

# اثربخشی آموزش مثبت نگری بر افسردگی دانش آموزان مبتلا به هموفیلی در شهر

## زاهدان

آناهیتا ویسی<sup>۱\*</sup>، محمدصادق حیدری<sup>۲</sup>، محمدعلی فردین<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان، زاهدان، ایران. (نویسنده مسئول).

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان، زاهدان، ایران.

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان، زاهدان، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روانشناسی و علوم تربیتی، دوره پنجم، شماره هجدهم، تابستان ۱۴۰۲، صفحات ۳۱۰-۳۲۰

### چکیده

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی آموزش مثبت نگری بر افسردگی دانش آموزان مبتلا به هموفیلی در شهر زاهدان انجام شد. این پژوهش، از نوع مداخله‌ای نیمه تجربی همراه با گروه آزمایش و گواه بود. آزمودنی‌ها در مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و یک پیگیری دوماهه مورد ارزیابی قرار گرفتند. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان متوسطه دوره اول و ابتدایی دوره دوم مبتلا به هموفیلی و عضو انجمن هموفیلی زاهدان در سال ۱۴۰۱ بود. پس از غربالگری، ۶۰ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفره آزمایش و گواه گمارده شدند. ابزار پژوهش آزمون افسردگی کودکان و نوجوانان (C.A.D.S) بود. آموزش مثبت نگری در طی ۸ جلسه (هر هفته دو جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای) و آزمون پیگیری نیز دو ماه پس از پایان آموزش‌ها برگزار شد. اطلاعات به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاکی از تأثیر معنادار آموزش مثبت نگری در کاهش افسردگی بیماران هموفیلی و نیز مؤید ثبات این روان‌درمانی در مرحله پیگیری بود؛ بنابراین در حوزه درمان با تأکید بر لزوم استفاده از درمان‌های روان‌شناختی جدید و مؤثر می‌توان از مثبت نگری با توجه به ماهیت و کارکرد آن استفاده کرد.

کلیدواژه: مثبت نگری، افسردگی، هموفیلی، دانش آموزان.

## مقدمه

هموفیلی<sup>۱</sup> یک بیماری مزمن ناتوان کننده و اختلال انعقادی ارثی همراه با عوارض متعدد می باشد که از دوره کودکی هنگام ختنه نوزادان یا جراحی ها با خونریزی های زیاد مشخص می شود (پونت<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ رودریگز مرچان<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). این بیماری بر اثر کمبود یا فقدان برخی از فاکتورهای انعقادی در خون به وجود می آید و بسته به میزان فاکتور انعقادی موجود در خون، شدت بیماری متفاوت خواهد بود و منجر به بروز خونریزی های شدید و خودبه خودی می گردد (لی مورتسن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ کارگرفرد و همکاران، ۱۳۹۰). خونریزی ها بیشتر شامل خونریزی مفصلی<sup>۵</sup> (به ویژه مفاصل زانو، مچ پا و آرنج)، داخل جمجمه ای و خونریزی های پس از عمل می باشند (حسینی و همکاران، ۱۳۹۲). خونریزی های غیرمنتظره مکرر و شدید، محدودکننده حرکت، پیش بینی کننده مشکلات عاطفی و تهدیدکننده حیات هستند و در افسردگی<sup>۶</sup> این بیماران مؤثرند (گودینگ<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

با توجه به اینکه این بیماران نیازمند مراقبت داخل منزل و یا مراقبت های خاص پزشکی می باشند (اینازو<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۷؛ جعفری و همکاران، ۱۳۹۵)، به طور قابل توجهی فعالیت های طبیعی کودک و نوجوان و زندگی مراقبان آن ها تحت تأثیر قرار می گیرد (کورتسی<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۲؛ رامبد و همکاران، ۲۰۱۶) و از طرفی باعث بروز علائم دارویی، بی حرکتی، غیبت های مکرر از مدرسه، ترک تحصیل می شود (اینازو و همکاران، ۲۰۱۷؛ سیدونیو<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۷؛ خانعلی مجن و همکاران، ۱۳۹۱). علاوه بر این، بیماری هموفیلی هزینه های اقتصادی زیادی را بر افراد و جامعه تحمیل می کند و از منابع عمده ی تنیدگی تلقی می شود (رزنده<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین درمان خاص این بیماری که در بسیاری از بیماران ظاهر جسمانی نامناسب ایجاد کرده است، می تواند در احساس خوشبختی و خوب زیستن اختلال ایجاد کند و کیفیت روابط فرد بیمار با دیگران را تحت تأثیر قرار دهد. مجموعه ای از این عوامل افسردگی را تشدید می کند (رودریگز مرچان، ۲۰۲۰).

افسردگی شایع ترین اختلال خلقی و یکی از علل عمده ی ناتوانی ها است (لیم<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ چوی<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). علت دقیق میزان بالای افسردگی در بیماران ناشناخته است و ترکیبی از فاکتورهای روانی اجتماعی، نورولوژیکی و مرتبط با بیماری احتمالاً دخیل هستند. البته منابع علمی، بیشتر به علائم و نشانه های نورولوژیک بیماری هموفیلی توجه دارند تا جنبه های

<sup>1</sup> Hemophilia

<sup>2</sup> Punt

<sup>3</sup> Rodriguez-Merchan

<sup>4</sup> Lee Mortensen

<sup>5</sup> Haemarthrosis

<sup>6</sup> Depression

<sup>7</sup> Gooding

<sup>8</sup> Iannazzo

<sup>9</sup> Cortesi

<sup>10</sup> Sidonio

<sup>11</sup> Rezende

<sup>12</sup> Lim

<sup>13</sup> Choi

روانی-اجتماعی آن، که بیماران مبتلا به هموفیلی از آن رنج می‌برند. علاوه بر آسیب‌های نورولوژیک، افسردگی نیز می‌تواند نقص‌های شناختی بیماران را ایجاد یا تشدید کند (دهقانی و همکاران، ۱۳۹۲).

باین‌حال مطالعات پراکنده‌ای در این زمینه در نقاط مختلف جهان انجام شده است. درصد بالایی از بیماران از افسردگی، اضطراب و استرس متوسط تا شدیدی رنج می‌برند (پورمنصوری و همکاران، ۱۳۹۵)؛ و بررسی‌های اخیر از شیوع بالای ۳۳ درصد افسردگی در بیماران خبر می‌دهد (چتورودی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۷؛ دیکسون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). تحقیقات در ایران نشان داده است که افسردگی در ۴۷ درصد از بیماران وجود دارد و بیماران به علت طبیعت مزمن بیماری، دوره درمان طولانی، انتظار مرگ زودرس، تغییر وضعیت ظاهری، احساس محرومیت، واکنش خانواده، جامعه و دوستان دچار مشکل می‌شوند (هوشمندی و همکاران، ۱۳۹۴). میزان شیوع اختلال افسردگی اساسی و رفتار خودکشی<sup>۳</sup> در کودکان و نوجوانان بیمار هموفیلی که به‌طور تصادفی انتخاب شدند نشان داد که یک سوم از کودکان و نوجوانان از تحریک‌پذیری رنج می‌بردند. حدود ۳۶ درصد از افراد حداقل یک‌بار آرزوی مرگ را در طول ۶ ماه گذشته داشتند. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که افسردگی و آرزوی مرگ بیماران هموفیلی در مقایسه با تالاسمی بالاتر است؛ بنابراین حمایت‌های روانی و اطمینان از سلامت روان برای کودکان و نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن حائز اهمیت است (غنی زاده و همکاران، ۱۳۸۷).

یکی از روش‌هایی که می‌تواند با توجه به سن و خصوصیات کودکان و نوجوانان در کاهش افسردگی مؤثر باشد، آموزش مثبت نگری<sup>۴</sup> است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که می‌توان مهارت‌های لازم جهت برخورداری از خوش‌بینی و مثبت نگری مبتنی بر واقعیت را به کودکان و نوجوانان آموزش داد (استوارت<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ سلینگمن و چیکزنت میهالی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰؛ گالوا<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۰) و آنان را در برابر مشکلات و مسائل ایمن‌سازی روانی کرد. مثبت نگری به معنای کاربرد مداخلاتی برای مقابله با افسردگی از طریق افزایش هیجانات مثبت، بالا بردن سطح درگیری مثبت در زندگی و افزایش معنا در زندگی است. افراد دارای مثبت نگری تمایل دارند بیشتر بر شایستگی‌ها و آنچه از آن برخوردارند توجه کنند، نه بر احتمال شکست (جی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد روانشناسی مثبت‌گرا می‌تواند مقاومت افراد را در برابر بیماری‌ها افزایش دهد (لو<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۲؛ یانگ<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهش‌های پیشین اثربخشی مثبت نگری را در متغیر کاهش افسردگی (دانش و همکاران، ۱۳۹۹؛ عبیری و همکاران، ۱۴۰۱) بررسی کرده‌اند و اثربخشی مثبت نگری بر روی گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است، اما پژوهشی در خصوص اثربخشی مثبت نگری بر بیماران هموفیلی و مخصوصاً دانش آموزان مبتلا به هموفیلی یافت نشد. از آنجایی که مطالعه‌ای تاکنون در

<sup>1</sup> Chaturvedi

<sup>2</sup> Dixon

<sup>3</sup> Suicide

<sup>4</sup> Optimism training

<sup>5</sup> Stewart

<sup>6</sup> Seligman & Csikszentmihalyi

<sup>7</sup> Galvão

<sup>8</sup> Ji

<sup>9</sup> Lu

<sup>10</sup> Yeung

ایران اثربخشی مثبت نگری را بر افسردگی دانش آموزان بیمار هموفیلی بررسی نکرده است، تا بر اساس این مطالعه باعث تمرکز بیشتر مسئولین امر مخصوصاً آموزش و پرورش و علوم پزشکی در جهت برنامه ریزی درست با توجه به نیازهای خاص دانش آموزان بیمار شود، در نتیجه پژوهش کنونی در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا مداخله مثبت نگری می تواند بر افسردگی دانش آموزان مبتلا به هموفیلی در شهر زاهدان مؤثر باشد؟

### روش پژوهش

این پژوهش از نوع کار آزمایشی بالینی به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون، پیگیری و با دو گروه آزمایش و گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان متوسطه دوره اول و ابتدایی دوره دوم مبتلا به هموفیلی و دارای پرونده در انجمن هموفیلی زاهدان در سال ۱۴۰۱ بود. جهت تعیین حجم نمونه مورد نیاز پژوهش از جدول تدوین شده به وسیله کوهن<sup>۱</sup> (۱۹۸۶) استفاده شد. با توجه به دو گروه (آزمایشی و گواه) و میزان خطای ( $\alpha=0/05$ ) و حجم اثر  $0/50$  و توان آزمون  $0/97$ ، نمونه مورد نیاز ۳۰ نفر انتخاب شد (سرمد و همکاران، ۱۴۰۲). از میان دانش آموزان مبتلا به هموفیلی مراجعه کننده به انجمن هموفیلی ۶۰ نفر که نمرات افسردگی آنان در آزمون افسردگی کودکان و نوجوانان بالاتر از نقطه برش متوسط (۸ و بالاتر) بودند به شیوه در دسترس و داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و گروه کنترل (۳۰ نفر) تقسیم شدند. با توجه به عدم حضور یک نفر از جلسه سوم در جلسات درمانی گروه آزمایش و عدم دسترسی به دو نفر در گروه گواه، نمونه پژوهش شامل ۵۷ نفر، ۲۹ نفر گروه آزمایش و ۲۸ نفر در گروه کنترل (یا گروه در انتظار درمان) کاهش یافت و داده ها با توجه به این تعداد تجزیه و تحلیل شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: مبتلا به هموفیلی بر اساس تشخیص پزشکی و آزمایش های موجود در پرونده، سکونت در شهر زاهدان، اشتغال به تحصیل در مدارس متوسطه دوره اول و ابتدایی دوره دوم، توانایی همکاری و اجرای برنامه، طبق نظر پزشک عدم ابتلا به بیماری دیگری به جز هموفیلی و قرار نداشتن تحت مداخلات روان شناختی دیگر می باشد. جهت جمع آوری اطلاعات از آزمون افسردگی کودکان و نوجوانان جان بزرگی (۱۳۸۷) و پروتکل روان درمانی مثبت گرا سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵) استفاده شد. **آزمون افسردگی کودکان و نوجوانان (C.A.D.S):** این آزمون توسط جان بزرگی در سال ۱۳۸۷ ساخته شده است (جان بزرگی، ۱۳۸۷). مقیاس افسردگی کودکان و نوجوانان بر اساس نیاز بالینی به ابزاری که تا حد ممکن همه جانبه نگر باشد تدارک دیده شده است. در ساخت این مقیاس ابتدا محورهای بزرگ نظریه پردازان روان شناسی بالینی در زمینه افسردگی کودک و نوجوان مورد واریسی قرار گرفته است و ملاک های افسردگی استخراج شده است (از جمله بارلو دوران، تولان گلاسه، واینر، مالم کونیست، بیکوین) که شامل ۴۲ نشانه ی بیماری است. البته اغلب آن ها با هم هم پوشانی داشته و تقلیل یافته است؛ سپس ملاک هایی که بیشترین هم پوشانی یا تکرار را در نظریه های مختلف به خود اختصاص داده اند استخراج و با ملاک های DSM<sup>۲</sup>-5 برای افسردگی مقایسه شده و سپس فهرستی شامل ۱۲ مقوله مختلف به شرح ذیل تهیه گردیده است.

<sup>1</sup> Cohen

<sup>2</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders

نشانه‌های منفرد به صورت یک مقوله با عنوان سؤالات اضافی در پایان مقیاس گنج‌نیده شده که می‌توان آن‌ها را به عنوان نشانه‌های فرعی تلقی کرد. روایی آزمون از طریق ارجاع موارد مقیاس به ۱۰ متخصص بالینی کودک و نوجوان سنجیده شده است و پس از تغییرات لازم بر روی ۱۵۴۶ نفر کودک ایرانی (سن ۷ تا ۱۸ سال) اجرا شده و نرم به دست آمده است. ضریب آلفا یا اعتبار آزمون با روش آلفای کرونباخ معادل ۸۶/۱۶ درصد است. نمره‌گذاری براساس روش لیکرت از ۰ تا ۴، برای محورهای ۱ تا ۱۲ و برای سؤالات اضافی به صورت بله و خیر (۰ و ۱) طراحی شده است. مجموع نمرات مربوط به سؤالات اضافی تقسیم بر عدد ۹ می‌شود و سپس این نمره با نمره‌ی ۱۲ محور اصلی جمع می‌شود. کل نمره با مقیاس تراز شده برای جامعه مورد مطالعه (کودکان و نوجوانان شاغل تحصیل در سطح شهر تهران از ۷ تا ۱۸ سال) مورد مقایسه و جایگاه فرد از نظر میزان افسردگی مشخص می‌گردد. مطابق جدول شماره ۱، خلاصه ساختار و محتوای جلسات درمانی بر اساس پروتکل درمانی مثبت نگری سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵) قابل مشاهده می‌باشد.

جدول ۱. خلاصه ساختار و محتوای جلسات درمانی مثبت نگری

جلسه	موضوع	محتوا و فعالیت‌های هر جلسه	تکلیف
اول	ایجاد ارتباط اولیه	ایجاد ارتباط اولیه، معارفه و مصاحبه، بیان قوانین جلسات، بیان اهداف، بحث کلی در مورد خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی با هدف ایجاد آمادگی ذهنی برای تقویت تفکر سالم و مثبت	یادداشت نقاط قوت خود
دوم	بررسی عوامل مؤثر بر زندگی سالم	بررسی و صحبت درباره نحوه استفاده از نقاط قوت اعضا	یادداشت نقاط قوت خود از دید دیگران و شناسایی توانمندی‌های خود
سوم	بازسازی شناختی	بحث و گفتگو درباره‌ی سپاس‌گزاری و ارائه فعالیت‌های تکمیلی	نوشتن نامه سپاس‌گزاری به دوستان و ایجاد هیجان مثبت و ذکر نعمت‌ها
چهارم	آموزش مثبت‌نگری	آموزش مثبت‌نگری و کشف ویژگی‌های مثبت، بحث و گفتگو درباره‌ی تجربه لذت بردن از زمان حال با تمرکز بر آن	لذت بردن از زمان حال و ثبت تجارب شیرین خود در هفته‌ی اخیر
پنجم	افزایش افکار و خودگرایی‌های مثبت	بحث و گفتگو درباره‌ی پاسخ‌دهی سازنده و فعال و ایجاد تعامل با افراد	آموزش سبک پاسخ‌دهی و بهبود روابط با دیگران
ششم	بازخوردهای مثبت	گفتگو درباره‌ی ویژگی‌های شخصیتی و ارزش‌هایی که فرد دوست دارد	توانایی‌هایی که در طول هفته به آن دست می‌یابند، به لیست خود اضافه کنند
هفتم	بیان اهمیت نسبی نقاط قوت	بیان نقاط قابل اتکالی که فرد در تجارب خوشایند از آن‌ها استفاده کرده و ارزش‌هایی که فرد دوست دارد در آینده اطرافیان به او نسبت دهند	جمع‌آوری ویژگی‌های مثبتی که تاکنون در مورد خود به آن دست یافته‌اند و افزایش امید
هشتم	جمع‌بندی بیان احساسات	بحث اختتامیه، مرور جلسات، دریافت بازخورد و تمرین توانایی‌های کسب‌شده	افزایش هیجان‌های مثبت، تعیین زمان اجرای پس‌آزمون، تقدیر و تشکر

پس از کسب مجوز از اداره کل آموزش و پرورش و ارائه به معاونت سلامت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، به انجمن هموفیلی مراجعه نموده و با موافقت مسئولین انجمن، پژوهشگر به محیط پژوهش وارد شد. سپس با ارائه توضیحات پیرامون اهداف پژوهش و اهمیت آن و محرمانه ماندن اطلاعات کسب‌شده به شرکت‌کنندگان، رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه توسط بیماران جهت شرکت در پژوهش تکمیل گردید و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات مربوط به آن‌ها به صورت کاملاً محرمانه و بدون نام مورد بررسی قرار خواهد گرفت و در نهایت به صورت کلی (نه موردی) گزارش خواهد شد. همچنین به مسئولین انجمن پیرامون آگاه شدن آنان از نتایج پژوهش اطمینان داده شد. متغیر مستقل آموزش مثبت نگری بود که فقط در گروه آزمایش اعمال شد و تأثیر آن بر نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش نسبت به گروه در انتظار درمان مورد مقایسه قرار گرفت، گروه آزمایش ۸ جلسه

درمان مثبت نگری را در عرض ۴ هفته (هر هفته دو جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای) دریافت کردند و طی این زمان گروه گواه، آموزشی دریافت نکردند و پس از پایان مداخله، هر دو گروه همزمان پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند و آزمون پیگیری نیز دو ماه پس از پایان آموزش‌ها برگزار شد. لازم به ذکر است گروه کنترل پس از اتمام پژوهش، جلسات مثبت نگری را به همراه پکیج آموزشی دریافت کردند.

#### یافته‌ها

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی در آزمون به تفکیک گروه‌ها

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۲۹	۱۸,۲۰۶	۳,۹۴۹
پس‌آزمون	۲۹	۱۴,۳۷۰	۴,۰۰۴
پیگیری دوماه	۲۹	۱۴,۲۷۰	۳,۸۱۶
پیش‌آزمون	۲۸	۱۸	۴,۵۵۴
پس‌آزمون	۲۸	۱۷,۷۸۵	۴,۷۵۵
پیگیری دوماه	۲۸	۱۷,۸۹۲	۴,۳۷۴

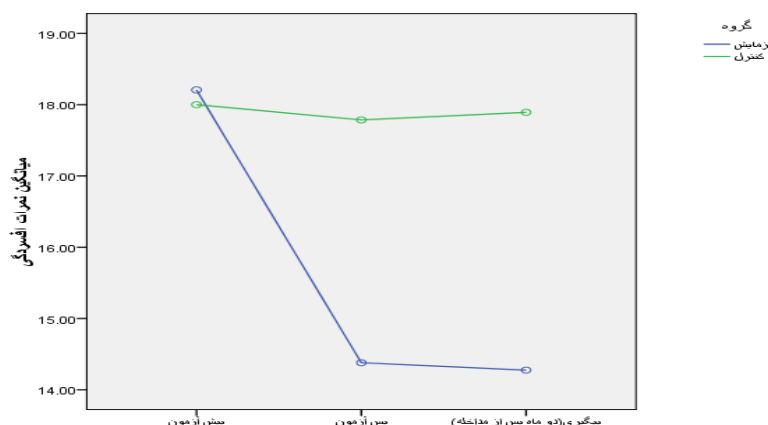
بر اساس نتایج جدول شماره ۲، میانگین و انحراف استاندارد افسردگی در سه مرحله ارزیابی به تفکیک گروه کنترل و مداخله قابل مشاهده می‌باشد. لازم به ذکر است میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش قبل از مداخله ۱۸,۲۰۶ بود و پس از مداخله به ۱۴,۳۷۰ کاهش یافته است و این کاهش نمرات افسردگی در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است، درحالی‌که میانگین نمره افسردگی در گروه کنترل، در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون تفاوت چشمگیری ندارد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر اثر بین گروهی و درون‌گروهی متغیر افسردگی

اثر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	مجدورات
بین گروهی	۵۴۶,۷۳	۱	۷۳,۵۴۶	۱۶۸,۴	۰,۴۶۰	۰,۷۰۰
زمان اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)	۰۰۹,۱۵۵	۶۸۶,۱	۹۱۹,۹۱	۵۱۶,۱۲۲	۰,۰۱۰	۶۹۷,۰
درون‌گروهی	۶۴۱,۱۳۱	۶۸۶,۱	۰۶۲,۷۸	۰۴۶,۱۰۴	۰,۰۱۰	۶۵۴,۰

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که عامل زمان اندازه‌گیری در متغیر وابسته افسردگی معنادار است؛ به عبارت دیگر کاهش نمرات افسردگی شرکت‌کنندگان در طی زمان پس‌آزمون و پیگیری با اندازه اثر ۰,۶۹۷ و همچنین تعامل زمان و گروه برای این متغیر با اندازه اثر ۰,۶۵۴ معنادار است. همچنین تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات افسردگی با اندازه اثر ۰,۰۷ معنادار است.

نمودار ۱. تغییرات نمرات آزمون متغیر وابسته در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری



تغییرات نمرات آزمون متغیر وابسته در سه زمان پیش آزمون (۱)، پس آزمون (۲) و پیگیری (۳) در نمودار شماره ۱ به خوبی مشهود است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بن فرنی برای متغیر افسردگی

پیش آزمون-پس آزمون		پیش آزمون-پیگیری		پیش آزمون-پس آزمون		متغیر وابسته
خطای معیار	تفاوت میانگین	خطای معیار	تفاوت میانگین	خطای معیار	تفاوت میانگین	افسردگی
۰,۱۱۵	-۰,۰۰۲	۰,۱۷۲	۲,۰۱۹**	۰,۱۵۵	۲,۰۲۱**	

به منظور بررسی معناداری تفاوت‌های مشاهده شده متغیر افسردگی، نتایج آن در جدول شماره ۴ گزارش شده است. نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین پس آزمون با پیش آزمون افسردگی معنادار است. از طرفی تفاوت میانگین آزمون پیگیری با پیش آزمون افسردگی نیز معنادار است، اما تفاوت آزمون پیگیری با پس آزمون افسردگی معنادار نیست. این نتایج بیانگر پایداری اثر آموزش مثبت نگری بر متغیر افسردگی در افراد گروه آزمایش در مرحله پیگیری است.

### بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش کنونی نشان داد که آموزش مثبت نگری در کاهش افسردگی دانش آموزان هموفیلی مؤثر و در پیگیری نیز این تأثیر پایدار بوده است. این یافته با یافته‌های سایر پژوهش‌ها که همگی حاکی از اثربخشی آموزش مثبت نگری در کاهش افسردگی است همخوان است (خدابخش و همکاران، ۱۳۹۴؛ لیوبومیرسکی و لیوس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳؛ سرجنت و مونگرین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). در تبیین اثربخشی این روش درمانی بر کاهش افسردگی بیماران هموفیلی می‌توان گفت این روش درمانی به عنوان رویکردی جدید در روانشناسی جهت کاهش افسردگی است. سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵) معتقدند که روانشناسی مثبت‌گرا علائم افسردگی را که عموماً شامل فقدان احساس مثبت، فقدان تعهد و درگیری و فقدان معنی در زندگی است را کاهش می‌دهد. با پذیرش این فرض می‌توان در درجه اول و به صورت مستقیم با ایجاد هیجانات مثبت، توانمندی‌های منشی و معنا دادن به زندگی فرد، افسردگی را به طور مؤثری درمان

<sup>1</sup> Lyubomirsky & Layous

<sup>2</sup> Sergeant & Mongrain

کرد. همچنین نکته مهم این است که تمرینات مثبت نگری به نحوی می باشد که خود فرد بدون نیاز به روانشناس و به تنهایی می تواند از آن بهره بگیرد و همین امر مؤید اثربخشی این روش درمانی در مرحله پیگیری می باشد (لایوس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱).

مداخلات مثبت نگری به دلیل افزایش هیجانات مثبت، افکار مثبت و رفتارهای مثبت باعث کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و احساس بهزیستی روان شناختی می گردد (لیوبومیرسکی و لیوس، ۲۰۱۳)، آموزش مثبت نگری به دلیل افزایش شادکامی سبب کاهش نگرش های منفی و ناکارآمد می شود (سرجنت و مونگرین، ۲۰۱۴؛ پترس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین مداخلات روانشناسی مثبت بر بالا رفتن بهزیستی روانی و جسمی مؤثر است و علاوه بر این به کاهش نشانگان افسردگی کمک می کند و مشکلات میان فردی و روانی را کاهش می دهد (شیتانوس دیجکاسترا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). عنصر اساسی مداخله روان درمانی مثبت نگر شامل آموزش مراجعان برای هدایت توجه به سمت هیجانات مثبت و ایجاد منابع مثبت است؛ به عبارت دیگر، افزایش هیجانات مثبت منجر به روش های سازگارانه تر پاسخ به موقعیت های دشوار می شود (خدابخش و همکاران، ۱۳۹۴).

بر اساس نتایج پژوهش می توان چنین استنباط نمود که آموزش مثبت نگری به منظور تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود، ارتباط مثبت با دیگران، مشکلات زندگی و نیز افزایش امید به زندگی، می تواند کمک کننده باشد. همچنین افراد می آموزند تا در جهان، موضعی فعال اتخاذ کنند و زندگی خود را امیدوارانه شکل دهند. در مجموع با توجه به نتایج پژوهش حاضر و سایر پژوهش ها به نظر می رسد، توجه به رویکردهای جدید روانشناسی همچون آموزش مثبت نگری با توجه به اثربخشی و کاربرد آن می تواند برای درمان اختلالات مؤثر باشد. با رویکرد درمانی مثبت نگر، دانش آموزان بیمار که با مشکلات آموزشی و جسمی مواجه هستند، می توانند زندگی آسان تر و بی دغدغه تری را تجربه کنند. در دنیایی که به سرعت در حال سپری شدن است، لذت بردن از زندگی و بالیدن به توانایی های خود بهتر از غبطه خوردن به نداشته ها و ناتوانی های خود است.

به رغم محدودیت های این پژوهش همچون محدود نمودن جامعه آماری به انجمن هموفیلی، عدم امکان برای انتخاب تصادفی نمونه آماری، پیشنهاد می گردد جهت تعمیم نتایج از رویکرد درمانی حاضر در درمان اختلالات روانی دیگر و در گروه های مختلف در قالب جلسات روان درمانی و کارگاه های آموزشی استفاده گردد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی بیمارانی که صادقانه در این پژوهش حضور داشتند، مسئولین محترم انجمن هموفیلی زاهدان و سرکار خانم دکتر محبوبه قویدل حیدری، مدیر محترم مرکز مشاوره بهارا زاهدان که در انجام این پژوهش مدد رساندند، تشکر و قدردانی می گردد.

<sup>1</sup> Layous

<sup>2</sup> Peters

<sup>3</sup> Schotanus-Dijkstra



## منابع

- عبیری بناب، ف؛ علیوندی وفا، م؛ خادمی، ع؛ جوانمرد، غ. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی مداخله مثبت نگر گروهی/فردی بر افسردگی مداوم دختران نوجوان بی سرپرست/بد سرپرست. *زن و مطالعات خانواده*، ۱۵ (۵۷)، ۱۳۵-۱۵۱.
- پورمنصوری، س؛ احمدی، م؛ شریعتی، ع. و کیخایی، ب. (۱۳۹۵). کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران بالای ۱۸ سال مبتلا به تالاسمی ماژور. *پژوهشی خون*، ۱۳ (۱)، ۷۲-۸۲.
- جان بزرگی، م. (۱۳۸۷). پرسشنامه کمک به افسردگی کودکان (CADS). تهران: پژوهشکده علوم رفتاری سینا.
- جعفری، س؛ محتشمی، ج؛ علایی کرهرودی، ف؛ منصوری، س؛ رسولی، م. (۱۳۹۵). بررسی حمایت اجتماعی درک شده و عوامل مرتبط با آن در نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن. *حیات*، ۲۲ (۱)، ۶۵-۷۸.
- حسینی، ف؛ جولایی، ح؛ ولزاده، ل؛ طبقچی اهری، ا؛ هاشمی میر و؛ ورمیزار، ژ. (۱۳۹۲). دانش نوجوانان مبتلا به هموفیلی درخصوص پیشگیری از عوارض بیماری هموفیلی. *فصلنامه پژوهشی خون*، ۱۰ (۴)، ۳۷۲-۳۸۶.
- خانعلی مجن، ل؛ عابدسعیدی، ژ؛ عشقی، پ؛ فراهانی، ح؛ عبدالله گرجی، ف؛ حبیب پناه، ب. و تهرانی طریقت، ش. (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی کودکان هموفیلی با و بدون درمان پروفیلاکسی در شهر تهران. *پرستاری و مامایی*، ۲۲ (۷)، ۳۹-۴۵.
- خدابخش، ر؛ خسروی، ز. و شاهنگیان، س. (۱۳۹۴). تأثیر روان درمانی مثبت بر علائم افسردگی و نقاط قوت شخصیت در بیماران مبتلا به سرطان. *پژوهش های روانشناسی مثبت گرا*، ۱ (۱)، ۳۵-۵۰.
- دانش، ف؛ مدنی، ی؛ میرشجاع، م. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مثبت نگر بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب در زنان باردار. *پیشرفت های نوین در روانشناسی. علوم تربیتی و آموزش و پرورش*، ۲۳ (۳)، ۹۸-۱۱۶.
- دهقانی، ع؛ محمدخان کرمانشاهی، س؛ معماریان، ر. (۱۳۹۲). بررسی شیوع فراوانی استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس. *نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز*، ۲ (۲)، ۸۲-۸۸.
- سرمد، ز؛ بازرگان، ع. و حجازی، ع. (۱۴۰۲). روش تحقیق در علوم رفتاری. نشر آگه: تهران.
- غنی زاده، ع. و بلیغ جهرمی، پ. (۱۳۸۷). افسردگی، اضطراب و رفتار خودکشی در کودکان و نوجوانان مبتلا به هموفیلی. *هموفیلی*، ۱۵ (۲)، ۵۲۸-۳۲.
- کارگرفرد، م؛ دهقانی، م. و حیدری، الف. (۱۳۹۰). تأثیر یک دوره ورزش درمانی در آب بر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به هموفیلی. *کومش*، ۱۲ (۴ (پیاپی ۴۰))، ۳۶۴-۳۷۱.
- هوشمند، ر؛ اکابریان، ش. و بحرینی، م. (۱۳۹۴). ارتباط حمایت اجتماعی و علائم افسردگی در بیماران تالاسمی ماژور در بوشهر در سال ۱۳۹۳. *پرستاری گروه های آسیب پذیر*، ۲ (۴)، ۱-۱۴.
- Chaturvedi, S., Clancy, M., Schaefer, N., Oluwole, O., & McCrae, K. R. (2017). Depression and post-traumatic stress disorder in individuals with hereditary hemorrhagic telangiectasia: A cross-sectional survey. *Thrombosis research*, 153, 14-18.
- Choi, E. P. H., Hui, B. P. H., & Wan, E. Y. F. (2020). Depression and anxiety in Hong Kong during COVID-19. *International journal of environmental research and public health*, 17(10), 3740.
- Cortesi, P. A., Rocino, A., Preti, D., Fragomeno, A., Cucuzza, F., Ceresi, N., ... & Mantovani, L. G. (2022). Haemophilia management and treatment: An Italian survey on patients', caregivers' and clinicians' point of view. *Haemophilia*, 28(2), 254-263.

- Dixon, K. E., Mahoney, C. T., & Samuelson, K. W. (2022). Ongoing traumatic stress during a global pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- Galvão, A., Neves de Jesus, S., Pinheiro, M., & Viseu, J. (2020). The dimensions of happiness within the Oxford happiness questionnaire: Developing a valid multidimensional measurement instrument for a portuguese sample.
- Gooding, R., Thachil, J., Alamelu, J., Motwani, J., & Chowdary, P. (2021). Asymptomatic joint bleeding and joint health in hemophilia: a review of variables, methods, and biomarkers. *Journal of Blood Medicine*, 209-220.
- Iannazzo, S., Cortesi, P. A., Crea, R., Steinitz, K., Mantovani, L. G., & Gringeri, A. (2017). Cost-effectiveness analysis of pharmacokinetic-driven prophylaxis vs. standard prophylaxis in patients with severe haemophilia A. *Blood Coagulation & Fibrinolysis*, 28(6), 425-430.
- Ji, J. L., Holmes, E. A., & Blackwell, S. E. (2017). Seeing light at the end of the tunnel: Positive prospective mental imagery and optimism in depression. *Psychiatry research*, 247, 155-162.
- Layous, K., Chancellor, J., Lyubomirsky, S., Wang, L., & Doraiswamy, P. M. (2011). Delivering happiness: Translating positive psychology intervention research for treating major and minor depressive disorders. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(8), 675-683.
- Lee Mortensen, G., Strand, A. M., & Almén, L. (2018). Adherence to prophylactic haemophilic treatment in young patients transitioning to adult care: A qualitative review. *Haemophilia*, 24(6), 862-872.
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific reports*, 8(1), 2861.
- Lu, Q., Zheng, D., Young, L., Kagawa-Singer, M., & Loh, A. (2012). A pilot study of expressive writing intervention among Chinese-speaking breast cancer survivors. *Health Psychology*, 31(5), 548.
- Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being?. *Current directions in psychological science*, 22(1), 57-62.
- Peters, M. L., Meevissen, Y., & Hanssen, M. M. (2013). Especificidad de una intervención sobre el Mejor Self Posible para incrementar el optimismo: Comparación con una intervención de gratitud. *Terapia psicológica*, 31(1), 93-100.
- Punt, M. C., Aalders, T. H., Bloemenkamp, K. W., Driessens, M. H., Fischer, K., Schrijvers, M. H., & van Galen, K. P. (2020). The experiences and attitudes of hemophilia carriers around pregnancy: a qualitative systematic review. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 18(7), 1626-1636.
- Rambod, M., Forsyth, K., Sharif, F., & Khair, K. (2016). Assessment and management of pain in children and adolescents with bleeding disorders: a cross-sectional study from three haemophilia centres. *Haemophilia*, 22(1), 65-71.
- Rezende, S. M., Rodrigues, S. H. L., Brito, K. N. P., da Silva, D. L. Q., Santo, M. L., Simões, B. D. J., ... & Barca, D. A. A. V. (2017). Evaluation of a web-based registry of inherited bleeding disorders: a descriptive study of the Brazilian experience with HEMOVIDAweb Coagulopatias. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 12(1), 1-7.
- Rodriguez-Merchan, E. C. (2020). The cost of hemophilia treatment: the importance of minimizing it without detriment to its quality. *Expert Review of Hematology*, 13(3), 269-274.

- Schotanus-Dijkstra, M., Drossaert, C. H., Pieterse, M. E., Walburg, J. A., & Bohlmeijer, E. T. (2015). Efficacy of a multicomponent positive psychology self-help intervention: study protocol of a randomized controlled trial. *JMIR research protocols*, 4(3), e4162.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction* (Vol. 55, No. 1, p. 5). American Psychological Association.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American psychologist*, 60(5), 410.
- Sergeant, S., & Mongrain, M. (2014). An online optimism intervention reduces depression in pessimistic individuals. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(2), 263.
- Sidonio Jr, R., Holot, N., & Cooper, D. L. (2017). Evaluating the psychosocial impact of hemophilia B: The bridging hemophilia B experiences, results and opportunities into solutions (B-HERO-S) study. *European Journal of Haematology*, 98, 3-4.
- Stewart, M. E., Watson, R., Clark, A., Ebmeier, K. P., & Deary, I. J. (2010). A hierarchy of happiness? Mokken scaling analysis of the Oxford Happiness Inventory. *Personality and Individual differences*, 48(7), 845-848.
- Yeung, N. C., Lu, Q., & Mak, W. W. (2019). Self-perceived burden mediates the relationship between self-stigma and quality of life among Chinese American breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 27, 3337-3345.