای وابسته تاب آوری تفاوت وجود دارد این تفاوت ها در هر دو متغیر به سود گروه آزمایشی است . نتایج میانگین تعدیل یافته برای متغیرهای وابسته تاب آوری در جدول ۴-۵ ارائه گردید است .

جدول ۴-۵: نتایج میانگین تعدیل یافته برای متغیرهای وابسته تاب آوری

مؤلفه ها	گروه آزمایش		گروه گواه	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تنظیم هیجان	۳۰/۹۵	۰/۴۷۳	۴۰/۳۸	۰/۴۷۳
کیفیت زندگی	۵۲/۹۸	۰/۵۸۸	۴۲/۹۵	۰/۵۸۸

جدول ۴-۶: تحلیل کواریانس چند متغیره نسبت F برای اندازه متغیر ترکیبی تاب آوری

منبع	ارزش	F(۲۵،۲)	سطح معناداری	ETa
متغیر ترکیبی(گروه)	۰/۰۶۴	۱۸۱/۹۳۹	۰/۰۰۰	۰/۹۳۶

مقایسه مجذوراتی Eta که در جدول فوق دیده می شود سهمی از واریانس است که مربوط به متغیر ترکیبی جدید می شود. قاعده کلی چنین است که اگر این مقدار از ۰/۱۴ باشد میزان اثر بخشی زیاد آموزش مثبت اندیشی است در جدول فوق این مقدار برای متغیر ترکیبی جدید به نام گروه ۰/۹۳۶ است این نشان دهنده اثر زیاد آموزش مثبت اندیشی بر تاب آوری نشان می دهد. همچنین نتایج آزمون ویلکز لامبدای در مورد متغیر ترکیبی(تاب آوری)معنی دار است . و معنی داری نتایج تحلیل کواریانس برای متغیر وابسته تاب آوری در جدول ۴-۶ ، ۴-۷ ارائه گردیده است .معنی داری در متغیر ترکیبی جدید نشان دهنده این است که شرکت کنندگان در دو گروه با هم متفاوت هستند و میانگین های گروه ها تحت تاثیر متغیر مستقل معنادار است .

$$F_{(۲,۲۰)} = ۱۸۱/۹۳۹ ; P < ۰/۰۱ \text{ Lambda} = ۰/۰۶۴ ; \text{Partial } \eta^2 = ۰/۹۳۶$$

جدول ۴-۷: تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین تاب آوری

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری P	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۹۳۶	۱۸۱/۹۳۹	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۹۳۶
لامبدای ویلکز	۰/۰۶۴	۱۸۱/۹۳۹	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۹۳۶
اثر هاتلینگ	۱۴/۵۴۷	۱۸۱/۹۳۹	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۹۳۶

بزرگترین ریشه روی	۱۴/۵۴۷	۱۸۱/۹۳۹	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۹۳۶
-------------------	--------	---------	---	----	-------	-------

با توجه به داده های جدول ۴-۵ میانگین نمرات تاب آوری دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون حداقل در تاب آوری تفاوت معناداری با یکدیگر دارد. برای بررسی دقیق تر، نتایج تحلیل کوواریانس در تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر تاب آوری در جدول ۴-۸ ارائه گردیده است.

جدول ۴-۸: تحلیل حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیری برای متغیر تاب آوری

منبع پراش	مجموع مجزورات SS	درجه آزادی Df	میانگین مجزورات MS	F	سطح معناداری P	اندازه اثر	توان آزمون
تاب آوری	۷۵۴/۱۹۹	۱	۷۵۴/۱۹۹	۱۵۰/۲۱۲	۰/۰۰۰	۰/۸۵۲	۱/۰۰
خطا	۱۳۰/۵۴۳	۲۶	۵/۰۲۱				

در جدول ۴-۴، ۶-۸ نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری ANCOVA نشان داده است با توجه به اینکه ۲ متغیر وابسته دارد. با تقسیم ۰/۰۱ بر ۲ تصحیح بونفرونی اجرا شده است پس حد معنی آری کوچکتر ۰/۰۵ است، این امر در مورد هر دو متغیر صادق است. مقدار η^2 نشان می دهد که ۸۵/۲ درصد واریانس تاب آوری، برای متغیر گروه به حساب آمده است. با توجه به داده های جدول ۴-۵ و ۴-۷ نتایج زیر حاصل شده است.

فرضیه اصلی: مثبت اندیشی در سه ماهه آخر بارداری بر تاب آوری بعد از زایمان مادران تاثیر دارد. نتایج جدول ۴-۵ نشان می دهد بین گروه آزمایش که تحت تاثیر آموزش مثبت اندیشی بوده اند و گروه کنترل که تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفتند در میزان تاب آوری و افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد.

$$F_{(2,25)} = 181/939; P < 0/01; \text{Partial } \eta^2 = 0/936; \text{Lambda} = 0/064$$

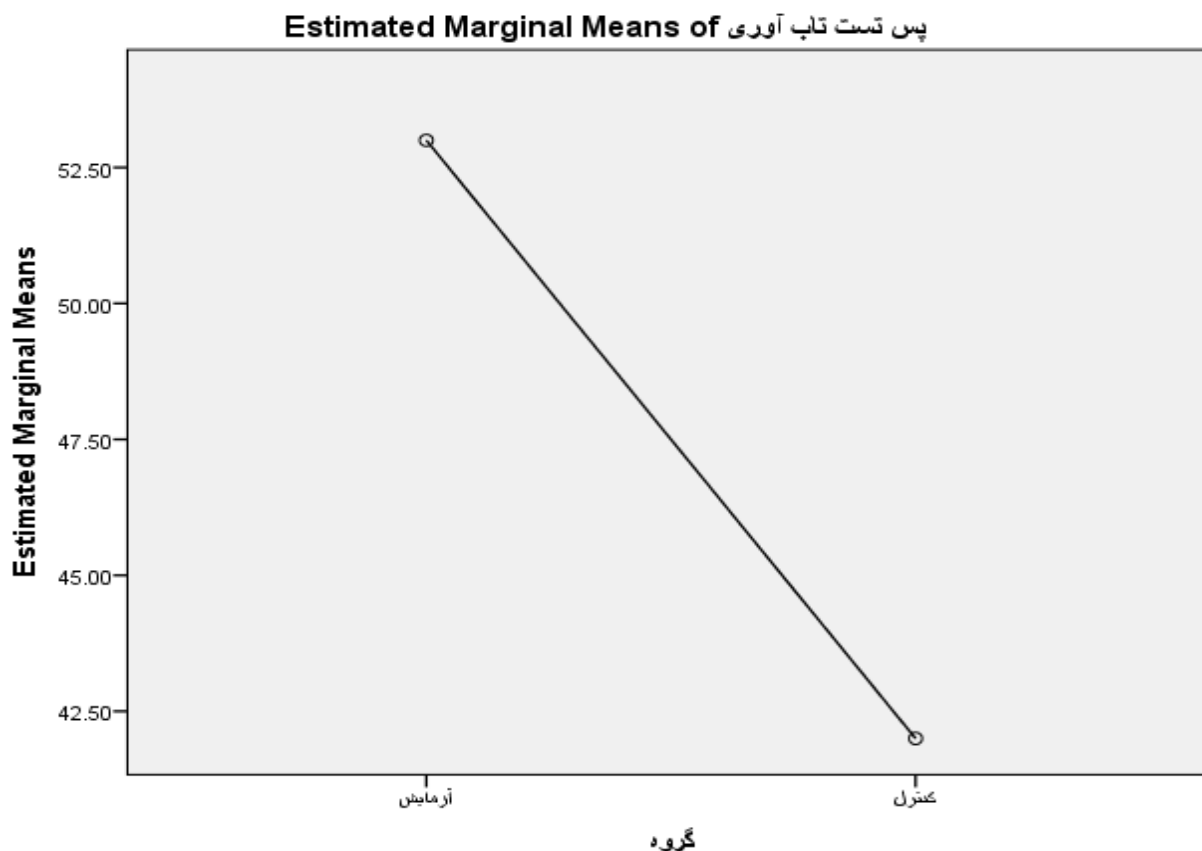
با توجه به داده های جدول ۴-۵ میانگین نمرات تاب آوری و افسردگی در دو گروه افراد گروه آزمایش که تحت تاثیر آموزش مثبت اندیشی بوده اند و گروه کنترل که تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفتند حداقل در واریانس یکی از متغیرهای تاب آوری و افسردگی تفاوت معناداری با یکدیگر دارند.

بررسی فرضیه های فرعی

فرضیه اول: مثبت اندیشی در سه ماهه آخر بارداری بر تاب آوری بعد از زایمان مادران تاثیر دارد. همانطور که نتایج کواریانس در جدول ۴-۸ می بینیم بین میانگین های تعدیل شده دو گروه در میزان تاب آوری تفاوت معنادار وجود دارد.

$$F_{(1,26)} = 150/212; P < 0/01; \text{Partial } \eta^2 = 0/852$$

به منظور روشن شدن مطالب بالا اطلاعات مربوط به این بخش در نمودار ۴-۳ نمایش داده شده است. چنانچه سطوح دوگانه آزمایش و کنترل در محور افقی و متغیر وابسته تاب آوری در محور عمودی قرار دهیم، خطوط نمایش میانگین ها به صورت زیر خواهد.



شکل ۴-۳: نمایش میانگین های تاب آوری در گروه آزمایش و کنترل

نمودار فوق بخوبی نشان می دهد مادران در سه ماهه آخر بارداری که تحت تاثیر آموزش مثبت اندیشی قرار گرفته اند ، تاب آوری بیشتری نسبت به گروه کنترل نشان می دهند.

۵. بحث و نتیجه گیری

فرضیه فرعی اول : مثبت اندیشی در سه ماهه آخر بارداری بر تاب آوری بعد از زایمان مادران تأثیر دارد. همانطور که در نتایج کواریانس می بینیم بین میانگین های تعدیل شده دو گروه در میزان تاب آوری تفاوت معنادار وجود دارد. پژوهش حاضر با نتایج پژوهش های مشابه فلاحی و همکار (۱۳۹۶)، مقصودلو و همکار (۱۳۹۶) و آهنگرزاده و همکاران (۱۳۹۶) هوشدار و همکار (۱۳۹۵)، بیجاری و همکاران (۱۳۹۴)، لشکری پور و همکاران (۱۳۹۰) همسو می باشد. براساس نتایج به دست آمده از تحلیل داده ها این نتایج حاصل شد. در تبیین پژوهش حاضر می توان گفت که تاب آوری به معنای توانایی رویارویی با اوضاع دشوار و پاسخ انعطاف پذیر به فشارهای زندگی روزانه است. تاب آوری ظرفیتی برای مقاومت در برابر تنش و فاجعه است. رفتارهای تاب آورانه به افراد کمک می کند تا بر تجربه منفی چیره شده حتی آنها را به تجربه مثبت در خودشان تبدیل کنند. افراد تاب آور، توانایی ترمیم ضربه های روانی و فائق آمدن بر سختی را دارند. افراد با جهت گیری خوش بینانه به آینده، موقعیت های استرس زا را با دیدی مثبت ارزیابی می کنند و محاسبه خوبی از توانایی هایشان برای گذراندن مشکلات دارند. مادران خوش بین در مواجهه با رویدادهای استرس آمیز خود ثبات و اطمینان نشان می دهند و تمایل دارند در مورد آینده، احتمالات مثبت را در نظر بگیرند و بیشتر از راهبردهای مقابله ای مسأله مدار برای مواجهه با مشکلات استفاده نمایند. آموزش مثبت اندیشی باعث افزایش تاب آوری در مادران شده و در نتیجه در شرایط استرس و موقعیت های ناگوار، سلامت روانشناختی خود را حفظ

می کنند و دارای سازگاری روانشناختی بیشتری هستند و از این طریق باعث افزایش کارایی و نیز احساس رضایتمندی فردی می شوند. این مادران دارای توان اجتماعی، توانمندی در حل مسأله، خودگردانی و احساس هدفمندی و باور به آینده ای روشن و دارای سلامت روان می شوند.

شاید مهم ترین رویداد در روانشناسی جدید، جنبش روانشناسی مثبت، به رهبری مارتین سلیگمن^۱ استاد برجسته دانشگاه پنسیلوانیای آمریکا و رئیس انجمن روانشناسی آمریکا و رئیس پیشین انجمن روانشناسی آمریکا باشد. در برخوردی که بین او و دختر ۵ ساله اش نیکی روی داد او متوجه شد تمرکز عمده روانشناسی قرن بیستم روی نقاط ضعف، عیب ها، آسیب ها و ترمیم آسیب ها بوده است و از توجه به توانایی ها، و توانمندی های انسان برای رشد و کمال غفلت شده است. سلیگمن پیشنهاد کرده است که روانشناسی نباید خود را به دیدگاه آسیب شناسانه محدود کند، بلکه باید به نیمه مثبت انسان نیز توجه نماید و از تمام امکانات فردی و اجتماعی برای ارتقاء سلامت ذهنی انسان استفاده شود (کلانتری و اسماعیلی، ۱۳۹۴). یکی از منابع مهم کمال و سعادت انسان معنویت است که در طول قرن بیستم توسط اکثر روانشناسان نادیده گرفته شد یا بطور منفی گرایانه از حوزه مطالعات روانشناسی کنار گذاشته شد. در حالی که مطالعات روز افزون حاکی از آن بودند که بر خلاف ادعای برخی از روانشناسان که گرایش های معنوی را مانع سلامت روانی انسان می دانستند، بطور فزاینده آشکار شد که گرایش های معنوی نقش اساسی در پیشگیری از اختلالات روانی شایع روانی مانند افسردگی، اضطراب، اعتیاد، مشکلات خانوادگی و زناشویی دارند. معنویت را می توان به مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جسم های مادی زندگی دانست که سبب می شود در فرد احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات ایجاد گردد. سلامت معنوی حالتی فراتر از احساسات مذهبی است و اغلب به صورت رابطه با خدا آشکار می شود. از طرفی رفتارها و باورهای مذهبی نیز می تواند تأثیر مشخصی در معنادار کردن زندگی افراد داشته باشد، و از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش های مثبت، موجب آرامش درونی افراد می گردد (رضایی شهسوارلو و همکاران، ۱۳۹۵). سازمان بهداشت جهانی نیز توصیه کرده است که در تعریف انسان لازم است به جنبه معنوی نیز توجه شود. بعد از آنکه در سال ۱۹۹۴ مارتین سلیگمن به عنوان رئیس انجمن روانشناسی آمریکا انتخاب شد به ارزیابی وضعیت روانشناسی جهانی پرداخت و متوجه شد که علیرغم پیشرفت های علمی در زمینه آسیب شناسی روانی از توجه به توانمندی های انسان غفلت شده است. او تقلید از الگوی پزشکی در روانشناسی را نقطه ضعف علم روانشناسی اعلام کرد و اضافه کرد که الگوی روانشناسی باید اصلاح شود. به این منظور جنبش روانشناسی مثبت را پیشنهاد کرد اما نه به عنوان جایگزین آسیب شناسی روانی بلکه به عنوان مکمل آسیب شناسی روانی. به نظر او همان طور که می توان یک نظام تشخیصی آماری برای اختلالات روانی ایجاد کرد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۲) به موازات آن می توان نظامی برای طبقه بندی توانمندی های انسان ارائه نمود و الگوی روانشناسی باید برای تعالی و کمال انسان برنامه داشته باشد. بعد از جنگ جهانی دوم روانشناسی به صورت علمی درآمد که به طور عمده اختصاص به شفابخشی^۲ داشت و با استفاده از الگوی پزشکی تنها بر آسیب شناسی روانی تمرکز یافت. این توجه انحصاری با آسیب شناسی، موجب غفلت از این شد که تحقق توانایی ها مهم ترین سلاح کارآمد در درمان است (مکماهون و کیم، ۲۰۱۶).

روانشناسی مثبتگرا در پی این است که الگوی روان شناسی سلامت از توجه به آسیب شناسی صرف به سمت بهبود کیفیت در زندگی دگردیسی یابد؛ سلامت در کنار بیماری نیز قابل دستیابی است. به این منظور شکوفایی توانمندی ها باید در صف مقدم درمان و پیشگیری قرار گیرد. موضوع روانشناسی مثبت مربوط می شود به تجارب مثبت مانند سلامت ذهن^۴ رضایت از زندگی، شور و شوق^۵ شادی در حال، درک کارآمد از آینده که شامل خوش بینی، امید و ایمان می شود. در

^۱ Martin Seligman

^۲ Healing

^۳ McMahon & Kim

^۴ Subjective well-being

^۵ Flow

سطح فردی به ویژگی‌های شخصی مانند مهرورزی، تعهد^۱، شجاعت، مهارت‌های بین فردی، زیبایی دوستی^۲، پشتکار^۳، بخشش^۴، اصالت^۵، آینده‌نگری^۶ و خردورزی^۷ می‌شود. در سطح گروهی به فضائل شهروندی مانند احساس مسئولیت، مهرورزی^۸، ایثار^۹، ادب^{۱۰}، اعتدال^{۱۱}، مدارا^{۱۲} و اخلاق کاری^{۱۳} مربوط می‌شود (سلیگمن و سیکزنتمایلی^{۱۴}، ۲۰۱۴). درمورد تربیت کودک سلیگمن معتقد است تربیت کودکان چیزی بیش از اصلاح اشباهات آنان است و به شکوفا نمودن استعدادهای آنها مربوط می‌شود. او پس از تجربه‌ای که با دختر ۵ ساله‌اش داشت نوعی انقلاب درونی برای او بوجود می‌آید و متوجه ضرورت تحول در روانشناسی می‌شود. به نظر سلیگمن قبل از جنگ جهانی دوم، روانشناسی سه زمان داشت: ۱- درمان بیماریهای روانی؛ ۲- بهبود زندگی دیگران؛ و ۳- شناسایی و پرورش استعدادها (کلانتری و اسماعیلی، ۱۳۹۴).

در روانشناسی مثبت فرض بر این است که توانایی‌هایی در انسان وجود دارند مانند شجاعت، آینده‌نگری، خوش بینی، ایمان، امید و پشتکار که به عنوان سپر^{۱۵} علیه بیماریهای روانی عمل می‌کنند. سلیگمن نشان داده است که به عنوان مثال خوش بینی آموخته شده از افسردگی و اضطراب در کودکان و بزرگسالان پیشگیری می‌کند. در این زمینه به جای اینکه فقط به ترمیم آسیب پرداخته شود، توانمندی‌ها نیز شکوفا می‌شوند. مثال دیگر این است که اگر قرار است از سوء مصرف مواد در نوجوانان پیشگیری شود، راه موثر آن اصلاح و ترمیم آسیب نیست بلکه شامل شناسایی و فعال سازی توانمندیهای فعلی نوجوانان می‌شود. زیرا نوجوانی که آینده‌نگر است، مهارت بین فردی دارد و از ورزش لذت می‌برد در خطر سوء مصرف مواد نیست (جانسون و وود^{۱۶}، ۲۰۱۷).

فرضیه دیگر روانشناسی مثبت این است که برخی سپرها علیه ابتلا به اختلال روانی وجود دارد مانند صفات^{۱۷} مثبت انسانی. تمرکز انحصاری در زمینه ضعف‌های شخصی و آسیب‌های مغزی و تنها تاکید روی روش‌های تشخیصی و آماری^{۱۸} موجب ضعف در پیشگیری می‌شود. اکنون به پژوهش‌های فراوانی در زمینه توانمندی‌ها و فضائل اخلاقی نیاز است. این توانمندی‌ها باید بطور معتبر اندازه‌گیری شوند. برای درک چگونگی رشد توانمندی‌ها نیاز به مطالعات تجربی طولی می‌باشد. باید راهکارهای تقویت توانمندی طراحی و آزمایش شوند. باید به روان‌درمانگران تاکید شود که بهترین کاری که می‌توانند انجام دهند به جای ترمیم نقطه ضعف‌ها، فعال کردن توانمندی‌هاست. روانشناسانی که با خانواده‌ها، مدارس و موسسه‌های دینی کار می‌کنند، باید فضایی را بوجود آورند که توانمندی‌ها توسعه یابند. نظریه‌های جدید در روانشناسی مثبت به رویکرد جدیدی رسیده‌اند به نام تاب‌آوری^{۱۹}. براین اساس می‌توان گفت که دیگر انسان به عنوان موجود منفعل پاسخ‌دهنده در برابر محرک‌ها به افراد مطرح نخواهد شد و به جای آن به افراد به عنوان تصمیم‌گیرنده‌های دارای حق انتخاب و دارای امکان تسلط و ثمر بخش‌نگریسته خواهد شد (کلانتری و اسماعیلی، ۱۳۹۴).

۱ Vocation

۲ Aesthetic sensibility

۳ Perseverance

۴ Forgiveness

۵ Originality

۶ Future mindedness

۷ Wisdom

۸ Nurturance

۹ Altruism

۱۰ Civility

۱۱ Moderation

۱۲ Tolerance

۱۳ Work ethic

۱۴ Csikszentmihalyi

۱۵ Buffer

۱۶ Johnson, & Wood

۱۷ Traits

۱۸ Diagnostic and Statistical Manual (DSM)

۱۹ Resilience

منابع

- احمدی، رضا؛ شریفی درآمدی، پرویز (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی آموزش تاب آوری بر سلامت روان افراد مبتلا به وابستگی مواد در کانون توسکای شهر تهران. فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی. دوره ۴. شماره ۱۶.
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۹۲). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی. ترجمه: محمدرضا نیکخو و هامایک آوادیسپانس. نشر سخن. ۱۳۵۴ ص.
- رضایی شهسوارلو، زهرا؛ تقدسی، محسن؛ موسوی، معصومه سادات؛ لطفی، محمد سجاد؛ هراتی، خدیجه (۱۳۹۵). ارتباط بین سلامت معنوی و نگرش مذهبی با رضایت از زندگی در سالمندان مبتلا به سرطان. روان پرستاری. دوره ۴. شماره ۱. ۴۷-۵۵.
- کلانتری، مهرداد؛ اسماعیلی، مریم (۱۳۹۴). مروری تحلیلی بر نظریه روان شناسی مثبت. مجله مطالعات تحول در علوم انسانی. دوره ۳. شماره ۴.
- محمدی، مسعود (۱۳۸۴). بررسی عوامل موثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان نامه دکتری. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
۱. Bogar, C. B., & Hulse-Killacky, D. (۲۰۰۶). Resiliency determinants and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Counseling & John Wiley & Sons*.
 ۲. Bonanno, G. A. (۲۰۰۴). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American psychologist*, ۵۹(۱), ۲۰.
 ۳. Clauss-Ehlers, C. S. (۲۰۰۸). Sociocultural factors, resilience, and coping: Support for aculturally sensitive measure of resilience. *Journal of Applied Developmental Psychology*, ۲۹(۳), ۱۹۷-۲۱۲.
 ۴. Delahaij, R., Gaillard, A. W., & van Dam, K. (۲۰۱۰). Hardiness and the response to stressful situations: Investigating mediating processes. *Personality and Individual Differences*, ۴۹(۵), ۳۸۶-۳۹۰.
 ۵. Johnson, J., & Wood, A. M. (۲۰۱۷). Integrating positive and clinical psychology: Viewing human functioning as continua from positive to negative can benefit clinical assessment, interventions and understandings of resilience. *Cognitive Therapy and Research*, ۴۱(۳), ۳۳۵-۳۴۹.
 ۶. King, L. A., Hicks, J. A., Krull, J. L., & Del Gaiso, A. K. (۲۰۰۶). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of personality and social psychology*, ۹۰(۱), ۱۷۹.
 ۷. Peng, L., Zhang, J., Li, M., Li, P., Zhang, Y., Zuo, X., ... & Xu, Y. (۲۰۱۲). Negative life events and mental health of Chinese medical students: the effect of resilience, personality and social support. *Psychiatry research*, ۱۹۶(۱), ۱۳۸-۱۴۱.
 ۸. Seligman, M. E. (۱۹۷۵). *Helplessness: On depression, development, and death. A series of books in psychology*. New York, NY: WH Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.
 ۹. Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (۲۰۱۴). Positive psychology: An introduction. *In Flow and the foundations of positive psychology* (pp. ۲۷۹-۲۹۸). Springer Netherlands.
 ۱۰. Seligman, M. E., Abramson, L. Y., Semmel, A., & Von Baeyer, C. (۱۹۷۹). Depressive attributional style. *Journal of abnormal psychology*, ۸۸(۳), ۲۴۲.