

## اثر بخشی آموزش گروهی شناختی - رفتاری با رویکرد مثبت درمانی بر میزان افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه مازندران

فاطمه یوسفی<sup>۱</sup>، نازنین فرخی<sup>۲\*</sup>، مجید شفیعی امیری<sup>۳</sup>

تاریخ وصول: ۹۴/۱/۲۵ تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۱۵

### چکیده

**زمینه و هدف:** تأثیر آموزش شناختی- رفتاری با رویکرد مثبت درمانی بر میزان افسردگی دانشجویان. **روش بررسی:** این پژوهش، نیمه تجربی است و از نوع پیش آزمون - پس آزمون می باشد. ۲۰ دانشجوی دختر ساکن خوابگاه دانشگاه مازندران در سال ۹۴-۹۳، به صورت تصادفی ساده، انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش در طی ۱۰ جلسه، به شیوه شناختی - رفتاری با رویکرد مثبت درمانی آموزش دیدند. آزمودنی ها پرسشنامه قرار افسردگی یک و مقیاس نگرش های ناکارآمد را قبل و پس از آموزش تکمیل کردند. **یافته ها:** روش آماری تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین نمرات افسردگی و نگرش های ناکارآمد دانشجویان در دو گروه آزمایش و کنترل در مقایسه با قبل و بعد از مداخله، تفاوت معنی داری داشته است ( $p < 0.05$ ). **نتیجه گیری:** آموزش شناختی - رفتاری با رویکرد مثبت درمانی در کاهش میزان افسردگی و نگرش های ناکارآمد دانشجویان مؤثر است.

**واژگان کلیدی:** گروه درمانی شناختی - رفتاری، رویکرد مثبت درمانی، افسردگی، نگرش های ناکارآمد

### مقدمه

رنجبر و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهش خود از درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی به منظور کاهش افسردگی خفیف استفاده و نتایج رضایت بخشی را گزارش کرده اند (۴). کاویانی و همکاران (۱۳۸۴) نیز طی پژوهشی از شیوه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)<sup>۱</sup> برای کاهش و پیشگیری از افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد در افسردگی و اضطراب دانشجویان، استفاده کردند که نتایج مؤثری به دست آوردند (۵). در سال های اخیر با گسترش روان شناسی مثبت نگر، مطالعه شادکامی محور اساسی پژوهش های این حیطه بوده است. روان شناسان به مداخلات روان شناختی که شادی را افزایش می دهد، تمرکز می کنند (۶). حوزه روان شناسی مثبت در سطح ذهنی درباره تجربیات ذهنی مثبت، شامل راحتی و خشنودی، لذت حسی و شادی و شناخت مثبت درباره آینده، خوش بینی، امید و ایمان است (۷). همچنین بررسی های مارتین سلیگمن ابداع گر رویکرد مثبت نگر نشان داده که افراد خوش بین به طرز شگفت انگیزی سالم تر از بدبین ها هستند و کمتر احساس ناتوانی می کنند (۷).

در سال های اخیر اختلال افسردگی افزایش بسیار یافته است. امروزه ابتلا به افسردگی های شدید، ده برابر بیشتر از پنجاه سال گذشته شده است. نه فقط تعداد بیماران در دهه های اخیر افزایش یافته است؛ بلکه ترکیب سنی بیماران نیز تغییر نموده است، به طوری که پس از جنگ جهانی دوم، جوان ترها نیز به طور روز افزون دچار این بیماری شده اند (۱). سازمان بهداشت جهانی پیش بینی می کند که تا سال ۲۰۲۰ این اختلال دومین بیماری بزرگ جهانی خواهد بود (۲). نظریه یک در تاریخچه نظریات شناخت درمانی از آن جهت حائز اهمیت است که بر تأثیر باورهای منفی و رفتار تأکید می کند و به تأثیر تفکر بر خلق می پردازد. رویکرد یک، تقدم باورها و نگرش های منفی بر افت خلق را مورد توجه قرار می دهد (۳).

۱. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران.

۲. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه رودهن، رودهن، ایران.

\* (نویسنده مسؤول) Email: nazaninfarokhi@yahoo.com

۳. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه رودهن، رودهن، ایران.

از نمرهٔ برش ۲۰ در آزمون بیک (BDI-II) دریافت کردند، از گروه نمونه حذف شدند. در مجموع، ۲۵ نفر آزمودنی به عنوان نمونه انتخاب شدند. پس از انصراف، ۵ نفر از آزمودنی‌ها، در نهایت ۲۰ نفر، گروه نمونه را تشکیل دادند که از طریق تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل موارد فوق بود:

پرسشنامهٔ افسردگی بیک (BDI-II)<sup>۱</sup> : این پرسشنامه شکل بازنگری شدهٔ پرسشنامه افسردگی بیک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (۱۳). فرم تجدید نظر شدهٔ پرسشنامه افسردگی بیک در مقایسه با فرم اولیهٔ بیشتر با DSM-IV همخوان است. علاوه بر آن، ویرایش دوم این پرسشنامه، تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریهٔ شناختی افسردگی نیز پوشش می‌دهد. این پرسشنامه همانند ویرایش نخست از ۲۱ ماده تشکیل شده که علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند.

بیک، استیر و براون (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیماران ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. به علاوه در بررسی بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و علامه طباطبایی که جهت بررسی اعتبار و روایی بیک - ۲ (BDI-II) بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصلهٔ دو هفته، ۰/۷۳ بود (۱۴). در پژوهش حاضر، بررسی بر روی ۱۳۰ نفر از دانشجویان دانشگاه مازندران به منظور تعیین اعتبار و روایی پرسشنامه (BDI-II) صورت گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۶۹ می‌باشد (۱۵).

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS)<sup>۲</sup> : این پرسشنامه توسط بیک و ویسمن<sup>۴</sup> (۱۹۷۸)، تهیه و تنظیم گردید و در واقع بر اساس نظریهٔ شناختی بیک در زمینهٔ اضطراب و افسردگی ساخته شد. این ابزار، جهت تشخیص فرض‌هایی که به طور عموم، زمینه‌ساز در فرد افسرده می‌شود، به وجود آمده است. این پرسشنامه، شامل ۴۰ عبارت می‌باشد که بر اساس یک مقیاس ۷ تایی لیکرتی درجه بندی می‌گردد (۱۴).

نتایج بررسی‌های انجام شده در کشور نشان می‌دهد که این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و ضریب بازآزمایی ۶ هفته ای آن ۰/۷۳ گزارش شد (۱۴). ضریب پایایی این پرسشنامه در نمونه ای ۳۰ نفره ۰/۷۲ گزارش شد (۱۴). در پژوهش حاضر، جهت تعیین میزان اعتبار پرسشنامه DAS از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. میزان ضریب محاسبه شده برای نمونه اولیه غربالگری معادل ۰/۷۸ بود.

سلیگمن برای کمک به بزرگسالان و کودکان جهت تغییر سبک تبیینی خود از بدبینی به خوش بینی برنامه‌هایی تدوین کرده است. این برنامه‌ها بر پایهٔ مدل‌های شناختی بیک و الیس، تدوین شده‌اند. در این برنامه‌ها شرکت‌کنندگان می‌آموزند بر موقعیت‌هایی که موجب تغییر خلق می‌شوند، نظارت داشته و آنها را تحلیل کنند و سپس باورهای بدبینانه خود را اصلاح نمایند تا این که سبک تبیینی آنان خوش بینانه تر شود (۸).

افراد افسرده تمایل طبیعی اغراق آمیز به سوی تصورات و خاطرات منفی دارند. روان درمانی مثبت در مقابل مداخلات استاندارد برای افسردگی به وسیلهٔ تصور، تعهد و معانی مثبت، نشانه‌های افسردگی را به طور مستقیم مورد آماج قرار می‌دهد (۹). روان شناسی مثبت همان قدر که به ضعف‌ها می‌پردازد به نقاط قوت هم می‌پردازد و همان قدر که به اصلاح و ترمیم بدترین چیزها در زندگی علاقه مند است به ساختن بهترین چیزها نیز علاقه نشان می‌دهد و همان قدر که به بهبود آسیب‌ها می‌اندیشد به پر بارتر کردن زندگی افراد طبیعی و عادی می‌اندیشد (۱۰).

مطالعات انجام شده در گروه‌های دانشجویی، دامنهٔ بالایی از اختلال افسردگی را نشان می‌دهد. در ایران، نتایج مطالعهٔ دفتر مرکزی مشاورهٔ دانشجویی وزارت علوم در سال تحصیلی ۸۶-۱۳۸۵ حاکی از این است که ۱۳/۵ درصد از دانشجویان از مشکلات روانی رنج می‌برند؛ ۹/۹ درصد پسران دانشجو و ۷/۳ درصد از دختران دانشجو افکار مربوط به خودکشی را گزارش کرده‌اند؛ ۴/۷ درصد از دانشجویان اقدام آگاهانه در جهت آسیب به خود داشته‌اند (۱۱). افسردگی دانشجویان باعث تلخ شدن زندگی برای آنان و کاهش کارایی‌شان می‌گردد و از میزان موفقیت و پیشرفت آنان کاسته و آن‌ها را از رسیدن به جایگاه ویژه‌ای که انتظار دارند، باز می‌دارد. به همین دلیل، بررسی اختلالات روانی بویژه افسردگی در آنان و پیشگیری و درمان این اختلال از اهمیت خاصی برخوردار است (۱۲). با توجه به آنچه مطرح شد، ما در این پژوهش با این سؤال مواجه بودیم که آیا این دو روش درمانی شناختی رفتاری و مثبت درمانی در افراد افسرده اثربخشی یکسانی دارند؟

## روش

این پژوهش، از نوع پژوهش‌های نیمه تجربی است و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعهٔ آماری تحقیق را دانشجویان دختر (۱۸ تا ۲۴ سال) دانشگاه مازندران در سال ۹۳-۹۴ که در مقطع کارشناسی در رشته‌های مختلف مشغول به تحصیل بودند، تشکیل دادند. از میان دانشجویان دختر ساکن خوابگاه دانشگاه مازندران، ۱۳۰ نفر از طریق نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند که پرسشنامه بیک و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد را تکمیل کردند. کسانی که نمرهٔ پایین‌تر

1. Beck Depression Inventory (BDI)  
2. Dysfunctional Attitude Scale (DAS)  
3. Wismen

توانند یاد بگیرند که افسرده نباشند و خواهند آموخت که چه وقت گرفتار افکار منفی می شوند و چگونه می توانند از آنها رها شوند. جلسه (۳): برچگونگی مقابله مراجعان با تحریف های شناختی از طریق تمرکز بر نشانگان رفتاری، به وسیله آموزش تن آرامی و ترغیب مراجعان برای انجام فعالیت تأکید شد. همچنین از مراجعان خواسته شد در طول هفته به فعالیت هایی که برای آنان لذت بخش است، بپردازند.

جلسه (۴): به مراجعان آموخته شد که چگونه کار دشواری را که قادر به انجام آن نبودند و به تعویق می انداختند با تقسیم به اجزای کوچک تر انجام دهند. همچنین در این جلسه، آموزش تن آرامی برای مراجعان تمرین و تکرار شد.

جلسه (۵): مراجعان یاد گرفتند که چگونه با استفاده از ثبت افکار به خطاهای شناختی خود پی ببرند. همچنین سه نوع خطای شناختی را که در افسردگی رخ می دهد، تشخیص دهند. جلسه (۶): به مراجعان آموزش داده شد که چگونه به افکاری که آن ها را افسرده می کند، پاسخ دهند. این شامل آن چه که باید انجام دهند، نیز می شود. در این جلسه به آموزش سبک های تبیینی بدبینانه و خوشبینانه و نقش آن در افسردگی نیز پرداخته شد.

جلسه (۷): در این جلسه، به مراجعان آموزش داده شد که چگونه افکارشان را غیر انداخته و دور بریزند: تفکر منفی، افکاری هستند که آنها را در افسردگی محبوس کرده است. یکی از ویژگی های انسان، تمایل او برای به وجود آوردن نظریه ها و سپس پیدا کردن شواهد و مدارکی است که از آن حمایت کند. این روش، وقتی که افراد افسرده اند به یک مشکل اساسی تبدیل می شود. مراجعان خود را قانع می سازند که نا امید و درمانده اند. با تمرین به آن ها آموخته شد، به سرعت افکار منفی را قبل از این که آن ها جای پا پیدا کنند، دور بیاورند.

جلسه (۸): بر عقاید بی فایده ای که مراجعان را مستعد افسردگی می کنند متمرکز شده و در این جلسه به آن ها یاد داده شد که چگونه عقاید خشک، مطلق و آمرانه درباره موضوعات مهم، مانند عشق، سلامتی، امنیت، جذابیت، وضعیت اجتماعی و موفقیت های شغلی می توانند افسردگی را به وجود آورد.

جلسه (۹): در این جلسه بر روی موضوعات باقی مانده، کار شد و بر روی مهارت هایی از جمله: تن آرامی، خودگویی مثبت درونی همرا با تصویر سازی مثبت، آموزش سبک های تبیینی خوش بینانه، مبارزه با افکار منفی، انجام فعالیت های لذت بخش و مبارزه با اجتناب، تمرین صورت گرفت.

جلسه (۱۰): در آخرین جلسه، یک جمع بندی از آموخته های مراجعان صورت گرفت و خلاصه ای از پیشرفت کار تا این جلسه برای آنان یادآوری شد و در نهایت، درمان با تشکر از همکاری مراجعان پایان یافت.

پس از ارزیابی دانشجویان با این دو پرسشنامه، در مرحله مداخله، آزمودنی ها در ۱۰ جلسه آموزش گروهی شناختی رفتاری با رویکرد مثبت درمانی (به مدت دو ساعت و دوبار در هفته) شرکت کردند.

برای ساختار جلسات، از کتاب دو جلدی چیرگی بر افسردگی (۳) استفاده شد. در باره رویکرد مثبت درمانی از متخصصین روان شناسی نظر خواهی شد و مشخص شد که بسته درمانی خاصی در این زمینه وجود ندارد و تنها منابع، کتب و مقالاتی در این زمینه معرفی کردند. با رجوع به منابع ذکر شده و تحقیقات صورت گرفته در این زمینه، برنامه مداخله با رویکرد مثبت درمانی تدوین گردید.

پروتکل حاضر شکلی از درمان شناختی - رفتاری با رویکرد مثبت درمانی می باشد. این شکل از درمان یک رویکرد آموزشی است که بر نگرانی های فعلی تمرکز می کند. رویکرد مثبت درمانی به جای کوشش برای یافتن ضعف و ناتوانی افراد، بیشتر به تقویت توانایی ها و نقاط قوت افراد می پردازد. در این نوع از درمان، تأکید بیشتر بر یادگیری چگونگی چیرگی بر دنیای درونی یعنی؛ افکار، احساسات و انگیزه ها است.

#### اهداف مداخله شامل موارد فوق بود:

(۱) مفاهیمی که می تواند برای فهم بهتر و سازگاری بیشتر به افسردگی مراجعان کمک کند و (۲) مهارت های خاصی که مراجعان را قادر می سازد تا بر نشانگان افسردگی و عقاید بی فایده ای چیره شوند که آنها را مستعد این اختلال کرده است. همچنین هدف نهایی درمان، کمک به مراجع برای ارتقای شناخت و بلوغ وی جهت ایجاد سلامت روان شناختی با اتکا به خویش است.

از آنجا که درمان شناختی - رفتاری یک رویکرد آموزشی است، تمرین مهارت ها، در بین جلسات ضروری است. در پایان هر جلسه از مراجعان خواسته می شود که تکالیف خانگی جزئی از درمان است و موفقیت آنان در برنامه درمان بستگی به مهارت هایشان در اجرای تمرینات خانگی دارد. عنصر اصلی درمان، آموزش دو مهارت اساسی است: توانایی برای متفاوت عمل کردن و فکر کردن. این درمان از دو ابزار برای تصحیح فکر و عمل استفاده می کند: برنامه فعالیت و ثبت افکار. مراجعان از برنامه فعالیت، برای شناسایی نشانگان رفتاری افسردگی و از ثبت افکار، برای شناسایی نشانگان عاطفی استفاده می کنند.

#### شیوه اجرای مداخله شامل موارد فوق بود:

جلسه (۱): در طی جلسه اول، به برقراری ارتباط درمانی، آشنا کردن مراجعان با روند درمان، توصیف علائم افسردگی و ارزیابی های اولیه پرداخته شد.

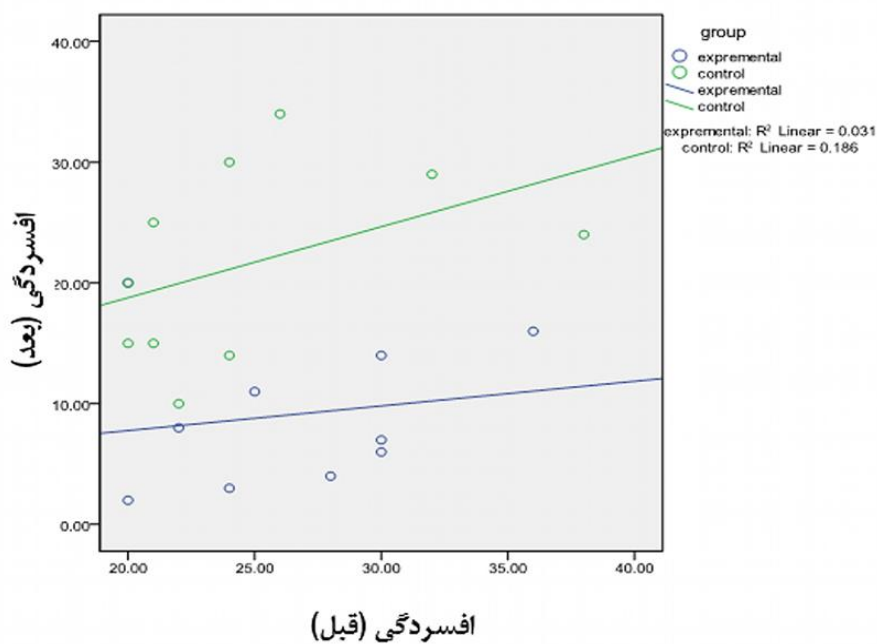
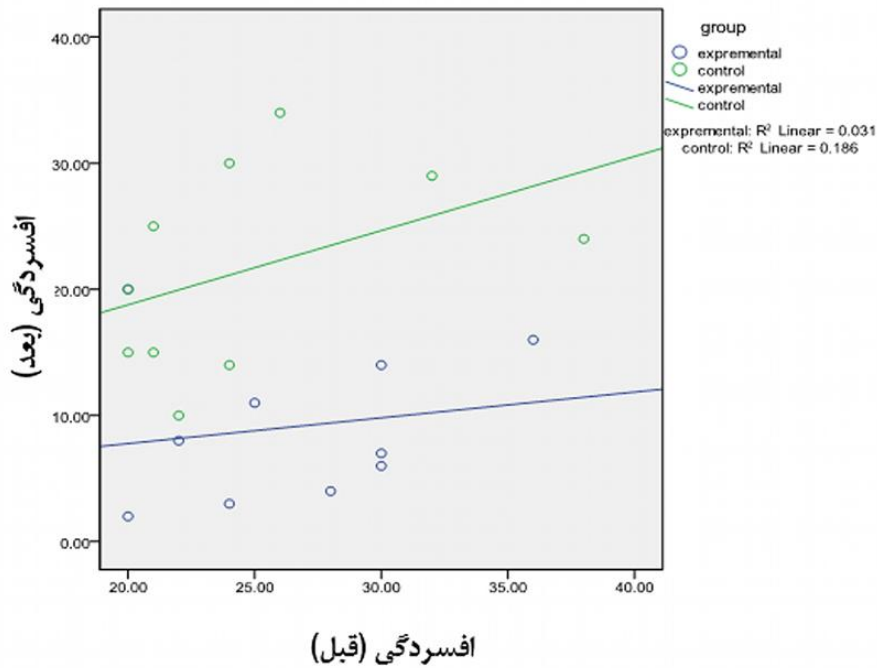
جلسه (۲): در این جلسه، به مراجعان آموزش داده شد که تفکر منفی چه نقشی در افسردگی دارد و با آموزش مهارت هایی از جمله؛ خودگویی مثبت درونی همراه با تصویر سازی مثبت، می

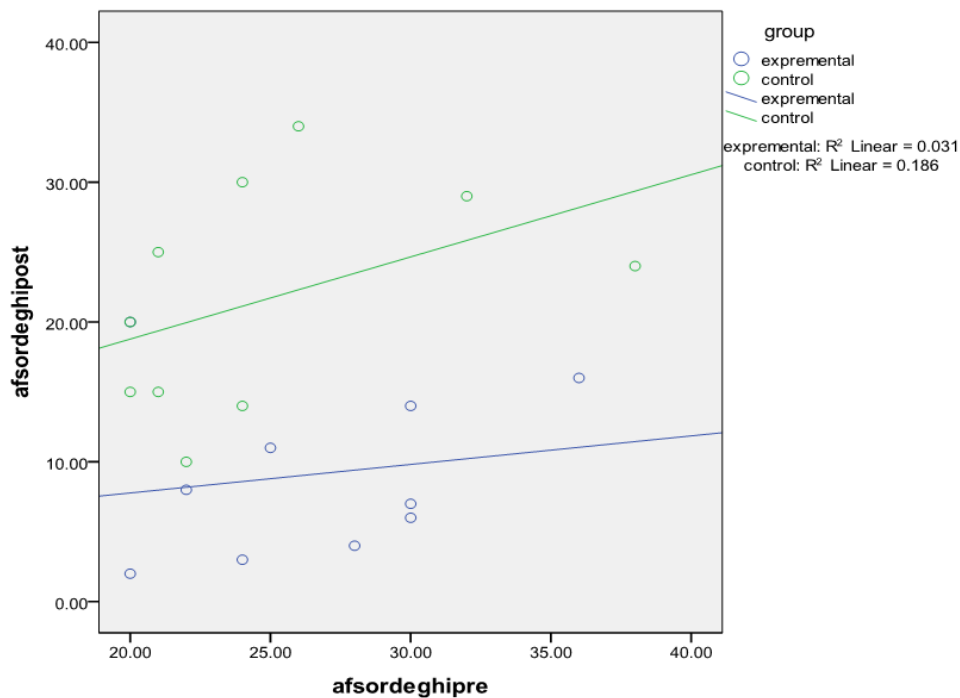
## یافته ها

برای بررسی فرضیه های پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) استفاده می شود که قبل از اجرای تحلیل کوواریانس مفروضه همگنی رگرسیون و رابطه خطی بررسی می شود.

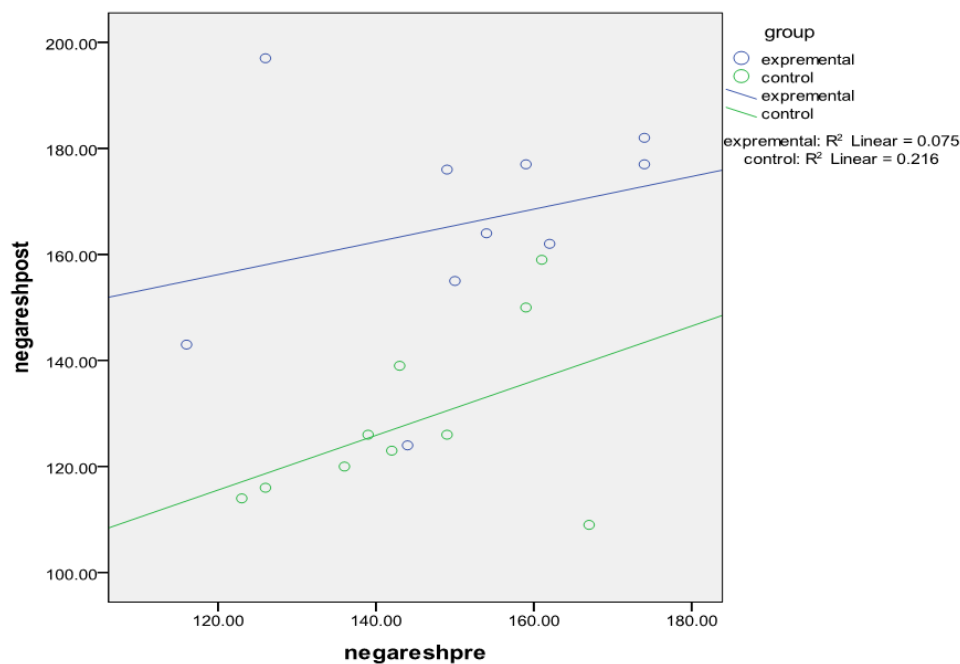
پس از گردآوری داده ها از مقیاس نگرش های ناکارآمد و آزمون افسردگی بک، داده های به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS به کمک روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) تجزیه و تحلیل گردید.

نمودار ۱: توزیع میزان نگرش های ناکارآمد در گروه آزمایش و کنترل





نمودار (۲): توزیع میزان نگرش در گروه آزمایش و کنترل



کمکی در مورد هر یک از دو گروه صدق می کند. از بررسی قبلی مان می دانیم که این مفروضه، مورد تخطی واقع نشده است و با این واقعیت که شیب ها تقریباً موازی هستند، این امر تأیید شده است.

مقدار مجذور R نشان دهنده درجه و شدت ارتباط بین متغیر وابسته و متغیر تصادفی کمکی است. متغیر تصادفی کمکی باید با متغیر وابسته همبستگی داشته باشد و این واقعیت که شیب ها موازی هستند تأیید شده است. حال که واریس کردیم بین متغیر

حال نمودارها را بررسی می کنیم تا مشخص شود که بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته ارتباط خطی وجود دارد؟ اگر رابطه خطی وجود نداشت؛ دلیلی برای اجرای تحلیل کوواریانس وجود ندارد. در اینجا به نظر می رسد نوعی رابطه خطی میان آنها وجود دارد و شیب خطوط رگرسیون موازی است؛ یعنی ارتباط بین متغیر کمکی و متغیر وابسته باید در هر دو گروه شبیه باشد (مفروضه همگنی رگرسیون) این امر مهم است؛ زیرا تحلیل کوواریانس فرض می کند که کل ارتباط بین متغیر وابسته و متغیر تصادفی

آماری حذف شده است. این داده ها نشان می دهد که بین میانگین گروه کنترل و میانگین گروه آزمایش در مؤلفه های متغیرهای وابسته افسردگی و نگرش های ناکارآمد، تفاوت وجود دارد. این تفاوت ها در هر دو متغیر به سود گروه آزمایشی است.

کمکی و متغیر وابسته رابطه خطی وجود دارد و همگنی رگرسیون هم وجود دارد، می توانیم آزمون تحلیل کوواریانس را اجرا کنیم. در جدول ۱ میانگین های تعدیل یافته متغیر های وابسته را می بینیم، در این جدول، متغیر های تصادفی کمکی به صورت

جدول (۲): بررسی مفروضه برابری خطای واریانس

سطح معناداری sig	df2	df1	F
۰/۰۹۶	۱۸	۱	۳/۰۹۲
۰/۳۷۵	۱۸	۱	۰/۸۲۸

برای بررسی مفروضه برابری واریانس ها، چون سطح معناداری در همه موارد بیشتر از ۰/۰۵ است، پس داده های این تست ها مفروضه تساوی خطای واریانس ها را زیر سؤال نبرده اند.

جدول (۳): تحلیل آماری آموزش گروهی شناختی - رفتاری بر میزان افسردگی

سطح معناداری sig	F	میانگین مجذورات M.s	درجه آزادی df	مجموع مجذورات S.S
۰/۰۰۰	۱۹/۶۶۱	۹۰۲/۶۲	۱	۹۰۲/۶۲
		۲۵۶/۷۵	۱۶	۷۳۴/۵۴

با عنایت به معنادار شدن تفاوت میانگین ها با ۰/۹۵ اطمینان بیان می کنیم که فرضیه نخست پژوهش مبنی بر آموزش گروهی شناختی - رفتاری با رویکرد مثبت درمانی، تاثیری بر میزان افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه مازندران دارد، تأیید می شود. آموزش گروهی شناختی - رفتاری با رویکرد مثبت درمانی بر میزان علائم افسردگی و نگرش های ناکارآمد دانشجویان دختر دانشگاه مازندران مؤثر است.

با توجه به نتایج جدول ۳، F محاسبه شده  $(F(1,16) = 0)$  ،  $sig = 0/00$  ، چون سطح معناداری از آلفای بن فرونی (۰/۰۲۵) کوچکتر است و با توجه به معنادار شدن F محاسبه شده، نتیجه می گیریم که آموزش گروهی شناختی - رفتاری با رویکرد مثبت درمانی بر میزان افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه مازندران مؤثر است.

جدول (۴): اندازه اثر آزمون ویلکز لامبدای

توان آزمون	اندازه اثر	سطح معناداری	خطای درجه آزادی	درجه آزادی	ارزش	اندازه اثر
۱/۰۰۰	۰/۸۱۱	۰/۰۰۰	۱۵/۰۰۰	۲/۰۰۰	۳۲/۲۴۱	۰/۱۸۹
۰/۶۴۴	۰/۴۵۸	۰/۰۳۶	۱۵/۰۰۰	۲/۰۰۰	۴/۱۸۷	۰/۶۴۲
۰/۵۱۸	۰/۲۹۷	۰/۰۷۱	۱۵/۰۰۰	۲/۰۰۰	۳/۱۶۳	۰/۷۰۳

انجام شده در متغیر ترکیبی (افسردگی و نگرش) است. اندازه اثرهایی که بالاتر از ۰/۱۴ یا ۱۴ درصد باشند، نشان دهنده اثر زیاد است.

مقدار مجذورات به عنوان مقدار سهمی از واریانس است که به متغیر ترکیبی جدید عامل (group) مرتبط می باشد (به طور کلی در مورد متغیر افسردگی و نگرش) که این مقدار (۰/۸۱۱) می باشد (طبق جدول شماره ۴) که نشان دهنده اندازه اثر آموزش

جدول (۵): نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیرهای افسردگی و نگرش های ناکارآمد

منبع پراش	متغیر وابسته	مجموع مجذورات S.S	درجه آزادی df	میانگین مجذورات M.s	F	سطح معناداری sig	اندازه اثر Eta	توان آزمون
مدل اصلاح شده	پس آزمون افسردگی	۹۴۸/۰۰۴	۳	۳۱۶/۰۰۱	۶/۸۸۳	۰/۰۰۳	۰/۵۶۳	۰/۹۳۵
	پس آزمون نگرش های ناکارآمد	۹۲۷۸/۹۱	۳	۳۰۹۲/۹۷	۱۲/۰۴۷	۰/۰۰۰	۰/۶۹۳	۰/۹۹۷
جداکننده	پس آزمون افسردگی	۲۳/۶۲۲	۱	۲۳/۶۲۲	۰/۵۱۵	۰/۴۸۴	۰/۰۳۱	۰/۱۰۴
	پس آزمون نگرش های ناکارآمد	۲۲۲۸/۲۸	۱	۲۲۲۸/۲۸	۸/۶۷۹	۰/۰۰۹	۰/۳۵۲	۰/۷۹۰
پیش تست افسردگی	پس آزمون افسردگی	۲۹/۷۷	۱	۲۹/۷۷	۰/۶۴۸	۰/۴۳۲	۰/۰۳۹	۰/۱۱۸
	پس آزمون نگرش های ناکارآمد	۱۴۸۷/۲۸	۱	۱۴۸۷/۲۸	۵/۷۹۳	۰/۰۲۹	۰/۲۶۶	۰/۶۱۸
پیش تست نگرش	پس آزمون افسردگی	۶۹/۰۲۹	۱	۶۹/۰۲۹	۱/۵۰۴	۰/۲۳۸	۰/۰۸۶	۰/۲۱۱
	پس آزمون نگرش های ناکارآمد	۱۷۰۳/۵۱	۱	۱۷۰۳/۵۱	۶/۶۳۵	۰/۰۲۰	۰/۲۹۳	۰/۶۷۷
گروه	پس آزمون افسردگی	۹۰۲/۶۲۵	۱	۹۰۲/۶۲۵	۱۹/۶۶۱	۰/۰۰۰	۰/۵۵۱	۰/۹۸۶
	پس آزمون نگرش های ناکارآمد	۶۳۸۲/۱۵	۱	۶۳۸۲/۱۵	۲۴/۸۵۷	۰/۰۰۰	۰/۶۰۸	۰/۹۹۷
خطا	پس آزمون افسردگی	۷۳۴/۵۴	۱۶	۴۵/۹۰				
	پس آزمون نگرش های ناکارآمد	۴۱۰۸/۰۴	۱۶	۲۵۶/۷۵				
مجموع	پس آزمون افسردگی	۶۳۹۵/۰۰۰	۲۰					
	پس آزمون نگرش های ناکارآمد	۴۴۵۲۷۳/۰۰۰	۲۰					
مجموع اصلاح شده	پس آزمون افسردگی	۱۶۸۲/۵۵	۱۹					
	پس آزمون نگرش های ناکارآمد	۱۳۳۸۶/۹۵	۱۹					

آموزش گروهی شناختی - رفتاری با رویکرد مثبت درمانی، تأثیری بر میزان افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه مازندران دارد.

جدول (۶): تحلیل آماری آموزش گروهی شناختی - رفتاری بر میزان نگرش های ناکارآمد

سطح معناداری sig	F	میانگین مجذورات M.s	درجه آزادی d.f	مجموع مجذورات S.S	
۰/۰۰۰	۲۴/۸۵۷	۶۳۸۲/۱۵	۱	۶۳۸۲/۱۵	پس آزمون نگرش های ناکارآمد های ناکارآمد
		۲۵۶/۷۵	۱۶	۴۱۰۸/۰۴	خطا

ناکارآمد در دانشجویان دختر دانشگاه مازندران مؤثر است، تأیید می شود.

### بحث و نتیجه گیری

به لحاظ شیوع نسبی اختلال افسردگی در جمعیت عمومی، در این پژوهش، ترکیب جدیدی از آموزش شناختی - رفتاری با رویکرد مثبت درمانی برای افزایش اثربخشی آن، شکل بندی شد. کاربرد این رویکرد در مرحله فعال افسردگی و پیشگیری از عود آن می باشد. بر این اساس، هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی

با توجه به نتایج جدول ۴، F محاسبه شده (  $F(1,16) = 24/857$  ) چون سطح معناداری از آلفای بن فرونی (  $\alpha = 0/000$  ) کوچکتر است و با توجه به معنادار شدن F محاسبه شده است؛ نتیجه می گیریم که آموزش گروهی شناختی - رفتاری با رویکرد مثبت درمانی بر میزان نگرش های ناکارآمد در دانشجویان دختر دانشگاه مازندران مؤثر است.

با عنایت به معنادار شدن تفاوت میانگین ها با  $0/۹۵$  اطمینان بیان می کنیم که فرضیه دوم پژوهش، مبنی بر آموزش گروهی شناختی - رفتاری با رویکرد مثبت درمانی بر میزان نگرش های

پرداختن به مسائل زیربنایی در اختلال افسردگی از جمله نگرش های ناکارآمد، از نکات قوت این پژوهش است. این رویکرد، از یک طرف با ایجاد تغییرات رفتاری مطلوب بر روی آنچه که افراد انجام می دهند، متمرکز می شود و از طرف دیگر با تأکید بر فرایندهای روانی، افراد را هدایت می کند تا احساسات و باورهای را که موجب مشکلات رفتاری می شود، تغییر دهند. این رویکرد می کوشد با به چالش کشیدن شناخت ها به شناسایی و اصلاح تفکر تحریف شده و نگرش های ناکارآمد بپردازد و با تغییر سبک تبیینی بدینانه به خوشبینانه، تغییر آشکاری را در فرض و باورهای ناکارآمد ایجاد کند (۱۵).

براین اساس می توان نتیجه گرفت که آموزش سبک تبیینی خوش بینانه در دوران کودکی، در خانواده، موجب کاهش ابتلای افراد در بزرگسالی به افسردگی و افزایش تقویت عملکرد خانواده می گردد. این روش می تواند به عنوان یک درمان مکمل در کنار انواع درمان های سنتی موجب بهبود و ارتقای روش های درمانی، تغییر شیوه های نامناسب زندگی، پیشگیری، مهار و درمان علائم افسردگی، تشویق و ترغیب افراد برای اصلاح شیوه های زندگی گردد.

محدودیت ها مطالعه حاضر شامل موارد فوق می باشد:

- ۱- عدم همکاری برخی از دانشجویان در تکمیل پرسشنامه و جلسات درمان. ۲- در دسترس نبودن برخی از دانشجویان به علت تردد بین خوابگاه و محل زندگی و عدم حضور در خوابگاه.
- ۳- محدودیت در دسترسی به تحقیقات مشابه به منظور کاربرد آن در پیشینه پژوهش و مقایسه.

پیشنهاد برای مطالعات در آینده شامل موارد فوق است:

- ۱- پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده با روش طولی و آینده نگر، سهم نگرش های ناکارآمد و رویکرد مثبت نگر را در بروز و تداوم افسردگی بررسی کرد. ۲- بهتر است در پژوهش های آینده از آزمودنی های بیشتر استفاده شود تا نشان دهنده اعتبار بیشتر این روش ترکیبی گردد. ۳- با توجه به جدید بودن شیوه به کار گرفته شده در این پژوهش پیشنهاد می شود که روان شناسان و محققان از فنون و روش های این رویکرد برای درمان اختلال افسردگی و پیشگیری از آن در گروه های سنی متفاوت استفاده کنند. ۴- در پژوهش های آتی با به کارگیری نمونه های بزرگتر، دوره های درمانی طولانی تر، ارزیابی های حین درمان و پیگیری های بعد از درمان، نارسایی های این پژوهش رفع گردد. ۵- هنجاریابی پرسشنامه نگرش های ناکارآمد (DAS)، برای استفاده در پژوهش های آتی ضروری به نظر می رسد.

## تشکر و قدردانی

آموزش گروهی شناختی - رفتاری با رویکرد مثبت درمانی بر میزان افسردگی و نگرش های ناکارآمد دانشجویان است.

یافته های پژوهش حاضر، گویای اثربخشی آموزش گروهی شناختی - رفتاری با رویکرد مثبت درمانی در کاهش میزان افسردگی و نگرش های ناکارآمد دانشجویان است.

یافته های به دست آمده در زمینه کاهش نمره های افسردگی با نتایج پژوهش سلیگمن مبنی بر اثربخشی روان درمانی گروهی مثبت بر کاهش معنی دار نشانه های افسردگی و تداوم این کاهش در طول دوره های پیگیری، هماهنگی دارد (۷).

نتایج تحقیقات (۱۶) مبنی بر اثر بخشی تصویر سازی مثبت در مورد رویدادهای آینده بر روی کاهش نشانه های خلق افسرده، در جهت تأیید یافته های پژوهش حاضر است. همچنین یافته های پژوهش حاضر با نتایج تحقیق (۱۷) در یک راستا می باشد. این پژوهشگران در تحقیقی فرا تحلیلی به بررسی کاهش نشانه های افسردگی به وسیله مداخلات روان شناسی مثبت پرداختند. نتایج این بررسی ها نشان داد که مداخلات روان شناسی مثبت به طور معنی دار، موجب تقویت رضایت از زندگی و کاهش نشانه های افسردگی می گردد.

نتایج تحقیقات (۱۹) مبنی بر تأثیر رفتار درمانی شناختی بر میزان افسردگی دانشجویان غیر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، هماهنگ با نتایج پژوهش حاضر است. نتایج به دست آمده در این تحقیق، کاهش معناداری را در نمره افسردگی بعد از رفتار درمانی شناختی نشان داده است. یافته دیگر پژوهش حاضر، مبنی بر تأثیر آموزش گروهی شناختی - رفتاری بر میزان نگرش های ناکارآمد (نگرش منفی نسبت به خود، آینده و تجارب فعلی)، همسو با نتایج (۲۰) مبنی بر اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری در کاهش نشانه های افسردگی و نگرش های ناسالم نوجوانان است. یافته های (۲۱) مبنی بر تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری در میزان نگرش های ناکارآمد با یافته های پژوهش حاضر، همخوانی دارد.

پژوهش (۲۲) مبنی بر تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر کاهش میزان افسردگی و نگرش های ناکارآمد، همسو با یافته های پژوهش حاضر می باشد.

باید خاطر نشان ساخت که روش مثبت درمانی به طور ویژه برای پیشگیری و جلوگیری از عود افسردگی طراحی شده است؛ اما در مطالعه حاضر، سعی بر آن بود تا با ترکیب آن با روش های شناختی - رفتاری در رفع علائم افسردگی و کاهش شدت آن، استفاده نمود. در این راستا، مطالعات سلیگمن (۷) نیز نتایج مشابهی را به دست آورده است.

با توجه به یافته های به دست آمده می توان گفت افزودن رویکرد مثبت درمانی به آموزش شناختی - رفتاری، منجر به افزایش اثربخشی درمان افسردگی می گردد. همچنین این روش، نقش معنادار و پایایی بر میزان نگرش های ناکارآمد دارد.



قدردانی می شود.

از کلیه استادان، دانشجویان و کارکنان دانشگاه مازندران که همکاری صمیمانه ای برای اجرای پژوهش داشتند، تشکر و

## References

1. McKenzie W, Smith T. Depression (Munir Sanglaj, Translator). Tehran: Genesis. 2004; 19(2):289-305.
2. Kenny MA, Williams JM. Treatment-resistant depressed: Patients response to mindfulness – based cognitive therapy. 2011; 45(3): 617-625. 55.
3. Papa Georgiou C, Wells A. Depressive rumination. Uk: Chichster, Wiley and sons; 2004.
4. Ranjbar F, Ashktorab T, Dadgari A. Evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on depression. Journal of Yazd martyr. 2007; 18 (4):229-30. [Persian].
5. Kavyani H, Javaheri F, Boheyraie H. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in reducing the negative automatic thoughts, dysfunctional attitude, depression and anxiety: a 60-day follow-up. New Cognitive Science. 2005; 7 (1): 49-59. [Persian].
6. Ali Pour A, Noori N. The reliability and validity of the Depression-Happiness Scale of Justice staff in Isfahan. Journal of Mental Health. 2006; (31, 32):96-87. [Persian].
7. Seligman M, Steen T, Park N, Peterson C. Positive psychology progress empirical validation of interventions. American psychologist. 2005; 60: 410- 421.
8. Kar A. Positive Psychology: The Science of Happiness and powerful man (Hassan Pasha Sharifi, Najafi zand and Sanaee, translators). Tehran: Sokhan. 2006.
9. Peterson C, Park N, Sweeney PJ. Group well-being: morale from a positive psychology perspective. Applied psychology: Healt and well – being. 2008; 57, 19- 36.
10. Seligman ME, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. American psychologist. 2006;61(8):774.
11. Moradimanesh F, Nikbakht A. The relationship between shyness and mental health in students of Shiraz University, Proceedings of the Seminar on mental health of students, student Department of the Ministry of Science, Research and Technology, the Office of Counseling Center, in cooperation with the University of Science and Technology. 2006; 344-348. . [Persian].
12. Lyubomirsky S, King L, Diener Ed. The benefits of frequent positive affect: Does Happiness lead to success? Psychological Bulletin. 2005; 131(6): 803-855.
13. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory-II. San Antonio, TX. 1996:78204-2498.
14. Gharaee B. Determine the identity and status of its relationship with the style of identity and depression in adolescents in Tehran. Thesis, University of Medical Sciences. 2003. [Persian].

15. Fata L. Meaning Assignment Structures emotional states and cognitive processing of emotional information compare the conceptual framework. Thesis; University of Medical Sciences, Iran. 2006. [Persian].
17. Holmes E, Lang T, Moulds M, Steele M. Respective and positive mental imagery deficits in dysphoria. Behavior research and therapy. 2008; 46: 976-981.
18. Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. Journal of clinical psychology. 2009;65(5):467-87.
19. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. Pain. 1999;80(1):1-13.
20. Maryam Y, Mohammadian R. cognitive-behavioral therapy in reducing symptoms of depression and unhealthy attitudes in adolescents with major depressive disorder. Thought and Behavior. 2005;7 (2): 76, 84. [Persian].
21. Lotfi Kashani F. The effect of group counseling based on behavioral approach - Cognitive decline dysfunctional attitudes. Journal of thought and behavior. 2008, 2 (8): 67-78.
22. Salehzade M, Kalantari M, Molavi H. The effect of cognitive - behavioral therapy on depression in patients with drug-resistant epilepsy (with a focus on dysfunctional attitudes related to epilepsy). New Cognitive Science. 2010; 2(12): 52. 68. [Persian].
23. resistant epilepsy (with a focus on dysfunctional attitudes related to epilepsy). New Cognitive Science,2010; 2 (12): 52. 68. [Persian].

