

اثربخشی آموزش خوش بینی بر سلامت روان

مژگان بهراد^۱، مهرداد کلانتری^۲، حسین مولوی^۳

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

۲. دانشیار روان‌شناسی بالینی کودک، دانشگاه اصفهان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

۳. استاد روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

تاریخ دریافت مقاله:

تاریخ پذیرش مقاله:

چکیده

زمینه و هدف: هدف از این پژوهش بررسی رابطه خوش‌بینی با سلامت روان و اثربخشی آموزش خوش‌بینی بر سلامت روان و مولفه‌های آن در دانشجویان دانشگاه یزد بود.

مواد و روش کار: ۵۰ نفر از دانشجویان دختر جدیدالورود سال تحصیلی ۸۸-۸۷ به صورت تصادفی انتخاب شده، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) و مقیاس خوش‌بینی (LOT) توسط آن‌ها تکمیل شد. ۳۰ نفر از این دانشجویان که بر مبنای پرسشنامه سلامت عمومی، دارای بیشترین مشکلات روانی بودند، به صورت گمارش تصادفی در دو گروه مورد و شاهد جایگزین شدند. گروه مورد به مدت یک ماه، هر هفته دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند. در مورد هر دو گروه پس از آزمون و آزمون پیگیری انجام شد.

یافته‌ها: نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که خوش‌بینی با نمرات سلامت روان، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی رابطه منفی و معنادار دارد ($p < 0/0001$). ولی با علائم جسمانی رابطه معنادار دیده نشد ($p < 0/005$). نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که آموزش خوش‌بینی بر سلامت روانی و مولفه‌های آن در گروه مورد در مقایسه با گروه شاهد، تاثیر معنادار داشت ($p < 0/0001$).

نتیجه‌گیری: در مجموع یافته‌های این پژوهش بر رابطه خوش‌بینی با سلامت روانی و اثربخشی آموزش خوش‌بینی بر سلامت روان اشاره دارد. از این روش می‌توان برای درمان و پیشگیری از مسایل سلامت روان استفاده نمود. [م ت ع پ ز، ۱۲ (۱): -]

کلیدواژه‌ها: آموزش خوش‌بینی، سلامت روان، علائم جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی، افسردگی

مقدمه

افراد خوش‌بین با بهره‌گیری از راهبردهای کنار آمدن موثرتر، مانند ارزیابی مجدد و مساله‌گشایی با فشارهای روانی بهتر کنار می‌آیند.^۳ پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که خوش‌بینی با افسردگی، به‌عنوان یک رفتار سازشی، رابطه معکوس دارد.^۷ خوش‌بینی علاوه بر سلامت جسمانی و افسردگی، بر کاهش سطح اضطراب در هنگام رویارویی با رویدادهای استرس‌زای زندگی نقش موثری ایفا می‌کند. در پژوهشی نشان داده شده است که قربانیان بدبین، نسبت به هم‌تایان خوش‌بین خود، در معرض اختلالات اضطرابی و مشکلات خواب بیشتری بودند.^۸ Segerstrom در پژوهشی تاثیرات متقابل خوش‌بینی و منابع موقعیتی و اجتماعی را در دانشجویان سال اول رشته حقوق سنجید و ده سال بعد همین دانشجویان را مورد بررسی مجدد قرار داد و به این نتیجه رسید که افراد خوش‌بین در سال اول دانشگاه، درآمد بیشتر و شبکه حمایت اجتماعی وسیع‌تری پیدا کردند.^۹ Corver و Sheier نیز در مطالعه‌ای مشابه نشان دادند که خوش‌بینی بیشتر با کاهش استرس و افسردگی و افزایش دریافت حمایت اجتماعی رابطه دارد.^۱ هدف این پژوهش بررسی رابطه خوش‌بینی در دانشجویان دانشگاه یزد و اثربخشی آموزش خوش‌بینی بر سلامت روانی دانشجویان دختر این دانشگاه بود

روش کار

پژوهش حاضر شامل دو بخش بود که بخش نخست از نوع پژوهش‌های توصیفی-همبستگی بود که رابطه خوش‌بینی با سلامت روانی و زیر

سازمان بهداشت جهانی سلامت روان را نیازی اساسی و برای بهبود کیفیت زندگی انسان، امری حیاتی تعریف کرده است. این سازمان سلامت روان را به‌عنوان "حالت سلامتی کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی (نه فقدان بیماری یا ناتوانی)" تعریف می‌کند. از جمله ساختارهایی که در سال‌های اخیر برای پیش‌بینی سلامت روانی افراد توجه تعداد زیادی از پژوهش‌ها را به خود جلب کرده است؛ خوش‌بینی است. خوش‌بینی سرشتی یا به‌عبارت دیگر گرایش به این‌که در زندگی تجارب خوب رخ خواهند داد، به‌عنوان یک صفت شخصیتی نسبتاً پایدار تعریف شده است که نوع رفتارهای فرد را تعیین می‌کند.^۱ این ساختار بر رفتاری که افراد در مقابله با تجارب استرس‌زا دارند و موفقیت در آن‌چه آن‌ها در زندگی با آن مقابله کرده‌اند، تاثیر دارد. یک شخص با جهت‌گیری خوش‌بینانه به آینده، موقعیت‌های استرس‌زا را با دیدی مثبت ارزیابی می‌کند و محاسبه خوبی از توانایی‌هایش برای گذراندن مشکلات دارد.^۲ Seligman خوش‌بینی را به‌جای یک صفت شخصیتی گسترده، به‌عنوان یک سبک تبیینی تعریف کرده است. بر طبق این دیدگاه، افراد خوش‌بین رویدادها یا تجربه‌های منفی را با نسبت دادن علت آن‌ها به عوامل بیرونی، گذرا و خاص تبیین می‌کنند.^۳ پژوهش‌های دیگر گویای آن هستند که خوش‌بینی به‌عنوان یک سبک تبیینی در مواجهه با رویدادهای ناگوار می‌تواند در حفظ سلامت روانی افراد نقش موثری ایفا کند.^{۴-۶} در توجیه تاثیر خوش‌بینی بر سلامت روانی، Seligman بر این باور است که

آموزش خوش‌بینی، به‌صورت گروهی و طی ۸ جلسه برای گروه مورد اجرا شد. محتوای کلی جلسات آموزشی بدین شرح بود: جلسه اول- آشنایی با افکار خودکار و باورهای منفی درباره خود، خدا، دیگران، زندگی و آینده. جلسه دوم- مبارزه با افکار منفی از طریق ردیابی منبع افکار، به چالش کشیدن افکار منفی و متوقف ساختن آن‌ها. جلسه سوم- تحلیل ABC شامل آشنایی با رابطه بین رویدادهای ناگوار، باورها و تغییرات خلقی ناشی از آن‌ها. جلسه چهارم- اصلاح اسنادی؛ تغییر سبک‌های تبیین بدبینانه (درونی، کلی و پایدار) به سبک‌های تبیین خوش‌بینانه (بیرونی، خاص و گذرا). جلسه پنجم- تحلیل DE شامل آشنایی با فنون منحرف کردن توجه مثل فنون "نه" گفتن و کش دور دست)، یادگیری منظره با خود (یافتن شواهد برای تفسیر خود، یافتن تفسیرهای دیگر و بررسی سودمندی باورها) و فرآیند نیروزایی شامل خلاصه کردن افکار و اعمال و برنامه‌ریزی برای آینده. جلسه ششم- آشنایی با فنون پذیرش خود، خودباوری، تمرکز بر توانمندی‌ها و محدود تلقی کردن ناتوانی‌ها. جلسه هفتم- تقویت باورهای دینی؛ آشنایی با نقش ایمان، توکل به خدا و اعتقاد به مقدرات الهی در مواجهه با رویدادهای ناگوار. جلسه هشتم- جمع‌بندی و نتیجه‌گیری.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر شامل ۵۰ دانشجوی دختر دانشگاه یزد با میانگین ۲۲/۹۲ سال بود. همگی مجرد و از نظر تحصیلات پدر و مادر و سطح اقتصادی اختلاف معناداری نداشتند ($p=0/76$).

به‌منظور بررسی رابطه بین خوش‌بینی و سلامت روانی و خرده مقیاس‌های آن از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. از میان خرده مقیاس‌های سلامت روان، خرده مقیاس اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی با سلامت روانی رابطه داشتند ($p<0/001$). بین متغیر علائم جسمانی با خوش‌بینی رابطه معناداری دیده نشد ($p>0/05$). هم‌چنین بین خوش‌بینی با نمره کل سلامت روانی نیز رابطه معناداری مشاهده شد که این بدین معناست که با افزایش خوش‌بینی، سلامت روانی نیز افزایش می‌یابد.

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی نمرات سلامت روان کل را در هر سه مرحله پژوهش نشان می‌دهد. از آن‌جا که کسب نمره بیشتر در پرسشنامه سلامت عمومی نشان از کاهش سلامت روان دارد، شاخص‌های توصیفی گروه‌ها در عامل کلی سلامت روان نشان می‌دهد که گروه آزمایشی هم در پس آزمون و هم در پیگیری کاهش قابل ملاحظه‌ای را در نمره پرسشنامه سلامت عمومی نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت روان کل به تفکیک مراحل و گروه‌ها

گروه‌ها	مراحل	Mean±Sd
آزمایشی	پیش آزمون	۱/۶۴±۴۶/۴۶
	پس آزمون	۳۰±۱/۲۸
	پیگیری	۲۹/۰۶±۱/۱۷
کنترل	پیش آزمون	۳۴/۹±۱/۱۷
	پس آزمون	۳۴/۹±۱/۳۸
	پیگیری	۴۰/۳۳±۱/۴۹

مقیاس‌های آن را بررسی می‌کرد و بخش دوم، پژوهش نیمه تجربی بود که به‌صورت دو گروهی از نوع گروه مورد و گروه شاهد همراه با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بوده است. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۸۹-۸۸ دانشگاه یزد تشکیل می‌دادند. در این پژوهش تاهل و سن زیر ۱۸ سال و سن بالای ۲۳ سال ملاک‌های خروج از بررسی بودند. برای نمونه‌گیری ابتدا سه رشته تحصیلی حقوق، حسابداری و کامپیوتر به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. بر این اساس از بین دانشجویان جدیدالورود این سه رشته ۱۰۰ دانشجو شامل ۵۰ دانشجوی دختر و ۵۰ دانشجوی پسر به صورت تصادفی انتخاب گردید. پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) و مقیاس خوش‌بینی (LOT) توسط آن‌ها تکمیل گردید. برای بخش دوم پژوهش، ۳۰ نفر از دانشجویان دختر که دارای بالاترین نمرات در آزمون سلامت عمومی بودند، انتخاب شده و به‌صورت گمارش تصادفی در دو گروه مورد و شاهد که هر کدام شامل ۱۵ نفر بود، جایگزین شدند. برای رعایت نکات اخلاقی و تضمین اجرای صحیح مراحل پژوهش، رضایت آگاهانه و تعهد آن‌ها برای حضور در برنامه آموزش به‌صورت کتبی گرفته شد. پس از این مرحله گروه مورد طی ۸ جلسه، هر کدام ۹۰ دقیقه مورد آموزش قرار گرفت. پس از پایان جلسات آموزشی پس آزمون و یک ماه پس از آن پیگیری به‌عمل آمد. لازم به ذکر است نتایج بخش اول پژوهش به‌عنوان پیش آزمون در نظر گرفته شد.

پرسشنامه GHQ-28 دارای چهار مقیاس فرعی و هر مقیاس دارای هفت پرسش است. علائم جسمانی، علائم اضطرابی، کارکرد اجتماعی، علائم افسردگی. بررسی‌ها نشان داده‌اند که جنس، سن و سطح تحصیلات تأثیر مهمی در این پرسشنامه نداشته است. Goldberg در تحلیل ۳۴ بررسی حساسیت آن را ۸۴ و ویژگی آن را ۸۲ گزارش نمود. ^{۱۱} یعقوبی و همکاران نیز با نقطه برش ۲۳، حساسیت آن را ۸۶ و ویژگی آن را ۸۲ گزارش نمودند. ^{۱۱} ضریب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ در بررسی یعقوبی و همکاران برابر با ۰/۸۸ به‌دست آمد. ^{۱۱}

پرسشنامه جهت‌گیری به زندگی (Life Orientation Test) توسط Corver و Sheier طراحی شده است. ^۱ این مقیاس ۸ سوالی اندازه‌ای که افراد انتظارات خود را نسبت به پیامدهای زندگی ارزیابی می‌کنند، به‌دست می‌دهد و شامل چهار سوال با عبارات مثبت مانند "در زمان عدم اطمینان انتظار دارم بهترین نتیجه عایدم شود." و چهار سوال با عبارات منفی مانند "هرگاه فکر می‌کنم اتفاق بدی برایم روی خواهد داد، همان اتفاق بد برایم روی خواهد داد" است. سوالات ۱، ۳، ۴ و ۷ مثبت بوده و به‌طور مستقیم نمره‌گذاری می‌شود و سوالات ۲، ۵، ۶ و ۸ منفی بوده و به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس ویژگی‌های روان‌سنجی رضایت بخشی داشته است. ^{۱۱} میانگین نمرات مقیاس، انحراف استاندارد و پایایی LOT به ترتیب برابر ۲/۹۸±۰/۴۳ و ۲/۹۸ مساوی ۰/۸۵ بوده است. در پژوهش حاضر از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی رابطه خوش‌بینی با سلامت روانی و زیر مقیاس‌های آن و اثربخشی آموزش خوش‌بینی بر سلامت روانی و زیرمقیاس‌های آن بهره گرفته شده است.

پژوهشی در داخل یا خارج از ایران یافت نشد که این نکته با توجه به اثر بخشی به دست آمده در این پژوهش، ضرورت اجرا و تکرار این روش را به خوبی نشان می‌دهد. فرضیه‌های بعدی مبنی بر رابطه خوش بینی با علائم جسمانی و اثربخشی آموزش خوش بینی بر علائم جسمانی گروه آزمایش در مرحله‌های پس از آزمون و پیگیری بودند که رابطه خوش بینی با علائم جسمانی تایید نشد ولی اثربخشی آموزش خوش بینی بر علائم جسمانی مورد تایید قرار گرفت. در سال‌های اخیر پیشرفت‌های مهمی در بررسی میزان سهم فاکتورهای روانشناختی در سلامت جسمانی به دست آمده است. یکی از این فاکتورها، خوش بینی یا انتظار پیامدهای مثبت است که با سلامت جسمانی بهتر و مقابله موفقیت‌آمیز با چالش‌های سلامتی رابطه دارد.^۳ در بسیاری از پژوهش‌ها خوش بینی به عنوان یکی از همبسته‌های سلامت جسمانی در نظر گرفته شده است.^۳ یکی از راه‌های احتمالی تاثیر خوش بینی بر سلامت جسمانی، تاثیر بر سیستم ایمنی است. افراد خوش بین با استرس‌ها به شیوه متفاوتی مقابله می‌کنند، خلق منفی بسیار کمتری تجربه می‌کنند و ممکن است رفتارهای سلامتی سازش یافته تری داشته باشند که همه این‌ها می‌تواند به وضعیت ایمنی بهتر منجر شود.^۴ پژوهش‌های دیگر نیز نقش خوش بینی در حفظ سلامت جسمانی و بهبود علائم جسمانی پس از ابتلا به بیماری‌ها و یا جراحی‌ها را تایید می‌کنند.^{۴،۹} فرضیه‌های مبنی بر اثربخشی آموزش خوش بینی بر علائم جسمانی گروه آزمایش در مرحله‌های پس از آزمون و پیگیری با یافته‌های این پژوهش‌ها مطابقت دارد ولی فرضیه‌ای که رابطه بین خوش بینی و علائم جسمانی را بیان می‌کرد و تایید نشد با پژوهش‌های مطرح شده در این بخش مطابقت ندارد. البته در پژوهش شهنی ییلاق و همکاران^{۱۴} نیز رابطه بین خوش بینی و سلامت جسمانی تایید نشده است. ممکن است در ابتدا این عدم رابطه با توجه به ادبیات پژوهشی متناقض به نظر برسد ولی باید توجه داشت که بیشتر تحقیقات انجام شده یک یا چند بیماری خاص را بررسی کرده و هم چنین در بیشتر این مطالعات شیوه سنجش به صورت دقیق و غیرذهنی انجام شده است اما در این پژوهش اولاً، سنجش سلامت جسمانی به صورت ذهنی بوده و ثانياً تعداد زیادی از علائم جسمانی را می‌سنجد.

فرضیه‌های بعدی در مورد بررسی رابطه بین خوش بینی و اضطراب و اثربخشی آموزش خوش بینی بر علائم اضطرابی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله‌های پس از آزمون و پیگیری بود که مورد تایید واقع شد. در پژوهش‌های دیگر نیز نقش خوش بینی در کاهش اضطراب در افراد شاهد حوادث هوایی و قربانیان سوانح^{۱۵} مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج این پژوهش با آن‌ها مطابقت دارد. در زمینه نقش آموزش خوش بینی بر کاهش علائم اضطراب، پژوهشی در داخل یا خارج از ایران در دسترس نبود. دیگر فرضیه‌های مورد بررسی در این پژوهش رابطه خوش بینی با کارکرد اجتماعی و تاثیر آموزش خوش بینی بر افزایش سطح کارکرد اجتماعی گروه آزمایش در مراحل پس از آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه بود که مورد تایید قرار گرفت. یکی از ویژگی‌های مهم افراد خوش بین این است که به صورت مصرانه و موثر اهداف خود را دنبال می‌کنند و بدین ترتیب با گذشت زمان احتمالاً منابع بیشتری به دست می‌آورند. منابعی مانند

جهت بررسی اثربخشی آموزش خوش بینی بر سلامت روانی و زیر مقیاس‌های آن تحلیل کوواریانس انجام گرفت. پس از رعایت دو پیش فرض تساوی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع متغیرها در جامعه، داده‌ها توسط تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. نمرات پیش آزمون به دلیل این که با نمرات پس آزمون ارتباط معنادار داشتند، وارد تحلیل کوواریانس شده تا اثر آن از روی تحلیل نهایی برداشته شود. با این وجود حتی بعد از کنترل اثر پیش آزمون بین دو گروه از لحاظ نمرات پس آزمون مربوط به نمرات علائم جسمانی کل و مولفه‌های آن (علائم شکایات جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) تفاوت معنادار وجود داشت ($p < 0/0001$). لذا متغیر مستقل بر متغیر وابسته اثر معنادار داشته و عضویت گروهی به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۳۱، ۰/۳۸، ۰/۷۱ و ۰/۴۰ درصد از واریانس نمرات علائم جسمانی کل و مولفه‌های آن (علائم شکایات جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) را در پس آزمون تبیین نمود ($p < 0/0001$). این نتایج به طور مشابهی در مرحله پیگیری نیز صادق بود. داده‌های جدول نشان می‌دهد بعد از کنترل اثر پیش آزمون بین دو گروه از لحاظ نمرات پیگیری مربوط به نمرات علائم جسمانی کل و مولفه‌های آن (علائم شکایات جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/0001$). لذا در این مرحله نیز متغیر مستقل بر متغیر وابسته اثر معنادار داشته و عضویت گروهی به ترتیب ۰/۵۲، ۰/۴۵، ۰/۲۷، ۰/۴۹ و ۰/۳۱ درصد از واریانس نمرات علائم جسمانی کل و مولفه‌های آن (علائم شکایات جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) را در مرحله پیگیری تبیین نمود ($p < 0/0001$).

بحث

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که خوش بینی با نمرات سلامت روان، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی رابطه منفی و معنادار داشت. ولی با علائم جسمانی رابطه معنادار دیده نشد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که آموزش خوش بینی بر سلامت روانی و مولفه‌های آن در گروه مورد در مقایسه با گروه شاهد، تاثیر معنادار داشت. در این پژوهش رابطه بین خوش بینی و سلامت روان تایید شد که با یافته‌های پژوهش‌های متعدد صورت گرفته مطابقت دارد.^{۴،۱۰،۱۳} هم چنین یافته‌های ما در راستای نتایج پژوهش‌های شهنی ییلاق و همکاران^{۱۴} و Segerstrom^۹ است. تفاوت‌های فردی در میزان خوش بینی نقش مهمی در سازگاری با حوادث استرس‌زا و رویدادهای ناگوار زندگی ایفا می‌کند.^۳ یک توضیح برای این ارتباط، این است که افراد خوش بین نسبت به افراد بدبین، با رویدادهای ناگوار به طور موثرتری مقابله می‌کنند. شواهد کافی وجود دارد مبنی بر این که افراد خوش بین در مقایسه با افراد بدبین از راهبردهای متعددی برای مقابله استفاده می‌کنند و این مقابله‌های متعدد در ارتباط بین خوش بینی و سازگاری بهتر، نقش مهمی ایفا می‌کنند.

یافته دیگر ما تاثیر آموزش خوش بینی بر سلامت روانی آزمودنی‌ها در مرحله پس از آزمون و پیگیری بود. در هر دو مرحله سطح سلامت روانی آزمودنی‌ها به طور معناداری نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش داشت، اما در زمینه آموزش خوش بینی بر اساس مدل این پژوهش یا مدل Seligman،

حفظ سلامت روانی افراد، در این پژوهش شیوه آموزش خوش‌بینی با آموزه‌های دینی و فرهنگی تلفیق گشته و نتایج مذکور به دست آمد. بدیهی است اگر بتوان شیوه آموزشی مناسبی ارائه داد که در پیشگیری از وقوع مشکلات روانی نظیر افسردگی و اضطراب مؤثر باشد، گام بزرگی در جهت حفظ سلامت افراد و صرفه جویی در هزینه‌های درمانی برداشته شده است و این امر به پژوهش‌های بیشتر در این زمینه احتیاج دارد. با توجه به این که این پژوهش بر روی نمونه‌ای از دانشجویان دختر اجرا شده است لذا برای تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر جامعه، بایستی جانب احتیاط رعایت شود به‌علاوه سنجش علایم جسمانی به‌صورت ذهنی و غیردقیق بود که باعث عدم مطابقت با سایر پژوهش‌های مربوط به موضوع شد. پیشنهاد می‌شود برای تکرار این پژوهش و افزایش قدرت تعمیم نتایج آن، از نمونه‌های دیگری غیر از دانشجویان، نمونه‌ای از پسران و گروه‌های سنی دیگر از جمله نوجوانان و بزرگسالان، برای ارائه آموزش استفاده گردد. هم‌چنین برای سنجش سلامت جسمانی، پژوهش‌های بعدی می‌توانند از شیوه‌های سنجش دقیق‌تری استفاده نمایند.

سپاسگزاری

این پژوهش حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد که در معاونت پژوهشی دانشگاه اصفهان به ثبت رسیده است.

References

1. Scheier MF, Corver CS. Optimism pessimism, and psychological wellbeing. In E. C. Change (Ed.), optimism and pessimism: Implications for theory research and practice. Washington DC: American Psychological Association; 2001: 189-216.
2. Nes LS, Segerstrom SC, Sephton SE. Engagement and arousal: Optimistic's effects during a brief stressor. *Pers Soc Psychol Bull* 2005; 31(1): 111-20.
3. Seligman ME. Positive social science. *APA Monitor* 1998; 29: 2-5.
4. Ribero JP, Silva AM, Meneses RF and Falco C. Relationship between optimism, disease variables, and health perception and quality of life in individuals with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2007; 11: 33-38.
5. Durán A, Extremera N, Rey L, et al. Predicting academic burnout and engagement in educational settings: Assessing the incremental validity of perceived emotional intelligence beyond perceived stress and general self-efficacy. *Psicothema* 2006; 18: 158-64.
6. Saeed Sh. The effects of an optimism-based cognitive behavior intervention on mood and functioning in cardiac patients. *J Appl Soc Psychol* 2006; 6(3): 129-151.
7. Abend TA, Williamson GM. Feeling attractive in the wake of breast cancer: Optimism matters and so do interpersonal relationships. *J Health Psychol* 2002; 28: 427-436.
8. Marshall GN, Lang EL. Optimism, self mastery and symptoms of depression in women professionals. *Am Psychol Assoc* 1990; 59: 132-139.
9. Segerstrom SC. Optimism and resources: Effects on each other and on health over 10 years. *J Res Personal* 2006; 41: 772-786.
10. Goldberg DP, Hiller VF. A scaled version of general health questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9: 131-145.
11. Mulkana S, Hailey B. The role of optimism in health-enhancing behavior. *Am J Health Behav* 2001; 52: 388-395.
12. Yaghoobi NA. [Epidemiology of mental disorder] Persian. Tehran: Psychiatry Institute; 1995: 132-145.
13. Moosavi-Nasab M, Taghavi M, Mohamadi N. [Optimism and stress] Persian. *J Tehran Med Univ* 2007; 13(2): 111-120.
14. Shahani-Yeilagh, M, Movahed A, Shekarshekan H. [Religion, optimism, mental health and somatic health] Persian. *J Psychol Shahid Chamran Univ* 2005; 11(3): 19-34.
15. Dougall AL, Hymak KB, Hayward MC, et al. Optimism and traumatic stress: The importance of stress and coping. *J Appl Soc Psychol* 2001; 31(3): 223-245.

Efficacy of training optimism on general health

Moigan Behrad¹, Mehrdad Kalantari², Hossein Molavi³

Background: The main purpose of first section of this research has been to determine relationship of optimism with general health and its subscales (somatization, anxiety, social dysfunction and depression). The purpose of second section of this study was to examine the effect of optimism training on general health and its subscales: Somatization, anxiety, social dysfunction and depression.

Materials and Method: One hundred students of Yazd University were randomly selected via simple random technique based on a correlational method. To gather data, General Health Questionnaire (GHQ-28) and Life Orientation Test (LOT) were used. The sample for the second section of the study was 100 first year girl students were randomly selected and answered to GHO- 28. 30 students with most difficulties were randomly assigned to experimental (15 students) and control groups (15 students).

Results: The relationship between optimism with general health, social dysfunction and anxiety were significant ($p < 0.001$), but the relationship between optimism and somatization was not significant ($p > 0.05$). In the second part, the experimental group received one month optimism training (twice a week, each session 90 minutes). Results showed the training optimism had a significant effect on general health and its subscales of experimental group compared with control group ($p < 0.0001$).

Conclusions: This study showed that training optimism could significantly improve the general health of female university students.

Keywords: Training optimism, mental health, somatization, anxiety, social dysfunction, depression.

1. MSc of Psychology, School of Education and Psychology, Payam-e-Noor University of Yazd, Yazd, Iran.
2. Assistant Professor of Child Clinical Psychology, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
3. Professor of Psychology, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.