





تصویب نامه

پایان نامه خانم آویسانجیمی دانشجوی کارشناسی ارشد

رشته روانشناسی عمومی به شماره پروژه ۱۶۳۴ تحت عنوان:

تأثیر مداخله افشای هیجانی بر ارتقاء مهارت‌های مقابله‌ای، شادکامی،

سلامت روان و بهزیستی شخصی بیماران افسرده

تاریخ دفاع: یکشنبه ۹۰/۳/۱

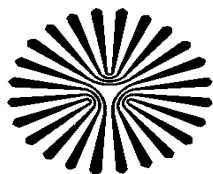
ساعت: ۱۴:۱۵-۱۲:۳۰

نمره: ۱۹,۹۷

درجه ارزشیابی: *ب*

هیات داوران:

امضاء	مرتبۀ علمی	نام و نام خانوادگی	داوران
		دکتر احمدعلی نوربالا - دکتر احمدعلیپور	استاد راهنما
		دکتر فرهاد شقاقی	استاد مشاور
			استاد مشاور
		دکتر مجید صفاری نیا	استاد داور
			نماینده تحصیلات تکمیلی



دانشگاه پیام نور

دانشکده علوم انسانی

مرکز تهران

گروه روان‌شناسی

تأثیر مداخله افشای هیجانی بر ارتقاء مهارت‌های مقابله‌ای، شادکامی، سلامت روان و بهزیستی

شخصی بیماران افسرده

پایان‌نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد

رشته روان‌شناسی عمومی

اساتید راهنما

جناب آقای دکتر احمد علی نوربالا

جناب آقای دکتر احمد علی پور

استاد مشاور

جناب آقای دکتر فرهاد شقاقی

پژوهشگر

آویسا نجیمی

خرداد ماه ۱۳۹۰

" بنویس؛ چه یک نامه، خاطره روزانه یا یادداشتی موقع صحبت با تلفن، اما بنویس؛ با نوشتن به خدا و دیگران نزدیک تر می شوی، اگر می خواهی نقش خودت را در دنیا بهتر بفهمی بنویس. همین نوشتن به ما کمک می کند افکارمان را تنظیم کنیم و پیرامونمان را واضح تر ببینیم. یک کاغذ و قلم معجزه می کند، درد را تسکین می دهد، رویاها را تحقق می بخشد و امیدهای از دست رفته را باز می گرداند. "

این ناچیز را اگر قدری است تقدیم می‌کنم به:

دو موجود مقدس

دل‌نشین‌ترین موسیقی لحظه‌هایم

پدرم

عاشقانه‌ترین غزل زندگیم

مادرم

که به پایم، شکسته ایستادند !!

عزیزترینم، علی

که بودنش امید زندگیم است و محبت بی‌دریغش پشتوانه راهم، او که خواندن و نوشتن مرا در عوض گفتن و شنیدنم تحمل کرد و با تشویق‌ها و دلگرمی-
هایش مسیر راه را برایم آسان‌تر نمود.

بهترین‌های بی‌بدیل زندگیم، پریسا و مهسای مهربانم.

و به تمامی آنان که به من آموختند و همه آنهایی که دوستشان دارم.

پروردگارا، تو را سپاس می‌گویم که به من توفیق چشیدن قطره‌ای از دریای علم بی-
کرانت را عطا فرمودی.

تشکر و سپاس خالصانه خود را به اساتید فاضل و دانشمندانم تقدیم می‌کنم:

استاد بزرگوار و دانشمند جناب آقای دکتر احمدعلی نوربالا که با نکته‌سنجی‌های علمی و تجربی خود، مرا یاری کردند و همواره با رویی‌گشاده و مملو از مهربانی و محبت راهنمایم بودند.

استاد ارزشمند و گرانقدر جناب آقای دکتر احمد علی‌پور که از راهنمایی‌های ارزنده و حکیمانه ایشان در تمام مراحل پژوهش برخوردار بودم.

استاد محترم جناب آقای دکتر فرهاد شقاقی که با مشاوره‌های ارزنده خود مرا همراهی کردند.

سرکار خانم دکتر مژگان آگاه‌هریس که با کمک‌های خواهرانه و خالصانه خود پیمودن مسیر پژوهش را برایم مقذور ساختند.

استاد محترم جناب آقای دکتر مجید صفاری‌نیا که زحمت مطالعه و داوری پایان‌نامه را تقبل نمودند.

و همچنین همسر عزیزم که همواره در طی این مسیر همراه و تکیه‌گاهم بود.

در نهایت خود را وام‌دار دغدغه‌دلشوره و دعا‌های پدر و مادرم می‌دانم.

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر مداخله افشای هیجانی نوشتاری بر ارتقای مهارت‌های مقابله‌ای، شادکامی، سلامت‌روان و بهزیستی شخصی بیماران افسرده انجام شده است. تعداد ۳۸ نفر (۲۶ زن و ۱۲ مرد) مراجعان دارای اختلال افسردگی، با تشخیص افسردگی اساسی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV و نمره افسردگی بیشتر از ۱۱ و نمره بازداری بیشتر از ۱۲ با دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه شامل ۱۹ نفر) جایگزین شدند، سپس هر یک از آزمودنی‌ها قبل و بعد از آموزش افشای هیجانی به کلیه گویه‌های پرسشنامه‌های افسردگی بک، مکانیزم‌های دفاعی، سبک‌های مقابله‌ای لازاروس - فولکمن، بهزیستی شخصی کامینز، شادکامی آکسفورد و پرسشنامه سلامت‌روان گلدبرگ پاسخ دادند؛ همچنین اطلاعات جمعیت شناختی و بیماری شناختی مربوط به خود را کامل کردند. پس از جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل آنها با نسخه شانزدهم نرم افزار آماری SPSS، آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه و نیز اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل به واسطه مداخله افشای هیجانی نوشتاری استفاده گردید. نتایج نشان داد در کنار دریافت داروهای ضد افسردگی، آموزش و اجرای افشای هیجانی باعث کاهش معنادار مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار (بازداری، واکنش وارونه و جبران)، کاهش معنادار نمرات افسردگی، ارتقاء مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد (رویاریویی‌گرفته‌ای و مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده)، کاهش به‌کارگیری مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد (فرار و اجتناب)، بهبود سلامت‌روان عمومی و ارتقاء بهزیستی شخصی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد.

کلمات کلیدی: افشای هیجانی، مهارت‌های مقابله‌ای، شادکامی، سلامت‌روان، بهزیستی شخصی و افسردگی.

فهرست

صفحه	عنوان	ردیف
۱	<u>فصل اول: مقدمه</u>	
۲	مقدمه	۱-۱
۳	بیان مسئله	۱-۲
۷	اهمیت و ضرورت پژوهش	۱-۳
۱۰	اهداف پژوهش	۱-۴
۱۰	سؤال‌های پژوهش	۱-۵
۱۱	فرضیه‌های پژوهش	۱-۶
۱۱	تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش	۱-۷
۱۱	۱-۷-۱: متغیر مستقل	
۱۱	۱-۷-۲: متغیرهای وابسته	
۱۴	۱-۷-۳: متغیرهای تعدیل کننده	
۱۶	<u>فصل دوم: پیشینه پژوهش</u>	
۱۸	مقدمه	۲-۱
۱۹	تعریف بازداری	۲-۲
۱۹	۲-۲-۱: دیدگاه روان تحلیل‌گری بازداری	
۱۹	۲-۲-۲: اختفا و روان‌شناسی مرضی	
۲۱	۲-۲-۳: بازداری و افسردگی	
۲۲	اختلالات خلقی	۲-۳
۲۲	۲-۳-۱: افسردگی	
۲۳	۲-۳-۲: نظریه‌های مربوط به افسردگی	
۲۵	۲-۳-۳: نشانه‌ها و علائم افسردگی	
۲۷	۲-۳-۴: همه‌گیر شناسی	
۲۸	۲-۳-۵: سبب شناسی	
۲۸	۲-۳-۵-۱: عوامل زیستی	
۳۳	۲-۳-۵-۲: عوامل ژنتیکی	
۳۴	۲-۳-۶: بازداری، افسردگی و افشا	
۳۴	افشای هیجانی	۲-۴
۳۵	۲-۴-۱: خود-افشایی	
۳۶	۲-۴-۲: دعا، نیایش و اعتراف اشکالی مبدل از افشا	
۳۷	۲-۴-۳: افشای هیجانی و نگرانی پردازش‌های متضاد در یک بعد	

۴۱	۲-۴-۴: تفاوت برون‌ریزی و افشای هیجانی	
۴۱	۲-۴-۵: انواع افشا	
۴۴	۲-۴-۶: افشای هیجانی نوشتاری	
۴۵	۲-۴-۶-۱: الگوی افشای هیجانی نوشتاری	
۴۶	۲-۴-۷: راهبردهای افشای هیجانی	
۵۰	۲-۴-۸: افشا و سلامت جسمانی، روانی و بهزیستی	
۵۱	بهزیستی و انواع آن	۲-۵
۵۳	۲-۵-۱: دیدگاه‌های مربوط به بهزیستی	
۵۴	۲-۵-۲: بهزیستی شخصی	
۵۶	۲-۵-۳: بهزیستی و سلامت	
۵۸	سلامت	۲-۶
۵۸	۲-۶-۱: سلامت روان	
۵۹	۲-۶-۲: مفهوم سلامت روان از دیدگاه‌های مختلف	
۶۰	۲-۶-۳: شادکامی و سلامت روان	
۶۲	شادکامی	۲-۷
۶۳	۲-۷-۱: دیدگاه‌های نظری در مورد شادکامی	
۶۸	۲-۷-۲: مقابله و شادکامی	
۷۰	مقابله	۲-۸
۷۱	۲-۸-۱: راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روان	
۷۲	۲-۸-۲: راهبردهای مقابله‌ای واسطه بین استرس و بیماری	
۷۳	۲-۸-۳: انواع راهبردهای مقابله‌ای	
۷۵	۲-۸-۴: ارتباط راهبردهای مقابله‌ای و افسردگی	
۷۶	مروری بر پژوهش‌های خارجی	۲-۹
۸۱	مروری بر پژوهش‌های داخلی	۲-۱۰
۸۳	<u>فصل سوم: روش پژوهش</u>	
۸۴	طرح پژوهش	۳-۱
۸۴	جامعه آماری و گروه نمونه	۳-۲
۸۶	روش اجرا	۳-۳
۸۶	۳-۳-۱: پروتکل آموزش	
۸۷	مشخصات ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات	۳-۴
۸۷	۳-۴-۱: پرسشنامه افسردگی (BDI؛ بک، ۱۹۸۸)	
۸۸	۳-۴-۲: پرسشنامه مکانیسم‌های دفاعی (DMQ؛ حسینی، ۱۳۸۶)	
۸۸	۳-۴-۳: پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای (لازاروس- فولکمن، ۱۹۸۴)	

۸۹	۳-۴-۴: پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHI; آرگیل، ۲۰۰۱)	
۹۰	۳-۴-۵: پرسشنامه سلامت روان (GHQ; گلدبرگ، ۱۹۷۶)	
۹۱	۳-۴-۶: پرسشنامه بهزیستی شخصی (کامینز، ۲۰۰۵)	
۹۱	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها	۳-۵
۹۲	<u>فصل چهارم: یافته‌های پژوهش</u>	
۹۳	تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس آمار توصیفی	۴-۱
۹۵	تجزیه و تحلیل داده‌ها جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش	۴-۲
۹۵	۴-۲-۱: آزمون کولموگراف-اسمیرنف	
۹۷	۴-۲-۲: فرضیه اول	
۱۰۲	۴-۲-۳: فرضیه دوم	
۱۰۴	۴-۲-۴: فرضیه سوم	
۱۰۹	۴-۲-۵: سؤال اول	
۱۱۶	۴-۲-۶: سؤال دوم	
۱۱۹	۴-۲-۷: سؤال سوم	
۱۲۴	۴-۲-۸: سؤال چهارم	
۱۳۲	<u>فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری</u>	
۱۳۳	مقدمه	۵-۱
۱۳۴	بررسی و تبیین فرضیه‌ها و سوال‌های پژوهش	۵-۲
۱۴۱	نتیجه‌گیری	۵-۳
۱۴۲	محدودیت‌ها	۵-۴
۱۴۳	پیشنهاد‌های کاربردی	۵-۵
۱۴۳	پیشنهاد‌های پژوهشی	۵-۶
۱۴۴	<u>فهرست منابع</u>	
۱۴۵	منابع فارسی	
۱۴۷	منابع خارجی	
۱۵۹	پیوست‌ها	
۵	چکیده انگلیسی	

فهرست جداول

ردیف	عنوان	صفحه
۲-۱	میزان بار عوامل شادکامی در ارتباط با سلامت روانی	۶۱
۳-۱	ملاک‌های DSM-IV-TR در مورد دوره افسردگی اساسی	۸۴
۳-۲	معیارهای ورود- عدم ورود آزمودنی‌های پژوهش	۸۵
۴-۱	ویژگی‌های توصیفی سن آزمودنی‌های پژوهش	۹۳
۴-۲	توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش	۹۳
۴-۳	توصیف ویژگی‌های بیماری‌شناختی و روان‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش	۹۴
۴-۴	آزمون کولموگراف-اسمیرنف برای آزمون نرمال بودن توزیع نمرات	۹۵
۴-۵	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس نمرات بازداری	۹۷
۴-۶	آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای معناداری تفاوت میانگین بازداری دو گروه آزمایش و کنترل	۹۸
۴-۷	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس نمرات جبران	۹۹
۴-۸	آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای معناداری تفاوت میانگین جبران دو گروه آزمایش و کنترل	۹۹
۴-۹	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس نمرات واکنش‌وارونه	۱۰۰
۴-۱۰	آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای معناداری تفاوت میانگین واکنش‌وارونه دو گروه آزمایش و کنترل	۱۰۰
۴-۱۱	فراوانی و درصد وضعیت بازداری پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک جنس	۱۰۱
۴-۱۲	آزمون نیکویی برازش برای بررسی تفاوت وضعیت بازداری در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک جنس	۱۰۲
۴-۱۳	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس نمرات افسردگی	۱۰۲
۴-۱۴	آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای معناداری تفاوت میانگین افسردگی دو گروه آزمایش و کنترل	۱۰۲
۴-۱۵	فراوانی و درصد وضعیت افسردگی پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک جنس	۱۰۳
۴-۱۶	آزمون نیکویی برازش برای بررسی تفاوت وضعیت افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک جنس	۱۰۴
۴-۱۷	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس نمرات سلامت روان	۱۰۴
۴-۱۸	آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای معناداری تفاوت میانگین سلامت روان دو گروه آزمایش و کنترل	۱۰۵

۱۰۵	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس علایم جسمانی	۴-۱۹
۱۰۶	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین علایم جسمانی دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۲۰
۱۰۶	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس اضطراب و اختلال خواب	۴-۲۱
۱۰۶	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین اضطراب و اختلال خواب دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۲۲
۱۰۷	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس اختلال در عملکرد اجتماعی	۴-۲۳
۱۰۷	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین اختلال در عملکرد اجتماعی دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۲۴
۱۰۷	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس نمرات افسردگی	۴-۲۵
۱۰۸	آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای معناداری تفاوت میانگین افسردگی دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۲۶
۱۰۸	فراوانی و درصد وضعیت سلامت روان پس از آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک جنس	۴-۲۷
۱۰۹	آزمون نیکویی برازش برای بررسی تفاوت وضعیت سلامت روان در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک جنس	۴-۲۸
۱۰۹	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس نمرات مقابله رویارویی‌گر	۴-۲۹
۱۱۰	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین مقابله رویارویی‌گر دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۳۰
۱۱۰	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس نمرات خویشنداری	۴-۳۱
۱۱۱	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین خویشنداری دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۳۲
۱۱۲	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس جستجوی حمایت اجتماعی	۴-۳۳
۱۱۲	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین جستجوی حمایت اجتماعی دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۳۴
۱۱۳	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس نمرات مسئولیت‌پذیری	۴-۳۵
۱۱۳	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین مسئولیت‌پذیری دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۳۶
۱۱۴	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس نمرات مشکل‌گشایی	۴-۳۷
۱۱۴	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین مشکل‌گشایی دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۳۸
۱۱۵	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس نمرات ارزیابی مجدد مثبت	۴-۳۹
۱۱۶	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین ارزیابی مجدد مثبت دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۴۰

۱۱۶	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس دوری‌گزینی	۴-۴۱
۱۱۷	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین دوری‌گزینی دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۴۲
۱۱۸	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس فرار و اجتناب	۴-۴۳
۱۱۸	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین فرار و اجتناب دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۴۴
۱۱۹	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس شادکامی کل	۴-۴۵
۱۱۹	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین شادکامی کل دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۴۶
۱۲۰	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس نمرات بهزیستی فاعلی	۴-۴۷
۱۲۰	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین بهزیستی فاعلی دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۴۸
۱۲۱	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس خلق مثبت	۴-۴۹
۱۲۱	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین خلق مثبت دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۵۰
۱۲۲	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس رضایت خاطر	۴-۵۱
۱۲۲	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین رضایت خاطر دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۵۲
۱۲۲	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس رضایت از زندگی	۴-۵۳
۱۲۳	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین رضایت از زندگی دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۵۴
۱۲۳	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس نمرات عزت نفس	۴-۵۵
۱۲۳	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین عزت نفس دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۵۶
۱۲۴	فراوانی و درصد وضعیت شادکامی پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک جنس	۴-۵۷
۱۲۴	آزمون نیکویی برازش برای بررسی تفاوت وضعیت شادکامی در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک جنس	۴-۵۸
۱۲۵	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس نمرات بهزیستی شخصی	۴-۵۹
۱۲۵	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین بهزیستی شخصی نمرات دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۶۰
۱۲۶	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس استانداردها و شرایط زندگی	۴-۶۱
۱۲۶	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین استانداردها و شرایط زندگی دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۶۲

۱۲۷	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس بهداشت شخصی	۴-۶۳
۱۲۷	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین بهداشت شخصی دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۶۴
۱۲۷	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس نمرات هدف شخصی	۴-۶۵
۱۲۸	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین هدف شخصی نمرات دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۶۶
۱۲۸	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس رضایت بین فردی	۴-۶۷
۱۲۹	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین رضایت بین فردی دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۶۸
۱۲۹	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس نمرات امنیت شخصی	۴-۶۹
۱۳۰	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین امنیت شخصی نمرات دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۷۰
۱۳۰	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس عضویت در میان دیگران	۴-۷۱
۱۳۱	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین عضویت در میان دیگران دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۷۲
۱۳۱	آزمون لون برای آزمون برابری واریانس امنیت در آینده	۴-۷۳
۱۳۱	آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معناداری تفاوت میانگین امنیت در آینده دو گروه آزمایش و کنترل	۴-۷۴

فهرست نمودارها

۹۸	تغییر نمرات بازداري پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه	۴-۱
۹۹	تغییر نمرات جبران پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه	۴-۲
۱۰۱	تغییر نمرات واکنش وارونه پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه	۴-۳
۱۰۳	تغییر تفاوت میانگین نمرات افسردگی پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه	۴-۴
۱۰۵	تغییر تفاوت میانگین نمرات سلامت روان پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه	۴-۵
۱۱۰	تغییر نمرات مقابله رویارویی گر پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه	۴-۶

۱۱۱	تغییر نمرات خویشتن داری پیش آزمون و پس آزمون دو گروه	۴-۷
۱۱۲	تغییر نمرات جستجوی حمایت اجتماعی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه	۴-۸
۱۱۳	تغییر نمرات مسئولیت پذیری پیش آزمون و پس آزمون دو گروه	۴-۹
۱۱۵	تغییر نمرات مشکل گشایی برنامه ریزی شده پیش آزمون و پس آزمون دو گروه	۴-۱۰
۱۱۶	تغییر نمرات ارزیابی مجدد مثبت پیش آزمون و پس آزمون دو گروه	۴-۱۱
۱۱۷	تغییر نمرات دوری گزینی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه	۴-۱۲
۱۱۸	تغییر نمرات فرار و اجتناب پیش آزمون و پس آزمون دو گروه	۴-۱۳
۱۲۰	تغییر نمرات شادکامی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه	۴-۱۴
۱۲۵	تغییر نمرات بهزیستی شخصی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه	۴-۱۵
۱۲۸	تغییر نمرات هدف شخصی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه	۴-۱۶
۱۳۰	تغییر نمرات امنیت شخصی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه	۴-۱۷

فهرست اشکال

۲۴	دیدگاه روان تحلیل گری مربوط به افسردگی	۲-۱
۲۶	نشانه های افسردگی	۲-۲
۶۷	تحلیل اسنادی هیجان	۲-۳

فصل اول

مقدمه

فهرست

صفحه	عنوان	ردیف
۲	مقدمه	۱-۱
۳	بیان مسئله	۱-۲
۷	اهمیت و ضرورت پژوهش	۱-۳
۱۰	اهداف پژوهش	۱-۴
۱۰	سؤال‌های پژوهش	۱-۵
۱۱	فرضیه‌های پژوهش	۱-۶
۱۱	تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش	۱-۷
۱۱	۱-۷-۱: متغیر مستقل	
۱۱	۱-۷-۲: متغیرهای وابسته	
۱۴	۱-۷-۳: متغیرهای تعدیل کننده	

یکی از شایع‌ترین مشکلات روانی افسردگی است. بر اساس برآوردهای جدید نزدیک به ۲۰ درصد مردم دوره‌هایی از افسردگی را در طول عمر خود تجربه می‌نمایند؛ افسردگی سطح کارآیی فرد را پایین آورده و خسارات اقتصادی، اجتماعی و انسانی فراوانی را بر جوامع تحمیل می‌کند (گوتلیب^۱ و هممن^۲، ۲۰۰۲). یکی از ویژگی‌های مهم افسردگی میزان بالای عود کنندگی آن می‌باشد به نحوی که در ۷۵ الی ۸۰ درصد اشخاص افسرده‌ای که برای اولین بار تحت درمان قرار می‌گیرند، احتمال ظاهر شدن دوره‌های دیگر از افسردگی وجود دارد (گورتنر^۳، رود^۴ و پنه‌بیکر^۵، ۲۰۰۶).

بر طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت^۶، اختلال افسردگی یکی از اساسی‌ترین علل ایجاد ناتوانی در جهان است و در سال ۲۰۲۰ میلادی تبدیل به دومین بیماری مهم از جهت ایجاد خسارت‌های اقتصادی و انسانی خواهد گردید (لکداوالا^۷، هانکین^۸ و مرملستین^۹، ۹، زیرچاپ).

اگرچه افسردگی خسارات اقتصادی و اجتماعی فراوانی را بر جوامع تحمیل می‌کند اما به نظر می‌رسد مهم‌ترین خسارات آن در زمینه خسارات انسانی می‌باشد، به طوری که برای نمونه ریشه ۶۰ درصد از اقدام به خودکشی‌ها را باید ابتدا در افسردگی جستجو نمود و بیشتر از ۱۵ درصد از مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی خودکشی می‌کنند (گوتلیب و هممن، ۲۰۰۲).

افسردگی را می‌توان به صورت شرایطی که در ابتدا باعث اختلال‌های خلقی می‌شود، تعریف کرد و این اختلال عاطفی اغلب با خلق غمگین، ناامیدی و دلسردی مشخص می‌شود؛ یا به سادگی افت خلق وجود دارد. در تعریف مبتنی بر تشخیص اختلال افسردگی اساسی، این اختلال عبارت است از خلق افسرده یا فقدان لذت که حداقل به مدت ۲ هفته به طول انجامیده است و به همراه مجموعه‌ای از علائم مرتبط (نظیر نشانه‌های نباتی، اختلال خواب) ظاهر می‌شود، و نباید به واسطه یک اختلال روان‌پزشکی دیگر، شرایط طبی دیگر یا سوء مصرف مواد ایجاد شده باشد. نشانه‌هایی که مشخصاً در حین افسردگی تجربه می‌شوند شامل تغییر معنادار وزن ($\pm 5\%$)، اختلال خواب (به صورت بی‌خوابی یا پرخوابی)، کندی یا آشفتگی روانی- حرکتی، خستگی مفرط

^۱ Gotlib, C.

^۲ Hammen, F.

^۳ Gortner, E.M.

^۴ Rude, S.S.

^۵ Pennebaker, J.W.

^۶ World Health Organization

^۷ Lakdawalla, B.L.

^۸ Hankin, B.L.

^۹ Mermelstein, R.

فراگیر، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه غیرمنطقی، مشکل در تمرکز ذهنی، و افکار راجعه مرتبط با خودکشی هستند (کرینگ^۱، دیویسون^۲، نیل^۳ و جانسون^۴، ۲۰۰۷).

از طرفی بازداری روان‌شناختی یعنی ناتوانی در بیان افکار، احساسات و رفتارهای مربوط به یک تجربه بازداری شده، و وقتی ایجاد می‌شود که افراد تصور کنند به آسانی نمی‌توانند درباره تجربه خویش با دیگران صحبت کنند، خواه به این دلیل که به دیگران اعتماد ندارند، یا به این دلیل که صحبت در آن خصوص نتایج ناخوشایندی برایشان دارد (لی‌پوره^۵ و گرینبرگ^۶، ۲۰۰۲)، و همچنین بازداری و سرکوب‌گری از سبک‌های مقابله‌ای هستند که برخی از افراد در نظم بخشی هیجان‌ها و کاهش استرس از آن استفاده می‌کنند. یکی از پیامدهای بلندمدت بازداری و سرکوب‌گری افکار هیجانی، سرکوب سیستم ایمنی و کاهش مقاومت بدن در برابر بیماری‌هاست، گزارش‌های بالینی نشان می‌دهند افرادی که از این دو مکانیسم در موقعیت‌های استرس‌زا استفاده می‌کنند، احتمال ابتلاء به افسردگی، بیماری‌های قلبی عروقی، اختلالات درد، مشکلات گوارشی و سرطان در آنها زیادتر است (پتری^۷، بوث^۸ و پنه‌بیکر، ۱۹۹۸).

به نظر می‌رسد یکی از اهداف مهم درمان افسردگی اجرای فنونی باشد که بتواند شرایطی مطلوب ایجاد کند تا افراد بتوانند از حالت هیجانی منفی به حالت هیجانی مثبت، ظرف زمانی نسبتاً کوتاه تغییر جهت دهند. مطالعات دو دهه گذشته بر این امر صحه گذاشته‌اند که صحبت کردن یا نوشتن در مورد هیجان‌ها و اغتشاش‌های هیجانی، عملکرد سیستم خودمختار، سیستم ایمنی و سلامت جسمی و روانی را بهبود می‌بخشد (پنه‌بیکر، ۱۹۹۵)؛ بنابراین این پژوهش بر آن است تا اثربخشی آموزش افشای هیجانی را بر بهبود علایم افسردگی بررسی کند.

۱-۲: بیان مسئله

تمامی انسان‌ها همه روزه رویدادهایی را تجربه می‌کنند که تعادل روانی آنها را برهم می‌زند، چنین رویدادهایی با شدت و ضعف متفاوت توانایی‌های آنها را به چالش کشیده و ممکن است برای بسیاری از افراد آسیب‌زا باشند؛ این وقایع ممکن است شامل موارد ساده‌ای مثل نمره نگرفتن در یک درس تا موارد حادثتری مانند طلاق

^۱ Kring A.M.

^۲ Davidson, G.C.

^۳ Neale, J.M.

^۴ Johnson, S.L.

^۵ Lepore, S.J.

^۶ Greenberg, M.A.

^۷ Petrie, K.J.

^۸ Both, R.J.

و یا مرگ یک عزیز باشد (دیویسون^۱، پنه‌بیکر و دیکرسون^۲، ۲۰۰۰). تمامی این موارد به نحوی نیازمند مقابله و به تبع آن بازگرداندن تعادل به هم خورده هستند. فرآیند کوشش شخص برای حل و فصل شرایط را مقابله نامیده‌اند (لازاروس^۳ و فولکمن^۴، ۱۹۸۴). مقابله به دو صورت اصلی صورت می‌گیرد: فرد می‌تواند توجه خود را معطوف موقعیت یا مشکل خاصی که پیش آمده کرده و در پی تغییر یا اجتناب از آن برآید. این روش به مقابله مسأله‌مدار شهرت دارد، یا اینکه فرد می‌تواند در صدد تسکین هیجان‌های ناشی از موقعیت تنش‌زا برآید، حتی اگر نتواند تغییری در خود موقعیت ایجاد کند؛ این فرآیند، مقابله‌ی هیجان‌مدار نام دارد (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). از راهبردهای مقابله‌ای برای اداره شرایطی استفاده می‌شود که در آن بین انتظارات فشار انگیز روانی و منابع موجود برای برآورده ساختن این انتظارات مغایرت وجود دارد. گذشته از شیوه‌های مقابله‌ای خاصی که افراد مختلف به فراخور موقعیت‌های پیش آمده از آنها استفاده می‌کنند، اغلب انسان‌ها - و شاید تمامی آنها- در مواجهه با وقایع ناخوشایند زندگی، تمایل فزاینده‌ای برای درد دل کردن یا در میان گذاشتن تجربه خود با شخص یا اشخاص دیگری پیدا می‌کنند (آلان^۵، ۲۰۰۴).

به عبارت بهتر وقتی افراد تحت شرایط استرس‌زا قرار می‌گیرند یا مسأله خاصی آنها را ناراحت یا غمگین می‌کند، دوست دارند فرد مورد اعتمادی را یافته و با او به درد دل بنشینند (دیویسون، پنه‌بیکر و دیکرسون، ۲۰۰۰)، تمایل به ابراز احساسات و عواطف در میان فرهنگ‌های مختلف نشان داده شده است (ولن‌کمپ^۶، ۱۹۹۵). به عنوان مثال لیر^۷، مل^۸، سامرز^۹ و پنه‌بیکر (۲۰۰۴) در پژوهشی که بلافاصله بعد از واقعه ۱۱ سپتامبر صورت گرفت، نشان دادند که افراد داغ‌دیده در فاصله ۲۴ ساعت پس از واقعه به میزان قابل توجهی بیشتر از سایر موارد با دیگران تماس گرفته و احساسات و عواطف خود را با آنها در میان گذاشتند.

سؤال این است که چرا مردم در تمامی فرهنگ‌ها دوست دارند قصه‌های خود را بازگو کنند؟ آیا افشای احساسات و عواطف عمیق برای انسان‌ها مفید است یا صرفاً بخشی از زندگی روزمره آنهاست؟ آیا بین افشاسازی و سلامت رابطه خاصی وجود دارد؟ سؤالاتی از این قبیل روان‌شناسان، مردم‌شناسان و حتی نویسندگان را بر آن داشت تا در پی پاسخ به آنها باشند. سعی در پاسخ به این پرسش‌ها، پژوهش‌های متعددی

^۱ Davison, K.P.

^۲ Dickerson, S.S.

^۳ Lazarus, R.S.

^۴ Folkman, S.

^۵ Alan, K.

^۶ Wellenkamp, J.

^۷ Liehr, P.

^۸ Mehl, M.R.

^۹ Summers, L.C.

را در پی داشته است (پنه‌بیکر، ۱۹۹۷a؛ نیدرهافر^۱ و پنه‌بیکر، ۲۰۰۵). براساس این پژوهش‌ها درد دل کردن و در میان گذاشتن تجارب هیجانی منفی یکی از راه‌های برگرداندن تعادل از دست رفته و حفظ سلامت افراد است، از طرفی در میان گذاشتن بخش کوچکی از تجارب استرس‌زا با دیگران مشکل بوده و معمولاً باعث بازداری می‌شود. با توجه به پیامدهای نامطلوب بازداری برخی از تجارب آسیب‌زای زندگی و عدم امکان در میان گذاشتن آنها با دیگران این پرسش مطرح می‌شود که آیا نوع خاصی از افشای هیجانی^۲ وجود دارد که محدودیت‌های افشای بین فردی را نداشته باشد و در عین حال دارای اثرات مثبت درمانی نیز باشد؟ در این راستا پنه‌بیکر (۱۹۸۲) پیشگام تحقیق در مورد افشای هیجانی، افشای هیجانی از طریق نوشتن را معرفی کرد. وی در مورد اینکه چگونه این شیوه مؤثر واقع می‌شود دو نظریه اصلی را مطرح می‌کند: یکی نظریه بازداری است که نقش بازداری هیجان‌ها در اشتغال ظرفیت‌های فیزیولوژیکی - روانی و تأثیر ضد بازداری افشا را برجسته می‌سازد و دیگری نظریه تغییرات شناختی است که بر اساس آن ابراز هیجان‌ها و احساسات در قالب کلمات موجب بازنگری در رویدادها و تجارب هیجانی شده و شیوه‌های سازماندهی و بازجذب آنها را تغییر می‌دهد (پنه‌بیکر، ۱۹۸۲؛ ۱۹۹۷b).

پژوهش‌های متعددی در چند سال اخیر بر نقش این شیوه از نوشتن در افزایش سلامت روان‌شناختی و کاهش مشکلات جسمی (اسمیت^۳، ۱۹۹۸؛ کمپبل^۴ و پنه‌بیکر، ۲۰۰۳)، کاهش افکار مزاحم و علایم افسردگی (لی‌پور^۵، ۱۹۹۷؛ نایلی^۶، ۲۰۰۴ و گورتنر^۷، رودی^۸ و پنه‌بیکر، ۲۰۰۶) تأکید نموده‌اند.

سازمان بهداشت جهانی^۹ (۲۰۰۴) سلامت را به عنوان حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی و نه صرفاً غیاب بیماری تعریف می‌کند. سلامت روانی در درون مفهوم کلی بهداشت جای می‌گیرد و بهداشت یعنی داشتن توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی؛ پس سلامت روان تنها نداشتن بیماری یا عقب‌ماندگی نیست. بسیاری از محققان از اصطلاح سلامت روان رضایت ندارند و آن را حسن تعبیری برای بیماری‌های روانی می‌دانند.

^۱ Niederhoffer, K.G.

^۲ emotional disclosure

^۳ Smyth, J.M.

^۴ Campbell, R.S.

^۵ Lepore, S.J.

^۶ Kniele, K.

^۷ Gortner, E.

^۸ Rude, S.S.

^۹ World Health Organization