

اثربخشی آموزش شادکامی بر کاهش استرس و رفتارهای خودآسیب‌رسان دختران مقطع متوسطه اول (مورد مطالعه: شهر کاشمر)

مریم بهرامی ارامی^۱ و الهه آهنگری^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی از جمله مشکلات روانی اجتماعی هستند که در دوره نوجوانی شیوع بالایی دارند. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش شادکامی بر کاهش استرس و رفتارهای خودآسیب‌رسان دختران مقطع متوسطه اول در شهر کاشمر بود.

روش: پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه اجرا، شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری، دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول شهرستان کاشمر در سال ۱۳۹۵-۹۶ بودند که رفتارهای خودآسیب‌رسان داشته‌اند. داده‌ها با کمک پرسشنامه خودآسیب‌رسانی کلونسکی و گلن (آلفای کرونباخ ۰/۸۴) و پرسشنامه استرس و فشار روانی داس (آلفای کرونباخ ۰/۷۲) از دو گروه ۲۰ نفری آزمون و کنترل جمع‌آوری شدند. در این مطالعه، گروه آزمایش ۱۰ جلسه آموزش شادکامی دریافت نمود و در پایان هر دو گروه به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها و نتایج: پژوهش نشان داد آموزش شادکامی بر کاهش استرس و رفتارهای خودآسیب‌رسان دختران تاثیر معنادار دارد. بنابراین، اجرای صحیح آموزش شادی، می‌تواند به عنوان یک رویکرد درمانی برای کاهش استرس و رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان دختر مورد توجه قرار گیرد.
واژه‌های کلیدی: رفتارهای خودآسیب‌رسان، استرس، آموزش، شادکامی، دختران.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کاشمر، کاشمر، ایران

۲. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی و مدرس دانشگاه پیام نور واحد کاشمر، ایران (نویسنده مسئول)؛

مقدمه

خودآسیب‌رسانی^۱ و اقدام به خودکشی از جمله مشکلات روانی اجتماعی هستند که در دوره نوجوانی شیوع بالایی دارند. در کشورهای مختلف، خودکشی در نوجوانان یکی از عوامل اصلی مرگ و میر است. گزارش مرکز کنترل و پیشگیری از بیماریها (CDC)^۲ نشان می‌دهد ۱۵ درصد نوجوانان ۱۴-۱۸ ساله آمریکایی به خودکشی فکر می‌کنند و ۷ درصد آن‌ها سابقه اقدام به خودکشی دارند. پژوهش‌هایی که در شهرهای مختلف ایران انجام شده، نشان می‌دهد بیشترین میزان خودکشی در گروه سنی ۲۰-۱۰ سال رخ می‌دهد (حکیم شوشتری و خانی‌پور، ۱۳۹۳: ۳). رفتار خود آسیب‌رسان به عنوان تخریب یا تغییر عمدی بافتهای بدن که منجر به آسیب به بافتها می‌شود تعریف شده است. رفتار خود آسیب‌رسان در نوجوانان همه فرهنگها وجود دارد (صفاری‌نیا، نیکو گفتار و دماوندیان، ۱۳۹۳: ۱۴۲). رفتارهای خودآسیب‌رسان، به صدمه مستقیم و عمدی به سطح بدن، بدون قصد خودکشی اشاره دارد و شامل رفتارهایی مانند برش، خارش و سوزاندن پوست است (کیکنس، برئوفایرتس، نوک، وان دی وان، ویتیمان^۳ و همکاران، ۲۰۱۵: ۷۴۳). خودآسیب‌رسانی روشی نامناسب برای مواجهه با مشکلات هیجانی، استرس، خشم و ناکامی است. اگر چه این رفتار ابتدا باعث کاهش استرس و احساس آرامش می‌شود، فرد پس از آن با احساس گناه، شرمندگی و بازگشت منفی رو به رو می‌شود. خودآسیب‌رسانی بیشتر تکانشی است و ممکن است ناشی از مشکلات روانپزشکی مختلفی، مانند افسردگی، اضطراب و استرس باشد (بهرامی ارامی، ۱۳۹۶: ۵). کلارک، فریورن و کریستوفر^۴ (۱۳۹۴) در پژوهشی دریافتند نوجوانانی که بر طبق معیارهای راهنمای آماری تشخیصی اختلالات روانی نسخه پنجم^۵ استرس دارند، از نظر اجتماعی مضطرب، مایوس و افسرده بوده و اعتماد به نفس ندارند و همچنین ممکن است مشکلات دیگر نیز مانند خودآسیب‌رسانی وجود داشته باشد، که هر کدام از این مشکلات برانگیزنده یک چرخه نگرانی‌زا است. اکانر، راسموسن و هاتون^۶ (۲۰۰۹): کیکنس و همکاران (۲۰۱۵) و کیونگ لی (۲۰۱۶) نیز در مطالعات خود نشان دادند بین سطوح بالای استرس، افسردگی و روابط نامناسب با والدین و همسالان با رفتارهای خودآسیب‌رسان رابطه معناداری وجود دارد. امروزه استرس یکی از علل عمده بسیاری از بیماریها محسوب می‌شود؛ اختلالات روانی، بیماریهای قلبی، سرطان

1. self-harm

2. Centers for Disease Control and Prevention

3. Kiekens, Bruffaerts, Nock, Van de Ven & Witteman

4. Clark, Christopher & Fairburn

5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5

6. O'Connor, Rasmussen & Hawton

... و مانند این‌ها همگی می‌تواند با فشار روانی در قرن حاضر ارتباط داشته باشد. بر طبق تخمین پزشکان عامل ۷۵ درصد از شکایت‌های پزشکی استرس است (کاوینانی، پورناصح، صیادلو و محمدی، ۱۳۸۶: ۶۱). نوجوانی دوره زمانی بین کودکی و بزرگسالی است که دربرگیرنده رشد و بلوغ شناختی، هیجانی و اجتماعی بوده (سیسک و زهر^۱، ۲۰۰۵: ۱۶۴) و به عنوان یک دوره بحران زندگی شناخته می‌شود (ساسمن و دورن^۲، ۲۰۰۹: ۱۱۷) که این بحران ناشی از تجربه بسیاری از تغییرات همزمان، از جمله بلوغ جسمی، گرایش به استقلال، افزایش اهمیت تعاملات اجتماعی و رشد و تحول سیستم عصبی به ویژه مغز است که به نوجوانان استرس زیادی وارد می‌کند (امیری، قاسمی نواب و یعقوبی، ۱۳۹۶: ۹۰). اثرات نامطلوب استرس بر وضعیت سلامت نوجوانان از طریق تاثیر مستقیم یا به واسطه رفتارهای پرخطر است (رایس^۳، ۱۹۹۹: ۵۷). واکنش‌های نوجوانان به این استرس‌ها شامل انزوای روانی، ناتوانی در انجام تکالیف درسی، علائم دائمی شبه جسمانی، دردهای مختلف، اسهال، تنگی نفس و خستگی مفرط است (کیخای^۴، ۲۰۱: ۱۰۴) و گاهی نیز رفتارهای خود آسیب‌رسان برای رهایی از حالات روانی و هیجانی غیرقابل تحمل انجام می‌شود. خودآسیب‌رسانی به چهار دسته: خودآسیب‌رسانی کلیشه‌ای^۵، خودآسیب‌رسانی عمده^۶، خودآسیب‌رسانی اجبارگونه^۷ و خودآسیب‌رسانی تکانشی^۸ تقسیم شده است (فاوازا، ۱۹۹۶: ۲۶۰). به اعتقاد والش^۹ (۲۰۰۶)، رفتارهای خودآسیب‌رسانی با هدف غلبه بر آشفتگی هیجانی انجام می‌شوند. نتایج پژوهش‌های حکیم شوشتری و خانی‌پور (۱۳۹۳) و آسارنو، پرتا، اسپریتو، امسلی، کلارک^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که رفتارهای خودآسیب‌رسان، اقدام به خودکشی را پیش‌بینی می‌کند. فرری، هتوگیس، سیمکین، لوسوک، استوارت^{۱۱} و همکاران (۲۰۱۷) نیز نشان دادند استرس و اضطراب با رفتارهای خود آسیب‌رسان مرتبط است و منجر به هیجانات منفی و در بعضی موارد افسردگی و نشانه‌های روانشناختی مانند کم خوابی و کاهش وزن می‌شود.

از طرفی دستغیب، نریمانی، قبادی‌داشدبی، حسینی، قارلی‌پور و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه‌ای نشان دادند، بین رفتارهای غیرمنطقی و شادکامی رابطه معنادار وجود دارد. بنابراین لزوم بکارگیری راهکارهایی برای افزایش شادکامی و حذف یا کاهش این گونه رفتارها لازم به نظر می‌رسد (نرماشیری،

1. Sisk & Zehr

3. Rice

5. stereotypic

7. compulsive

9. Walsh

11. Ferrey, Hughes, Simkin, Locock & Stewart

2. Susman & Dorn

4. Keikhay

6. major

8. impulsive

10. Asarnow, Porta, Spirito, Emslie & Clarke

رقیبی و مظاهری، ۱۳۹۴: ۲۸). شادکامی، ناشی از قضاوت و داوری انسان درباره چگونگی گذران زندگی است. این نوع داوری از بیرون به فرد تحمیل نمی‌شود. بلکه حالتی است درونی که از هیجان‌ها مثبت تاثیر می‌پذیرد (دستغیب و همکاران، ۱۳۹۳: ۲۸). افراد شاد به شرایط و اتفاقات به شیوه مثبت‌تر و سازگارانه‌تری پاسخ می‌دهند و دارای سطح استرس کمتر و نظام ایمنی قوی‌تر هستند و نسبت به افراد ناشاد در برخورد با استرس خلاق‌ترند (لیبومیرسکی، شلدون و اسکاد، ۲۰۰۵: ۱۱۲). شادکامی دارای مولفه‌های عاطفی، اجتماعی و شناختی است. مولفه عاطفی باعث می‌شود که فرد از نظر خلقی شاد و خوشحال باشد. مولفه اجتماعی، روابط اجتماعی با دیگران را گسترش می‌دهد و موجب افزایش حمایت اجتماعی می‌شود. مولفه شناختی موجب می‌گردد فرد نوعی تفکر و پردازش اطلاعات ویژه خود داشته و وقایع روزمره را طوری تعبیر و تفسیر کند که خوش‌بینی وی را به دنبال داشته باشد (مایرز و داینر^۱، ۱۹۹۵؛ به نقل از بهرامی ارمی، ۱۳۹۶: ۱۵). بنابراین توجه به ابعاد شناختی شادکامی و ارتباط معنادار شادکامی با رفتارهای غیرمنطقی مانند خودآسیب رسانی و استرس، آموزش و درمان در جهت افزایش شادکامی و کاهش این رفتارها و باورها ضرورت می‌یابد. نوربخش، اعیادی، فیاضی و صدری (۱۳۹۶) در تحقیقی نشان دادند که آموزش شادکامی بر کیفیت زندگی و تحمل آشفتگی موثر است. لیبومیرسکی، شلدون و اسچکادی^۲ (۲۰۰۵) در تحقیقی نشان دادند که افراد شاد به شرایط و اتفاقات به شیوه مثبت‌تر و سازگارانه‌تری پاسخ می‌دهند و دارای سطح استرس کمتر و سیستم ایمنی قوی‌تر و خلاق‌تر از افراد ناشاد هستند. غلامعلی‌لواسانی، راستگو، آذرنیاد و طاهر (۱۳۹۳) نیز نشان دادند که آموزش شادکامی بر باورهای خودکارآمدی و استرس موثر است. با توجه به شواهدی که نشان می‌دهد تجربه استرس در نوجوانان به وقوع اختلال‌های روانی شدید همچون افکار خودکشی، رفتارهای خودآسیب رسان، افسردگی، اضطراب و... می‌انجامد و بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و شغلی، رضایت شخصی و سلامت روانی نوجوانان تاثیر نامطلوب خواهد داشت. بنابراین رسیدگی و در نظر گرفتن عوامل مرتبط با این دوره حساس که نوجوانان را با شرایط بحرانی بیشتر و جدیدی روبه‌رو می‌سازد، جهت بهبود شرایط همه جانبه آن‌ها از اهمیت فراوانی برخوردار است. همچنین نوجوانان کشور بخش قابل توجهی از جمعیت را تشکیل داده و سرمایه‌های اصلی هر کشوری هستند که نقش مهمی در اداره آینده کشور به عهده دارند، بررسی و رفع عوامل زمینه ساز و ایجاد کننده مشکلات روحی و روانی و حفظ سلامت این آینده‌سازان ضروری

1. Lyubomirsky, Sheldon & Schkade
3. Lyubomirsky, Sheldon & Schkade

2. Myers & Diener

است. لذا با توجه به مطالب بیان شده و با توجه به کمبود تحقیقات داخلی و خارجی در ارتباط با آموزش شادکامی در ارتباط با متغیرهای پژوهش (استرس و رفتارهای خودآسیب رسان) در دانش‌آموزان مقطع دبیرستان، هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سوال است که آیا آموزش شادکامی بر کاهش استرس و رفتارهای خودآسیب رسان دختران مقطع متوسطه اول موثر است یا خیر؟

لذا جهت پاسخ به این سوال فرضیه‌های زیر مطرح گردید:

- ۱- آموزش شادکامی بر کاهش استرس دختران مقطع متوسطه اول موثر است.
- ۲- آموزش شادکامی بر کاهش رفتارهای خودآسیب رسان دختران مقطع متوسطه اول موثر است.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه اجرا، شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری، دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول شهرستان کاشمر در سال ۱۳۹۵-۹۶ بودند که رفتارهای خودآسیب رسان داشته‌اند. داده‌ها با کمک پرسشنامه خودآسیب‌رسانی کلونسکی و گلن (آلفای کرونباخ ۰/۸۴) و پرسشنامه استرس و فشار روانی داس (آلفای کرونباخ ۰/۷۲) از دو گروه ۲۰ نفری آزمون و کنترل جمع‌آوری شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها، پس از کسب اطلاعات از آمار دختران خودآسیب‌رسان در مدارس، ۵۱ نفر شناسایی شدند و از آن‌ها خواسته شد تا به پرسشنامه استرس و خودآسیب‌رسانی پاسخ دهند. در مرحله بعد از بین کسانی که نمرات بالایی در پرسشنامه‌ها کسب کردند به صورت در دسترس تعداد ۴۰ دانش‌آموز انتخاب شده و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند (هر گروه ۲۰ نفر). گروه آزمایشی ۱۰ جلسه آموزش شادکامی دریافت کردند و گروه کنترل، آموزشی دریافت نکردند. بعد از پایان جلسات آموزشی، هر دو گروه برای دومین بار به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده با نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد.

جدول ۱: محتوای هر جلسه آموزش برنامه شادکامی فوردایس

جلسه	محتوای آموزش
اول	اجرای پیش‌آزمون (پرسشنامه‌های خودآسیب‌رسانی، پرسشنامه استرس)
دوم	آشنایی و معرفی خود، آشنایی اعضای جلسه با هم، معرفی شیوه کار، تعداد جلسات آموزش تکنیک هدف‌گذاری و اجرای آن
سوم	معرفی فرمول شادی، معرفی کلی تکنیک‌های شادمانی، ارائه تکنیک افزایش فعالیت جسمانی

ادامه جدول ۱: محتوای هر جلسه آموزش برنامه شادکامی فوردایس

چهارم	ارائه فرمول شادمانی، ارائه تکنیک افزایش مهارت‌های اجتماعی
پنجم	آموزش تکنیک بیان احساسات و توسعه خوشبینی و تفکر مثبت، دوری از افکار نگران کننده و اولویت دادن به شادی
ششم	حل مسأله اجتماعی و خلاقیت در برقراری رابطه و شرح اثرات آن در قالب مثال، ارائه تکنیک افزایش مهارت‌های حل مسأله اجتماعی و خلاقیت در برقراری رابطه با خود و اجتماع
هفتم	گریز از نگرانی، آموزش تکنیک کاهش توقعات و انتظارات و تکنیک قردردان بودن با لفظ و عمل
هشتم	آموزش تکنیک افزایش صمیمت اجتماعی و خود بودن، ارائه تکنیک تمرکز بر حال و در حال زندگی کردن
نهم	کار بر روی افزایش دادن فعالیت‌های جسمانی، ارائه تکنیک برنامه ریزی، ارائه تکنیک اولویت دادن به شادمانی و مرور تکنیک شادی مربوط به جلسات پیشین
دهم	اجرای پس آزمون: اجرای پرسشنامه‌های پژوهش تشکر و قردردانی از همکاری دانش آموزان

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی: از بین ۴۰ نفر جامعه آماری این پژوهش، ۲۱ نفر معادل ۵۲/۵ درصد پایه هشتم و ۱۹ نفر معادل ۴۷/۵ درصد پایه نهم بودند. شاخص‌های توصیفی استرس و رفتارهای خودآسیب‌رسان در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۲ و ۳ ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استرس و رفتارهای خودآسیب‌رسان

رفتارهای خودآسیب‌رسان				استرس				آزمون و گروه	
انحراف استاندارد	میانگین	بیشترین	کمترین	انحراف استاندارد	میانگین	بیشترین	کمترین	گروه	نوع آزمون
۲/۴۷	۲۴/۷۵	۳۰	۲۲	۱۰/۱۵	۱۷/۵۰	۳۴	۲	آزمایش	پیش‌آزمون
۱/۶۳	۲۳/۳۵	۲۷	۲۲	۶/۹۶	۱۴/۴۵	۲۵	۴	کنترل	
۰/۹۱	۲۲/۷۵	۲۵	۲۲	۸/۸۰	۱۲/۲۵	۲۹	۰	آزمایش	پس‌آزمون
۱/۷۲	۲۳/۸۳	۲۸	۲۲	۶/۹۲	۱۴/۵۰	۲۵	۴	کنترل	

بر اساس این شاخص‌ها، میانگین استرس گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون به اندازه ۵/۲۵ نمره و میانگین رفتارهای خودآسیب‌رسان در گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون، به اندازه ۲ نمره کاهش یافته است. در حالی که میانگین گروه کنترل، به اندازه ۰/۴۸ نمره افزایش داشته است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون افسردگی و اضطراب

متغیر	نوع آزمون	گروه	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	پیش آزمون	آزمایش	۴	۳۲	۱۳/۳۰	۷
		کنترل	۲	۳۳	۱۵/۴۵	۸/۶۹
	پس آزمون	آزمایش	۰	۲۸	۹/۹۵	۷/۰۷
		کنترل	۲	۲۷	۱۳/۲۸	۷
اضطراب	پیش آزمون	آزمایش	۲	۲۴	۱۰	۶/۱۹
		کنترل	۲	۲۳	۱۱/۹۵	۶/۸۶
	پس آزمون	آزمایش	۰	۲۴	۹/۷۵	۶/۵۴
		کنترل	۲	۲۶	۱۱/۲۸	۷/۶۸

بر اساس این شاخص‌ها، کم و بیش، بین میانگین‌های گروه‌ها تفاوت‌هایی وجود دارد. یافته‌های استنباطی: روش این پژوهش شبه‌آزمایشی و طرح مورد استفاده در آن، طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر بود، بنابراین برای آزمون فرضیه‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. ابتدا و قبل از اجرای آزمون، پیش شرط‌های آن بررسی شد. از مهم‌ترین این شرایط، فرض نرمال بودن است. برای بررسی فرض نرمال بودن داده‌ها، از آزمون کلوموگروف اسمیرنوف استفاده شد. در جدول ۴ آماره‌های کلوموگروف-اسمیرنوف همراه با شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۴: آزمون نرمالیتی مربوط به متغیرهای پژوهش

سطح معنی داری	آماره آزمون	آزمون
۰/۲۰۰	۰/۱۰۸	پیش آزمون استرس
۰/۰۶۸	۰/۱۳۷	پس آزمون استرس
۰/۱۸۳	۰/۱۱۲	پیش آزمون رفتارهای خودآسیب‌رسان
۰/۰۶۳	۰/۱۳۸	پس آزمون رفتارهای خودآسیب‌رسان
۰/۰۳۰	۰/۱۵۰	پیش آزمون افسردگی
۰/۰۶۹	۰/۱۳۷	پس آزمون افسردگی
۰/۰۹۴	۰/۱۳۲	پیش آزمون اضطراب
۰/۰۶۸	۰/۱۳۷	پس آزمون اضطراب

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که سطوح معنی‌داری به دست آمده در همه متغیرها بیشتر از ۰/۰۱ می‌باشد. بنابراین همه متغیرهای پژوهش نرمال هستند. در گام بعدی پیش شرط تساوی واریانس‌ها با

استفاده از آزمون لوین بررسی شد.

جدول ۵: آزمون لوین (همگنی واریانس‌ها) مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	آماره لون	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
استرس	۰/۱۴۳	۱	۳۶	۰/۷۰۷
رفتارهای خود آسیب‌رسان	۰/۵۶۵	۱	۳۶	۰/۴۲۳
افسردگی	۰/۵۴۵	۱	۳۶	۰/۴۶۵
اضطراب	۰/۰۲۳	۱	۳۶	۰/۸۸۱

سطوح معنی داری بدست آمده برای مقدار آماره لوین محاسبه شده در جدول ۵ نشان می‌دهد که در این آزمون نیز سطح معنی داری به دست آمده بیشتر از $0/05$ می‌باشد، بنابراین پیش شرط تساوی واریانس‌ها برقرار است ($P > 0/05$).

جدول ۶: آزمون پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون مربوط به متغیرهای پژوهش

شاخص‌های آماری	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری
گروه * پیش آزمون استرس	۱۶/۷۶۹	۱	۱۶/۷۶۹	۰/۹۱۳	۰/۳۴۶
گروه * پیش آزمون رفتارهای خود آسیب‌رسان	۰/۹۳۶	۱	۰/۹۳۶	۰/۴۸۸	۰/۴۸۹
گروه * پیش آزمون افسردگی	۲/۴۴۰	۱	۲/۴۴۰	۰/۱۹۳	۰/۶۶۴
گروه * پیش آزمون اضطراب	۶/۴۲۶	۱	۶/۴۲۶	۰/۷۲۶	۰/۴۰۰

مقدار F محاسبه شده در جدول ۶ نیز معنی دار نیست، بنابراین شیب خط رگرسیون برای گروه‌های آزمایش و کنترل یکسان است (تعامل بین گروه و متغیرهای پژوهش معنی دار نیست) و استفاده از تحلیل کواریانس مجاز است. برای آزمون فرضیه پژوهش، از تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. علاوه بر مفروضه‌های رعایت شده در بخش قبلی، یکی از مفروضه‌های ویژه برای استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره، همگنی ماتریس‌های واریانس - کواریانس است. این مفروضه با کمک آزمون باکس بررسی شد.

جدول ۷: آزمون باکس برای فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کواریانس

ام باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۷/۶۹	۲/۴۰۹	۳	۳۸۱۶۹۳/۹۹	۰/۰۶

با توجه به اینکه سطح معنی داری آزمون باکس در جدول ۷، بزرگتر از ۰/۰۵ است، بنابراین فرض تساوی ماتریس کوواریانس‌ها بین گروه‌ها تأیید می‌شود ($P > 0/05$). در این مرحله خروجی‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری بررسی می‌شود. در جدول ۸، چهار آزمون چند متغیره تحلیل کوواریانس یعنی «اثر پیلای»، «لامبدای ویلکز»، «اثرها تلینگ» و «بزرگترین ریشه روی» محاسبه شده‌اند.

جدول ۸: تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به آموزش شادکامی بر کاهش استرس و رفتارهای خودآسیب رسان

مجدور اتا	سطح معناداری	آماره F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی مفروض	ارزش (مقدار)	آزمون‌ها	گروه
۰/۲۸۵	۰/۰۰۴	۳۳	۲	۶/۵۶۹	۰/۲۸۵	اثر پیلای	
۰/۲۸۵	۰/۰۰۴	۳۳	۲	۶/۵۶۹	۰/۷۱۵	لامبدای ویلکز	
۰/۲۸۵	۰/۰۰۴	۳۳	۲	۶/۵۶۹	۰/۳۹۸	اثر هتلینگ	
۰/۲۸۵	۰/۰۰۴	۳۳	۲	۶/۵۶۹	۰/۳۹۸	بزرگترین ریشه روی	

همان‌طور که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، سطح معناداری هر چهار آزمون کمتر از ۰/۰۱ است ($P = 0/004$)، که نشان دهنده تفاوت حداقل بین یک متغیر وابسته (استرس و رفتارهای خودآسیب رسان) بین گروه‌های آزمایش و کنترل می‌باشد. به عبارتی آموزش شادکامی حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته تاثیر دارد. بنابراین با ۹۹ درصد اطمینان فرضیه آزمایش تأیید می‌شود. حال برای تعیین این که آموزش شادکامی بر کدامیک از متغیرهای وابسته (استرس یا رفتارهای خودآسیب‌رسان) تاثیر دارد، به بررسی تاثیر عمل آزمایشی بر تک‌تک متغیرهای وابسته با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) پرداخته شده است. نتایج این آزمون در جدول ۹ ارائه شده است.

جدول ۹: تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش شادکامی بر استرس و رفتارهای خودآسیب رسان

اندازه اثر (اتا)	معنی داری	مقدار f	میانگین مجدورات	df	مجموع مجدورات	شاخص متغیر	آموزش شادکامی بر استرس
۰/۷۱۹	۰/۰۰۱	۸/۷۲۲	۱۶۴۴/۶۷۴	۱	۱۶۴۴/۶۷۴	پیش آزمون	
۰/۲۸۰	۰/۰۰۱	۱/۶۱۶	۲۴۹/۵۹۳	۱	۲۴۹/۵۹۳	گروه	
			۱۸/۳۳۱	۳۵	۶۴۱/۵۷۶	خطا	
				۳۸	۹۰۷۲	کل	
				۳۷	۲۳۳۴/۲۱۱	کل تصحیح شده	

ادامه جدول ۹: تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش شادکامی بر استرس و رفتارهای خود آسیب رسان

۰/۰۰۲	۰/۸۱۲	۰/۰۵۸	۰/۱۰۹	۱	۰/۱۰۹	پیش آزمون	آموزش شادکامی بر رفتارهای خودآسیب رسان
۰/۱۲۳	۰/۰۳۳	۴/۹۳۰	۹/۳۱۷	۱	۹/۳۱۷	گروه	
			۱/۸۹۰	۳۵	۶۶/۱۴۱	خطا	
				۳۸	۲۰۶۴۲	کل	
				۳۷	۷۷/۳۶۸	کل تصحیح شده	

بر اساس جدول ۹، نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که بعد از حذف اثر پیش‌آزمون نمره استرس، اثر اصلی گروه (آموزش شادکامی) بر نمره‌های پس‌آزمون معنی‌دار است ($P=0/001$ و $f(1,38)=13/61$)؛ به عبارتی، پس از تعدیل نمرات پس‌آزمون، اثر آموزش، همچنان معنی‌دار است. اندازه اثر آن نیز $0/28$ است. بنابراین فرضیه صفر رد و فرضیه آزمایش تأیید می‌شود؛ یعنی آموزش شادکامی بر استرس دختران مقطع متوسطه اول موثر است. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که بعد از حذف اثر پیش‌آزمون نمره رفتارهای خودآسیب‌رسان، اثر اصلی گروه (آموزش شادکامی) بر نمره‌های پس‌آزمون معنی‌دار است ($P=0/03$ و $f(1,38)=4/93$) و پس از تعدیل نمرات پس‌آزمون، اثر آموزش، همچنان معنی‌دار است. اندازه اثر آن نیز $0/12$ است. بنابراین فرضیه صفر رد و فرضیه آزمایش تأیید می‌شود؛ یعنی آموزش شادکامی بر رفتارهای خودآسیب‌رسان دختران مقطع متوسطه اول موثر است. روش آماری تحلیل کوواریانس اثر پیش‌آزمون‌ها را ثابت نگه می‌دارد و می‌تواند میانگین‌های تعدیل شده پس‌آزمون را محاسبه کند. میانگین‌های تعدیل شده نمرات پس‌آزمون استرس در گروه‌ها در جدول ۱۰ ارائه شده است:

جدول ۱۰: میانگین‌های تعدیل شده استرس و رفتارهای خود آسیب رسان

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۱۰/۸۲۲	۰/۹۶۹	۲۲/۷۶۷	۰/۳۱۶
کنترل	۱۶/۰۸۷	۱/۰۲۳	۲۳/۸۱۴	۰/۳۳۴

با توجه به نتیجه آزمون تحلیل کوواریانس و جدول میانگین‌های تعدیل شده، در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمره استرس اعضای گروه آزمایش ($10/822$) نسبت به گروه کنترل ($16/087$) کاهش داشته که ناشی از تأثیر آموزش شادکامی است. همچنین می‌توان نتیجه گرفت که در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمره رفتارهای خودآسیب‌رسان اعضای گروه آزمایش ($22/767$)

نسبت به گروه کنترل (۲۳/۸۱۴) کاهش داشته که ناشی از تاثیر آموزش شادکامی است.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش با استفاده از تحلیل کواریانس به بررسی اثربخشی آموزش شادکامی بر کاهش استرس و رفتارهای خودآسیب رسان دختران مقطع متوسطه اول پرداخته شد. نتایج نشان داد آموزش شادکامی بر استرس دختران مقطع متوسطه اول موثر است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های کردعلیوند و تقوایی (۱۳۹۴)، حصار و همکاران (۱۳۹۳)، لواسانی، راستگو، آذرنیاد و احمدی (۱۳۹۳) و میکولن و والرنند (۲۰۰۸) که نشان دادند آموزش شادکامی منجر به کاهش استرس می‌شود، همسو است. همچنین برآش و گویتیرز (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که نوجوانان با سابقه خودجرحی، در شاخص‌های احتمال خودکشی مانند افکار خودکشی، تکانشگری و ناامیدی، نمره بالاتری به دست می‌آورند. لارسون (۲۰۰۰)، پترسون (۲۰۰۰) و سلیگمن (۲۰۰۴) نیز در مطالعات خود نشان دادند، شادمانی می‌تواند سلامت جسمانی و روانی را بهبود بخشد که با یافته‌های این پژوهش، همخوان است. انصاری (۱۳۹۶) نیز نشان داده‌بین استرس و شادکامی رابطه معکوسی وجود دارد، یعنی کسانی که نمرات شادکامی بالاتری دارند، نمرات استرس پایین تری دارند. در واقع شادکامی منشا اعتماد خوشبینانه فرد نسبت به توانایی‌های خود است. شادکامی نوعی ارزشیابی است که فرد از زندگی به عمل می‌آورد و مواردی از قبیل رضایت از زندگی، هیجان و خلق مثبت، فقدان افسردگی و اضطراب را شامل می‌شود (لواسانی و همکاران، ۱۳۹۳). تکنیک‌های آرمیدگی، شناسایی افکار خودآیند منفی و جایگزینی افکار مثبت و واقعی به جای آن‌ها، قدرت مدیریت هیجانات، شبکه‌های اجتماعی و چگونگی بهره‌مندی از آن و ارتباط اجتماعی سالم از عوامل شادکامی هستند که در برنامه آموزشی مهارت مدیریت استرس مورد تاکید قرار می‌گیرد. بنابراین، این مهارت باعث افزایش شادکامی آزمودنی‌ها (انصاری، ۱۳۹۶) و در نهایت کاهش استرس و رفتارهای خودآسیب رسان می‌شود.

نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که آموزش شادکامی بر کاهش رفتارهای خودآسیب رسان دختران مقطع متوسطه اول موثر است. این نتیجه با نتایج بادله و همکاران (۱۳۹۵) و کرد علیوند و همکاران (۱۳۹۴) که نشان دادند آموزش شادکامی بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس زنان موثر است همخوان است. همچنین این نتایج با نتایج لواسانی و همکاران (۱۳۹۳)، صفاری نیا و همکاران (۱۳۹۳)، پری

1. Miquelon & Vallerand

2. Brausch & Gutierrez

3. Larson

4. Peterson

5. Seligman

لتچیکوا، اکسلرود، کافمن، رونساوین، دوگل‌لومبری^۱ و همکاران (۲۰۱۰) و شلتون، کستن، ژانگ و ترستمن^۲ (۲۰۱۱) همسو و هم جهت است. تری نیداد^۳ (۲۰۰۲)، ریان و دیسی^۴ (۲۰۰۱)، فلورا^۵ (۲۰۰۹)، کتچاین^۶ (۲۰۰۶) و اسمیت^۷ (۲۰۰۷) نیز در مطالعات خود نشان دادند که همبستگی مثبت و معناداری بین شادی و سلامت عمومی وجود دارد. بر این اساس افراد که شادمانی بیشتری دارند از سلامت عمومی بیشتری برخوردارند و سلامتی نیز بر شادمانی می‌افزاید. افراد شاد، افکار و رفتارهای منطقی و سازگارانه در مورد خود دارند. آن‌ها خوش بین، شاکر و قانع هستند. در هنگام مواجهه با مشکلات و فشارها سعی می‌کنند خودشان مشکلات را حل کنند و در زمان مناسب از دیگران کمک می‌خواهند، در حالیکه افراد ناشاد اغلب رویاپردازی می‌کنند، هنگام شکست خود و دیگران را مقصر می‌دانند و سعی می‌کنند از مشکلات به وجود آمده اجتناب کنند (لوسانی و همکاران، ۱۳۹۳). لیوبومسکی و همکاران (۲۰۰۵) معتقدند، هر فرد الگویی برای شادی یا ناشادی دارد که باعث می‌شود اتفاقات خود را به گونه‌ای تعبیر کند که باعث حفظ شادی و یا غمگینی‌اش شود. دختران در مقطع اول متوسطه در سنین اولیه نوجوانی به سر می‌برند. در واقع ورود به دوره نوجوانی با تحولات بسیار عمیقی از نظر زیستی روانی و اجتماعی همراه است که موجب به هم خوردن تعادل و توازن جسمانی و روانی آنان می‌شود. به همین دلیل از این دوران، به عنوان دوران بحران، طوفان، استرس، دوره زایش دوباره و هویت‌طلبی یاد می‌شود. عدم تعادل و بی‌ثباتی عاطفی یکی از بارزترین ویژگی‌های دوره نوجوانی است و این در حالی است که بسیاری از آسیب‌های روانی در بزرگسالی، ادامه مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است (ویدال، بی، گرانیمان، ولینگا، کلهاس^۸ و همکاران، ۲۰۰۷: ۸۲۵). در تبیین اثربخشی آموزش شادمانی بر استرس دختران مقطع متوسطه، می‌توان اینگونه بیان کرد که این دختران با آموزش شادمانی و داشتن تفکر منطقی، درمی‌یابند که مشکلات‌شان چه بوده است و راهبردهای کنار آمدن با این مشکلات را نیز می‌آموزند. این امر باعث افزایش عزت نفس و کفایت روانشناختی در آنان می‌شود. یعنی افراد با کمک این شیوه درمانی می‌توانند از ظرفیت‌ها و توانمندی‌های خود بهره بیشتری برده و در برابر استرس‌های زندگی مقاوم‌تر شوند که این در نهایت به افزایش سلامت عمومی آنان منجر می‌شود. افرادی که شادکامی بیشتری در زندگی احساس می‌کنند، محرک‌ها را قابل پیش‌بینی، منظم، ساخت یافته و قابل توضیح می‌دانند. از نظر این

1. Perepletchikova, Axelrod, Kaufman, Rounsaville & Douglas- Palumberi

2. Shelton, Kesten, Zhang & Trestman

4. Ryan & Deci

6. Ketchian

8. Vidal, Bie, Granneman, Wallinga, Koolhaas & Buwalda

3. Trinidad

5. Flora

7. Smith

افراد مشکلات و تجربیات ناخوشایند، ارزشمند و دارای معنا هستند. همچنین این افراد درک می‌کنند که منابع مناسبی برای مواجهه با مشکلات در اختیار دارند و برای مدیریت کردن شرایط پرتنش آن‌ها را به کار می‌بندند این شیوه نگرش به زندگی و رویدادهای آن می‌تواند سبب شود که استرس، اضطراب دانش‌آموزان به طبع کاهش یابد و فرد به سلامت روانی دست یابد (کردی، محمدی‌ریزی، شاکری، مدرس‌غروی و صالحی فدردی، ۱۳۹۳: ۶۶). بنابراین می‌توان اذعان داشت که آموزش شادکامی بر کاهش استرس موثر است. در تبیین این فرضیه که آموزش شادکامی بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان دختران موثر است، نیز باید اذعان نمود که آموزش شادکامی یک نوع بهسازی شناختی است، به این معنی که در آموزش شادکامی مولفه‌هایی وجود دارد که باعث بهبود عملکرد شناختی می‌شود. آنچه مسلم است اینکه رفتارهای خودآسیب‌رسان، نوعی تحریف شناختی است. آموزش شادکامی به دختران با رفتارهای خودآسیب‌رسان، باعث اولویت دادن به شادکامی، کنار گذاشتن احساسات منفی، کاهش سطح توقعات و آرزوها، دور کردن نگرانی‌ها، افزایش تفکر مثبت و خوش‌بینانه و زندگی در زمان حال، در نقطه مقابل خرده‌مقیاس‌های رفتارهای خودآسیب‌رسان از جمله انتظارات بیش از حد از خود، تمایل به سرزنش کردن خود، بی‌مسئولیتی عاطفی، نگرانی در مورد آینده و ناامیدی نسبت به تغییر قرار دارد (نرماشیری و همکاران، ۱۳۹۴: ۳۹). بنابراین با توجه به چهارچوب آموزش شادکامی، کاهش رفتارهای رفتارهای خودآسیب‌رسان دور از انتظار نبود. در واقع نوجوانان به ویژه دختران، به دلایل مختلفی از جمله تکامل جسمی، جنسی، احساسات افراطی، جستجوی هویت، ترس از مسئولیت‌پذیری و... در معرض استرس و فشارهای روانی زیادی قرار می‌گیرند و به شدت در معرض آسیب روانی هستند (صادقیان، مقدری‌کوشا و گرجی، ۱۳۸۹: ۴۳). شیوع اختلالات روانی در دوره نوجوانی با شیب بسیار تندی رو به فزونی رفته و در این میان دختران نسبت به پسران از شیوع بالاتر اختلال روانی رنج می‌برند و نسبت به عوامل روانی و اجتماعی آسیب‌پذیرتراند، به طوریکه نسبت درگیری دختران نسبت به پسران $\frac{1}{3}$ به ۱ است (کردی و همکاران، ۱۳۹۳: ۵۸). استرس، اضطراب و افسردگی از شایع‌ترین اختلالات در این دوران بوده که این سه اختلال با یکدیگر مرتبط می‌باشند (دی‌روح، اسچین، فیلیپس و روسبوم، ۲۰۱۰: ۸۶۷). وجود اختلال در این دوره علاوه بر مشکلاتی در زمینه بهداشت و سلامت جامعه با پیامدهای جدی دیگری از جمله اختلال در روابط اجتماعی، ضعف در عملکرد مدرسه، نارضایتی از تصویر ذهنی، نارضایتی از خود و بیماری جسمی مانند سندرم متابولیک، درد مزمن، خودآسیب‌رسانی همراه است (کردی و همکاران،

۱۳۹۳: ۵۸). یکی از متغیرهایی که به نظر می‌رسد بر کنترل و مقابله با بیماری‌های مزمن تاثیر داشته باشد، شادکامی و نشاط است. شادکامی به عنوان نوعی ارزشیابی فرد از خود و زندگی‌اش، در برگیرنده مفاهیمی از قبیل رضایت از زندگی، عواطف مثبت، نداشتن نشانگان افسردگی و اضطراب است. شادکامی و نشاط از مهمترین نیازهای بشر هستند که تأثیر عمده‌ای در شخصیت و سلامت روان دارند. شادکامی سرچشمه اعتماد خوشبینانه فرد به توانایی‌های خود و یکی از شرایط اعتلای مناسبات واقعی او با محیط پیرامونش است. شادی صرف نظر از چگونگی ایجاد آن می‌تواند سلامت جسمانی را بهبود بخشد. هرچه فرد زمان بیشتری را برای هیجانات مثبت صرف کند، به همان نسبت زمان کمتری را برای هیجانات منفی باقی می‌گذارد. پژوهشگران بر این موضوع تأکید دارند که وقتی تنش کاهش یابد (حذف درد و رنج و ایجاد رضایتمندی از نیازهای جسمانی و روانی) شادمانی و بهزیستی پدید می‌آید. فوردایس نیز بیان می‌کند که شادی هیجان مثبت یا احساسی است که به وسیله خرسندی، احساس بهزیستی و رضایت تعریف می‌شود (حسینی و عبدخدایی، ۱۳۹۵: ۸). بنابراین آموزش شادکامی در نوجوانان باعث کاهش سطح انتظارات و آرزوها، ایجاد تفکر مثبت و خوشبینانه، برنامه‌ریزی امور، تمرکز بر زمان حال، کاهش احساسات منفی، توقف ناراحت، پرورش شخصیت سالم و ارزش قائل شدن برای شادمانی، افزایش فعالیت، افزایش ارتباط اجتماعی، تقویت روابط نزدیک، پرورش شخصیت اجتماعی، خلاقیت و درگیر شدن در کارهای پر معنا و خود بودن می‌شود. بنابراین می‌توان گفت که آموزش شادکامی بر کاهش استرس و رفتارهای آسیب‌رسان دختران مقطع متوسطه اول موثر است. با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود ضمن تلاش برای افزایش آگاهی نهادهای در ارتباط با نوجوانان، به ویژه دختران نوجوان، برای آموزش شادکامی آنان برنامه‌ریزی و اقدام لازم صورت پذیرد.

منابع

- اسدی، جوانشیر؛ رضایی، رقیه و ترابی، سید اسماعیل (۱۳۸۸). بررسی و مقایسه جرات ورزی، اضطراب، افسردگی و فشارروانی در افراد نابینا و بینا. تعلیم و تربیت استثنایی، ۹۳، ۳-۹۴-۱۳.
- امیری، سهراب؛ قاسمی نواب، امیر و یعقوبی، ابوالقاسم (۱۳۹۶). پایایی، روایی و تحلیل عاملی نسخه فارسی پرسشنامه استرس نوجوانان. فصلنامه اندازه گیری تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، ۷(۲۵)، ۸۹-۱۱۶.
- انصاری، هما (۱۳۹۶). اثر بخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر شادکامی، رضایت از مدرسه و باورهای خودکارآمدی تحصیلی دانش آموزان دختر شهر اهواز. مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۲(۱۷)، ۱-۱۰.
- بادله، مرتضی؛ فتحی، مهدی؛ آقامحمدیان، حمید و بادله، محمد تقی (۱۳۹۵). اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب و استرس و افزایش امیدواری نوجوانان. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز.

بهرامی ارامی، مریم (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش شادکامی بر کاهش استرس و رفتارهای خودآسیب‌رسان دختران مقطع متوسطه اول. (پایان نامه کارشناسی ارشد) روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر، کاشمر

حسینی، مریم و عبدخدایی، محمدسعید (۱۳۹۵). تاثیر آموزش شادکامی به شیوه شناختی رفتاری فوردایس بر میزان احساس انسجام روانی بیماران دیابتی نوع دو. مجله دانشگاه علوم پزشکی نیشابور، ۴(۴)، ۱-۱۰.

حصار، سیداسلام؛ نیکدل، فریبرز و خرامین، شیرعلی (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تکنیک‌های شناختی رفتاری بر استرس اضطراب افسردگی و تعلل دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه. مجله علمی پژوهشی ارمغان دانش. ۱۹(۱۲)، ۱۱۰۵-۱۱۱۷.

حکیم شوشتری، میترا و خانی‌پور، حمید (۱۳۹۳). مقایسه خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی در نوجوانان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۰(۱)، ۳-۱۳.

دستغیب زهره، نریمانی محمد، قبادی‌داشدی کامل، حسینی فاطمه، قارلی پور ذبیح اله، ایمانزاد معصومه، (۱۳۹۳). مقایسه باورهای غیرمنطقی و شادکامی در دانش‌آموزان تیزهوش با عادی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ۲۲(۳): ۲۷-۳۳.

صاحبی، علی؛ اصغری، محمد جواد و سالاری، راضیه سادات. (۱۳۸۴). اعتبار یابی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی (DASS-۲۱) برای جمعیت ایرانی. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۱(۴)، ۳۶-۵۴.

صادقیان عفت، مقدری کوشا مهناز، گرجی سمیرا (۱۳۸۹). بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر همدان در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۱۳۸۷. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان. ۱۷(۳): ۳۹-۴۵.

صفاری‌نیا، مجید؛ نیکوگفتار، منصوره و دماوندیان، ارمغان (۱۳۹۳). اثربخشی رفتاردرمانی دیالتیک بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت تهران. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۱۵(۴)، ۱۴۲-۱۵۸.

غلامعلی لوسانی، مسعود؛ راستگو، لیلا؛ آذرنیاد، آرش و احمدی، طاهر (۱۳۹۳). اثربخشی شادکامی به شیوه شناختی رفتاری بر باورهای خودکارآمدی و استرس تحصیلی. راهبردهای شناختی در یادگیری، ۲(۳)، ۱-۱۸.

کاویانی، حسین؛ پورناصح، مهرانگیز و صیادللو، سعید (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش کنترل استرس در کاهش اضطراب و افسردگی شرکت‌کنندگان در کلاس کنکور. تازه‌های علوم شناختی، ۹(۲)، ۶۱-۶۸.

کرد علیوند، فاطمه و تقوایی، داوود (۱۳۹۴). تعیین اثربخشی آموزش شادکامی به شیوه شناختی رفتاری فوردایس بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس. سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم اجتماعی، تهران.

کردی، معصومه؛ محمدی‌ریزی، سهیلا؛ شاکری، محمدتقی؛ مدرس غروی، مرتضی و صالحی‌فردی، جواد (۱۳۹۳). بررسی میزان شیوع افسردگی، اضطراب و استرس در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر مشهد و ارتباط آن با برخی از رفتارهای مرتبط با سلامت. طلوع بهداشت، ۱۳(۵)، ۵۷-۶۷.

کلارک، دیوید میلر و فربورن، کریستوفر (۱۳۹۴). درمان‌های شناختی رفتاری: متن کامل (دو جلد) دانش و روش‌های کاربرد رفتار درمانی شناختی. (حسین کاویانی، مترجم). تهران: مهر کاویان (نشر به زبان اصلی، ۱۹۹۷).

کیگان، جروم و ماسن هنری پاول (۱۳۹۵). رشد شخصیت کودک. (مهشید یاسایی، مترجم). تهران: نشر مرکز.

لوسانی، مسعود غلامعلی؛ راستگو، لیلا؛ آذرنیاد، آرش و احمدی، طاهر (۱۳۹۳). اثر آموزش شادکامی به شیوه شناختی رفتاری بر باورهای خودکارآمدی و استرس شغلی. دو فصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری، ۲(۳)، ۲-۱۸.

- نرماشیری، سحر؛ رقیبی، مهوش و مظاهری، مهرداد (۱۳۹۴). تاثیر آموزش شادکامی بر باورهای غیرمنطقی نوجوانان دختر تحت پوشش سازمان بهزیستی. پژوهشنامه روانشناسی مثبت، ۱(۲)، ۲۷-۴۰.
- نوربخش، سرگل؛ اعیادی، نادر؛ فیاضی، مینا و صدری، اسماعیل (۱۳۹۶). اثربخشی برنامه آموزش شادکامی مبتنی بر نظریه شناختی رفتاری فوردایس بر کیفیت زندگی و توانایی تحمل اشتفتگی زنان مبتلا به معلولیت جسمی حرکتی. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۴(۲)، ۳۵-۴۳.
- Asarnow JR, Porta G, Spirito A, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, et al.(2011). Suicide attempts and non suicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: Findings from the TORDIA study. *J Am Academy Child psychiatry*, 50(8):772-81.
- Brausch, A.M., Gutierrez, P.M.(2010). Differences in Non-Suicidal SelfInjury and Suicide attempts in Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39,233-242.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z.(2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371–394.
- De Rooij SR, Schene AH, Phillips DI, Roseboom TJ (2010). Depression and anxiety: Associations with biological and perceived stress reactivity to a psychological stress protocol in a middle-aged population. *Psychoneuroendocrinology*, 35(6):866-877
- Favazza, A.R.(1998).The coming of age of self-mutilation. *Journal of nervous and mental disease*, 186,259-278.
- Ferrey, A. E., Hughes, N. D., Simkin, S., Locock, L., Stewart, A., Kapur,N., Gunnell, D., & Hawton, k.(2017). The impact of self-harm by young people on parents and families: a qualitative study. *BMJOpen*, 6, 1-7.
- Flora, Carlin,(2009).The pursuit of Happiness. *Psychology today magazine*. Article tD: 4738. [http:// www. Psychology today. Com / articles / index. Page :4](http://www.Psychology today. Com / articles / index. Page :4)
- Keikhay F.(2011). The Effectiveness of Group Assertive Training on Social Anxiety, Academic Success and Social Skills among Male Students of Iranshahar High Schools. *Quarterly Journal of Educational Psychology*, 2(1): 103-16.
- Ketchian, Lionel(2006).Your keys to Happiness PK @ aol. com. The website: [www. Happiness club. com](http://www.Happiness club. com)
- Kiekens, G., Bruffaerts, R., Nock, M. K., Van de Ven,M., Witteman, C., Mortier, P., Demyttenaere, K., & Claes, L.(2015). Non-suicidal self-injury among Dutch and Belgian adolescents: Personality, stress and coping. *European Psychiatry*, 30, 743–749.
- Klonsky, E.D. & Glenn, C.G.(2009) Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury(ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 215-219.
- Kyeong Lee, W.(2016). Psychological characteristics of self-harming behavior in Korean adolescents. *Asian Psychiatry*, 23, 119-124.
- Larson, R. W.(2000).Toward a psychology of positive youth development. *American Psychologist*, 55.(1) , PP, 170 - 183.
- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The Structure of Negative Emotional States: Comparison of Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Thearpy*, 33, 335-343
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111– 131.

- Miquelon, P. & Vallerand, R. J.(2008). Goal motives, well-being, and physical health: Happiness and self-realization as psychological resources under challenge, *MotivEmot*, 1-14.
- O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K.(2009). Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescents: The role of perfectionism and acute life stress. *Behaviour Research and Therapy*, 09-008.
- Perepletkhikova, F, Axelrod, S T, Kaufman, J, Rounsaville, B J, Heather Douglas- Palumberi, H D, Miller, A L.(2010). Adapting Dialectical Behaviour Therapy for Children: Towards a New Research Agenda for Paediatric Suicidal and Non- Suicidal Self-Injurious Behaviours. *Child Adolesc Ment Health*. 16(2): 116-121
- Peterson, C.(2000).The future of optimism. *American Psychologist*. AburnUniversity
- Rice, P. L. (1999). *Stress and health* (3rd Ed.). Pacific Grove: Brooks/Cole
- Ryan, R. M., & Deci, E. L.(2001).On happiness and human potentials : A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166
- Seligman, Martin. E. P.(2004).Positive interventions : More evidence ofeffectiveness authentic happiness news letters. Trustees university of Pennsylvania.
- Shelton D., Kesten K., Zhang W., Trestman R.(2011). Impact of a Dialectic Behavior Therapy Corrections Modified(DBT-CM) Upon Behaviorally Challenged Incarcerated Male Adolescents, *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 24(2): 105-113.
- Sisk, C. L., Zehr, J. L. (2005). Pubertal Hormones Organize The Adolescent Brain And Behavior. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 26, 163° 74.
- Smith, T. (2007).Finding happiness in Harvard classroom. [http:// www. Npr. Org / tem plates / story. 5295168](http://www.Npr.Org/templates/story.5295168)
- Susman, E. J., & Dorn, L. D. (2009). Puberty: its role in development. In R. M. Lerner, & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (3rd ed). (pp. 116 -151). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc
- Trinidad. D. R.(2002).The association between emotional intelligence andearlyadolescent tobacco and alcohol use. *Personality andindividual*.
- Vidal J, Bie J, Granneman RA, Wallinga AE, Koolhaas JM, Buwalda B.(2007). Social stress during adolescence in Wistar rats induces social anxiety in adulthood without affecting brain monoaminergic content and activity. *Physiol Behav*; 92(5):824-30.
- Walsh BW.(2006). *Treating self-injury: A practical guide*. New York: Guilford Press.