





دانشگاه پیام نور

مرکز تهران
دانشکده علوم انسانی
گروه علمی روان‌شناسی

عنوان:

اثربخشی درمان میان فردی گروهی بر احساس تنهایی، شادکامی و افسردگی دانشجویان دختر
افسرده

نگارش:

معصومه دانه‌کار

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر مرتضی ترخان

استاد مشاور:

جناب آقای دکتر مهدی دهستانی

پایان‌نامه

برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

در رشته روان‌شناسی عمومی

شهریور ۱۳۹۰

تقدیم به :

استاد گرانقدر جناب آقای دکتر ترخان که با قبول هدایت و راهنمایی اینجانب در به انجام رساندن این مهم مرا قرین مباحثات فرمودند.

استاد ارجمند جناب آقای دکتر دهستانی که صبورانه کاستیها را به من گوشزد نمودند.

استاد گرامی جناب آقای دکتر جوئیاری که صادقانه قضاوت و داوری این پایان نامه را بعهدہ گرفتند.

پدر و مادرم که تک تک این صفحات با دعای خیر آنها پیوند فورده است.

تقدیر و تشکر

برای به ثمر رسیدن این پایان نامه به افراد بسیاری مدیون هستم که تشکر و قدردانی از تک تک آنها هر چند وظیفه‌ای است، بر گردنم؛ اما میسر نیست، بنابراین، چنانچه نام عزیزانی در اینجا ذکر نشده است عذر مرا بپذیرند. از کلیه دانشجویان دفتر و از تمامی کارکنان دانشگاه صنعتی شریف که مستقیم و غیرمستقیم در انجام این امر یاری کردند، بسیار سپاسگزارم. تشکر ویژه خود را به رئیس ممتز کتابخانه مرکزی جناب آقای دکتر مهدیقلی و کلیه همکارانم در این مجموعه ابراز می‌دارم

و به سبب مساعدت و همکاری صادقانه خانمها مرضیه مسنی، فاطمه جعفری، مهسا همایونفر و ناهید فاسب همواره قدردان آنها هستم

و بالأخره بیشترین سپاس خود را به سرکار خانم ندا گلچین که صبورانه در پیشبرد این پایان نامه مرا یاری نمودند، ابراز می‌دارم.

تمقیق و پژوهش در رابطه با انسان در میطه روان‌شناسی بسیار جالب و نتایج آن می‌تواند بسیار مثمر ثمر باشد، امیدوارم این تلاش ناچیز مفید واقع شود و دوستان و علاقمندان به علم روان‌شناسی کاستیها را بر من ببخشند.

معصومه دانه کار

شهریور ۱۳۹۰

اثربخشی درمان میان فردی گروهی بر احساس تنهایی، شادکامی و افسردگی دانشجویان دختر افسرده

چکیده

پژوهش حاضر به منظور اثربخشی درمان میان فردی گروهی بر احساس تنهایی، شادکامی و افسردگی دانشجویان دختر افسرده انجام شده است. از این رو، ۳ فرضیه مطرح گردیده است و جهت آزمون فرضیه‌ها از بین دانشجویان دختر دانشگاه شریف با استفاده از پرسشنامه احساس تنهایی، شادکامی و افسردگی تعداد ۲۶ دانشجوی دختر که نمره افسردگی و احساس تنهایی بالا و شادکامی پایین داشتند به طور تصادفی در دو گروه ۱۳ نفره جایگزین شدند. ۱۳ نفر گروه آزمایش درمان بین فردی را دریافت کردند و ۱۳ نفر گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از اجرای ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان میان فردی، تحلیل یافته‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس و آزمون مقایسه میانگینهای مستقل t نشان داد که احساس تنهایی، شادکامی و افسردگی دانشجویان دختر به طور معنادار تغییر یافتند. به طوری که با استفاده از آزمون کواریانس و آزمون مقایسه میانگینهای مستقل t ، ۳ فرضیه اصلی مورد تأیید قرار گرفت. بنابراین نتایج این پژوهش حاکی از آن است که درمان میان فردی به واسطه آموزش مهارت‌های اجتماعی- رفتاری و ادراک اجتماعی، آموزش استفاده از خودآموزی به منظور هدایت رفتار و آموزش مهارت‌های حل مسأله اجتماعی و جایگزینی افکار مؤثر و مثبت به جای افکار ناکارآمد و منفی الگویی را برای فرد ترسیم می‌کند و به کاهش افسردگی، احساس تنهایی و آزردهای روانی- جسمانی و افزایش شادکامی و رضایت از زندگی منجر می‌شود. این درمان به طور مستقیم تأکید بر برقراری ارتباط با دیگران دارد و مهارت‌های مختلف در این زمینه را آموزش می‌دهد. به بیمار کمک می‌کند تا تعاملات خود را بررسی و ارزیابی مجدد کند، مهارت‌های اجتماعی را در بافت بین فردی ارتقاء می‌دهد و بر رشد این مهارت‌ها تمرکز دارد. بنابراین، به نظر می‌رسد درمان بین فردی برای مدیریت مؤلفه‌های احساس تنهایی، شادکامی و افسردگی دارای اثربخشی است.

واژه‌های کلیدی: درمان میان فردی گروهی، احساس تنهایی، شادکامی، افسردگی، دانشجویان دختر

فهرست مطالب

چکیده پژوهش

..... فصل اول: کلیات پژوهش	
..... ۱ مقدمه	۱
..... ۲ بیان مسأله	۲
..... ۸ اهمیت و ضرورت پژوهش	۸
..... ۹ هدفهای پژوهش	۹
..... ۹ فرضیه‌های پژوهش	۹
..... ۱۰ تعاریف مفهومی متغیرهای پژوهش	۱۰
..... ۱۲ تعاریف عملیاتی متغیرهای پژوهش	۱۲
..... ۱۳ تعاریف متغیر کنترل	۱۳
..... فصل دوم: ادبیات پژوهش	۱۴
..... ۱۵ ۲-۱ روان‌درمانگری میان فردی (IPT)	۱۵
..... ۲۷ ۲-۱-۱ نظریه روان‌درمانی	۲۷
..... ۲۸ ۲-۱-۲ اثربخشی روان‌درمانگری میان فردی	۲۸
..... ۳۰ ۲-۲ بخش اول: افسردگی	۳۰
..... ۳۰ ۲-۲-۱ تعاریف افسردگی و اختلالهای آن	۳۰
..... ۳۱ ۲-۲-۲ متمایز ساختن افسردگی به عنوان یک اختلال	۳۱
..... ۳۲ ۲-۲-۳ انواع اختلالهای افسردگی	۳۲
..... ۳۵ ۲-۲-۴ دوره اختلال افسردگی حاد و زیرشاخه‌ها	۳۵
..... ۳۶ ۲-۲-۵ سبب‌شناسی اختلال افسردگی حاد	۳۶
..... ۳۶-۱-۲-۵-۱ عوامل سببی زیستی اختلال افسردگی حاد	۳۶
..... ۳۸-۲-۵-۲ عوامل سببی روانی اختلال افسردگی حاد	۳۸
..... ۳۹-۲-۵-۳ عوامل سببی اجتماعی- فرهنگی اختلال افسردگی حاد	۳۹
..... ۴۰ ۲-۲-۶ همه‌گیرشناسی اختلال افسردگی حاد	۴۰
..... ۴۱ ۲-۲-۷ مراتب اختلال افسردگی	۴۱
..... ۴۲ ۲-۲-۸ جنس و افسردگی نوجوانی	۴۲
..... ۴۲ ۲-۲-۹ نابهنجاریها/ میزان فشار اختلال افسردگی حاد	۴۲
..... ۴۲-۹-۱ نابهنجاریها/ میزان فشار اختلال افسردگی حاد: احساس ناتوانی	۴۲
..... ۴۳-۹-۲ نابهنجاریها/ میزان فشار اختلال افسردگی حاد: مرگ و میر	۴۳
..... ۴۴-۹-۳ نابهنجاریها/ میزان فشار اختلال افسردگی حاد: تحت فشار اقتصادی/ اجتماعی	۴۴
..... ۴۴-۲-۱۰ نظریه‌های قدیمی پیرامون اختلال افسردگی	۴۴
..... ۴۷-۲-۱۱ افسردگی یک پدیده ذهنی- جسمی	۴۷
..... ۴۹-۳: احساس تنهایی	۴۹

۴۹	۲-۳-۱ تعریف احساس تنهایی.....
۵۲	۲-۳-۲ ارتباطات اجتماعی و دیگر فعالیتها.....
۵۵	۲-۳-۳ سیمای عاطفی احساس تنهایی.....
۵۷	۲-۳-۴ سیمای شناختی احساس تنهایی.....
۵۹	۲-۳-۵ سیمای رفتاری احساس تنهایی.....
۶۳	۲-۳-۶ دیدگاههای نظری احساس تنهایی.....
۶۳	۲-۳-۶-۱ رویکرد نیازهای اجتماعی.....
۶۵	۲-۳-۶-۲ رویکرد تفاوت‌های شناختی.....
۶۶	۲-۳-۶-۳ رویکرد تعامل‌گرا.....
۶۹	۲-۳-۷ احساس تنهایی و سلامت.....
۷۴	۲-۴ شادکامی (تعاریف و نظریه‌های شادکامی).....
۷۹	۲-۵ راهبردهای درمانی افسردگی.....
۷۹	۲-۵-۱ انواع درمانهای غیردارویی برای افسردگی.....
۸۲	۲-۶ پژوهشهای انجام شده در این زمینه.....
۸۴	فصل سوم: فرایند پژوهش.....
۸۵	۳-۱ جامعه آماری.....
۸۵	۳-۲ نمونه آماری و روش نمونه‌گیری.....
۸۵	۳-۳ روش جمع‌آوری اطلاعات.....
۸۵	۳-۴ روش و طرح پژوهش.....
۸۶	۳-۵ ابزارهای پژوهش.....
۸۶	۳-۵-۱ پرسشنامه احساس تنهایی.....
۸۶	۳-۵-۲ فهرست شادکامی آکسفورد.....
۸۷	۳-۵-۳ پرسشنامه افسردگی بک.....
۸۹	۳-۶ خلاصه‌ای از مداخله‌های ارائه شده در گروه آزمایشی.....
۹۰	۳-۷ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها.....
۹۲	فصل چهارم: یافته‌های پژوهشی.....
۹۳	۴-۱ تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق.....
۱۱۴	فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری.....
۱۱۵	بحث و نتیجه‌گیری.....
۱۲۴	پیشنهادها.....
۱۲۸	منابع فارسی.....
۱۳۰	منابع انگلیسی.....
۱۵۴	پیوست‌ها.....

فهرست جداول

جدول ۱-۴	فراوانی و درصد آزمودنی‌های مورد مطالعه برحسب سن	۹۳
جدول ۲-۴	فراوانی و درصد آزمودنی‌ها بر حسب تأهل	۹۴
جدول ۳-۴	شاخصهای توصیفی فرضیه اول	۹۵
جدول ۴-۴	آزمون تحلیل کواریانس برای فرضیه اول	۹۶
جدول ۵-۴	شاخصهای توصیفی فرضیه دوم	۹۷
جدول ۶-۴	آزمون تحلیل کواریانس برای فرضیه دوم	۹۸
جدول ۷-۴	شاخصهای توصیفی فرضیه سوم	۹۸
جدول ۸-۴	آزمون t مقایسه میانگینهای مستقل برای فرضیه سوم	۹۹
جدول ۹-۴	شاخصهای توصیفی فرضیه اول فرعی	۱۰۰
جدول ۱۰-۴	آزمون t مقایسه میانگینهای مستقل با نمرات افتراقی برای فرضیه اول فرعی	۱۰۱
جدول ۱۱-۴	شاخصهای توصیفی فرضیه فرعی دوم	۱۰۲
جدول ۱۲-۴	آزمون تحلیل کواریانس برای فرضیه فرعی دوم	۱۰۳
جدول ۱۳-۴	شاخصهای توصیفی فرضیه فرعی سوم	۱۰۳
جدول ۱۴-۴	آزمون تحلیل کواریانس برای فرضیه سوم فرعی	۱۰۴
جدول ۱۵-۴	شاخصهای توصیفی فرضیه فرعی اول شادکامی	۱۰۵
جدول ۱۶-۴	آزمون تحلیل کواریانس برای فرضیه فرعی اول شادکامی	۱۰۶
جدول ۱۷-۴	شاخصهای توصیفی فرضیه فرعی دوم شادکامی	۱۰۷
جدول ۱۸-۴	آزمون تحلیل کواریانس برای فرضیه فرعی دوم شادکامی	۱۰۸
جدول ۱۹-۴	شاخصهای توصیفی فرضیه فرعی سوم شادکامی	۱۰۸
جدول ۲۰-۴	آزمون تحلیل کواریانس برای فرضیه فرعی سوم شادکامی	۱۰۹
جدول ۲۱-۴	شاخصهای توصیفی فرضیه فرعی چهارم شادکامی	۱۱۰
جدول ۲۲-۴	آزمون تحلیل کواریانس برای فرضیه فرعی چهارم شادکامی	۱۱۱
جدول ۲۳-۴	شاخصهای توصیفی فرضیه فرعی پنجم شادکامی	۱۱۲
جدول ۲۴-۴	آزمون t مقایسه میانگینهای مستقل با نمرات افتراقی برای فرضیه پنجم فرعی شادکامی	۱۱۳

فهرست نمودارها

- نمودار ۱-۴ فراوانی و درصد آزمودنی‌های مورد مطالعه برحسب سن..... ۹۳
- نمودار ۲-۴ فراوانی و درصد آزمودنی‌های مورد مطالعه برحسب تأهل..... ۹۴
- نمودار ۳-۴ شاخصهای توصیفی فرضیه اول..... ۹۶
- نمودار ۴-۴ شاخصهای توصیفی فرضیه دوم..... ۹۷
- نمودار ۵-۴ شاخصهای توصیفی فرضیه سوم..... ۹۹
- نمودار ۶-۴ شاخصهای توصیفی فرضیه فرعی اول احساس تنهایی..... ۱۰۱
- نمودار ۷-۴ شاخصهای توصیفی فرضیه فرعی دوم احساس تنهایی..... ۱۰۲
- نمودار ۸-۴ شاخصهای توصیفی فرضیه فرعی سوم احساس تنهایی..... ۱۰۴
- نمودار ۹-۴ شاخصهای توصیفی فرضیه فرعی اول شادکامی..... ۱۰۶
- نمودار ۱۰-۴ شاخصهای توصیفی فرضیه فرعی دوم شادکامی..... ۱۰۷
- نمودار ۱۱-۴ شاخصهای توصیفی فرضیه فرعی سوم شادکامی..... ۱۰۹
- نمودار ۱۲-۴ شاخصهای توصیفی فرضیه فرعی چهارم شادکامی..... ۱۱۱
- نمودار ۱۳-۴ شاخصهای توصیفی فرضیه فرعی پنجم شادکامی..... ۱۱۲

فهرست پیوستها

- پیوست الف: پرسشنامه شادکامی آکسفورد..... ۱۵۵
- پیوست ب: پرسشنامه احساس تنهایی..... ۱۵۷
- پیوست ج: پرسشنامه افسردگی بک..... ۱۵۹
- پیوست د: بسته آموزشی درمان بین فردی برای اختلال افسردگی..... ۱۶۴
- پیوست ه. یافته جانبی پیگیری درمان میان فردی پس از سه ماه..... ۱۶۸

فصل اول

فرآیند

روشن سازی پرسش

از میان ناهنجاریهای روانی، افسردگی شیوع فراوانی دارد تا جائیکه افسردگی را بیماری شایعی مانند سرماخوردگی و البته قابل درمان می‌دانند. تقریباً می‌توان گفت هر کس در زندگی‌اش این آمادگی را دارد که یک یا چند بار به افسردگی از نوع خفیف یا شدید مبتلا شود. افسردگی از نظر شکل‌گیری و نوع آن به عوامل متعددی از جمله وراثت، جنسیت، عملکرد هورمون‌ها، استرس، تجارب خانوادگی و موفقیت یا شکست در محیط کار یا زندگی بستگی دارد. وقتی غم و غصه شدت پیدا می‌کند و فرد از تغییر شرایط و بهبود اوضاع نا امید می‌شود یا وقتی از لذت دنیا کناره بگیرد و انزوا پیشه کند، وقتی درد و رنج او به قدری عمیق باشد که قادر به انجام کارهای روزمره‌اش نباشد و از خود و محیط پیرامونش متنفر باشد، دنیا را تیره و تار ببیند، میل به غذا و فعالیت جنسی‌اش کم شود، تحرک بدنی و ورزش‌اش به شدت کاهش پیدا کند و دنیا را با یک عینک دودی ببیند و به تاریکی، خمودی، خواب زیاد، بیحالی، بی‌حوصلگی و میل به مرگ و در شدیدترین نوعش میل به خودکشی داشته باشد خواهیم گفت افسردگی میهمان او شده است (ملکشاهی چگینی، ۱۳۷۷). حضور در فضاهای نمناک و تاریک، کاهش سروتونین مغز، شکست عاطفی و ضربه‌های روانی، طرد شدن از خانواده و اجتماع، احساس عدم حمایت عاطفی، داشتن هوش فراوان علمی و نداشتن امکانات برای شکوفایی آن، از دست دادن معنای زندگی، همه و همه در نهایت به افسردگی منجر می‌شود (ملکشاهی چگینی، ۱۳۷۷).

اما آنچه موجب می‌شود تا چنین احساسی به صورت اختلال‌های روانی درآیند، نوع و تعداد نشانه‌ها، شدت و طول مدت و همچنین حدی است که به جریان بهنجار زندگی و روزمره آسیب می‌رسانند. در قلمرو زندگی بهنجار و در زمینه تجربه آسیب شناختی، این احساس‌ها و شیوه دریافت، آنها را با مفهوم افسردگی مرتبط ساخته‌اند (دادستان، ۱۳۸۴).

امروزه مطالعه " افسردگی " تنها به جنبه‌های پزشکی و علایم بالینی آن محدود نمی‌شود، بلکه یک حالت منفی روان‌شناختی را در بر می‌گیرد.

۱-۲ بیان مسأله

افسردگی^۱ یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم بهزیستی^۲ و سلامت روانی^۳ است (مرکز آماری مجموعه فدرال، ۲۰۰۴). افرادی که نشانه‌های افسردگی را دارند معمولاً در خطر بسیاری از مشکلات از قبیل آسیبهای روان‌شناختی (مهتا، یوف و کوینسکی، ۲۰۰۲) و تحلیل‌رفتگی سیستم ایمنی قرار دارند (هاوکل، بوش، اکلان، مارچا و کاسپیو، زیرچاپ) و همچنین پژوهشها نشان داده‌اند که از لحاظ اقتصادی نیز این افراد بیشترین استفاده‌کنندگان از مراکز مراقبت‌های درمانی هستند (ونر، ۱۹۸۹، ویگارد و آلبرکتس، ۱۹۹۲). افسردگی حالتی هیجانی است که از طریق غم و اندوه شدید، احساس گناه و بی‌ارزشی، کناره‌گیری از دیگران، کاهش خواب و اشتها و نیز فقدان علاقه به فعالیتهای روزمره مشخص می‌شود. ناامیدی و غمگینی دو مشخصه اساسی افسردگی است. فرد افسرده رکود و حشمتناکی را احساس می‌کند و نمی‌تواند تصمیم بگیرد فعالیت را شروع کند یا به چیزی علاقه‌مند شود، در احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی غوطه‌ور می‌شود، گاه گریه می‌کند و نیز ممکن است به فکر خودکشی بيفتد (دیوسن و نیل، ۱۹۹۴). در مطالعاتی که از طرف متخصصان سازمان بهداشت جهانی در کشورهای در حال توسعه انجام شده است از افزایش دامنه شیوع افسردگی در میان ملل در حال رشد حکایت می‌کند. در هر لحظه از زمان ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد بزرگسال

¹ Depression

² Well-being

³ Mental Health

⁴ Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics

جامعه ممکن است عوارض و نشانه‌های مختلف افسردگی شدید را از خود نشان دهند(سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۷۳، به نقل از کرک و کلارک، ۱۳۷۶).

از سوی دیگر پژوهش‌ها حاکی از آن است که میان افسردگی و احساس تنهایی همبستگی بسیار بالایی وجود دارد(شاور و برنان، ۱۹۹۱). ویس(۱۹۷۳) احساس تنهایی را به عنوان یک بیماری مزمن می‌داند که با افسردگی ارتباط تنگاتنگی دارد. احساس تنهایی حالت ناخوشایندی است و زمانی به وجود می‌آید که بین روابط بین فردی که فرد تمایل دارد آن را داشته باشد(ایده آل) و روابطی که وی در حال حاضر دارد(واقعی)، فاصله وجود داشته باشد(پیلو و پرلمن، ۱۹۸۲). تجربه احساس تنهایی، مسأله‌ای فراگیر است که همه انسانها کم و بیش آن را تجربه کرده‌اند و با زندگی آنها همراه شده است(گیفورد-اسمیت و برانل، ۲۰۰۳). احساس تنهایی^۱ تجربه ناخوشایندی است که در پاسخ به نارساییهای کمی یا کیفی در روابط اجتماعی ظاهر می‌شود(پیلو و پرلمن، ۱۹۸۱). احساس تنهایی را می‌توان نارسایی و ضعف محسوس در روابط بین فردی دانست که به تجربه نارضایتی از روابط اجتماعی منجر می‌شود(پونزیتی و هوپ-مه-یر، ۱۹۹۹). احساس تنهایی شامل سه مؤلفه است که مؤلفه اجتماعی آن بارزترین و مهمترین بعد آن است؛ چرا که این احساس به روشنی منعکس‌کننده نارسایی روابط اجتماعی مطلوب است. با این حال نمی‌توان احساس تنهایی را معادل انزوای اجتماعی در نظر گرفت، به عبارت دیگر باید بین انزوای طلبی^۲ و احساس تنهایی تمایز قایل شد. تلاش برای تفکیک احساس تنهایی از انزوای طلبی به دومین مؤلفه احساس تنهایی منتهی می‌شود. احساس تنهایی احساسی شخصی است که لزوماً با واقعیت بیرونی همسان نیست. به بیان دیگر در حالی که برخی از افراد روابط اجتماعی محدودی دارند، احساس تنهایی را تجربه نمی‌کنند اما برخی دیگر با وجود برخورداری از شبکه روابط اجتماعی نسبتاً گسترده، از احساسهای ناخوشایند تنهایی

¹ -loneliness

² -isolation

رنج می‌برند. بنابراین، احساس تنهایی مستلزم ادراک یا ارزیابی فرد از روابط اجتماعی خویشتن و مقایسه وضعیت کنونی با وضعیت مطلوب و آرمانی مورد نظر اوست. از دیدگاه برخی از صاحب‌نظران این مقایسه و نحوه ادراک روابط اجتماعی علت بروز احساس تنهایی است (هینریچ و گالون، ۲۰۰۶، جونز، ۱۹۸۱، هاگلی، برلسون، برنتسون و کاسوپو، ۲۰۰۳). سومین مؤلفه شامل ویژگیهای عاطفی و هیجانی احساس تنهایی است. همچنین باید توجه داشت که احساس تنهایی، اگرچه از طریق خصوصیات عینی و کمی روابط اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌گیرد، ولی از طریق ارزیابیهای ذهنی و کیفی این روابط، مثل رضایت از ارتباطها یا صلاحیت اجتماعی درک شده، بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد (آشر و پاکویت، ۲۰۰۳، کاترونا، ۱۹۸۲، جونز، ۱۹۸۲، ویلر و همکاران، ۱۹۸۳). از نظر بسیاری از پژوهشگران (هیمل و همکاران، ۱۹۹۹، مک-رایتر، ۱۹۹۰، پیلو و پرلمن، ۱۹۸۲، روتنبرگ، ۱۹۹۹)، احساس تنهایی، حقیقت اساسی زندگی است و بنابراین همه افراد در برخی دوره‌های زندگی خود آن را با شدت متفاوت تجربه می‌کنند (نتو و باروز، ۲۰۰۰). بنابراین، احساس تنهایی، تجربه‌ای فراگیر است که از نیاز اساسی بشر به تعلق داشتن ناشی می‌شود. احساس تنهایی ممکن است مداوم و یا موقتی باشد. با وجود اینکه، احساس تنهایی موقتی غالباً موقعیتی و تجربه‌ای عادی است، احساس مداوم تنهایی نگران‌کننده است (آشر و پاکویت، ۲۰۰۳). آشر و پاکویت (۲۰۰۳) احساس تنهایی را آگاهی شناختی فرد از ضعف در روابط بین فردی و اجتماعی توصیف می‌کنند که به احساس غمگینی، پوچی یا تأسف و حسرت منتهی می‌شود. برخی پژوهشگران به جای آنکه احساس تنهایی را صرفاً یک هیجان منفی در نظر بگیرند، آن را تداعی‌کننده تعدادی هیجانهای منفی مانند افسردگی می‌دانند (رایت، ۲۰۰۵).

از طرفی دیگر برخی پژوهشگران و نظریه‌پردازان افسردگی مانند سلیگمن (۱۹۹۹) معتقدند که بهتر است به جای تمرکز به افسردگی به شادکامی پرداخته شود. یکی از مسایلی که روان‌شناسان از دو دهه اخیر به

مطالعه آن روی آورده‌اند شادکامی و شادزیستی و عوامل تأثیرگذار و مرتبط با آن است (آرجیل، ۱۹۸۷، آیسنک، ۱۹۹۰، میرز، ۱۹۹۲، چنج و فرنگهام، ۲۰۰۳ به نقل از خانزاده و همکاران، ۱۳۸۵). به طور کلی شادکامی عبارت است از در حالت خوشحالی و سرور بودن و یا وجود دیگر هیجانات مثبت و یا عبارت است از راضی بودن از زندگی خود (آرجیل، ۲۰۰۱ به نقل از عابدی و همکاران، ۱۳۸۵). بر این اساس، پژوهش‌های بسیاری در زمینه شادکامی انجام شده است. داینر (۲۰۰۲) معتقد است که شادکامی، نوعی ارزشیابی است که فرد از خود و زندگی‌اش دارد و شامل رضایت از زندگی، هیجان و خلق مثبت، فقدان افسردگی و اضطراب می‌شود. همچنین شوارتز و استراک (۱۹۹۱) نشان دادند افراد شادکام در پردازش اطلاعات در جهت خوش بینی و خوشحالی سوگیری دارند به عبارت دیگر اطلاعات را به صورتی پردازش می‌کنند که در نهایت به شادکامی منجر شود.

در این راستا پژوهشگر با توجه به اینکه شواهد فراوانی وجود دارد که تعدادی عوامل روان‌شناختی و اجتماعی در درمان این اختلال سهم هستند و اینکه این بررسی در کشور انجام نشده است، علاقه‌مند به بررسی اثربخشی درمان میان‌فردی (IPT)^۱ بر بهبود احساس تنهایی و افزایش شادکامی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی است. از درمان‌های بسیاری برای درمان افسردگی استفاده شده است که می‌توان به رویکرد شناختی- رفتاری، روان‌درمانی پویایی و درمان میان فردی اشاره کرد. IPT ساختاریافته‌تر از روان‌درمانی پویایی است ولی هنوز ساختاریافته‌تر از CBT نیست. درمان بین فردی با دو رویکرد دیگر متفاوت است و از بسیاری تکنیک‌های منحصر به فرد این درمانها اجتناب می‌کند (ویسمن، مارکوویتز و کلرمن، ۲۰۰۷). پژوهشهایی که به بررسی مقایسه‌ای این دو رویکرد CBT و روان‌درمانی میان فردی پرداخته‌اند، نشان داده‌اند که تفاوت معنادار قابل ملاحظه‌ای بین این دو رویکرد در درمان افسردگی وجود ندارد. اما رویکرد غالب

¹ - Interpersonal Therapy

که به طور چشمگیری به بررسی درمان افسردگی پرداخته است رویکرد درمان میان‌فردی است که می‌تواند توسط درمان‌گران و متخصصان توان‌بخشی بکار گرفته شود. درمان میان‌فردی رویکردی جدید است که در سالهای اخیر توسعه یافته است. این درمان ابتدا توسط کلرمن، ویسمن، رونزویل و چورون (۱۹۸۴) طراحی شد و سپس توسط ویسمن، مارکوویتز و کلرمن (۲۰۰۰) تکمیل شد. پژوهشها نشان داده است که درمان میان‌فردی برای درمان اختلالات افسردگی بسیار اثربخش است (تانگ، جو، کو و هانگ‌وین، ۲۰۰۹). درمان میان‌فردی می‌تواند نشانه‌های افسردگی را با استفاده از سازگار کردن ارتباطهای میان‌فردی بهبود بخشد. بر اساس پروتکل درمانی IPT ابتدا نشانه‌ها تشخیص داده می‌شوند تا درمانگر بتواند مشکلات میان‌فردی بیمار را دریابد و سپس از طریق نشانه‌های روان‌شناختی به مشکلات میان‌فردی مراجع دست یابد. نشانه‌هایی که همان نشانه‌های اختلال افسردگی هستند (تانگ، جو، کو و هانگ‌وین، ۲۰۰۹). این درمان به سه مرحله تقسیم می‌شود. در مرحله آغازین افسردگی به عنوان یک اختلال معرفی می‌شود که در بافت اجتماعی میان‌فردی رخ می‌دهد و هدف درمان که کاهش افسردگی و یادگیری مهارتهای حل مسأله بین فردی است در گروه مطرح می‌شود. درمانگر یک ارزیابی بین فردی از مهم‌ترین روابط بیمار به عمل می‌آورد. در مرحله میانی، تمرکز درمانگر بر شناسایی مسأله، رشد راهبردهای جدید مدیریت حل مسأله و به کارگیری این راهبردهاست. از دیگر تکنیکهای این مرحله روشن کردن تعارضها، تحلیل روابط و فنون تغییر رفتار مانند ایفای نقش است. در مرحله پایانی، منافع درمان مرور می‌شود و بر آنها تأکید می‌شود. درمانگر پاسخهای بیمار و اعضای خانواده را نسبت به درمان مورد توجه قرار می‌دهد. همچنین، دوره علائم افسرده‌ساز و علائم فعلی، رابطه بین علائم افسرده‌ساز و حوزه‌های مسأله‌ساز بین فردی شناسایی شده و راهبردهایی که برای بیمار مفید به نظر می‌رسد، ارزیابی مجدد می‌شود. همچنین یکی از مزایای این درمان این است که از نظر اقتصادی مقرون به صرفه است به این دلیل که تنها به مسائل میان‌فردی مرتبط با افسردگی کنونی مراجع تمرکز دارد (اکلین، گیوننس و شیبا، ۱۹۹۵، ویسمن و همکاران، ۲۰۰۰). از این رو، این پژوهش بررسی

نکات فوق را در نظر دارد. بنابراین با توجه به مطالب فوق محقق درصدد پاسخگویی به سؤالات ذیل می باشد:

سؤالهای اصلی:

۱- آیا درمان میان فردی باعث کاهش احساس تنهایی دانشجویان دختر می شود؟

۲- آیا درمان میان فردی باعث افزایش شادکامی دانشجویان دختر می شود؟

۳- آیا درمان میان فردی باعث کاهش افسردگی دانشجویان دختر می شود؟

سؤالهای فرعی:

الف: (احساس تنهایی)

۱- آیا درمان میان فردی باعث کاهش احساس تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده دانشجویان دختر می شود؟

۲- آیا درمان میان فردی باعث کاهش احساس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان دانشجویان دختر می شود؟

۳- آیا درمان میان فردی باعث کاهش نشانه های عاطفی احساس تنهایی دانشجویان دختر می شود؟

ب: سؤالهای فرعی (شادکامی)

۱- آیا درمان میان فردی باعث افزایش رضایت از زندگی دانشجویان دختر می شود؟

۲- آیا درمان میان فردی باعث افزایش حرمت به خود دانشجویان دختر می شود؟

۳- آیا درمان میان فردی باعث افزایش بهزیستی فاعلی دانشجویان دختر می شود؟

۴- آیا درمان میان فردی باعث افزایش رضایت خاطر دانشجویان دختر می شود؟

۵- آیا درمان میان فردی باعث افزایش خلق مثبت دانشجویان دختر می شود؟

۳-۱ اهمیت و ضرورت انجام تحقیق

پژوهشهای بسیاری از درمان میان فردی برای درمان اختلالهای افسردگی نوجوانان، دوقطبی و افسردگی پس‌رویدادی استفاده کرده‌اند و در این راه به نتایج مفیدی دست یافتند (اسکیملفینگ، ۲۰۰۸). درمان میان فردی به ارتباطهای میان فردی که به طور مستقیم به مشکلاتی که توسط افراد مبتلا به افسردگی تجربه می‌شوند، می‌پردازد (استوارت و اوهارا، ۱۹۹۵). از سوی دیگر، دانشگاه صنعتی شریف به جهت دارا بودن رتبه نخست در میان دانشگاههای فنی و مهندسی ایران، همواره در میادین رقابتی علمی- پژوهشی در داخل و خارج از کشور فعالیت وسیعی دارد و دانشجویان این دانشگاه از برجسته‌ترین دانشجویان دارای ۱۰۰ رتبه برتر کشور هستند؛ به نظر می‌رسد رقابتهای علمی در بین این دانشجویان برای کسب و حفظ برتری علمی همواره آنان را در فضائی خالی از محرکهای شادی آور قرار می‌دهد و اغلب اوقات بر فعالیتهای درسی و شرکت در رقابتهای علمی متمرکز هستند، لذا بررسی میزان افسردگی و احساس تنهایی و شادکامی این دانشجویان برای این تحقیق اهمیت زیادی دارد و همچنین به نظر می‌رسد به طور کلی دانشجویان دختر در این فضا از آسیب‌پذیری بیشتری برخوردارند. از آنجا که تاکنون در ایران درمان میان فردی به عنوان متغیر مستقل برای بیماران مبتلا به اختلال افسردگی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است، بنابراین استفاده از درمان میان فردی به عنوان متغیر مستقل نه تنها نو و جدید است بلکه می‌توان نتایج این تحقیق را در رابطه با متغیرهای وابسته دیگر نیز به کار برد. همچنین، نتیجه این تحقیق در مراکز مشاوره خصوصی و دولتی،

مراکز آموزشی، آموزش خانواده، دانشگاهها، مراکز مشاوره قابل استفاده می‌باشد و چنانچه مشخص گردد درمان میان فردی بر احساس تنهایی و شادکامی دانشجویان افسرده مؤثر است می‌توان از این درمان نه تنها برای متغیرهای دیگر بلکه در گروههای دیگر نیز استفاده کرد.

۱-۴ هدفهای پژوهش

هدف اصلی:

هدف عمده این تحقیق بررسی اثربخشی درمان میان فردی گروهی بر احساس تنهایی، شادکامی و افسردگی دانشجویان دختر با استفاده از آموزش درمان میان فردی گروهی می‌باشد.

اهداف فرعی:

- کاهش احساس تنهایی نظیر احساس تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده، احساس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و نشانه‌های عاطفی احساس تنهایی.
- بهبود مؤلفه‌های شادکامی نظیر رضایت از زندگی، حرمت به خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت.

۱-۵ فرضیه‌های پژوهش:

فرضیه‌های اصلی

۱. درمان میان فردی باعث کاهش احساس تنهایی دانشجویان دختر می‌شود.
۲. درمان میان فردی باعث افزایش شادکامی دانشجویان دختر می‌شود.
۳. درمان میان فردی باعث کاهش افسردگی دانشجویان دختر می‌شود.