

February-March 2022, Volume 11, Issue 1

The Effectiveness of “Positive Psychology Intervention” on Social Well-Being in Male Adolescents with Conduct Disorder in Ahvaz Correctional Center

Mohammad Reza Hekmat¹, Reza Pasha^{2*}, Mohammad Reza Borna³, Marzieh Talebzadeh Shoshtari³

1- Ph. D Student in Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Corresponding author: Reza Pasha, Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Email: g.rpasha@yahoo.com

Received: 3 Aug 2021

Accepted: 23 Dec 2021

Abstract

Introduction: Paying attention to the personality abilities of adolescents with conduct disorder can reduce the context of crime in them. The aim of this study was to determine the effectiveness of "Positive Psychological Intervention" on social well-being in male adolescents with conduct disorder in Ahvaz Correctional Center.

Methods: The method of the present study was quasi-experimental and its design was pre-test-post-test-follow-up with the control group. This study was conducted in 2020 in the statistical population of boy adolescents with conduct disorder in Ahvaz Correction and Rehabilitation Center in the age range of 15 to 18 years. 30 boy adolescents with conduct disorder were selected by purposive sampling method and then randomly divided into intervention and control groups using lottery. The intervention group participated in 8 sessions in 90-minute focused on “Positive Psychological Intervention” and the control group was on the waiting list to receive the intervention. The data collection tool was a demographic questionnaire and the “Social Well-Being Scale”, which was completed by two groups in three rounds of pre-test, post-test and follow-up. The validity of this scale was based on previous studies and the reliability was calculated by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. Data analysis was analyzed in SPSS.20.

Results: There was a significant difference between the two groups in the social welfare score ($F=53.915$, $P=0.001$) over time ($P<0.05$) and the scores of the intervention group from pre-test to follow-up. It has had an upward trend. In total, “Positive Psychological Intervention” explains 65% of the differences observed in social well-being scores.

Conclusions: “Positive Psychological Intervention” is an effective treatment method in increasing the social well-being of boy adolescents with conduct disorder. It is recommended to use “Positive Psychological Intervention” in other Correction and Rehabilitation Center.

Keywords: Positive Psychology Intervention, Social Well-Being, Adolescents, Correction and Rehabilitation Center.

اثربخشی «مداخله روانشناسی مثبت» بر بهزیستی اجتماعی در نوجوانان پسر مبتلا به اختلال سلوک در کانون اصلاح و تربیت اهواز

محمد رضا حکمت^۱، رضا پاشا^{۲*}، محمدرضا برنا^۳، مرضیه طالبزاده شوشتری^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

نویسنده مسئول: رضا پاشا، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
ایمیل: g.rpasha@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۵/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۲

چکیده

مقدمه: توجه به توانمندی های شخصیتی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک می تواند زمینه ارتکاب جرم را در آن ها کاهش دهد. هدف مطالعه حاضر تعیین اثربخشی "مداخله روانشناسی مثبت" بر بهزیستی اجتماعی نوجوانان پسر مبتلا به اختلال سلوک در کانون اصلاح و تربیت می باشد.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه تجربی و طرح آن از نوع پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه کنترل بود. این پژوهش در سال ۱۳۹۹ در جامعه آماری نوجوانان پسر مبتلا به اختلال سلوک کانون اصلاح و تربیت شهر اهواز در فاصله سنی ۱۵ تا ۱۸ سال انجام شد. ۳۰ تن از نوجوانان پسر مبتلا به اختلال سلوک پسر به روش هدفمند انتخاب شدند و سپس به روش تصادفی ساده با استفاده از قرعه کشی در ۲ گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه جمعیت شناختی و "مقیاس بهزیستی اجتماعی" (Social Well-Being Scale; SWBS) بود. روایی این مقیاس به مطالعات پیشین استناد داده شد و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. گروه مداخله در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای "مداخله روانشناسی مثبت" را دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار برای دریافت مداخله قرار داشت. ۲ گروه در ۳ نوبت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تکمیل گردید. تحلیل داده ها در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۰ تحلیل شد.

یافته ها: تفاوت معناداری بین ۲ گروه در نمره بهزیستی اجتماعی ($F=53/915, P=0/001$) در طول زمان وجود دارد ($P<0/05$) و نمره گروه مداخله از پیش آزمون تا پیگیری روند صعودی داشته است. در مجموع "مداخله روانشناسی مثبت" ۶۵ درصد از تفاوت های مشاهده شده در نمره بهزیستی اجتماعی را تبیین می کند.

نتیجه گیری: "مداخله روانشناسی مثبت" یک روش درمانی موثر در افزایش بهزیستی اجتماعی نوجوانان پسر مبتلا به اختلال سلوک است. پیشنهاد می شود که در سایر مراکز اصلاح و تربیت سراسر کشور از "مداخله روانشناسی مثبت" استفاده شود.

کلیدواژه ها: مداخله روانشناسی مثبت، بهزیستی اجتماعی، نوجوانان، اختلال سلوک.

نوجوانی یکی از حساس‌ترین دوران زندگی است و نقش موثری بر شکل‌گیری باورها و شخصیت نوجوانان دارد (۱)؛ این دوران به سبب میل به استقلال طلبی، نوجوان را مستعد خطرپذیری می‌کند و ممکن است چالش‌ها و تنش‌های زیادی برای فرد نوجوان و والدین ایجاد کند (۲). در این دوران تغییرات بسیاری در زمینه‌های جسمانی و روانشناختی ظاهر می‌شود و فشارهای روانشناختی زیادی بر نوجوانان تحمیل می‌شود؛ به طوری که اگر در فرد از دوران کودکی علائم خفیفی از برخی اختلالات رفتاری موجود بوده باشد، در این دوران می‌تواند در قالب یک اختلال خود را نشان دهد (۳). اختلال سلوک (conduct disorder) یکی از اختلالات رفتاری شایع در دوران نوجوانی است که در صورت عدم درمان به موقع می‌تواند زمینه انحرافات اجتماعی و بزهکاری را در نوجوانان فراهم سازد (۴). اختلال سلوک در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به مشکلاتی در زمینه خویشتن‌داری هیجان‌ات و رفتاری تعریف می‌شود که مشخصه اصلی آن‌ها الگوی رفتاری بادوامی است که به موجب آن حقوق دیگران یا مقررات اجتماعی نقض می‌شوند. همچنین سایر علائم تشخیصی همچون پرخاشگری با افراد، حیوانات، تخریب اموال، فریبکاری، دزدی، تخلفات جدی از مقررات خانوادگی و مدرسه نیز در رفتار آن‌ها به دفعات تکرار شود (۵).

بررسی مطالعات پیشین دلالت بر این دارد که نوجوانان پسر مبتلا به اختلال سلوک در برقراری ارتباط و حفظ روابط پایدار با دیگران مشکل دارند و روابط آن‌ها همواره با تنش همراه است (۶). توانایی در برقراری ارتباط با دیگران و حفظ آن در قالب مفهوم بهزیستی اجتماعی (social well-being) مطرح می‌باشد، نوجوانان برخوردار از درجات بالای بهزیستی اجتماعی معمولاً قادر به برقراری روابط با همسالان خود و حفظ آن روابط هستند. همچنین ویژگی‌هایی همچون بخشش، کمک‌رسانی، داوطلب شدن در ارائه خدمات، تواضع و رفتار نوع‌دوستانه نسبت به دیگران بدون انتظار پاداش از دیگر مشخصه‌های افراد با بهزیستی اجتماعی است (۷). دوره نوجوانی از لحاظ اجتماعی و شناختی یک دوره حساس محسوب می‌شود و کسب مهارت‌های اجتماعی و هویت اجتماعی نقش مهمی در بهزیستی اجتماعی نوجوانان دارد (۸). همچنین طی یک مطالعه طولی نشان داده شد که بهزیستی اجتماعی در نوجوانان یک عامل

بازدارنده از رفتارهای بزهکارانه است (۹). بر این اساس، به نظر می‌رسد ارائه مداخلات مناسب در نوجوانان پسر مبتلا به اختلال سلوک جهت ارتقاء بهزیستی روانشناختی، نقش موثری بر بهبود سلامت روانشناختی و کاهش رفتارهای بزهکارانه در این نوجوانان دارد.

بهزیستی اجتماعی یکی از مفاهیم روانشناسی مثبت است، بر این اساس جهت ارتقاء آن «مداخله روانشناسی مثبت» ارائه شده است (۱۰). هدف «مداخله روانشناسی مثبت» افزایش کارکرد بهینه و مطلوب افراد است تا بتوانند با شناخت توانمندی‌های شخصی به رشد و بالندگی برسند (۱۱). در این روش اهمیت هیجان‌های مثبت در زندگی، مهارت مثبت‌اندیشی، تقویت و بهبود ارتباط مثبت با دیگران، ایجاد شناخت و ادراکات مثبت مورد اهمیت و توجه است (۱۲).

در زمینه اثربخشی «مداخله روانشناسی مثبت» نتایج مطالعات پیشین نشان داده‌اند که این روش درمانی نقش موثری بر کاهش سوگیری خشم و پرخاشگری (۱۳)، کاهش خشم و بهبود بهزیستی روانشناختی (۱۴، ۱۵)، کاهش مشکلات هیجانی (۱۶) و بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (۱۷) داشته است. با توجه به شیوع بالای مشکلات هیجانی و رفتاری در دوران نوجوانان (۱۸) می‌بایست مهارت‌های بهبود بهزیستی و شادکامی به نوجوانان آموزش داده شود (۱۹). نوجوانی مرحله مهمی در رشد فردی و عاطفی انسان (ساخت هویت، روابط اجتماعی و ...) است. بر خلاف سایر رویکردهایی که بر جنبه آسیب‌شناسی بیشتر تأکید دارند، «مداخله روانشناسی مثبت» سعی می‌کند یک چارچوب مفهومی تازه در ذهن نوجوانان ایجاد کند تا آن‌ها با تمرکز بر نقاط قوت و توانایی‌های خود به بهزیستی بیشتری دست یابند (۲۰). در این میان توجه به نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و ارائه مداخله درمانی جهت بهبود وضعیت روانشناختی و توانمندسازی آن‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است، زیرا این نوجوانان در صورت عدم دریافت درمان به موقع می‌توانند مستعد اختلالات دیگری همچون شخصیت ضد اجتماعی و تکرار رفتارهای بزهکارانه باشند. مطالعات در زمینه «مداخله روانشناسی مثبت» عمدتاً در بزرگسال انجام شده است (۲۱)، اگرچه برخی از مطالعات اثربخشی «مداخله روانشناسی مثبت» را در افزایش بهزیستی نوجوانان نشان داده‌اند (۲۲، ۲۳)، اما نیاز به دانش خاصی در مورد کاربرد این مداخله در این گروه از نوجوانان مهم و ضروری است. بر

در طول دوران مداخله، ایجاد اختلال در نظم جلسات، مصرف هرگونه داروی روانپزشکی، شرکت همزمان در برنامه های مداخله ای دیگر در کانون اصلاح و تربیت و انصراف یا عدم توانایی شرکت کامل در همه جلسات بود.

در پژوهش حاضر از ابزار های زیر استفاده شد. پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن، نوع جرم، تحصیلات و سابقه مصرف مواد مخدر بود.

"مقیاس بهزیستی اجتماعی" (Social Well-Being Scale) استفاده شد. این مقیاس برای اولین بار توسط Keyes در سال ۱۹۹۸ جهت سنجش بهزیستی اجتماعی طراحی شده است (۲۶). فرم اصلی این مقیاس ۳۳ عبارت دارد که بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) نمره گذاری می شود. حداقل و حداکثر نمره در این آزمون ۳۳ الی ۱۶۵ است؛ در بررسی پیشینه سطح بندی برای این مقیاس یافت نشد. Keyes این مقیاس را در ۳۷۳ تن از بزرگسالان امریکا اجرا کرد و به روش تحلیل عاملی اکتشافی ۵ زیرمقیاس شکوفایی اجتماعی (social actualization) با ۸ عبارت (شامل: ۵، ۷، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۵، ۲۹)، یکپارچگی اجتماعی (social integration) با ۴ عبارت (شامل: ۲، ۲۸، ۳۱، ۳۲)، انسجام اجتماعی (social coherence) با ۸ عبارت (شامل: ۱، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۹، ۳۳)، مشارکت اجتماعی (social contribution) با ۶ عبارت (شامل: ۴، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۷) و پذیرش اجتماعی (social acceptance) با ۷ عبارت (شامل: ۳، ۱۰، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۶، ۳۰) شناسایی شدند که در مجموع ۰/۶۶ از واریانس کل مقیاس را تبیین کردند. همچنین در نمونه ذکر شده پایایی این زیرمقیاس ها به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بین ۰/۷۰ الی ۰/۷۷ و برای نمره کلی ۰/۷۲ محاسبه شد (۲۶).

در پژوهش دیگری توسط Li و همکاران (۲۷) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی "مقیاس بهزیستی اجتماعی" در ۳۶۰ بزرگسال در کشور چین اجرا شد. نتایج ۵ زیرمقیاس را نشان داد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق برای هر یک از زیرمقیاس ها بین ۰/۷۷ الی ۰/۸۰ محاسبه شد (۲۷).

در ایران ویژگی های روانسنجی "مقیاس بهزیستی اجتماعی" توسط صفاری نیا و همکاران (۲۸) در ۵۰۰ بزرگسال شهر تهران اجرا شد. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی شد و ۵ زیرمقیاس تایید شد. همچنین در همین

این اساس مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی «مداخله روانشناسی مثبت» بر بهزیستی اجتماعی در نوجوانان پسر مبتلا به اختلال سلوک در کانون اصلاح و تربیت اهواز انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی و طرح آن از نوع پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری مورد مطالعه پژوهش حاضر کلیه نوجوانان پسر مبتلا به اختلال سلوک کانون اصلاح و تربیت شهر اهواز در فاصله سنی ۱۵ تا ۱۸ سال بودند که برابر حکم مقام قضایی در سال ۱۳۹۹ به کانون اصلاح و تربیت معرفی شده بودند. تعداد نمونه با استناد به مطالعه نیمه تجربی قبلی (۲۴) با ضریب اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۰/۸۰ با استفاده از نرم افزار GPower 3.1 برای هر یک از گروه ها ۱۵ تن محاسبه شد.

$$n = \left(1 + \frac{1}{K}\right) \left(\sigma \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})}{\mu_1 - \mu_2}\right)^2$$

نوجوانان پسر مبتلا به اختلال سلوک به روش هدفمند انتخاب شدند و سپس به روش تصادفی ساده با استفاده از قرعه کشی در ۲ گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. بدین ترتیب برای شروع مطالعه ابتدا، مجوزهای لازم برای انجام پژوهش از سازمان زندان ها و اقدامات تأمینی و تربیتی استان خوزستان و مراجع قضایی دریافت شد. سپس بر اساس لیست کلیه نوجوانان پسر مبتلا به اختلال سلوک کانون اصلاح تربیت شهر اهواز مصاحبه فردی با آن ها انجام شد و میزان تمایل و علاقه آن ها جهت شرکت در پژوهش ارزیابی شد. همچنین با استفاده از مصاحبه بالینی توسط یک روانشناس آموزش دیده بر اساس معیارهای تشخیصی ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (۲۵) اختلال سلوک در آن ها ارزیابی شد و تا شناسایی ۳۰ تن، مصاحبه ها ادامه داشت. سپس نوجوانان به روش تصادفی ساده (بر اساس قرعه کشی) در ۲ گروه مداخله (۱۵ تن) و کنترل (۱۵ تن) قرار گرفتند.

ملاک های ورود به پژوهش شامل؛ داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و حداقل حضور یک ماه در کانون اصلاح تربیت بود. ملاک های خروج شامل عفو و یا آزادی مشروط

به این صورت که داستانی نوشتند که نشانگر بهترین توانمندی های شخصیتی و چگونگی استفاده بهینه از آن ها بود.

جلسه دوم: در این جلسه بر موضوع پرورش توانمندی های خاص و هیجانانگیز مثبت متمرکز بود و در مورد توانمندی های خاص گفتگو شد. شرکت کنندگان از توانمندی های شخصیتی خود گفتند و در مورد شرایطی که این توانمندی ها در گذشته به آن ها کمک کرده با یکدیگر صحبت کردند. همچنین آن ها از توانمندهایی نیز صحبت کردند که در گذشته برای کمک به دیگران استفاده کردند.

جلسه سوم: در این جلسه خاطرات خوب در برابر خاطرات بد مورد بحث قرار گرفت، با انجام این کار به شرکت کنندگان کمک شد تا خشم، اعتراض و دیگر هیجانانگیز منفی خود را ابراز کنند و سپس در مورد آثار این هیجانانگیز با یکدیگر گفتگو کنند.

جلسه چهارم: موضع اصلی این جلسه بخشش بود. بخشش، ابزاری است که از آن می توان برای خنثی کردن خشم، کینه و سایر هیجان های منفی استفاده نمود. در این جلسه از شرکت کنندگان خواسته شد تا یک "بخشایش نامه" بنویسند و در آن یک مورد قانون شکنی از یک فرد خاطی را توصیف کنند و سوگند یاد کنند که فرد خاطی را بخشیده اند.

جلسه پنجم: در این جلسه تفاوت خوشبینی و بدبینی و مثال های عملی از تاثیر خوشبینی و بدبینی مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

جلسه ششم: در این جلسه موضوع قدردانی، به عنوان تشکر با دوام توصیف شد و مورد بحث قرار گرفت. همچنین خاطرات خوب و بد با تاکید بر افزایش حس قدردانی مطرح شد، تا شرکت کنندگان از هر آن چیزی که در مسیر زندگی تجربه کرده اند قدردانی کنند.

جلسه هفتم: در این جلسه مبحث قناعت در برابر زیاده خواهی مطرح شد. پیامدهای زیاده خواهی مورد بحث قرار گرفت و قناعت ورزی تشویق شد و همچنین آثار زیاده خواهی که اغلب به ناکامی و پشیمانی می انجامد و نوعی ناهماهنگی بین انتظارات و واقعیت ها است مورد بحث قرار گرفت.

جلسه هشتم: در این جلسه محبت و دلبستگی به عنوان یک ظرفیت شخصیتی مورد بحث قرار گرفت که می تواند منجر به روابط پایدار بین فردی شود. در پایان جلسه بر

نمونه پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد (۲۸). در مطالعه دیگری "مقیاس بهزیستی اجتماعی" در ۲۰۰ تن از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز اجرا شد، روایی همگرایی "مقیاس بهزیستی اجتماعی" با "مقیاس شخصیت طرفدار اجتماع" (Prosocial Personality Scale) ۰/۴۵ محاسبه شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در همین نمونه ۰/۸۱ گزارش شد (۲۴).

در پژوهش حاضر، روایی "مقیاس بهزیستی اجتماعی" محاسبه نشد و به پژوهش های پیشین استناد داده شد؛ پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در ۳۰ نمونه مورد مطالعه در مرحله پیش آزمون به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه شد.

برای انجام پژوهش حاضر، ابتدا مجوز رسمی از سازمان زندان ها و اقدامات تأمینی و تربیتی استان خوزستان و مراجع قضایی استان دریافت شد، در شهر اهواز فقط یک کانون اصلاح و تربیت ویژه نوجوانان پسر وجود دارد. پس از تخصیص افراد در گروه های مداخله و کنترل، پرسشنامه جمعیت شناختی و "مقیاس بهزیستی اجتماعی" توسط هر ۲ گروه تکمیل شد؛ سپس گروه مداخله به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (در طول یک ماه) تحت "مداخله روانشناسی مثبت" (Positive Psychology Intervention) قرار گرفتند؛ این برنامه آموزشی بر اساس چارچوب درمان شناختی رفتاری توسط Seligman و همکاران (۲۹) تدوین شده است که در ایران توسط سرداری و خلیلی (۱۶) ترجمه شده است و اثربخشی آن مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین قبل از اجرا این مداخله، در اختیار ۵ تن از متخصصان روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز قرار داده شد و آن ها نظرات خود را بر آن اعمال کردند. مداخله توسط یک روانشناس در مقطع دکتری تخصصی روانشناسی و آموزش دیده در زمینه روانشناسی مثبت در کانون اصلاح و تربیت شهر اهواز انجام شد.

محتوای جلسات مداخله به شرح زیر است:

جلسه اول: در این جلسه شرکت کنندگان با چهار چوب "مداخله روانشناسی مثبت" آشنا شدند. در این جلسه نقش درمانگر و مسئولیت های شرکت کنندگان برای آن ها توضیح داده شد. سپس از شرکت کنندگان خواسته شد در حدود یک صفحه خود را به صورت مثبت معرفی کنند.

پیشرفت‌ها و مزایایی که این دوره برای شرکت‌کنندگان داشت بحث‌هایی صورت گرفت و جمع‌بندی نهایی ارائه شد.

در این مطالعه در شروع مداخله، شرح کاملی از اهداف پژوهش به نوجوانان ارائه شد و رضایت آن‌ها را به صورت شفاهی دریافت گردید. شرکت در جلسات برای نوجوانان اجباری نبود و همه بر اساس میل و رغبت شخصی در این دوره شرکت کردند. در کلیه مراحل پژوهش به حقوق شرکت‌کنندگان احترام گذاشته شد و از آنجا که برنامه‌های اصلاحی و درمانی جز برنامه‌های اصلی کانون اصلاح و تربیت است، تأیید و رضایت هر نوع مداخله منوط به رضایت ریاست و مددکار کانون اصلاح و تربیت شهر اهواز انجام شد.

در زمان ارائه درمان در گروه مداخله، گروه کنترل در فهرست انتظار قرار داشت و مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات درمانی از هر ۲ گروه پس از ۲ جلسه دریافت شد و پس از گذشت یک ماه از اجرای پس از ۲ گروه آزمون پیگیری دریافت شد؛ پس از اجرای پیگیری گروه کنترل تحت آموزش "مداخله روانشناسی مثبت" قرار

گرفتند.

یافته‌های توصیفی با استفاده از فراوانی، درصد میانگین، انحراف معیار گزارش شد. جهت مقیاس پراکندگی متغیر سن در ۲ گروه از آزمون t مستقل استفاده شد. جهت مقایسه نوع جرم و میزان تحصیلات در ۲ گروه از آزمون دقیق فیشر و جهت مقایسه سابقه مصرف مواد از آزمون خی دو استفاده شد. جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیر تکانشگری از آزمون شاپیرو-ویلک و جهت آزمون اثر مداخله از پیش آزمون تا پیگیری از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تجمعی بونی استفاده شد. تحلیل داده‌ها در نرم افزار اسپاس پی اس اس نسخه ۲۰ تحلیل شد.

یافته‌ها

در هر یک از گروه‌ها ۱۵ نوجوان پسر مبتلا به اختلال سلوک مشارکت داشتند، یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناسی نشان داد که نمونه‌های پژوهش دارای دامنه سنی ۱۸-۱۵ سال بودند. توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان در ۲ گروه مداخله و کنترل در (جدول ۱) ادامه ارائه شده است.

جدول ۱: مقایسه داده‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان گروه‌های مداخله و کنترل

متغیر	گروه مداخله	گروه کنترل	P
میانگین سنی؛ سال (انحراف معیار)	۱۶/۴۴ (۱/۵۵)	۱۷/۱۲ (۱/۹۶)	*.۰/۳۰۱
نوع جرم؛ فراوانی (%)			
قتل	۶ (۴۰)	۶ (۴۰)	
سرقت	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۷)	**۰/۸۷۰
نزاع و درگیری	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۳)	
میزان تحصیلات؛ فراوانی (%)			
ابتدایی	۵ (۳۳/۳)	۶ (۴۰)	
متوسطه اول	۵ (۳۳/۳)	۶ (۴۰)	**۰/۷۱۱
متوسط دوم	۵ (۳۳/۳)	۳ (۲۰)	
سابقه مصرف مواد مخدر؛ فراوانی (%)			
دارد	۸ (۵۳/۳)	۷ (۴۶/۷)	
ندارد	۷ (۴۶/۷)	۸ (۵۳/۳)	**۰/۷۱۵

آزمونهای آماری: *آزمون t مستقل، **آزمون خیدو

(جدول ۲) میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها ارائه شده است.

نتایج (جدول ۱) گویای این است که گروه‌های مداخله و کنترل در متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوتی با یکدیگر ندارند. بر این اساس این متغیرها نقش مخدوش‌کننده‌ای در اثر متغیر مستقل بر وابسته ندارند. در ادامه

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های مداخله و کنترل

متغیر	مرحله آزمون	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	آماره کولموگوروف-اسمیرنوف	P
پیش آزمون		مداخله	۸۱/۴۰	۹/۷۸	-۰/۹۶۸	-۰/۸۳۴
		کنترل	۸۳/۴۰	۷/۷۸	-۰/۹۰۹	-۰/۱۳۰
پس آزمون		مداخله	۱۱۴/۷۳	۱۱/۶۱	-۰/۹۳۴	-۰/۳۱۵
		کنترل	۸۳/۳۳	۷/۴۶	-۰/۹۵۲	-۰/۵۵۰
پیگیری		مداخله	۱۰۸/۲۷	۱۱/۲۰	-۰/۹۵۱	-۰/۵۴۰
		کنترل	۸۲/۶۰	۷/۶۲	-۰/۹۷۴	-۰/۹۱۴

همگونی واریانس‌ها در متغیر بهزیستی اجتماعی در مراحل پیش آزمون ($P=۰/۴۸۹$, $F=۰/۴۹۲$)، پس آزمون ($P=۰/۰۷۲$)، صعودی داشته است، در صورتی که تغییری در گروه کنترل ایجاد نشده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها نشان داد که مقدار آماره آزمون شاپیرو-ویلک در گروه‌ها معنادار نیست، به عبارت دیگر، داده‌ها دارای توزیع نرمال است ($P>۰/۰۵$). جهت بررسی معناداری تغییرات نمره بهزیستی اجتماعی از مرحله پیش آزمون تا پیگیری از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای این آزمون به بررسی پیش فرض‌های آن پرداخته شده است. نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس نشان داد که متغیر بهزیستی اجتماعی ($Box's M=۱۱/۳۳۲$, $P=۰/۱۲۵$) در شرکت کنندگان معنادار نیست، بر این اساس این پیش فرض برقرار می‌باشد ($P>۰/۰۵$). نتایج آزمون لون نشان داد که

نتایج (جدول ۲) نشان می‌دهد که نمره گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری روند صعودی داشته است، در صورتی که تغییری در گروه کنترل ایجاد نشده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها نشان داد که مقدار آماره آزمون شاپیرو-ویلک در گروه‌ها معنادار نیست، به عبارت دیگر، داده‌ها دارای توزیع نرمال است ($P>۰/۰۵$). جهت بررسی معناداری تغییرات نمره بهزیستی اجتماعی از مرحله پیش آزمون تا پیگیری از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای این آزمون به بررسی پیش فرض‌های آن پرداخته شده است. نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس نشان داد که متغیر بهزیستی اجتماعی ($Box's M=۱۱/۳۳۲$, $P=۰/۱۲۵$) در شرکت کنندگان معنادار نیست، بر این اساس این پیش فرض برقرار می‌باشد ($P>۰/۰۵$). نتایج آزمون لون نشان داد که

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای متغیر بهزیستی اجتماعی در مراحل سنجش

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P	اندازه اثر
بهزیستی اجتماعی	زمان	۵۵۹۴/۹۵۶	۲	۲۲۹۷/۴۷۸	۳۶/۸۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۶۹
	زمان*گروه	۴۷۸۷/۶۸۹	۲	۲۳۹۲/۳۴۴	۳۸/۴۲۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۸
	خطا	۳۴۸۷/۰۲۲	۵۶	۶۲/۲۶۸			
	بینگروهی	۷۵۸۰/۸۴۴	۱	۷۵۸۰/۸۴۴	۵۳/۹۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۵۸

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در (جدول ۳) ارائه شده است. نتایج نشان داد که بین نمره پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در نمره بهزیستی اجتماعی ($F=۳۶/۸۹۶$, $P=۰/۰۰۱$) بدون توجه به عامل گروه تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین روند تغییرات نمره در این متغیرها از مرحله پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری (اثر متقابل زمان و گروه) پایدار بود و تفاوت معنادار مشاهده شد ($F=۳۸/۴۲۰$, $P=۰/۰۰۱$). اندازه اثر مداخله در متغیر

بهزیستی اجتماعی در طول زمان ۵۶ درصد محاسبه شد که نشان دهنده نقش مداخله در تغییرات نمره این متغیر در طول زمان بوده است. معناداری اثر متقابل زمان و گروه نشان می‌دهد، تغییرات نمره بهزیستی اجتماعی در ۲ گروه مداخله و کنترل روند متفاوتی را دنبال می‌کنند. عبارتی، یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین بهزیستی اجتماعی مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیرها طی مراحل ارزیابی

اجتماعی ($F=53/915$, $P=0/001$) وجود دارد ($P<0/05$). همانطور که مشاهده می شود ۶۵ درصد از تفاوت های مشاهده در نمره بهزیستی اجتماعی ناشی از عضویت گروهی (اثر مداخله) است.

در ۲ گروه مورد مطالعه یکسان نبوده است. در ادامه با بررسی اثرات بین گروهی مشخص شد که روند تغییرات در هر یک از گروه های به چه شکل بوده است. نتایج در قسمت تغییرات بین گروهی در (جدول ۳) نشان می دهد که تفاوت معناداری بین ۲ گروه در نمره بهزیستی

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار تعدیل شده نمره بهزیستی اجتماعی در گروه های مداخله و کنترل طی مراحل آزمون و مقایسه آن ها

گروه ها	مراحل آزمون		پیگیری Std. Error ± میانگین	آزمون تبعی بنفرونی	
	پیش آزمون Std. Error ± میانگین	پس آزمون Std. Error ± میانگین		پیش آزمون تا پس آزمون (M-D) P	پس آزمون تا پیگیری (M-D) P
مداخله	۸۱/۴۰±۲/۵۲	۱۱۴/۷۳±۲/۹۹	۱۰۸/۲۶±۲/۹۸	(-۳۳/۳۳۳) ۰/۰۰۰۱	(۶/۴۶۷) ۰/۲۹۹
کنترل	۸۳/۴۰±۲/۰۰	۸۳/۳۳±۱/۹۲	۸۲/۶۰±۱/۹۶	(۰/۰۶۷) ۱/۰۰۰	(۰/۷۳۳) ۱/۰۰۰

بهزیستی مورد آزمون بوده است. در تبیین این یافته باید به این نکته اشاره نمود که یکی از آموزش های مورد استفاده در "مداخله روانشناسی مثبت" آموزش خوش بینی است، آموزش خوشبینی موجب می شود که افراد تحت مداخله کمتر به ارزیابی منفی از وقایع توجه داشته باشند و با در نظر گرفتن جنبه های مثبت یک موقعیت دست به ارزیابی بزنند (۲۰). یکی از اهداف آموزشی "مداخله روانشناسی مثبت" ارزیابی توانمندی های شخصی است. در این مداخله نوجوانان پسر مبتلا به اختلال سلوک متوجه شدند که علاوه بر خطاها و اشتباهاتی که دارند، توانمندی هایی نیز دارند که کمتر به آن ها توجه داشته اند. در "مداخله روانشناسی مثبت" توانمندی های شخصی به منظور ایجاد و تقویت تعهد مورد بحث قرار می گیرند. بدیهی است که این مداخله نقاط قوت فرد را به او یادآوری می کند و او را متوجه توانمندی های خود می کند و در نتیجه، نگرش مثبت شخص به خود و گذشته اش که یکی از عوامل بهزیستی است افزایش پیدا می کند (۳۰).

در تبیین دیگر این یافته می توان گفت که "مداخله روانشناسی مثبت" می تواند به فرد کمک کند تا با افزایش توجه و کنترل به خود، تنش کمتری را تجربه کند، کنار آمدن موفقیت آمیز فرد با عوامل تنش زا و موفقیت های دشوار، تاب آوری فرد را نسبت به آن موقعیت نشان می دهد. تاب آوری، صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب ها یا شرایط، تهدیدکننده نیست بلکه فرد تاب آور،

جهت مقایسه تغییرات گروه ها در مراحل مختلف سنجش از آزمون تبعی بنفرونی استفاده شده است، نتایج آن در (جدول ۴) ارائه شده است. نتایج حکایت از این دارد که تفاضل بین پیش آزمون با پس آزمون، پیش آزمون با پیگیری و پس آزمون با پیگیری فقط در گروه مداخله معنادار است ($P<0/05$) و روند نمره بهزیستی اجتماعی از پیش آزمون تا پیگیری در گروه مداخله صعودی بوده است و "مداخله روانشناسی مثبت" موجب ارتقاء بهزیستی اجتماعی بوده است.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی "مداخله روانشناسی مثبت" بر بهزیستی اجتماعی در نوجوانان پسر مبتلا به اختلال سلوک در کانون اصلاح و تربیت اهواز انجام شد. نتایج حاکی از آن بود که تفاوت معناداری بین ۲ گروه در نمره بهزیستی اجتماعی در طول زمان وجود داشته است و نمره گروه مداخله در بهزیستی اجتماعی از پیش آزمون تا پیگیری روند صعودی داشته است، اما از پس آزمون تا پیگیری کاهش جزئی وجود داشته است و معنادار نبوده است. نتیجه حاضر با مطالعات Norrish و همکاران (۲۲) و Hawthorth و همکاران (۲۳) همسو است، در واقع در این مطالعات نشان داده شد که "مداخله روانشناسی مثبت" نقش موثری بر ارتقاء بهزیستی نوجوانان دارد، اما هیچ یک از مطالعات اختصاصا پیامد "مداخله روانشناسی مثبت" را بر بهزیستی اجتماعی ارزیابی نکرده اند، بلکه مفهوم کلی

است. همچنین امکان تفکیک کامل ۲ گروه برای عدم برقراری ارتباط بین آن‌ها امکان پذیر نبود. این مسئله از محدودیت های مطالعه حاضر است. همچنین پیامد درمان با استفاده از پرسشنامه خود اظهاری سنجیده شده است، که امکان دارد پاسخ دهندگان بر اساس میل به مطلوبیت اجتماعی پاسخ داده باشند.

سیاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری محمد رضا حکمت و به راهنمایی آقای دکتر رضا پاشا با کد پژوهشی ۹۶۰۰۳۳۳۳ است که با کد اخلاق ۱۳۹۹۰۰۴۹ IR.IAU.AHVAAZ.REC تاریخ ۲۸/۸/۹۹ به تصویب کمیته اخلاق شعبه دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز رسیده است. همچنین این پژوهش با کد IRCT20201221049781N1 در سامانه کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است. این پژوهش با مجوز رسمی از سازمان زندان ها و اقدامات تامینی و تربیتی استان خوزستان و مراجع قضایی استان انجام شد. در انتها از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز و سازمان زندان ها و اقدامات تامینی و تربیتی و مراجع قضایی استان خوزستان تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

مشارکت کننده فعال و سازنده محیط پیرامونی خویش است و در نتیجه با افزایش کارایی فرد در برابر تنش ها میزان بهزیستی اجتماعی در آن ها افزایش پیدا می کند (۲۲). یکی دیگر از روش های مورد استفاده در "مداخله روانشناسی مثبت"، آموزش قدردانی و سپاسگزاری بود. در این مداخله تأکید بر خاطرات خوب و قدرشناسی به عنوان شکلی پایدار از سپاسگزاری مورد بحث قرار می گیرد. در این جا نیز نقش خاطرات خوب و بد، با تمرکز و تأکید بر قدرشناسی مورد بحث قرار گرفت. نوجوانان پسر مبتلا به اختلال سلوک پس از تأمل، نخستین پیش نویس یک نامه ی قدرشناسی را خطاب به کسی که هرگز آن گونه که باید و شاید از وی قدردانی نکرده اند می نویسند که این مداخله می تواند نقش موثری بر شکل گیری روابط پایدار و سالم باشد که یک رکن اساسی در بهزیستی اجتماعی است.

نتیجه گیری

"مداخله روانشناسی مثبت" یک روش درمانی موثر در افزایش بهزیستی اجتماعی نوجوانان پسر مبتلا به اختلال سلوک بود. پیشنهاد می شود که از "مداخله روانشناسی مثبت" در سایر مراکز اصلاح و تربیت کشور جهت کاهش اثرات اختلال سلوک و بهبود بهزیستی اجتماعی نوجوانان استفاده شود. پژوهش حاضر در نوجوانان پسر مبتلا به اختلال سلوک کانون اصلاح و تربیت شهر اهواز انجام شد، تعمیم پذیری آن برای دختران و نوجوانان سایر شهرها با محدودیت همراه

References

- Galla BM, Tsukayama E, Park D, Yu A, Duckworth AL. The mindful adolescent: Developmental changes in no reactivity to inner experiences and its association with emotional well-being. *Developmental Psychology*. 2020;56(2):350-363. <https://doi.org/10.1037/dev0000877>
- Szwedo DE, Hessel ET, Loeb EL, Hafen CA, Allen JP. Adolescent support seeking as a path to adult functional independence. *Developmental Psychology*. 2017; 53 (5):949-961. <https://doi.org/10.1037/dev0000277>
- Gabrielsen LE, Eskedal LT, Mesel T, Aasen GO, Hirte M, Kerlefsen RE, Palucha V, Fernee CR. The effectiveness of wilderness therapy as mental health treatment for adolescents in Norway: A mixed methods evaluation. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2019;24(3):282-296. <https://doi.org/10.1080/02673843.2018.1528166>
- Staniford JA, Lister M. An Interpretative Phenomenological Analysis exploring how psychiatrists conceptualize conduct disorder and experience making the diagnosis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2021;26(1):243-256. <https://doi.org/10.1177/1359104520964519>
- Fairchild G, Hawes DJ, Frick PJ, Copeland WE, Odgers CL, Franke B, Freitag CM, De Brito SA. Conduct disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2019;5(1):1-25. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0095-y>
- Obsuth I, Moretti MM, Holland R, Braber K, Cross S. Conduct disorder: New directions in promoting effective parenting and strengthening parent-adolescent relationships. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2006;15(1): 6-15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16411111>

- nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2277272/
7. Warner EL, Kent EE, Trevino KM, Parsons HM, Zebrack BJ, Kirchoff AC. Social well-being among adolescents and young adults with cancer: A systematic review. *Cancer*. 2016;122(7):1029-1037. <https://doi.org/10.1002/cncr.29866>
 8. Abbasi M. [Comparison of social welfare and social anxiety in children with and without specific learning disabilities]. *Journal of Learning Disabilities*. 2016;5(2):74-91. http://jld.uma.ac.ir/article_393.html
 9. Cheng TC, Li Q. Adolescent delinquency in child welfare system: A multiple disadvantage model. *Children and Youth Services Review*. 2017; 73(2): 205-212. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2016.12.018>
 10. Slade M. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*. 2010;10(1):1-4. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-26>
 11. Seligman ME. Coaching and positive psychology. *Australian Psychologist*. 2007;42(4):266-277. <https://doi.org/10.1080/00050060701648233>
 12. Gable SL, Haidt J. What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*. 2005;9(2):103-110. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.103>
 13. Dickerson KL, Skeem JL, Montoya L, Quas JA. Using positive emotion training with maltreated youths to reduce anger bias and physical aggression. *Clinical Psychological Science*. 2020;8(4):773-787. <https://doi.org/10.1177/2167702620902118>
 14. Enright R, Erzar T, Gambaro M, Komoski MC, O'Boyle J, Reed G, Yu L. Proposing forgiveness therapy for those in prison: An intervention strategy for reducing anger and promoting psychological health. *Journal of Forensic Psychology*. 2016;1(4):116-120. <https://doi.org/10.4172/2475-319X.1000116>
 15. Hong JE, Kim M. Effects of a psychological management program on subjective happiness, anger control ability, and gratitude among late adolescent males in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(8):2683-2699. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082683>
 16. Sardary B, Khalili S. [Effectiveness of positive psychological intervention on reducing difficulties in emotion regulation in adolescents with eating disorders symptoms]. *Journal of Psychological Sciences*. 2019; 18(76): 479-487. <http://psychologicalscience.ir/article-1-333-fa.html>
 17. Anvari J, Sardary B. [The Effectiveness of positive psychotherapy on improving cognitive emotion regulation strategies in male secondary high school students with anxiety symptoms]. *Positive Psychology Research*. 2019;5(2):31-46.
 18. Copeland W, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: A prospective cohort analysis from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2011;50(3):252-61. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.12.014>
 19. Seligman ME, Ernst RM, Gillham J, Reivich K, Linkins M. Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*. 2009;35(3):293-311. <https://doi.org/10.1080/03054980902934563>
 20. Baños RM, Etchemendy E, Mira A, Riva G, Gaggioli A, Botella C. Online positive interventions to promote well-being and resilience in the adolescent population: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*. 2017;8 (1):10-18. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00010>
 21. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*. 2013;13(1):1-20. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
 22. Norrish JM, Vella-Brodrick DA. Positive psychology and adolescents: Where are we now? Where to from here? *Australian Psychologist*. 2009;44(4):270-8. <https://doi.org/10.1080/00050060902914103>
 23. Haworth CM, Nelson SK, Layous K, Carter K, Jacobs Bao K, Lyubomirsky S, Plomin R. Stability and change in genetic and environmental influences on well-being in response to an intervention. *Plos One*. 2016;11(5):e0155538. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155538>
 24. Sepahmansour M. [Prediction of social well-being based on prosocial personality and psychological reactance in students]. *Journal of Social Psychology*. 2017; 5(44): 93-105. http://psychology.iauhvaz.ac.ir/article_536637.html

25. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition: DSM-5. American Psychiatric Association. 2013. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
26. Keyes CLM. Social well-being. *Social Psychology Quarterly*. 1998; 61(2):121-140. <https://doi.org/10.2307/2787065>
27. Li M, Yang D, Ding C, Kong F. Validation of the social well-being scale in a Chinese sample and invariance across gender. *Social Indicators Research*. 2015;121(2):607-618. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0639-1>
28. Saffarinia M, Tadriz Tabrizi M, Aliakbari M. [Exploring the validity, reliability of Social Well-being Questionnaire in men and women resident in Tehran city]. *Educational Measurement*. 2015;5(18): 115-132. https://jem.atu.ac.ir/article_791.html?lang=en
29. Seligman ME, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *American Psychologist*. 2006;61(8):774-788. <https://psycnet.apa.org/buy/2006-21079-029> <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>
30. Honarmand Zadeh R, Sajjadian I. [Effectiveness of positive group intervention on psychological wellbeing, resiliency and happiness of foster care adolescent girls]. *Positive Psychology Research*. 2016;2(2):35-50.