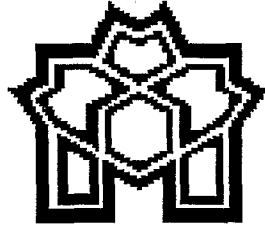




۱۰۷۱۲۹

۸۷/۱/۵۵۳۷  
۸۷/۱/۲۳



دانشگاه علامه طباطبائی  
دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد  
رشته روانشناسی عمومی

### عنوان

اثر بخشی آموزش مدیریت خودگویی در کاهش میزان افسردگی دانش آموزان  
دبیرستانی شهر اراک

استاد راهنما:

دکتر سهرابی

استاد مشاور:

دکتر برجعلی

استاد داور:

دکتر جمهری

پژوهشگر:

عاطفه احمدی

زمستان ۱۳۸۷

۱۳۸۷ / ۱۱ / ۱۵

۱۰۷۱۲۶

از استادان بزرگوار و فرزانه، جناب آقای دکتر سهرابی و جناب آقای دکتر  
برجلی به پاس بردباری، همراهی و راهنمایی های ارزنده شان قدردانی می  
نمایم.

از جناب آقای دکتر جمهری نیز که داوری این پایان نامه را به عهده داشتند  
سپاسگزارم.

پیشکش به پدر و مادرم

یاوران خستگی ناپذیرم در کوران زندگی

و تقدیم به تمامی آنان که دوستشان دارم...

## چکیده

هدف این پژوهش بررسی تأثیر آموزش مدیریت خود گویی در کاهش افسردگی دانش آموزان بود.

نمونه این پژوهش متشکل از ۳۰ نفر از دانش آموزان دختر افسرده ی دبیرستانی بود که به شیوه نمونه برداری تصادفی خوشه ای از جامعه آماری دبیرستان های شهر اراک انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه گمارده شدند. یک گروه ۱۵ نفره به عنوان گروه آزمایش که به مدت ۱۰ جلسه تحت آموزش مدیریت خود گویی قرار گرفتند و یک گروه ۱۵ نفره به عنوان گروه کنترل که آموزشی را دریافت نکردند. ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق عبارت بود از پرسشنامه افسردگی بک (فرم بلند) که نمونه پژوهش حاضر در آن نمره ی بیشتر از ۱۰ (نمره برش) را کسب کرده بودند که به عنوان پیش آزمون و پس آزمون از این پرسشنامه استفاده شد.

برای تحلیل داده ها از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج پژوهش حاضر فرضیه ی اساسی پژوهش مبنی بر آموزش مدیریت خود گویی در کاهش افسردگی دانش آموزان مؤثر است را تایید کرد و تأثیر متغیر مستقل تفاوت آشکاری در نمرات میانگین دو گروه ایجاد کرد.

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	چکیده
	<b>فصل اول: کلیات پژوهش</b>
۱	مقدمه
۳	بیان مسئله
۶	اهمیت و ضرورت پژوهش
۹	هدف پژوهش
۹	فرضیه پژوهش
۹	تعریف مفاهیم و واژگان اختصاصی
	<b>فصل دوم: ادبیات پژوهش</b>
۱۱	مقدمه
۱۲	تاریخچه افسردگی
۱۴	تعاریف افسردگی
۱۵	مفاهیم افسردگی
۱۶	علائم افسردگی
۱۸	انواع افسردگی
۲۰	افسردگی نوجوانان
۲۱	واکنش اضطرابی افسرده وار
۲۲	افسردگی مبتنی بر احساس رها شدگی
۲۳	معادل های افسرده وار
۲۴	آمار و شیوع افسردگی
۲۴	نظریه های مربوط به افسردگی
۲۵	دیدگاه زیستی
۲۷	دیدگاه روان شناختی
۲۷	نظریه های روان پویایی

۲۸	دیدگاه رفتاری
۲۹	دیدگاه اجتماعی - فرهنگی و میان فردی
۳۰	دیدگاه پردازش اطلاعات
۳۱	نظریه اصالت وجود و انسان گرایی
۳۱	دیدگاه شناختی
۳۴	الگوهای اسنادی افسردگی
۳۴	رویکردهای درمانی
۳۴	درمان زیستی
۳۶	درمانگری روان پویشی
۳۶	رفتار درمانی
۳۷	درمان های شناختی
۳۷	شناخت درمانگری بک
۳۹	درمان منطقی - هیجانی الیس
۴۱	مفهوم خودگویی
۴۳	نظریه پیازه
۴۴	نظریه ویگوتسکی
۴۶	انواع خودگویی
۴۷	مراحل رشد گفتگوی درونی
۵۰	تاثیر خودگویی بر رفتار
۵۱	نقش خودگویی در بروز و درمان اختلالات رفتاری و هیجانی
۵۳	خودگویی های هدایت شده
۵۳	تکنیک های درمانی
۵۳	آموزش خودگویی مایکنام
۵۷	پژوهش های انجام شده در خارج از ایران
۶۰	پژوهش های انجام شده در داخل ایران
	فصل سوم: روش اجرای پژوهش
۶۱	مقدمه

۶۲	جامعه آماری
۶۲	روش نمونه گیری و تعداد نمونه
۶۲	طرح تحقیق
۶۳	ابزار تحقیق
۶۴	روش اجرای تحقیق
۶۵	جدول آموزشی
۶۶	روش تجزیه و تحلیل آماری داده ها

### فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده های پژوهش

۶۷	تحلیل توصیفی داده ها
۷۱	تحلیل استنباطی داده ها

### فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۷۸	بحث و نتیجه گیری یافته ها
۸۰	محدودیت های پژوهش
۸۱	پیشنهاد های پژوهش

### منابع

۸۲	منابع فارسی
۸۶	منابع لاتین

### پیوست

۸۸	ساختار جلسات آموزشی مدیریت خودگویی
۹۳	آزمون افسردگی بک



# فصل اول

## کلیات پژوهش

## مقدمه

از آنجا که انسان موجودی اجتماعی است، نیازمند و ناچار به برقراری ارتباط با دیگران است. ارتباط محور اصلی زندگی انسان ها را تشکیل می دهد و با اشکال مختلف خود در اغلب فعالیت ها از اهمیت بسیاری برخوردار است. گفته شده است که روزانه حدود هشتاد درصد ارتباطات از نوع گفتاری است و نوع مطالب و نحوه بیان آن ها نقش بسیار مهمی در موفقیت افراد دارند (کارکیا، ۱۳۷۹). الیس<sup>۱</sup> که واضح نظریه اندیشه های منطقی و غیرمنطقی است، غالب ناسازگاری های هیجانی افراد و رفتارهای وابسته به آن هیجانات را ناشی از گفتار غیرمنطقی<sup>۲</sup> آنان با خود هنگام رویارویی با رویدادهایی که مطابق میلشان نیست می داند. او معتقد است که کسانی که در برخورد با رویدادهای مخالف میلشان نامعقول و غیرمنطقی عمل می کنند، ناسازگاری های بیشتری تجربه می کنند و غالباً به خود می گویند که اتفاقات به حدی ناگوارند که تحملشان غیرممکن است (مایکنبام<sup>۳</sup>، ۱۹۷۷، به نقل از مینی، ۱۳۷۶).

پیرو نظریه الیس، مایکنبام، خودگویی را پیامد اصلی کارکردهای شناختی می داند که در زمینه حل مسأله و پاسخ به موقعیتهای استرس زا و واکنش های فیزیولوژیک و به طور کلی ایجاد رفتارهای سازگارانه نقش اساسی دارد (مایکنبام، ۱۹۷۷).

خودگویی ابزار نیرومندی است که در کمک به درمان بیماری های روانی، نفوذ رفتار و موفقیت تحصیلی به کار می رود. خودگویی کاملاً در کنترل هر شخص است و می تواند متناسب با نیازهای هر فرد تغییر کند و علاوه بر این تکنیک خودگویی می تواند از فردی به فرد دیگر آموزش داده شود. آگاهی

---

<sup>۱</sup>. Ellis.A  
<sup>۲</sup>. irrational speech  
<sup>۳</sup>. Meichenbaum.D

از خود‌گویی اولین گام به سمت کنترل رفتار است. استفاده از خود‌گویی مثبت به عنوان وسیله ای برای بهبود شخصی یکی از مهم ترین کشفیات در سال های اخیر است (شرایدن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰).

اخیرا به کمک روش های خود تعلیمی مراجعان را وامی دارند نجوهای درونی خود را تغییر دهند و اظهارات سازنده ای به نام نجوهای درونی تقویتی یا مثبت را در جریان کنار آمدن با فشار روانی یا رسیدن به هدف شان با خود تکرار کنند. به عملکرد خود فکر کنند و خود را برای عمل و اقدام و مقابله تقویت کنند. این توانایی ها فرد را برای مقابله مؤثر و پرداختن به کشمکش ها و موقعیت های زندگی یاری داده و فرد را قادر می سازد تا در ارتباط با سایر انسان ها، جامعه، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگارانه عمل کرده و با ایجاد تغییرات مطلوب در رفتار خود از ارتباطات مؤثر و سازنده با محیط، لذت ببرد (سانتراک، به نقل از فیروز بخت، ۱۳۸۳).

---

<sup>۱</sup>. Sheridean

## بیان مسأله

افسردگی<sup>۱</sup> بیماری شایع عصر ماست و در تمامی جهان روندی فزاینده دارد. این بیماری یکی از رایج ترین انواع ناراحتی های روانی است که باعث مراجعه به روان پزشکان، روان شناسان و دیگر متخصصان بهداشت روانی می گردد. از این لحاظ افسردگی با سرماخوردگی روانی در میان ناراحتی های جسمی قابل ملاحظه است (سلیگمن ۱۹۷۵).

در هر مقطع معینی از زمان ۲۰-۱۵ درصد بزرگسالان، در سطح قابل توجهی از نشانه های افسردگی رنج می برند. به دلایلی که هنوز روشن نیست، در جوامع صنعتی غرب افسردگی در بین زنان تقریباً دو برابر این میزان در مردهاست (براون و هریس، ۱۹۸۷، به نقل از قاسم زاده، ۱۳۸۵).

افسردگی عمده ترین اختلال روانپزشکی در جمعیت عمومی است و نه فقط تعداد بیماران در دهه های اخیر افزایش یافته است، بلکه ترکیب سنی بیماران نیز تغییر نموده است. سابقاً افراد بالای پنجاه سال در معرض این بیماری قرار داشتند ولی امروزه این بیماری جوانان و نوجوانان را نیز تهدید می کند (بلازر<sup>۲</sup>، کسلر<sup>۳</sup>، اسوارتز<sup>۴</sup> ۱۹۹۴، به نقل از بیورز<sup>۵</sup> و رایان<sup>۶</sup> و میلر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳).

در اوایل دوران نوجوانی، رشد شناختی کودکان و نوجوانان اغلب تا مرحله ای پیشرفت کرده است که به آن ها اجازه می دهد از سطوح عمیق تری از تفکر انتزاعی و تحلیلی برخوردار شوند. (اینهلدر و پیازه<sup>۸</sup>، ۱۹۵۸) نوجوانان، تبیین های بزرگسالان رابه همان میزان که در اوایل کودکی می پذیرفتند، قبول

---

۱. depression  
۲. Blazer  
۳. Kessler  
۴. Swartz  
۵. Beevers  
۶. Rayan  
۷. Miller  
۸. Inhelder & Piaget

نمی‌کنند. حال دیگر آن‌ها تفسیرهای جایگزین و راه‌حل‌هایی جان‌شین برای مشکلات ارائه می‌دهند و آن‌ها را برای خود ارزیابی می‌کنند.

برای اکثر نوجوانان، تغییرات بهنجار (تغییرات زیست‌شناختی - تغییر در توانایی‌های شناختی و تغییر در رشد اجتماعی) عملاً منابع و فرصت‌هایی برای رشد و تحول ایجاد می‌کند که نتیجه آن‌ها، افزایش توانایی‌ها و شایستگی‌هایی نظیر افزایش احساس مسئولیت در قبال رفتار شخصی است. اما بعضی از نوجوانان تحت فشارهایی غیرمعمول قرار می‌گیرند و در سازگاری با این تغییرات بهنجار شکست می‌خورند. الگوهای سازش‌نا یافته‌ی مقابله با این تقاضاها و خواسته‌های موقعیتی و الگوهای سازش‌نا یافته ناشی از بلوغ ممکن است به طور معناداری، به مقابله سازش‌نا یافته در دوره‌های بعدی رشد و تحول منجر شود. نتیجه این مقابله‌ها، سبک‌های رفتاری مزمن و نادرستی است که در اختلال‌های نوجوانان مشخص می‌شود. برای مثال، نوجوانی که بر اثر تغییرات و چالش‌های ناشی از انتقال به ساختار پیچیده‌تر دبیرستان تحت فشار است، ممکن است به افسردگی شدید و به دنبال آن، انزوای اجتماعی، گریز از مدرسه و در نتیجه شکست تحصیلی، افزایش تعارض با والدین و سرانجام کناره‌گیری از مدرسه دچار شود که همگی بالقوه بر رشد بعدی او اثر می‌گذارند (زارب، به نقل از عابدینی و خدایاری فرد، ۱۳۸۳).

تحقیقاتی که در سال‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ انجام شد بیشتر بر این مسأله تمرکز داشت که مشکلات روانی نوجوانان غالباً منجر به اختلالات روانپزشکی مهمی در بزرگسالی می‌شود. این مطالعات این باور را که مشکلاتی همانند افسردگی در نوجوانان طبیعی و بهنجار است را نادرست می‌داند و تشخیص، ارزیابی و درمان این اختلال‌ها را ضروری می‌شمارد (پترسن، گران، استملر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶).

---

<sup>۱</sup>. Petersen & Grant & Stemmler

یکی از درمان‌های افسردگی، درمان شناختی است که مبتنی بر نظریه بک<sup>۱</sup> (۱۹۷۶-۱۹۶۷) است. بک معتقد است بسیاری از اختلال‌ها، به ویژه افسردگی، در نتیجه باورهای منفی که افراد نسبت به خود، دنیا و آینده دارند شکل می‌گیرد (نیکخو، ۱۳۸۴). بیشترین زمان تغییرات و تحولات باورها از لحاظ شکل‌گیری و انعطاف‌پذیری دوران کودکی و نوجوانی است. نوجوان باید به تدریج عقاید و باورهای خود را منطبق با فرهنگ و شرایط اجتماعی و مذهبی جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، شکل دهد. بخشی از این باورها به صورت خودگویی است، یعنی چیزهایی که ما در مورد خود به خودمان می‌گوییم (کوثری، ۱۳۸۰).

نحوه فکر ما می‌تواند به طور عمده و نسبتاً مستقیم بر چگونگی احساس تأثیر بگذارد و هر یک از ما به وسیله نوعی خودگویی درونی بر افکارمان تأثیر می‌گذاریم و به خودمی‌گوییم باید راجع به چه فکر کنیم و به چه چیزی اعتقاد داشته باشیم و حتی چطور رفتار کنیم (مایکنام، به نقل از مینی، ۱۳۷۶).  
توماس داود<sup>۲</sup> در تعریف خودگویی آورده است: جمله‌های آشکار یا نهانی هستند که افراد در مورد یک رویداد با معنای آن به خود می‌گویند. این عبارت‌ها به موقعیت خاصی مربوطند و شکلی از افکار خودکار می‌باشند (هرسن، به نقل از ماهر و ایزدی، ۱۳۷۸).

کلمات و افکار تکراری، غالباً قدرتمند می‌شوند، به ژرفای ذهن نیمه‌هشیار راه یافته و رفتار، عملکرد و واکنش‌های فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. ذهن ناخودآگاه این کلمات و افکار را به صورتی که نشان‌دهنده یک موقعیت واقعی است در نظر می‌گیرد و بنابراین تلاش می‌کند آن‌ها را با واقعیت در هم آمیزد. بلک برن و انسون<sup>۳</sup> (۱۹۸۸) با تجزیه و تحلیل دوپست نوع فکر که در جریان درمان از پنجاه بیمار افسرده جمع‌آوری شده بود، دریافتند خطاهای منظم معمولاً در جریان آن‌چه که افکار ناخواسته یا

<sup>۱</sup>. Beck

<sup>۲</sup>. Dawd Thomas

<sup>۳</sup>. Bleckbern , Eunson

زمره با خود نامیده می شود، اتفاق می افتند، این ها افکاری هستند که به صورت واکنش های بازتابی  
بروز می کنند و تفسیرهای لحظه ای می باشند که ما از موقعیت ها به عمل می آوریم (بلک برن،  
دیویدسون، به نقل از توزنده جانی، ۱۳۷۴).

خودگویی ها اهمیت فراوانی در شناخت افکار و عقاید افراد دارد و برای تغییر رفتار ابتدا باید باورها  
و افکار افراد تغییر کند. در غیر این صورت نمی توان با شیوه های دیگری مثل اجبار، تحکم، دستور و یا  
حتی نصیحت انتظار بروز رفتارهای مطلوب از دیگران را داشته باشیم.  
بیشتر مطالعات بر این مساله تمرکز کرده اند که افراد دارای افسردگی خودگویی های منفی دارند و  
تحقیقات اندکی در مورد آموزش یا کاهش خودگویی های منفی در مورد این افراد انجام شده است. با  
نظر به این خلا تحقیقاتی پژوهش حاضر پاسخ علمی برای این سوال را که آیا ((آموزش مدیریت خود  
گویی در کاهش نشانه های افسردگی تأثیر دارد؟)) را بررسی می کند.

### اهمیت و ضرورت پژوهش

ما انسان ها در طول شبانه روز با خود گفتگوهای درونی می کنیم. مضمون این گفتگوها روشن  
کننده مواضع ما نسبت به خودمان است. با هشیار بودن به مضمون این گفتگوها می توان فهمید که افکار  
خودکاری که یاد گرفته ایم چه چیزهایی هستند. با آگاه بودن نسبت به این افکار و اقدام با برنامه برای  
تغییر مضمون این گفتگوهای درونی، می توان نوع این احساسات را تغییر داد. اگر بنا داریم تغییری در  
جایی ایجاد کنیم ابتدا باید زمینه سازی درستی صورت گیرد و بهترین راه برای زمینه سازی مناسب، تغییر  
دادن افکار، نگرش ها و همان طرز تلقی است (مهريار، ۱۳۷۲).

ما همگی در فرمان با خود حرف می زنیم، بیشتر اوقات هیچ کس متوجه نمی شود که ما چه  
چیزهایی به خودمان می گوئیم. در واقع، گاهی اوقات حتی متوجه این گونه پیام های کوتاهی که به

خودمان می دهیم نمی شویم، چون آن ها خیلی سریع اتفاق می افتد، با اینکه به قدری از آن ها استفاده کرده ایم که برای ما به صورت عادت درآمده است. اما این پیام های کوتاه مهم هستند چون می توانند احساس ما را نسبت به خودمان تحت تأثیر قرار دهند (پوپ و همکاران، ۱۹۸۸، به نقل از تجلی، ۱۳۷۴).

یکی از عوامل موثر بر نگرش و شخصیت ما چیزهایی است که در مورد خود به خودمان می گوئیم. این گفتگوهای درونی چگونگی پاسخی است که ما به طور درونی به آنچه برایمان رخ می دهد، می دهیم و آن تفکر، احساسات و عمل ما را تعیین می کند. با کنترل گفتگوی درونی خود می توانیم شروع به اثبات کنترل در تمام بخش های زندگی خود کنیم. خودگویی ما اهمیت زندگی احساسی ما را تعیین می کند. کلماتی که ما برای توصیف آنچه برایمان رخ می دهد به کار می بریم و اینکه چگونه در مورد رویدادهای بیرونی احساس می کنیم همگی می تواند احساسات خوب و یا بدی که در زندگی تجربه می کنیم را ایجاد نمایند (لاو، ۲۰۰۴).

به نظر می رسد اکثر مردم اجازه می دهند افکار مرتبط با نگرانی ها، ترس ها، خشم یا اندوه، ذهنشان را اشغال کند. این افراد دائما ذهن خود را به تکرار کلمات مربوط به موقعیت ها و اعمال منفی، مشغول می سازند، چنین گفتگوی درونی، نهایتا ذهن ناخودآگاه را تحت تأثیر قرار داده و آن را وادار می کند این افکار منفی را بپذیرد. پس باید مراقب آنچه به ذهن ناخودآگاه راه می یابد باشیم (ماهونی<sup>۱</sup>، ۱۹۸۲، به نقل از بهاری، ۱۳۸۵).

افراد افسرده گرایش به خودگویی منفی دارند و اگر عقاید افراد افسرده مورد بررسی قرار گیرد سرنخ های فراوانی از افکار منفی که در خودگویی های منفی منعکس می شود آشکار خواهد شد. در سال های

---

<sup>۱</sup>. Mahoney. M.



اخیر تحقیقات زیادی در رابطه با محتوای مثبت و منفی گفتگوهای درونی افراد و ارتباط آن با اختلالات روان شناختی انجام شده است.

برای مثال در تحقیقی که ناکانو<sup>۱</sup> (۱۹۹۱) بر روی دانش آموزان انجام داد به ارتباط قطعی بین خودگویی منفی، افسردگی و اضطراب و استرس دست یافت (ناکانو، به نقل از شرایدن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰).  
منینگ<sup>۳</sup> (۱۹۹۸) از تحقیق خود بر روی دانش آموزان نتیجه گرفت همچنان که عملکرد تحصیلی کاهش می یابد میزان خودگویی های منفی افزایش می یابد (منینگ، به نقل از شرایدن، ۲۰۰۰).  
در تحقیق موریس مایر<sup>۴</sup>، اشنایدر<sup>۵</sup> و مارکلبک<sup>۶</sup> (۱۹۹۸، نقل از نوری، ۱۳۸۰) که رابطه بین علائم اختلال اضطراب و افسردگی و خودگویی های منفی را در ۱۱۹ دانش آموز ۱۵-۷ ساله نرمال بررسی کردند، نتایج حاکی از آن بود که در بچه های نرمال، بین علائم اضطراب و افسردگی و خودگویی های منفی رابطه مثبت وجود دارد.

براین اساس ضرورت توجه به افسردگی نوجوانان و همچنین توجه به خودگویی های درونی آن ها احساس می شود چرا که اگر آموزش های لازم در زمینه رفع اختلالات روانی و فکر از جمله افسردگی دانش آموزان و نوجوانان صورت گیرد شاهد تحولی عظیم در بهبود زندگی و پیشرفت تحصیلی آن ها خواهیم بود و غفلت در این امر خسارات جبران ناپذیری برای جامعه به بار خواهد آورد.

---

<sup>۱</sup> . Nakano  
<sup>۲</sup> . Sheridan  
<sup>۳</sup> .Maning  
<sup>۴</sup> .Mayer  
<sup>۵</sup> .Snider  
<sup>۶</sup> . Markelbek

## هدف پژوهش

هدف این پژوهش تعیین میزان اثربخشی آموزش مدیریت خودگویی در کاهش افسردگی دانش آموزان است.

## فرضیه پژوهش

آموزش مدیریت خودگویی در کاهش افسردگی دانش آموزان مؤثر است.

## تعریف مفهومی متغیرها

**خودگویی:** منظور از خودگویی این است که شخص به خودش بگوید در موقعیتهای مختلف چه

کاری انجام دهد (مایکنبام، ۱۹۸۶).

**افسردگی:** در اغلب سیستم های طبقه بندی، سندرم افسردگی بدین شکل تعریف شده است:

ترکیبی از خلق افسرده همراه با علایمی مشخص، مخصوصا سبک تفکر منفی، از دست دادن لذت ها، و

وجود یک سری علایم جسمانی<sup>۱</sup>، مانند از دست دادن انرژی و کاهش خواب. به عنوان مثال DSM-

IV-TR (انجمن روان پزشکان آمریکا)<sup>۲</sup> جهت تشخیص دوره ی افسردگی اساسی<sup>۳</sup>، وجود حداقل پنج

علایم در یک دوره ی یک هفته ای که نشان دهنده ی تغییر از سطح عملکرد قبلی هستند، به شرطی که

حداقل یکی از علایم یا به صورت «خلق افسرده» و یا «از دست دادن علاقه و لذت» باشد، لازم است. به

طور کلی افسردگی شامل چنین علایمی است، خلق افسرده در اکثر مواقع روز و تقریبا هر روز، کاهش

قابل ملاحظه ی علاقه و لذت، کاهش قابل ملاحظه ی وزن یا افزایش وزن، بی خوابی یا پرخوابی،

---

<sup>۱</sup>. somatic

<sup>۲</sup>. American Psychiatric Association

<sup>۳</sup>. major depression

تحریک یا کندی روانی - حرکتی، احساس بی ارزشی یا گناه بیجا، کاهش توانایی تفکر یا تمرکز، یا بلاتصمیمی و افکار تکرار شونده ی مرگ.

### **آموزش مدیریت خودگویی: دوره آموزشی است که در آن مفاهیم مربوط به خودگویی**

توضیح داده می شود تا فرد بر دستوراتی که به خود می دهد آگاه بوده، نظارت کند، آن ها را مدیریت کرده و جهت مثبت دهد و از خودگویی های با آثار منفی پیشگیری کند (اسماعیلی، ۱۳۸۵).

### **تعاریف عملیاتی**

**افسردگی:** در این پژوهش افسردگی نمره ای است که در آزمون افسردگی بک کسب می شود و

کسانی افسرده محسوب می شوند که نمره بیشتر از ۱۰ داشته باشند.

### **آموزش مدیریت خودگویی:**

به مجموعه فعالیت هایی گفته می شود که به منظور افزایش دادن کنترل افراد بر خودگویی هایشان و

استفاده بیشتر از خودگویی های مثبت، طی ۱۰ جلسه براساس برنامه تدوین شده طبق مدل آموزشی

مایکنام توسط پژوهشگر صورت می گیرد.

### **متغیرهای پژوهش:**

متغیر مستقل: آموزش مدیریت خودگویی

متغیر وابسته: میزان افسردگی

متغیر کنترل: سن و جنس

# فصل دوم

## پیشینه پژوهش