

بررسی تأثیر گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر عزت‌نفس و خوش‌بینی بیماران مبتلابه افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی رازی تهران در سال ۱۴۰۱

منا کلانتری شاه‌یجان^۱

چکیده

اختلال افسردگی اساسی یک بیماری رایج روان‌شناختی همراه با پیامدهایی با بار منفی فردی و اجتماعی است. این پژوهش باهدف تعیین تأثیر گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر عزت‌نفس و خوش‌بینی بیماران مبتلابه افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی رازی تهران انجام شد. در این کار آزمایشی بالینی تعداد ۸۰ نفر از بیماران با تشخیص افسردگی اساسی بستری در مرکز آموزشی درمانی رازی تهران به‌طور تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها سه پرسشنامه شامل: فرم ثبت اطلاعات دموگرافیک، مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ و خوش‌بینی شیپر و کارور بود که قبل از مداخله به‌صورت پیش‌آزمون تکمیل شد. مداخله‌ای به‌صورت گروه‌درمانی شناختی رفتاری علاوه بر درمان‌های روتین برای هر گروه مداخله طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با تواتر دو جلسه در هفته برگزار شد و مجدداً پرسشنامه‌ها در قالب پس‌آزمون، بلافاصله، سه ماه بعد از آخرین جلسه گروه‌درمانی، توسط واحدهای موردپژوهش تکمیل گردید. نتایج این مطالعه نشان داد که بین نمرات عزت‌نفس و خوش‌بینی در طی بازه‌های 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 انجام‌شده می‌باشد ($p < 0/05$). در پایان نتایج مطالعه حاضر بیان‌کننده اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر عزت‌نفس و خوش‌بینی بیماران مبتلابه افسردگی اساسی در مرکز آموزشی درمانی رازی تهران است.

کلمات کلیدی: گروه‌درمانی شناختی رفتاری، عزت‌نفس، خوش‌بینی، 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 (Omid, 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 هیپومانیا مشخص 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 (Kreuzer 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 مادالعمر این اختلال به ۱۵-۲۵ 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^۴ 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 عبارتند 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^۵،

^۱ Major depression disorder (MDD)

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

^۳ Rogers

^۴ Rosenberg

^۵ 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. در واقع 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 قابل‌اجراست. 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 فیلیپین 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 گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر روی عزت‌نفس بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک را بی‌معنا نشان دادند (Costa et al. 2011).

با توجه به مباحث مطرح‌شده 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 ذکرشده، 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، گروه‌درمانی 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 گروه‌درمانی 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 عزت‌نفس در گروه مداخله

x_2 = میانگین عزت‌نفس در گروه کنترل

δ_1 = انحراف معیار عزت‌نفس در گروه مداخله

δ_2 = انحراف معیار عزت‌نفس 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 جمع‌آوری داده‌ها (Data Collection instrument):

در این پژوهش ابزار گردآوری داده‌ها سه پرسشنامه شامل: فرم ثبت اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ ۱۱ و پرسشنامه میزان خوشبینی شیپر 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 عزت‌نفس 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 عزت‌نفس 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	<p>مرور تکالیف جلسه قبل</p> <p>آشنایی با عزت نفس و اهمیت آن - بحث با اعضای گروه در مورد عزت نفس</p> <p>شناسایی ویژگی‌های افراد دارای عزت نفس و شناسایی آن‌ها در آزمودنی‌ها</p> <p>آشنایی با موانع عزت نفس که ناشی از خطاهای شناختی هستند</p> <p>شیوه‌های مقابله‌ی کارآمد با موانع رشد عزت نفس</p> <p>جمع‌بندی و تکالیف خانگی (شناسایی و تهیه موانع عزت نفس در خود و ارائه راه‌حل) و پذیرایی</p>
پنجم	<p>مرور تکالیف جلسه قبل - شناسایی افکار و باورهای غیرمنطقی</p> <p>آموزش مفهوم خودپذیری و مهارت‌های اجتماعی مرتبط با پذیرش خویش</p> <p>شناسایی و تقویت نقاط قوت شاخص و احساسات و عواطف مثبت</p> <p>تکالیف خانگی (شناسایی و تهیه لیست افکار و باورهای غیرمنطقی در خود) و پذیرایی</p>
ششم	<p>مرور تکالیف جلسه قبل - آشنایی با خوش‌بینی و اهمیت آن</p> <p>شناسایی ویژگی‌های افراد دارای خوش‌بینی و شناسایی آن‌ها در آزمودنی‌ها</p> <p>آشنایی با موانع خوش‌بینی که ناشی از خطاهای شناختی هستند</p> <p>شیوه‌های مقابله‌ی کارآمد با موانع افکار مثبت</p> <p>جمع‌بندی و تکالیف (شناسایی و تهیه لیستی از ویژگی‌های خوش‌بینی در خود) خانگی و پذیرایی</p>
هفتم	<p>مرور تکالیف جلسه قبل</p> <p>شمردن نعمت‌ها: توجه به نعمت‌های کوچک زندگی و یادداشت کردن ۳ تای آن‌ها در هر روز</p> <p>حس ذائقه: لذت بردن از لذت‌های کوچک زندگی همانند نوشیدن چای</p> <p>شناسایی نقاط ضعف و قوت خود</p> <p>مدیریت رفتارهای منفی (برنامه‌ریزی تدریجی فعالیت‌ها برای کاهش رفتارهای منفی)</p> <p>مداخلات شناختی (اصلاح افکار تحریف‌شده (به‌عنوان مثال به‌جای این فرض ناسازگارانه که من مضطرب هستم (که بیشتر مواقع نیز اشتباه است) مراجع آن را می‌تواند 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 خوش‌بینی تأثیر می‌گذارد</p> <p>مقابله با افکار و احساسات منفی و شناسایی مهارت‌ها، افکار و احساسات مثبت که باعث بهبود خوش‌بینی و عزت نفس می‌شود</p> <p>شناسایی افکار و باورهای غیرمنطقی</p> <p>جمع‌بندی و تکالیف خانگی (تهیه برنامه برای آینده در مورد تقویت عزت نفس و خوش‌بینی و رفع موانع آن‌ها) و پذیرایی</p>
هشتم	<p>مرور تکالیف جلسه قبل</p> <p>دریافت بازخورد از اعضا درباره برنامه درمانی</p> <p>حفظ اثرات درمانی: دریافت بازخوردهای آزمودنی‌ها و ارائه تمریناتی برای استفاده در آینده</p> <p>فراهم کردن فرصتی برای پایان دادن به جلسات گروه‌درمانی و پیگیری موضوع مورد مطالعه توسط محقق</p> <p>پس‌آزمون و پذیرایی</p>

روش تحلیل داده‌ها (Data Processing & Statistical Analysis):

ابتدا کلیه داده‌های پرسشنامه کدگذاری شد. معیار سنجش میزان عزت نفس و خوش‌بینی، نمره اخذشده واحدهای پژوهش از پاسخگویی به پرسشنامه‌های عزت نفس و خوش‌بینی می‌باشد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ طبق نظر استاد محترم آمار از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید. از آمار توصیفی جهت تنظیم جداول، توزیع فراوانی، میانگین و نمودارها استفاده شد. جهت تحلیل یافته‌ها از آزمون‌های آمار استنباطی مانند تی زوجی و repeated measurement جهت مقایسه میزان نمرات عزت نفس و خوش‌بینی قبل و بعد از گروه‌درمانی 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 $31/14 \pm 41/9$ گزارش شد که رده سنی از ۱۸ تا ۶۴ سال بود. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین مدت‌زمان تشخیص بستری برای گروه کنترل (۵/۵۶) و برای گروه مداخله (۶/۷۳) روز، میانگین مدت‌زمان بستری در بخش روان نیز برای

گروه کنترل (۳/۱۰) و در گروه مداخله (۴/۰۲) می‌باشد و میانگین تعداد دفعات بستری برای گروه کنترل (۲/۲۰) و در گروه مداخله (۱/۸۲) می‌باشد که در این سه مورد بین میانگین‌های دو گروه کنترل و مداخله از نظر مدت‌زمان تشخیص بستری، مدت‌زمان بستری در بخش روان و تعداد دفعات بستری، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. ($P=0.340$, $P=0.461$, $P=0.410$)

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

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

داده‌های 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 می‌باشد. 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 نمونه‌ها در دو گروه کنترل و مداخله

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

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 می‌باشد. همچنین افراد با تحصیلات بالای دیپلم در هر دو گروه خیلی کم بودند. آزمون فیشر برای داده‌های جدول زیر نشان داد که ارتباط معنی‌داری 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	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زیر دیپلم	32	97.0%	28	90.3%	60	93.8%
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 می‌باشند. آزمون آماری کای دو برای داده‌های جدول ارتباط معنی‌داری 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	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
شاغل	12	36.4%	7	22.6%	19	29.7%
بیکار	21	63.6%	24	77.4%	45	70.3%
کل	33	100.0%	31	100.0%	64	100.0%

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از جدول ۵ افراد دارای بیماری جسمی خاص در گروه کنترل (۱۵/۲) درصد و در گروه مداخله (۹/۷) درصد می‌باشد. همچنین افراد فاقد بیماری جسمی خاص نیز در گروه کنترل (۸۴/۸) درصد و در گروه مداخله (۸۶/۵) درصد می‌باشد که نشان‌دهنده این است که اکثر افراد مورد مطالعه فاقد بیماری خاص بودند. همچنین بنا به نتایج فوق بین دو گروه و سابقه بیماری ارتباط معنی‌داری 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	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دارد	5	15.2%	3	9.7%	8	12.5%
ندارد	28	84.8%	28	90.3%	56	87.5%
کل	33	100.0%	31	100.0%	64	100.0%

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده 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 معنی‌داری 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.

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

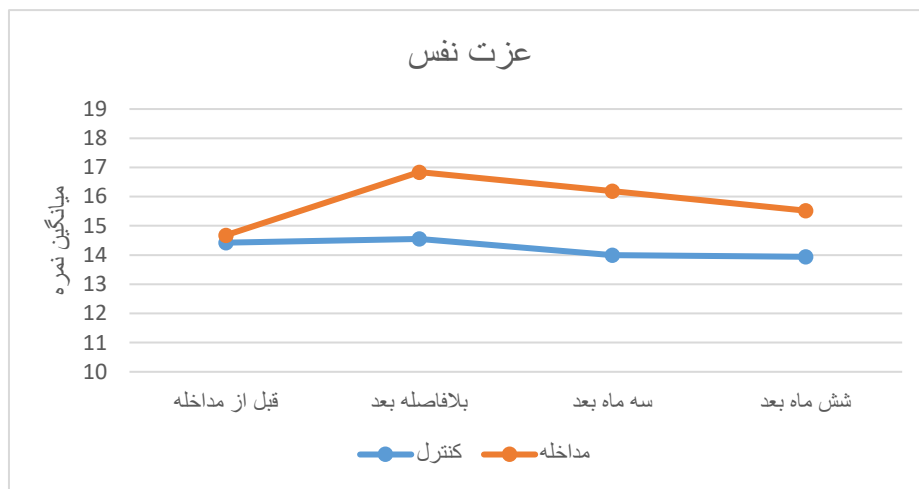
برای بررسی معناداری تفاوت بین نمرات عزت‌نفس و خوش‌بینی در دو گروه کنترل و مداخله، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (جدول ۸) استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، با رعایت پیش‌فرض‌ها و انجام آزمون‌های لازم، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای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

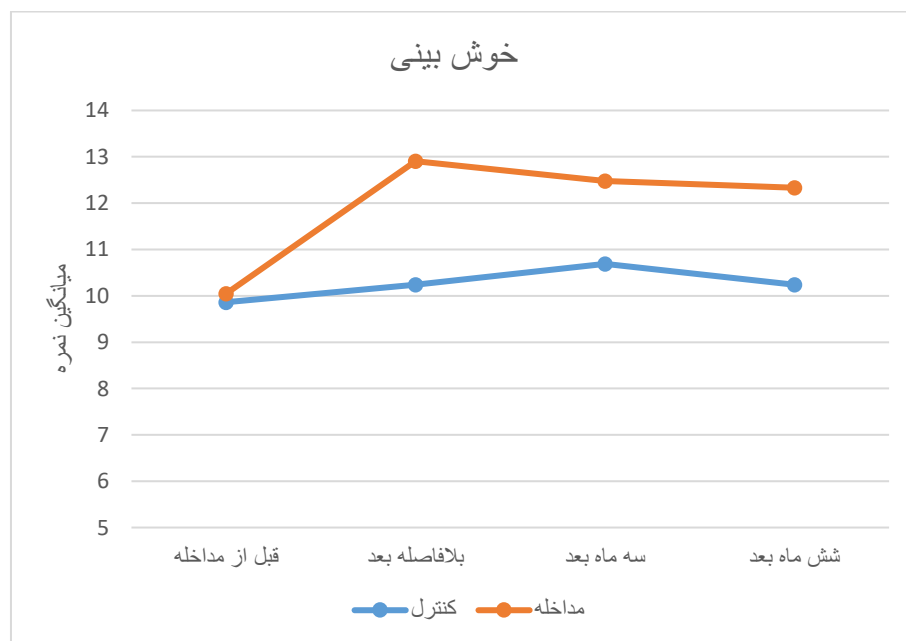


به عبارت دیگر بین نمره های خوش بینی (قبل از مداخله، بلافاصله بعد، سه ماه بعد و شش ماه بعد از مداخله) در این گروه ها تفاوت معناداری مشاهده می شود ($p=0.000$). همچنین تعامل میان زمان با هر دو گروه کنترل و مداخله ($p=0.000$) به این معنی است که در زمان های مختلف میانگین نمره خوش بینی گروه کنترل با میانگین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



نمودار ۱



نمودار ۲



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	منع 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
نمره خوش بینی	گروه	154.903	1	154.903	37.098	.000
	خطا	250.532	60	4.176		
نمره عزت نفس	زمان	87.86	3	29.28	14.09	.000
	زمان*گروه	41.18	3	13.72	6.60	.000
نمره خوش بینی	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	14.33	14.67	14.00	13.88
انحراف معیار	1.40	1.97	1.43	1.08
نتیجه آزمون تی تست مستقل	P=0.315	P=0.000	P=0.000	P=0.000

همچنین برای مقایسه نمره عزت نفس در زمان های مختلف به صورت دوجه 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 با همه 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 با هم داشتند.



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

متغیر	گروه	زمان	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری		
نمره عزت‌نفس	کنترل	قبل از مداخله	-0.33	.435		
		سه ماه بعد	.41	.259		
		شش ماه بعد	.45	.126		
		سه ماه بعد از مداخله	.54	.167		
	مداخله	قبل از مداخله	0.06	-2.16*	.835	
		سه ماه بعد	0.06	-1.51*	.000	
		شش ماه بعد	0.06	-0.83*	.038	
		سه ماه بعد از مداخله	.64	.215		
	مداخله	قبل از مداخله	سه ماه بعد	1.32*	.009	
			شش ماه بعد	.67	.107	
		سه ماه بعد از مداخله	سه ماه بعد			
			شش ماه بعد			
		سه ماه بعد از مداخله	سه ماه بعد			
			شش ماه بعد			

* معناداری در سطح 0.05

برای مقایسه نمره خوش‌بینی در دو گروه کنترل و مداخله در زمان‌های متفاوت نیز از آزمون تی تست مستقل استفاده شد، با توجه به جدول ۱۱ نتایج نشان داد که بین میانگین‌های نمره خوش‌بینی در دو گروه کنترل و مداخله در زمان‌های مختلف بعد از مداخله اختلاف معناداری وجود داشت پس می‌توان نتیجه گرفت که مداخله در نمره خوش‌بینی نیز تأثیر مثبت داشته است بطوریکه مشاهده می‌شود نمرات خوش‌بینی زمان‌های مختلف بعد از مداخله نسبت نمره زمان قبل از مداخله به‌طور معناداری افزایش داشته‌اند.

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

خوش‌بینی	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	شش ماه بعد از مداخله
میانگین	9.91	10.33	10.64	10.23
انحراف معیار	1.92	1.45	1.45	1.50
نتیجه آزمون تی تست مستقل	P=0.990	P=0.000	P=0.000	P=0.000

برای مقایسه نمره خوش‌بینی در زمان‌های مختلف به‌صورت دوبه‌دو نتایج آزمون تی تست زوجی در جدول ۱۲ نشان داده شده است. بر اساس نتایج جدول در گروه کنترل نمره خوش‌بینی قبل از مداخله با هیچ‌کدام از زمان‌های بعدی اختلاف معنادار نداشت. ولی در گروه مداخله نمره خوش‌بینی قبل از مداخله با همه زمان‌های بعد از مداخله اختلاف معنادار داشت.

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

متغیر	گروه	زمان	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
نمره خوش‌بینی	کنترل	قبل از مداخله	-0.42	.225
		سه ماه بعد	-0.70	.068
بلافاصله بعد از مداخله	مداخله	شش ماه بعد	-0.30	.451
		سه ماه بعد	-0.50	.125
سه ماه بعد از مداخله	مداخله	شش ماه بعد	.05	.876
		قبل از مداخله	.44	.263
قبل از مداخله	مداخله	بلافاصله بعد	-3.11*	.000
		سه ماه بعد	-2.68*	.000
سه ماه بعد از مداخله	مداخله	شش ماه بعد	-2.44*	.000
		سه ماه بعد	.21	.594
بلافاصله بعد از مداخله	مداخله	شش ماه بعد	.75	.056
		شش ماه بعد	.08	.861

* معناداری در سطح 0.05

به‌طور کلی بر اساس نتایج و نمودارهای مشاهده‌شده نتیجه می‌گیریم که مداخله به‌طور معناداری بر روی عزت‌نفس و خوش‌بینی بیماران اثر مطلوب داشته است. و همچنین بر اساس نتایج آزمون‌های آماری میانگین نمرات عزت‌نفس و خوش‌بینی در زمان بلافاصله بعد از مداخله در مقایسه با زمان‌های بعدی به‌طور 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 طولانی‌تر شود این اثر کمتر خواهد شد. لذا نتیجه می‌گیریم هرچند انجام این کلاس‌ها بیشتر باشد تأثیر بیشتری خواهد داشت.

بحث:

این مطالعه باهدف تعیین تأثیر گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر عزت‌نفس و خوش‌بینی بیماران مبتلابه افسردگی اساسی در مرکز آموزشی درمانی رازی تهران صورت گرفته است. یافته‌های جداول ۱ تا ۶، نشان می‌دهد: ۵۴ درصد بیماران زن و ۴۶ درصد مرد بودند. میانگین سنی در زنان برابر $38/62 \pm 10/32$ و در مردان برابر $41/9 \pm 14/91$ بود. میانگین مدت‌زمان تشخیص بستری برای گروه کنترل (۵/۵۶) و برای گروه مداخله (۶/۷۳) روز، میانگین مدت‌زمان بستری در بخش روان نیز برای گروه کنترل (۳/۱۰) و در گروه مداخله (۴/۰۲) می‌باشد و میانگین تعداد دفعات بستری برای گروه کنترل (۲/۲۰) و در گروه مداخله (۱/۸۲) می‌باشد. اکثریت واحدهای موردپژوهش 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، مدت‌زمان 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 گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر عزت‌نفس و خوش‌بینی بیماران مبتلابه افسردگی اساسی تنظیم شده است و بیانگر نمره عزت‌نفس و خوش‌بینی 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) می‌باشد. مطابق با داده‌های این جدول بین نمرات عزت‌نفس در طی بازه‌های زمانی قبل از مداخله، بلافاصله، سه ماه بعد و شش ماه بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری وجود دارد که بیانگر اثربخشی مداخله انجام‌شده بر عزت‌نفس می‌باشد.

عالی پور و حاجی علیزاده (۱۳۹۶) در پژوهش خود تحت عنوان اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عزت‌نفس بیماران مبتلابه 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 عزت‌نفس دارند. همچنین نتایج نشان داد که درمان

پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری از دارودرمانی در بهبود عزت نفس بیماران مبتلا به افسردگی اساسی دارد. یافته‌های 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 باکرود ۱۳ بر بهبود عزت نفس زنان مبتلا به چاقی این مداخله را معنادار و همسو با مطالعه حاضر گزارش نمودند. روش باکرود یکی از روش‌های آموزش گروهی در جهت افزایش مؤلفه‌های روان‌شناختی و ارتباطی است (Hosseini et al. 2016). مرادی و رضایی دهنوی اثربخشی آموزش‌های گروهی عزت نفس بر زنان با معلولیت جسمی- حرکتی را مطالعه و تأثیر این آموزش‌ها را بر بهبود عزت نفس افراد با معلولیت جسمی و در نتیجه توان بخشی آن‌ها 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 آسیب‌دیده 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 می‌تواند در افزایش احساس امیدواری نقش مؤثری داشته باشد؛ اما پرورش عزت نفس به عوامل دیگری نیز وابسته است. یافته‌های این پژوهش در مورد عزت نفس با مطالعه ما خلاف سو می باشد که این اختلاف می‌تواند ناشی از تفاوت در نوع محتوای ارائه شده، جامعه هدف و ابزاری جمع‌آوری داده‌ها باشد. محتوای جلسات آموزشی در این مطالعه مثبت نگری بر اساس مفاهیم قرآنی شامل ویژگی‌ها 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 توانایی‌های انسان بود (Agha jani and Khalatbari, 2016). اما در مطالعه ما مباحث آشنایی با عزت نفس و اهمیت آن، شناسایی ویژگی‌های افراد دارای عزت نفس، آشنایی با موانع عزت نفس که ناشی از خطاهای شناختی هستند شیوه‌های مقابله‌ی کارآمد با موانع رشد عزت نفس آموزش داده شد. حسینی (۱۳۹۷) در پایان‌نامه خود با عنوان بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی بر سازگاری اجتماعی و عزت نفس بیماران تالاسمی این مداخله را بر عزت نفس بی‌معنا نشان داد که با مطالعه حاضر خلاف سو می باشد. این اختلاف می‌تواند ناشی از تفاوت در نوع جامعه هدف این دو مطالعه باشد (Hasanin, 2019).

به اعتقاد بسیاری از نظریه‌پردازان، عزت نفس از سال‌های ابتدایی شروع به رشد و تکوین می‌کند و تغییر آنی و کوتاه‌مدت آن تقریباً غیرممکن است؛ چراکه عزت نفس در فرایند «نگرش - عملکرد» معنا می‌یابد به این معنا که تقویت عزت نفس هنگامی تأثیرات خود را نشان می‌دهد که در روند طبیعی زندگی و در روبرویی با موقعیت‌های 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 دوره‌ای از رشد انسان دچار تغییر نمی‌شود و بنابراین، ممکن است برخی افراد برای همیشه و به صورت طولانی‌مدت، پیشرفت چندانی در سطح عزت نفس خود تجربه نکنند (Young and Mroczek, 2003; Chubb, 1997). عزت نفس از دو بخش مرتبط باهم تشکیل می‌شود: (الف) احساس اطمینان در برخورد با چالش‌های 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 می‌تواند به طور مؤثری بر سلامت روان و چگونگی رفتار فرد تأثیر بگذارد.



با توجه به نتایج پژوهش کهرزئی (۱۳۹۶)، عزت‌نفس از یک‌طرف یکی از تعیین‌کننده‌های اصلی در شکل‌دهی الگوهای رفتاری - عاطفی به شمار می‌آید و از طرف دیگر، بر عملکرد و یادگیری نیز اثرگذار است. علاوه بر این، رابطه عزت‌نفس پایین با افت تحصیلی، افسردگی و بزهکاری لزوم توجه به مداخلات روان‌شناختی ارتقادهنده عزت‌نفس را نمایان می‌سازند (Kahrazehi and Rigi kote, 2017).؛ بر اساس نتایج آزمون در نمره خوش‌بینی نیز، همان‌طور که مشاهده می‌شود اثر زمان نیز معنادار شد. به عبارت دیگر بین نمره‌های خوش‌بینی (قبل از مداخله، بلافاصله، سه ماه بعد و شش ماه بعد از مداخله) در این گروه‌ها تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p=0.000$). همچنین تعامل میان زمان با هر دو گروه کنترل و مداخله ($p=0.000$) به این معنی است که در زمان‌های مختلف میانگین نمره خوش‌بینی گروه کنترل با میانگین نمره خوش‌بینی گروه مداخله به‌طور معناداری اختلاف دارند. و نیز معنادار بودن اثر گروه ($p=0.000$) حاکی از آن است که بدون در نظر گرفتن زمان‌های مختلف میانگین کلی نمره خوش‌بینی گروه کنترل با میانگین کلی نمره خوش‌بینی گروه مداخله اختلاف معناداری دارند که با توجه به نتایج جدول می‌توان نتیجه گرفت که نمره خوش‌بینی گروه کنترل از نمره خوش‌بینی گروه مداخله به‌طور معناداری کمتر می‌باشد ($p=0.000$).

خانجانی (۱۳۹۵) در مطالعه خود اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر بر رضایت از زندگی، خوشبینی و عواطف مثبت در دانشجویان را برنامه‌ای مؤثر و سودمند نشان داد که می‌توان در جهت ارتقاء سلامت روان در دانشجویان استفاده شود (Khanjani, 2017) و با مطالعه ما همسو می‌باشد. این یافته همسو با نتایج رشید و همکاران (۲۰۱۳) (Rashid and Seligman, 2013)؛ کوادراپرالتا و همکاران (۲۰۱۰) (Cuadra-Peralta et al. 2010)؛ بای و کادیاک (۲۰۱۲) (Bay, M. & Csillic, 2012)؛ مایرز و همکاران همسو می‌باشد. افزایش میزان خوشبینی افراد به‌واسطه مداخلات مثبت نگر در این پژوهش‌ها نشان داده شده است. برای تبیین این یافته می‌توان به تأثیر و کارکرد هیجان‌های مثبت اشاره نمود. بنا به اعتقاد فردریکسون (۲۰۰۳) (Fredrickson, 2003) ایجاد هیجان‌های مثبت در افراد که از تمرین‌ها و مفروضه‌های اصلی روانشناسی مثبت نگر است؛ منجر به خنثی نمودن اثر هیجان‌های منفی، ایجاد و افزایش منابع شخصی، ارتقاء تاب‌آوری روان‌شناختی، افزایش سلامت جسمی و روان‌شناختی و همچنین ایجاد بستر لازم برای بالندگی انسان، می‌شود در نتیجه این افزایش تاب‌آوری و افزایش منابع شخصی میزان خوشبینی افراد یعنی انتظار مثبت آنان در مورد واقع آینده افزایش می‌یابد. سلیگمن، رشید و پارکز (۲۰۰۶) و رشید و سلیگمن (۲۰۱۳) به اهمیت هیجان‌های مثبت ۱۴ علی‌الخصوص هیجان‌های مثبت مربوط به آینده در افزایش خوشبینی و امید در افراد به‌عنوان راهی برای جلوگیری و درمان افسردگی و بدبینی تأکید نموده‌اند.

تجربه هیجان‌های مثبت مانند خوشبینی و امید، تغییر در پردازش‌های شناختی را کاهش می‌دهد و همین مؤلفه، خلاقیت فرد را از راه انعطاف‌پذیری شناختی، گسترش فعالیت‌های شناختی با خلق ایده و حل مسئله بهبود می‌دهد. هنگامی که افراد هیجان‌های مثبت را تجربه می‌کنند بیشتر تمایل و علاقه به تعقیب فعالیت‌ها دارند و از مسیرهای خلاقانه و جدید در فکر و اقدام استفاده می‌کنند. این محققان تمرین‌های با محوریت عفو و گذشت و قدرشناسی و استفاده از توانمندی‌های منشی/شخصیتی و سه رویداد خوب در زندگی را به‌عنوان شیوهایی برای ایجاد هیجان‌های مثبت نسبت به گذشته، حال و آینده را طراحی کرده‌اند و معتقدند این‌گونه هیجان‌ها میزان امید به آینده و خوشبینی را در افراد ارتقاء خواهد داد.

برنامه روان‌درمانی 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 رضایتمندی و خوشبینی دانش‌آموزان (Beyranvand et al. 2018) و رادفر و همکاران (۱۳۹۸) در مطالعه خود با عنوان اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی و فراشناختی بر خودکارآمدی و خوش‌بینی دانش‌آموزان (Radfar et al. 2019) این مداخله آموزشی را مؤثر و معنادار گزارش نمودند که با مطالعه حاضر همسو می‌باشد. 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 می‌باشد.

نمودار (۱) و (۲) بر اساس هدف کلی مطالعه: تعیین تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر عزت نفس و خوش بینی بیماران مبتلابه 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 مبتلابه 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 مبتلابه 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 مبتلابه 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 مبتلابه 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، پیشنهادات 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 مبتلابه 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 مبتلابه 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 Educatinal 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, Etmian 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.

- Kahrazehi 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 - Te 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., Sepehrikiya, 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.