

اثربخشی گروه درمانی وجودی در بهبود افسردگی، کیفیت زندگی و کارکردهای عصب روان شناختی نوجوانان مبتلا به افسردگی شهرستان اهواز

ساسان باوی^۱، نازنین باقری^۲

^۱ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز. ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز. ایران

نویسنده مسئول:

ساسان باوی

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی گروه درمانی وجودی در بهبود افسردگی، کیفیت زندگی و کارکردهای عصب روانشناختی نوجوانان مبتلا به افسردگی شهرستان اهواز در سال ۱۳۹۷ بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه نوجوانان مبتلا به افسردگی شهرستان اهواز بود. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر و به طور تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. طرح پژوهش، نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. ابزار پژوهش پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱)، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۱) و آزمون دسته بندی کارتهای ویسکانسین (۲۰۰۳) و پروتکل گروه درمانی وجودی ایروین یالوم (۱۹۸۰) بود. از آزمون لوین، کلموگروف - اسمیرنف، تحلیل کواریانس یک متغیری، تحلیل کواریانس چند متغیری و ضریب همبستگی پیرسون جهت تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق و از نرم افزار کامپیوتری **spss** نسخه ۲۴ استفاده شد. ضمناً سطح معنی داری در این تحقیق، ۰/۰۵ تعیین شد. نتایج نشان داد که گروه درمانی وجودی در بهبود افسردگی نوجوانان مبتلا به افسردگی، در بهبود کیفیت زندگی و در بهبود کارکردهای عصب روانشناختی نوجوانان مبتلا به افسردگی شهرستان اهواز تأثیر داشت.

کلید واژه‌ها: گروه درمانی وجودی، افسردگی، کیفیت زندگی، کارکردهای عصب روانشناختی

مقدمه

افسردگی^۱ یکی از اختلالات عمده در دوره نوجوانی و جوانی است که با توجه به اهمیت سنین نوجوانی الزوم توجه به مشکلات آنان بیش از پیش مشخص می شود (۱). بر طبق آمارهای منتشر شده از سوی اتحادیه ملی بیماری‌های روانی در آمریکا^۲ (۲) در کل دنیا حدود ۲ درصد نوجوانان ۱۰ تا ۱۸ ساله به افسردگی خفیف و ۴ درصد این نوجوانان به افسردگی حاد مبتلا هستند. بطور طبیعی افراد باید یک وضعیت هیجانی متعادل را تجربه کنند که در موقعیت‌های مختلف به تناسب شرایط این احساس درونی تغییر می‌کند مثلاً در موقعیت شادی‌آور تا حدی شاد و در موقعیت‌های ناراحت کننده ممکن است غمگین شوند (۳). حفظ ثبات این وضعیت هیجانی از وظایف مغز است و هرگاه عملکرد قسمت‌هایی از مغز که وظیفه‌ی با ثبات نگه‌داشتن احساسات درونی را برعهده دارند دچار اختلال شود، اختلال خلقی بوجود می‌آید. اختلالات خلقی^۳ را به دو دسته‌ی اصلی اختلالات افسردگی و اختلالات دو قطبی^۴ تقسیم می‌کنند (۴). با این وجود علت افسردگی کاملاً روشن نیست، به نظر می‌رسد تغییر مواد شیمیایی مغز در آن نقش داشته باشد (۳). در برخی نوجوانان، افسردگی ممکن است ریشه ژنتیکی داشته باشد. غمگینی مداوم، زودرنجی، تحریک‌پذیری و یک نوع حس کلی نومیدی، از جمله حالت‌هایی است که در نوجوانان افسرده وجود دارد. آن‌ها ممکن است علاقه‌ای به فعالیت‌های جدید از خود نشان ندهند و نیز ممکن است دیگر از فعالیت‌هایی که قبلاً برایشان دلپذیر و خوشایند بود لذت نبرند (۵). این نوجوانان ممکن است با مشکلات تحصیلی و الگوهای رفتاری پرخطرانه یا ضداجتماعی روبرو گردند. برخی دیگر ممکن است دچار تغییر وزن یا اختلال در الگوی خواب شوند. بسیاری از نوجوانان افسرده از خستگی دائم و کمبود انرژی شکایت دارند. آن‌ها حتی ممکن است درباره آرزوی مرگ یا موضوعات دیگری از این قبیل که نشانگر افکار مربوط به خودکشی است، صحبت کنند (۶). از سوی دیگر، یکی از مهمترین پیامدهای افسردگی صرف نظر از گروه سنی فرد مبتلا، تاثیر مخرب بر کیفیت زندگی^۵ وی می باشد (۷). این مساله بخصوص در دوران نوجوانی اهمیت دوچندانی می یابد چرا که نوجوانی به سبب شکل نگرفتن پایه های شخصیتی مستقل و توانمند در برابر چالش ها و فشارهای زندگی، دوره ای است که آسیب پذیری بالقوه ی بسیاری را در خود نهفته دارد و ابتلاء به افسردگی حتی در درجات خفیف در این دوره، می تواند آینده ای پر از آسیب را برای نوجوانان افسرده رقم بزند (۸). تعریف سازمان بهداشت جهانی^۶ (۹) از کیفیت زندگی چنین است: درک فرد از موقعیت زندگی خویش که تحت تأثیر سیستم فرهنگی و ارزشی موقعیتی است که فرد در آن زندگی می‌کند. بر همین اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و خواسته‌های فرد به میزان وسیعی متأثر از وضعیت جسمانی، روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و اعتقادات اوست (۱۰). در بازنگری های بعدی ادبیات مفهومی کیفیت زندگی ابعاد جسمانی، روانی، اقتصادی و اجتماعی آن بیش از پیش مورد تأکید قرار گرفته است به طوری که کاپلان و سادوک^۷ (۱۱) کیفیت زندگی را عبارت از برداشت افراد از موقعیت‌شان در زندگی که باتوجه به زمینه فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف و انتظارات و استانداردهای فرد می دانند. با این وجود، تعریف کیفیت زندگی کار مشکلی است چرا که جنبه پنداشت ذهنی آن در ذهن افراد در کنار تأثیر عمیق نسبیت فرهنگی جوامع مختلف در خلق این پنداشت، بیش از پیش بر نسبی بودن مفهوم آن در افراد، گروه های اجتماعی و حتی جوامع مختلف افزوده است (۱۲). اما از نقطه نظر روانشناختی به طور کلی می توان اذعان داشت شخصیت سالم آینده‌ای از تجربیات فردی در طول زندگی و عوامل وراثتی می‌باشد که این دو با هم تصور ذهنی فرد از خوب بودن یا ضعیف بودن کیفیت زندگی را می‌سازند. احساس امنیت، تعارضات هیجانی، عقاید شخص و اهداف و میزان تحمل ناکامی همگی در تعیین نوع درک فرد از خود (احساس خوب بودن یا احساس ناخوشی) تأثیر دارند، زمانی که فردی در زندگی احساس رضایت یا خوشحالی می‌کند و از بیمار بودن خود احساس نارضایتی ندارد، انرژی بیشتری برای مراقبت از خود دارد و زمانی که فرد خود مراقبتی خوبی داشته باشد، سالم‌تر باقی می‌ماند لذا کیفیت زندگی بهتری نیز خواهد داشت (۱۳).

از سوی دیگر، در طول دو دهه اخیر پیشرفت‌های حاصله در علوم عصب شناختی از تأثیر منفی افسردگی بر کارکردهای عصب شناختی^۸ مبتلایان پرده برداشته است و کارکردهای عصب شناختی ساختارهای مهمی هستند که در هدایت و کنترل رفتار نقشی اساسی ایفا می کنند (۱۴). کارکردهای عصب شناختی دارای مولفه های گوناگونی همچون خودگردانی، حافظه کاری، ادراک زمان و زبان درونی هستند. کارکردهای عصب شناختی در طول فرآیند رشد و با افزایش سن کودک تحول می یابند و به تدریج به کودک کمک می کنند تا تکالیف

¹ depression

² NAMI

³ mood disturbances

⁴ Bipolar disorder

⁵ Life Quality

⁶ World Health Organization

⁷.Kaplan & sadooc

⁸ executive function

پیچیده تر و سخت تری را انجام بدهد. ارزیابی دقیق کارکردهای عصب شناختی به شناخت بهتر رشد کودکان و نوجوانان و اختلال های رشدی کمک شایان توجهی می کند (۱۵). کارکردهای عصب شناختی را می توان به دو روش رسمی و غیر رسمی ارزیابی کرد که در این میان بیشتر بر ارزیابی در موقعیت های غیرساختارمند تاکید می شود. آسیب در کارکردهای عصب شناختی کودکان و نوجوانان در اثر اختلالاتی نظیر افسردگی، اضطراب فراگیر و ... می تواند پیامدهای قابل ملاحظه ای در عملکرد اجتماعی، تحصیلی و هیجانی کودکان و نوجوانان داشته باشد که همواره مورد تایید بسیاری از تحقیقات صورت گرفته در این زمینه بوده است (۱۰).

با جمع بندی مقولات فوق، اهمیت مداخله درمانی در بهبود افسردگی، کیفیت زندگی و کارکردهای عصب شناختی این گروه آسیب پذیر اجتماعی یعنی نوجوانان مبتلا به درجات مختلف افسردگی بیش از پیش هویدا می گردد. در کنار بسیاری از درمان های شایع نظیر دارودرمانی، یکی از مداخلات کمتر مورد توجه قرار گرفته در درمان افسردگی کودکان و نوجوانان، گروه درمانی وجودی^۱ می باشد، به زبان ساده گروه درمان وجودی نوعی روش فلسفی برای درمان است که بر اراده آزاد، خودمختاری و جستجو برای معنا تمرکز می کند (۱۶). این درمان اغلب بر روی فرد متمرکز است و بر ظرفیت فرد برای ایجاد انتخاب های منطقی و به حداکثر رساندن توانایی هایش تاکید دارد (۱۷) یک درمانگر وجوی بر این باور عمل می کند که کشمکش درونی در درون یک فرد ناشی از مواجهه اشخاص با مفروضات مسلمی از هستی است (۱۶). فروم^۲ (۱۸) معتقد است یک درمانگر وجوی بر این باور عمل می کند که کشمکش درونی در درون یک فرد ناشی از مواجهه اشخاص با مفروضات مسلمی از هستی است. این مفروضات عبارت اند از: غیرقابل اجتناب بودن مرگ، آزادی و مسئولیت همراه با آن، انزوای وجودی و بی معنایی. این چهار مفروضه، که همچنین به عنوان "دلوپسی های غائی"^۳ نیز به آن ها اشاره شده، بدنه «درمان وجودی» را تشکیل داده و چارچوبی را در فهم مشکل مراجع برای درمانگر و در راستای بسط یک رویه درمانی ایجاد می کنند.

تحقیقات بسیاری نشان داده است گروه درمانی وجودی بر بهبود افسردگی نوجوانان مؤثر است، به عنوان مثال (۱۹) در پژوهشی نشان داد که گروه درمانی وجودی اثر معنی داری بر بهبود سازگاری اجتماعی و کاهش افسردگی دانش آموزان مبتلا به افسردگی داشته است. همچنین، (۲۰) در پژوهشی نتیجه گرفت که گروه درمانی وجودی باعث کاهش افزایش کیفیت زندگی در ابعاد جسمانی و روانی و کاهش افسردگی و اضطراب اجتماعی در دانش آموزان دختر شده است اما بر کیفیت زندگی از حیث اجتماعی و اقتصادی تاثیری نداشته است. (۲۱) نیز در پژوهشی بر اساس دیدگاه یالگوم بر روی دو گروه ۱۵ نفره (جمعا ۳۰ نفره) نوجوانان پسر بزهکار سازمان دارالتادیب ملی و نوجوانا پسر بهنجار شهر مسکوی روسیه نشان داد که گروه درمانی وجودی باعث کاهش نشانگان افسردگی یعنی رسیدگی به بهداشت و وضعیت ظاهری، غم، پریشانی احساسی، انزوا، نگرانی و ترس) در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است. با این تفاسیر می توان نتیجه گرفت که با گروه درمانی وجودی و آموزش مفروضه های فلسفی آن می توان به انطباق اجتماعی بهتر، سلامت روح و روان دانش آموزان مبتلا به افسردگی کمک شایانی نمود. لذا، در این پژوهش، پژوهشگر درصدد پاسخگویی به این سوال است که آیا اثربخشی گروه درمانی وجودی در بهبود افسردگی، کیفیت زندگی و کارکردهای عصب روانشناختی نوجوانان مبتلا به افسردگی شهرستان اهواز تاثیر دارد؟

روش

این پژوهش از نظر هدف از انواع پژوهش های کاربردی، از نظر طرح پژوهش، شبه آزمایشی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری نیز شامل کلیه نوجوانان مبتلا به افسردگی شهرستان اهواز می باشد که در سال ۱۳۹۷ به مراکز درمانی تحت نظر سازمان بهزیستی شهرستان اهواز برای درمان مراجعه نموده اند. حجم نمونه بر اساس طرح تحقیق حاضر (آزمایشی) و نیز تحقیقات مشابه قبلی شامل ۳۰ نفر خواهد بود که از جامعه فوق الذکر به طور تصادفی ساده انتخاب و مجدداً به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده می شوند.

¹ existential therapy

² Fromm

³ ultimate anxieties

ابزار

۱- پرسشنامه افسردگی بک (BAI-II)

پرسشنامه افسردگی بک توسط بک، براون^۲ و استیر^۳ در سال ۱۹۶۱ ساخته شده و در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت. پرسشنامه BAI-II شکل بازنگری شده آن است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۲۵ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه به صورت یک پرسشنامه خود گزارشی است و دارای چندین گروه سؤال بوده که هر سؤال بیان‌کننده حالتی در فرد است. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی از خفیف تا شدید را تعیین می‌کند. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۷۵ و حداقل آن صفر است.

- نمره بین ۰-۱۳ بیانگر افسردگی جزئی است.
- نمره بین ۱۴-۱۹ بیانگر افسردگی خفیف است.
- نمره بین ۲۰-۲۸ بیانگر افسردگی متوسط است.
- نمره بین ۲۹-۷۵ بیانگر افسردگی شدید است.

مطالعات روانسنجی انجام شده بر روی پرسشنامه BAI-II حاکی از اعتبار و پایایی بالای آن است. بک و همکاران (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و برای گروه غیربیمار ۰/۸۱ گزارش شده است. (۲۲) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ برای دانشجویان به دست آوردند. همچنین ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۳ به دست آمد. در مطالعه‌ای دیگر (۲۳) بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و علامه طباطبائی، اعتبار پرسشنامه ۰/۷۳ و آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شد (۲۴). پایایی ابزار فوق در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمد.

۲- پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۱)

ابزار اندازه‌گیری عمومی کیفیت سازمان بهداشت جهانی^۴ به دو صورت WHOQOL-BREF و WHOQOL-100 می‌باشد. نتایج حاصل از این دو پرسشنامه همخوانی رضایت‌بخش را در مطالعات مختلف نشان داده‌اند. این پرسشنامه چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با استفاده از ۲۴ سوال مورد سنجش قرار می‌دهد (چهار حیطه به ترتیب دارای ۷ و ۶ و ۳ و ۸ سوال می‌باشند). در ضمن این پرسشنامه دو سوال دیگر نیز دارد که به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی قرار می‌دهد. در این پژوهش از این دو سوال برای بررسی روایی چهار حیطه پرسشنامه استفاده شده است. نمره‌گذاری این پرسشنامه در یک طیف لیکرت و در دامنه‌ای بین ۱ تا ۵ می‌باشد. این پرسشنامه در بیش از ۴۰ کشور جهان ترجمه و مورد اعتبارسنجی واقع شده است. در ایران نیز برای اعتبارسنجی این ابزار ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران بصورت تصادفی انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان براساس وجود یا عدم وجود بیماری مزمن یا غیرمزمن به ادعای خود، به چهار گروه تقسیم گردیدند. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه‌ای حاصل از آزمون مجدد سنجیده شد. روایی پرسشنامه با قابلیت تمایز این ابزار در گروه‌های سالم و بیمار با استفاده از رگرسیون خطی مورد ارزیابی واقع شد و جهت سنجش عوامل ساختاری از پرسشنامه ماتریس استفاده شد. مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمامی حیطه‌ها بالای ۰/۷ ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود که می‌تواند به علت تعداد سوالات کم در این حیطه یا حساس بودن سوالات آن باشد. از طرفی در ۰/۸۳ موارد همبستگی هر سوال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه‌ها بالاتر بود. امتیازهای گروه‌های سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف اختلاف معنی‌دار داشتند. (هلاکویی، نجات، مجدزاده، ۱۳۸۵). در تحقیق شباکی (۱۳۸۸) ضرایب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه گردید که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ می‌باشد. پایایی ابزار فوق در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد.

۳- آزمون دسته بندی کارتهای ویسکانسین (WCST):

در این پژوهش برای سنجش عملکرد اجرایی (حافظه کاری، میزان توجه، بازداری و انعطاف پذیری شناختی) از آزمون ویسکانسین استفاده شده است. این آزمون توانایی انتزاع و تغییر راهبردهای شناختی در پاسخ به تغییر بازخوردهای محیطی ارزیابی می‌کند و مستلزم برنامه ریزی، جستجوی سازمان یافته و توانایی استفاده از بازخورد محیطی برای تغییر آمایه شناختی می‌باشد (۲۴). این آزمون اولین بار توسط

¹ Beck Depression Inventory-II

² Brown

³ Steer

⁴ The World Health Organization quality of life

گرات و برگ (۲۵) تهیه شده است. اما اولین بار میلنر (۲۴) بود که آن را به عنوان آزمونی که کارکردهای لوب پیشانی را آزمایش می کند، معرفی کرد. (۲۶) به این نتیجه رسیده اند که توانایی تغییر آمایه در انجام این آزمون سهم مهمی دارد. این آزمون یکی از حساس ترین آزمون های مربوط به قشر پیشانی پشتی -جانبی در نظر گرفته می شود. لذا میزان روایی این آزمون را برای سنجش نقایص شناختی پس از آسیب های مغزی بالای ۸۶٪ ذکر کرده است (۲۴). پایایی این آزمون نیز بر اساس ضریب توافق ارزیابی کنندگان در مطالعه ی اسپیرمن و استراوس (۲۴) معادل ۸۳٪ گزارش شده است. در ایران نیز نادری (۲۴) پایایی این آزمون را در جمعیت ایرانی با روش بازآزمایی ۸۵٪ برآورد کرده است. پایایی ابزار فوق در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بدست آمد.

۴- پروتکل درمان وجودی

پروتکل پژوهش حاضر با استناد به فهرست برنامه ی آموزشی گروه درمانی وجودی ایروین یالوم (۱۹۸۰) بر اساس کتاب وی تحت عنوان "کتاب جامع در روان درمانی وجودی (۱۶)" و پژوهش (۳) تهیه شده است.

جدول ۱: پروتکل گروه درمان وجودی یالوم (۱۹۸۰)

جلسات	شرح فعالیت
اول	اهداف: ۱- آشنایی با فرآیند گروه درمانی ۲- آشنایی با قواعد و هنجارها ۳- ایجاد زمینه برای همبستگی گروه و ارتباط اعضا ۴- اصل رازداری و محرمانه بودن ۵- اجرای پیش آزمون شیوه ها: ۱- تبیین شکل گیری مشکلات بر اساس رویکرد تحلیل وجودی ۲- تبیین گروه درمانی تحلیل وجودی ۳- معرفی قواعد و هنجارهای گروه ۴- معارفه اعضا ۵- بررسی نگرانی ها و نظرات اعضا نسبت به مسایل مطرح شده
دوم	اهداف: ۱- ایجاد ارتباط و همبستگی گروهی ۲- افزایش خودآگاهی ۳- حضور در زمان حال ۴- افزایش مشارکت اعضای گروه شیوه ها: ۱- ترغیب اعضا به بیان احساسات و افکار ۲- آموزش اعضا در مورد همدلی و بازخورد دادن ۳- تمرکز بر اینجا و اکنون
سوم	اهداف: ۱- تعمیق بخشیدن به خودآگاهی ۲- افزایش جرات ابراز وجود و باز بودن ۳- افزایش تحمل اعضا نسبت به یکدیگر شیوه ها: ۱- افزایش آگاهی با تمرکز بر سه نوع شیوه بودن، تحلیل وجودی باز بودن و ابراز وجود ۲- تشویق اعضا به بیان احساسات و افکار شخصی ۳- ترغیب اعضا به بیان واکنش ها در برابر باز بودن سایرین
چهارم	پرداختن به تکلیف و مباحث جلسه قبل، اجرای فن "خط عمر" توسط همه اعضا و گفتگو درباره آن، بررسی تفکر و نگرش اعضا نسبت به مرگ و نیستی، به چالش کشاندن نگرش اعضا توسط رهبر، جمع بندی و ارائه تکلیف. از اعضا خواسته شد برای جلسه آینده از دید پدیدارشناختی خود، توصیفی از ویژگی های مرگ را بیان بکنند.
پنجم	مرور تکالیف و مباحث جلسه قبل، بررسی تجارب اعضا درباره فقدان و سوگ و ارائه بازخورد، مواجهه تجسمی اعضا با مرگ، تشریح نقش مرگ در زندگی توسط رهبر گروه و مشارکت اعضا، خلاصه کردن و جمع بندی جلسه. تکلیف این جلسه برای جلسه ی آینده این بود که از هریک از اعضا خواسته شد تا اعلامیه ی فوتی را از مرگ خود یا مرگ هر کسی که نسبت به آن بسیار زیاد حساس هستند برای هفته ی آینده طراحی کنند.
ششم	مرور جلسه گذشته، پرداختن به مفاهیم آزادی، حق انتخاب و وجود محدودیت ها، بررسی تجارب اعضا در مورد موقعیت های چالش برانگیز آزادی در انتخاب؛ تشریح ارتباط بین آزادی و مسئولیت توسط رهبر و دادن تکلیف مرتبط با جلسه.
هفتم	بررسی تکلیف داده شده؛ بررسی پاسخ اعضا به سوال های "آیا من انسان تنهایی هستم؟" و "آیا تنهایی رنج آور است؟" و به چالش کشاندن آن ها؛ تشریح مفهوم تنهایی طبق دیدگاه وجودی توسط رهبر؛ جمع بندی و ارائه تکلیف به اعضا.
هشتم	بررسی تکلیف ارائه شده؛ بررسی پاسخ اعضا به سوال های "آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟" و "من برای چه زندگی می کنم؟"، بحث درباره آن ها و ارائه بازخورد؛ پرداختن به تجارب اعضا درباره احساس پوچی و بیهودگی؛ جمع بندی مباحث جلسه.
نهم	اعضا در مورد مسائلی که می تواند بر افکار احساسات فرد مؤثر باشد، به گفتگو نشستند. از تصویرسازی ذهنی استفاده شد؛ به این ترتیب از اعضا خواسته شد تا یکی از موقعیت های موفقیت یا شکست خود را تصور کنند؛ چه کسی را مسؤول آن می دانند؟ چه احساسی نسبت به آن دارند؟ از این که مسؤولیت رفتارهای خود را می پذیرند چه احساسی دارند؟ پرداختن به این مباحث و نتیجه گیری با کمک اعضا.
دهم	تشریح مباحث مطرح شده در جلسات گذشته توسط اعضا؛ تبیین ارتباط و پیوند بین مفاهیم خودآگاهی، تنهایی، آزادی و مسؤولیت، مرگ و بی معنایی توسط رهبر و اعضا، اشاره به فرایند گروه از آغاز تا پایان، و در انتها اختتام گروه و اجرای پس آزمون.

نتایج

۱) یافته‌های توصیفی

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی، کیفیت زندگی و کارکردهای عصب روان شناختی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری		میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	تعداد
		← گروه						
افسردگی	پیش آزمون	آزمایش		۳۲/۳۳	۲/۸۴	۲۸	۳۸	۱۵
		گواه		۳۲/۵۳	۱/۹۹	۳۰	۳۸	۱۵
	پس آزمون	آزمایش		۲۳/۸۶	۳/۲۲	۱۸	۲۸	۱۵
		گواه		۳۲/۴۰	۱/۸۰	۳۰	۳۷	۱۵
کیفیت زندگی	پیش آزمون	آزمایش		۶۰/۰۶	۶/۱۲	۴۹	۶۹	۱۵
		گواه		۵۳/۸۶	۲/۹۹	۴۸	۶۱	۱۵
	پس آزمون	آزمایش		۷۲/۰۶	۳/۱۰	۶۸	۷۹	۱۵
		گواه		۵۳/۶۶	۳/۰۱	۴۹	۶۰	۱۵
کارکردهای عصب روان شناختی	پیش آزمون	آزمایش		۳/۹۳	۱/۰۹	۲	۶	۱۵
		گواه		۳/۴۶	۱/۱۲	۲	۶	۱۵
	پس آزمون	آزمایش		۳/۷۳	۱/۴۳	۱	۶	۱۵
		گواه		۲/۹۳	۰/۷۹	۲	۴	۱۵

۲. یافته‌های استنباطی ۲)

قبل از بررسی فرضیه‌ها برای رعایت پیش فرض تساوی واریانس‌های متغیرهای پژوهش از آزمون لوین، آزمون کلموگروف - اسمیرنف جهت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه و نیز نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون، برای متغیرهای افسردگی، کیفیت زندگی و کارکردهای عصب روان شناختی استفاده شد.

جدول ۳: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه

متغیر	میزان عددی لوین	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری (Sig)
افسردگی	۰/۰۷۹	۱	۳۸	۰/۷۸۱
کیفیت زندگی	۴/۴۶۹	۱	۳۸	۰/۰۳۷
کارکردهای عصب روان شناختی	۰/۰۰۱	۱	۳۸	۰/۹۷۰

همان گونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، سطح معناداری کلیه متغیرها در آزمون لوین که با Sig نمایش داده می‌شود، بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، لذا می‌توان گفت واریانس گروهها از تجانس برخوردار است و فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمره‌ها دو گروه در کلیه متغیرهای تحقیق تأیید می‌گردد. با این حال وقتی که حجم نمونه‌ها مساوی باشد معنی دار شدن آزمون لوین تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر سطح آلفای اسمی نخواهد داشت.

جدول ۴: نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات افسردگی، کیفیت زندگی و

کارکردهای عصب روان شناختی

کلموگروف - اسمیرنوف			گروه‌ها	کلموگروف - اسمیرنوف			گروه‌ها	نرمال بودن توزیع نمرات
معنی داری	درجه آزادی	آماره		معنی داری	درجه آزادی	آماره		
۰/۲۰۰	۲۰	۰/۱۰۴	گواه	۰/۲۰۰	۲۰	۰/۱۳۲	آزمایش	افسردگی
۰/۰۱۱	۲۰	۰/۲۲۲	گواه	۰/۰۹۴	۲۰	۰/۱۷۹	آزمایش	کیفیت زندگی
۰/۲۰۰	۲۰	۱/۰۰	گواه	۰/۲۰۰	۲۰	۰/۱۱۱	آزمایش	کارکردهای عصب روان شناختی

همانگونه که در جدول ۴ ارائه شده است، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای افسردگی، کیفیت زندگی و کارکردهای عصب روان شناختی تأیید می‌گردد ($p > 0/05$). یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید.

همگنی رگرسیون

در حالیکه این فرض وجود دارد که متغیرها در تحلیل کوواریانس در کل داده‌ها باید خطی بودن را نشان دهند، این فرض نیز باید در نظر گرفته شود که خطوط رگرسیون برای هر گروه در پژوهش باید یکسان باشند. اگر رگرسیون ناهمگن باشد آنگاه کوواریانس تحلیل مناسبی نخواهد بود. فرض همگنی رگرسیون یک موضوع کلیدی در کوواریانس است لازم به توضیح است که در این پژوهش پس آزمون‌های افسردگی، کیفیت زندگی و کارکردهای عصب روان شناختی به عنوان متغیرهای وابسته و پیش آزمون‌های آن‌ها به عنوان متغیرهای کمکی (کوواریتها) تلقی شدند. زمانی فرض همگنی شیب‌ها برقرار خواهد بود که میان متغیرهای کمکی (در این پژوهش پیش آزمون‌ها) و متغیرهای وابسته (در این پژوهش پس آزمون‌ها) در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) برابری حاکم باشد. آنچه مورد نظر خواهد بود تعاملی غیر معنی دار بین متغیرهای وابسته و کمکی (کوواریتها) است.

جدول ۵: نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه

متغیر	منبع تغییرات	F	سطح معنی داری
افسردگی	تعامل گروه * پیش آزمون	۳۵/۲۶۸	۰/۴۸۱
کیفیت زندگی		۷۷/۳۹۶	۰/۴۸۴
کارکردهای عصب روان شناختی		۵۴/۱۸۳	۰/۲۴۷

همان گونه که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، مقدار F تعامل برای کلیه متغیرهای تحقیق غیرمعنی دار می‌باشد. بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون تأیید می‌شود. با توجه به نتایج مذکور یعنی توزیع نرمال نمرات، تجانس واریانس گروهها و همگنی رگرسیون می‌توان نتیجه گرفت برای تجزیه و تحلیل فرضیات پژوهش حاضر، کوواریانس تحلیل مناسبی می‌باشد.

فرضیه ۱: گروه درمانی وجودی در بهبود افسردگی نوجوانان مبتلا به افسردگی شهرستان اهواز تأثیر دارد.

فرضیه ۲: گروه درمانی وجودی در بهبود کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به افسردگی شهرستان اهواز تأثیر دارد.

فرضیه ۳: گروه درمانی وجودی در بهبود کارکردهای عصب روانشناختی نوجوانان مبتلا به افسردگی شهرستان اهواز تأثیر دارد.

جدول شماره ۶: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون افسردگی، کیفیت زندگی و کارکردهای عصب روان شناختی گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۷۹۲	۳	۱۶	۲۰/۲۶۳	۰/۰۰۰	۰/۶۰	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۰۸	۳	۱۶	۲۰/۲۶۳	۰/۰۰۰	۰/۶۰	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۳/۷۹۹	۳	۱۶	۲۰/۲۶۳	۰/۰۰۰	۰/۶۰	۱/۰۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۳/۷۹۹	۳	۱۶	۲۰/۲۶۳	۰/۰۰۰	۰/۶۰	۱/۰۰

همان‌طوریکه در جدول ۶ مشاهده می‌شود با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (افسردگی، کیفیت زندگی و کارکردهای عصب روان شناختی) تفاوت معنی داری مشاهده می‌شود ($p < ۰/۰۰۰$ و $F = ۲۰/۲۶۳$).

برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، سه تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۷ ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۰ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۶۰ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون افسردگی، کیفیت زندگی و کارکردهای عصب روان شناختی مربوط به تأثیر آموزش گروه درمانی وجودی (عضویت گروهی) می‌باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین پس آزمون افسردگی، کیفیت زندگی و کارکردهای عصب روان شناختی گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری	منبع
پیش آزمون	۶۴۷۷/۰۲	۱	۶۴۷۷/۰۲	۸۶۶/۷۹۷	۰/۰۰۰	۰/۵۸	۱/۰۰	افسردگی
گروه	۳۸/۰۲۵		۳۸/۰۲۵	۵/۰۸	۰/۰۳۰	۳۵	۱/۰۰	
خطا	۲۸۳/۹۵۰		۷/۴۷					
پیش آزمون	۸۱۰/۰۰	۱	۸۱۰/۰۰	۲۶۱/۰۶۹	۰/۰۰۰	۰/۶۸	۱/۰۰	کیفیت زندگی
گروه	۸/۱۰	۱	۸/۱۰	۲/۶۱۱	۰/۰۰۰	۳۵	۰/۹۹۷	
خطا	۵۰۳/۷۷	۳۸	۳/۱۰۳					
پیش آزمون	۸۷۴/۲۲	۱	۸۷۴/۲۲	۳۶۸/۵۰۳	۰/۰۰۰	۰/۶۴	۱/۰۰	کارکردهای عصب روان شناختی
گروه	۰/۶۲۵	۱	۰/۶۲۵	۰/۲۶۳	۰/۶۱۱	۳۵	۰/۹۸۸	
خطا	۴۳۳/۵۰	۳۸	۲/۳۷					

همان طوری که در جدول ۷ ارائه شده است با کنترل پیش آزمون بین آزمودنی های گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/0001$ و $F = 866/797$). بنابراین فرضیه ۱ تأیید می گردد. به عبارت دیگر، گروه درمانی وجودی با توجه به میانگین افسردگی آزمودنی های گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش افسردگی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۸ می باشد، به عبارت دیگر، ۵۸ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون افسردگی مربوط به تأثیر گروه درمانی وجودی (عضویت گروهی) می باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است. همان طوری که در جدول ۷ ارائه شده است با کنترل پیش آزمون بین آزمودنی های گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/0001$ و $F = 261/069$). بنابراین فرضیه ۲ تأیید می گردد. به عبارت دیگر، گروه درمانی وجودی با توجه به میانگین کیفیت زندگی آزمودنی های گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش کیفیت زندگی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۸ می باشد، به عبارت دیگر، ۶۸ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون کیفیت زندگی مربوط به تأثیر گروه درمانی وجودی (عضویت گروهی) می باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

همان طوری که در جدول ۷ ارائه شده است با کنترل پیش آزمون بین آزمودنی های گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ کارکردهای عصب روان شناختی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/0001$ و $F = 368/503$). بنابراین فرضیه ۳ تأیید می گردد. به عبارت دیگر، گروه درمانی وجودی با توجه به میانگین کارکردهای عصب روان شناختی آزمودنی های گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش کارکردهای عصب روان شناختی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۴ می باشد، به عبارت دیگر، ۶۴ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون کارکردهای عصب روان شناختی مربوط به تأثیر گروه درمانی وجودی (عضویت گروهی) می باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

بحث

در تبیین فرضیه ۱ پژوهش حاضر که حاکی از اثر بخشی گروه درمانی وجودی در بهبود افسردگی نوجوانان مبتلا به افسردگی شهرستان اهواز بود و با یافته‌های پژوهش‌های (۱۹) و (۲۱) همسو بود، می‌توان گفت جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر، نوجوانانی در بازه ۱۲ تا ۱۸ سال بودند که بر اساس دیدگاه رشد اجتماعی اریکسون^۱ (۱۹۸۶) در مرحله ی "بحران هویت در برابر سرگردانی" می‌باشند که ماهیت این دوره ی حساس از رشد، می‌تواند بیش از پیش بر آشفتگی روحی و آسیب پذیری آنان دامن زند. بخصوص که تحقیقات بسیاری نظیر (۲۷)، (۲۸) و (۲۹) نیز نشان داده است که نوجوانان دچار افسردگی خفیف تا حاد، بیش از نوجوانان عادی در معرض آسیب‌های روانشناختی و کجروی اجتماعی قرار دارند. لذا؛ می‌توان استنتاج نمود که چالش یافتن معنا و جهت زندگی و بنیان نهادن هویتی منسجم و سازگار با جامعه هم می‌تواند عاملی برای افسرده خویی نوجوانان افسرده باشد هم راهی برای درمان آنان که فرض اصلی درمان افسردگی با رویکرد درمان وجودی نیز می‌باشد (۳۰). یالوم (۱۹۸۰) بیان می‌کند که درمان وجودی افسردگی موجب فرآیند خودآزمایی و کشف خود می‌شود که از طریق آن افراد افسرده خو، مسئولیت زندگی خود را بر عهده می‌گیرند و معنی خود را برآورده می‌کنند (۳۱). این موضوع در کنار تاکید بر خودآگاهی، جوهره ی جلسات گروه درمانی وجودی مورد استفاده در پژوهش حاضر نیز بود که نتیجه آن کمک به رشد خودآگاهی، در لحظه بودن، یافتن معنا و هدف زندگی خویش بود که در نهایت به کاهش افسردگی نوجوانان گروه آزمایش پس از مداخله منجر گردید.

در تبیین فرضیه ۲ پژوهش حاضر که حاکی از اثر بخشی گروه درمانی وجودی در بهبود کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به افسردگی شهرستان اهواز بود و با یافته‌های پژوهش‌های (۱۹) و (۲۰) و (۲۱) همسو بود، می‌توان گفت (۹) عنوان نموده است هسته اصلی مفهوم کیفیت زندگی به ادراک و تفسیر ذهنی فرد از چگونگی زندگی خویش در حیطه های جسمی، روانی، اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، حقوق شهروندی و ... برمی گردد ازینجا می‌توان استنتاج نمود که اشاره اصلی آن به نسبی بودن و ذهنی بودن کیفیت زندگی از نگاه افراد دارد با این حال یکی از نتایج عینی کیفیت زندگی، رضایت بخش بودن زندگی برای فرد، داشتن حال و حس و هیجانات مثبتی همچون شادی، رضایت، آرامش و ... می‌باشد. این در حالی است که محققانی نظیر نشان داده اند افراد افسرده به سبب انگاره ی ذهنی منفی که به زندگی دارند در قالب یک حس کلی غم و نومیدی نمود می‌یابد و تفسیر ذهنی آنان از کیفیت زندگی پایین می‌باشد (۳۲). از سوی دیگر، از اهداف اصلی گروه درمانی وجودی یالوم (۱۹۸۰) به کار گرفته شده در جلسات درمانی پژوهش حاضر، پرداختن به مفاهیمی فلسفی نظیر آزادی، تنهایی، حق انتخاب با وجود محدودیت‌ها به نوجوانان افسرده بود که به توانمند سازی آنان برای شهامت تغییر نگرش ذهنی به زندگی، شهامت ابراز وجود، افزایش روحیه مشارکت گروهی، قائل به قدرت انتخاب بودن و لذت بردن از زندگی منتهی گردید و جمیع این تغییرات به درک و پنداشت ذهنی مثبت تری نسبت به زندگی خویش و در نتیجه کیفیت زندگی مطلوب تر نوجوانان افسرده ی گروه آزمایش، منجر گردید. بنابراین، یافته حاصل از فرضیه ۲ تحقیق حاضر، یعنی اثربخشی گروه درمانی وجودی بر افزایش کیفیت زندگی گروه آزمایش، کاملاً عقلانی و قابل پذیرش می‌باشد.

در تبیین فرضیه ۳ پژوهش حاضر که حاکی از اثر بخشی گروه درمانی وجودی در بهبود کارکردهای عصب روانشناختی نوجوانان مبتلا به افسردگی شهرستان اهواز بود و با یافته‌های پژوهش‌های (۱۹)، (۲۰) و (۲۱) همسو بود، می‌توان گفت کارکردهای عصب روانشناختی فاکتور بسیار مهمی در پیشرفت تحصیلی نوجوانان می‌باشد اما وجود افسردگی در نوجوانان افسرده، موجب آسیب به آن می‌گردد هسته ی فعالیت چهار مولفه ی کارکردهای عصب روانشناختی یعنی حافظه کاری، میزان توجه، بازداری و انعطاف پذیری شناختی در قسمت لوپ پیشانی مغز می‌باشد که با تغییر مواد شیمیایی مغز موسوم به انتقال دهنده‌های عصبی^۲ در اثر افسردگی، دچار کاهش عملکرد می‌گردد (۲۵). از این نقطه نظر با استناد به دیدگاه فیزیولوژیک به افسردگی ایوانز^۳ (۳۳) برخی از انتقال دهنده‌های عصبی فوق الذکر مانند نوراپینفرین^۴، سروتونین^۵ و دوپامین^۶، مسئول تنظیم حالت روحی و وضع روانی انسان هستند، این سه ناقل شیمیایی مهم، به طور عادی در بدن ساخته می‌شود و کارکردی شادی بخش دارد که تنظیم نبودن فعالیت آن‌ها، نه تنها سبب ایجاد و تشدید انواع افسردگی می‌شود، بلکه از نشانه‌های فیزیولوژی افسردگی نیز می‌باشند. از سوی دیگر یالوم (۱۹۸۰) بیان می‌کند استفاده از فنون گروه درمانی وجودی در افراد افسرده برای افزایش توان تصویرسازی ذهنی، خودآگاهی هیجانی، تشویق به بیان احساسات و افکار

¹ Erikson² Neurotransmitters³ Evans⁴ Norepinephrine⁵ Serotonin⁶ Dopamine

شخصی و ... به افزایش ظرفیت کارکرد مغزی منجر می گردد. همسو با یافته های پژوهش (۳۴) می توان استدلال نمود که گروه درمانی وجودی با کاهش نشانگان افسردگی نوجوانان مورد مطالعه در پژوهش حاضر طبعاً به بهبود عملکرد انتقال دهنده های عصبی و بهبود عملکرد کلی مغز خصوصاً بهبود کارکردهای عصب روانشناختی که در لوپ پیشانی مغز منشاء دارند، گردیده است. از جمع بندی مطالب فوق به صورت عقلانی و علمی یافته حاصل از فرضیه ۳ یعنی اثر بخشی گروه درمانی وجودی بر بهبود کارکردهای عصب روانشناختی نوجوانان مبتلا به افسردگی گروه آزمایش را فهم و پذیرش نمود.

در نهایت علی رغم محدودیت های پژوهش حاضر به ویژه اینکه این پژوهش بر روی نوجوانان مبتلا به افسردگی شهرستان اهواز انجام گرفته است، می بایست نتایج حاصل از این پژوهش را با احتیاط به سایر افراد و گروه های جامعه تعمیم داد. به علاوه پیشنهاد می گردد تحقیقات بیشتر در خصوص اثر بخشی گروه درمانی وجودی در بهبود افسردگی، کیفیت زندگی و کارکردهای عصب روان شناختی نوجوانان مبتلا به افسردگی در سایر مناطق و شهرها ... انجام شود. علاوه بر این، پیشنهاد می شود نتایج بدست آمده از این پژوهش در مراکز مشاوره تابع سازمان بهزیستی شهرستان اهواز، مورد توجه قرار گیرد و از نتایج آن در تصمیم گیری ها و برنامه ریزی ها استفاده شود تا با کاهش عوامل بازدارنده به بهبود وضعیت نوجوانان مبتلا به افسردگی شهرستان اهواز در زمینه هایی نظیر کیفیت زندگی و کارکردهای عصب روان شناختی کمک شود.

منابع

- ۱- مختاری، عفت؛ سیدکاظم علوی لنگرودی و ام سلمه نصرتی ناهوک (۱۳۹۴). افسردگی در نوجوانان، دومین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی، موسسه آموزش عالی مهر ارونند، مرکز راهکارهای دستیابی به توسعه پایدار.
- ۲- ارجمندی راد، شیرین؛ دلگشاد، زهرا (۱۳۹۳). اثربخشی قصه درمانی گروهی بر اضطراب جدایی و افسردگی در کودکان والدین طلاق شهرستان اصفهان. مجله کودکان استثنایی. ۶(۲): صص ۲۲۲-۲۸۲.
- ۳- خدادادی، جواد، اعتمادی، احمد، علوی کاموسی، عزالدین. (۱۳۹۳). اثر بخشی گروه درمانی وجودی بر بهبود سلامت روان دانشجویان. پژوهش های علوم شناختی و رفتاری. ۴(۲)، ۱۱۹-۱۳۰.
- ۴- آزاد، حسین (۱۳۸۰). آسیب شناسی روانی. (جلد دوم). تهران: دانشگاه پیام نور.
- ۵- معانی، ایرج (۱۳۹۱). بیماری نامرئی. تهران: انتشارات پرند.
- ۶- پورافکاری، نصرت الله (۱۳۸۵). نشانه شناسی بیمارهای روانی. تهران: انتشارات آزاد زمستان.
- 7- Schalock, R.L (2004), "The concept of quality of life: what we know and do not know", Journal of intellectual disability research, No 43 : 121-139.
- ۸- گنجی، حمزه (۱۳۸۰). ارزشیابی شخصیت: پرسشنامه ها. تهران: انتشارات سالوان.
- 9- World Health Organization. (2013). Global status report on road safety: Supporting a decade of action. Geneva, Switzerland: WHO Press
- ۱۰- سیف، علی اکبر (۱۳۸۸). روان شناسی پرورشی نوین. تهران: نشر روان.
- 11- Caplan, B. (2011). Clinical Neuropsychology. doi:10.1093/obo/9780199828340-0040
- ۱۲- عنبری، موسی (۱۳۸۹)، «بررسی تحولات کیفیت زندگی در ایران (۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵)»، فصلنامه توسعه روستایی، شماره ۲: ۱۸۱-۱۴۹.
- ۱۳- شکیب، ندا (۱۳۹۱) بررسی رابطه بین حمایت های اجتماعی با راهبردهای مقابله و افسردگی در بین زنان سرپرست خانوار شهرستان فلاورجان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان.
- ۱۴- کریمی نسب، افسانه؛ آقا محمدیان شهرباف، حمیدرضا؛ طبیبی، زهرا؛ بنی هاشم، عبدالله (۱۳۹۳). اثر قصه درمانی بر کاهش افسردگی کودکان سرطانی. مجله روانشناسی. دانشگاه فردوسی مشهد. ۶(۵)، صص: ۸۹-۱۰۱.
- ۱۵- شمس اسفندآباد، ح. (۱۳۸۴). روان شناسی تفاوت های فردی، تهران: سمت.
- ۱۶- حبیب، غلامرضا، کریمی، علیرضا، نوذری، حمزه. (۱۳۹۱). روند مطالعه کیفیت زندگی در ایران. مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران. ۱(۳)، ۱۰۷-۱۳۴.
- ۱۷- مهریار، امیر هوشنگ (۱۳۹۰). افسردگی برداشتها و درمان شناختی. تهران: انتشارات رشد.
- ۱۹- سلیمانی، حیدرعلی (۱۳۹۵). تأثیر گروه درمانی وجودی بر سازگاری اجتماعی و افسردگی دانش آموزان دختر دبیرستانی مبتلا به افسردگی شهرستان خرم آباد. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه لرستان.
- 20- Beidel, B.(2016). The effect of existential psychotherapy on quality of life, depression and social anxiety in adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45, 455-463.
- ۲۱- فتحی، هدی (۱۳۹۶). اثربخشی درمان وجودی بر اضطراب، کیفیت زندگی و خودکارآمدی دانش آموزان دختر دبیرستانی شهرستان ساری. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری.
- ۲۲- دابسون و محمدخانی، محمود (۱۳۹۳). تأثیر قصه گویی بر مهارت های اجتماعی و رابطه کودک با والد کودکان پیش دبستانی، عنوان نشریه: تحقیقات روانشناختی: تابستان ۱۳۹۳، دوره ۶، شماره ۲۲؛ از صفحه ۸۸ تا صفحه ۹۷.
- ۲۳- نجاریان، خاتم (۱۳۹۵). تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر افزایش هوش معنوی و هوش اجتماعی کودکان کار، نهمین کنگره بین المللی روان درمانی (اجلاس آسیایی در بستر ارزش های فرهنگی)، تهران، دبیرخانه کنگره بین المللی روان درمانی.
- ۲۴- ساعتی، محمود. (۱۳۹۴). آزمونهای روانشناختی. نشر سیلان. تهران.
- 25- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). Neuropsychological assessment (5th ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- 26- Miak R. (1958). Contributions of existential psychotherapy. In R. May, E. Angel, & H. F. Ellenberger (Eds.), Existence: A new dimension in psychiatry and psychology (pp. 37-91). New York: Basic Books.
- 28- Shumaker, D. (2012). An Existential-Integrative Treatment of Anxious and Depressed Adolescents, Journal of Humanistic Psychology 52(4) 375-400.

۲۹- لعل زاده کندکلی، انسیه. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی گروه درمانی وجودی بر کاهش اضطراب، افسردگی و استرس ادراک شده در مادران کودکان سرطانی. پایان نامه . دولتی - وزارت علوم، تحقیقات، و فناوری - دانشگاه فردوسی مشهد - دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی . ۱۳۹۴ . کارشناسی ارشد.

30-Saeb S, et al.(2015) Mobile phone sensor correlates of depressive symptom severity in daily-life behavior: An exploratory study. J Med Internet Res 17:e175.

۳۱-امیریان، امیر و امین مهدیه نجف آبادی (۱۳۹۵). تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر افزایش هوش معنوی و هوش اجتماعی کودکان کار، نهمین کنگره بین المللی روان درمانی (اجلاس آسیایی در بستر ارزش های فرهنگی)، تهران، دبیرخانه کنگره بین المللی روان درمانی.

32-Medici, C.(2016). Quality of life and clinical characteristics in a non-selected sample of patients with schizophrenia. International Journal of Social Psychiatry 62: 12-20.

33-Evans,V. (2007).A Glossory of cognitive Linguistics. Edinburgh university press.

Fromm, E. (1956). The art of loving. New York: Holt

۳۴-عبدخدایی، زهرا. (۱۳۹۷). طراحی و تدوین مداخله مبتنی بر رویکرد تحلیل وجودی -معنویت: اثربخشی روانشناختی و عصب شناختی بر روی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکیزوزیس. پایان نامه دکتر زهرا عبدخدایی دانش آموخته دکترای روانشناسی بالینی از دانشگاه شهید بهشتی.

۳۵-یالوم، اروین (۱۹۹۰). روان درمانی اگزیستانسیال. ترجمه سپیده حبیب (۱۳۸۰). تهران: نشر نی.