

## اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری بر افسردگی و باورهای غیرمنطقی زنان خانه دار

هادی اسمخانی اکبری نژاد<sup>1</sup>

دکتر بهرام اصل فتاحی<sup>2</sup>

### چکیده

هدف اصلی این پژوهش، تعیین تاثیر روان درمانی گروهی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری بر افسردگی و باورهای غیرمنطقی زنان خانه دار است. طرح این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری در این پژوهش کلیه زنان شرکت کننده در کلاس های روان شناسی خانه سلامت شهرداری منطقه 5 تبریز بودند. روش نمونه گیری در این پژوهش، روش در دسترس همراه با تصادفی ساده بود. ابتدا آزمون افسردگی بک و پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز روی 85 نفر از زنان (که مشکلات روانی و جسمانی حاد نداشتند) به صورت در دسترس اجرا شد. کسانی که نمره بالاتری را کسب کرده بودند، شناسایی شده و تعداد 24 نفر از آن ها به طور تصادفی انتخاب شدند. سپس این تعداد در دو گروه 12 نفری (آزمایش و گواه) به طور تصادفی جایگزین شدند. گروه آزمایشی در 8 جلسه روان درمانی گروهی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری شرکت داده شدند در حالی که گروه گواه هیچ گونه درمانی را دریافت نکردند. تحلیل نتایج با استفاده از آزمون آماری تحلیل کواریانس انجام شد که نشان داد روان درمانی گروهی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری به طور معناداری ( $p < 0/001$ ) منجر به کاهش افسردگی و باورهای غیرمنطقی زنان خانه دار شده است.

**واژه های کلیدی:** روان درمانی گروهی، رویکرد شناختی - رفتاری، افسردگی، باورهای غیرمنطقی

<sup>1</sup> - کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول) - [HadiAkbarinejad@yahoo.com](mailto:HadiAkbarinejad@yahoo.com)

<sup>2</sup> - استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شبستر، گروه روانشناسی، شبستر، ایران

## مقدمه

اختلال افسردگی با شیوع و بروز گسترده ای با حدود 25-10 درصد برای زنان و 12-5 درصد برای مردان در طول عمر، عنوان سرماخوردگی روانی را از سالها پیش به خود اختصاص داده است (کاپلان و سادوک<sup>1</sup>، 2007). افسردگی رایج ترین اختلال روانی است و اخیراً به شدت روبه افزایش نهاده است (روزنهان و سیلگمن<sup>2</sup>، 2002؛ ترجمه سیدمحمدی، 1384).

سازمان بهداشت جهانی<sup>3</sup> افسردگی را در ردیف چهارم فهرست حادثترین مشکلات بهداشت عمومی در سراسر جهان قرار داده است (کاپلان و سادوک، 2000؛ به نقل از رحمانی، دادستان، عاطف وحید و امیدی، 1383). پیش بینی می شود این اختلال از لحاظ فراوانی در سال 2020 در مرتبه دوم بیماری های وخیم قرار گیرد (سامپسن<sup>4</sup>، 2001؛ به نقل از رحمانی و همکاران، 1383). نزدیک به 8 درصد زنان و 5 درصد مردان در مقطعی از زندگی خود به این اختلال دچار می شوند. زنان حداقل دو برابر مردان افسردگی را گزارش می کنند، این احتمال در طول زندگی برای زنان 26% و برای مردان 12% گزارش شده است (کالر<sup>5</sup> و همکاران، 1984؛ به نقل از جوانمرد، 1389). افسردگی به نوعی رفتار گفته می شود که صاحب آن با فرو رفتن در خود و بی توجهی یا کم توجهی به محیط، افراد و دیگران مشخص می شود (اکبری، 1387).

افسردگی می تواند یک مشکل یا یک اختلال باشد. وقتی یک مشکل هیجانی ناخوشایند است، در واقع خلق گذرای است که خلل چندانی در زندگی وارد نمی کند. اما افسردگی می تواند اختلالی مستمر و شدید باشد که ناراحتی هیجانی یا اختلالی جدی در کارکرد خانوادگی، اجتماعی، تحصیلی یا شغلی ایجاد کند (کالارک، 2001، ترجمه فیروزبخت، 1389). اگر بیمار افسرده خانه دار باشد، دیگر نمی تواند به خوبی خانه را اداره کند. روابطش با دیگران به خصوص با خانواده تحت تأثیر بیماری قرار می گیرد و بی توجهی به شوهر و فرزندان موجب بروز مشکلاتی در زندگی خانواده می شود. بیمار افسرده دچار بی حوصلگی و نومیدی است و به همین سبب از انجام وظایف خانوادگی

<sup>1</sup> - Kaplan & Sadock

<sup>2</sup> - Rozenhan & Seligman

<sup>3</sup> - World Health Organization (WHO)

<sup>4</sup> - Sampson, R

<sup>5</sup> - Kler, N

خود شانه خالی می کند و این امر موجب می شود که فرزند یا فرزندان از بی توجهی بیمار افسرده لطمه های جدی ببینند (شاملو، 1388).

الیس<sup>1</sup> (1999) معتقد است که رویدادها و اتفاقات پیرامون افراد باعث تنش، اضطراب و افسردگی آن ها نمی شود، بلکه دیدگاه ها و باورهای افراد از رویدادها و اتفاقات است که منجر به تنش و اضطراب در آنها می شود و زندگی آنان را با مشکل مواجه می کند. از نظر وی تفکر منطقی منجر به فعالیت بیش تر در زندگی می شود، فرد از پایگاه روشنی به حوادث می نگرد و فرد امید، شهامت و توان عمل می یابد. زمانی که یک شخص از حد ترجیحات، آرزو و خواسته های خود درباره رویدادی که اتفاق افتاده می گذرد و به حد مطلق نگر قطعی و الزامی می رسد، این تفکر به سه نوع اعتقاد غیر منطقی منجر می شود: مهیب سازی، خود تخریبی و تحمل نکردن ناکامی. در حالی که شخصی که به شیوه منطقی فکر می کند افکار خود را بر پایه واقعیت های عینی و نه عقاید ذهنی بنا می نهد و به خود کمک می کند تا هدف های شخصی اش را سریع تر روشن کند. او می کوشد تا کم ترین میزان تعارض یا تضاد شخصی را برای خود به وجود آورد (ساعتچی، 1377).

فلین<sup>2</sup> معتقد است که یک باور از آن جهت مهم تلقی می شود که با باورهای دیگر فرد در ارتباط است؛ بنابراین یک باور می تواند بر سایر باورهای شخص تأثیر بگذارد (به نقل از فیاض و کیانی، 1387). حالتهای تنش زا مثل افسردگی، اضطراب و خشم اغلب به وسیله افکار غیر منطقی و سوی مندانه به وجود می آیند؛ و تداوم و شدت می یابند (لی هی<sup>3</sup>، 1996).

با توجه به اهمیت بیماری افسردگی و با توجه به این که افکار غیرمنطقی در به وجود آمدن آن سهم بسزایی دارد، باید برای درمان و از بین بردن آنها تلاش جدی انجام داد. یکی از رویکردهایی که برای این کار پیشنهاد می شود، روان درمان شناختی- رفتاری است که از دهه 1970 برای درمان انواع بیماران افسرده مطرح شده و سودمندی آن در برخی از پژوهش ها تأیید شده است (رنجبر، اشک تراب و دادگری، 1389).

<sup>1</sup> - Ellis, A

<sup>2</sup> - Flynn, S

<sup>3</sup> - Leahy, R

کانون رویکرد شناختی-رفتاری، شناخت عقاید تحریف شده و تغییر تفکر ناسازگارانه به کمک برخی فنون است که شامل فنون عاطفی و رفتاری می شود. شناخت درمانگرها به مراجعان خود کمک می کنند تا اعتقادات تحریف شده و باورهای غیرمنطقی خود را بیابند و روش هایی برای تغییر این عقاید توصیه می کنند. این تکنیک یکی از کاربردی ترین تکنیک ها برای درمان اختلالات روانی از جمله افسردگی و اختلالات اضطرابی است (شارف، 1998؛ ترجمه مهرداد فیروزبخت، 1387).

در این روش بیمار تشویق می شود تا رابطه میان افکار خودآیند منفی و احساس افسردگی خود را به عنوان فرضیه هایی که باید به بوته آزمایش گذاشته شوند تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار خودآیند منفی است به عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره گیرد. در این رویکرد برای درمان افسردگی بین 6 تا 20 جلسه روان درمانی نیاز است تا بهبودی پدید آید (هاوتون<sup>1</sup>، 2003؛ ترجمه حبیب الله قاسم زاده، 1381). با توجه به شیوع بالای اختلال افسردگی، روان درمانی فردی نمی تواند پاسخ گوی این مشکل باشد (محرابی، شیخ الاسلامی، غزنوی و نصیری، 2003). از این رو می توانیم از روان درمانی گروهی به جای درمان فردی که از نظر هزینه و مدت درمان با صرفه تر است، سود جوییم.

یکی از پژوهش های مهم در زمینه روان درمانی گروهی به شیوه شناختی-رفتاری توسط کاپلیز<sup>2</sup> در سال (2000) انجام شده است. وی 18 هفته روان درمانی گروهی را بر روی 21 فرد بالغ با افسردگی شدید اجرا کرد و به این نتیجه رسید که این درمان در کاهش افسردگی بیماران موثرتر است. کوش و فلمینگ<sup>3</sup> (2000) درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی را بر روی 26 بیماری که از اختلال افسردگی و اضطراب رنج می بردند به کار بردند و دریافتند که این رویکرد در کاهش افسردگی و اضطراب مفید است. فلدمن<sup>4</sup> (2004) با بررسی 28 پژوهش در باره کار آمدی روش های درمانگری شناختی-رفتاری در مورد بهداشت روانی دانش آموزان، نشان داد که درمانگری شناختی-رفتاری، اثر بخشی بیش تری نسبت به رفتار درمانگری، دارو درمانگری و عدم مداخله دارد.

<sup>1</sup> -Howton, F

<sup>2</sup> - Cappeliez, P

<sup>3</sup> - Kush, FR & Feleming, LM

<sup>4</sup> - Feldman, B

ثقه الاسلام، رضایی و عقیقی (2003) اعلام کردند، مشاوره شناختی- رفتاری به شیوه گروهی نقش پر اهمیتی در کاهش میزان افسردگی بین بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد دارد. رنجبر، اشک تراب و دادگری (1389) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که مشاوره گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی مؤثر می باشد. احقر (1388) در پژوهش خود با عنوان "اثربخشی روان درمانی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر سلامت روان دانش آموزان دختر" به این نتیجه دست یافت که، مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری در افزایش سلامت روان دختران موثر بوده و در طول زمان، از پایداری مناسبی برخوردار است.

الیس (1989)، رام<sup>1</sup> (1983)، سودانی (1375)، حسینی نژاد اناری (1376)، داودی (1378) در پژوهش های خود نشان دادند که روان درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش باورهای غیرمنطقی افراد تأثیر دارد (به نقل از قربانی و نظری، 1389). امامی (1380) در پژوهشی نشان داد که استفاده از فنون شناختی- رفتاری، موجب کاهش باورهای غیرمنطقی افراد می شود (به نقل از فرحبخش، 1383).

با توجه به مطالب فوق، هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان درمانی گروهی به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و باورهای غیرمنطقی زنان خانه دار می باشد؛ بر این اساس دو فرضیه پژوهشی به شرح زیر مطرح گردید:

1. روان درمانی گروهی به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی زنان خانه دار موثر است.
2. روان درمانی گروهی به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش باورهای غیر منطقی زنان خانه دار موثر است.

## ابزار و روش

روش پژوهش حاضر کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی (به صورت پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه) بود. اعضای گروه آزمایش 8 جلسه روان درمانی گروهی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری را طی 2 ماه (هر هفته یک جلسه) و هر جلسه 90 دقیقه دریافت نمودند، در حالی که گروه گواه هیچ نوع درمانی را دریافت نکردند.

<sup>1</sup> - Rum, F

جامعه آماری در این پژوهش را کلیه زنان شرکت کننده در کلاس های روان شناسی خانه سلامت شهرداری منطقه 5 تبریز تشکیل داده بودند. روش نمونه گیری در این پژوهش، روش در دسترس همراه با تصادفی ساده بود. ابتدا آزمون افسردگی بک و پرسشنامه باورهای غیرمنطقی در میان 85 نفر از زنان (که مشکلات روانی و جسمانی حاد نداشتند) به صورت در دسترس اجرا شد. کسانی که نمره بالاتری (21 تا 30 در آزمون افسردگی بک (نسبتاً افسرده) و نمره 70 تا 80 در پرسشنامه باورهای غیرمنطقی (جونز) را کسب کرده بودند، شناسایی شد و تعداد 24 نفر از آن ها به طور تصادفی انتخاب شدند. سپس این تعداد در دو گروه 12 نفری (آزمایش و گواه) به طور تصادفی جایگزین شدند.

پرسشنامه افسردگی بک<sup>1</sup>: این پرسشنامه برای نخستین بار در سال 1961 توسط بک و همکارانش ساخته شد. در سال 1971 مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال 1978 انتشار یافت. این پرسشنامه دارای 21 نشانه بیماری است که به صورت تجربی، یعنی با مشاهده نشانگان بیماری در نزد بیماران افسرده ساخته شده است (کرمی، 1382). در پاسخگویی به این پرسشنامه آزمودنی ها شدت بیماری خود را با مقیاس 4 درجه ای از 0 تا 3 درجه بندی می کنند. سوال های این پرسشنامه در پنج حوزه احساس گناه، احساس شکست، فقدان اشتها، تحریک پذیری و آشفتگی خواب طرح شده است. پرسشنامه به صورت خود سنجی است و حداکثر 10 دقیقه وقت می گیرد (منصور و دادستان، 1368؛ به نقل از کرمی، 1382). بک و همکارانش در سال (1988) همسانی درونی این آزمون را بین 0/73 تا 0/92 با میانگین 0/86 به دست آورده اند. در روش بازآزمایی بر حسب فاصله زمانی، اعتبار این پرسشنامه بین 0/48 تا 0/86 گزارش شده است. همبستگی این آزمون با تست هامیلتون و با مقیاس زونگ، 0/76 و با مقیاس افسردگی (MMPI- D) 0/74 به دست آمده است و برآورد آلفای کرونباخ آن توسط گل رضایی (1375) 0/87 به دست آمده است (به نقل از علی پور، 1378).

پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز<sup>2</sup>: این پرسشنامه بر اساس نظریه آلبرت ایس و توسط جونز (1969) تهیه شده و انواع باورهای غیرمنطقی را مورد بررسی قرار می دهد. پاسخ به سوالات به روش لیکرت و به صورت 5 گزینه ای (به شدت موافقم تا

<sup>1</sup>- Beck Depression Inventory (BDI)

<sup>2</sup>- Irrational Beliefs Test (TBT)

به شدت مخالفم) است که به هر گزینه آن عدد خام 1 تا 5 تعلق می گیرد. شیوه نمره گذاری این پرسشنامه به طرف غیر منطقی بودن است. نمره بالا در این پرسشنامه نشانه تفکرات غیرمنطقی و نمره پایین نشانه تفکرات منطقی است. جونز (1969) همسانی درونی این آزمون را بین 0/45 تا 0/72، ضریب آزمون- بازآزمون را معادل 0/92 و روایی همزمان آن را با مشکلات روان پزشکی 0/61 گزارش کرده است. برناردی (1989) در زمینه روایی آزمون غیر منطقی جونز اظهار می دارد که این آزمون از روایی بسیار خوبی برخوردار است (به نقل از پورشایگان و همکاران، 1381). پایایی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ 0/71 گزارش شده است. در تحقیق سودانی نیز، ضریب اعتبار این آزمون 0/79 به دست آمد (به نقل از پورشایگان و همکاران، 1381).

جلسه های روان درمانی گروهی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری، طبق الگوی کلی از مدل بک (1989، ترجمه دوراهکی و عابدی، 1380) انجام شد. اعضای گروه آزمایش 8 جلسه روان درمانی گروهی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری را طی دو ماه (هر هفته یک جلسه) و هر جلسه 90 دقیقه دریافت نمودند، در حالی که گروه گواه هیچ نوع درمانی را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات، اعضای هر دو گروه (آزمایش و گواه) باز هم با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز مورد ارزیابی قرار گرفتند. این کار به دلیل بررسی تأثیر متغیر مستقل (روان درمانی گروهی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری) بر افسردگی و باورهای غیر منطقی زنان خانه دار انجام گرفت. با توجه به این که افسردگی ناشی از افکار ناکارآمد و باورهای زیربنایی خاصی می باشد، در هر جلسه به طور اختصاصی به آن ها پرداخته شد. خلاصه کارهایی که در هشت جلسه صورت گرفت به شرح زیر است:

جلسه اول: معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر؛ آشنا کردن اعضا با ماهیت بیماریشان و نقش عوامل روان شناختی در بروز و تشدید علائم؛ معرفی کلی شناخت درمانگری؛ تعیین هدف ها و انتظارها.

جلسه های دوم و سوم: آموزش الگوی شناختی به بیماران؛ ارائه برگه های ثبت افکار ناکارآمد؛ شناسایی افکار برانگیزاننده علائم منفی (خصوصاً افکار مربوط به خلق افسرده مانند: «اعضای خانواده مرا درک نمی کنند و فکر می کنند من در بیماری ام اغراق می کنم»؛ بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و شناسایی هیجان ها و کمک به حل آن ها با استفاده از فنون تجسمی.

جلسه های چهارم، پنجم، ششم و هفتم: آموزش نحوه ارزیابی افکار (چالش کلامی)؛ استفاده از فنونی مانند پرسشگری سقراطی و پیکان رو به پایین، تعیین تکالیف خانگی و ترغیب بیماران به انجام آن ها.

جلسه هشتم: خلاصه کردن و جمع بندی مطالب جلسات گذشته؛ معرفی چند کتاب به منظور آشنایی بیش تر با شناخت درمانی و جلب توجه بیماران به باورهای بینابینی و فرضیه های زیربنایی؛ گرفتن پس خوراند از بیماران نسبت به جلسه های درمانی.

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها، از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. لازم است یادآوری شود که داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته ها

فرضیه اول پژوهش عبارت بود از این که روان درمانی گروهی به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی زنان دار موثر است. به منظور آزمون این فرضیه، از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول (1): نتایج بررسی همگنی شیبهای رگرسیون برای افسردگی

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری
گروه	0/078	1	0/078	0/019	0/701

سطح معنی داری به دست آمده ( $p < 0/701$ ) بالاتر از نقطه برش می باشد ( $p < 0/05$ )، که نشان می دهد از مفروضه همگنی شیبهای رگرسیون تخطی نکرده ایم، پس می توانیم تحلیل کوواریانس را برای بررسی تفاوت های بین گروه های مداخله خودمان ادامه دهیم.

جدول (2): نتایج بررسی یکسانی واریانس ها برای افسردگی

F	درجه آزادی 1	درجه آزادی 1	سطح معناداری
13/298	1	22	0/309

ارزش احتمالی به دست آمده ( $p < 0/309$ ) بالاتر از نقطه برش می باشد ( $p < 0/05$ )، که نشان می دهد از مفروضه یکسانی واریانس ها تخطی نکرده ایم، پس می توانیم تحلیل کوواریانس را برای بررسی تفاوت های بین گروه های مداخله خودمان ادامه دهیم.

جدول (3): نتایج تحلیل کواریانس نمرات باقیمانده افسردگی در پس آزمون

ضریب تأثیر	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع
0/704	0/000	87/472	309/092	1	309/092	گروه
0/818	0/000	201/034	710/377	1	710/377	افسردگی

بررسی مقدماتی برای اطمینان از عدم تخطی از همگنی شیب های رگرسیون و یکسانی واریانس ها انجام شد. بعد از تعدیل نمره های قبل از مداخله، تفاوت معنی داری بین دو گروه (گروه گواه و گروه آزمایش) در نمره های پس از مداخله در افسردگی وجود داشت ( $F = 87/472$ ;  $P = 0/000$ ). این نتایج بیانگر اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی زنان خانه دار است. همچنین ضریب تأثیر به دست آمده نشان می دهد که: 0/70 از تفاوت های گروه ها در نمرات افسردگی در پس آزمون، مربوط به تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی زنان خانه دار است. بر این اساس، فرضیه اول پژوهش تأیید می شود. پس می توان نتیجه گرفت که، روان درمانی گروهی به شیوه شناختی - رفتاری در کاهش افسردگی زنان خانه دار موثر است. همچنین نتایج نشان داد، رابطه قوی بین نمره های قبل از مداخله و بعد از مداخله در آزمون افسردگی وجود دارد که به وسیله ارزش مجذور اتای جزئی برابر 0/81 نشان داده شده است. فرضیه دوم پژوهش عبارت بود از این که: روان درمانی گروهی به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش باورهای غیرمنطقی زنان خانه دار مؤثر است. به منظور آزمون این فرضیه، از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول (4): نتایج بررسی همگنی شیب های رگرسیون برای باورهای غیر منطقی

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری
گروه	2/586	1	2/586	0/243	0/628

ارزش احتمالی به دست آمده ( $p < 0/628$ ) بالاتر از نقطه برش می باشد ( $p < 0/05$ )، که نشان می دهد از مفروضه همگنی شیب های رگرسیون تخطی نکرده ایم، پس می توانیم تحلیل کوواریانس را برای بررسی تفاوت های بین گروه های مداخله خودمان ادامه دهیم.

جدول (5): نتایج بررسی یکسانی واریانس ها برای باورهای غیر منطقی

F	درجه آزادی 1	درجه آزادی 1	سطح معناداری
4/950	1	22	0/184

ارزش احتمالی به دست آمده ( $p < 0/184$ ) بالاتر از نقطه برش می باشد ( $p < 0/05$ )، که نشان می دهد از مفروضه یکسانی واریانس ها تخطی نکرده ایم، پس می توانیم تحلیل کوواریانس را برای بررسی تفاوت های بین گروه های مداخله خودمان ادامه دهیم.

جدول (6): نتایج تحلیل کواریانس نمرات باقیمانده باورهای غیر منطقی در پس آزمون

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	ضریب تأثیر
گروه	83/672	1	83/672	8/144	0/000	0/620
باورهای غیر منطقی	404/093	1	404/093	39/319	0/000	0/652

بررسی مقدماتی برای اطمینان از عدم تخطی از همگنی شیب های رگرسیون و یکسانی واریانس ها انجام شد. بعد از تعدیل نمره های قبل از مداخله، تفاوت معنی داری بین دو گروه (گروه گواه و گروه آزمایش) در نمره های پس از مداخله در باورهای غیر منطقی وجود داشت ( $F = 8/144$ ;  $P = 0/000$ ). این نتایج بیانگر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش باورهای غیر منطقی زنان دار است. همچنین ضریب تأثیر به دست آمده نشان می دهد که:  $0/62$  از تفاوت های گروه ها در نمرات باورهای

غیرمنطقی در پس آزمون، مربوط به تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر کاهش باورهای غیرمنطقی زنان خانه دار است. بر این اساس، فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌شود. پس می‌توان نتیجه گرفت که، روان درمانی گروهی به شیوه شناختی- رفتاری در کاهش باورهای غیر منطقی زنان خانه دار موثر است. همچنین نتایج نشان داد، رابطه متوسطی بین نمره‌های قبل از مداخله و بعد از مداخله در آزمون باورهای غیر منطقی وجود دارد که به وسیله ارزش مجذور اتای جزئی برابر 0/65 نشان داده شده است.

### بحث و نتیجه گیری

به لحاظ شیوع نسبی اختلال افسردگی در جمعیت عمومی و با توجه به تعدد جلسات لازم جهت درمان و نیز کمبود متخصصان مربوط، استفاده از روش گروهی، موضوع قابل تأملی است (رنجبر، اشک تراب و دادگر، 1389). بر این اساس هدف از اجرای پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر افسردگی و باورهای غیر منطقی زنان خانه دار بود.

یکی از پژوهش‌های مهم در زمینه مشاوره گروهی به شیوه شناختی- رفتاری توسط کاپلیز در سال (2000) انجام شده است. وی 18 هفته مشاوره گروهی را در مورد 21 فرد بالغ با افسردگی شدید اجرا کرد و به این نتیجه رسید که این درمان در کاهش افسردگی بیماران موثرتر است. نتایج پژوهش ما با نتایج پژوهش کاپلیز همسو است.

همچنین نتایج پژوهش ما با نتایج پژوهش‌های کوش و فلمینگ (2000)، فلدمن (2004)، ثقه الاسلام، رضایی و عقیقی (2003)، رنجبر، اشک تراب و دادگری (1389) و احقر (1388) همسو می‌باشد. الیس (1989)، رام (1983)، سودانی (1375)، حسینی نژاد اناری (1376)، داودی (1378) در پژوهش‌های خود نشان دادند که روان درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش باورهای غیر منطقی تأثیر دارد (به نقل از قربانی و نظری، 1389). همچنین امامی (1380) در پژوهشی نشان داد که استفاده از فنون شناختی- رفتاری، موجب کاهش باورهای غیر منطقی افراد می‌شود (به نقل از فرحبخش، 1383). نتایج این پژوهش‌ها نیز با نتیجه پژوهش ما همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت، روش گروهی محاسن فراوانی دارد که منجر به تسهیل و تسریع فرایند درمان می‌شود. از جمله این که بسیاری از بیماران مبتلا به افسردگی به نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه مشکلات و

افکار خود دارند. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی این بیماران می گردد و انزوای اجتماعی احساس منحصر به فرد بودن را در آن ها تقویت می کند (مختاری، 2006؛ به نقل از رنجبر، اشک تراب و دادگر، 1389). مشاوره گروهی به سهولت این امکان را فراهم می سازد که تعدادی از این بیماران در یک مکان جمع شده، با یکدیگر رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه خود به گفتگو بنشینند. از بین رفتن این احساس انحصار نه تنها باعث آرامش و راحتی بیماران می شود بلکه به توسعه روابط آن ها در خارج از محیط درمانی کمک می کند. ضمن این که اعضای گروه در جریان تعامل، به یکدیگر کمک می کنند، یعنی در جریان درمان از یکدیگر حمایت می کنند، به هم اطمینان می دهند، پیشنهاد می کنند و بینش می دهند به همین دلیل اغلب بیماران در اثر گوش کردن به سایر افراد گروه، با مشاهده آن ها به شاخص هایی می رسند که از درمانگر نمی گیرند. در مجموع به نظر می رسد کاربرد این روش به لحاظ بالینی سودمند و اثربخش و از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه و قابل توصیه است. با این همه انتظار می رود در پژوهش های آتی با به کارگیری نمونه های بزرگتر، دوره های درمان طولانی تر، ارزیابی های حین درمان و پیگیری طولانی تر، نارسایی های این پژوهش مرتفع گردد.

آزمودنی های پژوهش حاضر را، زنان خانه دار مراجعه کننده به خانه سلامت شهرداری منطقه 5 تبریز تشکیل دادند، که این مورد یکی از محدودیت های پژوهش حاضر بود. با توجه به تأثیر روان درمانی شناختی- رفتاری بر افسردگی و باورهای غیرمنطقی، پیشنهاد می شود این گونه جلسات درمانی در فرهنگ سراها و خانه های بهداشت مناطق شهری برای ارتقای سطح بهداشت روانی افراد جامعه اجرا گردد.

## منابع:

- اکبری، ابوالقاسم (1387)، مشکلات نوجوانی و جوانی. تهران: نشر رشد و توسعه.
- بک، جودیت اس (1380)، راهنمای گام به گام شناخت درمانی. (ترجمه ایرج دوراهکی و محمدرضا عابدی). اصفهان: گل های محمدی. (1989).
- پورشایگان، مهراندخت؛ حسینیان، سیمین و یزدی، سیده منیره (1381)، رابطه باورهای غیر منطقی با میزان رضایت شغلی مشاوران دبیرستان های شهر تهران. تازه ها و پژوهش های مشاوره، شماره 14، از صفحه 58 تا 68.
- جوانمرد، غلامحسین (1389)، آسیب شناسی روانی 2. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
- رحمانی، فاتح؛ دادستان، پریخ؛ عاطف وحید، محمد کاظم و امید، ایرج (1383)، اثربخشی روان درمانگری پویایی کوتاه مدت و دارو درمانگری در بیماران افسرده. مجله روان شناسی، شماره 34، از صفحه 114 تا 138.
- رنجبر، فرحدخت؛ اشک تراب، طاهره و دادگری، آتنا (1389)، بررسی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر میزان افسردگی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، شماره 4، از صفحه 299 تا 306.
- روزنهان و سیلگمن (1384)، آسیب شناسی روانی. (ترجمه یحیی سید محمدی). تهران: نشر ارسباران.
- ساعتچی، محمود (1377)، مشاوره و روان درمانی. تهران: نشر پیرایش.
- شارف، ریچارد اس (1387)، نظریه های روان درمانی و مشاوره. (ترجمه مهرداد فیروزبخت). تهران: موسسه خدمات فرهنگی رسا.
- شاملو، فرهاد (1388)، من و افسردگی همسر. تهران: نشر قطره.
- علی پور، احمد (1378)، رابطه بین حالات کلی خلق و عملکرد ایمنی بدن. رساله دکتری روان شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
- فرحبخش، کیومرث (1383)، مقایسه میزان اثربخشی فنون زوج درمانی نظریه ایس، گلاسر و ترکیبی از آن دو در کاهش تعارض های زناشویی. پایان نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.
- فیاض، احمد و کیانی، ژاله (1387)، بررسی آسیب شناسانه باورهای غیرمنطقی دانشجویان. فصلنامه راهبرد فرهنگ، شماره 4، از صفحه 99 تا 117.
- قدسی، احقر (1388)، اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر سلامت روان دانش آموزان دختر. اندیشه و رفتار، شماره 14، از صفحه 7 تا 14.

- قربانی، سید علی و نظری، علی محمد (1389)، بررسی تأثیر مشاوره فردی به شیوه عقلانی- عاطفی بر کاهش باورهای غیرمنطقی زوج های متعارض. تازه ها و پژوهش های مشاوره، شماره 34، از صفحه 69 تا 83.
- کرمی، ابوالفضل (1382)، آشنایی با آزمون سازی و آزمون های روانی. تهران: انتشارات روان سنجی.
- لین، کلارک (1389)، درمانگاه احساسات. (ترجمه مهرداد فیروزبخت). تهران: نشر ویرایش.
- هاوتون، کریستین (1381)، درمان مشکلات روانی. (ترجمه حبیب الله قاسم زاده). تهران: انتشارات ارجمند.

- Cappeliez, P. (2000), Presentation of depression and response to group cognitive therapy with older adults. *Journal of Clinical Gerontology*. 6(3): 156-74
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's (2007), *Synopsis of Psychiatry/ Behavioral Sciences/ Clinical psychiatry*. 10 Th Ed .Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 110-8.
- Ellis, A. (1999), Rational- Emotive Behavior Therapy and cognitive Behavior Therapy for Elderly Oeople. *Journal of Rational Emotive & Cognitive- Behavior Therapy*. 17, 1999, 5-18.
- Feldman, B. (2004), Maternal perceptions on the effects of physical and occupational therapy services on care giving com competency. *Phys Occupy There Pediatric*, 16:33-54.
- Jones, R. G. (1969), A factorial measure of Ellis irrational belief system, withpersonality and maladjustment correlaters (Doctoral Dissertation, university of Missouri, Columbia, 1968). *Dissertation abstract international*, 29 (11B), 4379-4380.
- Kush FR & Fleming LM. (2000), An innovative approach to short-term group cognitive therapy in the combined treatment of anxiety and depression. *Group Dynamics*, 4(11): 176-83.
- Leahy, R. L. (1996), *Cognitive Therapy: Basic principle & applications*. Northvale, NJ: Aronson.
- Mehrabi T, Sheikholeslami F, Ghazavi Z, Nasiri M. (2004), The effect of group therapy on depression & anxiety levels of the

patients with MI. Nursing & Midwifery Search, 29(7):5-13 [Persian].

- Seghatoleslam T, Rezaee A, Aghighi K. (2003), Effect of cognitive-behavioral depression in reducing substance abuse patients. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2 (8): 33-8. [Persian].

