مقایسه تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی و فردی بر ابعاد شناختی و جسمانی دختران نوجوان بی‌سرپرست/ بدسرپرست مبتلا به افسردگی مداوم

◈ فروغ عبیری بناب[۱] ◈ دکتر مرضیه علیوندی وفا[۲]* ◈ دکتر علی خادمی[۳] ◈ دکتر غلامحسین جوانمرد[۴]

چکیده: **این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی و فردی بر ابعاد شناختی و جسمانی دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست مبتلا به افسردگی مداوم انجام گرفته است. پژوهش از نوع نیمه‌تجربی است که با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اجرا شده است. جامعه آماری پژوهش، همه دختران نوجوان ۱۷-۱۳ ساله بی‌سرپرست یا بدسرپرست شهر بناب در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۹ بودند که از میان آنها نمونه ۴۵ نفری انتخاب و در گروه کنترل (۱۵ نفر)، گروه آزمایشی فردی (۱۵ نفر) و گروه آزمایشی گروهی (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروههای آزمایشی شش جلسه نود دقیقه‌ای از مداخله مثبت‌نگر بهره‌مند شدند، درحالی‌که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. آزمودنیها، پیش و پس از مداخله و یک ماه بعد در مرحله پیگیری، به پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱) پاسخ دادند. نتایج یافته‌ها نشان داد که تفاوت میانگین دو گروه مداخله مثبت‌نگر فردی و گروهی در مورد علائم شناختی افسردگی مداوم معنادار بود (P=۰/۰۰۰). با توجه به میانگین حاشیه‌ای محاسبه شده، میانگین گروه مثبت‌نگر فردی (۵/۲۲۲= میانگین) پایین‌تر از میانگین گروه مثبت‌نگر گروهی (۷/۰۶۷ = میانگین) است. این امر نشانگر اثربخشی مداخله مثبت‌نگر فردی در مقایسه با مداخله مثبت‌نگر گروهی در بهبود علائم شناختی افسردگی مداوم است. در حالی‌که تفاوت میانگین دو گروه مداخله مثبت‌نگر فردی و گروهی در مورد علائم جسمانی افسردگی مداوم معنادار نبود (P=۰/۰۳۳). بنابراین براساس نتایج حاصل از پژوهش، به‌نظر می‌رسد مداخله روان‌درمانی مثبت‌نگر فردی می‌تواند اثرات بیشتری در بهبود و کاهش نشانه‌های افسردگی مداوم داشته باشد.**

کلید واژگان: **مداخله مثبت‌نگر، بعد شناختی، بعد جسمانی، افسردگی مداوم، بی‌سرپرست/بدسرپرست**

◉ تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۳ ◉ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۵/۲۴

این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است.

۱. دانش آموخته دوره دکتری روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران (نویسنده مسئول). **E-mail:** dr.vafa@iau.ac.ir
۳. استاد گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
۴. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

مقدمه

بسیاری از افراد، به‌ویژه نوجوانان، در شرایط پرتنش، روابط میان‌ـفردی ناسـالم و آسـیب‌پذیر، مشکلات و درگیریهای خانوادگی یا زناشویی، انواع فقدانها و بسیاری از مشکلات ناشی از دنیای صنعتی پیچیده معاصر ممکن است دچار افسردگی شوند (شاو[1] و همکاران، ۲۰۱۲). عدم تجربه‌های شادی‌بخش، انزوای اجتماعی، کمبود اعتمادبه‌نفس، ناتوانی در تمرکز، ناکارآمدی در امور مدرسه، تغییرات در عادات زیستی (خوردن، خوابیدن و دفع) و دردهای جسمی از عوارض افسردگی در کودکان و نوجوانان‌اند و این نشانه‌ها در کودکان و نوجوانانی که از بی‌سرپرستی یا بدسرپرستی رنج می‌برند، برجسته‌تر است (ون‌متر[2] و همکاران، ۲۰۱۲). مرگ پدر، ازدواج مجدد مادر و عدم پذیرش ناپدری، مرگ مادر و حضور نامادری، اعتیاد پدر یا مادر، حوادث طبیعی مانند سیل و زلزله، بیماری یکی از والدین یا هر دوی آنها را می‌توان نمونه‌هایی از علل بی‌سرپرستی قلمداد کرد (عزیزی و همکاران، ۲۰۲۳). افسردگی، شایع‌ترین اختلالی است که نه تنها بچه‌های بی‌سرپرست گرفتار آن می‌شوند، بلکه در میان افراد عادی نیز شایع‌ترین اختلال است (کندال ـ تاکت و جاکومونی[3]، ۲۰۰۵).

اختلال افسردگی مداوم یا افسرده‌خویی، یک وضـعیت طولانی‌مدت است که به مدت دو سال یا بیشتر (یک سال در کودکان و نوجوانان)، ادامه پیدا می‌کند. این نوع افسردگی اغلب شروعی پنهان و روندی مزمن دارد. افراد مبتلا به این نوع افسردگی، بیشتر در معرض خطر اختلالات روانپزشکی همزمان، به ویژه اختلالات مصرف مواد و اختلالات اضطرابی قرار دارند (نویز[4] و همکاران، ۲۰۲۲؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه رضاعی و همکاران، ۱۳۹۶). افسردگی نه تنها بر هیجانات و روحیه تأثیرگذار است بلکه بر سلامت جسمی و روانی فرد نیز تأثیر می‌گذارد. تأثیرات فیزیکی شامل بیماریهای مزمن، مشکلات خواب (بی‌خوابی/پرخوابی)، سردرد، خستگی، مشکلات گوارشی و افزایش خطر ابتلا به عفونتهاست. افراد مبتلا به افسردگی ممکن است که تغییرات اشتها را تجربه کنند، که منجر به افزایش یا کاهش وزن ناخواسته می‌شود (کوریل[5]، ۲۰۱۸ و عزیزی و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین اشخاص مبتلا به افسردگی اغلب علائم مشکلات گوارشی- معده‌ای مانند استفراغ، اسهال، تهوع و یبوست را گزارش می‌دهند. برخی از افراد افسرده حتی ممکن است به سندرم روده تحریک‌پذیر دچار شوند. بر اساس پژوهشهای انجام گرفته، وجود این مشکلات گوارشی به خاطر تغییراتی است که افسردگی در فعالیتهای هیپوتالاموس، غده هیپوفیز و غده آدرنال به وجود می‌آورد (میلر و ریزن[6]، ۲۰۱۶؛

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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

کارلینگ[1] و همکاران، ۲۰۱۶). بک[2] (۱۹۷۶) معتقد است که افراد مبتلا به افسردگی اغلب از تحریفهای شناختی رنج می‌برند. تحریفهای شناختی به افکار نادرستی اشاره دارند که ذهن افراد را درمورد موضوعی که حقیقت ندارد، متقاعد می‌کند. این افکار نادرست معمولاً برای تقویت افکار و احساسات منفی استفاده می‌شوند (پرینی[3] و همکاران، ۲۰۱۹؛ باین[4] و همکاران، ۲۰۱۹؛ عزیزی و همکاران، ۲۰۲۳).

در دهه‌های اخیر، دنیای روان‌شناسی شاهد ظهور رویکردی جدید در امر مداخلات آسیبهای روان‌شناختی بوده است. مارتین سلیگمن در سال ۱۹۹۸ با این رویکرد به‌نام روان‌شناسی مثبت‌نگر وارد مبحث پیچیده مداخلات شد. سلیگمن[5] (۲۰۰۲) هدف روان‌درمانی را چیزی بیش از بهبود علائم منفی یک اختلال، یعنی افزایش بهزیستی و شادکامی افراد دانسته است (رشید[6] و سلیگمن، ۲۰۱۳). راهبردی که به فرد کمک می‌کند تا زندگی او لذت‌بخش، جذاب و معنادار باشد، مداخله مثبت‌نگر نامیده می‌شود(سعیدمنش و همکاران، ۲۰۲۱). از زمان روی کار آمدن این نوع نگاه مثبت‌نگر، مطالعات متعددی در راستای بررسی اثربخشی آن در حوزه‌های گوناگون انجام گرفته است. مثالهایی از این پژوهشها شامل تمرکز روی احساسات مثبت نسبت به دیگران (لیوبومرسکی[7]، ۲۰۰۸)، نوشتن نامه‌های قدردانی (بوهم[8] و همکاران، ۲۰۱۱)، پرورش خوش‌بینی (بوهم و همکاران، ۲۰۱۱)، مراقبه (فردریکسون[9] و همکاران، ۲۰۰۸)، مهربانی (شلدون[10] و همکاران، ۲۰۱۲)، تصور کردن خود آرمانی (لایوس[11] و همکاران، ۲۰۱۲)، استفاده از توانمندیها و نقاط قوت (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۵) و شمردن نعمتها (لیوبومرسکی، ۲۰۰۸) است. بررسیها در داخل کشور ایران نشان می‌دهد که تاکنون مطالعات اندکی در زمینه درمانهای مثبت‌نگر در شکلهای فردی و گروهی انجام شده است؛ خلأیی که با توجه به اختلال افسردگی مداوم و جامعه بی‌سرپرستها/بدسرپرستها، بسیار بزرگ می‌نماید. مثلاً، در مطالعه لشنی و همکاران (۱۳۹۰) فقط اثربخشی راهبرد قدردانی مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین در مطلعه نصیری و همکاران(۱۳۹۸)، هر دو رویکرد درمانی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی‌رفتاری گروهی به یک اندازه در کاهش افسردگی مؤثر بودند. افزون بر این، روان‌درمانی مثبت‌نگر در مقایسه با درمان شناختی‌رفتاری در افزایش بهزیستی مؤثرتر بود.

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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

با توجه به اینکه مداخلات درمانی در دو مدل فردی و گروهی انجام می‌گیرند، به نظر می‌رسد مقایسه اثربخشی هر دو مدل برای رسیدن موثرتر به کاربردهای درمانی کمک‌کننده خواهد بود، چرا که برخی از مطالعات بر مزایای درمانهای فردی تأکید کرده و درمانهای گروهی را مطلوب در نظر نگرفته‌اند (سرکار[1] و همکاران، ۲۰۱۰). به خلاف آن، برخی دیگر از پژوهشگران بر به صرفه بودن درمانهای گروهی از نظر زمان و هزینه اشاره کرده‌اند (شفیع‌آبادی، ۱۳۸۳). درحالی‌که برخی دیگر نیز بر اهمیت تلفیق این دو رویکرد تأکید کرده‌اند (اچبوروا[2] و همکاران، ۲۰۱۴). با توجه به مطالعات محدودی که انجام گرفته، ضروری به نظر می‌رسد که این فنون در فرایند کار بالینی بیشتری در فرهنگ ایران مورد استفاده قرار گیرد تا فواید و محدودیتهای استفاده از آنها مشخص شوند. این پژوهش می‌تواند دانش کلی داخلی درباره ماهیت درمان افسردگی و بهترین رویکرد درمانی آن را افزایش دهد. همچنین، تعیین اثربخشی روان‌درمانی گروهی/فردی افسردگی، این فرصت را در اختیار روان‌شناسان، مشاوران و سایر افرادی قرار می‌دهد که به درمان افسردگی می‌پردازند تا انتخابهای دانش‌بنیان‌تر و مستندی برای درمان انواع متفاوت بیماران افسرده داشته باشند. با توجه به آنچه مطرح شد، پژوهش حاضر بر آن است تا قدرت اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی/ فردی را در کاهش نشانه‌های شناختی و جسمانی افسردگی مداوم در نمونه دختران نوجوان بی‌سرپرست/ بدسرپرست مورد ارزیابی قرار دهد.

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی است که با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اجرا شده است. بر اساس اهداف پژوهشی، جامعه آماری پژوهش، همه دختران نوجوان ۱۷-۱۳ ساله بی‌سرپرست یا بدسرپرست شهر بناب در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۹ بودند که از میان آنها نمونه ۴۵ نفری انتخاب و در گروه کنترل (۱۵ نفر)، گروه آزمایشی فردی (۱۵ نفر انفرادی) و گروه آزمایشی گروهی (۱۵ نفر) جایگزین شدند. این انتخاب بر اساس پیشنهاد گال[3] و همکاران (۱۳۸۲) است که حداقل تعداد ۱۵ نفر را برای پژوهشهای مداخلاتی تعریف کرده‌اند. برای گردآوری داده‌ها، ابتدا با مسئولان بهزیستی و کمیته امداد شهر بناب هماهنگیهای لازم به عمل آمد. سپس نسبت به انتخاب نمونه‌ها اقدام شد. در فرایند نمونه‌گیری، از روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس استفاده شد. به‌منظور انتخاب نمونه‌ها و تشخیص افسردگی، از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالهای افسردگی مزمن DSM-5(Scid-5-cv) استفاده شد. پس از بیان اهداف پژوهش برای آزمودنیها و جلب رضایت آنها، از آزمودنیها پیش‌آزمون گرفته شد و با برنامه‌ریزی جلسات مداخله و آموزش، نسبت به اجرای متغیر مستقل اقدامات لازم صورت

1. Sarkar
2. Echeburúa
3. Gall

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

گرفت. ملاکهای ورود به پژوهش شامل داشتن رضایت آگاهانه از شرکت در برنامه مداخلاتی، عدم اختلال روانپزشکی همزمان، عدم سابقه کیفری، عدم دریافت خدمات درمانی دیگر در طی شش ماه اخیر و دارا بودن سواد خواندن و نوشتن بود. ملاکهای خروج شامل عدم شرکت در دو جلسه از درمان و شرکت در برنامه‌های مداخلاتی یا روان‌شناختی دیگر در طی دریافت درمان مورد نظر پژوهش بود. کد اخلاق پژوهش حاضر ۱۰۲۲۰۷۰۶۹۷۱۰۰۱ (مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز) است.

برای اجرای جلسه‌های روان‌درمانی مثبت‌نگر، برنامه‌های درمانی پارکس ـ شینر[1] (۲۰۰۹) که تحت‌نظر سلیگمن در دانشگاه پنسیلوانیا ساخته شده، به‌کار رفته است. این برنامه در شش جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به‌صورت گروهی و فردی برگزار شده تا اثربخشی روش فوق در هر دو حالت مورد ارزیابی قرار بگیرد و مقایسه شود. شایان ذکر است که محتوا و ساخت جلسات در گروههای فردی و گروهی کاملاً یکسان در نظر گرفته شد تا از دخالت عوامل مداخله‌گر پیشگیری شود. شرح مختصر جلسه‌های درمانی در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصه ساختار و محتوای جلسات مداخلات مثبت‌نگر

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

پس از اعمال متغیر مستقل، اندازه‌گیری متغیر وابسته با ابزارهای لازم صورت گرفت و در نهایت داده‌های موردنیاز استخراج و برای تحلیل در برنامه SPSS وارد شدند.

◉ ابزارهای پژوهش

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

1. Parks-Sheiner

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

۱. آزمون افســـردگی بک[1] (BDI): این آزمون را بک و همکاران در سال ۱۹۶۱ برای سنجش میزان افســـردگی و علائم مرتبط ساخته‌اند. در این ابزار، از علائم هیجانی، شناختی و جسمانی برای ارزیابی استفاده شده است. این آزمون نشانه‌های تعریف شده افسردگی مانند غمگینی، احساس گناه، از دست دادن علاقه، کناره‌گیری اجتماعی و افکار خودکشی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. هر گروه از پرسشها شامل چهار گزینه است. همه این پرسشها بر اساس مقیاس لیکرت (صفر تا ۳) نمره‌گذاری شده و نمره کل فرد صفر تا ۶۳ خواهد بود. این پرسشنامه را نخستین‌بار در ایران جلیلی و اخوت (به نقل از کاظمی، ۱۳۸۲) هنجاریابی کرده‌اند. پایایی این پرسشنامه از راه ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و همبستگی به دست آمده از روش تصنیف بر اساس پرسشهای زوج و فرد، برابر ۰/۷۰ گزارش شده است (کاظمی، ۱۳۸۲). اعتبار این ابزار نیز در پژوهش حاضر بررسی و ۰/۷۷ گزارش شده است.

۲. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالهای افسردگی مزمن DSM-5[2]، (Scid-5-cv): این مصاحبه ابزاری برای تشخیص‌گذاری است که نسخه پیشین آن را فرست[3] و همکاران (۱۹۹۷) تهیه کرده‌اند. پایایی این ابزار برای اختلالهای محور I در DSM-5 را هفت مصاحبه‌گر با بازآزمایی مجدد، روی گروهی از آزمودنیها، بررسی کردند و ضریب کاپای قابل‌قبول ۰/۷ را گزارش کردند. در این پژوهش از نسخه جدید فرست و همکاران (۲۰۱۶) استفاده شد. شایان ذکر است با توجه به اینکه ابزاری تعریف شده برای سنجش میزان افسردگی مداوم موجود نیست، لذا پژوهشگر از تشخیص متخصص روانپزشک، از طریق مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اعتباربخشی به انتخاب آزمودنیها استفاده کرده است.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان عبارت‌اند از: میانگین سنی گروه مداخله مثبت‌نگر فردی ۱۷ سال با انحراف معیار ۱/۱۸ سال بود. حداقل سن آنها ۱۵ سال و حداکثر ۱۸ سال بود. بیشترین میزان مدرک تحصیلی آنها نیز مقطع متوسطه بود. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه مداخله مثبت‌نگر گروهی ۱۶ سال بود. حداقل سن آنها ۱۵ سال و حداکثر ۱۸ سال بود. بیشترین میزان مدرک تحصیلی آنها نیز مقطع متوسطه بود. همچنین، میانگین سن در گروه کنترل ۱۶ سال بود. حداقل سن آنها ۱۵ و حداکثر ۱۸ سال بود. بیشترین میزان مدرک تحصیلی آنها نیز مقطع متوسطه بود و فقط سه شرکت‌کننده دارای مدرک مقطع راهنمایی بودند. همه شرکت‌کنندگان دانش‌آموز بودند.

به‌منظور مقایسه تفاوت گروهها در متغیر علائم شناختی افسردگی مداوم، بر حسب آزمون و نیز اثرات تعاملی گروه و آزمون از آزمون تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است.

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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

جدول ۲. نتایج آزمون پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات

سطح معناداری* در آزمون کولموگروف - اسمیرنف

گروه	علائم شناختی			علائم جسمانی		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
مداخله مثبت‌نگر فردی	۰/۲۰	۰/۲۰	۰/۲۰	۰/۲۰	۰/۲۹	۰/۲۲
مداخله مثبت‌نگر گروهی	۰/۲۰	۰/۱۲	۰/۲۰	۰/۲۰	۰/۱۹	۰/۱۵
کنترل	۰/۲۰	۰/۲۰	۰/۰۸	۰/۱۰	۰/۱۹	۰/۲۰

سطح معناداری $p<۰/۰۵$*

در مورد بررسی پیش‌فرضهای آزمون، آزمون کولموگروف ـ اسمیرنف نشان داد که نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری افسردگی مداوم و زیرمؤلفه‌های آن در هر سه گروه دارای ویژگی توزیع نرمال ($p>۰/۰۵$) است.

جدول ۳. تعیین همگونی شیب رگرسیون

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

سطح معناداری $p<۰/۰۵$*

با توجه به جدول شماره ۳ مقدار F تعامل متغیر مستقل و همپراش، (گروه * نمرات پیش‌آزمون علائم شناختی) ۱/۳۸ و (گروه * نمرات پیش‌آزمون علائم جسمانی) ۲/۱۸ است که معنادار نیستند، ($p>۰/۰۵$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض همگونی شیب رگرسیون رعایت شده است.

برای بررسی برابری و تجانس واریانسها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این آزمون نیز نشان می‌دهد که سطح معناداری برای نمرات پیش و پس‌آزمون علائم جسمانی افسردگی برقرار نبود (یعنی بالاتر از ۰/۰۵). برای برطرف کردن این موضوع و برقراری این مفروضه، بنابه توصیه تاباکنیک و فیدل (۱۳۹۵) در بررسی نهایی آماره F- تک متغیره در این متغیرها از سطح معناداری ۰/۰۱ استفاده شد. فرض کرویت نیز با آزمون موچلی انجام شد. نتایج برای علائم جسمانی افسردگی مداوم ($p>۰/۰۵$) برقرار بود. در این راستا، از آنجایی‌که مقادیر اپسیلن‌ها از ۰/۷۵ کوچک‌تر بودند از گرین هاوس ـ گیسر استفاده شد. در نهایت، نتایج تست ام‌باکس حاکی از آن بود که در تمامی زیرمؤلفه‌های علائم افسردگی مداوم، مفروضه همگنی ماتریسهای واریانس ـ کوواریانس ($p>۰/۰۰۱$) برقرار بود.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

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

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

*سطح معناداری p<۰/۰۱

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

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

جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی برای علائم شناختی افسردگی مداوم

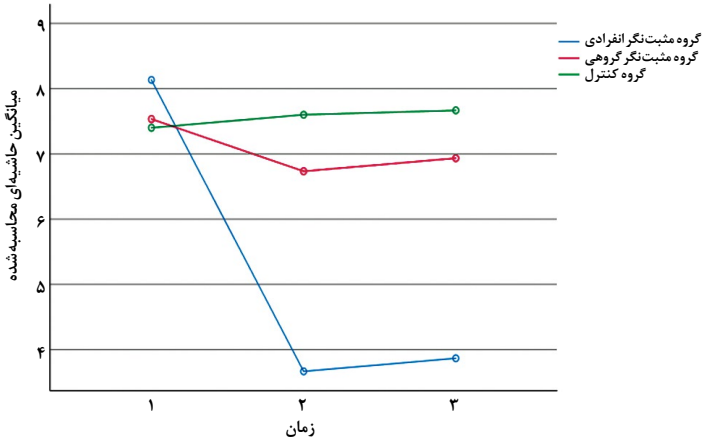
گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری*	حدود اطمینان ۹۸/۳ درصد	
					کرانه پایین	کرانه بالا
گروه مثبت‌نگر فردی	گروه مثبت‌نگر گروهی	-۱/۸۴۴	۰/۲۹۶	۰/۰۰۰	-۲/۴۴۳	-۱/۲۴۶
	گروه کنترل	-۲/۳۳۳	۰/۲۹۶	۰/۰۰۰	-۲/۹۳۱	-۱/۷۳۵
گروه مثبت‌نگر گروهی	گروه مثبت‌نگر فردی	۱/۸۴۴	۰/۲۹۶	۰/۰۰۰	۱/۲۴۶	۲/۴۴۳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

*سطح معناداری p<۰/۰۱۷

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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

افسردگی مداوم نیز معنادار بود (p=۰/۰۰۰)؛ با توجه به میانگین حاشیه‌ای محاسبه شده، مشخص است میانگین گروه مثبت‌نگر فردی (۵/۲۲۲ = میانگین) پایین‌تر از میانگین گروه مثبت‌نگر گروهی (۷/۰۶۷ = میانگین) است. این امر نشانگر اثربخشی مداخله مثبت‌نگر فردی در مقایسه با مداخله مثبت‌نگر گروهی در بهبود علائم شناختی افسردگی مداوم است.



نمودار ۱. مقایسه تأثیر مداخله‌ها بر علائم شناختی افسردگی مداوم

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

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

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

*سطح معناداری p<۰/۰۱۷

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

با توجه به نتایج درون ـ گروهی (اثر اصلی زمان) و برای بررسی پایداری درمان بر علائم شناختی افسردگی مداوم، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد که تفاوت نمرات علائم شناختی افسردگی مداوم در پس‌آزمون با پیش‌آزمون ۱/۶۸۹- بوده که این مقدار از لحاظ آماری تأیید شده است، $p=۰/۰۰۰$. همچنین، تفاوت نمرات علائم شناختی افسردگی مداوم در آزمون پیگیری با پیش‌آزمون ۱/۵۳۳- بوده که این مقدار هم از نظر آماری تأیید شد $p=۰/۰۰۰$، اما تفاوت نمرات علائم افسردگی مداوم در آزمون پیگیری با پس‌آزمون ۰/۱۵۶ بود که این مقدار از لحاظ آماری تأیید نشد $p=۰/۰۳۶$. این نتایج نشان می‌دهد که میزان اثربخشی مداخله مثبت‌نگر فردی بر کاهش علائم شناختی افسردگی مداوم دختران نوجوان بی‌سرپرست / بدسرپرست شهر بناب در پس‌آزمون و پیگیری یکسان بوده و تفاوتی معنادار وجود نداشته است.

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

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

*$p<۰/۰۱$ سطح معناداری

به منظور مقایسه تفاوت گروهها در متغیر علائم جسمانی افسردگی مداوم، بر حسب آزمون و نیز اثرات تعاملی گروه و آزمون از آزمون تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون اثرات درون ـ گروهی با استفاده از اصلاح گرین هاوس ـ گیسر نشان می‌دهد که میان نمرات علائم جسمانی افسردگی مداوم در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه (تأثیر تعاملی زمان و گروه) تفاوت معنادار وجود دارد، ($F=/۳۲۹$ ،$p=۰/۰۰۰$). اندازه اثر محاسبه شده براساس مجذور اتا برابر با ۰/۵۳۷ بود. یعنی، تقریباً ۵۴ درصد تغییرات از طریق اثرات تعاملی درون ـ گروهی و میان ـ گروهی قابل تبیین است. توان آماری برابر با یک نشان‌دهنده دقت بالای تحلیل و همچنین کفایت حجم نمونه برای این نتیجه‌گیری است.

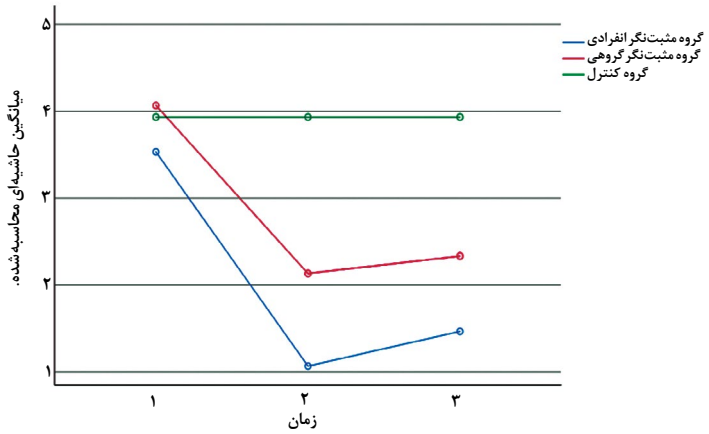
[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

جدول ۸. نتایج آزمون بونفرونی برای علائم جسمانی افسردگی مداوم

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

*سطح معناداری p<۰/۰۱۷

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



نمودار ۲. مقایسه تأثیر مداخله‌ها بر علائم جسمانی افسردگی مداوم

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

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

جدول ۹. نتایج آزمون بونفرونی بـرای عـلائم شنـاختی افـسردگی مداوم در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه مثبت‌نگر فردی

زمان (I)	زمان (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری*	حدود اطمینان ۹۸/۳ درصد	
					کرانه پایین	کرانه بالا
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۴۶۷	۰/۱۱۴	۰/۰۰۰	۱/۲۳۶	۱/۶۹۷
	پیگیری	۱/۲۶۷	۰/۱۳۴	۰/۰۰۰	۰/۹۹۷	۱/۵۳۷
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱/۴۶۷	۰/۱۱۴	۰/۰۰۰	-۱/۶۹۷	-۱/۲۳۶
	پیگیری	-۰/۲۰۰	۰/۰۹۸	۰/۰۴۷	-۰/۳۹۷	-۰/۰۰۳
آزمون پیگیری	پیش‌آزمون	-۱/۲۶۷	۰/۱۳۴	۰/۰۰۰	-۱/۵۳۷	-۰/۹۹۷
	پس‌آزمون	۰/۲۰۰	۰/۰۹۸	۰/۰۴۷	۰/۰۰۳	۰/۳۹۷

*سطح معناداری $p<۰/۰۱۷$

در نهایت، با توجه به نتایج درون-گروهی (اثر اصلی زمان) و برای بررسی پایداری درمان بر علائم جسمانی افسردگی مداوم، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد که تفاوت نمرات علائم جسمانی افسردگی مداوم در پس‌آزمون با پیش‌آزمون۱/۴۶۷- بوده که این مقدار از لحاظ آماری تأیید شده است $p=۰/۰۰۰$، همچنین، تفاوت نمرات علائم جسمانی افسردگی مداوم در آزمون پیگیری با پیش‌آزمون ۱/۲۶۷- بوده که این مقدار هم از نظر آماری تأیید شده است، $p=۰/۰۰۰$. اما تفاوت نمرات علائم افسردگی مداوم در آزمون پیگیری با پس‌آزمون ۰/۲۰۰ بود که این مقدار از لحاظ آماری تأیید نشد $p=۰/۰۴۷$. این نتایج نشان می‌دهد که میزان اثربخشی مداخله مثبت‌نگر فردی بر کاهش علائم جسمانی افسردگی مداوم دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست شهر بناب در پس‌آزمون و پیگیری یکسان بوده و تفاوت معناداری وجود نداشته است.

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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشـــان دادند که میزان اثربخشـــی مداخله مثبت‌نگر گروهی و فردی بر علائم شناختی افســـردگی دختران نوجوان بی‌سرپرست/ بدسرپرست شـــهر بناب متفاوت است. براساس ادبیات پژوهشـــی، تحقیقی که به مقایسه اثربخشی مداخلات مثبت‌نگر گروهی و فردی بر علائم هیجانی افســـردگی بپردازد، طی جستجوی پژوهشگر یافت نشـــد. با توجه به اثربخشی هر دو مداخله در علائم شناختی افسردگی نتایج همخوان با نتایج حاصل از پژوهشهایی است که لایوس و همکاران (۲۰۱۲)، نصیری و همکاران (۱۳۹۸)، بولیر[1] و همکاران (۲۰۱۳)، لیوبومرسکی و لایوس (۲۰۱۳)، کروس[2] و همکاران (۲۰۱۴)، کلری و کارسون[3] (۲۰۱۹)، استاینس‌بک[4] و همکاران (۲۰۲۳)، لایوس و همکاران (۲۰۱۱)، براتی ســـده (۱۳۸۸)، سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵)، سنف و لیائو[5] (۲۰۱۳)، پتروســـکی و میکوتا[6] (۲۰۱۲)، اصلانی و همکاران (۱۳۹۴)، دانش و همکاران (۱۳۹۹)، سرجنت و مونگرین[7] (۲۰۱۴)، دونالدســـون[8] و همکاران (۲۰۱۵)، رشید (۲۰۱۵) و هنرمندزاده و سجادیان (۱۳۹۵) انجام داده‌اند. در ادامه ابتدا به تبیین احتمالی این یافته پرداخته شده است.

در تبیین یافته به‌دســـت‌آمده مبنی بر اثربخشی مداخله مثبت‌نگر بر کاهش علائم افسردگی می‌توان به پژوهش بارکر[9] و همکاران (۲۰۱۸)، سعیدمنش و همکاران (۲۰۲۱) و نویز و همکاران (۲۰۲۲) استناد کرد. بر اساس نتایج پژوهشهای مذکور، مداخلات روان‌درمانی مثبت برای مقابله با افسردگی، از طریق افزایش سطح درگیری مثبت در زندگی، افزایش هیجانهای مثبت و افزایش معنا در زندگی موثر واقع می‌شود. روان‌درمانی مثبت‌نگر بر پایه چندین فرض مبتنی است (لمبرت[10] و همکاران، ۲۰۱۹). نخستین فرض این است که همه افراد مستعد بیماری روانی‌اند، به‌همان اندازه که ظرفیت فطری شـــادی نیز دارند. در این دیدگاه، شادی و آسیب‌شناسی در نتیجه تعامل میان محیط و شـــخص به وجود می‌آید. ازاین‌رو روان‌درمانگـــران مثبت‌نگر، مراجعان را در حکم فردی خودمختار و رشـــدمحور در نظر می‌گیرند. دومین فرض این رویکرد این اســـت که توانمندیهای مراجعـــان و هیجانهای مثبت مانند ضعفها و هیجانهای منفی اصیل و واقعی‌اند. بنابراین همســـو با این فرضهای اساســـی در روان‌درمانی مثبت‌نگر به مراجعان کمک می‌شود که این نقاط قوت را

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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

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

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

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

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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

(روان‌درمانی مثبت‌نگر) سبب کاهش علائم شناختی افسردگی در دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست مبتلا به افسردگی مداوم، که به‌صورت فردی مداخله را دریافت کرده بودند، شده است. اما در زمینهٔ تأثیر این تعالیم بر علائم جسمانی، تفاوت معنادار میان دو گروهی که به‌صورت فردی و گروهی مداخله را دریافت کرده بودند، مشاهده نشد. نتایج نشان دادند که میزان اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی و فردی بر علائم جسمانی افسردگی مداوم دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست شهر بناب متفاوت نیست. درواقع، تعالیم مداخله مثبت‌نگر تأثیری یکسان بر ابعاد جسمانی افرادی داشت که در هر دو گروه فردی و گروهی شرکت کرده بودند. بنابراین می‌توان گفت هر کدام از روش‌های گروهی و فردی را می‌توان برای افراد با علائم جسمانی افسردگی به‌کار بست. پژوهشی که به مقایسه اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی و فردی بر علائم جسمانی افسردگی مداوم بپردازد، طی جستجوی پژوهشگر یافت نشد. نتایج به‌دست آمده مبنی بر اینکه هر دو روش فردی و گروهی بر کاهش علائم جسمانی افسردگی موثر است همخوان با نتایج براتی سده (۱۳۸۸)، سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵)، لایوس و همکاران (۲۰۱۲)، نصیری و همکاران (۱۳۹۸)، بولیر و همکاران (۲۰۱۳)، لیوبومرسکی و لایوس (۲۰۱۳)، کلری و کارسون (۲۰۱۹)، لایوس و همکاران (۲۰۱۱)، سنف و لیائو (۲۰۱۳)، سرجنت و مونگرین (۲۰۱۴)، کروس و همکاران (۲۰۱۴)، دونالدسون و همکاران (۲۰۱۵)، عزیزی و همکاران (۲۰۲۳)، رشید (۲۰۱۵)، هنرمندزاده و سجادیان (۱۳۹۵)، اصلانی و همکاران (۱۳۹۴)، جباری و همکاران (۱۳۹۳) و دانش و همکاران (۱۳۹۹) است. همچنین نتایج نشان دادند که تأثیر مداخله مثبت‌نگر بر علائم جسمانی افسردگی مداوم دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست شهر بناب پس از یک ماه پیگیری پایدار است. نتیجه به‌دست آمده همخوان با نتایج پست[1] (۲۰۰۵)، جباری و همکاران (۱۳۹۳)، سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵)، نصیری تاکامی و همکاران (۱۳۹۸) و دانش و همکاران (۱۳۹۹) است.

در تبیین یافته به‌دست آمده مبنی بر اینکه هر دو روش مداخله مثبت‌نگر بر کاهش علائم جسمانی افسردگی موثرند، می‌توان گفت اصول و فنون روان‌درمانی مثبت، روشی مناسب برای ارتقا و درمان مؤلفه‌های روان‌شناختی مانند افسردگی و توانمندیهای منش است. برخورداری از برنامه‌های مشاوره گروهی و فردی، بهره‌مندی از حمایتهای اجتماعی درک‌شده و به‌طور اخص آموزشهای روان‌درمانی، سبب ارتقای عملکرد هیجانی، اجتماعی و جسمانی، کاهش اثرات منفی و کاهش خستگی می‌شود. این عوامل در نحوه سازگاری و رویارویی با عوامل افسرده‌ساز و افزایش توانمندیها نقشی اساسی و تعیین‌کننده دارند و منجربه کاهش افسردگی می‌شوند (استملر[2] و همکاران، ۲۰۲۱). سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵) با انجام دادن پژوهشها و مطالعات گوناگون

1. Post
2. Stemmler

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

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

در بیماریهای روانی مانند افسردگی مداوم، نداشتن تفسیرهای شناختی هیجانی مثبت از رویدادها و سختیهای زندگی منجر به بروز بیماریهای سایکوسوماتیک در قالبهای متعدد بالینی می‌شود که می‌تواند حتی بر تشخیص بیماری پایه نیز اثر منفی بگذارد. در تبیین یافته به‌دست آمده می‌توان گفت که مداخله مثبت‌نگر با تکیه بر داراییهای مثبت انسانی، سبب ایجاد هیجانهای مثبت در افراد می‌شود و در پی آن هیجانهای مثبت نیز منجر به شناخت مثبت و کارآمد می‌شوند و به‌عکس (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۵). برای مثال، هیجان مثبت سبب می‌شود که افراد بتوانند دیدی مثبت‌تر نسبت به مسائل داشته باشند و سختیهای زندگی را به‌گونه‌ای دیگر تعبیر کنند، یعنی داشتن شناخت درست و مدیریت هیجان مطلوب اجازه بروز علائم روانی را به شکل جسمانی نمی‌دهد. در حقیقت، افزایش هیجان و افکار مثبت موجب بهبود نگرش مثبت افراد و ارتقای آگاهی شناختی هیجانی سبب کاهش علائم جسمانی می‌شود؛ تجاربی که می‌تواند فرد را در برابر حوادث ناگوار فعلی و آتی مقاوم سازد. یکی از مزایای مهم درمان گروهی، کاهش زمان مورداستفاده درمانگر، کوتاه شدن فهرست انتظار و کاهش هزینه برای بیماران است. با وجود اینکه پژوهش حاضر به منظور مقایسه هدفمند صرفه‌جویی در هزینه و زمان درمان انجام نشده بود، در پژوهش حاضر میزان زمان صرف شده در درمان انفرادی در حدود ۱۳۵ ساعت و برای درمان گروهی ۹ ساعت بود که نشان‌دهنده صرفه‌جویی ۸۷ درصدی در وقت درمانگر است. پیش از این هیملهٔ[1] و همکاران (۲۰۰۳) برآورد کرده بودند که درمان گروهی می‌تواند زمان مورد استفاده درمانگر برای هر بیمار را تا ۲۴ درصد و هزینه‌های درمان برای هر بیمار را تا ۶۰۰ دلار کاهش دهد. با توجه به آنچه گفته شد و نتایج حاصل، در صورتی که فرد بیشتر با علائم جسمانی افسردگی درگیر است مداخله مثبت‌نگر گروهی نیز در مورد آنان می‌تواند مفید و موثر واقع شود.

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

1. Himle

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

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

این پژوهش صرفاً روی دختران نوجوان بی‌سرپرست/ بدسرپرســـت شـــهر بناب صورت گرفته است، بنابراین باید در تعمیم نتایج به شهرهای دیگر احتیاط شود. علاوه بر آن، استفاده از یک روش پژوهش کمی محدودیت دیگر این پژوهش اســـت، زیرا با استفاده از روش تحقیق کیفی از طریق مصاحبه‌های ساختاری، نیمه‌ســـاختاری و غیرساختاری می‌توان به یافته‌های عمیق دست یافت. همچنین، اســـتفاده از نمونه محدود، عدم وجود امکان بـــرای انتخاب تصادفی نمونه پژوهش نیز از دیگر محدودیتهای این پژوهش به‌شـــمار می‌رود. با توجه به اهمیت فرهنگ در مســـائل مربوط به مداخلات روان‌شـــناختی، امـــکان تعمیم نتایج این پژوهش به همـــه جوامع داخلی و خارجی وجود ندارد. براساس نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت، هر دو مدل مداخلات مثبت‌نگر در کاهش افسردگی مدام دختران نوجوان بی‌سرپرست و بدسرپرست مؤثرند. اما تأثیر مداخله فردی مثبت‌نگر بر افســـردگی مداوم بیشتر است. ازاین‌رو پیشنهاد می‌شود برای کاهش افسردگی دختران نوجوان بی‌سرپرســـت و بدسرپرســـت از مداخله مثبت‌نگر فردی به‌مثابه یک مـــدل درمانی مؤثرتر، هم در پیشگیری و هم درمان بهره‌گیری شود. همچنین پیشنهاد می‌شود مشابه این پژوهش در جوامع آماری دیگر و در گروههای بزرگ‌تر و با جنســـیت دیگر نیز اجرا و با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود و در پژوهشهای آتی برای بررسی متغیرهای پژوهش از مصاحبه بالینی نیز استفاده شود.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

منابع

REFERENCES

اصلانی، جلیل؛ احمددوست، حسین و بهمنی، محمود. (۱۳۹۴). تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر نشانه‌های افسردگی و بهزیستی ذهنی زندانیان. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۱ (۴)، ۶۷-۷۶.

DOR: 20.1001.1.24764248.1394.1.4.6.6

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

براتی‌سده، فریده. (۱۳۸۸). *اثربخشی مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا جهت افزایش نشاط، خشنودی از زندگی، معناداری زندگی و کاهش افسردگی: تدوین مدلی برای اقدام*. رساله دکتری روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی.

تاباکنیک، باربارا جی. و فیدل، لیندا اس. (۱۳۹۵). *کاربرد آمار چندمتغیری*، ترجمه بلال ایزانلو، خدیجه ابوالمعالی، مجتبی حبیبی عسگرآباد، محمدرضا حسن‌آبادی و ولی‌الله فرزاد. انتشارات رشد.

جباری، مهسا؛ شهیدی، شهریار و موتابی، فرشته. (۱۳۹۳). اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب و افزایش میزان رضایت از زندگی دختران نوجوان. *روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۰ (۴)، ۲۸۷-۲۹۶.

دانش، فرشته؛ مدنی، یاسر و میرشجاع، میناسادات. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مثبت‌نگر بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب در زنان باردار. *پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش‌وپرورش*، ۳ (۲۳)، ۹۸-۱۱۶.

شفیع‌آبادی، علیرضا. (۱۳۸۳). *راهنمایی و مشاوره تحصیلی و شغلی*. تهران: سمت.

کاظمی، حمید. (۱۳۸۲). *مقایسه تحریف‌های شناختی در بیماران مضطرب و افسرده*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.

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

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

نصیری تاکامی، غلامرضا؛ نجفی، محمود؛ طالع‌پسند، سیاوش و مکوند حسینی، شاهرخ. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی-رفتاری بر بهزیستی روانشناختی و افسردگی در نوجوانان با علائم افسردگی. *فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره*، ۱۸ (۷۰)، ۱۰۵-۱۲۹.

DOI: 10.29252/jcr.18.70.105

هنرمندزاده، ریحانه و سجادیان، الناز. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شادکامی دختران نوجوان بی‌سرپرست. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۲ (۲)، ۳۵-۵۰.

DOI: 10.22108/ppls.2016.21335

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

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

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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

is cognition?. *Current Biology, 29*(13), R608-R615. https://doi.org/10.1016/j.cub.2019.05.044

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.

Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.

Boehm, J. K., Lyubomirsky, S., & Sheldon, K. M. (2011). A longitudinal experimental study comparing the effectiveness of happiness-enhancing strategies in Anglo Americans and Asian Americans. *Cognition & Emotion, 25*(7), 1263-1272. doi: 10.1080/02699931.2010.541227

Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, *13*, 119. doi: 10.1186/1471-2458-13-119

Clarry, L., & Carson, J. (2019). Positive psychology for depression: A critical review. *Mental Health Practice.* https://doi.org/10.7748/mhp.2019.e1312

Coryell, W. (2018). *Depressive disorders.* Available at: https://www.merckmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/mood-disorders/depressive-disorders

Donaldson, S. I., Dollwet, M., & Rao, M. A. (2015). Happiness, excellence, and optimal human functioning revisited: Examining the peer-reviewed literature linked to positive psychology. *The Journal of Positive Psychology, 10*(3), 185-195. https://doi.org/10.1080/17439760.2014.943801

Echeburúa, E., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2014). Individual versus individual and group therapy regarding a cognitive-behavioral treatment for battered women in a community setting. *Journal of Interpersonal Violence*, *29*(10), 1783-1801. doi: 10.1177/0886260513511703

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders, (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.

First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5- CV)*. American Psychiatric Association.

Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S.M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology, 95*(5), 1045-1062. doi: 10.1037/a0013262

Himle, J. A., Van Etten, M., & Fischer, D. J. (2003). Group cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A review. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 3*(2), 217-229.

Karling, P., Wikgren, M., Adolfsson, R., & Norrback, K. F. (2016). Hypothalamus-pituitary-adrenal axis hypersuppression is associated with gastrointestinal symptoms in major depression. *Journal of Neurogastroenterology and Motility, 22*(2), 292-303. doi: 10.5056/jnm15064

Kendall-Tackett, K. A., & Giacomoni, S. M. (Eds.) (2005). *Child victimization: Maltreatment, bullying and dating violence, prevention and intervention*. Civic Research Institute, Inc, Kingstone, NJ.

Kruse, E., Chancellor, J., Ruberton, P. M., & Lyubomirsky, S. (2014). An upward spiral between gratitude and humility. *Social Psychological and Personality Science, 5*(7), 805-814. https://doi.org/10.1177/1948550614534700

Lambert, L., Passmore, H. -A., & Joshanloo, M. (2019). A positive psychology intervention program in a culturally-diverse university: Boosting happiness and reducing fear. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being, 20*(4), 1141-1162. https://doi.org/10.1007/s10902-018-9993-z

Layous, K., Chanceller, J., Lyubomirsky, S., Wang, L., & Doraiswamy, P. M. (2011). Delivering happiness: Translating positive psychology intervention research for treating major and minor

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

depression disorders. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 17*(8), 675-683. doi: 10.1089/acm.2011.0139

Layous, K., Nelson, S. K., & Lyubomirsky, S. (2012). What is the optimal way to deliver a positive activity intervention? The case of writing about one's best possible selves. *The Journal of Happiness Studies,* Advance online publication.

Lyubomirsky, S. (2008). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want*. New York: Penguin Press.

Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being? *Current Directions in Psychological Science, 22*(1), 57-62. https://doi.org/10.1177/0963721412469809

Miller, A. H., & Raison, C. L. (2016). The role of inflammation in depression: From evolutionary imperative to modern treatment target. *Nature Reviews Immunology*, *16*(1), 22-34. doi: 10.1038/nri.2015.5

Noyes, B. K., Munoz, D. P., Khalid-Khan, S., Brietzke, E., & Booij, L. (2022). Is subthreshold depression in adolescence clinically relevant? *Journal of Affective Disorders, 309*, 123-130. doi: 10.1016/j.jad.2022.04.067

Parks-Sheiner, A. C. (2009). *Positive Psychotherapy: Building a model of empirically supported self-help*. Published Ph.D. dissertation, United States-Pennsylvania: University of Pennsylvania. In: Dissertations & Theses: A&I. Available from: http://www.proquest.com/Publication Number: AAT 3363580.

Perini, G., Cotta Ramusino, M., Sinforiani, E., Bernini, S., Petrachi, R., & Costa, A. (2019). Cognitive impairment in depression: Recent advances and novel treatments. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 15,* 1249-1258. doi: 10.2147/NDT.S199746

Pietrowsky, R., & Mikutta, J. (2012). Effects of positive psychology intervention in depressive patients: A randomized control study. *Psychology, 3*(12), 1067- 1073. DOI:10.4236/psych.2012.312158

Post, S. G. (2005). Altruism, happiness, and health: It's good to be good. *International Journal of Behavioral Medicine, 12*(2), 66-77. doi: 10.1207/s15327558ijbm1202_4

Rashid, T. (2015). Positive psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology, 10*(1), 25-40. https://doi.org/10.1080/17439760.2014.920411

Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2013). *Positive Psychotherapy: A treatment manual*. New York: Oxford University Press.

Saeidmanesh, M., Mirshahi, F., Nasiri, M. (2021). The efficacy of acceptance and commitment-based therapy on hopefulness of students with drug dependent parents. *Positive Psychology Research*, *7*(1), 25, 53-64. Doi: 10.22108/PPLS.2021.121275.1873

Sarkar, R., Sowmyanarayanan, T. V., Samuel, P., Singh, A. S., Bose, A., Muliyil, J., & Kang G. (2010). Comparison of group counseling with individual counseling in the comprehension of informed consent: A randomized controlled trial. *BMC Medical Ethics*, *11*, 8. doi: 10.1186/1472-6939-11-8

Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention and positive therapy. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 3-9). Oxford University Press.

Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist, 60*(5), 410-421. https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410

Senf, K., & Liau, A. K. (2013). The effects of positive interventions on happiness and depressive symptoms, with an examination of personality as a moderator. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being, 14*(2), 591-612. https://doi.org/10.1007/s10902-012-9344-4

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

Sergeant, S., & Mongrain, M. (2014). An online optimism intervention reduces depression in pessimistic individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(2), 263-274. https://doi.org/10.1037/a0035536

Shaw, J. A., Espinel, Z., & Shultz, J. M. (2012). *Car of children exposed to the traumatic effects of disaster*. American Psychiatric Publishing, Inc.

Sheldon, K. M., Boehm, J. K., & Lyubomirsky, S. (2012). Variety is the spice of happiness: The hedonic adaptation prevention (HAP) model. In I. Boniwell, & S. A. David (Eds.), *Oxford handbook of happiness* (pp. 901-914). Oxford, England: Oxford University Press.

Steinsbekk, S., Nesi, J., & Wichstrøm, L. (2023). Social media behaviors and symptoms of anxiety and depression. A four-wave cohort study from age 10-16 years. *Computers in Human Behavior, 147*, 107859. doi: 10.1016/j.chb.2023.107859

Stemmler, A., Staehle, R., Heinemann, T., Bender, M., & Hennig, J. (2021). Positive psychology interventions in in-patients with depression: Influences of comorbidity and subjective evaluation of the training programme. *BJPsych Open, 7*(4), e109. doi: 10.1192/bjo.2021.65

Van Meter, A. R., Youngstorm, E. A., & Findling, R. L. (2012). Cyclothymic disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review, 32*(4), 229-243. doi: 10.1016/j.cpr.2012.02.001

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

Quarterly Journal of
Family and Research

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

F. Abiri Bonab[1] ■ M. Alivandi Vafa, Ph.D.[2*] ■ A. Khademi, Ph.D.[3] ■ G. H. Javanmard, Ph.D.[4]

Abstract

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

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

Date received: April 22, 2024 **Date accepted:** Aug. 14, 2024

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

1. Doctoral Graduate in Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran (Corresponding Author).
E-mail: dr.vafa@iau.ac.ir

3. Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

4. Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran..

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]