Journal of Ilam University of Medical Sciences

P-ISSN: 1563-4728
E-ISSN: 2588-3135

Effectiveness of Group Training Based on Protection Motivation Theory in the Lifestyle, Negative Thoughts, and Dysfunctional Attitudes of Depressed People

Masoumeh Younesi Maleh [1], Mohsen Fazl Ali [1*], Bahram Mirzaian [1]

[1] Dept of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Iran

Article Info

Article type:
Research article

Article History:
Received: Dec. 19, 2023
Revised: Feb. 02, 2024
Accepted: Feb. 17, 2024
Published Online: July. 27,2024

**** Correspondence to:***
Mohsen Fazl Ali
Dept of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Iran

Email:
Mohsen.fazlali@yahoo.com

A B S T R A C T

Introduction: Protection motivation theory is one of the most effective theories in predicting preventive behaviors. It first emphasizes motivation and then the development of adaptive skills. This theory is used to understand and predict health intentions and behaviors that protect a person from traumatic events. Therefore, the present study aimed to assess the effectiveness of group training based on protection motivation theory in the lifestyle, negative thoughts, and dysfunctional attitudes of depressed people.

Material & Methods: In this study, we adopted a quasi-experimental pretest-posttest control group design. The statistical population was all clients suffering from mild to moderate depression who visited the Ghaemshahr Help Center in the spring of 1402. Considering that 15-20 people are used in group training, a number of 40 people in two experimental groups and controls were selected by the available sampling method and answered the health-promoting lifestyle questionnaires of Walker and colleagues (1987), Weisman and Beck's dysfunctional attitudes by Wiseman and Beck (1978), and Kendall and Hollon's (1980) negative self-concepts. The data were analyzed by one-way analysis of variance, multivariate covariance analysis, and univariate covariance analysis. A p-value less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: The results of the analysis of covariance demonstrated that the mean scores of lifestyles, negative spontaneous thoughts, and ineffective attitudes in experimental and control groups had a statistically significant difference of less than 1% (P=0.01). Moreover, the post-test mean scores of negative self-inflicted thoughts and ineffective attitudes of subjects in the experimental group under self-protection motivation training decreased compared to the control group who were not under training. Furthermore, the effect size for group membership for lifestyle was equal to (Eta=0.83), for negative spontaneous thoughts, it was equal to (Eta=0.69), and for ineffective attitudes, it was equal to (Eta=0.62).

Discussion & Conclusion: Self-protection motivation training is effective in improving lifestyle and reducing negative self-esteem and ineffective attitudes of depressed people. According to the nature of the protection motivation theory, it is suggested to be used to improve the lifestyle, negative thoughts, and ineffective attitude of depressed people.

Keywords: Depression, Dysfunctional attitude, Lifestyle, Negative thoughts, Protection motivation theory

➢ **How to cite this paper**
Younesi Maleh M, FazlAli M, Mirzaian B. Effectiveness of Group Training Based on Protection Motivation Theory in the Lifestyle, Negative Thoughts, and Dysfunctional Attitudes of Depressed People. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2024;32(3): 35-46.

© The Author(s)

Publisher: Ilam University of Medical Sciences

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-14]

مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام

JIUMS

P-ISSN: ۱۵۶۳-۴۷۲۸

E-ISSN: ۲۵۸۸-۳۱۳۵

اثربخشی آموزش گروهی بر مبنای نظریهٔ انگیزش محافظت بر سبک زندگی، افکار منفی و نگرش ناکارآمد افراد افسرده

معصومه یونسی مله[۱]، محسن فضل علی[*۱]، بهرام میرزاییان[۱]

[۱] گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی،دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۲۸

تاریخ ویرایش: ۱۴۰۲/۱۱/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۲۸

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۵/۰۷

نویسنده مسئول:
محسن فضل علی
گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی،دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ایران
Email:
Mohsen.fazlali@yahoo.com

چکیده

مقدمه: نظریهٔ انگیزش محافظت از کارآمدترین نظریه‌ها در پیش‌بینی رفتارهای پیشگیرانه است که ابتدا بر انگیزش و سپس بر توسعهٔ مهارت‌های سازگاری تأکید دارد. این نظریه برای درک و پیش‌بینی قصد و رفتارهای بهداشتی به‌کار می رود که فرد را در برابر وقایع آسیب‌زا محافظت می‌کند؛ به همین منظور، محقق در این مهم، به بررسی اثربخشی آموزش گروهی بر مبنای نظریهٔ انگیزش محافظت بر سبک زندگی، افکار منفی و نگرش ناکارآمد افراد افسرده پرداخته است.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری همهٔ مراجعان مبتلا به افسردگی خفیف تا متوسط بودند که در بهار ۱۴۰۲، به مرکز یاریگر شهرستان قائم‌شهر مراجعه کردند. با توجه به اینکه در آموزش گروهی از ۱۵ تا ۲۰ نفر استفاده می‌شود؛ بنابراین، تعداد ۴۰ نفر در دو گروه آزمایش و کنترل به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت والکر و همکاران (۱۹۸۷)، نگرش‌های ناکارآمد وایزمن و بک (۱۹۷۸) و افکار خودآیند منفی کندال و هولون (۱۹۸۰) پاسخ دادند. از آزمون‌های تحلیل واریانس یک‌راهه، تحلیل کوواریانس یک‌متغیره و چندمتغیره استفاده گردید و $P<0.05$ از نظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌های پژوهش: نتایج نشان داد که میانگین نمره‌های سبک زندگی، افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد در گروه آزمایش با گروه کنترل از نظر آماری در سطح کمتر از یک‌صدم ($P=0.01$) تفاوت معناداری دارد؛ همچنین میانگین‌های پس‌آزمون افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد آزمودنی‌هایی که در گروه آزمایش تحت آموزش انگیزش محافظت از خود، قرار داشتند، در مقایسه با گروه کنترل که تحت آموزش قرار نداشتند، کاهش داشت و اندازهٔ اثر برای عضویت گروهی برای سبک زندگی برابر با $Eta=0.83$، برای افکار خودآیند منفی برابر با $Eta=0.69$ و برای نگرش‌های ناکارآمد برابر با $Eta=0.62$ بود.

بحث و نتیجه‌گیری: آموزش انگیزش محافظت از خود بر ارتقای سبک زندگی، کاهش افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد افراد افسرده اثربخش است و با توجه به ماهیت نظریهٔ انگیزش محافظت پیشنهاد می‌شود، برای بهبود سبک زندگی، افکار منفی و نگرش ناکارآمد افراد افسرده استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: نظریهٔ انگیزش محافظت، سبک زندگی، افکار منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی

استناد: یونسی‌مله زهرا، فضل‌علی محسن، میرزاییان بهرام. اثربخشی آموزش گروهی بر مبنای نظریهٔ انگیزش محافظت بر سبک زندگی، افکار منفی و نگرش ناکارآمد افراد افسرده. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، مرداد ۱۴۰۳؛۳۲(۳): ۴۶-۳۵.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-14]

CC BY NC

حق‌مؤلف © نویسندگان

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی (۱) تخمین زده است که اختلالات افسردگی در رأس فهرست بیماری‌های روانی قرار دارد. افسردگی از شایع‌ترین اختلالات خلقی و عاطفی و بزرگ‌ترین اختلال روانی قرن حاضر و معضل عمومی در زندگی مدرن امروزی است (۲). هم‌اکنون افسردگی دومین اختلال رایج روان‌شناختی است و نزدیک به ۵۰۰ میلیون نفر در جهان به آن مبتلا هستند (۳). برآوردهای دیگری تخمین می‌زنند که در حال حاضر، افسردگی دومین بیماری پرهزینه در همهٔ جهان است (۴)، این در حالی است که در سال ۱۹۹۴، افسردگی در ردهٔ چهارم قرار داشته است (۵). داده‌های همه‌گیرشناسی جدید حاکی از آن است که میزان بروز اختلال افسردگی اساسی رو به فزونی است (۶) که با نگرش ناکارآمد ارتباط دارد. نگرش‌های ناکارآمد به آسیب‌های روانی منجر می‌شود و در به وجود آمدن علائم افسردگی نقش دارد.

درواقع، نگرش ناکارآمد عاملی است که با وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی مرتبط است (۷)؛ به عبارتی، نوع نگرش با شدت بیماری و روند بهبودی مرتبط است (۸). افراد با نگرش‌های بدبینانه نسبت به مسائل زندگی اغلب خود را در معرض اتفاق‌های ناخوشایند می‌پندارند (۹). علاوه بر این، نگرش ناکارآمد یکی از عوامل مهم زیربنایی و مؤثر در پیدایش اختلالات خلقی و افسردگی (۱۰) و بخشی از فرایندهای شناختی و شامل فرضیات و باورهای کلی و منفی است. این باورهای کلی و منفی به موقعیت خاصی اختصاص ندارند و نگرش‌های ناکارآمد یا عقاید غیرمنطقی شناخته می شوند (۱۱). افراد مستعد افسردگی نگرش‌های منفی و ناکارآمدی نسبت به خود، آینده و دنیا دارند (۱۲).

افکار خودآیند منفی یکی دیگر از فرایندهای شناختی درگیر در دشواری تنظیم هیجانی (۱۳) و ناشی از رخدادهای استرس‌زای زندگی و دربرگیرندهٔ سوگیری در پردازش اطلاعات شخصی است (۱۴). این فرایندهای فکری ناکارآمد در طول زندگی تحت تأثیر عوامل فرهنگی و محیطی ایجاد می‌شود و به تبدیل شناخت‌ها به‌عنوان منبع نگرانی و تضاد در زندگی فرد منجر می‌گردد (۱۶). در زمینهٔ نقش افکار خودآیند منفی در دشواری‌های تنظیم هیجان باید گفت که این باورهای غیرمنطقی با رها کردن فرد از قیدوبندها، همدلی را خنثی می‌کند و به کاهش همدلی و احساس گناه منجر می‌شود (۱۲)؛ همچنین سبک زندگی افراد نقش مهمی در افسردگی دارد (۱۶)؛ زیرا سبک زندگی افراد مهم و تعیین‌کنندهٔ وضعیت سلامت روانی و اجتماعی آنان است؛ به عبارتی، سبک زندگی به روش زندگی فرد و به توانایی‌های وی اشاره دارد و بسیاری از توجهات به نقش سبک زندگی در ایجاد بیماری‌های مختلف معطوف شده است (۱۷).

با توجه به شیوع بالا بیماری افسردگی، علاوه بر تأثیری که این بیماری بر کاهش سال‌های مفید زندگی افراد می‌گذارد (۲) و همچنین رنج عاطفی و جسمانی حاصل از آن به‌نظر می‌رسد، پیشگیری از این بیماری امری ضروری است. بیشترین موفقیت در برنامه‌های ترویج رفتارهای بهداشتی زمانی حاصل می‌شود که علاوه بر شناخت وضعیت موجود، به عواملی توجه شود که به نحوی بر رفتار انسان تأثیر می‌گذارند (۵). گونهٔ انگیزش بهداشت یکی از انواع آموزشی است که راجرز آن را در سال ۱۹۷۵ تدوین کرد. در این نوع، فرض بر این است که پذیرش رفتار بهداشتی (رفتار محافظت‌کننده) توصیه‌شده در برابر خطر بهداشتی یک عمل مستقیم از انگیزش فرد برای حفاظت از خودش است (۱۸). راجرز مطرح کرد که ترس از طریق ۵ سازه انگیزش محافظت یا قصد انجام رفتار محافظت‌کننده در برابر خطر بهداشتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و انگیزش محافظت درنهایت، باعث برانگیخته شدن رفتار بهداشتی می‌شود؛ بنابراین، با توجه به مطالبی که بیان شد، این پژوهش در پی پاسخ به این پرسش است: آیا آموزش انگیزش محافظت از خود بر ارتقای سبک زندگی، کاهش افکار منفی و نگرش ناکارآمد افراد افسرده مؤثر است؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود که دارای کد اخلاق اخذ شده

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-14]

از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به شماره IR.IAU.SARI.REC.1402.043 می‌باشد. جامعهٔ آماری همهٔ مراجعان مبتلا به افسردگی بودند که در بهار ۱۴۰۲، به مرکز یاریگر شهرستان قائم‌شهر مراجعه کردند. تشخیص افسردگی این مراجعان با استفاده از مصاحبهٔ تشخیصی توسط دکترای روان‌شناسی سلامت انجام شد و اختلالات همراه افسردگی در مصاحبه مطرح نگردید.

با توجه به اینکه آموزش در این پژوهش به‌صورت گروهی انجام گرفت، ۲ گروه ۲۰ نفره از جامعه با داشتن معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به‌صورت روش در دسترس از میان جامعهٔ آماری بود.

ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر عبارت‌اند از: ۱. افسرده خفیف تا متوسط با استفاده از پرسش‌نامهٔ فرم کوتاه افسردگی بک؛ ۲. نداشتن بیماری جسمانی و روانی مزمن که نیاز به مصرف دارو داشته باشد؛ ۳. داشتن رضایت برای شرکت. ملاک خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از دو جلسه بود.

ابزار پژوهش عبارت بود از:

۱. پرسش‌نامهٔ سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت والکر و همکارانش (HPLP): پرسش‌نامهٔ سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت ۵۴ سؤال دارد که والکر و همکارانش آن را در سال ۱۹۸۷ طراحی و تنظیم کرده‌اند که ۶ بعدِ تغذیه (۶ سؤال)، ورزش (۸ سؤال، نمرهٔ ۸ تا ۳۲)، مسئولیت‌پذیری دربارهٔ سلامت (۹ سؤال، نمرهٔ ۹ تا ۳۶)، مدیریت استرس (۸ سؤال، نمرهٔ ۸ تا ۳۲)، حمایت بین‌فردی (۹ سؤال، نمرهٔ ۹ تا ۳۶) و خودشکوفایی (۹ سؤال، نمرهٔ ۹ تا ۳۶) دارد. سؤالات با مقیاس لیکرت چهارگزینه‌ای «هرگز»، «گاهی»، «معمولاً» و «همیشه» سنجیده می‌شوند. دامنهٔ نمره برای هر سؤال بین ۱ تا ۴ است. نمرهٔ کلی سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت بین ۵۴ تا ۲۱۶ است. نمرهٔ بالاتر منعکس‌کنندهٔ یک سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت بهتر است. نمرات ۵۴ تا ۱۰۵ به معنی سطح پایین تبعیت از رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامت، نمرهٔ ۱۰۶ تا ۱۵۷ سطح متوسط و نمرات بالای ۱۵۷ سطح بالا هستند. آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامهٔ سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت در پژوهش والکر در متغیرهای پرسش‌نامه بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ به‌دست آمد (۱۹). در ایران، زیدی محمدی و همکاران (۲۰) روایی و پایایی این پرسش‌نامه را بررسی کردند و آلفای کرونباخ بین ابعاد پرسش‌نامه بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۱ به‌دست آمد؛ همچنین در بررسی پایایی ابزار در مطالعهٔ حاضر، آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۸ محاسبه شد.

۲. پرسش‌نامهٔ نگرش‌های ناکارآمد وایزمن و بک (DAS-26): این پرسش‌نامه را وایزمن و بک در سال ۱۹۷۸ بر مبنای نظریهٔ بک، به‌منظور ارزیابی محتوای شناختی علائم افسردگی ساخته‌اند و ۲۶ سؤال و ۴ خرده مقیاس کمال‌طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب‌پذیری-ارزشیابی عملکرد دارد. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه در یک طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) انجام می‌شود. حداقل و حداکثر نمرات در این پرسش‌نامه در دامنه‌ای بین ۲۶ تا ۱۸۲ قرار می گیرد. در مطالعه بک و همکاران (۱۹۹۱)، پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت بالینی و عادی ۰/۸۵ و روایی ساز، آن از طریق همبستگی با آزمون افسردگی بک ۰/۴۷ به‌دست آمد (۲۰). در کشور ما نیز، غابشی (۲۱) پایایی کل مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و روایی پیش‌بین آن را از طریق همبستگی با پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی در یک جمعیت بالینی و غیربالینی ۰/۵۶ برآورد کرد. در پژوهش حاضر، روایی صوری و محتوایی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد با نظر ۳ تن از اساتید روان‌شناسی دانشگاه کرج تأیید شد و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به‌دست آمد.

۳. پرسش‌نامهٔ افکار خودآیند منفی کندال و هولون (۱۹۸۰): پرسش‌نامهٔ افکار خودآیند منفی در سال ۱۹۸۰، به‌منظور ارزیابی مؤلفهٔ شناختی افسردگی از دید خود فرد تهیه‌شده است. این آزمون یک ابزار با ۳۰ سؤال است که میزان خودگویی‌های درونی منفی فرد را می‌سنجد. پرسش‌نامهٔ افکار خودآیند چهار بعد از این افکار را بررسی می کند: ناسازگاری فردی و تمایل به تغییر، خودپنداره‌های من، انتظارات منفی،

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-14]

عزت‌نفس پایین و درماندگی. شیوهٔ نمره‌گذاری گزینه‌ها در پرسش‌نامه بدین شرح است: «هرگز=۱»، «گاهی=۲»، «متوسط=۳»، «اغلب=۴» و «همیشه=۵». برای به‌دست آوردن نمرهٔ هر زیرمقیاس، همهٔ نمرات مربوط به زیرمقیاس مدنظر باهم جمع می‌شود. برای به‌دست آوردن نمره کلی آزمون نیز باید نمرات همهٔ ۳۰ عبارت باهم جمع گردد. ثبات درونی این پرسش‌نامه در پژوهش کندال و هولون در سال ۱۹۸۰، با ضریب آلفای ۰/۹۷ به‌دست آمد (۲۲). هنجاریابی داخلی پرسش‌نامه در تحقیق کاویانی و همکاران در سال ۱۳۹۲ انجام شد و آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۷۴ به‌دست آمد (۲۳). در مطالعهٔ حاضر، آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۶ محاسبه شد.

۴. برنامهٔ آموزشی برای درمان افسردگی: این بستهٔ آموزشی بر مبنای نظریهٔ انگیزش محافظت است. همان‌طور که در بخش اهداف مؤلفه‌های انگیزش محافظت بیان‌شده و بر مبنای آن، آموزش برای هر جلسه تعریف گردیده است، هدف پژوهش درمان افسردگی نیست، بلکه تأثیر آموزش انگیزش محافظت از خود بر سبک زندگی و کاهش افکار منفی و نگرش ناکارآمد در بیماران افسرده است.

این بستهٔ آموزشی برگرفته از رسالهٔ دکترای یونسی مله (۱۴۰۱) است و برای تعیین روایی محتوایی بستهٔ آموزشی، از روش والتز و باسل (۱۶) استفاده‌شده است، بدین‌صورت که از ده متخصص حوزهٔ سلامت (سه روان‌شناس سلامت، دو متخصص ارتقای سلامت و بهداشت، دو روان‌سنج و سه پزشک) خواسته شد تا دربارهٔ این بسته نظر تخصصی خود را ارائه دهند. درنهایت، نمرهٔ روایی محتوا این بستهٔ آموزشی ۰/۸۲ به‌دست آمد. این بسته شامل هشت جلسهٔ آموزشی بود که در هشت هفتهٔ دوساعته که خلاصهٔ آن در جدول شمارهٔ ۱ آورده شده است، بر روی گروه آزمایش به‌صورت گروهی اجرا گردید و از آزمون‌های تحلیل واریانس یک‌طرفه، تحلیل کوواریانس یک‌متغیره و چندمتغیره استفاده و $P<0.05$ از نظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

جدول شماره ۱. خلاصهٔ برنامهٔ آموزش انگیزش محافظت از خود بر سبک زندگی و کاهش افکار منفی و نگرش ناکارآمد در بیماران افسرده

جلسات	اهداف جلسات	موضوع جلسات
اول	معارفه و بررسی حساسیت درک‌شده نسبت به اختلال افسردگی	تعریف اختلال افسردگی و ارائهٔ شواهدی از آثار اختلال افسردگی
دوم	بررسی تهدید درک‌شده از اختلال افسردگی	آثار دقیق اختلال افسردگی بر بدن و توصیف آسیب‌های احتمالی
سوم	بهبود نگرش افراد نسبت به خودمراقبتی و بررسی پاداش درک‌شده	تشویق افراد برای مراقبت از خود و پیشگیری
چهارم	آگاهی از آثار خودمراقبتی در کاهش هزینه‌های اختلال افسردگی و آموزش سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت	بیان اهمیت رفتارهای پیشگیرانه برای کاهش هزینه‌های اختلال افسردگی
پنجم	شناسایی افکار منفی و آموزش راهبردهای مواجههٔ مثبت با آن	آموزش مهارت مقابله با افکار منفی
ششم	آگاهی از آثار خودکارآمدی درک‌شده	آموزش کنترل نگرش ناکارآمد و تقویت خودکارآمدی
هفتم	شناسایی رفتارهایی که به کارایی پاسخ درک‌شده منجر می‌شود	اهمیت انجام رفتارهای پیشگیرانه برای زندگی و عملکرد بهتر در این دوران
هشتم	پرورش انگیزش محافظت	تمرین رفتارهای خودمراقبتی و درونی شدن انگیزهٔ مراقبت از خود در اختلال افسردگی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-14]

یافته‌های پژوهش

به‌منظور توصیف داده‌های جمعیت‌شناختی پژوهش از آمار توصیفی (فراوانی و درصد) استفاده شد. در این پژوهش، تعداد ۴۰ نفر از افراد افسرده در دو گروه آزمایش و کنترل مطالعه گردیدند. جنسیت افراد افسرده در گروه آزمایش ۱۵ نفر (۰/۷۵ درصد) زن و ۵ نفر (۰/۲۵ درصد) مرد و در گروه کنترل نیز ۱۶ نفر (۰/۸۰ درصد) زن و ۴ نفر (۰/۲۰ درصد) مرد بودند. مقطع تحصیلی افراد افسرده برحسب گروه‌های آزمایش به‌ترتیب از بیشترین زیر دیپلم (۱۰ نفر)، فوق‌دیپلم (۳ نفر)، دیپلم و لیسانس (۳ نفر) و در گروه کنترل نیز به‌ترتیب از بیشترین زیر دیپلم (۸ نفر)، فوق‌دیپلم (۶ نفر)، دیپلم (۳ نفر) و لیسانس (۲ نفر) بودند. در گروه آزمایش ۲ نفر (۱۰ درصد) مجرد و ۱۸ نفر (۹۰ درصد) متأهل و در گروه کنترل ۶ نفر (۳۰ درصد) مجرد و ۱۴ نفر (۷۰ درصد) را شرکت‌کنندگان متأهل تشکیل دادند. پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس به شرح زیر آورده شده است:

پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرها: جدول شمارهٔ ۲ نشان‌دهندهٔ نتایج به‌دست‌آمده برای بررسی فرض طبیعی بودن توزیع متغیرها است. به همین منظور، از آزمون شاپیرو_ویلک استفاده شد. با توجه به نتایج جدول، فرض طبیعی بودن داده‌ها برای همهٔ متغیرها تأیید می‌شود (P>0/05). با توجه به این نتایج می‌توان از آزمون‌های پارامتریک برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

جدول شماره ۲. آزمون شاپیرو_ویلک برای بررسی طبیعی بودن توزیع متغیرها

متغیرها	Shapiro-Wilk	
	آمارهٔ آزمون (z)	سطح معناداری (P-value)
سبک زندگی	۰/۱۴۵	۰/۰۶۰
افکار خودآیند منفی	۰/۱۰۱	۰/۱۹۹
نگرش‌های ناکارآمد	۰/۱۱۶	۰/۱۹۴

پیش‌فرض تساوی واریانس‌های گروه‌های مطالعه: جدول شمارهٔ ۳ نشان‌دهندهٔ آزمون لوین برای تساوی واریانس‌های نمرات در زیرمقیاس‌های سبک زندگی، افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد در گروه‌های مطالعه است. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس بررسی همسانی واریانس‌های در گروه‌های مطالعه است؛ بنابراین، از آزمون لوین استفاده گردید. با توجه به نبودِ معناداری و تأیید فرض صفر (P>0/05)، پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در گروه‌ها تأیید شد.

جدول شماره ۳. آزمون تساوی واریانس‌های گروه‌های مطالعه در متغیرهای پژوهش

متغیرهای اصلی پژوهش	آمارهٔ آزمون (F)	سطح معناداری (P)
سبک زندگی	۱/۳۵۶	۰/۲۵۱
افکار خودآیند منفی	۱/۸۹۳	۰/۱۷۷
نگرش‌های ناکارآمد	۰/۸۴۷	۰/۳۶۳

جدول شمارهٔ ۴ نشان‌دهندهٔ میانگین‌های تعدیل‌شدهٔ پس‌آزمون سبک زندگی، افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد افراد افسرده در گروه‌های پژوهش است. میانگین‌های تعدیل‌شده حاصل کنترل نمرات پیش‌آزمون در آزمون تحلیل کوواریانس است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-14]

جدول شماره ٤. میانگین‌های تعدیل‌شدهٔ پس‌آزمون سبک زندگی، افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد افراد افسرده در گروه‌های مطالعه

متغیرها	گروه‌ها	میانگین‌های تعدیل‌شده	خطای معیار	فاصلهٔ اطمینان ۹۵ درصد	
				حد پایین	حد بالا
سبک زندگی	آزمایش	159/926	2/727	154/401	165/451
	کنترل	107/774	2/727	102/249	113/299
افکار خودآیند منفی	آزمایش	92/324	3/109	86/025	98/623
	کنترل	132/526	3/109	126/227	138/825
نگرش‌های ناکارآمد	آزمایش	49/361	2/079	45/148	53/573
	کنترل	73/539	2/079	69/327	77/752

در جدول شمارهٔ ۵، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین نمره‌های سبک زندگی، افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد در گروه آزمایش با گروه کنترل از نظر آماری، در سطح کمتر از یک‌صدم (P=0.01) تفاوت معناداری دارد؛ همچنین میانگین‌های پس‌آزمون افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد آزمودنی‌هایی که در گروه آزمایش تحت آموزش انگیزش محافظت از خود، قرار داشتند، در مقایسه با گروه کنترل که تحت آموزش قرار نداشتند، کاهش داشته است. اندازهٔ اثر برای عضویت گروهی برای سبک زندگی برابر با Eta=0.83، برای افکار خودآیند منفی برابر با Eta=0.69 و برای نگرش‌های ناکارآمد برابر با Eta=0.62 بود.

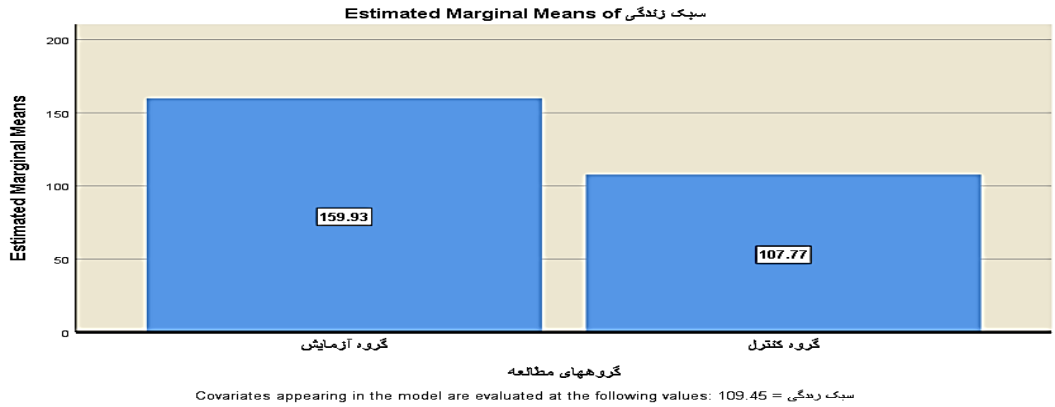
جدول شماره ۵. نتایج تحلیل کوواریانس میانگین نمره‌های سبک زندگی، افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد در گروه‌های مطالعه

متغیرها	عوامل مؤثر	F	P	Eta
سبک زندگی	پیش‌آزمون	29/923	۰/۰۰۱**	۰/۴۵
	عضویت گروهی	182/821	۰/۰۰۱**	۰/۸۳
افکار خودآیند منفی	پیش‌آزمون	18/238	۰/۰۰۱**	۰/۳۳
	عضویت گروهی	83/332	۰/۰۰۱**	۰/۶۹
نگرش‌های ناکارآمد	پیش‌آزمون	50/847	۰/۰۰۱**	۰/۵۸
	عضویت گروهی	61/305	۰/۰۰۱**	۰/۶۲

(**) معناداری در سطح ۰/۰۱ و (*) معناداری در سطح ۰/۰۵

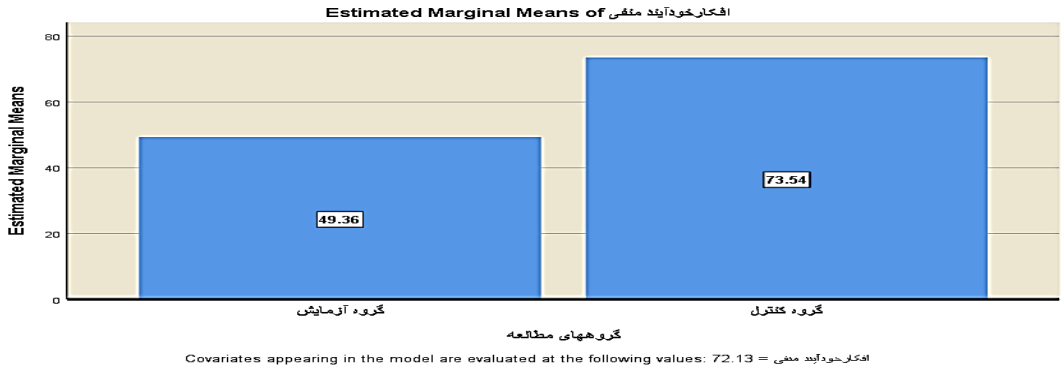
نمودار شمارهٔ ۱ نشان می‌دهد که میانگین‌های پس‌آزمون سبک زندگی افراد افسرده که در گروه آزمایشی تحت آموزش انگیزش محافظت از خود قرار داشتند، در مقایسه با گروه کنترل که تحت درمان قرار نداشتند، افزایش داشته است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-14]



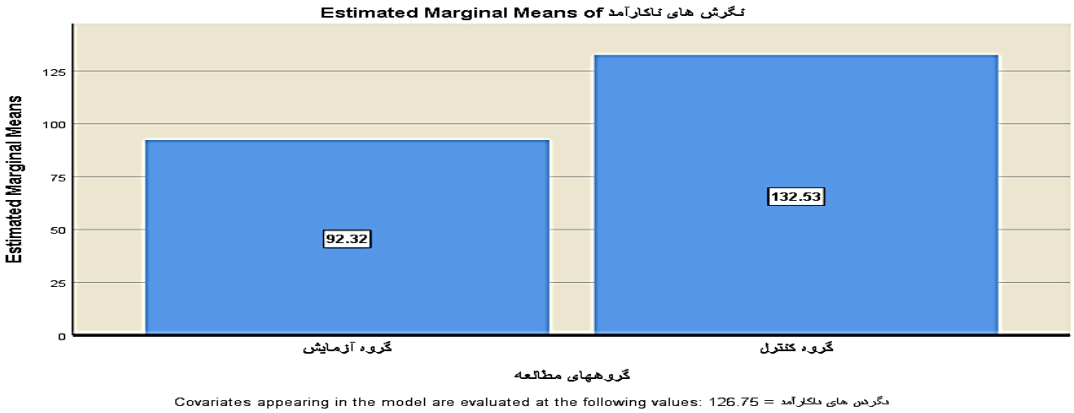
نمودار شماره ۱. میانگین‌های تعدیل‌شدهٔ پس‌آزمون سبک زندگی

نمودار شمارهٔ ۲ نشان می‌دهد که میانگین‌های پس‌آزمون افکار خودآیند منفی افراد افسرده که در گروه آزمایشی تحت آموزش انگیزش محافظت از خود قرار داشتند، در مقایسه با گروه کنترل که تحت درمان قرار نداشتند، کاهش داشته است.



نمودار شماره ۲. میانگین‌های تعدیل‌شدهٔ پس‌آزمون افکار خودآیند منفی در گروه‌های مطالعه.

نمودار شمارهٔ ۳ نشان می‌دهد که میانگین‌های پس‌آزمون نگرش‌های ناکارآمد افراد افسرده که در گروه آزمایشی تحت آموزش انگیزش محافظت از خود قرار داشتند، در مقایسه با گروه کنترل که تحت درمان قرار نداشتند، کاهش داشته است.



نمودار شماره ۳. میانگین‌های تعدیل‌شدهٔ پس‌آزمون نگرش‌های ناکارآمد در گروه‌های مطالعه

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-14]

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که آموزش انگیزش محافظت از خود بر ارتقای ابعاد سبک زندگی افراد افسرده اثربخش است. در تبیین این یافته باید گفت، آموزش انگیزش محافظت از خود به افراد کمک می‌کند تا شرایط را آن‌گونه که واقعی هست، در نظر بگیرند و خودکارآمدی خود را در شرایط بحرانی افزایش دهند، تهدید درک‌شده را به‌درستی ارزیابی کنند و پاسخ‌های رفتاری درستی داشته باشند. این فرایند به‌صورت خودکار درمی‌آید و یک چرخهٔ شناختی تولید می‌کند تا سلامت افراد حفظ شود. نتایج مطالعات یو و همکاران نشان داد که انگیزش محافظت می‌تواند به بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت و خودمراقبتی در زندگی افراد منجر شود (۲۴). پژوهش‌ها نشان دادند که آموزش انگیزش محافظت از خود بر سبک زندگی افراد نیز مؤثر است.

آموزش انگیزش محافظت از خود بر کاهش ابعاد افکار خودآیند منفی افراد افسرده اثربخش است. این یافته با نتایج پژوهش‌های مشابه همخوانی دارد (۱۸، ۱۱، ۶). در تبیین نتایج بالا می‌توان گفت، درک این موضوع که افسردگی با کاهش انگیزه برای تداوم سلامتی و لذت بردن از زندگی باعث اختلال در رفتارهای خود مراقبتی در این افراد گردد، امری چندان پیچیده‌ای نیست؛ زیرا افراد افسرده گاهی حتی تمایل به زنده ماندن ندارند و مراقبت نکردن از خویش می تواند به‌عنوان نمادی از اقدام به خودکشی تدریجی در این افراد تلقی شود. جفری گنزالس و همکاران مطالعه‌ای را با هدف تعیین ارتباط میان افسردگی و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد، میان افسردگی و انجام رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معکوسی وجود دارد و بیمارانی که افسردگی بیشتری داشتند، به مقدار کمتری از رفتارهای خودمراقبتی شامل رژیم غذایی، ورزش و خودپایشی قند خون پیروی می‌کردند (۲۵). هنگامی‌که افراد افسرده می‌شوند، به شیوه‌های مختلف به خلق خود پاسخ می دهند. آنان ممکن است از فکر کردن به احساسات خود اجتناب کنند، سریعاً برای تغییر محیط و خلقشان وارد عمل گردند و بیش برآورد خطر کنند (۱۲). افکار خودآیند منفی که بیشتر در افراد افسرده وجود دارد، به‌صورت خودکار و در موقعیت‌های مختلف فعال می‌شوند. این افکار که نشئت‌گرفته از طرح‌واره‌های شناختی ناکارآمد هستند، در برخورد با تجربه‌های زندگی تأثیر می‌گذارند و باعث ایجاد واکنش‌های بی‌تناسب می‌گردند که نتیجهٔ آن احساس شرم، گناه و خوی سرزنشگری و خوی انتقادگری است (۲۰). به‌نظر می‌رسد، انگیزش محافظت با تکیه بر انگیزش، تهدیدها را از طریق سازه‌های آسیب‌پذیری درک‌شده ارزیابی می‌کند و از طریق به‌کارگیری مؤلفه‌های روان‌شناختی مؤثر در ایجاد توانمندی روانی همچون شناخت احساسات و هیجانات مقابله با افکار خودآیند منفی، کارایی پاسخ و انگیزش محافظت سبب می شود تا فرد مبتلا به افسردگی، انواع مختلفی از رفتارهای پیشگیری‌کننده و محافظت‌کننده را بیاموزد و با به‌کارگیری آن‌ها، مهارت‌های سازگاری خود را افزایش دهد.

آموزش انگیزش محافظت از خود بر کاهش ابعاد نگرش‌های ناکارآمد افراد افسرده اثربخش است. این یافته با نتایج پژوهش محمدی و رحیم‌زاده و جین و همکاران همسو است (۲۸، ۲۶). آنچه بیشتر موجب ناخشنودی افراد افسرده می شود، محتوای فکر است. افراد افسرده به این علت احساس غمگینی می‌کنند، چون معتقدند از چیز مهمی محروم شده‌اند که عزت‌نفس آنان را تهدید می‌کند. علاوه بر این، آنان متقاعد شده‌اند که خودشان مسئول این باخت هستند. نگرش‌های کژکارشان باعث می‌شود که فرض کنند بی‌ارزش و درمانده هستند و تلاش‌هایشان محکوم به شکست است. شاید به همین علت است که افسردگی یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین مشکلات در میان مراجعان بوده است.

یافتهٔ برخی از مطالعات دال بر این است که نگرش‌های ناکارآمد یکی از عوامل مرتبط با افسردگی هستند. بر اساس دیدگاه شناختی، افکار آشفته‌ساز مبنای بروز اختلالات هیجانی است (۲۸). یافته‌های پژوهشی نشان می دهد که سطوح بالای نگرش‌های ناکارآمد به دوره‌های طولانی‌تر حملات افسردگی و به فاصلهٔ زمانی کوتاه‌تر میان

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-14]

دوره‌های عود همبستگی دارد (۲۹). از سویی، بر اساس نظریهٔ راجرز، نظریهٔ انگیزش محافظت دو مؤلفهٔ اساسی تهدید و مقابله دارد که بدین معنی است، به هر میزان فرد در مقابل یک تهدید بیرونی احساس خطر کند، احتمال بیشتری وجود دارد در وی انگیزهٔ مقابله و پیشگیرانه شکل بگیرد (۲۷). درواقع، نظریهٔ انگیزش محافظت یک شرح شناختی مهم از رفتارهای حفاظتی را به فرد تقدیم می‌کند تا بر اساس آن، رفتارهای مرتبط با سلامت خود همانند خودمراقبتی را به شکل جدی تری پیگیری کند تا از این طریق، روند سلامتی‌اش نیز شتاب بیشتری گیرد (۳۰).

محدودیتها و پیشنهادها

محدودیت اصلی این پژوهش پیگیری نکردن این مداخله بود و علاوه بر این، افسردگی علاوه بر مداخلهٔ روانی تحت تأثیر عوامل زیستی و بدنی قرار دارد؛ بنابراین، پیشنهاد می‌گردد افراد با نشانگرهای عود افسردگی به مشاور مراجعه کنند و علاوه بر این، پژوهش بر روی سنین مختلف و با در نظر گرفتن پیگیری طولانی‌مدت انجام شود.

سپاس‌گزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد است. از همهٔ افرادی که در جمع‌آوری داده‌های این مطالعه کمک کرده‌اند، سپاس‌گزاری می‌کنیم.

تعارض منافع

بدینوسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که نتایج این پژوهش با منافع هیچ سازمان یا افرادی تعارض ندارد.

کد اخلاق

این پژوهش با کد IR.IAU.SARI.REC.1402.043 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری ثبت شد.

حمایت مالی

پژوهش حاضر از هیچگونه حمایت مالی برخوردار نبوده است و هزینه‌های مربوط به پژوهش به وسیله‌ی هزینه‌های شخصی نویسنده‌ی اول تأمین گردیده است.

مشارکت نویسندگان

دکتر محسن فضل علی به عنوان استاد راهنما، و دکتر بهرام میرزاییان به عنوان استاد مشاور، کار نظارت و راهنمایی را بر عهده داشتند. اجرای مطالعه و نوشتن مقاله توسط معصومه یونسی مله انجام شد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-14]

References

1. World Health Organization (WHO). Sexual and reproductive health beyond 2014: Equality, Quality of care and Accountability. Geneva: World Health Organization 2014.
2. Kitzmiller JL, Block JM, Brown FM, Catalano PM, Conway DL, Coustan DR, et al. Managing preexisting diabetes for pregnancy: summary of evidence and consensus recommendations for care. Diabetes Care 2008;31:1060-79. doi: 10.2337/dc08-9020.
3. Dadkhah M, Jafarzadehgharehziaaddin M, Molaei S, Akbari M, Gholizadeh N, Fathi F. Major depressive disorder: Biomarkers and biosensors. Clin Chim Acta 2023: 1:117437. doi: 10.1016/j.cca.2023.117437.
4. Tura A, Goya-Maldonado R. Brain connectivity in major depressive disorder: a precision component of treatment modalities? Transl Psychiatry 2023 9;13:196. doi: 10.1038/s41398-023-02499-y.
5. Souza PB, de Araujo Borba L, Castro de Jesus L, Valverde AP, Gil-Mohapel J, Rodrigues ALS. Major Depressive Disorder and Gut Microbiota: Role of Physical Exercise. Int J Mol Sci 2023 28;24:16870. doi: 10.3390/ijms242316870.
6. Ali M, Ullah I, Diwan MN, Aamir A, Awan HA, Waris Durrani A, et al. Zuranolone and its role in treating major depressive disorder: a narrative review. Horm Mol Biol Clin Investig 2023;44:229-36. doi: 10.1515/hmbci-2022-0042.
7. Hartig J, Nemeş B. BDNF-related mutations in major depressive disorder: a systematic review. Acta Neuropsychiatr 2023;35:5-26. doi: 10.1017/neu.2022.22.
8. Heissel A, Heinen D, Brokmeier LL, Skarabis N, Kangas M, Vancampfort D, et al. Exercise as medicine for depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis with meta-regression. Br J Sports Med 2023;57:1049-57. doi: 10.1136/bjsports-2022-106282.
9. Jabbari M, Shahidi S, Mootabi F. Effectiveness of Group Intervention Based on Positive Therapy on Dysfunctional Attitudes and Happiness in Adolescent Girls. J Clin Psychol 2014; 6: 65-74. doi: 10.22075/jcp.2017.2164.
10. Dowlati Y, Segal ZV, Ravindran AV, Steiner M, Stewart DE, Meyer JH. Effect of dysfunctional attitudes and postpartum state on vulnerability to depressed mood. J Affect Disord 2014; 161:16-20. doi: 10.1016/j.jad.2014.02.047.
11. Saxena K, Kurian S, Kumar R, Arnold LE, Simkin DR. Mood Disorders in Youth: Complementary and Integrative Medicine. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2023;32:367-94. doi: 10.1016/j.chc.2022.08.012.
12. Wright CF, Campbell P, Eberhardt RY, Aitken S, Perrett D, Brent S, et al. Genomic Diagnosis of Rare Pediatric Disease in the United Kingdom and Ireland. N Engl J Med. 2023;388:1559-71. doi: 10.1056/NEJMoa2209046.
13. Tomescu MI, Papasteri C, Sofonea A, Berceanu AI, Carcea I. Personality Moderates Intra-Individual Variability in EEG Microstates and Spontaneous Thoughts. Brain Topogr 2023;1:17-24. doi: 10.1007/s10548-023-01019-x.
14. Beck AT, Epstein N, Harrison R. Cognitions, attitudes and personality dimessions in depression. Br J Cogn Psychother 1983; 1: 1-16. doi.org/10.1037/0033-2909.110.2.215.
15. Hosseini M, Ashktorab T, Taghdisi M. Health Promotion Lifestyle in Nursing Students: a systematic review. JHPM 2013; 2:66-79.
16. Keller JM. The MVP Model: Overview and application. New direction for teaching and learning 2018; 152: 13-26. doi:10.1002/tl.20265.
17. Kaplan HI, Sadock BJ, Cadock VA, Ruiz P, Putaki C, Sussaman N. Sipnosis Depsiquiatria: Ciencias de Ta conducta,psiquaitria clinical 2016.
18. Kelley J, Pohl B. Using structured positive and negative reinforcement to change student behavior in educational setting in order to achieve student academic success. Multidiscip J Educ Soc 2018; 5: 17-29. doi:10.4995/muse.2018.6370
19. Han S, Middleton P, Shepherd E, Van Ryswyk E, Crowther CA. Different types of dietary advice for women with gestational diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev 2017;2:CD009275. doi: 10.1002/14651858.CD009275.pub3.
20. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. J Mazandaran Univ Med Sci 2011; 20:102-13.
21. Gentles SJ, Charles C, Ploeg J, McKibbon KA. Sampling in Qualitative Research: Insights from an Over view of the Methods Literature. TQR 2015; 20:1772-89. doi:10.46743/2160-3715/2015.2373.
22. Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self-statements in depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. Cogn Ther Res 1980; 4: 383-95. doi:10.1007/BF01178214.
23. Kaviani M. Islamic lifestyle and its measuring tool. 3rd ed. Qom, Hoza Research Center and University 2012.
24. Yoo CW, Lee J, Yoo C, Xiao N. Coping behaviors in short message service (SMS)-

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-14]

based disaster alert systems: From the lens of protection motiva - tion theory as elaboration likelihood. Inf Manag 2021; 58:103454. doi:10.1016/j.im.2021.103454.
25. Gonzalez JS, Safren SA, Cagliero E, Wexler DJ, Delahanty L, Wittenberg E, et al. Depression, self-care, and medication adherence in type 2 diabetes: relationships across the full range of symptom severity. Diabetes Care 2007;30:2222-7. doi: 10.2337/dc07-0158.
26. Gentles SJ, Charles C, Ploeg J, McKibbon KA. Sampling in Qualitative Research: Insights from an Overview of the Methods Literature. TQR 2015; 20: 1772-89. doi:10.46743/2160-3715/2015.2373.
27. fayyazi Bordbar MR, Chalaki Nia N, Alizadeh Jouimandi F, Delshad Noghabi, Hoseini S T, Moharari F, et al. Relationship between Spiritual Health and the Effects of Grief in Bereaved Survivors of COVID-19 in Mashhad, Iran 2020. J Mazandaran Univ Med Sci 2021; 31:109-18.
28. Brouwer ME, Williams AD, Forand NR, DeRubeis RJ, Bockting CLH. Dysfunctional attitudes or extreme response style as predictors of depressive relapse and recurrence after mobile cognitive therapy for recurrent depression. J Affect Discord 2019; 243:48-54. doi: 10.1016/j.jad.2018.09.002.
29. Fuhr K, Reitenbach I, Kraemer J, Hautzinger M, Meyer TD. Attachment, dysfunctional attitudes, self-esteem, and association to depressive symptoms in patients with mood disorders. J Affect Disord 2017; 212: 110-16. doi: 10.1016/j.jad.2017.01.021.
30. Clarke M, Ma Z, Snyder SA, Hennes EP. Understanding invasive plant management on family forestlands: An application of protection motivation theory. J Environ Manage 2021; 286:112161. doi: 10.1016/j.jenvman.2021.112161.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-14]