

اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) بر احساس تنهایی عاطفی اجتماعی و خوداثرمندی در زنان مبتلا به افسردگی

بهشید بروسان^۱، سعیده بزازیان^۲

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران
 ۲. نویسنده مسئول: دانشیار روانشناسی سلامت، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران، sbazzazian@gmail.com

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) بر احساس تنهایی عاطفی اجتماعی و خوداثرمندی در زنان مبتلا به افسردگی انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود، جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران مبتلاء به افسردگی در بیمارستان درمان اختلالات روانی تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. در این پژوهش با توجه به معیارهای ورود به روش در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. ابزار گردآوری شامل برنامه درمان شناختی رفتاری براساس بسته درمانی تورک، همبرگ و هوپ (۲۰۰۱)، پرسشنامه احساس تنهایی دی توماسو، برانن و بست (۲۰۰۴)، پرسشنامه خود اثرمندی موریس (۲۰۰۱) بود، داده ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفت. یافته ها نشان داد اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) بر کاهش احساس تنهایی عاطفی اجتماعی و افزایش خوداثرمندی در زنان مبتلا به افسردگی در سطح ۰/۰۱ موثر بود. در دو بازه ی زمانی پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنی داری بین دو گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد. به طور کلی پیشنهاد می گردد از درمان شناختی رفتاری جهت کاهش احساس تنهایی و افزایش خوداثرمندی زنان مبتلا به افسردگی استفاده شود.

واژه های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، احساس تنهایی عاطفی اجتماعی، خوداثرمندی، افسردگی.

مقدمه:

افسردگی^۱ از زمان باستان، به عنوان شایع‌ترین نوع نابسامانی عاطفی شناخته شده است و فزاینده مراجعان مبتلا به این اختلال در سنین مختلف به مراکز درمانی نشانه‌ای از شیوع افسردگی است (لی و پارک، ۲۰۱۹). افسردگی، عموماً به صورت غمگینی، تحریک‌پذیری یا احساس بی‌هویتی بروز می‌کند و این احساس باعث می‌شود که فرد وضع موجود خود را بد بداند و در صدد تغییر آن بر آید (کاپلان^۲ و سادوک^۳؛ ۲۰۱۲، ترجمه پورافکاری، ۱۳۹۱). احساس تنهایی^۴ پاسخی به فقدان یک رابطه‌ی مثبت رضایتبخش با سایرین است (ویکتور، بارهولت و مارتین^۵؛ ۲۰۱۲). سالیوان، این حالت را حاصل محروم بودن از نیاز اساسی بشر به صمیمیت می‌داند این حالت احساس محرومیت از روابط اجتماعی است (استیکی و همکاران^۶؛ ۲۰۱۳). پیلا و پرلمن، (۱۹۸۲) احساس تنهایی را عدم هماهنگی میان سطحی از تماس اجتماعی که فرد، خواهان آن است با سطحی از تماس اجتماعی که در واقعیت برقرار کرده است، تعریف کرده‌اند. دو گونه تنهایی؛ یعنی تنهایی عاطفی: در پی نبود یک وابستگی مهم یا از دست دادن یک چنان پیوندی پدید می‌آید. تنهایی اجتماعی: در پی نبود پیوستگی به یک شبکه روابط اجتماعی پدیدار می‌شود (جیونگ^۷؛ ۲۰۱۶). خوداثرمندی^۸ از نظریه شناخت اجتماعی، مشتق شده است که به باورها یا قضاوت‌های فرد به توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیت‌ها اشاره دارد (گیوموند، برندجن، ویتارو، دیونه و بویوین^۹؛ ۲۰۱۵). خوداثرمندی دارای سه مؤلفه می‌باشد: اندازه (سطح)، عمومیت، نیرومندی. اولین بعد مؤلفه اندازه (سطح) باورهای خوداثرمندی می‌باشد و سطح به باور فرد درباره‌ی عملکرد در جنبه‌های بسیار مشکل کار می‌پردازد. دومین بعد باورهای خوداثرمندی عمومیت است که مربوط به تعمیم‌پذیری باورها است، افراد ممکن است در یک زمینه یا بخش کوچکی از آن خود را کارآمد بدانند، عمومیت خوداثرمندی از چند عامل تأثیر می‌پذیرد: شباهت فعالیت‌ها، حیطه‌ی بروز آن، کیفیت شرایط و خصوصیت افرادی که آن رفتار یا فعالیت (میلز، لویس، هال فیلیپس، موریش، گیلومر و کاسوف^{۱۰}؛ ۲۰۱۶). سومین عامل نیرومندی است که، موجب تلاش برای ادامه دادن به رفتاری با وجود بودن موانع است (طهماسیان و غلامرضایی، ۱۳۸۸).

1. depression

2. Lee, & Park

3. Kaplan

4. Saduck

5. Feelings of Loneliness

6. Victor, Burholt, Martin

7. Stickley

8. Jeong

9. Self-Efficacy

10. Guimond, Brendgen, Vitaro, Dionne, & Boivin

1. Miles, Lewis, Hall-Phillips, Mo'rish, Gilmore, & Kasouf

افراد مبتلا به افسردگی افت و خیزهای خلقی زیادی از خود نشان می‌دهند و این افت و خیزها به‌ویژه در زنان بیشتر مشاهده می‌شود (اکبری، مومنی، انصاری و شرفی، ۱۳۹۴). یکی از متغیرهای مرتبط با افسردگی، احساس تنهایی است (محمدی و رامش، ۱۳۹۸). احساس تنهایی ناشی از طردهای اجتماعی و حذف محیط حامی به سبب انتخاب و ادامه این رفتارهای مخاطره آمیز می‌باشد (روکاچ؛ ۲۰۱۸). هنگامی که انسان از لحاظ عاطفی و اجتماعی حامی کمتری را دارا می‌باشد، احساس تنهایی از لحاظ روانشناختی بر او مستولی می‌گردد (لوری؛ ۲۰۱۲). احساس تنهایی برداشت ذهنی فرد از کمبود یا فقدان روابط رضایت بخش اجتماعی است (لیبلانک؛ ۲۰۱۹) و حاصل محروم ماندن از نیاز اساسی بشر به صمیمیت است (کال و همکاران؛ ۲۰۱۹). تجربه ای ناخوشایند است، که در پاسخ به نارساییهای کمی یا کیفی در روابط اجتماعی ظاهر می‌شود (جاوریز، پادمانابهانامنی و چیپس؛ ۲۰۱۹) و به معنی انزوای فیزیکی نیست، یک شخص کم حرف ممکن است در محل دورافتاده زندگی کند و کاملا احساس خوبی داشته باشد (شینکا و همکاران؛ ۲۰۱۳). از طرفی دیگر یکی دیگر از ویژگی های افراد مبتلا به افسردگی عدم انرژی کافی و توانمندی موثر در انجام کارها می‌باشد که ناشی از بی انگیزگی این افراد است که مصطلحا خوداثرمندی پایینی دارند (ترپ، هاجارتاگ و بیشولت؛ ۲۰۱۹). نظریه شناخت اجتماعی مبتنی بر الگوی علی سه جانبه رفتار، محیط و فرد است و این الگو به ارتباط متقابل بین رفتار، اثرات محیطی و عوامل فردی (عوامل شناختی، عاطفی و بیولوژیک) که به ادراک فرد برای توصیف کارکردهای روان‌شناختی اشاره دارد، تأکید می‌کند (استکا، آبل، مونزانی، گرکو، هازل و هانکین؛ ۲۰۱۴). بر اساس این نظریه، افراد در یک نظام علیت سه جانبه بر انگیزش و رفتار خود اثر می‌گذارند، اثرات یک بعدی محیط بر رفتار فرد که یکی از فرضیه‌های مهم روان‌شناسان رفتار گرا بوده است، را رد کرد (ذبیحی، ضامنی جعفرکلائی و ذبیحی، ۱۳۹۸). انسان‌ها دارای نوعی نظام خود کنترلی و نیروی خود تنظیمی هستند (تورنر و همکاران؛ ۲۰۱۶) و توسط آن نظام برافکار، احساسات و رفتارهای خود کنترل دارند و بر سرنوشت خود نقش تعیین کننده‌ای ایفا می‌کنند دارند (فاستر، راسل، دیلون، بیتسکو، گودر و استرن؛ ۲۰۱۴). به‌رغم پیشرفت‌های شایان توجهی که در مداخلات درمانی مربوط به افسردگی صورت گرفته است، همچنان با شیوع بالا، عود مکرر دوره‌ها و مزمن شدن اختلال افسردگی مواجه هستیم (کال، بلک لاند، شارفن و اندرسون؛^۱

1. Rokach

2. Løhre

3. LeBlanc

4. Käll, et al

5. Jarvis, Padmanabhanunni, & Chipps

6. Schinka

7. Terp, Hjärthag, & Bisholt

8. Steca, Abela, Monzani, Greco, Hazel, & Hankin

9. Turner, et al

1. Foster, Russell, Dillon, Bitsko, Godder, & Stern

1. Käll, Backlund, Shafran, & Andersson

۲۰۲۰). افسردگی یکی از رایج ترین اختلال های روان شناختی است که بسیاری از روان درمان گران به آن توجه ویژه داشته اند. در همین راستا نتایج پژوهش ها نشان می دهد که روش درمانی شناختی رفتاری به شیوه ی گروهی بر افزایش - خودکارآمدی عمومی و نیز کاهش احساس تنهایی بیماران با افسردگی اساسی مؤثر است (اکبری، مومنی، انصاری و شرفی، ۱۳۹۴؛ کال، بلک لاند، شارفن و اندرسون، ۲۰۲۰؛ ترپ، هاجارتاگ و بیشولت، ۲۰۱۹؛ جاویریز، پادمانابهانامنی و چیپس، ۲۰۱۹). در پژوهش های مختلف، درمان های شناختی رفتاری یکی از روش های مناسب در درمان اختلال های افسردگی تشخیص داده شده اند. درمان های شناختی رفتاری از زمانی که آثرون بک و همکارانش آن را ارایه نموده اند به طور گسترده ای در زمینه ی درمان افسردگی به کار رفته و اثربخشی آن، مورد ارزیابی قرار گرفته است (اکبری، مومنی، انصاری و شرفی، ۱۳۹۴). فرض بنیادی درمان شناختی رفتاری این است که فرایندهای یادگیری نقش مهمی در ایجاد و تداوم رفتارها ایفا می کنند (تورنر و همکاران، ۲۰۱۶) و به عبارت ساده تر، درمان شناختی رفتاری در شناسایی، اجتناب و مقابله به بیماران با مشکلات کمک می کند (اوسلیوان، ژایو و واتز، ۲۰۱۷). یعنی در شناسایی موقعیت هایی که احتمال رفتار پرخطر در آن ها زیاد است و اجتناب از این موقعیت ها و مقابله ی مؤثر با مسائل را امکان پذیر می سازد (خیاطی پور، قربان شیرودی و خلعتبری، ۱۳۸۹). از طرفی دیگر پیشینه ی پژوهشی و نتایجی که درمان گران از این روش درمانی کسب نموده اند، سبب گردیده است که همواره درصد بهبود این روش درمانی با تکنیک های شناختی رفتاری باشند (لی، ان، لوین و توهیگ، ۲۰۱۵). بنابراین هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) بر احساس تنهایی عاطفی اجتماعی و خوداثرمندی در زنان مبتلا به افسردگی می باشد.

روش تحقیق

روش تحقیق حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح پژوهش پیش آزمون و پس آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل می باشد.

طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل

گروه ها	پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون
آزمایش	T ₁	X	T ₂
کنترل	T ₁	-	T ₂

جامعه آماری پژوهش

1. Terp, Hjärthag, & Bisholt

2. Jarvis, Padmanabhanunni, & Chipps

3. Turner, et al

4. O'Sullivan, Xiao, & Watts

5. Lee, An, Levin, & Twohig

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران مبتلاء به افسردگی در بیمارستان درمان اختلالات روانی رازی تهران تشکیل دادند. با توجه به آن که حداقل تعداد نمونه برای پژوهش های آزمایشی ۱۵ نفر به ازای هر گروه است (دلاور، ۱۳۹۵)، در این پژوهش با توجه به معیارهای ورود به روش دردسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند.

معیار های ورود به مطالعه:

۱. افراد مورد مطالعه بیماران افسرده با شدت متوسط به تشخیص پزشک بیمارستان درمان اختلالات روانی تهران در نوع افسردگی اساسی

۲. بازه ۲۰ تا ۴۰ سال

۳. مجرد

۴. دارای پرونده تشخیصی در بیمارستان درمان اختلالات روانی تهران

۵. بر اساس پرونده ها عدم اعتیاد

۶. به تشخیص روان پزشک بیمارستان داورهای تاثیر گذار مانند خواب آورها که در روند مداخله مشکل ایجاد می کنند، دریافت نمی نمایند.

۷. حداقل ۱ ماه از تشخیص آن توسط مراکز درمانی گذشته باشد

۸. شدت بیماری به تشخیص پزشک معالج مراکز درمانی در سطح متوسط

۹. عدم همراهی اختلال روانی و جسمانی و مصرف داورهای تاثیر گذار به تشخیص پزشک که در شرکت در جلسات درمانی مداخله ایجاد نماید

۱۰. موافقت نامه ی والد یا مراقب در خصوص شرکت افراد در طرح پژوهش.

۱۱. کسب نمره بالای ۳۵ در پرسشنامه احساس تنهایی عاطفی اجتماعی و کمتر از ۷۰ در پرسشنامه خوداثرمندی.

معیار های خروج از مطالعه:

۱. ناقص تکمیل شدن پرسشنامه ها

۲. غیبت سه جلسه متوالی

ابزار گردآوری داده ها

پرسشنامه احساس تنهایی دی توماسو، برانن و بست (۲۰۰۴)

این پرسشنامه به وسیله دی توماسو، برانن و بست در سال ۲۰۰۴، براساس تقسیم بندی ویس، طراحی و تهیه گردید. این پرسشنامه شامل ۱۴ گویه و سه زیرمقیاس احساس تنهایی رمانتیک (پنج گویه)، خانوادگی (پنج گویه) و اجتماعی (چهار گویه) است و احساس تنهایی عاطفی از مجموع نمرات زیرمقیاس های رمانتیک و خانوادگی بدست می آید. در مقابل هر گویه طیف ۵ گزینه ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) قرار دارد. تمامی گویه ها بهجز گویه های ۱۴ و ۱۵ به شیوه معکوس نمره گذاری می شوند و کسب نمره بیشتر در هر یک از ابعاد این مقیاس، نشان دهنده احساس تنهای بیشتر در آن بعد است. مؤلفان این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ را بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ گزارش کرده اند که از همسانی درونی مناسب مقیاس حکایت دارد. در پژوهش جوکار و همکاران (۱۳۹۰) روایی و پایایی این پرسشنامه مورد آزمایش قرار گرفته است. نتایج همبستگی این مقیاس با سایر مقیاس هانشان دهنده روایی همگرا و افتراق مطلوب این پرسشنامه بود. همچنین برای پایایی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار این ضریب برای ابعاد این پرسشنامه برای تنهایی رمانتیک، تنهایی خانوادگی، تنهایی اجتماعی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۴، ۰/۷۸ می باشد.

پرسشنامه خود اثرمندی موریس (۲۰۰۱)

پرسشنامه خود اثرمندی در سال ۲۰۰۱ توسط موریس^۱ و با اقتباس از پرسشنامه خود کارآمدی بندورا، باربارانلی، کاپارا، پاستورلی ساخته شده است. پرسش نامه خود اثرمندی در ابتدا برای کودکان و نوجوانان شامل ۲۳ ماده بود و سپس در پژوهش های متفاوت در جوامع بزرگسالان کاربرد یافت و در یک طیف لیکرت از اصلاً (۱) تا بسیار زیاد (۷) نمره گذاری می شود. پرسشنامه خود اثرمندی از سه خرده آزمون خود اثرمندی اجتماعی (۸-۱)، خود اثرمندی در یادگیری (۱۶-۹) و خود اثرمندی هیجانی (۲۳-۱۷) تشکیل شده است و توانایی آزمودنی را در موقعیت های مختلف می سنجد. دامنه نمرات برای خود اثرمندی کلی از ۲۳ الی ۱۱۵، برای خود اثرمندی اجتماعی و تحصیلی از ۸ الی ۴۰ و برای خود اثرمندی هیجانی از ۷ الی ۳۵ است. نمره بیشتر به معنی داشتن خود اثرمندی بیشتر است. موریس (۲۰۰۲) در بررسی ساختار عاملی

¹ Muris

پرسش نامه خوداثرمندی سه عامل اجتماعی، تحصیلی و هیجانی پرسش نامه را مورد تایید قرار داد. در مطالعه موريس (۲۰۰۱) علاوه بر بررسی روایی همگرا و واگرایی مقیاسی، پایایی خرده مقیاس اجتماعی، ۰/۷۸، هیجانی ۰/۸۰ و در یادگیری ۰/۸۷ گزارش شده است. در مطالعه طهماسیان (۱۳۸۶) ضریب همسانی درونی کل مقیاس ۰/۷۳، خوداثرمندی اجتماعی ۰/۶۶، خوداثرمندی هیجانی ۰/۸۴ و خوداثرمندی در یادگیری ۰/۷۴ بدست آمد.

شیوه گردآوری داده ها

در حیطه میدانی پس از دریافت مجوزها و مراجعه به بیمارستان و اجرا جلسات درمانی بر روی بیماران در گروه آزمایش انجام شد و همچنین ابزارهای مربوطه در پیش آزمون و پس آزمون از دو گروه آزمایش و کنترل دریافت گردید، گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نخواهد کرد. پس از به توافق رسیدن برای شرکت در گروه، رضایت نامه آگاهانه به منزله تعهد در شرکت افراد در جلسات نوشته شد و جلسات پذیرش و تعهد در درمانگاه ریه کلینیک ویژه تشکیل و محتوای جلسات پژوهش با تکیه بر اصول نظری و گروه آزمون تحت درمان گروهی مبنی بر درمان شناختی رفتاری براساس برنامه درمان شناختی رفتاری براساس بسته درمانی تورک، هیمبرگ و هوپ (۲۰۰۱) تدوین شد که در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه ای گروهی مورد استفاده قرار گرفت و هیچ مداخله ای طی این مدت بر گروه کنترل صورت نگرفت، قبل از اجرای جلسات پیش آزمون از هر دو گروه تهیه شد و در پایان جلسات از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد و برای بررسی اثربخشی روش طرح نتایج دو گروه با یکدیگر مقایسه گردید.

خلاصه ای از محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری تورک، هیمبرگ و هوپ (۲۰۰۱)

جلسات	هدف	محتوا
اول	معرفی و ایجاد ارتباط	دریافت پیش آزمون دانشجویان، ایجاد ارتباط، بیان انتظارات در فرآیند درمان، افزایش آگاهی در خصوص علائم اختلال افسردگی.
دوم	اهداف درمان شناختی رفتاری	ارائه منطق درمان و آموزش اصول درمان شناختی رفتاری و قرار داد درمانی.
سوم	آگاهی افزایشی	آگاهی افزایشی درباره نگرانی‌های مربوط به رویدادهای حال و آینده و آموزش راهبردهای حل مسئله.
چهارم	آموزش راهبرد حل مسئله و مواجهه	آموزش راهبرد حل مسئله و شناسایی موقعیت‌های مبهم، توضیح خطوط کلی موقعیت مواجهه
پنجم	معرفی افکار خودکار	توصیف افکار خودکار بیمار در رابطه با موقعیتی هراس آور، نوشتن یک یا دو مورد از افکار خودکار شناسایی شده و کار بر روی آن
ششم	تحریف‌های شناختی، شناسایی باورهای مثبت و منفی	خطای شناختی مورد در افکار خودکار انتخاب، معرفی تحریف‌های شناختی و فرض‌های ناکارآمد و استفاده از تکنیک پیکان روبه پایین و شناسایی باورهای مثبت و منفی درباره نگرانی و به نقد کشیدن باورها.

هفتم	آموزش روش آرمیدگی	آموزش روش آرمیدگی عضلانی همراه با تصویرسازی ذهنی و اجرا همزمان.
هشتم	استفاده از روش های تجسمی	روش جایگزینی ذهنی افکار و خاطرات خوشایند، یاد آوری موقعیت‌های اضطراب‌انگیز و روش مقابله با افکار مزاحم یا توقف فکری.
نهم	بکارگیری تکنیک‌های اجتناب از مرور خاطرات	تکنیک‌های مربوط به اجتناب از خاطرات و واقعه‌ی ناراحت کننده شامل: حساسیت‌زدایی تدریجی.
دهم	آموزش ایفای نقش	اجرای روش جابه‌جایی نقش، بیان حرف‌ها، خواسته‌ها و هیجان‌اتش و کامل کردن جملات ناتمام.
یازدهم	بررسی تکالیف و برنامه‌های ارائه شده	مرور تکالیف و تکنیک‌ها.
دوازدهم	جمع بندی و خاتمه	انجام سایر فعالیت‌های مناسب با خاتمه جلسات (از جمله قدردانی کردن اعضای گروه از بیمار به خاطر این که توانسته است با ترس خود مواجهه شود)، جمع بندی مطالب کل جلسات.

ملاحظات اخلاقی:

پژوهش حاضر عبارتند از: پیش از شروع کار از افراد رضایت‌نامه آگاهانه دریافت شد و افراد از موضوع و روش اجرا مطالعه مطلع شدند، همچنین از اطلاعات خصوصی و شخصی داوطلبین محافظت شد (اصل رازی داری) و روند کلی مداخله در این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی افراد و جامعه هیچ گونه مغایرتی ندارد.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

پس از جمع آوری داده های تکمیلی ابزارها، تجزیه تحلیل نتایج داده های خام استخراجی از ابزار گردآوری با نرم افزار SPSS۲۴ انجام می گردد و با توجه به روش پژوهش، در تجزیه و تحلیل داده ها در آمار استنباطی پیش فرض های روش تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره رعایت گردید (همانند، آزمون شاپیرو ولیک، کشیدگی و چولگی و ...) و داده ها با این روش آماری تحلیل گردیده شدند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش هایی که به طور غیر مستقیم این مسأله را مورد بررسی قرار داده اند به رابطه ی بین حس انسجام و مهارت های مقابله ای و مهارت های اجتماعی تأکید ورزیده و همچنین به این نکته اشاره داشته اند که افراد برخوردار از حس انسجام ضعیف از روش های مغایر با سلامت به عنوان روشی برای مقابله با استرس استفاده می کنند. با توجه به نتایج به دست آمده در این پژوهش و همچنین پژوهش های پیشین می توان ادعان داشت که بین میزان گرایش به رفتارهای پرخطر و انسجام شخصی رابطه معکوس وجود دارد. و هر چقدر که افراد از انسجام شخصی پایین تری برخوردار باشند، احتمال بروز رفتارهای پرخطر نیز افزایش پیدا می کند. در واقع آموزش مهارت های زندگی به خصوص مهارت های مقابله با هیجان‌ات و استرس و همچنین مهارت های اجتماعی و ارتباطی زمینه رابرای افزایش حس انسجام در افراد فراهم می کند. آموزش مهارت های زندگی با کاهش میزان بروز رفتارهای پرخطر نوجوانان، حس انسجام افراد را نیز تقویت می کند. این یافته ها با نتایج پژوهش های رحیمی، خرم آبادی، نوایی و معین (۱۳۹۴)، رضایی (۱۳۹۵)، فداکار زاده (۱۳۹۸) و ویکتوریا، کارینا و واینر (۲۰۱۵)، اسمیت (۲۰۱۵)، اسکوجیل (۲۰۱۴)، استگر، مان، میچلز، کوپر (۲۰۱۴)؛ هماهنگ و همسو است. بررسی ها در مورد پیامد های برنامه پیشگیری و آموزش مهارت های زندگی نشان می دهد که به دنبال آموزش، رفتارهای مناسب اجتماعی در طول زمان

افزایش یافته و رفتارهای منفی و خودتخریبی کاهش می یابد (سلیمانی، ۱۳۸۹). این آموزش ها به دانش آموزان کمک می کند تا بتوانند به راحتی مسائل و مشکلات خود را شناسایی کرده، به دنبال بهترین راه حل ها باشند و بر اساس راه حل گزینش شده، اهداف خود را دسته بندی نمایند (فورنریس؛ به نقل از یوسف پور، ۱۳۸۸). این یافته ها همچنین با نتایج پژوهش های آنتونوسکی، هنکین و استون (۱۹۸۷) مبنی بر این که افراد برخوردار از حس انسجام ضعیف از روش های مغایر با سلامت به عنوان روشی برای مقابله با استرس استفاده می کنند، مطابقت دارد. که نشان دهنده ی ارتباط بین حس انسجام و روش های مورد استفاده جهت مقابله با استرس می باشد. با توجه به نتیجه به دست آمده می توان بیان نمود که آموزش مدیریت استرس به عنوان یک مهارت زندگی، به افزایش حس انسجام منجر می شود. همچنین نیلسن و هانسن (۲۰۰۷) در پژوهش خود نشان دادند دخترانی که حس انسجام بالایی دارند علائم بیماری به طور معنا دار کمتری را گزارش دادند. زاین^۳ (۱۹۹۷) گزارش داد افرادی که از حس انسجام بالایی برخوردارند، تمایل دارند از راهبردهای مقابله ای سازگارانه تری استفاده کنند و کمتر به راهبرد های غیر سازگارانه تکیه می کنند. پژوهش دارلینگ، مک وی، هوارد و اولمستر^۴ (۲۰۰۷) که نشان دهنده ارتباط معنا دار بین نمرات حس انسجام و سلامت روانی در دانشجویان بود نیز با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد. جلسما و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که بین آگاهی اجتماعی و حس انسجام رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. بنابراین، با توجه شواهد علمی و به منظور پیشگیری از بروز آسیب های اجتماعی مانند خودکشی، اعتیاد، خشونت، رفتارهای بزهکارانه و اختلال های روانی لازم است به موضوع بهداشت روانی و آموزش مهارت های زندگی و اهمیت آن بیشتر توجه شود. مهارت های زندگی مجموعه ای از توانایی های است که قدرت سازگاری و رفتار مثبت و کارآمد را افزایش داده و باعث میشود که افراد مسئولیت های مربوط به نقش اجتماعی خود را پذیرفته و بدون صدمه زدن به خود و دیگران با چالش ها و مشکلات زندگی روبه رو شده و انتخابها و رفتارهای سالمی در سراسر زندگی داشته باشند (محمد خانی و همکاران، ۱۳۹۲). در تبیین یافته های این پژوهش می توان اذعان داشت رفتارهای پرخطر جز لاینفک دوره نوجوانی محسوب می شود. امامیزان شناخت و آگاهی و توانایی افراد در به اجرا در آوردن این مهارت ها در زندگی روزمره با یکدیگر متفاوت است. عوامل متعددی از قبیل محیط خانوادگی و ژنتیک و محیط های اجتماعی و علی الخصوص دوستان نوجوان و فشار های همسالان نقش بسیار کلیدی هم در بروز رفتارهای پرخطر و هم در میزان توانایی افراد در به اجرا درآوردن مهارت های زندگی ایفا می کند. بنابراین در آموزش ها و برنامه های درسی و تحصیلی دانش آموزان در سنین نوجوانی باید حساب ویژه برای تمام مواردی که مربوط به ارتباطات و دوستی های نوجوان می شود، باز کرد؛ که این مهم هم مشارکت فعال والدین در کنار نوجوانان و هم سیاست گذاری های کلان در سطح کشوری برای تبیین برنامه های اثربخش (در حوزه ارتباطات و دوستی در دوره نوجوانی) را می طلبد. می توان گفت یکی از بسترهای اصلی آموزش مهارت های زندگی، مدرسه است. وجود

¹. Hankin & Stone

². Nielsen & Hansson

³. zayne

⁴. Darling, McVey, Howard & Olmster

⁵. Jellesma et al

معلمان و مشاوران و روانشناسان کارکننده در زمینه آموزش مهارت های زندگی در مدارس و قرار دادن سرفصل مشخص و واحد از همان سنین کودکی یکی از عوامل بسیار تأثیر گذار در کسب توانایی افراد در این مهارت ها می باشد. بر اساس یافته های پژوهش حاضر می توان چنین نتیجه گرفت که ارتباط تنگننگی بین حس انسجام و استرس، نحوه ی مدیریت استرس و مهارت های مقابله ای و مهارت های اجتماعی وجود دارد. در واقع افرادی که از حس انسجام بالاتری برخوردارند، در زندگی بهتر می توانند بر شرایط و موقعیت های استرس زا غلبه کنند و در شرایط بحرانی از تصمیم گیری بهتری برخوردارند. آموزش های مهارت های زندگی به نحوه مقابله با هیجانات و استرس پرداخته و افراد با کنترل استرس خود می توانند به حس انسجام بالاتری دست پیدا کنند. نکته دیگری که می توان بیان نمود، توضیح این مطلب است که افراد با انسجام روانی و شخصی بالا به خصوص در سنین نوجوانی کم تر گرایش به رفتارهای پرخطر پیدا می کنند. در واقع می توان گفت که افزایش حس انسجام منجر به کاهش گرایش رفتارهای پرخطر می شود؛ چرا که بسیاری از رفتارهای پرخطر در شرایط استرس زا بروز می کند و عدم کنترل استرس و عدم کنترل موقعیت که به حس انسجام مربوط می شود؛ می تواند بروز رفتارهای پرخطر را تشدید کند. از جمله محدودیت های پژوهش این بود که پرسشنامه رفتار پرخطر به دلیل نوع سؤالاتی که داشت باعث می گردید از سوی دانش آموزان به صورت محتاطانه تکمیل گردد که این عامل روی نتایج پژوهش تأثیر داشته است فلذا پیشنهاد می شود که امکان انجام پژوهش با هر دو جنس (دختر و پسر) فراهم شده تا تا به مقایسه تأثیر آموزش مهارت های زندگی در دختران و پسران پرداخته شود.

تجزیه و تحلیل استنباطی داده ها

چولگی و کشیدگی داده ها: چولگی در حقیقت معیاری از وجود یا عدم تقارن تابع توزیع می باشد. برای یک توزیع کاملاً متقارن چولگی صفر و برای یک توزیع نامتقارن با کشیدگی به سمت مقادیر بالاتر چولگی مثبت و برای توزیع نامتقارن با کشیدگی به سمت مقادیر کوچکتر مقدار چولگی منفی است.

چولگی و کشیدگی داده ها و فرض نرمال بودن متغیرها

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
	کشیدگی	چولگی	کشیدگی	چولگی
رمانتیک	-۰/۵۷۱	-۰/۳۳۱	-۰/۱۰۵	-۰/۶۱۰
خانوادگی	۰/۶۸۰	-۰/۲۸۷	۰/۴۵۸	۰/۳۴۴
اجتماعی	-۰/۱۵۳	۰/۴۳۹	-۰/۷۵۹	-۰/۲۲۰
احساس تنهایی	-۰/۵۳۹	-۰/۵۰۸	-۰/۳۴۱	-۰/۱۱۲
اجتماعی	-۰/۷۸۵	۰/۳۹۱	-۰/۱۰۳	-۰/۷۵۴
یادگیری	-۰/۲۲۸	-۰/۰۸۷	۰/۹۶۶	-۰/۴۹۶
هیجانی	-۰/۶۹۳	-۰/۳۸۷	-۰/۷۴۵	۰/۶۸۹
خود اثرمندی	-۰/۰۵۴	-۰/۱۲۴	۰/۳۳۱	-۰/۳۴۰

تمامی مقادیر بدست آمده از بررسی کشیدگی و چولگی، در بازه ی (۲ تا ۲-) قرار دارد. بنابراین وضعیت متغیرها کشیده و چوله نمی باشد.

نتایج آزمون شاپیرو و ویلکز در نرمال بودن داده ها

پس آزمون		پیش آزمون		متغیر
معنی داری	آماره	معنی داری	آماره	
۰/۰۷۰	۱/۲۹۵	۰/۸۶	۱/۳۱۱	رمانتیک
۰/۰۵۶	۱/۳۳۶	۰/۵۴۱	۰/۸۲۳	خانوادگی
۰/۰۸۲	۱/۲۶۴	۰/۰۸۹	۰/۷۴۳	اجتماعی
۰/۲۹۳	۰/۹۷۹	۰/۱۴۳	۱/۲۴۷	احساس تنهایی
۰/۲۸۷	۰/۹۸۴	۰/۴۲۱	۱/۰۵۷	اجتماعی
۰/۲۹۰	۰/۹۸۲	۰/۰۸۷	۰/۹۲۷	یادگیری
۰/۱۳۴	۱/۱۶۳	۰/۱۹۲	۱/۰۱۴	هیجانی
۰/۲۸۹	۰/۹۷۵	۰/۱۴۱	۱/۱۱۱	خود اثرمندی

به طور کلی با توجه به بررسی های انجام شده در خصوص نرمالی داده ها با آزمون های شاپیرو- ویلکز می توان نتیجه گرفت داده ها به طور قطع نرمال می باشد و می توان تحلیل استنباطی داده ها را انجام رساند.

فرضیه های پژوهش

۱. درمان شناختی رفتاری بر احساس تنهایی عاطفی اجتماعی و خوداثرمندی در زنان مبتلا به افسردگی تاثیر دارد.

برای انجام تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) ابتدا مفروضاتی نیازمند به انجام می باشد.

باکس همگنی ماتریس های واریانس کواریانس

۴/۲۴۸	آزمون باکس
۱/۶۹۲	تحلیل واریانس
۳	درجه آزادی ۱
۱۴۲۹۳/۰۰۰	درجه آزادی ۲
۰/۱۳۹	معناداری

آزمون باکس، نشان می دهد که سطح معناداری با توجه به درجه آزادی و تحلیل واریانس (۱/۶۹۲) بدست آمده از ۰/۱۳۹ معنادار نمی باشد، که با احتمال زیاد می توان همگونی واریانس ها را پذیرفت، و حداقل شرایط لازم برای تحلیل وجود دارد.

آزمون لوین (آزمون همسانی واریانس های پیش آزمون و پس آزمون)

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
احساس تنهایی عاطفی اجتماعی	۱/۶۶۶	۱	۲۷	۰/۱۹۶
خوداثرمندی	۱/۲۸۷	۱	۲۷	۰/۲۳۰

با توجه به نتایج تحلیل واریانس آزمون لوین، سطح معناداری بدست آمده بیشتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین به طور کلی، می توان گفت پیش فرض همگونی واریانس در گروه ها از تجانس برخوردار است.

نتایج مربوط به بررسی همگنی شیب های رگرسیونی در متغیر پژوهش

منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P
احساس تنهایی عاطفی اجتماعی	۸/۹۶۸	۱	۸/۹۶۸	۰/۵۷۲	۰/۴۹۶
خوداثرمندی	۱۱/۰۰۵	۱	۱۱/۰۰۵	۰/۹۶۸	۰/۳۳۱

صحت تحلیل کوواریانس بر این فرضیه استوار است که میان شیب رگرسیون متغیر کنترل وابسته در دو گروه تفاوت معنی داری نداشته باشد. در تحلیل کوواریانس نمره های باقیمانده متغیر وابسته مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند، وجود اختلاف شیب در دو دسته نمره های باقیمانده، متغیر وابسته را در وضعیت نامعقول و بی معنی قرار می دهد. مقدار تحلیل واریانس تعامل مستقل و همپراش در احساس تنهایی عاطفی اجتماعی و خوداثرمندی می باشد و متعاقبا معنادار نمی باشد، بنابراین می توان نتیجه گرفت پیش فرض همگونی شیب رگرسیون رعایت شده است.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیر بر احساس تنهایی عاطفی اجتماعی و خوداثرمندی

نام آزمون	مقدار	F	سوال درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری
اثر پلایی	۰/۶۰۱	۲۵/۱۳۴	۲	۲۷	۰/۰۰۰
لامبدایی ویلکز	۰/۵۸۸	۲۵/۱۳۴	۲	۲۷	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۱/۲۴۲	۲۵/۱۳۴	۲	۲۷	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه خطا	۱/۲۴۲	۲۵/۱۳۴	۲	۲۷	۰/۰۰۰

همه آزمون های مانکوا در سطح ($P < 0.001$) معنی دار می باشند، بر این اساس می توان بیان داشت حداقل در یکی از احساس تنهایی عاطفی اجتماعی و خوداثرمندی تفاوت معنا داری وجود دارد.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بر احساس تنهایی عاطفی اجتماعی و خوداثرمندی

منبع پراکندگی	متغیرها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری	اندازه اثر
۵۹۸	احساس تنهایی عاطفی اجتماعی	۷۶/۲۰۰	۱	۷۶/۲۰۰	۲۴/۳۲۷	۰/۰۰۰	۰/۹۴۷
	خوداثرمندی	۴۹/۹۶۸	۱	۴۹/۹۶۸	۱۵/۰۸۸	۰/۰۰۰	۰/۹۰۵

نتایج این آزمون حاکی از آن است که در مجموع بین احساس تنهایی عاطفی اجتماعی و خودآزمندی در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. که به طور کلی حکایت از اثر درمان شناختی رفتاری بر احساس تنهایی عاطفی اجتماعی و خودآزمندی دارد.

فرضیه ۲. درمان شناختی رفتاری بر احساس تنهایی عاطفی اجتماعی در زنان مبتلا به افسردگی تاثیر دارد.

باکس همگنی ماتریس های واریانس کواریانس

آزمون باکس	۴۲/۲۸۸
تحلیل واریانس	۰/۶۳۳
درجه آزادی ۱	۲۴
درجه آزادی ۲	۴۴۹۶۸۱/۲۰۵
معناداری	۰/۴۶۸

آزمون باکس، نشان می دهد که سطح معناداری با توجه به درجه آزادی و تحلیل واریانس (۰/۶۳۳) بدست آمده از ۰/۴۶۸ معنادار نمی باشد، که با احتمال زیاد می توان همگونی واریانس ها را پذیرفت، و حداقل شرایط لازم برای تحلیل وجود دارد.

آزمون لوین (آزمون همسانی واریانس های پیش آزمون و پس آزمون)

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
رمانتیک	۰/۳۹۸	۱	۲۶	۰/۶۹۳
خانوادگی	۱/۴۵۲	۱	۲۶	۰/۱۷۴
اجتماعی	۱/۲۰۰	۱	۲۶	۰/۱۹۶

با توجه به نتایج تحلیل واریانس آزمون لوین، سطح معناداری بدست آمده بیشتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین به طور کلی، می توان گفت پیش فرض همگونی واریانس در گروه ها از تجانس برخوردار است.

نتایج مربوط به بررسی همگنی شیب های رگرسیونی در متغیر پژوهش

منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P
رمانتیک	۱۶/۳۸۹	۱	۱۶/۳۸۹	۱/۶۶۱	۰/۲۹۶
خانوادگی	۲۱/۴۰۰	۱	۲۱/۴۰۰	۲/۳۴۶	۰/۰۹۷
اجتماعی	۱۴/۵۸۷	۱	۱۴/۵۸۷	۱/۰۵۴	۰/۳۴۶

صحت تحلیل کواریانس بر این فرضیه استوار است که میان شیب رگرسیون متغیر کنترل وابسته در دو گروه تفاوت معنی داری نداشته باشد. در تحلیل کواریانس نمره های باقیمانده متغیر وابسته مورد تجزیه و

تحلیل قرار می گیرند، وجود اختلاف شیب در دو دسته نمره های باقیمانده، متغیر وابسته را در وضعیت نامعقول و بی معنی قرار می دهد. مقدار تحلیل واریانس تعامل مستقل و همپراش در خرده مقیاس های احساس تنهایی عاطفی اجتماعی می باشد و متعاقبا معنادار نمی باشد، بنابراین می توان نتیجه گرفت پیش فرض همگونی شیب رگرسیون رعایت شده است.

نتایج حاصل از آزمون های تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا)

نام آزمون	مقدار	F	سوال درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری
اثر پلایی	۰/۵۸۷	۱۳/۲۸۵	۴	۲۶	۰/۰۰۰
لامبدایی ویلکز	۰/۴۴۹	۱۳/۲۸۵	۴	۲۶	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۳/۷۵۴	۱۳/۲۸۵	۴	۲۶	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه خطا	۳/۷۵۴	۱۳/۲۸۵	۴	۲۶	۰/۰۰۰

نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره بر روی نمرات خرده مقیاس های متغیر بهزیستی روانشناختی نشان می دهد. همان طور که جدول نشان می دهد همه آزمون های مانکوا در سطح ($P < 0.001$) معنی دار می باشند، بر این اساس می توان بیان داشت حداقل در یکی از خرده مقیاس های احساس تنهایی عاطفی اجتماعی تفاوت معنا داری وجود دارد.

نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره

منبع پراکندگی	متغیرها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری
۳	رمانتیک	۶۲/۸۸۷	۱	۶۲/۸۸۷	۱۴/۰۵۴	۰/۰۰۰
	خانوادگی	۷۱/۳۱۰	۱	۷۱/۳۱۰	۱۶/۲۱۹	۰/۰۰۰
	اجتماعی	۵۹/۴۶۹	۱	۵۹/۴۶۹	۱۱/۷۸۴	۰/۰۰۰

نتایج این آزمون حاکی از آن است که در مجموع بین خرده مقیاس احساس تنهایی عاطفی اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. که به طور کلی حکایت از اثر درمان شناختی رفتاری بر احساس تنهایی عاطفی اجتماعی دارد.

فرضیه ۳. درمان شناختی رفتاری بر خوداثرمندی در زنان مبتلا به افسردگی تاثیر دارد.

برای انجام تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) ابتدا مفروضاتی نیازمند به انجام می باشد. بخش اول پیش فرض های تحلیل:

باکس همگنی ماتریس های واریانس کواریانس

آزمون باکس	۴/۶۲۲
------------	-------

۱/۹۹۸	تحلیل واریانس
۴	درجه آزادی ۱
۱۶۶۲۴۸/۰۵۷	درجه آزادی ۲
۰/۱۴۲	معناداری

آزمون باکس، نشان می دهد که سطح معناداری با توجه به درجه آزادی و تحلیل واریانس (۰/۹۹۸) بدست آمده از ۰/۱۴۲ معنادار نمی باشد، که با احتمال زیاد می توان همگونی واریانس ها را پذیرفت، و حداقل شرایط لازم برای تحلیل وجود دارد.

آزمون لوین (آزمون همسانی واریانس های پیش آزمون و پس آزمون)

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
اجتماعی	۰/۷۸۵	۱	۲۶	۰/۴۶۹
یادگیری	۱/۱۹۶	۱	۲۶	۰/۲۱۱
هیجانی	۱/۳۹۶	۱	۲۶	۰/۱۹۸

با توجه به نتایج تحلیل واریانس آزمون لوین، سطح معناداری بدست آمده بیشتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین به طور کلی، می توان گفت پیش فرض همگونی واریانس در گروه ها از تجانس برخوردار است.

نتایج مربوط به بررسی همگنی شیب های رگرسیونی در متغیر پژوهش

منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P
اجتماعی	۱۰/۶۳۳	۱	۱۰/۶۳۳	۱/۲۲۴	۰/۲۲۷
یادگیری	۱۲/۵۰۴	۱	۱۲/۵۰۴	۱/۶۹۳	۰/۱۸۶
هیجانی	۸/۷۴۹	۱	۸/۷۴۹	۰/۹۶۸	۰/۳۴۹

صحت تحلیل کوواریانس بر این فرضیه استوار است که میان شیب رگرسیون متغیر کنترل وابسته در دو گروه تفاوت معنی داری نداشته باشد. در تحلیل کوواریانس نمره های باقیمانده متغیر وابسته مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند، وجود اختلاف شیب در دو دسته نمره های باقیمانده، متغیر وابسته را در وضعیت نامعقول و بی معنی قرار می دهد. مقدار تحلیل واریانس تعامل مستقل و همپراش در خرده مقیاس های خودآزمندی می باشد و متعاقباً معنادار نمی باشد، بنابراین می توان نتیجه گرفت پیش فرض همگونی شیب رگرسیون رعایت شده است.

نتایج حاصل از آزمون های تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا)

نام آزمون	مقدار	F	سوال درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری
اثر پلائی	۰/۵۴۲	۱۷/۴۵۶	۴	۲۶	۰/۰۰۰
لامبدایی ویلکز	۰/۴۷۷	۱۷/۴۵۶	۴	۲۶	۰/۰۰۰

اثر هتلینگ	۱/۲۹۶	۱۷/۴۵۶	۴	۲۶	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه خطا	۱/۲۹۶	۱۷/۴۵۶	۴	۲۶	۰/۰۰۰

نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره بر روی نمرات خرده مقیاس های متغیر خودآزمندی نشان می دهد. همان طور که جدول نشان می دهد همه آزمون های مانکوا در سطح ($P < 0.001$) معنی دار می باشند، بر این اساس می توان بیان داشت حداقل در یکی از خرده مقیاس های خودآزمندی تفاوت معنا داری وجود دارد.

نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره

منبع پراکندگی	متغیرها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری	اندازه اثر
زنان	اجتماعی	۹۷/۷۷۴	۱	۹۷/۷۷۴	۲۰/۳۴۵	۰/۰۰۰	۰/۹۲۸
	یادگیری	۸۱/۳۱۹	۱	۸۱/۳۱۹	۱۷/۴۹۶	۰/۰۰۰	۰/۸۸۴
	هیجانی	۱۰۵/۶۸۵	۱	۱۰۵/۶۸۵	۲۷/۰۰۵	۰/۰۰۰	۰/۹۶۲

نتایج این آزمون حاکی از آن است که در مجموع بین خرده مقیاس های خودآزمندی در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. که به طور کلی حکایت از اثر درمان شناختی رفتاری بر خودآزمندی دارد.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اصلی: درمان شناختی رفتاری بر احساس تنهایی عاطفی اجتماعی و خودآزمندی در زنان مبتلا به افسردگی تاثیر دارد.

با توجه به نتایج بدست آمده، درمان شناختی رفتاری بر احساس تنهایی عاطفی اجتماعی و خودآزمندی در زنان مبتلا به افسردگی تاثیر دارد و فرضیه ی اصلی پژوهش مورد تایید واقع گردید. و همسو با یافته های ذبیحی، ضامنی جعفرکلائی و ذبیحی (۱۳۹۸)، خادم تاسندهی، و مدنیان (۱۳۹۷)، خشنود پایکیاده و زمانی (۱۳۹۷)، ذبیح اله زاده (۱۳۹۸)، محمدی و رامش (۱۳۹۸)، کال، بلک لاند، شارفن و اندرسون (۲۰۲۰)، ترپ، هاجارتاگ و بیشولت (۲۰۱۹)، کال و همکاران (۲۰۱۹)، جاوریز، پادمانابهانامنی و چیپس (۲۰۱۹) می باشد.

در تبیین این نتایج می توان بیان نمود که در درمان شناختی رفتاری، علاوه بر توجه به تقویت کننده های مثبت و منفی، به بررسی و کشف خطاهای شناختی مانند تعمیم بیش از حد، تفسیر سیاه و سفید، که از قواعد اساسی فرد افسرده که در چرخه ای تسلسل گونه قرار می گیرد، می پردازد و تلاش می کند از طریق

نشان دادن خطاهای شناختی فرد، مشکلات را در وهله‌ی نخست عینی سازی و نهایی با شناخت کافی رفتارهای مناسبی را در مسیر انتخاب فرد قرار دهد و به نظر می‌رسد که این روند درمان در بهبود افسردگی بر اساس زنجیره شناختی همانند: مشکلات انسان‌ها عاملی دارند؛ باید دلیل این عوامل را پیدا کرد؛ دلایل عموماً افکار، احساسات، یا خاطرات ناخوشایند هستند؛ پس این افکار، احساسات، یا خاطرات ناخوشایند عامل مشکلات زندگی هستند و نهایتاً برای کنترل مشکلات باید افکار، احساسات، یا خاطرات ناخوشایند، احساس تنهایی و خودآثرمندی را کنترل نمود (جاوریز، پادمانابهانامنی و چیپس، ۲۰۱۹). اکثر مداخلات درمانی در مدل شناختی رفتاری مبتنی بر مهار افکار در افسردگی در زمان وقوع (مانند توجه گردانی)، آموزش روش-های کنترل افکاری که موجب بروز وسوسه می‌گردند (مانند توقف افکار)، اجتناب از برانگیزاننده‌های افکار (مانند نزدیکی به افراد) می‌باشند. یکی از الگوهای مداخله‌ای درمان شناختی رفتاری برجسته در درمان افسردگی و پیش‌گیری از افسردگی، اتکا بر باورهای شناختی است که کارآمدی آن در پژوهش حاضر به اثبات رسیده است. اساس درمان شناختی رفتاری از پدیده افسردگی آن تأکید روی نارسایی‌ها و انحرافات شناختی فرد از یک سو و کمبود مهارت‌های رفتاری مناسب برای رویارویی با فشارهای درونی و بیرونی و دستیابی به احساس شادکامی و ارتباطی (یا فرار از احساسات عاطفی منفی) تنهایی و کاهش خودآثرمندی می‌باشد (خیاطی پور، قربان شیروودی و خلعتبری، ۱۳۸۹).

فرضیه ۱: درمان شناختی رفتاری بر احساس تنهایی عاطفی اجتماعی در زنان مبتلا به افسردگی تاثیر دارد.

با توجه به نتایج بدست آمده، درمان شناختی رفتاری بر احساس تنهایی عاطفی اجتماعی در زنان مبتلا به افسردگی تاثیر دارد و فرضیه ۱ پژوهش مورد تایید واقع گردید. و همسو با یافته‌های محمدی و رامش (۱۳۹۸)، اکبری، مومنی، انصاری و شرفی (۱۳۹۴)، کال، بلک لاند، شارفن و اندرسون (۲۰۲۰)، کال و همکاران (۲۰۱۹)، جاوریز، پادمانابهانامنی و چیپس (۲۰۱۹) می‌باشد.

در تبیین این نتایج می‌توان چنین عنوان نمود که خود احساس تنهایی، پاسخ به فقدان یک رابطه رضایت‌بخش در ارتباط با سایرین است و سالیوان این حالت را حاصل محروم بودن از نیاز اساسی بشر به صمیمیت می‌داند این حالت احساس محرومیت از روابط اجتماعی است که درمان شناختی رفتاری با ایجاد تعادل بین شناخت و رفتار سبب بهبود شرایط فرد می‌گردد (کال، بلک لاند، شارفن و اندرسون، ۲۰۲۰). همچنین پیلا و پرلمن (۱۹۸۲) دو تن از صاحب نظران این زمینه، احساس تنهایی را عدم هماهنگی میان سطحی از تماس اجتماعی که فرد، خواهان آن است با سطحی از تماس اجتماعی که در واقعیت برقرار کرده

است و در دیدگاه پیلا و پرلمن درمان شناختی رفتاری سبب ایجاد تغییر در دو گونه تنهایی می شود، تنهایی عاطفی: در پی نبود یک وابستگی مهم یا از دست دادن یک چنان پیوندی پدید می آید. تنهای اجتماعی: در پی نبود پیوستگی به یک شبکه روابط اجتماعی پدیدار می شود و شاید تنها با دستیابی به یک شبکه ارتباطی خواستنی خشنود کننده از میان برود. انسان موجودی اجتماعی از لحاظ سرشتی می باشد، و در صورت نداشتن روابط بین فردی بالفطره بودن هیچ زمینه ی اختلال گونه ای سبب ایجاد مشکلات روانشناختی برای او می گردد، از طرفی هنگامی که افراد تن به درمان می دهند باتوجه به چند بعدی بودن درمان شناختی رفتاری که وابسته به حمایت های اجتماعی، دارو درمانی و روان درمانی می باشد بنابراین این پیشرفت و کاهش سطح تنهایی در دو بازه ی زمانی پس از شروع درمانی می تواند منطقی جلوه نماید، همچنین در رویکرد خانواده درمانی افراد در سایه یک ارتباط سالم و عاطفی می توانند به بحث و پرسش های عمیق از یکدیگر بپردازند و پاسخ های صادقانه و روشنی نیز دریافت کنند و مسئولیت خود را برعهده بگیرند (اوسلیوان، ژایو و واتز، ۲۰۱۷). این درحالی است که براساس رویکردهای روانشناسی همچون درمان شناختی رفتاری، سیستمی محور معضلات انسان در رفتارها می باشد، رفتاری که در ارتباطات بین فردی و در محیط های اجتماعی معنا می یابد، در گرایشات به افسردگی با توجه به نظریه انزوا طلبی، چون جوامع مدرن اغلب به موفقیت فردی اصالت داده و کسب آن در گرو مشارکت فعال اجتماعی، داشتن کار مفید بهره‌مندی مناسب از ثروت مادی، سواد مناسب با موفقیت اجتماعی فرد و ... است (لی، ان، لوین و توهیگ، ۲۰۱۵)، محرومیت از هریک از این‌ها به پیرامونی شدن و انزوا طلبی فرد منجر می شود و در چنین شرایطی یا در شرایطی که فرد خود را با نگرش‌ها، باورها، ارزش‌ها و هنجارهای حاکم بر جامعه بیگانه می‌یابد و یا حداقل خود را با آن‌ها بیگانه نمی‌یابد از جامعه جدا شده و در انزوا طلبی بیشتر قرار می‌گیرد این قبیل افراد عموماً کسانی هستند که یا قادر به تطابق خود با محیط نیستند و یا از تطبیق محیط با خود ناتوانند و بنابراین برای گریز از این موقعیت به مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی روی می‌آورند جالب آنکه همین راه فرار خود عامل مهم در تقویت پیرامونی شدن این افراد است افرادی که احساس موفقیت نمی‌کنند اغلب تنگدست و فقیر یا بی‌کارند سواد کافی یا موقعیت اجتماعی مناسب ندارند یا درگیر روابط به خانوادگی هستند (اکبری، مومنی، انصاری و شرفی، ۱۳۹۴)، یا حتی در صورت فقدان مشکلات مذکور، ارزش‌های حاکم بر جامعه را قبول ندارند بیشتر در معرض انزوا طلبی هستند چرا که یکی از مهم‌ترین دلایل انزوا طلبی تغییر برداشت خود از واقعیت است. با بهبود روابط بین اعضا، زمینه برای انعطاف پذیری فرد در شرایط پرفشار فراهم می‌شود و اعضای خانواده فرصتی می‌یابند تا به بحث و گفتگو با یکدیگر بپردازند و اعضا به راحتی می‌توانند عقاید خود را مطرح سازند، بدون آن که طرد شوند (تورنر و همکاران، ۲۰۱۶).

فرضیه ۲: درمان شناختی رفتاری بر خودآزمندی در زنان مبتلا به افسردگی تاثیر دارد.

با توجه به نتایج بدست آمده، درمان شناختی رفتاری بر خودآزمندی در زنان مبتلا به افسردگی تاثیر دارد و فرضیه ی ۲ پژوهش مورد تایید واقع گردید. همسو با نتایج کاظمینی (۱۳۹۰)، ترپ، هاجارتاگ و بیشولت (۲۰۱۹)، لی و پارک (۲۰۱۹)، تورنر و همکاران (۲۰۱۶) می باشد.

در تبیین این نتایج می توان چنین عنوان نمود که در رفتاردرمانی شناختی همواره تجارب احساسی قبلی به تجارب فعلی یا عبارات معرف آنها متصل شده‌اند (مثلاً کلمه «مرگ» برای هر فرد تداعی کننده یک احساس یا خاطره منحصر بفرد است)؛ این اتصال موجب می گردد که افراد نتوانند با بسیاری از تجارب خود ارتباط برقرار نمایند و آنها را به گونه منحصر به فرد تعبیر و تفسیر کنند و بدون آن که خود دلیل آن را بدانند از مسایل معمولی اجتناب نمایند؛ این اتصال از بزرگترین موانع درمان تلقی می گردد و درمانگر تلاش می کند با تکنیک‌های مختلف این اتصال احساسی را از بین ببرد (لی و پارک، ۲۰۱۹). با توجه به یافته های پژوهش که تفاوت معناداری در خصوص مولفه ی خودآزمندی در پیش آزمون و پس آزمون مشاهده شد، به نظر می رسد که افراد دارای تحمل آشفتگی پایین، اولاً هیجان را غیرقابل تحمل میدانند و نمی توانند به آشفتگی و پریشانی شان رسیدگی نمایند، ثانیاً این افراد، وجود هیجان را نمی پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می کنند زیرا که توانایی مقابله ای خود با هیجانات رادست کم می گیرند. سومین مشخصه ی عمده ی تنظیم هیجانی افراد در این درمان با تحمل آشفتگی پایین، تلاش فراوان این افراد برای جلوگیری از هیجانات منفی تجربه شده می باشد. لازم به ذکر است که اگر این افراد قادر به تسکین این هیجانات نباشند، تمام توجه شان جلب این هیجان آشفته کننده می گردد و عملکردشان به طور قابل ملاحظه ای کاهش می یابد (فاستر، راسل، دیلون، بیتسکو، گودر و استرن، ۲۰۱۴). افرادی که ارزیابی و تنظیم مناسب هیجانی را در موقعیت ها بهتر دارا هستند، کمتر تاثیرات منفی افسردگی بر آنها اعمال می گردد و خودآزمندی بیشتری دارند. تنظیم شناختی رفتاری در این درمان به عنوان فرآیندی که از طریق آن افراد هیجان هایشان را برای پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل می کنند، در نظر گرفته می شود (میلز، لويس، هال فیلیپس، موریش، گیل مور و کاسوف، ۲۰۱۶). با توجه به نظریات در حیطه ی افسردگی از عوامل تفاوت این افراد در این حوزه با افراد عادی عدم تنظیم و ارزیابی مناسب شناختی رفتاری می باشد، و این افراد از نقص شناختی رفتاری در روابط همچون رد درخواست های شناختی رفتاری همسالان و درک توان فردی بر خوردار نیستند، سبب تصمیم هایی می گردد، که منجر به افسردگی و کاهش خودآزمندی می شود و همزمانی خطاهای شناختی و الگوهایی که بیان می دارد برای من شرایط متفاوت است در نتیجه هیجان پذیری این افراد را نیز متاثر می نماید. بر اساس نظریه کنترل اجتماعی

الیوت و الگوی رشد اجتماعی‌ها و کینز و ویس بر نقش تعلق عاطفی با همسالان و خانواده به عنوان مهم‌ترین علت افسردگی تاکید می‌کنند، این دیدگاه در مورد علل سست شدن تعهد فرد به جامعه و تعلق شکننده به الگوهای نقش بیان می‌دارد که فشار یا فرسودگی بر اثر فاصله بین آرزوهای افراد و برداشت او از فراهم بودن شرایط لازم برای دستیابی به آن آرزوها تحقق پیدا می‌کند براساس این دیدگاه افراد که به دلیل شرایط نامساعد تربیتی و شغلی به امیدها آرزوها، اهداف تحصیلی و شغلی خویش نرسیده است نسبت به اجتماع و ارزش‌های آن تعهدی احساس نکرده و بیشتر به سوی شرایط منحرف گرایش پیدا می‌کنند.

منابع

اکبری، بهمن؛ مومنی، زینب؛ انصاری، پیمان؛ شرفی، محمودرضا (۱۳۹۴). اثر بخشی گروه درمانی به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش احساس تنهایی و افزایش خودکارآمدی عمومی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، *اولین همایش علمی پژوهشی روانشناسی، علوم تربیتی و آسیب شناسی جامعه، شرکت طلای سبز، انجمن پایش*.

برزگر دامادی، محمدعلی؛ میرزائیان، بهرام؛ اخی، عذرا؛ حسینی، حمزه؛ جدیدی، محسن (۱۳۹۶). تأثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی بر C1HbA، افسردگی، خودکارآمدی، ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع II. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. ۲۷ (۱۵۸) :۸۷-۱۰۰

دلاور، علی (۱۳۹۵). *روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*، نشر ویرایش: تهران.

جوکار، بهرام و عظیمه سلیمی، (۱۳۸۸). بررسی ویژگیهای روانسنجی و روایی مقیاس احساس تنهایی اجتماعی- عاطفی بزرگسالان (selsa-s) *مجله علوم رفتاری*. ۵، ۴، ۳۱۷-۳۱۱.

خادم تاسندهی، سیده فاطمه؛ مدنیان، لطیفه السادات (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی آموزش گروهی به شیوه شناختی رفتاری بر باورهای غیرمنطقی، خودکارآمدی معتادان شهر اصفهان، *دومین کنفرانس بین المللی روانشناسی، مشاوره، تعلیم تربیت، مشهد، موسسه آموزش عالی شاندریز*

خشنود پایکیاده، نغمه؛ زمانی، سارا (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری CBT بر خودکارآمدی و اضطراب در زنان باردار، *فصلنامه پژوهش های بالینی ایران*، ۱ (۱) ، ۳۲-۴۸.

خیاطی پور عاطفه؛ قربان شیروودی، شهره؛ خلعتبری جواد. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی درمان ترکیبی شناختی- رفتاری در گروه‌های اجتماع مدار و معتادان گمنام بر گرایش به مصرف مواد افیونی. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، ۹ (۶) : ۶۴۰-۶۳۳.

ذبیح اله زاده، فاطمه (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر امید به زندگی، تاب آوری و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به سرطان، چهارمین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران، دبیرخانه دائمی کنفرانس

ذبیحی، سیده سکینه؛ ضامنی جعفرکلائی، حکیمه؛ ذبیحی، سیده فاطمه زهرا (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر خودکارآمدی دانش آموزان متوسطه اول، چهارمین کنفرانس ملی رویکردهای نوین در آموزش و پژوهش، محمودآباد، آموزش و پرورش مازندران.

صیرفی، محمدرضا؛ نامجو، سارا؛ ثابت، مهرداد (۱۳۹۷). تأثیر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی، رعایت توصیه های پزشکی و ادراک های منفی از بیماری در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید: یک کارآزمایی بالینی تصادفی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*. ۲۲ (۲): ۶۲-۴۸.

طهماسیان، کارینه؛ غلامرضایی، مریم (۱۳۸۸). بررسی رابطه ی خود اثرمندی و طرد همسالان در نوجوانان. *پژوهش های نوین روانشناختی*، ۴، ۱۴، ۱۰۷-۱۲۳.

طهماسیان، کارینه (۱۳۸۶). اعتبار پایایی و هنجاریابی پرسشنامه خود اثر مندی کودکان و نوجوانان در تهران. *روانشناسی کاربردی*، ۴ و ۵، ۳۷۳ - ۳۹۰.

کاپلان، د؛ سادوک، ب. (۱۳۹۱). چکیده روانپزشکی بالینی. ترجمه نصرت الله پور افکاری. تهران: آزاده.

کاظمینی، تکتم (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر بهبود عزت نفس و خوداثرمندی دانشجویان. *مجله دست آوردهای روان شناختی*، ۱۱۸ (۱)، ۲۰۶-۱۹۱.

محمدی، صدیقه و رامش، امیر رضا (۱۳۹۸). بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش اعتیاد به اینترنت و احساس تنهایی و بهبود عملکرد تحصیلی در پسران دانش آموز دبیرستانی، پنجمین کنفرانس ملی نوآوری های اخیر در روانشناسی، کاربردها و توانمندسازی با محوریت رواندرمانی، تهران، دانشگاه شمس گنبد و با حمایت انجمن ها و گروههای آموزشی دانشگاههای کشور.

هادی پور، ساناز؛ اکبری، بهمن (۱۳۹۶). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر شناختی رفتاری بر خودکارآمدی و احساس تنهایی در دانش آموزان ابتدایی دارای مشکلات یادگیری. *مجله مطالعات ناتوانی*. ۷ (۱): ۶۴-۶۴.

منابع انگلیسی

Foster, R. H., Russell, C. C., Dillon, R., Bitsko, M. J., Godder, K., & Stern, M. (2014). Relations among optimism, perceived health vulnerability, and academic, self-regulatory, and social

- self-efficacy in adolescent survivors of childhood cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 32(2), 207-223.
- Guimond, F. A., Brendgen, M., Vitaro, F., Dionne, G., & Boivin, M. (2015). Peer victimization and anxiety in genetically vulnerable youth: The protective roles of teachers' self-efficacy and anti-bullying classroom rules. *Journal of abnormal child psychology*, 43(6), 1095-1106.
- Jarvis, M. A., Padmanabhanunni, A., & Chipps, J. (2019). An Evaluation of a Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy mHealth-Supported Intervention to Reduce Loneliness in Older People. *International journal of environmental research and public health*, 16(7), 1305.
- Jeong, E. J. (2016). A Study of Digital Game Addiction from Aggression, Loneliness and Depression Perspectives. Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS), 49, 3769 – 3780.
- Käll, A., Backlund, U., Shafran, R., & Andersson, G. (2020). Lonesome no more? A two-year follow-up of internet-administered cognitive behavioral therapy for loneliness. *Internet Interventions*, 100301.
- Käll, A., Jägholm, S., Hesser, H., Andersson, F., Mathaldi, A., Norkvist, B. T., ... & Andersson, G. (2019). Internet-based cognitive behavior therapy for loneliness: A pilot randomized controlled trial. *Behavior Therapy*.
- Lee, N. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug & Alcohol Dependence*, 155, 1-7.
- LeBlanc, N. J. (2019). *Building Social Connections: Testing the Efficacy of Two Brief Cognitive-Behavioral Interventions to Reduce Loneliness Among Young Adults* (Doctoral dissertation).
- Lee, C. H., & Park, H. (2019). The Effects of Cognitive Behavioral Therapy on Anxiety, Depression, and Self-efficacy in Patients with Arthritis: A Meta-analysis. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 21(1), 10-21.
- Løhre, A. (2012). The impact of loneliness on self-rated health symptoms among victimized school children. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.*, 6: 20-10.1186/1753-2000-6-20.
- Miles, M. P., Lewis, G. K., Hall-Phillips, A., Morrish, S. C., Gilmore, A., & Kasouf, C. J. (2016). The influence of entrepreneurial marketing processes and entrepreneurial self-efficacy on community vulnerability, risk, and resilience. *Journal of Strategic Marketing*, 24(1), 34-46.
- Muris, P. (2001). A brief questionnaire for measuring self-efficacy in youths. *Journal of Psychopathology and behavioral Assessment*, 23(3), 145-149.

- Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and individual differences*, 32(2), 337-348.
- Ngai, F. W., Wong, P. W. C., Chung, K. F., Leung, K. Y., & Tarrant, M. (2019). Randomized controlled trial of telephone-based cognitive-behavioral therapy on parenting self-efficacy and satisfaction. *Translational behavioral medicine*, 9(6), 1163-1168.
- O'Sullivan, D., Xiao, Y., & Watts, J. R. (2017). Recovery Capital and Quality of Life in Stable Recovery From Addiction. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 0034355217730395.
- Peplau, L. A. and Perlman. D. (1982). 'Perspectives on loneliness'. in Peplau. L. A. and Perlman. D. (eds) *Loneliness: a Sourcebook of Current Theory. Research and Therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Rokach, A. (2018). The Psychotherapist, the Client, and Loneliness: A Mini Review. *Emerging Science Journal*, 2(4), 165-169.
- Suveg, C., Kingery, J. N., Davis, M., Jones, A., Whitehead, M., & Jacob, M. L. (2017). Still lonely: social adjustment of youth with and without social anxiety disorder following cognitive behavioral therapy. *Journal of anxiety disorders*, 52, 72-78.
- Schinka KC, van Dulmen MH, Mata AD, Bossarte R, Swahn M. (2013). Psychosocial predictors and outcomes of loneliness trajectories from childhood to early adolescence. *J Adolesc.*, 36: 1251-1260. 10.1016/j.adolescence.2013.08.002.
- Stickley, A. (2014). Loneliness and health risk behaviours among Russian and U.S. adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, DOI: 10.1186/1471-2458-14-366.
- Steca, P., Abela, J. R., Monzani, D., Greco, A., Hazel, N. A., & Hankin, B. L. (2014). Cognitive vulnerability to depressive symptoms in children: The protective role of self-efficacy beliefs in a multi-wave longitudinal study. *Journal of abnormal child psychology*, 42(1), 137-148.
- Terp, U., Hjärthag, F., & Bisholt, B. (2019). Effects of a cognitive behavioral-based stress management program on stress management competency, self-efficacy and self-esteem experienced by nursing students. *Nurse educator*, 44(1), E1-E5.
- Teti, A. M., Fiszdon, J. M., Taylor, B., Twamley, E. W., Pearlson, G. D., & Choi, J. (2018). COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY TO ENHANCE MEMORY TRAINING EFFICACY IN PEOPLE WITH DEMENTIA: 1-YEAR FOLLOW-UP. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 14(7), P285.
- Turk CL, Heimberg RG, Hope DA. Social anxiety disorder. *clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual*. 2001, 19;3:114-153.
- Turner, J. A., Anderson, M. L., Balderson, B. H., Cook, A. J., Sherman, K. J., & Cherkin, D. C. (2016). Mindfulness-based stress reduction and cognitive-behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. *Pain*, 157(11), 2434.

Victor CR, Burholt V, Martin W. (2012). Loneliness and ethnic minority elders in Great Britain: an exploratory study. *J Cross Cult Gerontol.*, 27: 65-78. 10.1007/s10823-012-9161-6.