



بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر عزت نفس و خوش بینی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی رازی تهران در سال ۱۴۰۱

منا کلانتری شاهپجان^۱

چکیده

اختلال افسردگی اساسی یک بیماری رایج روان شناختی همراه با پیامدهایی با بار منفی فردی و اجتماعی است. این پژوهش باهدف تعیین تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر عزت نفس و خوش بینی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی رازی تهران انجام شد. در این کار آزمایی بالینی تعداد ۸۰ نفر از بیماران با تشخیص افسردگی اساسی بستری در مرکز آموزشی درمانی رازی تهران به طور تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها سه پرسشنامه شامل: فرم ثبت اطلاعات دموگرافیک، مقیاس عزت نفس روزنبرگ و خوش بینی شیپر و کارور بود که قبل از مداخله به صورت پیش آزمون تکمیل شد. مداخله ای به صورت گروه درمانی شناختی رفتاری علاوه بر درمان های روتین برای هر گروه مداخله طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای با تواتر دو جلسه در هفته برگزار شد و مجدداً پرسشنامه ها در قالب پس آزمون، بلافاصله، سه ماه بعد از آخرین جلسه گروه درمانی، توسط واحدهای مورد پژوهش تکمیل گردید. نتایج این مطالعه نشان داد که بین نمرات عزت نفس و خوش بینی در طی بازه های زمانی قبل از مداخله، بلافاصله، سه ماه بعد و شش ماه بعد در دو گروه کنترل و مداخله تفاوت آماری معناداری یافت شد که بیانگر اثربخشی مداخله انجام شده می باشد ($p < 0/05$). در پایان نتایج مطالعه حاضر بیان کننده اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر عزت نفس و خوش بینی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در مرکز آموزشی درمانی رازی تهران است.

کلمات کلیدی: گروه درمانی شناختی رفتاری، عزت نفس، خوش بینی، افسردگی اساسی.

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب Mona.kalantari1368@gmail.com



مقدمه

اختلال افسردگی اساسی^۱، به عنوان شایع ترین اختلال روانی با عودهای مکرر است (Omidi, 2014) و شامل یک دوره با خلق افسرده و کاهش علاقه یا لذت می باشد که هرروز و حداقل به مدت دو هفته رخ بدهد (Ganji, 2016). بر اساس ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ اختلال افسردگی اساسی یک سیر بالینی است که برحسب یک یا چند دوره ی افسردگی اساسی بدون سابقه دوره های مان، مختلط یا هیپومان می شود (American Psychiatric Association, 2019). در DSM-5 برخلاف DSM-4 فصل اختلالات افسردگی با توجه به اهمیت آن در یک طبقه جداگانه قرار داده شده است. ویژگی تمام این اختلالات وجود اندوه، احساس تهی بودن یا خلق تحریک پذیر همراه تغییرات شناختی و جسمی است که به شکل چشمگیری روی ظرفیت کارکردی فرد تأثیر منفی می گذارد (Kreuze and Lamis, 2018) اختلال افسردگی اساسی به دلیل شیوع و بروز گسترده، سیر نسبتاً مزمن دارد، در عملکردهای شغلی تحصیلی و روابط بین فردی، آسیب های اقتصادی و انسانی شدیدی بر جای می گذارد و به عنوان یکی از عمده ترین چالش های قرن حاضر در سطح جهان قلمداد می شود (Kupfer, 1991). شیوع افسردگی اساسی در نقاط مختلف دنیا به طور میانگین ۴/۷ درصد تخمین زده شده است (Lam et al. 2017). بررسی ها میزان شیوع اختلال افسردگی اساسی را به طور کلی ۳-۶ درصد گزارش نموده اند و شیوع مادام العمر این اختلال به ۲۵-۱۵ درصد می رسد (Sadock and Sadock, 2011). به طور کلی در هر زمان ۶ درصد کل جمعیت به این اختلال مبتلا هستند (Jannati et al. 2015). در ایران نیز، افسردگی اساسی رشد قابل توجهی داشته است (Ramayana et al. 2015). در یک پژوهش مروری در کشور بر روی ۵۶ مقاله منتشر شده، شیوع اختلالات افسردگی در جمعیت های مختلف ایرانی از ۶۹/۵ تا ۷۳ درصد متغیر بود (Montazeri et al. 1392).

یکی از مفاهیمی که در بیماران افسرده به شدت مخدوش می شود، عزت نفس است (Elizabeth, 2019). در سال های اخیر، عزت نفس پادزهری برای انواع مشکلات اجتماعی در فرهنگ های مختلف شده است (Erol and Orth, 2011). عزت نفس، باور و اعتقادی است که فرد، درباره ارزش و اهمیت خود دارد (Sharifi et al. 2010)؛ عزت نفس پایین به معنی اعتقاد بر این است که فرد خود را کم ارزش تر از آنچه که هست می داند (Shogren et al. 2017). کاهش عزت نفس باعث مشکلات روانی متعددی از جمله اضطراب، بی تفاوتی و احساس تنهایی در فرد افسرده شده که منجر به کاهش عملکرد در شرایط نامناسب محیطی، افزایش سطح استرس، واکنش های انطباقی ناسازگار، دوام اختلال افسردگی و خودکشی و آسیب رسانی به افراد افسرده می شود (Oliveira et al. 2016). راجرز^۳ و سایر نظریه پردازان خودشکوفایی، عزت نفس بالا را بخش مهمی از خودپنداری می دانند و آن را با سازگاری فرد مرتبط می دانند (Vaghee et al. 2017).

عزت نفس به عنوان یک عامل پیش بینی کننده در بروز افسردگی است (Ji et al. 2019). اختلال افسردگی با توجه به طبیعت ناتوان کننده و همچنین تغییر نگرش دیگران، خصوصاً خانواده، نسبت به فرد و همچنین برچسب بیمار روانی، که موجب طرد شدن وی از سوی نزدیکان می شود، از مهم ترین بیماری های روانی مؤثر در کاهش عزت نفس و ایجاد تغییرات منفی به شمار می آید (Yaghmae et al. 2004). روزنبرگ^۵ بیان می کند عزت نفس نامطلوب می تواند موجب مزمن شدن افسردگی شود. برخی محققان نیز نشان دادند با افزایش افسردگی، عزت نفس کاهش می یابد (Garusi et al. 2013). افسردگی، ناشی از برداشت اشتباه از مشکلاتی است که همه ما در زندگی تجربه می کنیم (Jafartabatabaee et al. 2018). بک معتقد است که سه نوع تفکر خودکار منفی در افراد افسرده باعث پیشرفت بیماری آن ها می شود که عبارت اند از وجود نگرش منفی و بدبینانه نسبت به خود، دنیای اطراف و اعتقاد به ادامه بدبختی ها در آینده (Seligman, 2007). این بدبینی در افراد افسرده موجب کاهش عزت نفس و احساس ارزشمندی در آن ها می شود (Nes et al. 2005). خوش بینی در مقابل بدبینی قرار دارد. لازاروس^۶

^۱ Major depression disorder (MDD)

^۲ Diagnostic- And Statistical manual of Mental Disorder (DSM-5)

^۳ Rogers

^۵ Rosenberg

^۶ Lazarus



کانر^۷ و فولکمن^۸ به دیدگاه امیدوارانه و خوش‌بینانه که موجب فراخوانی هیجان‌های مثبت می‌شود و کیفیت مقابله با منابع استرس و عود افسردگی را بهبود می‌بخشد اشاره کرده‌اند (Saidi et al. 2016). خوش‌بینی از جمله ساختارهایی است که در سال‌های اخیر برای پیش‌بینی سلامت روانی افراد توجه تعداد زیادی از پژوهش‌ها را به خود جلب نمود (Jafartabatabaee et al. 2018; Saidi et al. 2016). این ساختار بر رفتاری که افراد در مقابله با تجارب استرس‌زا دارند و موفقیت در آنچه آن‌ها در زندگی با آن مقابله می‌کنند، تأثیر 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 (Kivimäki et al. 2005). درمان شناختی - رفتاری از شاخه‌های شناخت درمانی است که به‌طور شایع، در افسردگی و اختلال اضطرابی مورد استفاده قرار می‌گیرد. درواقع نوعی گفتگو درمانی است که به مدیریت مشکلات از طریق تغییر افکار و رفتارهای فرد کمک می‌کند و مبتنی بر ارتباط پیوسته محتوای افکار، احساسات، شرایط جسمانی و عملکرد فرد با یکدیگر است (Bagherinia et al. 2015). چون افکار و اعمال اغلب هم‌زمان باهم روی می‌دهند، روش‌های رفتاری و شناختی اغلب برای بیمار واحد به‌کاربرده می‌شوند و استفاده از اصطلاح درمان شناختی رفتاری (CBT^۹) برای تأکید به رابطه نزدیک این دو معمول شده است (Salari et al. 2014). شناخت درمانی به‌صورت فردی و گروهی قابل اجراست. از آنجایی که افراد در قالب گروه می‌توانند افکار و احساسات خود را به نحو بهتری در میان بگذارند و فرصت به بحث گذاشتن مسائل بین فردی، همکاری و مشارکت را پیدا کنند، شناخت درمانی به شیوه گروهی می‌تواند مفید واقع شود (Saidi et al. 2016). پژوهش‌های انجام شده در مورد این روش درمانی نتایج متفاوتی را نشان می‌دهند. جیانگ و همکاران^{۱۰} (۲۰۱۷) درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی، عزت‌نفس و خلق در میان بیماران دچار نارسایی قلبی فلیپین را مؤثر نشان دادند (Isazadegan et al. 2015)، مطالعه سعیدی و همکاران (۱۳۹۴) بر روی اثربخشی آموزشی خوش‌بینی بر میزان افسردگی و رضایت از زندگی زنان در آستانه طلاق نشان داد که این آموزش در افسردگی و رضایت از زندگی مؤثر است (Hodapour et al. 2017). از طرفی مطالعه جنتی و همکاران (۱۳۹۵) اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر روی عزت‌نفس بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک را بی‌معنا نشان دادند (Costa et al. 2011).

با توجه به مباحث مطرح شده در مورد اهمیت کنترل و درمان افسردگی اساسی، همچنین با در نظر گرفتن عوارض جانبی داروهای ضدافسردگی و باوجود پژوهش‌های متعدد در این حوزه و با توجه به گستردگی موضوع بنا به تحقیقات ذکر شده، از آنجاکه در افسردگی عزت‌نفس و خوش‌بینی تحت تأثیر قرار می‌گیرند در این پژوهش تلاش بر آن است تا به بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، گروه درمانی شناختی رفتاری به‌عنوان مداخله در زمینه بهبود عزت نفس و خوش‌بینی انجام شود.

مواد و روش‌ها:

این مطالعه یک کار آزمایشی بالینی است که به‌منظور تعیین تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر عزت‌نفس و خوش‌بینی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی رازی تهران در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری (Sample size and sampling Method):

بر اساس فرمول زیر و با در نظر گرفتن میزان ریزش در انجام تحقیق، طبق نظر استاد راهنما و مشاور آمار محترم، تعداد نمونه‌ها ۸۰ نفر انتخاب گردید. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی به میزان مساوی در دو گروه ۴۰ نفری شاهد و مداخله قرار داده شدند. نمونه‌ها از بین افراد بستری در بخش‌ها و همچنین از بین افرادی که به درمانگاه مراجعه می‌کنند انتخاب شدند. زمان انتخاب نمونه‌های مراجعه‌کننده در شیفت‌های صبح هرروز بود. سپس با استفاده از کارتهایی که بر روی ۴۰ عدد از آن‌ها کلمه A (گروه مداخله) و تعداد ۴۰ عدد دیگر کلمه B (گروه کنترل) نوشته شده است، این افراد به‌صورت

⁷ Kanner

⁸ Folkman

⁹ Cognitive Behavioral Therapy

¹⁰ Jiang



تصادفی یکی از این کارت‌ها را انتخاب کرده و در گروه کنترل یا مداخله قرار گرفتند. گروه مداخله نیز به ۴ گروه ۱۰ نفری تقسیم شدند.

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}\right)^2 (x_1^2 + x_2^2)}{(x_1 - x_2)^2}$$

توان آزمون = ۹۰٪

سطح اطمینان = ۹۵٪

$$1.64 = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$$

$$1.28 = Z_{1-\beta}$$

x_1 = میانگین عزت نفس در گروه مداخله

x_2 = میانگین عزت نفس در گروه کنترل

δ_1 = انحراف معیار عزت نفس در گروه مداخله

δ_2 = انحراف معیار عزت نفس در گروه کنترل.

مقادیر میانگین و انحراف معیار با استناد به پژوهش مشابه خانجانی (۱۳۹۵) به صورت زیر محاسبه شد [۵۶]:

$$n = 2 = \frac{(1.64 + 1.28)^2 (1.86^2 + 4.28^2)}{(17.29 - 14.96)^2} = 34.19 \cong 34$$

ابزار جمع آوری داده‌ها (Data Collection instrument):

در این پژوهش ابزار گردآوری داده‌ها سه پرسشنامه شامل: فرم ثبت اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه مقیاس عزت نفس روزنبرگ ۱۱ و پرسشنامه میزان خوشبینی شییر و کارور ۱۲ بود.

روش انجام طرح:

پس از کسب مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی، کمیته اخلاق از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران، پژوهشگر، با در دست داشتن معرفی‌نامه کتبی به مرکز آموزشی درمانی رازی تهران معرفی شد و پس از بررسی و تأیید طرح پژوهش با کسب اجازه از مسئولین، نمونه‌گیری صبح هرروز از شنبه تا پنج‌شنبه در درمانگاه طی ۲۲ روز انجام شد. نمونه‌ها از بین افراد بستری در بخش‌ها و همچنین از بین افراد مراجعه‌کننده به درمانگاه ضمن توضیح اهداف و کسب رضایت برای شرکت در تحقیق انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل ابتلا به افسردگی اساسی بر اساس معیار تشخیصی DSM-5 و بر اساس مصاحبه تشخیصی روان‌پزشک، رضایت به حضور در پژوهش، عدم استفاده از دیگر خدمات روان‌درمانی و مشاوره در طول جلسات، شرکت نکردن در پژوهش مشابه قبلی و داشتن سواد خواندن و نوشتن بود.

ملاک‌های خروج شامل ابتلای هم‌زمان به اختلال افسردگی خویی، دوقطبی و سوءمصرف مواد (به دلیل احتمال تأثیر اختلالات دیگر بر متغیرهای وابسته و در نتیجه کنترل آن‌ها) بود. هر یک از واحدهای نمونه‌گیری پس از انتخاب حضور در پژوهش یکی از دو گزینه مداخله یا کنترل را از داخل پاکتی که دو گزینه مذکور را داشت انتخاب نمود و به این ترتیب در گروه مداخله یا کنترل قرار گرفتند. افرادی که در گروه کنترل قرار گرفتند در همان زمان انتخاب، سه پرسشنامه (مشخصات دموگرافیک، سنجش عزت نفس و خوش‌بینی) را تکمیل نمودند و گروه مداخله پس از انتخاب، جهت جلسه توجیهی در اتاق کنفرانس جمع شدند و پرسشنامه‌ها توزیع شد و سپس به صورت تصادفی در ۴ گروه ۱۰ نفری قرار گرفتند؛ گروه اول در روزهای شنبه و چهارشنبه و گروه دوم در روزهای یکشنبه و پنج‌شنبه در کلاس شرکت کردند و به مدت ۴ هفته مداخله بر روی این دو گروه انجام شد. پس از پایان کلاس‌ها بلافاصله پرسشنامه‌های عزت نفس و خوش‌بینی تکمیل می‌شد، سپس در گروه مداخله بعدی به همین ترتیب در کلاس‌ها شرکت کردند و در پایان دو پرسشنامه رو تکمیل نمودند. قبل از اتمام کلاس‌ها، شرکت‌کنندگان برنامه

11 Rosenberg's Sel-f-Esteem Scale

12 Scheier, Carver & Bridges



گذاشتند ۳ ماه بعد طی جلسه‌ای جمع شوند. بعد از ۲ ماه و ۲۷ روز با تمام اعضای گروه کنترل و مداخله جهت یادآوری تماس گرفته شد؛ پس از حضور در بیمارستان در طی ۳ روز پرسشنامه‌های مرحله دوم تکمیل شد و مجدداً قرار شد سه ماه بعد پس از مراجعه پرسشنامه‌ها رو پر کردند. از چند روز قبل موعد به همه آن‌ها تماس گرفته شد و گروه‌ها در طی ۴ روز پرسشنامه‌ها رو تکمیل کردند. به هرکدام از اعضای گروه مداخله یک ساعت زنگ‌دار رومیزی هدیه داده شد و درنهایت تأثیر گروه‌درمانی از طریق مقایسه نمرات واحدهای موردپژوهش از پاسخگویی به پرسشنامه سنجش عزت‌نفس و خوش‌بینی قبل و بعد از گروه‌درمانی در فواصل مذکور انجام شد.

محتوای جلسات گروه‌درمانی شناختی رفتاری مطابق با جدول ۱-۳ ارائه شد:

جدول ۱-۳: محتوای جلسات گروه‌درمانی شناختی رفتاری

جلسه	محتوای درمان
اول	معرفی درمانگر گروه و آشنا شدن اعضا با یکدیگر، اطلاعات کلی برنامه (مشخص کردن زمان و مکان و طول جلسات)، ایجاد رابطه حسنه و بیان قوانین و مقررات گروه، اهمیت و هدف از تشکیل گروه، پیش‌آزمون جمع‌بندی و پذیرایی
دوم	ارائه اطلاعات در رابطه با افسردگی (علائم، سبب، سیر و درمان) شناسایی زودرس علائم و پیشگیری از عود جمع‌بندی و تکالیف خانگی (شناسایی و تهیه لیست از علائم افسردگی در خود) و پذیرایی
سوم	مرور تکالیف جلسه قبل اهمیت درمان‌های غیر دارویی به‌ویژه گروه‌درمانی شناختی رفتاری بحث و تبادل در مورد داشتن یک زندگی منطقی، سالم، هدفمند و انعطاف‌پذیر برای مواجهه با مشکلات و فراز و نشیب‌های زندگی صحبت کردن اعضا در مورد افکار و باورهای خود پذیرش این نکته که باورها تغییرپذیرند چگونگی ارتباط باورهای منفی با یکدیگر و رتبه‌بندی آن‌ها جمع‌بندی و تکالیف خانگی (شناسایی و تهیه لیستی از باورها و افکار منفی در خود) و پذیرایی



چهارم	مرور تکالیف جلسه قبل آشنایی با عزت نفس و اهمیت آن - بحث با اعضای گروه در مورد عزت نفس شناسایی ویژگی های افراد دارای عزت نفس و شناسایی آن ها در آزمودنی ها آشنایی با موانع عزت نفس که ناشی از خطاهای شناختی هستند شیوه های مقابله ی کارآمد با موانع رشد عزت نفس جمع بندی و تکالیف خانگی (شناسایی و تهیه موانع عزت نفس در خود و ارائه راه حل) و پذیرایی
پنجم	مرور تکالیف جلسه قبل - شناسایی افکار و باورهای غیرمنطقی آموزش مفهوم خودپذیری و مهارت های اجتماعی مرتبط با پذیرش خویش شناسایی و تقویت نقاط قوت شاخص و احساسات و عواطف مثبت تکالیف خانگی (شناسایی و تهیه لیست افکار و باورهای غیرمنطقی در خود) و پذیرایی
ششم	مرور تکالیف جلسه قبل - آشنایی با خوش بینی و اهمیت آن شناسایی ویژگی های افراد دارای خوش بینی و شناسایی آن ها در آزمودنی ها آشنایی با موانع خوش بینی که ناشی از خطاهای شناختی هستند شیوه های مقابله ی کارآمد با موانع افکار مثبت جمع بندی و تکالیف (شناسایی و تهیه لیستی از ویژگی های خوش بینی در خود) خانگی و پذیرایی
هفتم	مرور تکالیف جلسه قبل شمردن نعمت ها: توجه به نعمت های کوچک زندگی و یادداشت کردن ۳ تای آن ها در هر روز حس ذائقه: لذت بردن از لذت های کوچک زندگی همانند نوشیدن چای شناسایی نقاط ضعف و قوت خود مدیریت رفتارهای منفی (برنامه ریزی تدریجی فعالیت ها برای کاهش رفتارهای منفی) مداخلات شناختی (اصلاح افکار تحریف شده (به عنوان مثال به جای این فرض ناسازگارانه که من مضطرب هستم (که بیشتر مواقع نیز اشتباه است) مراجع آن را می تواند تغییر دهد و بگوید اضطراب امری طبیعی است و هر شخصی اضطراب دارد) و ناکارآمد و اصلاح باورهای مرتبط با بیماری که بر عزت نفس و خوش بینی تأثیر می گذارد مقابله با افکار و احساسات منفی و شناسایی مهارت ها، افکار و احساسات مثبت که باعث بهبود خوش بینی و عزت نفس می شود شناسایی افکار و باورهای غیرمنطقی جمع بندی و تکالیف خانگی (تهیه برنامه برای آینده در مورد تقویت عزت نفس و خوش بینی و رفع موانع آن ها) و پذیرایی
هشتم	مرور تکالیف جلسه قبل دریافت بازخورد از اعضا درباره برنامه درمانی حفظ اثرات درمانی: دریافت بازخوردهای آزمودنی ها و ارائه تمریناتی برای استفاده در آینده فراهم کردن فرصتی برای پایان دادن به جلسات گروه درمانی و پیگیری موضوع مورد مطالعه توسط محقق پس آزمون و پذیرایی

روش تحلیل داده ها (Data Processing & Statistical Analysis):

ابتدا کلیه داده های پرسشنامه کدگذاری شد. معیار سنجش میزان عزت نفس و خوش بینی، نمره اخذ شده واحدهای پژوهش از پاسخگویی به پرسشنامه های عزت نفس و خوش بینی می باشد. جهت تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ طبق نظر استاد محترم آمار از روش های آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید. از آمار توصیفی جهت تنظیم جداول، توزیع فراوانی، میانگین و نمودارها استفاده شد. جهت تحلیل یافته ها از آزمون های آمار استنباطی مانند تی زوجی و repeated measurement جهت مقایسه میزان نمرات عزت نفس و خوش بینی قبل و بعد از گروه درمانی استفاده شد.

نتایج:

در این پژوهش ۵۴ درصد بیماران زن و ۴۶ درصد مرد بودند. میانگین سنی در زنان برابر $32/10 \pm 38/62$ و در مردان برابر $41/9 \pm 14/91$ گزارش شد که رده سنی از ۱۸ تا ۶۴ سال بود. همان طور که در جدول ۱ مشاهده می شود میانگین مدت زمان تشخیص بستری برای گروه کنترل (۵/۵۶) و برای گروه مداخله (۶/۷۳) روز، میانگین مدت زمان بستری در بخش روان نیز برای



گروه کنترل (۳/۱۰) و در گروه مداخله (۴/۰۲) می باشد و میانگین تعداد دفعات بستری برای گروه کنترل (۲/۲۰) و درگروه مداخله (۱/۸۲) می باشد که در این سه مورد بین میانگین های دو گروه کنترل و مداخله از نظر مدت زمان تشخیص بستری، مدت زمان بستری در بخش روان و تعداد دفعات بستری، ارتباط معنی داری مشاهده نشد. ($P=0.340$, $P=0.461$, $P=0.410$)

جدول ۱: توزیع میانگین و انحراف معیار سنی، مدت زمان تشخیص بیماری، مدت زمان بستری در بخش روان و تعداد دفعات بستری نمونه های پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله.

متغیر	گروه کنترل		گروه مداخله		نتیجه آزمون
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	تی تست مستقل
مدت زمان تشخیص بستری	5.56	3.87	6.73	5.35	$P=0.340$
مدت زمان بستری در بخش روان	3.10	2.90	4.02	4.46	$P=0.461$
تعداد دفعات بستری	2.20	1.79	1.82	1.11	$P=0.410$

داده های جدول ۲ بیانگر آن است که در گروه کنترل ۷۸/۸ درصد افراد متأهل و ۱۲/۱ درصد مجرد و ۹/۱ درصد بدون همسر بودند و در گروه مداخله ۵۱/۶ درصد متأهل و ۲۵/۸ درصد مجرد و ۲۲/۶ درصد بدون همسر می باشد. برای بررسی ارتباط معنادار بین وضعیت تأهل در دو گروه از آزمون فیشر استفاده کردیم. که بر اساس این آزمون ارتباط معناداری بین متغیر وضعیت تأهل در دو گروه کنترل و مداخله مشاهده نشد. ($P=0.066$)

جدول ۲: توزیع وضعیت تأهل نمونه ها در دو گروه کنترل و مداخله

وضعیت تأهل	گروه کنترل		گروه مداخله		کل		نتیجه آزمون فیشر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
متأهل	26	78.8%	16	51.6%	42	65.6%	$P=0.066$
مجرد	4	12.1%	8	25.8%	12	18.8%	
بدون همسر	3	9.1%	7	22.6%	10	15.6%	
کل	33	100.0%	31	100.0%	64	100.0%	



داده‌های جدول ۳ بیانگر آن است که در گروه کنترل درصد افراد زیر دیپلم برابر ۹۷ درصد و در گروه مداخله برابر ۹۰/۳ درصد می باشد. همچنین افراد با تحصیلات بالای دیپلم در هر دو گروه خیلی کم بودند. آزمون فیشر برای داده‌های جدول زیر نشان داد که ارتباط معنی داری بین گروه کنترل و مداخله و وضعیت تحصیلی وجود ندارد. ($P=0.347$)

جدول ۳: توزیع وضعیت تحصیلی نمونه‌ها در دو گروه کنترل و مداخله

وضعیت تحصیلی	گروه کنترل		گروه مداخله		کل		نتیجه آزمون فیشر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
زیر دیپلم	32	97.0%	28	90.3%	60	93.8%	P=0.347
بالای دیپلم	1	3.0%	3	9.7%	4	6.3%	
کل	33	100.0%	31	100.0%	64	100.0%	

داده‌های جدول ۴ بیانگر آن است که بیشترین درصد افراد بیکار بودند که در گروه کنترل ۶۳/۶ درصد و در گروه مداخله ۷۷/۴ درصد بیکار می باشند. آزمون آماری کای دو برای داده‌های جدول ارتباط معنی داری را بین گروه کنترل و مداخله و وضعیت اشتغال نشان نداد. ($P=0.280$)

جدول ۴: توزیع وضعیت اشتغال نمونه‌ها در دو گروه کنترل و مداخله

وضعیت اشتغال	گروه کنترل		گروه مداخله		کل		نتیجه آزمون کای دو
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
شاغل	12	36.4%	7	22.6%	19	29.7%	P=0.280
بیکار	21	63.6%	24	77.4%	45	70.3%	
کل	33	100.0%	31	100.0%	64	100.0%	

با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۵ افراد دارای بیماری جسمی خاص در گروه کنترل (۱۵/۲) درصد و در گروه مداخله (۹/۷) درصد می باشد. همچنین افراد فاقد بیماری جسمی خاص نیز در گروه کنترل (۸۴/۸) درصد و در گروه مداخله (۸۶/۵) درصد می باشد که نشان دهنده این است که اکثر افراد مورد مطالعه فاقد بیماری خاص بودند. همچنین بنا به نتایج فوق بین دو گروه و سابقه بیماری ارتباط معنی داری از نظر آماری وجود ندارد. ($P=0.709$)

جدول ۵: توزیع سابقه بیماری جسمی خاص در دو گروه کنترل و مداخله

سابقه بیماری	گروه کنترل		گروه مداخله		کل		نتیجه آزمون فیشر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
دارد	5	15.2%	3	9.7%	8	12.5%	P=0.709
ندارد	28	84.8%	28	90.3%	56	87.5%	
کل	33	100.0%	31	100.0%	64	100.0%	

با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۶ اکثر افراد مورد مطالعه در برنامه سلامت روان و افسردگی شرکت نداشتند و فقط ۳/۱ درصد در گروه کنترل و ۷/۱ درصد در گروه مداخله در این برنامه شرکت داشته‌اند. بنا به نتایج فوق بین دو گروه و سابقه شرکت در برنامه سلامت روان و افسردگی ارتباط معنی داری از نظر آماری وجود ندارد. ($P=0.594$)



جدول ۶: توزیع سابقه شرکت در برنامه سلامت روان و افسردگی در دو گروه کنترل و مداخله

نتیجه آزمون فیشر	کل		گروه مداخله		گروه کنترل		سابقه شرکت در برنامه سلامت
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
P=0.594	5.0%	3	7.1%	2	3.1%	1	دارد
	95.0%	57	92.9%	26	96.9%	31	ندارد
	100.0%	60	100.0%	28	100.0%	32	کل

نتایج این جدول (۷) نشان می‌دهد که نمره عزت‌نفس و خوش‌بینی برای گروه مداخله در ۳ زمان بلافاصله بعد از مداخله، سه ماه بعد از مداخله و شش ماه بعد از مداخله تغییرات معناداری با نمره قبل از مداخله داشته‌اند. این در حالی است که برای گروه کنترل، میزان این تغییرات بسیار کم بوده است.

جدول ۷ میانگین و انحراف معیار قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله، سه ماه بعد از مداخله و شش ماه بعد از مداخله نمره عزت‌نفس و خوش‌بینی به تفکیک گروه‌های کنترل و مداخله.

زمان		قبل از مداخله		بلافاصله بعد از مداخله		سه ماه بعد از مداخله		شش ماه بعد از مداخله	
متغیر		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نمره عزت‌نفس	کنترل	14.42	1.38	14.55	1.947	14.00	1.43	13.97	1.01
	مداخله	14.68	1.30	16.84	2.083	16.19	2.18	15.52	1.74
نمره خوش‌بینی	کنترل	9.86	2.01	10.24	1.50	10.69	1.77	10.24	1.52
	مداخله	10.05	1.46	12.90	1.54	12.48	1.83	12.33	1.01

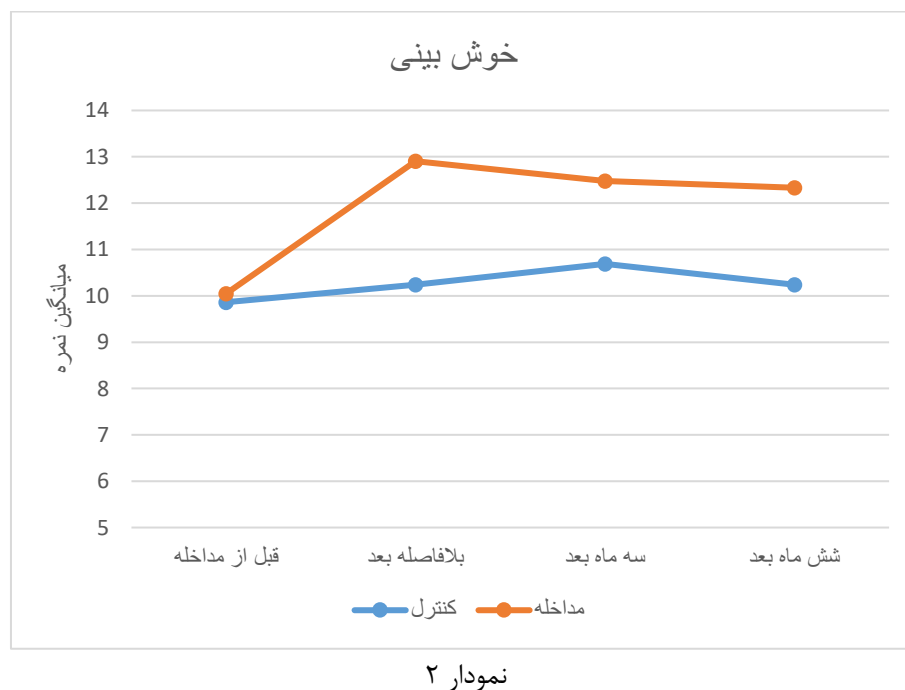
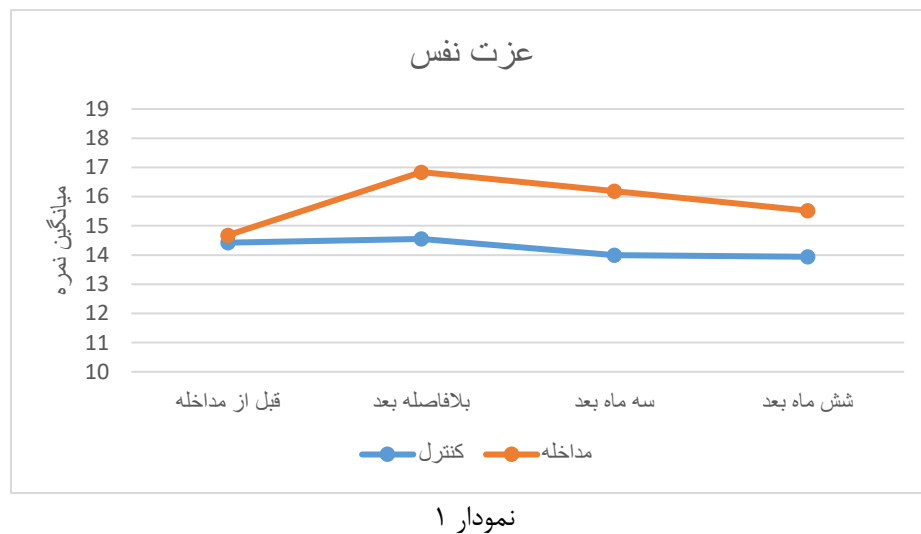
برای بررسی معناداری تفاوت بین نمرات عزت‌نفس و خوش‌بینی در دو گروه کنترل و مداخله، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (جدول ۸) استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، با رعایت پیش‌فرض‌ها و انجام آزمون‌های لازم، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیرهای وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بوده است.

بر اساس نتایج آزمون برای نمره عزت‌نفس، اثر زمان معنادار شد. به عبارت دیگر بین نمره‌های عزت‌نفس (قبل از مداخله، بلافاصله، سه ماه بعد و شش ماه بعد از مداخله) تفاوت معناداری مشاهده وجود دارد ($p=0.000$). همچنین معنادار بودن تعامل میان زمان با هر دو گروه کنترل و مداخله ($p=0.001$) به این معنی است که در زمان‌های مختلف میانگین نمره عزت‌نفس گروه کنترل با میانگین نمره عزت‌نفس گروه مداخله به‌طور معناداری اختلاف دارند به عبارت دیگر مداخله در نمره عزت‌نفس تأثیر داشته است. و نیز معنادار بودن اثر گروه حاکی از آن است که بدون در نظر گرفتن زمان‌های مختلف میانگین کلی نمره عزت‌نفس گروه کنترل با میانگین کلی نمره عزت‌نفس گروه مداخله اختلاف معناداری دارند که با توجه به نتایج جدول می‌توان نتیجه گرفت که نمره عزت‌نفس گروه کنترل از نمره عزت‌نفس گروه مداخله به‌طور معناداری کمتر می‌باشد ($p=0.000$). همان‌طور که در نمودار (۱) نیز مشاهده می‌فرمایید نمره عزت‌نفس در زمان‌های مختلف در دو گروه نشان داده شده است. بر اساس نتایج آزمون در نمره خوش‌بینی، همان‌طور که مشاهده می‌شود اثر زمان نیز معنادار شد.



به عبارت دیگر بین نمره های خوش بینی (قبل از مداخله، بلافاصله، سه ماه بعد و شش ماه بعد از مداخله) در این گروه ها تفاوت معناداری مشاهده می شود ($p=0.000$). همچنین تعامل میان زمان با هر دو گروه کنترل و مداخله ($p=0.000$) به این معنی است که در زمان های مختلف میانگین نمره خوش بینی گروه کنترل با میانگین نمره خوش بینی گروه مداخله به طور معناداری اختلاف دارند.

همچنین معنادار بودن اثر گروه ($p=0.000$) حاکی از آن است که بدون در نظر گرفتن زمان های مختلف میانگین کلی نمره خوش بینی گروه کنترل با میانگین کلی نمره خوش بینی گروه مداخله اختلاف معناداری دارند که با توجه به نتایج جدول می توان نتیجه گرفت که نمره خوش بینی گروه کنترل از نمره خوش بینی گروه مداخله به طور معناداری کمتر می باشد. همان طور که در نمودار (۲) نیز مشاهده می فرمایید میانگین نمره خوش بینی در زمان های مختلف در دو گروه نشان داده شده است.





جدول ۸ تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه بلافاصله، سه ماه بعد و شش ماه بعد از مداخله نمره عزت نفس و خوش بینی در دو گروه کنترل و مداخله

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
نمره عزت نفس	زمان	47.645	3	15.882	6.616	.000
	زمان*گروه	40.742	3	13.581	5.657	.001
	گروه	154.903	1	154.903	37.098	.000
	خطا	250.532	60	4.176		
نمره خوش بینی	زمان	87.86	3	29.28	14.09	.000
	زمان*گروه	41.18	3	13.72	6.60	.000
	گروه	137.81	1	137.81	31.54	.000
	خطا	209.69	48	4.36		

برای مقایسه نمره عزت نفس در دو گروه کنترل و مداخله در زمان های متفاوت از آزمون تی تست مستقل استفاده شد، با توجه به جدول ۹ نتایج نشان داد که بین میانگین های نمره عزت نفس در دو گروه کنترل و مداخله در زمان های مختلف بعد از مداخله اختلاف معناداری وجود دارد. بر اساس نتایج به دست آمده می توان نتیجه گرفت که مداخله در عزت نفس بیماران تأثیر مثبت داشته است و نمرات بعد از مداخله در زمان های مختلف به طور معناداری نسبت به نمره قبل از مداخله افزایش یافته است.

جدول ۹: آزمون تی تست مستقل عزت نفس قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و مداخله

عزت نفس	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	شش ماه بعد از مداخله			
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	ف
کنترل	14.33	1.40	14.67	1.97	14.00	1.43	13.88
مداخله	14.68	1.30	16.84	2.03	16.19	2.12	15.52
نتیجه آزمون تی تست مستقل	P=0.315	P=0.000	P=0.000	P=0.000	P=0.000	P=0.000	P=0.000

همچنین برای مقایسه نمره عزت نفس در زمان های مختلف به صورت دوه دو از آزمون تی تست زوجی استفاده کردیم (جدول ۱۰). بر اساس نتایج جدول در گروه کنترل اختلاف معناداری بین نمره عزت نفس در زمان های مختلف وجود نداشت. ولی در گروه مداخله نمره عزت نفس قبل از مداخله باهمه زمان های بعد از مداخله اختلاف معناداری داشت. همچنین نمره عزت نفس بلافاصله بعد از مداخله با شش ماه بعد از مداخله نیز اختلاف معناداری باهم داشتند.



جدول ۱۰ نتایج آزمون تی تست زوجی برای مقایسه زمان ها در دو گروه کنترل و مداخله

متغیر	گروه	زمان	تفاوت میانگین ها	سطح معنی داری
نمره عزت نفس	کنترل	قبل از مداخله	بلافاصله بعد	.435
			سه ماه بعد	.259
			شش ماه بعد	.126
			سه ماه بعد	.167
بلافاصله بعد از مداخله	مداخله	قبل از مداخله	بلافاصله بعد	.058
			سه ماه بعد	.835
			شش ماه بعد	.000
			سه ماه بعد	.000
بلافاصله بعد از مداخله	مداخله	قبل از مداخله	بلافاصله بعد	.038
			سه ماه بعد	.215
			شش ماه بعد	.009
			سه ماه بعد	.107

* معناداری در سطح 0.05

برای مقایسه نمره خوش بینی در دو گروه کنترل و مداخله در زمان های متفاوت نیز از آزمون تی تست مستقل استفاده شد، با توجه به جدول ۱۱ نتایج نشان داد که بین میانگین های نمره خوش بینی در دو گروه کنترل و مداخله در زمان های مختلف بعد از مداخله اختلاف معناداری وجود داشت پس می توان نتیجه گرفت که مداخله در نمره خوش بینی نیز تأثیر مثبت داشته است بطوریکه مشاهده می شود نمرات خوش بینی زمان های مختلف بعد از مداخله نسبت نمره زمان قبل از مداخله به طور معناداری افزایش داشته اند.

جدول ۱۱: آزمون تی تست خوش بینی قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و مداخله

خوش بینی	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	شش ماه بعد از مداخله
میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین
انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار
کنترل	9.91	10.33	10.64	10.23
مداخله	9.90	12.85	12.60	12.30
نتیجه آزمون تی تست مستقل	P=0.990	P=0.000	P=0.000	P=0.000

برای مقایسه نمره خوش بینی در زمان های مختلف به صورت دویه دو نتایج آزمون تی تست زوجی در جدول ۱۲ نشان داده شده است. بر اساس نتایج جدول در گروه کنترل نمره خوش بینی قبل از مداخله با هیچ کدام از زمان های بعدی اختلاف معنادار نداشت. ولی در گروه مداخله نمره خوش بینی قبل از مداخله با همه زمان های بعد از مداخله اختلاف معنادار داشت.



جدول ۱۲ نتایج آزمون تی تست زوجی برای مقایسه زمان ها در دو گروه کنترل و مداخله

متغیر	گروه	زمان	تفاوت میانگین ها	سطح معنی داری
نمره خوش بینی	کنترل	قبل از مداخله	-42	.225
		سه ماه بعد	-0.70	.068
		شش ماه بعد	-30	.451
بلافاصله بعد از مداخله		سه ماه بعد	-50	.125
		شش ماه بعد	.05	.876
		شش ماه بعد	.44	.263
مداخله		قبل از مداخله	-3.11*	.000
		سه ماه بعد	-2.68*	.000
		شش ماه بعد	-2.44*	.000
بلافاصله بعد از مداخله		سه ماه بعد	.21	.594
		شش ماه بعد	.75	.056
		شش ماه بعد	.08	.861

* معناداری در سطح 0.05

به طور کلی بر اساس نتایج و نمودارهای مشاهده شده نتیجه می گیریم که مداخله به طور معناداری بر روی عزت نفس و خوش بینی بیماران اثر مطلوب داشته است. و همچنین بر اساس نتایج آزمون های آماری میانگین نمرات عزت نفس و خوش بینی در زمان بلافاصله بعد از مداخله در مقایسه با زمان های بعدی به طور چشمگیری نسبت به زمان قبل از مداخله افزایش یافته است. پس در نتیجه مداخله در زمان کم تأثیر بهتر و مؤثری بر روی بیماران دارد و هر چه زمان طولانی تر شود این اثر کمتر خواهد شد. لذا نتیجه می گیریم هر چند انجام این کلاس ها بیشتر باشد تأثیر بیشتری خواهد داشت.

بحث:

این مطالعه باهدف تعیین تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر عزت نفس و خوش بینی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در مرکز آموزشی درمانی رازی تهران صورت گرفته است. یافته های جداول ۱ تا ۶، نشان می دهد: ۵۴ درصد بیماران زن و ۴۶ درصد مرد بودند. میانگین سنی در زنان برابر $32/10 \pm 62/38$ و در مردان برابر $41/91 \pm 14/41$ بود. میانگین مدت زمان تشخیص بستری برای گروه کنترل (۵/۵۶) و برای گروه مداخله (۶/۷۳) روز، میانگین مدت زمان بستری در بخش روان نیز برای گروه کنترل (۳/۱۰) و در گروه مداخله (۴/۰۲) می باشد و میانگین تعداد دفعات بستری برای گروه کنترل (۲/۲۰) و در گروه مداخله (۱/۸۲) می باشد. اکثریت واحدهای مورد پژوهش متأهل (۶۵/۶ درصد)، دارای تحصیلات زیر دیپلم (۶۰ درصد) و بیکار (۷۰/۳ درصد) بودند. همچنین بیشترین افراد مورد مطالعه فاقد سابقه بیماری خاص (۸۷/۵ درصد) بودند و در برنامه سلامت روان و افسردگی مشابه شرکت نداشتند (۶۰ درصد). بر اساس آزمون فیشر ارتباط معنادار بین متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، مدت زمان بستری در بخش روان، دفعات بستری در بخش روان، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، سابقه بیماری خاص و حضور در برنامه سلامت روان و افسردگی) در دو گروه کنترل و مداخله مشاهده نشد. جدول (۷) با توجه به هدف کلی مطالعه: تعیین تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر عزت نفس و خوش بینی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی تنظیم شده است و بیانگر نمره عزت نفس و خوش بینی برای دو گروه کنترل و مداخله در سه بازه زمانی (بلافاصله بعد از مداخله، سه ماه بعد از مداخله و شش ماه بعد از مداخله) می باشد. مطابق با داده های این جدول بین نمرات عزت نفس در طی بازه های زمانی قبل از مداخله، بلافاصله، سه ماه بعد و شش ماه بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری وجود دارد که بیانگر اثربخشی مداخله انجام شده بر عزت نفس می باشد.

عالی پور و حاجی علیزاده (۱۳۹۶) در پژوهش خود تحت عنوان اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عزت نفس بیماران مبتلا به افسردگی اساسی نشان دادند که بین گروه آزمایش با درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و درمان پذیرش و تعهد و دارودرمانی اثر معناداری در بهبود عزت نفس دارند. همچنین نتایج نشان داد که درمان



پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری از دارودرمانی در بهبود عزت نفس بیماران مبتلا به افسردگی اساسی دارد. یافته های این پژوهش با پژوهش حاضر همسو می باشد (Alipour and Haji Alizadeh, 2017). حسینی و همکاران (۱۳۹۵) در بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر روش باکروید ۱۳ بر بهبود عزت نفس زنان مبتلا به چاقی این مداخله را معنادار و همسو با مطالعه حاضر گزارش نمودند. روش باکروید یکی از روش های آموزش گروهی در جهت افزایش مؤلفه های روان شناختی و ارتباطی است (Hosseini et al., 2016). مرادی و رضایی دهنوی اثربخشی آموزش های گروهی عزت نفس بر زنان با معلولیت جسمی- حرکتی را مطالعه و تأثیر این آموزش ها را بر بهبود عزت نفس افراد با معلولیت جسمی و در نتیجه توان بخشی آن ها گزارش نمودند (Moradi and Rezaei-Dehnavi, 2012).

آقاجانی و خلعتبری (۱۳۹۵) در بررسی اثربخشی آموزش مثبت نگری بر اساس آیات قرآن بر عزت نفس و امید به زندگی زنان آسیب دیده اجتماعی نشان دادند که ارتباط مثبت معناداری بین مثبت نگری و امیدواری وجود دارد در حالی که این رابطه درباره عزت نفس معنادار نبود؛ به عبارت دیگر مثبت نگری می تواند در افزایش احساس امیدواری نقش مؤثری داشته باشد؛ اما پرورش عزت نفس به عوامل دیگری نیز وابسته است. یافته های این پژوهش در مورد عزت نفس با مطالعه ما خلاف سو می باشد که این اختلاف می تواند ناشی از تفاوت در نوع محتوای ارائه شده، جامعه هدف و ابزاری جمع آوری داده ها باشد. محتوای جلسات آموزشی در این مطالعه مثبت نگری بر اساس مفاهیم قرآنی شامل ویژگی ها و آثار امید و ناامیدی، توجه دادن افراد به نقاط قوت خود، بیان نقاط قوت خود از دید دیگران، تأکید بر آیات قرآن کریم در مورد توانایی های انسان بود (Agha jani and Khalatbari, 2016). اما در مطالعه ما مباحث آشنایی با عزت نفس و اهمیت آن، شناسایی ویژگی های افراد دارای عزت نفس، آشنایی با موانع عزت نفس که ناشی از خطاهای شناختی هستند شیوه های مقابله ای کارآمد با موانع رشد عزت نفس آموزش داده شد. حسینی (۱۳۹۷) در پایان نامه خود با عنوان بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی بر سازگاری اجتماعی و عزت نفس بیماران تالاسمی این مداخله را بر عزت نفس بی معنا نشان داد که با مطالعه حاضر خلاف سو می باشد. این اختلاف می تواند ناشی از تفاوت در نوع جامعه هدف این دو مطالعه باشد (Hasanin, 2019).

به اعتقاد بسیاری از نظریه پردازان، عزت نفس از سال های ابتدایی شروع به رشد و تکوین می کند و تغییر آنی و کوتاه مدت آن تقریباً غیرممکن است؛ چراکه عزت نفس در فرایند «نگرش - عملکرد» معنا می یابد به این معنا که تقویت عزت نفس هنگامی تأثیرات خود را نشان می دهد که در روند طبیعی زندگی و در رویارویی با موقعیت های مختلف، مورد بازنگری و تقویت قرار بگیرد. گروهی از پژوهشگران مانند کوب و همکاران (۲۰۰۳) یانگ و ماروکزیک (۱۹۹۷) بر این عقیده هستند که عزت نفس و سطح آن در هیچ دوره ای از رشد انسان دچار تغییر نمی شود و بنابراین، ممکن است برخی افراد برای همیشه و به صورت طولانی مدت، پیشرفت چندانی در سطح عزت نفس خود تجربه نکنند (Young and Mroczek, 2003; Chubb, 1997). عزت نفس از دو بخش مرتبط باهم تشکیل می شود: (الف) احساس اطمینان در برخورد با چالش های زندگی (باور خود توانمندی) و (ب) احساس صلاحیت برای خوشبخت شدن (احترام به خود یا حرمت نفس)، یا به عبارتی اطمینان به ارزش خود (Salsali and Silverstone, 2003). داشتن یک احساس خوب در مورد خود می تواند به طور مؤثری بر سلامت روان و چگونگی رفتار فرد تأثیر بگذارد.



با توجه به نتایج پژوهش کهرآزئی (۱۳۹۶)، عزت نفس از یک طرف یکی از تعیین کننده های اصلی در شکل دهی الگوهای رفتاری - عاطفی به شمار می آید و از طرف دیگر، بر عملکرد و یادگیری نیز اثرگذار است. علاوه بر این، رابطه عزت نفس پایین با افت تحصیلی، افسردگی و بزهکاری لزوم توجه به مداخلات روان شناختی ارتقادهنده عزت نفس را نمایان می سازند (Kahrazehi and Rigi kote, 2017).؛ بر اساس نتایج آزمون در نمره خوش بینی نیز، همان طور که مشاهده می شود اثر زمان نیز معنادار شد. به عبارت دیگر بین نمره های خوش بینی (قبل از مداخله، بلافاصله، سه ماه بعد و شش ماه بعد از مداخله) در این گروه ها تفاوت معناداری مشاهده می شود ($p=0.000$). همچنین تعامل میان زمان با هر دو گروه کنترل و مداخله ($p=0.000$) به این معنی است که در زمان های مختلف میانگین نمره خوش بینی گروه کنترل با میانگین نمره خوش بینی گروه مداخله به طور معناداری اختلاف دارند. و نیز معنادار بودن اثر گروه ($p=0.000$) حاکی از آن است که بدون در نظر گرفتن زمان های مختلف میانگین کلی نمره خوش بینی گروه کنترل با میانگین کلی نمره خوش بینی گروه مداخله اختلاف معناداری دارند که با توجه به نتایج جدول می توان نتیجه گرفت که نمره خوش بینی گروه کنترل از نمره خوش بینی گروه مداخله به طور معناداری کمتر می باشد ($p=0.000$).

خانجانی (۱۳۹۵) در مطالعه خود اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر رضایت از زندگی، خوشبینی و عواطف مثبت در دانشجویان را برنامه ای مؤثر و سودمند نشان داد که می توان در جهت ارتقاء سلامت روان در دانشجویان استفاده شود (Khanjani, 2017) و با مطالعه ما همسو می باشد. این یافته همسو با نتایج رشید و همکاران (۲۰۱۳) (Rashid and Seligman, 2013)؛ کوادر اپرالتا و همکاران (۲۰۱۰) (Cuadra-Peralta et al. 2010)؛ بای و کادیاک (۲۰۱۲) (Bay, M. & Csillic, 2012)؛ مایرز و همکاران همسو می باشد. افزایش میزان خوشبینی افراد به واسطه مداخلات مثبت نگر در این پژوهش ها نشان داده شده است. برای تبیین این یافته می توان به تأثیر و کارکرد هیجان های مثبت اشاره نمود. بنا به اعتقاد فردریکسون (۲۰۰۳) (Fredrickson, 2003) ایجاد هیجان های مثبت در افراد که از تمرین ها و مفروضه های اصلی روانشناسی مثبت نگر است؛ منجر به خنثی نمودن اثر هیجان های منفی، ایجاد و افزایش منابع شخصی، ارتقاء تاب آوری روان شناختی، افزایش سلامت جسمی و روان شناختی و همچنین ایجاد بستر لازم برای بالندگی انسان، می شود در نتیجه این افزایش تاب آوری و افزایش منابع شخصی میزان خوشبینی افراد یعنی انتظار مثبت آنان در مورد واقع آینده افزایش می یابد. سلیگمن، رشید و پارکز (۲۰۰۶) و رشید و سلیگمن (۲۰۱۳) به اهمیت هیجان های مثبت ۱۴ علی الخصوص هیجان های مثبت مربوط به آینده در افزایش خوشبینی و امید در افراد به عنوان راهی برای جلوگیری و درمان افسردگی و بدبینی تأکید نموده اند.

تجربه هیجان های مثبت مانند خوشبینی و امید، تغییر در پردازش های شناختی را کاهش می دهد و همین مؤلفه، خلاقیت فرد را از راه انعطاف پذیری شناختی، گسترش فعالیت های شناختی با خلق ایده و حل مسئله بهبود می دهد. هنگامی که افراد هیجان های مثبت را تجربه می کنند بیشتر تمایل و علاقه به تعقیب فعالیت ها دارند و از مسیرهای خلاقانه و جدید در فکر و اقدام استفاده می کنند. این محققان تمرین های با محوریت عفو و گذشت و قدرشناسی و استفاده از توانمندی های منشی/شخصیتی و سه رویداد خوب در زندگی را به عنوان شیوهایی برای ایجاد هیجان های مثبت نسبت به گذشته، حال و آینده را طراحی کرده اند و معتقدند این گونه هیجان ها میزان امید به آینده و خوشبینی را در افراد ارتقاء خواهد داد.

برنامه روان درمانی مثبت نگر فرم گروهی این پژوهش طی شش جلسه با عناوین تشریح برنامه مثبت نگر، شناسایی و تقویت نقاط قوت و شاخص و احساسات و عواطف مثبت، گذشت و بخشش و میراث شخصی، سپاسگزاری و قدرشناسی، لذت تدریجی، ارتباطات مثبت در بهزیستی و بازخورد فعال-سازنده انجام شد (Rashid and Seligman, 2013). بیرانوند و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه خود با عنوان تأثیر آموزش راهبردهای یادگیری خودتنظیمی بر تأخیر در رضایت مندی و خوشبینی دانش آموزان (Beyranvand et al. 2018) و رادفر و همکاران (۱۳۹۸) در مطالعه خود با عنوان اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی و فراشناختی بر خودکارآمدی و خوشبینی دانش آموزان (Radfar et al. 2019) این مداخله آموزشی را مؤثر و معنادار گزارش نمودند که با مطالعه حاضر همسو می باشد. قدم پور و منصوری (۱۳۹۷) در بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت برافزایش میزان خوشبینی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر نتایج معناداری از این مداخله را گزارش نمودند (Ghadampour and Mansouri, 2018) که با مطالعه حاضر همسو می باشد.



نمودار (۱) و (۲) بر اساس هدف کلی مطالعه: تعیین تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر عزت نفس و خوش بینی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در مرکز آموزشی درمانی رازی تهران طراحی شده است و بیانگر نمره عزت نفس و خوش بینی در زمان های مختلف در دو گروه کنترل و مداخله می باشد و نشان می دهد این آموزش مؤثر بوده است. بر اساس جداول شماره ۹ الی ۱۲ مقایسه نمرات عزت نفس و خوش بینی در دو گروه کنترل و مداخله در زمان های متفاوت (بلافاصله، سه ماه و شش ماه بعد از مداخله) با استفاده از آزمون های تی مستقل و تی زوجی اختلاف معناداری را نشان داد. در گروه کنترل اختلاف معناداری بین نمره عزت نفس و خوش بینی در زمان های مختلف وجود نداشت. ولی در گروه مداخله نمره عزت نفس و خوش بینی قبل از مداخله باهمه زمان های بعد از مداخله اختلاف معناداری داشت. همچنین نمره عزت نفس و خوش بینی بلافاصله بعد از مداخله با شش ماه بعد از مداخله نیز اختلاف معناداری باهم داشتند.

پس می توان نتیجه گرفت که مداخله در نمره عزت نفس و خوش بینی تأثیر مثبت داشته است بطوریکه مشاهده می شود نمرات عزت نفس و خوش بینی زمان های مختلف بعد از مداخله نسبت نمره زمان قبل از مداخله به طور معناداری افزایش داشته اند. نتایج مطالعه حاضر بیان کننده اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر عزت نفس و خوش بینی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در مرکز آموزشی درمانی رازی تهران است. به این ترتیب، با توجه به یافته های این مطالعه پیشنهاد می شود، برای افزایش عزت نفس و خوش بینی بیماران مبتلا به افسردگی، به جنبه های گروه درمانی شناختی رفتاری به عنوان سازه ای جدید در روش های غیر دارویی توجه لازم شود. لازم به ذکر است نمونه های پژوهش، بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بود که تعمیم نتایج به سایر بیماران را اندکی با مشکل مواجه می کند. بنابراین، در تعمیم یافته ها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. از کاربردهای متصور حاصل از پژوهش حاضر می توان به این موارد اشاره داشت:

- ۱- برنامه ریزی برای درمان های گروهی به شیوه شناختی رفتاری که با توجه به رفتارهای تطابقی می تواند کنترل و مدیریت زندگی را در این بیماران و مراقبین آنها تا حد قابل ملاحظه ای افزایش دهد.
- ۲- پرستاران به خصوص مدیران و اعضای هیئت علمی دانشگاه ها می توانند به عنوان عضوی از این تیم نقش های مؤثری را در افزایش بهره گیری از روش های درمانی غیر دارویی بخصوص گروه درمانی شناختی رفتاری داشته باشند.
- ۳- برنامه ریزی جهت فراهم سازی محیط ها و گروه هایی برای حمایت از بیماران مبتلا به بیماری های روانی که شیوه های درمانی غیر دارویی بر سیر درمان آنها مؤثر است یکی از راهبردهای مؤثر به شمار می آید. با توجه به یافته های به دست آمده، پیشنهاد زیر برای پژوهش های بعدی ارائه می شود: بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر عزت نفس و خوش بینی در سایر نشانه های روان شناختی، مقایسه تأثیر دارودرمانی با گروه درمانی شناختی رفتاری بر عزت نفس و خوش بینی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر عزت نفس و خوش بینی در سنین و دوره های خاص (نوجوانی - جوانی - میان سالی - سالمندی) و بررسی تأثیر سایر درمان های غیر دارویی بر عزت نفس و خوش بینی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی.

منابع:

- Agha jani M, Khalatbari J; Effectiveness of Positive Exercise Education Based on Quranic Concepts on Self-Esteem and Life expectancy of Addicted Women. Journal of Cultural Education of Women and Family. 2016; 11(37): 93-112.
- Alipour R, Haji Alizadeh K: Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on improving patient's self-esteem with major depression. 2017; International Congress on Mental Health and Psychology, Tehran.
- American Psychiatric Association; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, DSM-5, 5th ed, Translated by Mohammadi Yahya; Tehran, Ravan 2019
- Bagherinia H, yamini M, javadielmi L, nooradi T. Comparison of the Efficacy of Cognitive Behavior Therapy and Mindfulness-based Therapy in Improving Cognitive Emotion



- Regulation in Major Depressive Disorder. Armaghane danesh. 2015; 20 (3) :210-219 [persian].
- Bay, M. & Csillic, A. Comparing Positive Psychotherapy with cognitive behavioral therapy in treating depression. Unpublished manuscript. Paris West University Nanterre La Défense (Université Paris Ouest Nanterre La Défense).2012.
- Beyranvand F, Ghadam pour E, Sadeghi M; The Effect of Teaching Self-Regulatory Learning Strategies on Delay in Students' Satisfaction and Optimism. Quarterly of Educational Psychology. Allameh Tabataba'i University. 2018; 14(49):119-137.
- Chubb N. Adolescent self-esteem and locus of control: A longitudinal study of gender and age differences. Journal of Adolescence; 1997. 32: 113-129.
- Costa, R.T.d., et al., The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in treating bipolar disorder: a randomized controlled study. Revista brasileira de psiquiatria, 2011. 33(2): p. 144-149.
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Pérez, M., & Zúñiga, M. Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión [Positive psychotherapy results in patients with depression.]. Terapia Psicológica, 2010; 28, 127-134.
- Elizabeth C. Arnold, Kathleen Underman Boggs; UNDERMAN, Interpersonal relationships: professional communication skills for nurses.2019. 7th Edition. Elsevier Health Sciences.
- Erol RY, Orth U. Self-esteem development from age 14 to 30 years: A longitudinal study. Journal of personality and social psychology. J Pers Soc Psychol. 2011; 101(3):607-19.
- Fredrickson, B. L. The value of positive emotions. American Scientist, 91, 2003: 330- 335.
- Ganji M; Psychopathology based on DSM-5. Tehran, Savalan. 2016.
- Garusi M, Razavi V, Etminan Rafsanjani A; the Relationship of Body Image with Depression and Self-esteem in Pregnant Women. Health Develop J. 2013; 2 (2):117.
- Ghadampour E, Mansouri L; The Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Increasing Optimism and Self-compassion in Female Students with Generalized Anxiety Disorder. Psychological Studies Faculty of Education and Psychology, Alzahra University; 2018: 14(1): 59-74.
- Hasanin M; determine the effect of group cognitive behavioral therapy on the social adjustment and self-esteem of patients with thalassemia admitted to Pasteur Hospital, in Bam City, Iran. Kerman University of Medical Sciences, Faculty of Nursing and Midwifery, In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree.2019.
- Hodapour A, Esfahani A, Faramarzi S; The effect of role-play role-based optimism model on decreasing depression in low-grade female adolescents, Quarterly Exceptional Persons; 2017, 6(21): 123-140. [persian].
- Hosseini F, Gorgi Y, Javadzadeh A. The Effectiveness of Buckroyd's Group-Based Therapeutic Approach on Increasing Self-Esteem and Improving Eating Attitude of Obese -20 to 30-Year-Old Females in Esfahan. J Educ Community Health. 2016; 3 (1):43-50.
- Isazadegan A, Sheykhi S, Hafezniya M, Khademi A; The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Reducing Depression Symptoms Among Cancer Patients; Health Psychology, 2015, 3(4): 339-346. [persian].
- Jafar tabatabaee, T., Ahadi, H., Bahrami, H., Khamesan, A. The Effects of Teaching Positive Thinking on the Anxiety of Students of Psychology at the Islamic Azad University of Birjand. Journal of Educational Psychology Studies, 2018; 15(29): 97-124.
- Jannati Y, Hosseini S.J, Mahmoudi Alami Gh, Khaki n: Mental Health Nursing. 2th edition, Tehran, Jameenegar; (2015) 978-964-399-407-5 p: 37-134[persian].
- Ji Y, Rana C, Shi C, Zhong Y. Self-Esteem Mediates the Relationships between Social Support, Subjective Well-Being, and Perceived Discrimination in Chinese People with Physical Disability. Front Psychol. 2019; 10:2230.



- Kahrazei F : Rigi kote B: Meta-Analysis of Effectiveness of Psychological Interventions on students' Self-Esteem (Iran 2001-2012) (Case Study: Guidance and secondary high school students). Educational psychology studies. 2017: 14(25): 39-56.
- Khanjani M. Effectiveness of Positive Psychotherapy on Satisfaction with Life, Optimism and Positive Affects in University Students. Clinical Psychology Studies. 2017; 7(27): 137-159. [persian].
- Kivimäki, M., et al., Optimism and pessimism as predictors of change in health after death or onset of severe illness in family. Health Psychology, 2005. 24(4): p. 413.
- Kreuze, E. and D.A. Lamis, A review of psychometrically tested instruments assessing suicide risk in adults. OMEGA-Journal of death and dying, 2018. 77(1): p. 36-90.
- Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. J Clin Psychiatry. 1991; 52 Suppl: 28-34. PMID: 1903134.
- Lam MS, F.A., Shrestha A, Karmacharya BM, Koju RP, Rao D, Determining the prevalence of and risk factors for depressive symptoms among adults in Nepal: Findings from the Dhulikhel Heart Study: Findings from the Dhulikhel Heart Study. International Journal of Noncommunicable Diseases, 2017. 18(1).
- Montazeri A, Mousavi J, Omidvari S, Tavasoli M, Rostami T; Depression in Iran: A Review Study, Payesh, 2013; 12(6):567-594. [persian]. 1392.
- Moradi A, Rezaei-Dehnavi S. Comparison of the effectiveness of group training, self-esteem, self-efficacy and achievement motivation and self-esteem of women 18-35 years old with motor disabilities Isfahan. Q Psychol except Individ. 2012; 2(5):65-97.
- Nes LS, Segerstrom SC, Sephton SE. Engagement and arousal: optimism's effects during a brief stressor. Pers Soc Psychol Bull. 2005; 31(1):111-120.
- Oliveira SE, Carvalho H, Esteves F; Internalized stigma and quality of life domains among people with mental illness: the mediating role of self-esteem. J Ment Health. 2016; 25(1):55-61.
- Omidi, A. Comparing the efficacy of combined Mindfulness Based Cognitive Therapy with Cognitive Behavioral Therapy and Traditional Cognitive Behavior Therapy in reducing dysfunctional attitudes of patients with Major Depressive Disorder. 2014.



- Radfar M, Ghazban zade R, Honarmand M, Musavi M; The Effectiveness of Teaching Cognitive and Metacognitive Strategies on Self-efficacy and Academic Optimism. Educational leadership & administration. 2019; 13(1): 91-104.
- Ramezani M, Ahmadi Kh, Ghaem Maghami A, Azad A, Pardakhti F. Epidemiology of Sexual Dysfunction in Iran. International Journal of Medical Prevention; 2015, 6(43).
- Rashid, T. Seligman, M. E. P. Positive psychotherapy: A treatment manual. New York: Oxford University Press. 2013.
- Sadock, B.J. Sadock, V.A; Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 2011: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saidi M, Golzari M, Borj-ali A, Sadiq-pur A; The effectiveness of Teaching Optimism in the level of depression and life satisfaction in women on the Verge of divorce; Islam and Psychological Research, 2016;2(4):70-75.
- Salari, S, Mordaji, M I, Safarzadeh A. Correlation between optimistic and general health in cardiac patients. JQUMS 2014; 98(6): 74-80. (Persian).
- Salsali M, Silverstone PH. Low self-esteem and psychiatric patients: Part II - The relationship between self-esteem and demographic factors and psychosocial stressors in psychiatric patients. Ann Gen Hosp Psychiatry. 2003; 2(1):3.
- Seligman, M.E., The optimistic child: A proven program to safeguard children against depression and build lifelong resilience. 2007: Houghton Mifflin Harcourt.
- Sharifi F, Hajhosseini R, Mazloomi S, Amirmogaddami H, Nazem H. Decreased adiponectin levels in polycystic ovary syndrome, independent of body mass index. Metabolic syndrome and related disorders. 2010; 8(1):47-52. [persian].
- Shogren, Karrie & Wehmeyer, Michael & Singh, Nirbhay. (2017). Handbook of Positive Psychology in Intellectual and Developmental Disabilities: Translating Research into Practice. 10.1007/978-3-319-59066-0.
- Vaghee, S., Sepehriakia, M., Saghebi, S., Behnam Voshani, H., Salarhaji, A., Nakhaee Moghaddam, Z. Comparison of the Effect of Face-to-Face and Multimedia Education on the Anxiety Caused by Electroconvulsive Therapy in Patients with Mood Disorders. Evidence Based Care, 2017; 7(1): 25-34.
- Yaghmae F, Kholghi A, Khoust N, Alavi H. the study on the relationship between self-concept and dimensions of health status in patients undergoing hemodialysis in selected hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Pajouhandeh Journal, 2004;1(6):9-15. [persian].
- Young F, Mroczek K. (2003). Predicting intraindividual selfconcept trajectories during adolescence. Journal of Adolescence, 26: 586-600.