



# Effect of “Ellis's Rational Emotive Therapy” and “Seligman Optimism Training” on General Health and Hopelessness in Divorce Women with Depression

Hasan Rezaee Jamaloe <sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

\* **Corresponding author:** Hasan Rezaee Jamaloe, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. E-mail: h.rezayi2@yahoo.com

**Received:** 03 Oct 2016

**Accepted:** 01 Sep 2019

## Abstract

**Introduction:** Clinical disorders are disorders that present as residual symptoms of acute illness. The purpose of this study was to determine the effect of “Ellis's Rational Emotive Therapy” and “Seligman Optimism Training” on general health and hopelessness in divorce women with depression.

**Methods:** The research design was quasi-experimental with pre-posttest in two experimental and control groups. The statistical population consisted of divorced women who contacted the Wellbeing Counseling Line who complained about physical symptoms and general health status, anxiety, social dysfunction and depression and suicide and hopelessness, were invited to a counseling session and diagnosed by a psychiatrist at a depression clinic. Of these, 32 subjects were selected through convince sampling. Data were collected using “General Health Questionnaire” and “Kazdin Hopelessness Scale”. Content validity and reliability were measured by Cronbach's alpha. The 10 sessions were a combination of "Ellis' Rational-Emotional Therapy" and "Seligman's Optimism Training". Data were analyzed by SPSS. 25.

**Results:** Experimental group that received combined treatment interventions reported lower depression ( $F = 219.00$ ) with mean of 11.441 and lower mean score of hopelessness ( $F = 108.00$ ) with mean 7.41.

**Conclusions:** The combination of "Ellis's Rational-Emotional Therapy" and "Seligman's Optimism Training" reduced the severity of major depressive disorder. Therefore, group therapy is recommended for people working with depression.

**Keywords:** Depression, Suicide, Hopelessness, Ellis's Rational Emotive Therapy, Seligman Optimism



# تأثیر تلفیق "درمان عقلانی-عاطفی آلیس" و "آموزش خوشبینی سلیگمن" بر سلامت عمومی و ناامیدی در زنان مطلقه مبتلا به اختلال افسردگی

حسن رضایی جمالوئی<sup>\*۱</sup>

<sup>۱</sup> استادیار گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

\* نویسنده مسئول: حسن رضایی جمالوئی، استادیار گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. ایمیل:

h.rezayi2@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۶/۱۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۷/۱۲

## چکیده

**مقدمه:** اختلالات بالینی اختلالاتی هستند که به صورت، علائم باقیمانده از بیماری حاد نشان داده می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش تلفیق در "درمان عقلانی-عاطفی آلیس" و "آموزش خوشبینی سلیگمن" بر سلامت عمومی و ناامیدی در زنان مطلقه مبتلا به اختلال افسردگی انجام شد.

**روش کار:** طرح پژوهشی حاضر از نوع نیمه آزمایشی به شیوه پیش-پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل بود. داده‌های جامعه شامل زنان مطلقه تماس گیرنده با خط مشاوره بهزیستی بودند که در علائم جسمانی و وضعیت سلامت عمومی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی و خودکشی و ناامیدی شکایت داشتند، به جلسه حضوری مشاوره دعوت شدند و توسط روانپزشک کلینیک تشخیص افسردگی گرفتند. از این تعداد، ۳۲ آزمودنی به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها "پرسشنامه سلامت عمومی" (General Health Questionnaire) و "مقیاس ناامیدی کازدین" (Kazdin Hopelessness Scale) بود که روایی محتوا و پایایی به روش آلفای کرونباخ اندازه‌گیری شد پرسشنامه‌ها به صورت پیش آزمون و پس آزمون پاسخ دادند و گروه آزمایش ۱۰ جلسه تحت آموزش تلفیق "درمان عقلانی-عاطفی آلیس" و "آموزش خوشبینی سلیگمن" قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده از نرم افزار آماری اس پی اس نسخه ۲۵ استفاده شد.

**یافته‌ها:** گروه آزمایش که مداخلات درمانی تلفیقی را دریافت کردند با میانگین ۱۱/۴۴۱ افسردگی کمتری ( $F=219/00$ ) و با میانگین ۷/۴۱ میزان ناامیدی کمتری ( $F=108/00$ ) را گزارش کرده‌اند ( $P=0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** تلفیق "درمان عقلانی-عاطفی آلیس" و "آموزش خوشبینی سلیگمن" سبب کاهش اختلال افسردگی اساسی شد. لذا برای افرادی که در حوزه درمان با افراد افسرده کار می‌کنند درمان‌های تلفیقی گروهی پیشنهاد می‌شود. **واژگان کلیدی:** افسردگی، خودکشی، ناامیدی، درمان عقلانی-عاطفی آلیس، آموزش خوشبینی سلیگمن

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

## مقدمه

افسردگی، دومین علت عمده بیماری پس از بیماری‌های قلبی در سراسر جهان خواهد بود [۵]. افسردگی غالباً از وضعیتی شروع می‌شود که در آن تغییرات بسیار بزرگی در زندگی انسان اتفاق می‌افتد و شخص ناگزیر می‌گردد که از افرادی مهم یا از مسائلی مهم و مربوط به زندگی خودش از قبیل محل کار و کاشانه صرف‌نظر کند [۶]. طبق نتایج، مسائل هیجانی، اجتماعی و اقتصادی اختلال افسردگی برای مبتلایان، خانواده و اجتماع از یک سو و تخمین شیوع سالیانه ۲/۹ تا ۱۲/۶ درصد از سوی دیگر، افسردگی را به عنوان شایع‌ترین اختلال در صدر اختلالات روانی نگه داشته است، به طوری که، ۱۷ - ۱۹ درصد از جمعیت عمومی به این اختلال دچار هستند [۷]. به علاوه

افسردگی از شایع‌ترین اختلالات خلقی و عاطفی و بزرگ‌ترین اختلالات روانی قرن حاضر است که از درمان پذیرترین اختلالات است [۱] و معضل عمومی در زندگی مدرن امروزی است که با میزان توسعه یافتگی کشور بالا می‌رود [۲]. بسیاری از افرادی که از افسردگی رنج می‌برند به تنهایی زندگی می‌کنند، برخی افراد در خانواده و به همراه همسر خود زندگی کرده و دارای فرزند نیز هستند که به نسبت افرادی که تنها زندگی می‌کنند بسیار کمترند [۳]. گزارش‌ها نشان می‌دهد که در حدود یک سوم جمعیت جهان در مقاطعی از زندگی خود از یک دوره خفیف افسردگی رنج می‌برند [۴]. طرح اخیر سازمان جهانی بهداشت برای سال ۲۰۲۰ برآورد کرده که

این مطالعات مشخص شده که این افراد خصوصیات شناختی از قبیل تبحر شناختی، عدم مهارت‌های حل مسئله، سبک اسنادی منفی، خود انتقادگری و نظر منفی نسبت به خود دارند که می‌تواند عوامل خطر سازی برای خودکشی باشد. از این رو الگوهای شناختی رفتاری در اصلاح باورها و رفتارهای مرتبط با سلامت و نیز رفع عوامل خطر ساز بسیار مفیدند [۱۳].

در همین زمینه Alberet Ellis در "درمان عقلانی- عاطفی آلیس" (Ellis's Rational Emotive Therapy) [۱۴] بر این باور است که مشکلات مردم بیشتر برآمده از ادراکات تحریف شده و تفکرات غیر منطقی است و راهکار غلبه بر مشکلات آن‌ها، همانا از راه بهبود تفکر و دریافت ادراکی آنهاست. اضطراب، افسردگی، غم، اندوه، خشم و ترس همگی ناشی از طرز فکر و باورهای فرد نسبت به جهان و دیگران است. وی نام این باورها را باورهای غیرمنطقی گذاشت که این باورها زمینه بروز افکار و اعمال خودکشی را در فرد فراهم می‌سازد. وی اظهار می‌کند رفتار می‌تواند شناخت و هیجان انسان را تغییر دهد و شناخت نیز می‌تواند رفتار و هیجان را تحت تأثیر قرار دهد.

مفهوم دیگری که Seligman [۱۵] در دهه‌های اخیر با جدیت به آن پرداخته است، خوشبینی آموخته شده است. او معتقد است، خوشبینی واقعاً قابل یادگیری است. دو عامل پیش‌بینی کنترل‌پذیری حوادث و رخدادها، مفاهیمی هستند که باید به افراد آموخته شود، تا یاد بگیرند مشکلات را حل‌شدنی بیندارند. مبنای مثبت‌اندیشی و خوشبینی در نحوه تفکر افراد درباره علت‌ها می‌باشد که به آن سبک تبیین گفته می‌شود.

سبک تبیین در هر فرد، در دوره کودکی شکل می‌گیرد و در صورتی که در خارج، دخالتی در آن اعمال نشود تا آخر عمر پابرجا می‌ماند. سبک تبیین علت شکست و فقدان کنترل در سه بخش درونی - بیرونی، خاص - کلی، پایدار - ناپایدار طبقه‌بندی شده است. با توجه به این ابعاد، دو تیپ اصلی سبک تبیین افراد قابل شناسایی است. سبک تبیین خوشبینانه که خاص افرادی است که شکست‌های خود را به علل ناپایدار، خاص و بیرونی اسناد می‌دهند و سبک تبیین بدبینانه، که افراد شکست خود را به علل پایدار، کلی و درونی نسبت می‌دهند. سبک تبیین بدبینانه، پیش‌بینی کننده کاهش سلامت جسمانی، افزایش افسردگی است. مطالعات مختلف نشان می‌دهد که مداخله‌های درمانی مناسب می‌توانند به میزان بسیار بالایی خطر اختلالات نیمه بالینی افراد را کاهش دهند. با این حال پژوهش‌های کمی در مورد درمان‌های مناسب و مدرن با چاقوب‌های کنترل شده برای کاهش اختلالات نیمه بالینی این افراد وجود دارد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش تلفیقی در "درمان عقلانی- عاطفی آلیس" و "آموزش خوشبینی سلینگمن" بر سلامت عمومی و ناامیدی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی انجام گرفت.

## روش کار

طرح پژوهشی حاضر نیمه آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش کلیه زنان مطلقه تماس‌گیرنده با خط مشاوره بهزیستی که مبتلا به اختلال افسردگی بودند که با توجه به ماهیت پژوهش انتخاب شدند و از بین آن‌ها تعداد ۳۲ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به این صورت که تمایل به شرکت در پژوهش

خودکشی به عنوان فاجعه‌آمیزترین پیامد افسردگی روند رو به رشد خود در بسیاری از کشورها همواره در حیطه برجسته‌ترین مسائل بهداشت روان مطرح است. هر چند بیماری افسردگی اساسی مهم‌ترین عامل خطر ساز خودکشی بوده و خطر بروز آن را تا ۲۰ درصد افزایش می‌دهد، اما بسیاری از افراد شدیداً افسرده، افکار و رفتار خودکشی ندارند و لیکن خصوصیات مختلفی مانند احساس ناامیدی، تکانشگری و مصرف‌کننده مواد دارند که با افزایش خطر خودکشی رابطه دارد [۸]. در همین راستا، نظریه سبک‌های واکنشی بیانگر این است که درگیری افراد در تفکر منفعلانه و تکراری باعث تداوم نشانه‌ها می‌گردد. این تلاش بیماران به صورت نشخوارهای ذهنی درآمده و نه تنها از بار این نشانه‌ها نمی‌کاهد بلکه باعث تشدید آن‌ها می‌گردد [۹]. از طرف دیگر، خطر خودکشی در چنین بیمارانی غالباً فزونی می‌یابد. یک هفته از بیمارانی که برای اختلال افسردگی اساسی و اختلال دو قطبی بستری شده‌اند از طریق خودکشی جان خود را از دست داده‌اند [۱۰] این میزان همراه با پریشانی روان‌شناختی و نشانه‌های همزمان با افسردگی افزایش می‌یابد. گستردگی مسئله افسردگی باعث شده که شیوه‌های درمانی متعددی اعم از دارودرمانی و روان‌درمانی برای آن ارائه شده و مورد بررسی قرار گیرند. هرچند که پژوهش‌ها از اثربخشی درمان‌های موجود حمایت می‌کنند، این اثربخشی، نسبی بوده و هنوز هیچ درمانی وجود ندارد که بتوان آن را راه حلی قطعی برای مشکل افسردگی دانست [۱۱]. زیرا از یک سو دارودرمانی عوارض متعددی را به دنبال دارد (شامل خشکی دهان و ناهنجاری‌های بدنی گوناگون) و از سوی دیگر، به رغم این واقعیت که روان‌درمانی‌های بسیاری برای درمان افسردگی اثربخش بوده‌اند، باز هم میزان بالای عود نشانه‌های افسردگی وجود دارد [۱۲]. تاکنون، شیوه‌های مختلفی برای درمان افسردگی ارائه شده است که دیدگاه شناختی رفتاری از جمله "درمان عقلانی- عاطفی آلیس" و "آموزش خوشبینی سلینگمن"، با نفوذترین نظریه‌ها را در مورد افسردگی ارائه کرده است [۱۳]. با توجه به پژوهش‌های زمانی و همکاران [۱۳]. هدف روش‌های شناختی پذیرش و شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جستجوی کمک برای یافتن روش‌های جایگزین تفکر و تسهیل شناسایی علل افسردگی و روش‌هایی برای حفظ این روش‌ها است. رویکردهای شناختی مانند "درمان عقلانی- عاطفی آلیس" و آموزش خوشبینی سلینگمن، با ایجاد تغییر و دگرگونی در نظام شناختی فرد، موجب می‌شود که واکنش‌های او به وسیله کیفیات شناختی وی تغییر یافته و شخص بتواند به طور صحیح واقعیت‌ها را درک و تفسیر کند، اصل بنیادی درمان شناختی این است که رفتار و احساس فرد تا اندازه زیادی به چگونگی تفسیر او از جهان بستگی دارد [۶]. بر این اساس "درمان عقلانی- عاطفی آلیس" و "آموزش خوشبینی سلینگمن" راهبردهایی را ارائه می‌دهد که به بازسازی شناختی و رد باورهای غیرمنطقی می‌پردازد و فرد مهارت‌هایی را می‌آموزد که به طور فعالانه به تغییر دنیای ذهنی افراد می‌انجامد. طبق الگوهای شناختی رفتاری، تفکرات و ادراک‌های بیماران، هیجانات و رفتارهای آن‌ها را شکل می‌دهد.

به همین دلیل جهت تدوین درمان‌های مناسب، بررسی‌های زیادی در مورد شناخت ویژگی‌های شخصیتی و شناختی افراد مبتلا به افسردگی و نیز عوامل خطر ساز محیطی انجام شده است. در بیشتر

۲- "مقیاس ناامیدی کازدین" (Kazdin Hopelessness Scale)، این مقیاس توسط Kazdin و همکاران [۱۸] بر اساس "Back Hopelessness Scale" و در سال ۱۹۸۶ طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۱۷ گویه است و هدف آن ارزیابی میزان ناامیدی است. طیف پاسخگویی آن از نوع دو گزینه‌ای بوده که در آن هر جوابی که مطابق کلید پرسشنامه باشد، یک نمره و گزینه‌های غیرمطابق با کلید صفر نمره دریافت خواهند نمود. سؤالات ۱، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۶ به صورت پاسخ غلط و سؤالات ۲، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵ و ۱۷ به صورت صحیح نمره دریافت می‌کنند.

برای بدست آوردن نمره کلی پرسشنامه، مجموع نمره‌ها همه سؤالات با هم جمع می‌شود. این نمره دامنه‌ای از صفر تا ۱۷ را خواهد داشت. هر چه این نمره بالاتر باشد نشان دهنده میزان ناامیدی بالاتر پاسخ دهنده خواهد بود و برعکس. این پرسشنامه از دو عامل انتظارات آینده (۲، ۳، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵ و ۱۷) و شادکامی کلی (۱، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۶) تشکیل شده است [۱۹]. از نظر روایی پیش بین، Mayer (۱۹۹۹) به نقل از [۱۹]. مقیاس فوق را برای پیش بینی رفتارهای خودکشی گریانه آینده در مورد گروهی از افراد بهنجار و دچار اختلال‌های روانی بررسی کرد. ۱۰۰ نفر از این گروه دچار افسردگی حاد و ۳۸ نفر فاقد افسردگی بودند. طبق نتایج این مطالعه، نمره‌های مقیاس ناامیدی در یک دوره پیگیری سه ساله رابطه‌ای با رفتارهای خودکشی گریانه نداشت Kazdin و همکاران [۱۸]، در پژوهشی به بررسی روایی همزمان "مقیاس ناامیدی کازین" پرداختند. آن‌ها پژوهش خود را بر روی ۲۶۲ نفر از بیماران بستری شده (۶۲ دختر و ۲۰۰ پسر) و مادران آن‌ها انجام دادند. نتایج نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی مقیاس برابر با ۰/۹۷ و ضریب اسپیرمن براون حاصل از دونیمه سازی مقیاس برابر با ۰/۹۶ بود که هر دو مقدار نشاندهنده همسانی درونی و پایایی قابل قبول مقیاس بودند. همچنین، نتایج تحلیل عاملی با چرخش واریماکس حاکی از وجود دو عامل بود. عامل اول که ۷۸ درصد واریانس را تبیین می‌کرد شامل ده گویه بود. گویه‌های ۹، ۱۴ و ۱۷ با بیشترین بارگذاری روی این عامل بر انتظارات آینده و تسلیم شدن، متمرکز بودند. عامل دوم که ۲۲ درصد از واریانس را تبیین می‌کرد شامل شش گویه بود. گویه‌های ۵، ۱۱ و ۱۶ با بیشترین بارگذاری روی این عامل بازتاب شادکامی کلی و انتظارات آینده بودند. یافته قابل توجه مربوط به عدم توانایی بارگذاری گویه ۴ روی عوامل بود. کلیه گویه‌ها به جز گویه ۴ به طور معنی داری قادر به تفکیک کودکان در بالا و پایین میانه (میانه = ۵/۳) در مقیاس ناامیدی بودند. بنابراین، گویه ۴ از مقیاس حذف گردید. Kazdin و همکاران [۱۸]، برای بررسی روایی همزمان، همبستگی متقابل مقیاس فوق را با "سیاهه افسردگی بک"، (Beck Depression Inventory) "سیاهه عربت نفس کوپ اسمیت" (Coopersmith Self-Esteem Inventory) [۲۰] "ارزشیابی مهارت اجتماعی ماتسون در افراد جوان" (MESSY: ) (Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters) [۲۱] بررسی کردند. نتایج نشان داد که ناامیدی با افسردگی همبستگی مثبت معنی دار ( $r = ۰/۵۸$ ) و با عزت نفس ( $r = -۰/۶۱$ ) و مهارت‌های اجتماعی ( $r = -۰/۳۹$ ) همبستگی منفی معنی دار دارد.

در ایران نیز مقیاس فوق توسط علی اکبری دهکردی و محتشمی [۲۲] ترجمه شد و بر روی ۴۸۴ آزمودنی (دختر و پسر) شهر تهران انجام شد

داشتند، انتخاب شدند. در این روش افرادی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند که علاوه بر داشتن یک ویژگی خاص، در دسترس قرار داشتند. معیارهای ورود به پژوهش ۱. زنان مطلقه؛ ۲. تشخیص اختلال افسردگی که به تأیید یک روانپزشک رسیده باشد ۳. زنانی که در طی ۳ سال قبلی از همسر خود جدا شدند و معیارهای خروج نیز عدم حضور ۲ جلسه پایایی در جلسه آموزش بود. در این پژوهش ابزارهای زیر استفاده شد.

۱- "پرسشنامه سلامت عمومی" (General Health Questionnaire) توسط Goldberg [۱۶] به صورت یک سازه با ۲۸ گویه و در چهار مؤلفه علائم جسمانی و وضعیت سلامت عمومی؛ اضطراب؛ اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی و خودکشی جهت سنجش میزان سلامت عمومی در بین ۷۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های آمریکا در سال ۱۹۸۸ ارائه شد. پرسشنامه با مؤلفه‌های، علائم جسمانی و وضعیت سلامت عمومی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی و خودکشی و در طیف ۴ گانه لیکرت از ۰: به ندرت تا ۳: تقریباً همیشه طراحی شده است. در این پژوهش فرم ۲۸ گویه آن ارائه استفاده شد که سؤالات آن در بر گیرنده چهار خرده مقیاس می‌باشد که هر یک از آن‌ها خود شامل ۷ سؤال می‌باشند. سؤالات ۷-۱ مربوط به مقیاس علائم جسمانی و وضعیت سلامت عمومی می‌باشد. از سؤال ۸-۱۴ مربوط به مقیاس اضطراب، از سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی و سؤالات ۲۲-۲۸ نیز مربوط به مقیاس افسردگی و خودکشی می‌باشند. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره در هر خرده مقیاس برابر با ۷ است و حداقل کل نمره صفر و حداکثر ۸۶ است که هر چه نمره بالاتر باشد میزان سلامت عمومی فرد پایین‌تر است.

پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در بین ۷۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های آمریکا، برای همه مؤلفه‌ها بیش از ۰/۸۷ بود و پایایی دقیق هر یک را گزارش نکردند [۱۶]. Goldberg و همکاران [۱۶] برای ارزیابی روایی در بین ۷۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های آمریکا، از روش تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد که همه گویه‌ها دارای بار عاملی بیش از ۰/۳ بودند و در مطالعه آن‌ها مورد قبول واقع شد. بدین ترتیب، پرسشنامه نهایی شامل ۲۸ عبارت و در چهار مؤلفه ارائه شد. در مطالعه ملکوتی و همکاران [۱۷] به هنجاریابی این پرسشنامه در بین ۲۰۴ سالمند ساکن شهرک اکباتان تهران به صورت تصادفی پرداخت و ضرایب پایانی مطلوبی اعم از آلفای کرونباخ ۰/۹۴، تنصیف ۰/۸۶، آزمون-بازآزمون ۰/۶ به دست آمد.

در مطالعه حاضر، روایی محتوای پرسشنامه مذکور توسط ۳ تن از مدرسین گروه روانشناسی با گرایش سلامت، بالینی و عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد و ۲ تن از مدرسین آمار و ریاضی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد که در روانسنجی ابزار تبحر داشتند، تأیید شد. آلفای کرونباخ در بین ۱۴۰ نفر از دانشجویان مطلقه دانشگاه آزاد، پیام نور و بوعلی سینا همدان برای تمامی خرده مقیاس‌ها (اضطراب؛ اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی و خودکشی) از ۰/۹۰ برای خودکشی تا ۰/۸۱ برای خرده مقیاس اضطراب با میانگین کلی ضریب همسانی درونی ۰/۸۴ به دست آمد. ضریب پایایی با فاصله زمانی ۲ هفته ۰/۷۳ به دست آمد.

پرسشنامه‌های "سلامت عمومی" و "پرسشنامه ناامیدی کازدین" تکمیل کردند. سپس به طور تصادفی به دو گروه ۱۸ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند که بعد از ریزش به علت غیبت‌های بیش از ۲ جلسه پایایی هر گروه به ۱۶ نفر تقلیل یافت؛ در مرحله بعد گروه آزمایشی تحت جلسات درمان شناختی به مدت ۱۰ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه در تابستان ۱۳۹۵ قرار گرفتند که طبق پروتکل درمانی این زمان استاندارد لازم بوده و مداخله گر اجازه تغییر زمان را نداشته است و پس از آزمون بر روی کلیه آن‌ها اجرا شد. ملاحظات اخلاقی که در این پژوهش رعایت شده است عبارت بودند از، اختیاری بودن شرکت در پژوهش برای همه آزمودنی‌ها، ارائه اطلاعات لازم در زمینه نحوه اجرای طرح پژوهشی، محرمانه بودن اطلاعات بدست آمده از آزمودنی، با توجه به اثر درمان به گروه شاهد نیز در انتهای پژوهش آموزش داده شد. محتوای جلسات مداخله طبق پروتکل درمانی (Alberet Ellis Ellis's Rational Emotive Therapy) [۱۴] انجام شد که بر روی بیماران مبتلا به اختلالات خلقی کاربرد وسیعی دارد و اثربخشی این مداخله بارها بر روی بیماران مبتلا به اختلالات خلقی ثابت شده است.

برای تجزیه و تحلیل داده از نرم افزار آماری اس پی اس نسخه ۲۵ و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی آزمون T مستقل استفاده شد.

و نتایج ضرایب پایایی به دست آمده با استفاده از روش آلفای کرونباخ نشان داد که عامل‌های انتظارات آینده و شادکامی همچنین کل مقیاس از پایایی خوبی برخوردارند. آلفای کرونباخ عامل اول ۰/۷۱ و عامل دوم ۰/۸۹ و همچنین ضریب پایایی کل مقیاس ۰/۸۰۶ بدست آمد. همچنین دهکردی و محتشمی [۲۲]، به منظور بررسی روایی این مقیاس از روش روایی محتوای روایی سازه و روایی همزمان استفاده کرد که نتایج نشان دهنده روا بودن این مقیاس بود. به عبارتی با استفاده از روش همسانی درونی نتایج نشان داد که بین کل مقیاس و مولفه‌های آن همبستگی بالایی وجود دارد که نشان دهنده روابط درونی خوبی بین مؤلفه‌هاست. در مطالعه حاضر، روایی محتوای پرسشنامه مذکور توسط ۳ تن از مدرسین گروه روانشناسی با گرایش سلامت، بالینی و عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد و ۲ تن از مدرسین آمار و ریاضی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد که در روانسنجی ابزار تبحر داشتند، تأیید شد. آلفای کرونباخ در بین ۳۵ دانشجوی کارشناسی ارشد از دانشجویان دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد عامل اول ۰/۷۳ و عامل دوم ۰/۸۲ و همچنین ضریب پایایی کل مقیاس ۰/۷۹ بدست آمد. در این پژوهش برای جمع آوری داده‌ها، ابتدا مراجعان که به کلینیک روانشناختی مراجعه کردند، توسط روانپزشک تشخیص اختلال افسردگی را گرفته و سپس کلیه آزمودنی‌ها

جدول ۱: محتوای جلسات مداخله

جلسه	محتوا
اول	جلسه معارفه و آشنایی با قوانین گروهی جلسه و ایجاد ارتباط که در این جلسه ضمن آشنایی آزمودنی‌ها، با یک سری از مفاهیم روانشناختی از قبیل اضطراب، خلق پایین، افسردگی و تعاریف آنها آشنا می‌شوند تا بتوانند این احساس‌ها را از هم تمییز دهند.
دوم	افسردگی و پیامدهای آن و آشنایی با نظریات شناختی. در این جلسه آزمودنی‌ها باید مفهوم افسردگی، تأثیر شناخت بر خلقیات، کنترل فعال افسردگی و راه‌های آرام سازی عضلانی و مدیریت تنش را بدانند.
سوم	مهارت‌های شناختی و آشنایی با مفهوم مشاوره رفتار کاربردی (Applied Behavior Consultants) آموزش داده شد.
چهارم	تمرکز شناختی و به کارگیری عملی مشاوره رفتار کاربردی در این جلسه آزمودنی‌ها باید بتوانند، عقاید و برداشت‌های احساسی و افکار ناسالم خود را در رابطه با دیگران با استفاده از مشاوره رفتار کاربردی متمایز سازند و همچنین راه‌های گفتگوی درونی را به کارگیرند.
پنجم	بتواند خوش بینی و سبک تئینی خود را با توجه به سه خصیصه تداوم، فراگیر بودن و شخصی‌سازی بسنجد.
ششم	ارزیابی و به کار بردن آموزش‌های آموخته شده در مسائل زندگی صورت گرفت.
هفتم	حل مسئله را بیاموزد.
هشتم	کاربرد حل مسئله در راهبردهای مقابله‌ای در مسائل مختلف بررسی و مورد آزمایش قرار داده شد.
نهم	ارزیابی کلی درمانگر از وضعیت کلی آزمودنی‌ها در به کارگیری آموخته‌ها مورد بررسی قرار گرفت.
دهم	اجرای پس از آزمون.

## یافته‌ها

یک از افراد شرکت کننده ازدواج مجدد نداشتند. به منظور مقایسه میانگین ناامیدی و سلامت روان در ۲ گروه کنترل و آزمایش از آزمون T مستقل استفاده گردید.

نتایج جدول ۲، تفاوت مشاهده شده بین میانگین دو گروه کنترل و آزمایش بر اساس آزمون t با مقدار (۰/۳۱۹) (P = ۰/۴۱۲) است. بنابراین، شرط اساسی برای اجرای یک آزمایش که عدم تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش است وجود داشت. همچنین تفاوت مشاهده شده بین میانگین دو گروه کنترل و آزمایش پس از مداخلات بر اساس آزمون T با مقدار (۰/۷۰۰) (P = ۰/۰۰۴) بیانگر این است که تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود دارد.

نتایج جدول ۳، تفاوت مشاهده شده بین میانگین دو گروه کنترل و آزمایش بر اساس آزمون t با مقدار (۰/۳۲۱)

در این پژوهش ۳۶ نفر از زنان مبتلا به اختلالات افسردگی در محدوده سنی ۲۳ تا ۳۴ سال در کلینیک روانشناختی تحت درمان شناختی رفتاری به مدت ۱۰ جلسه قرار گرفتند که بعد از ریزش ۳۲ نفر (۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه کنترل) رسیدند. میانگین سنی گروه آزمایش ۳۱/۵۱ ± ۲۸/۶۷ و میانگین سنی گروه کنترل ۳۱/۲۰ ± ۲۹/۱۹ سال بود.

بیشتر افراد شرکت کننده ۳۸/۵۹ درصد در طی سه سال اخیر از همسرشان جدا شده بودند و ۳۱/۲۵ درصد از گروه آزمایش فرزند داشتند و ۲۵ درصد از شرکت کنندگان گروه کنترل نیز دارای فرزند بودند که فرزندان هر دو گروه به خاطر سن کمتر از ۹ سال بیشتر در کنار مادرانشان بودند. ۱۸/۷۵ درصد از شرکت کنندگان گروه آزمایش شاغل و ۲۵ درصد از گروه کنترل نیز دارای شغل پاره وقت بودند. هیچ

کنترل و آزمایش پس از مداخلات بر اساس آزمون T با مقدار (۰/۶۱۴).  $P = ۰/۰۰۹$  بیانگر این است که تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود دارد.

است. بنابراین، شرط اساسی برای اجرای یک آزمایش که عدم تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش است وجود داشت همچنین تفاوت مشاهده شده بین میانگین دو گروه

جدول ۲: مقایسه میانگین ناامیدی دو گروه کنترل و آزمایش پیش و پس از مداخلات درمانی

مراحل آزمایش	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	T	P-value
پیش آزمون				-۰/۳۱۹	۰/۴۱۲
کنترل	۱۶	۷/۰۵	۱/۳۴		
آزمایش	۱۶	۸/۳۴	۱/۰۲		
پس آزمون				-۰/۷۰۰	۰/۰۰۴
کنترل	۱۶	۷/۱۷	۱/۴۸		
آزمایش	۱۶	۵/۰۵	۰/۹۶۳		

جدول ۳: مقایسه میانگین سلامت عمومی دو گروه کنترل و آزمایش پیش و پس از مداخلات درمانی

مراحل آزمایش	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	T	P-value
پیش آزمون				-۰/۳۲۱	۰/۳۲۴
کنترل	۱۶	۱۳/۴۸	۲/۳۵		
آزمایش	۱۶	۱۴/۹۱	۲/۹۸		
پس آزمون				-۰/۶۱۴	۰/۰۰۹
کنترل	۱۶	۱۲/۴۱	۲/۳۹		
آزمایش	۱۶	۷/۰۷	۱/۴۷		

## بحث

Lesster نشان می‌دهد که افکار غیرمنطقی با افسردگی و افکار خودکشی گرایانه رابطه دارد [۲۹]. در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که عوامل روان شناختی، اجتماعی و رفتاری به خصوص نظام باور بیمار و نگرش‌های او درمورد افسردگی و مهار آن بیش از عوامل فیزیولوژیکی و جسمی با بروز افسردگی و تداوم آن در این دسته از بیماران مرتبط است. از آنجا که هدف درمان‌های شناختی رفتاری کمک به بیماران برای دستیابی به برداشت منطقی و نیز درک درستی از توانایی‌هایشان است، نقش سودمندی در درمان افسردگی خواهد داشت. به کمک درمان‌های شناختی رفتاری بسیاری از تحریف‌های شناختی مورد هدف قرار گرفته و احساس یا تعدیل شده و یا به طور آرمانی به کلی تغییر یابند. همچنین در تبیین این یافته‌ها می‌توان به تأثیر فعال سازی رفتاری بر کاهش افسردگی نیز اشاره نمود. در فعال سازی رفتاری به عنوان جوهره درمان شناختی رفتاری بیمار یاد می‌گیرد به اجزا رفتارهای سودمند خود توجه نماید و به آن‌ها ارزش بدهد. بنابراین، می‌توان استدلال نمود که توجه به هیجان‌ات و نگرش‌های منفی راه انداز خلق افسرده همراه با تقویت رفتارهای فعال و کارآمد فرد افسرده را با هدف افزایش خودکارآمدی، و در نهایت منجر به خلق ناشاد به خلق متعادل می‌گردد [۳۰]. در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان به دلایل گوناگونی اشاره کرد یک دلیل کلی، به آثار مفید گروه درمانی در مقایسه با درمان انفرادی بر می‌گردد. گروه درمانی به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی مؤثری را بیاموزند، سپس آموزه‌هایشان را روی دیگر اعضای گروه امتحان کنند [۳۱]. آنان از مشاهده مشکلات دیگران که مشابه یا شاید شدیدتر از مشکلات خودشان است، احساس راحتی و دلگرمی می‌کنند [۳۲].

در این مطالعه از آموزش تلفیقی "درمان عقلانی-عاطفی آلیس" و "آموزش خوشبینی سلیگمن" بر سلامت عمومی و کاهش ناامیدی در زنان مطلقه مبتلا به اختلال نیمه‌بالینی افسردگی طراحی شده است. نتایج پژوهش فعلی، حاکی از آن است که درمان‌های شناختی رفتاری، میزان ناامیدی در زنان را به طور معناداری کاهش داده است. در همین راستا در پژوهشی که Kolves همکاران [۲۳]، به بررسی تفاوت نگرش در نظام باور بیماران بستری خودکشی‌گرا و غیر خودکشی‌گرا پرداخته است به این نتیجه رسیدند که بیماران خودکشی‌گرا ناامیدتر بوده و شواهد بیشتری دال بر نگرش‌های مختل و باورهای غیر منطقی از خود نشان و همکاران می‌دهند و علاوه بر آن در بیماران افسرده سلامت جسمانی و روانی همواره پایین‌تر از سایر افراد بوده است [۲۳]. Beck و همکاران [۲۴] نیز نشان دادند که "درمان عقلانی-عاطفی آلیس" و "آموزش خوشبینی سلیگمن" نسبت به درمان دارویی تأثیر بیشتری بر بهبود ناامیدی و خودپنداره افراد افسرده ایجاد می‌کند و منجر به کاهش سلامت عمومی می‌گردد. همچنین در پژوهش‌های دیگر مشخص شده است که افراد با افکار خودکشی‌گرا بیشتر تفکر دوقطبی دارند و سبک اسنادی آن‌ها بیشتر به صورت بیرونی، کلی و ثابت باشد و در مهارت‌های حل مسئله مشکل داشته و ناامیدتر باشند [۲۵-۲۷]. نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد آموزش تلفیقی "درمان عقلانی-عاطفی آلیس" و "آموزش خوشبینی سلیگمن" میزان افسردگی و مولفه‌های افسردگی را کاهش داده است که با پژوهش تقی پور [۲۸]، مطابقت دارد. وی در پژوهشی در رابطه با تأثیر مشاوره گروهی با شیوه عقلانی بر کاهش میزان افسردگی، کاهش میزان افسردگی در گروه آزمایش را نشان داده است، همچنین پژوهش

افسردگی، تنش و ناامیدی بیماران تأثیر بگذارند که تحت کنترل پژوهشگر نبودند.

### سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از طرح پژوهش خانم دکتر نرگس زمانی در رشته روانشناسی سلامت با نظارت آقای دکتر حسن رضایی جمالوئی است. پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.Z.REC.1395.026 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد است. بدین وسیله از کلیه بیماران شرکت کننده در این پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

### References

1. Lambert KG. Rising rates of depression in today's society: consideration of the roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. *Neurosci Biobehav Rev.* 2006;30(4):497-510. doi: 10.1016/j.neubiorev.2005.09.002 pmid: 16253328
2. Organization WH. Suicide data. World Health Organization; 2003.
3. SadockBJ S. Synopsis of psychiatry behavior and science clinical psychiatry. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.
4. Abt KL, Goss FL, Abt JP, Sward K, Day RD, Thase M, et al. The Effects of a Group Exercise Intervention in the Adjunctive Treatment of Depression. *Med Sci Sports Exerc.* 2006;38(Supplement):S99. doi: 10.1249/00005768-200605001-01337
5. Scott T. Treating adult depression in rural areas through video conference: Ph. D. Dissertation. Walach University, College of psychology, 2008: 18-21.
6. Zamani N, Farhadi M, Jamilian H, Habibi M. [Effectiveness of dialectical behavior group therapy on expulsive ange]. *J Arak Univ Med Sci.* 2015;18(101):35-44.
7. Behzadfar F, Khani H, Arabkhazaeli N, Najafi M, Izadi F. [The effect of cognitive behavior therapies on the tendency of women's suffering mood disorders based on frustration and depression indicators]. *J Psychol Clin Psychiatry.* 2015;3(4):1-6.
8. Sadock B, Sadock V. Synopsis of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
9. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol.* 1991;100(4):569-82. doi: 10.1037//0021-843x.100.4.569 pmid: 1757671
10. Watkins E, Teasdale JD. Rumination and overgeneral memory in depression: effects of self-focus and analytic thinking. *J Abnorm Psychol.* 2001;110(2):353-7. doi: 10.1037/0021-843x.110.2.333 pmid: 11358029
11. Alavi K, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi S, Salehi Fadardi J. [Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university student]. *J Fundamentals Ment Health.* 2011;13(2):124-35.

### نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که "درمان عقلانی- عاطفی آلیس" و "آموزش خوشبینی سلینگمن" به عنوان روش درمانی مؤثری در سلامت عمومی و ناامیدی اختلال افسردگی محسوب می‌گردد.

بر اساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود که نتایج حاصل جهت اطلاع و بهره برداری به مراکز مشاوره، و بیمارستان‌ها، اعلام گردد و این درمان مورد اجرا قرار بگیرد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به نمونه‌گیری اولیه و در دسترس و وجود برخی عوامل مانند طلاق اشاره کرد که می‌توانند روی

12. Chew CE. The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults: A multiple baseline design: University of Denver; 2006.
13. Zamani N, Farhadi M, Jamilian H. The Effectiveness of Dialectical Behavior Group Therapy on Expulsive Anger and Impulsive Behaviors: Hamedan: Islamic Azad university; 2012.
14. Ellis AE, Grieger RM. Handbook of rational-emotive therapy, Vol. 2: Springer Publishing Co; 1986.
15. Seligman ME, Peterson C, Kaslow NJ, Tanenbaum RL, Alloy LB, Abramson LY. Attributional style and depressive symptoms among children. *J Abnorm Psychol.* 1984;93(2):235-8. doi: 10.1037//0021-843x.93.2.235 pmid: 6725758
16. Goldberg DP. User's guide to the General Health Questionnaire. *J Abnorm Psychol.* 1988;106(9):235-8.
17. Malekooti SK, Mirabzadeh A, Fathollahi P, Salavati M, Kahali S, Afkham Ebrahimi A, et al. Reliability, Validity and Factor Structure of the GHQ-28 in Iranian Elderly. *Iranian J Ageing.* 2006;1(1):11-21.
18. Kazdin AE, Rodgers A, Colbus D. The hopelessness scale for children: psychometric characteristics and concurrent validity. *J Consult Clin Psychol.* 1986;54(2):241-5. doi: 10.1037//0022-006x.54.2.241 pmid: 3700812
19. Tatrow K, Montgomery GH. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *J Behav Med.* 2006;29(1):17-27. doi: 10.1007/s10865-005-9036-1 pmid: 16400532
20. Coopersmith S. The Antecedents of Self-esteem. San Francisco: Freeman; 1967.
21. Matson JL, Rotatori AF, Helsel WJ. Development of a rating scale to measure social skills in children: the Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behav Res Ther.* 1983;21(4):335-40. doi: 10.1016/0005-7967(83)90001-3 pmid: 6626104
22. Aliakbari Dehkordi M, Mohtashami T. The Study of Psychometric Characteristics of Children Hopelessness Scale. *Clin Psychol Pers.* 2018;16(1):213-22.
23. Kolves K, Ide N, De Leo D. Suicidal ideation and behaviour in the aftermath of marital separation: gender differences. *J Affect Disord.* 2010;120(1-3):48-53. doi: 10.1016/j.jad.2009.04.019 pmid: 19428116
24. Cheung YB, Law CK, Chan B, Liu KY, Yip PS. Suicidal ideation and suicidal attempts in a population-based study of Chinese people: risk attributable to hopelessness,

- depression, and social factors. *J Affect Disord.* 2006;90(2-3):193-9. doi: [10.1016/j.jad.2005.11.018](https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.11.018) pmid: [16406046](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16406046/)
25. Stewart ME, Donaghey C, Deary IJ, Ebmeier KP. Suicidal thoughts in young people: Their frequency and relationships with personality factors. *Pers Individ Differences.* 2008;44(4):809-20. doi: [10.1016/j.paid.2007.10.018](https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.10.018)
26. Kaltenthaler E, Parry G, Beverley C, Ferriter M. Computerised cognitive-behavioural therapy for depression: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2008;193(3):181-4. doi: [10.1192/bjp.bp.106.025981](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025981) pmid: [18757972](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18757972/)
27. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*: Penguin; 1979.
28. Taghipour A. Rational approach with emotional impact on reducing depression group counseling to students.: Allameh Tabatabayi University; 2008.
29. Richardson T, Stallard P, Velleman S. Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2010;13(3):275-90. doi: [10.1007/s10567-010-0069-9](https://doi.org/10.1007/s10567-010-0069-9) pmid: [20532980](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20532980/)
30. Richard S. *Theories of Psychotherapy and Counseling*. Tehran: Rasa Cultural Services; 1997.
31. Atkinson L, Vile A. Unravelling the Complex Regional Pain Syndrome Enigma. *Pain Med.* 2019. doi: [10.1093/pm/pnz150](https://doi.org/10.1093/pm/pnz150) pmid: [31348512](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31348512/)
32. Miyazaki I, Asanuma M. Dopaminergic neuron-specific oxidative stress caused by dopamine itself. *Acta Medic Okayama.* 2008;62(3):141-50.