

# بررسی اثر بخشی درمان هفت مرحله‌ای فورتین بری و موری در بهبود افسردگی، اضطراب و تنیدگی

منا جاسمی<sup>۱</sup>

دکتر محمود گلزاری<sup>۲</sup>

دکتر علیرضا آقاییوسفی

دکتر علی فتحی آشتیانی

دکتر فرهاد شقاقی

## چکیده

مطالعه حاضر جهت بررسی اثر بخشی درمان هفت مرحله‌ای فورتین بری و موری در بهبود افسردگی، اضطراب و تنیدگی دانشجویان طراحی گردید. جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان زن مقیم خوابگاه‌های دانشگاه علامه طباطبائی تشکیل می‌دادند. نمونه آماری شامل ۲۳ دانشجویی ۱۹ تا ۲۶ ساله بود که به روش نمونه گیری در دسترس بر اساس پرسشنامه افسردگی بک، افسرده تشخیص داده شده بودند و موافق شرکت در این نوع از درمان بودند به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. مداخله درمان برای گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه اجرا شد. روند بهبودی افسردگی، اضطراب و تنیدگی هر دو گروه در طول مداخله درمان با آزمون DASS مورد سنجش قرار گرفت.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی [mjassemi@yahoo.com](mailto:mjassemi@yahoo.com)

۲. استادیار دانشگاه علامه طباطبائی

۳. استادیار دانشگاه پیام نور قم

۴. استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله

۵. استادیار دانشگاه پیام نور مرکز تهران

نتایج آزمون حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار میان نمرات افسردگی، اضطراب و تنیدگی آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل در مقیاس افسردگی بک و مقیاس DASS است. نتایج این پژوهش می‌تواند به توسعه بهداشت روانی افراد مبتلا به این اختلالات کمک شایانی نموده و مراکز مشاوره دانشگاه با الهام از این مهارت‌های درمانی می‌توانند در کمک به این افراد مؤثر باشند.

**کلید واژه‌ها:** درمان افسردگی، اضطراب و تنیدگی، درمان هفت مرحله‌ای، دانشجویان

### مقدمه

افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی در سطح جامعه بزرگ انسانی، و از جمله کشورهای ایران است. به این دلیل بعضاً آنرا «سرماخوردگی روانی» نامیده‌اند. در دوران معاصر، ارتباط بین انسان‌ها کم شده است. یعنی ارزش واحد انسانی و به تبع آن ارزش خود انسانها کاهش یافته است. چنان‌که امروز وسایل ارتباط جمعی، جایگزین ارتباطات بین انسانی شده است و این ضعف نیز به نوبه خود اعتبار شخصیتها را از بین برده است در نتیجه انسانها دچار افسردگی ناشی از بی‌هویتی شده‌اند (صائمی، ۱۳۸۸). در عصر حاضر طب و روان‌شناسی بالینی نهایتاً به این نتیجه رسیده‌اند که در پی کشف درمانهای جایگزین و بدیلی برای التیام بیماریهای جسمانی و روانی باشند و در حوزه سلامت عمومی دست به خلاقیت و نوآوری بزنند. اخیراً این متخصصین به این نتیجه رسیده‌اند که می‌توانند علاوه بر دارو و سایر امکانات پزشکی و درمانی رایج و مدرن از مذهب، دعا، پزشکی روحانی که به عنوان «عوامل فراموش شده» از آنها یاد می‌کنند استفاده کنند (سید<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). نتایج تحقیقات اخیر پژوهشگران نشان می‌دهد که میزان معنویت و جنبه‌های مختلف آن در انسان‌ها باعث کاهش و حتی از بین رفتن کامل اضطراب و افسردگی می‌شود. این پژوهشها نشان می‌دهد بین میزان اضطراب و ابعاد معنویت (معنایابی و ارتباط با خدا) همبستگی منفی و

معناداری وجود دارد(صائمی، ۱۳۸۸).

آنچه اهمیت لزوم این پژوهشها را می‌طلبد میزان بالای شیوع افسردگی در دانشجویان است که بالاتر از جامعه و در دخترها بیش از پسرها می‌باشد (بیگی وهمکاران، ۱۳۸۷). در بررسی افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی دانشجویان پسر و دختر مقیم خوابگاه‌های دانشجویی ۵۱/۶ درصد از دانشجویان از افسردگی رنج می‌برند (آدریانی وهمکاران، ۱۳۸۶).

یافته‌های مرتبط با درمان هفت مرحله‌ای که تلفیقی از رویکرد شناختی- رفتاری و معنویت درمانی است نشان داد ۹۴ درصد بیماران افسرده مراجعه کننده به کلینیک بهبود یافتند (فورتن بری وموری به نقل از سایت آپ لیفت<sup>۱</sup>) در نظر سنجی‌های سال ۲۰۱۰، ۸۴ درصد روانشناسان و روانپزشکان (موسسه دولین به نقل از همان منبع) و در سه نظرسنجی جداگانه از افراد افسرده یک بار ۹۳ درصد، بار دوم ۱۰۰ درصد و بار سوم ۹۶ درصد(سایت موسسه امازون<sup>۲</sup>) درمان هفت مرحله‌ای را مفید برای افسردگی خود ارزیابی کردند. پژوهشگران طیف وسیعی از اختلالات افسردگی را با به کارگیری روش شناختی - رفتاری درمان نمودند چرا که میان رویکردهای روان درمانی، درمان رفتاری - شناختی بهترین مدرک برای درمان اختلال افسردگی است (انجمن روانپزشکی امریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). همچنین تلفیق رویکرد شناختی - رفتاری بامعنویت دینداری را در درمان افسردگی واضطراب بزرگسالان موفق تر از درمان شناختی - رفتاری به تنهایی یافتند(پاکرت<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). بنا بر این با توجه به یافته‌های فوق به پژوهش‌هایی که در زمینه شناختی - رفتاری و معنویت درمانی به طور جداگانه انجام شده اند به دلیل معدود بودن مطالعات تلفیقی از دو رویکرد مذکور و اینکه درمان هفت مرحله‌ای مبتنی بر این دو رویکرد است اشاره می‌شود.

1. www.Upliftprogram.com

2. www.amazon.com

3. American Psychiatric Association

4. Paukert

درمان شناختی - رفتاری را در درمان افسردگی یک قطبی خفیف و متوسط (گلوکن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸)، افسردگی فصلی (مولهسر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵)، افسردگی دانشجویان (حمدان<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۹)، پیشگیری از اپیزودهای افسردگی در بیماران با خطر عود بالا (گافان<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۵) و بیماران افسرده (جلیلیان<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۰) مؤثر یافتند. ومعنویت درمانی، بیش از ۸۵۰ مقاله پژوهشی نشان داد که دینداری و مذهبی بودن با بهداشت روانی و سلامتی عمومی در ارتباط اند (ادیب، ۲۰۰۴، به نقل از صایمی، ۱۳۸۸)، دینداری به عنوان عامل حفاظتی از افسردگی در پیری (فونتولاکیز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۸)، نماز باعث کاهش افسردگی و استمرار در آن کاهش سطح استرس (سید، ۲۰۰۱)، ایمان و اعتقادات مذهبی اشخاص می‌تواند روی احتمال آن‌ها به اختلال افسردگی تاثیر منفی داشته باشد (هود<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۹)، بین حضور در کلیسا و آسایش رابطه مثبتی وجود دارد (کوئینگ<sup>۸</sup>، ۱۹۹۴) و وابستگی مذهبی با رفتار خودکشی کمتری در بین بیماران افسرده همراه بوده (دیرویک<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۴) را می‌توان یافت. همچنین ۷۴ درصد استرالیایی‌ها و ۹۶ درصد امریکاییها معتقد به یک قدرت بالاتر هستند (جانتوس<sup>۱۰</sup> و کیات، ۲۰۰۷).

با علم به نتایج ارزشمند مطالعات غربی در ایران پژوهشگران ایرانی با روش‌های شناختی - رفتاری علائم افسردگی را بر اضطراب، افسردگی و امیدواری زنان مبتلا به سرطان سینه (پدرام و همکاران، ۱۳۸۹)

1. Gloaguen, V

2. Mulhaser, G

3. Hamdon, M

4. Gaffan, E.A.

5. Jalillian, B.

6. Fountoulakis, K

7. Hood, R

8. Keeping, GH.

9. Dervic, K

10. Jantos, N. S. & Kiat, H.

دانشجویان (چراغی، ۱۳۸۴)، زنان سالمند (تقوایی، ۱۳۸۳)، زنان افسرده مبتلا به سرطان سینه (بهمنی، ۱۳۸۹) زندانیان (کهریزی، ۱۳۸۸)، دانش‌آموزان شاهد و غیرشاهد (نریمانی، ۱۳۸۱) و روش معنویت درمانی را در بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی (ثنایی ذاکر و نصیری، ۱۳۷۹)، تاثیر گروه درمانی شناختی معنوی روی دانشجویان دختر مبتلا به افسردگی (حمیدیه و همکاران، ۱۳۸۷)، کاهش میزان افسردگی و افزایش فعالیت دستگاه ایمنی در بیماران افسرده (حمید، ۱۳۸۷)، در افراد مذهبی بیماریهای روانی کمتر است (رمضانی، ۱۳۷۹)، و میان اشخاص متدین عزت نفس بیشتر، افسردگی و در نتیجه خودکشی نیز کمتر است (آرین، ۱۳۷۸) می‌توان یافت.

تقریباً اکثر مطالعات انجام شده برای تاثیر فرضیه‌های خود از روش‌های قوی با انتخاب گروه‌های تصادفی کنترل شده استفاده کردند (فورتین بری و موری، ۲۰۰۵؛ پاکرت و همکاران، ۲۰۰۹؛ گلوکن، ۱۹۹۸؛ مولهسر، ۲۰۰۵؛ حمدان و همکاران، ۲۰۰۹؛ گافان و همکاران، ۱۹۹۵؛ جلیلیان بال و همکاران، ۲۰۰۰؛ فونتولاکی و همکاران، ۲۰۰۸؛ سید، ۲۰۰۱؛ هود و همکاران، ۲۰۰۹؛ کوئینگ، ۱۹۹۴؛ دیرویک و همکاران، ۲۰۰۴؛ پدرام و همکاران، ۱۳۸۹؛ چراغی، ۱۳۸۴؛ تقوایی، ۱۳۸۳؛ بهمنی، ۱۳۸۹؛ کهریزی، ۱۳۸۸؛ حمیدیه و همکاران، ۱۳۸۷؛ نریمانی، ۱۳۸۱؛ ثنایی ذاکر و نصیری، ۱۳۷۹؛ حمید، ۱۳۸۷؛ آرین، ۱۳۷۸). اما در این میان مطالعات کنترل نشده فقط بر اساس گزارش مطالعات دیگر و نظر سنجی نیز دیده می‌شود (موسسه دولین به نقل از سایت آپ لیفت، موسسه امازون، ۲۰۱۰؛ ادیب، ۲۰۰۴ و رمضانی، ۱۳۷۹).

در مطالعات فورتین بری و موری (۲۰۰۵) بدون لحاظ نمودن پارامترهای سن و جنسیت، مداخله درمانی به روش درمان هفت مرحله‌ای به طور میان فردی انجام شده، اما تا کنون هیچ گونه تلاشی برای ارزیابی این شیوه درمانی برای دانشجویان و در کل به طور گروهی صورت نگرفته است. از آنجایی که هدف این پژوهش بررسی اثر بخشی درمان هفت مرحله‌ای در بهبود افسردگی، اضطراب و

- تیندگی دانشجویان است، ۲ فرضیه به شرح زیر مورد بررسی قرار گرفته است:
- ۱- درمان هفت مرحله‌ای در بهبود افسردگی دانشجویان تاثیر مثبت دارد.
  - ۲- درمان هفت مرحله‌ای در بهبود اضطراب و تیندگی دانشجویان تاثیر مثبت دارد.

### روش پژوهش

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است. جامعه آماری کلیه دختران دانشجوی دانشگاه علامه طباطبائی است نمونه این پژوهش به شیوه نمونه در دسترس از میان دانشجویان مقیم خوابگاه، شامل ۲۳ دانشجوی ۱۹ تا ۲۶ ساله که در مقیاس افسردگی بک، افسرده تشخیص داده شده بودند انتخاب شد. این تعداد از دانشجویان به یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل تقسیم شدند گروه آزمایشی تحت درمان هفت مرحله‌ای فورتین بری و موری در ۹ جلسه به مدت ۴۵ روز قرار گرفت. در این پژوهش علاوه بر مقیاس افسردگی بک، از مقیاس افسردگی، اضطراب و تیندگی DASS جهت مشخص کردن روند بهبودی بر اثر مداخله درمانی و نیز تعیین میزان اضطراب و تیندگی دانشجویان در طول مدت مداخله استفاده شد که این آزمون در جلسات سوم، هفتم و پایانی آموزش اجرا شد.

**درمان هفت مرحله‌ای:** درمان هفت مرحله‌ای یک روان‌درمانی میان فردی تلفیقی از دو رویکرد شناختی - رفتاری و معنویت درمانی بر اساس روانشناسی مثبت است که توسط باب موری و الیکا فورتین بری (۲۰۰۵) در کتاب هفت مرحله درمان در بهبود افسردگی معرفی شد. از آنجایی که فورتین بری و موری افسردگی را یک بیماری جسمی - ذهنی معرفی کردند علاوه بر دادن شناخت به فرد افسرده در مورد بیماری و نشان دادن راهکارهایی برای غلبه بر افسردگی جسمی و ذهنی به خلاء وجودی که باعث ملامت و آزرده‌گی، پوچی و بی‌هدفی فرد می‌شود توجه کرده و سعی کردند با توجه به معنویات به زندگی این دسته از

روان رنجورها معنا داده تا دستاویزی محکم برای پیشگیری و مانع از بازگشت مجدد بیماری داشته باشند. این روش شامل هفت مرحله برای درمان است که هدف آن تغییر شناخت‌های منفی بیمار، به چالش کشاندن وی برای افزایش اعتماد به نفس و شناسایی توانایی‌ها، مشخص کردن اهداف کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت، شناختن نیازهای اساسی و نحوه تبادل دوجانبه آنها با افراد مهم زندگی فرد، برقراری ارتباط با دیگران، مشخص کردن نقش‌ها و اهمیت آیین و سنت‌ها در زندگی انسان‌ها و نیز افزایش باورهای معنوی و ارتباط عمیق با خداوند برای درمان یا پیشگیری از افسردگی است. آنها در روش درمان خود حتی به دو جایگاه در مغز اشاره می‌کنند که یکی به کلمه خدا حساس بوده و با نام خدا فعال می‌شود<sup>۱</sup> و دیگری در هنگام دعا و نیایش ارتباط عصبی با دیگر سلول‌ها ایجاد کرده و مراکز تولید اضطراب را مسدود می‌کند به همین دلیل است که فرد بعد از دعا احساس آرامش می‌کند.

در این پژوهش از دو پرسشنامه به منظور جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد:

**الف) مقیاس افسردگی:** یک توسط یک وهمکاران در قالب یک پرسش‌نامه ۲۱ سوالی برای ارزیابی شدت علائم مرتبط با افسردگی ساخته شده است (مکی و همکاران، ۱۹۹۴). در ایران، ضریب آلفای حاصل برای سنجش همسانی درونی آزمون ۰/۷۸ و ضریب پایایی آزمون با روش باز آزمایی ۰/۸۶ به دست آمد. در بررسی اعتبار افتراقی، سئوالات پرسش‌نامه به خوبی گروه بیمار و عادی را از یکدیگر متمایز می‌نماید (ساردویی، ۱۹۹۴).

**ب) مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی DASS:** مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (لاوبوند و لاوبوند، ۱۹۹۵)، مجموعه‌ای از سه مقیاس خود گزارش دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد بررسی

قرار گرفته است. که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ گزارش نموده اند. در بررسی روایی این مقیاس شیوه آماری تحلیل عاملی از نوع تاییدی و به روش مولفه‌های اصلی مورد استفاده قرار گرفت. مقدار عددی شاخص KMO برابر با ۰/۹۰۱۲ و نیز مقدار عددی شاخص  $\chi^2$  در آزمون کرویت بارتلت برابر ۳۰۹۲/۹۳ بود که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی دار بود و حکایت از کفایت نمونه و متغیرهای انتخاب شده برای انجام تحلیل عاملی داشت. براساس تحلیل عاملی انجام شده توام با چرخش واریماکس بر روی گویه‌های پرسشنامه و با ملاک قراردادن مقادیر ویژه و شیب نمودار اسکری سه مقیاس فرعی استخراج شد که عبارتند از: افسردگی، اضطراب و تنیدگی که در راستای عامل‌های آزمون اصلی DASS می‌باشد. (گراث و مارنات، ۲۰۰۳؛ به نقل از فتحی، ۱۳۸۸).

#### یافته‌ها

تغییرات شدت افسردگی در مرحله پایه (یعنی قبل از مداخله درمانی) تفاوتی بین گروه آزمایشی و گروه کنترل مشاهده نشد. اما بعد از مداخله درمان شدت افسردگی گروه آزمایشی و کنترل در مقیاس افسردگی بک و خرده مقیاس افسردگی DASS در آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با توجه به نرمال بودن توزیع نمرات و برابری واریانس‌ها، دو گروه با هم تفاوت معنی داری داشت (در جدول ۱،  $P < ۰/۰۵$  برای گروه آزمایشی در هر دو مقیاس افسردگی). همچنین نتایج مقایسه‌های زوجی (توکی) در جدول ۲ نیز حاکی از وجود تفاوت معنی دار در شدت افسردگی بین دو گروه است.  $P = ۰/۰۰۷$  در مقیاس افسردگی بک و  $P = ۰/۰۱$  در خرده مقیاس افسردگی DASS که در هر دو صورت ( $P < ۰/۰۵$ ).



جدول ۱. آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای آزمون معناداری تفاوت تغییرات

میانگین افسردگی دو گروه در مقیاس افسردگی بک و خرده مقیاس افسردگی DASS

سطح معناداری	df2	df1	F		SD	M		گروه	
۰/۰۰۰۱	۲۱	۱	۲۵/۷۰۷	درون گروهی	۸/۸۵	۲۶/۸۳	پیش آزمون	آزمایش	مقیاس افسردگی بک
۰/۰۰۳	۲۱	۱	۱۰/۸۷۰	بین گروهی	۸/۱۸	۱۳/۵۸	پس آزمون		
					۱۲/۴۲	۳۳/۶۴	پیش آزمون	کنترل	
					۱۲/۵۱	۳۴/۴۵	پس آزمون		
۰/۰۰۰۱	۲۱	۱	۱۷/۴۵۴	درون گروهی	۵/۵۳	۱۸/۵۰	پیش آزمون	آزمایش	خرده مقیاس افسردگی DASS
۰/۰۰۳	۲۱	۱	۱۱/۱۲۴	بین گروهی	۵/۴۶	۹/۷۵	پس آزمون		
					۸/۸۵	۲۳/۴۵	پس آزمون	کنترل	
					۷/۱۷۰	۲۲/۷۳	پس آزمون		

## جدول ۲. مقایسه‌های زوجی (توکی) برای مقایسه نمرات افسردگی، اضطراب

واسترس دو گروه

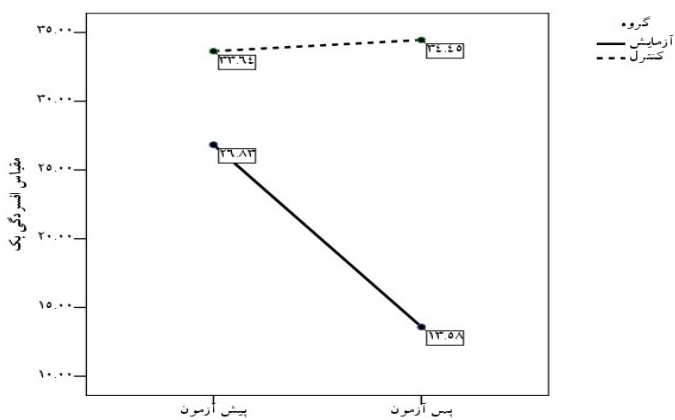
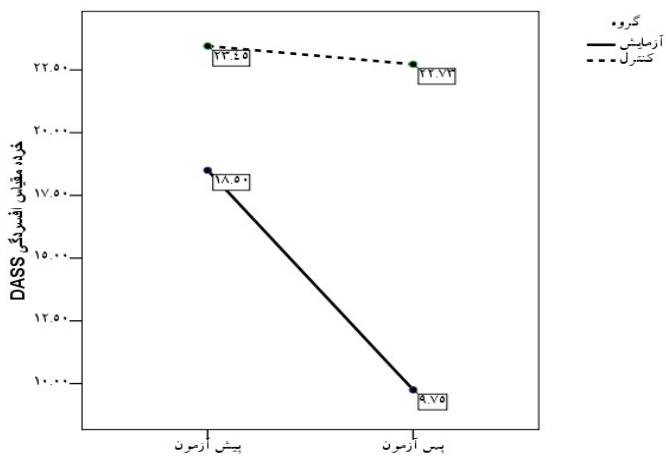
سطح معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین (I-J)	گروه (J)	گروه (I)	مقیاس
۰/۰۰۷	۴/۴۲۲	-۱۳/۸۳۷	کنترل	هفت مرحله‌ای	مقیاس افسردگی بک
۰/۰۰۷	۴/۲۲۴	۱۳/۸۳۷	هفت مرحله‌ای	کنترل	
۰/۰۱	۲/۸۵۶	-۸/۹۶۵	کنترل	هفت مرحله‌ای	خرده مقیاس افسردگی DASS
۰/۰۱	۲/۸۵۶	۸/۹۶۵	هفت مرحله‌ای	کنترل	
۰/۰۴۲	۲/۹۱	-۷/۴۱	کنترل	هفت مرحله‌ای	خرده مقیاس اضطراب DASS
۰/۰۴۲	۲/۹۱	۷/۴۱	هفت مرحله‌ای	کنترل	
۰/۰۰۹	۳/۵۳	-۱۱/۲۶	کنترل	هفت مرحله‌ای	خرده مقیاس استرس DASS
۰/۰۰۹	۳/۵۳	۱۱/۲۶	هفت مرحله‌ای	کنترل	

تغییرات شدت اضطراب و استرس: یافته‌های جدول ۳ تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای خرده مقیاسهای اضطراب و تنیدگی وجود تفاوت معنی‌دار در هر دو گروه را نشان می‌دهد. (سطح معنی‌دار برای اضطراب و استرس  $P < ۰/۰۵$ ). علاوه بر آن آزمون مقایسه‌های زوجی (توکی) که تحلیل داده‌های آن در جدول ۲ آمده نیز وجود تفاوت معنی‌دار در اضطراب و استرس دو گروه را تایید می‌کند. ( $P = ۰/۰۴۲$  در اضطراب و  $P = ۰/۰۰۹$  در تنیدگی است)

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای آزمون معناداری تفاوت تغییرات میانگین اضطراب واسترس دو گروه

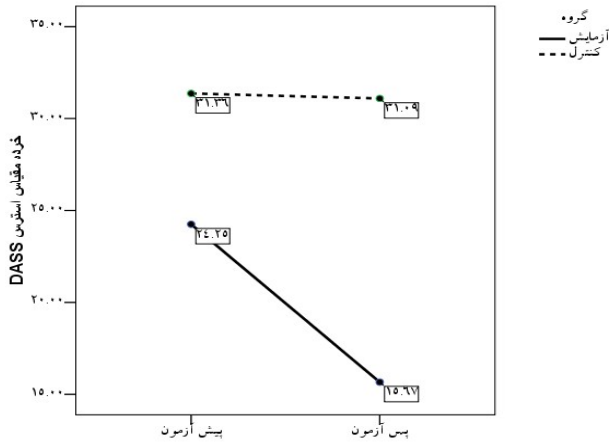
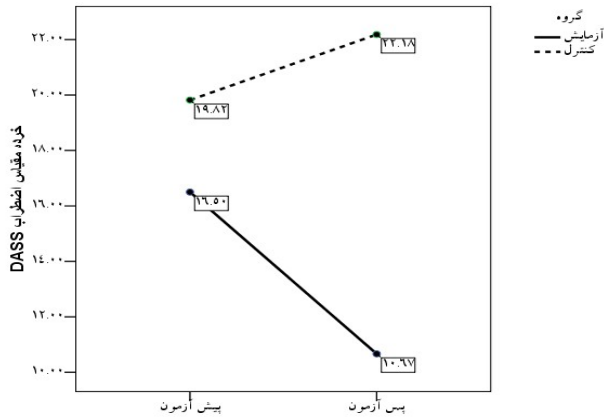
سطح معناداری	df2	df1	F		SD	M	گروه	
۰/۰۰۰۱	۲۱	۱	۲۱/۸۷۴	درون گروهی	۸/۰۹	۱۶/۵۰	پیش آزمون	خرده مقیاس اضطراب DASS
۰/۰۱۶	۲۱	۱	۶/۸۱۴	بین گروهی	۵/۸۰	۱۰/۶۷	پس آزمون	
					۷/۶۱	۱۹/۸۲	پیش آزمون	کنترل
					۶/۷۷	۲۲/۱۸	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۲۱	۱	۱۴/۱۷۸	درون گروهی	۱۰/۷۲	۲۴/۲۵	پیش آزمون	خرده مقیاس استرس DASS
۰/۰۰۵	۲۱	۱	۹/۶۸۴	بین گروهی	۶/۵۹	۱۵/۶۷	پس آزمون	
					۹/۴۵	۳۱/۳۶	پیش آزمون	کنترل
					۹/۰۳	۳۱/۰۹	پس آزمون	

نمودارهای ۱ کاهش شدت افسردگی را در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل هم در مقیاس افسردگی بک وهم در خرده مقیاس افسردگی DASS نشان می‌دهد. نمودارهای ۲ تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل را در کاهش شدت اضطراب و تنیدگی نشان می‌دهند.



نمودار ۱ (ادامه). مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه در مقیاس

افسردگی بک و خردده مقیاس افسردگی DASS



نمودار ۲. مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه درخرد

مقیاس‌های اضطراب و استرس DASS

### بحث و نتیجه گیری

تا کنون پژوهشگران طیف وسیعی از اختلالات افسردگی را با به کارگیری روش شناختی - رفتاری درمان نمودند چرا که میان رویکردهای روان درمانی درمان رفتاری - شناختی و درمان میان فردی بهترین مدرک برای درمان اختلال افسردگی است (انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۰۸). علاوه بر درمان شناختی - رفتاری ایمان

و اعتقادات مذهبی اشخاص می‌تواند روی احتمال آن‌ها به اختلال افسردگی تاثیر منفی داشته باشد (هود و همکاران، ۲۰۰۹). همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد درمان هفت مرحله‌ای (فورتین بری و موری، ۲۰۰۵) که تلفیقی از دو رویکرد شناختی- رفتاری و رویکرد معنویت است، اثر بخشی آن در درمان افسردگی و اضطراب در خارج از ایران مورد تایید قرار گرفته است اما در ایران تا کنون مطالعه‌ای در مورد تایید اثر بخشی این روش درمانی به طور مستقیم صورت نگرفته، اما تلفیق دورویکرد در یک مطالعه یافت شد (حمدیه و همکاران، ۱۳۸۷). و از آنجایی که در بررسی افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی دانشجویان پسر و دختر مقیم خوابگاه‌های دانشجویی ۵۱/۶ درصد از دانشجویان از افسردگی رنج می‌برند (آدریانی و همکاران، ۱۳۸۶) بر آن شدیم تا در شرایط درست و به منزله پیشگیری از عواقبی که در انتظار دانشجویان است، بررسی کنیم که درمان هفت مرحله‌ای فورتین بری و موری در بهبود افسردگی اضطراب و استرس دانشجویان مؤثر است؟ برای پاسخ به این سوال و تایید فرضیه‌های خود ۲۳ نفر از دختران دانشجو مقیم خوابگاه‌های دانشگاه علامه طباطبائی را که در مقیاس افسردگی بک شدت افسردگی آنها شدید و متوسط تشخیص داده شده بود به دو گروه ۱۲ و ۱۱ نفر که دارای شرایط یکسانی بودند تقسیم نموده و به طور تصادفی برای یک گروه مداخله درمانی هفت مرحله‌ای را در ۹ جلسه، و گروه دوم هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در جلسه‌های سوم، هفتم و پایانی از هر دو گروه مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی DASS جهت تعیین روند بهبودی بر اثر مداخله درمان و بررسی شدت اضطراب و تنیدگی انجام شد. برای تحلیل نمرات پیش آزمون و پس آزمون آزمودنی‌های هر دو گروه در هر دو مقیاس آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون مقایسه‌های زوجی (توکی) مورد استفاده قرار گرفت. تحلیل آماری داده‌ها در جدول ۱ تا ۳ اثر این مداخله را در بهبود افسردگی اضطراب و تنیدگی دانشجویان نشان می‌دهد که این با

یافته‌های (فورتین بری وموری، ۲۰۰۵، موسسه دولین، ۲۰۱۰، موسسه آمازون، ۲۰۱۰) و تلفیق رویکرد شناختی رفتاری و معنویت درمانی (پاکرت و همکاران، ۲۰۰۹) به طور مستقیم همسو است. همچنین با توجه به تلفیقی بودن درمان هفت مرحله‌ای، مطالعه حاضر در رویکرد شناختی-رفتاری با پژوهش‌های (گلوکن، ۱۹۹۸؛ مولهسر، ۲۰۰۵؛ حمدان و همکاران، ۲۰۰۹؛ گافان و همکاران، ۱۹۹۵؛ جلیلیان بال و همکاران، ۲۰۰۰) در خارج از ایران و با پژوهش‌های (پدرام و همکاران، ۱۳۸۹؛ چراغی، ۱۳۸۴؛ تقوایی، ۱۳۸۳؛ بهمنی، ۱۳۸۹؛ کهریزی، ۱۳۸۸؛ نریمانی، ۱۳۸۱) در ایران همسو است. و معنویت درمانی، با مطالعات (ادیب، ۲۰۰۴؛ فوتولاکی و همکاران، ۲۰۰۸؛ سید، ۲۰۰۱؛ هود و همکاران، ۲۰۰۹؛ کوئینگ، ۱۹۹۴؛ دیرویک و همکاران، ۲۰۰۴؛ جانتوس و کیات، ۲۰۰۷) در مطالعات خارجی و (ثنایی ذاکر و نصیری، ۱۳۷۹؛ حمید، ۱۳۸۷؛ حمدیه و همکاران، ۱۳۸۷؛ رمضانی، ۱۳۷۹؛ آرین، ۱۳۷۸) در مطالعات داخلی همخوانی دارد.

چنانچه از یافته‌های این پژوهش بر می‌آید درمان هفت مرحله‌ای برای کاهش افسردگی طراحی شده و تطابق کافی با مقتضیات درمان‌های شناختی - رفتاری و معنویت درمانی در بهبود افسردگی را دارا می‌باشد. این نتیجه گیری مبنی بر اینکه میان رویکردهای روان درمانی، درمان شناختی - رفتاری بهترین مدرک اثر برای درمان اختلال افسردگی (انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۰۸) و ایمان و اعتقادات مذهبی اشخاص می‌تواند روی احتمال آن‌ها به اختلال افسردگی تاثیر منفی داشته باشد (هود و همکاران، ۲۰۰۹) همخوان است. بنابراین انگیزه اصلی از این مطالعه شناسایی روش یاری رسانی مؤثری است که با نیازهای خاص افرادی که مبتلا به افسردگی هستند تناسب بهتری داشته و سودمندی بیشتری در بهبود افسردگی کسانی است که مبتلا به این اختلال می‌باشند. این یافته‌ها در صورت تأیید در مطالعات دیگر می‌توانند در برنامه‌های آموزشی در زمینه مهارت‌های مقابله‌ای کمک کننده باشد. همچنین چنانچه یافته‌های پژوهش نشان

می‌دهد تعداد زیادی از دانشجویان دچار افسردگی خفیف تا شدید هستند این موضوع موید اهمیت امر مشاوره در دانشگاه‌ها است. لذا خدمات رسانی به کل این افراد نیازمند وجود کادر درمانی و امکانات رفاهی برای این امر است که آموزش گروهی با عنوان آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند مؤثر باشد.

## منابع

- آدریانی، مرتضی. آزادی، آرمان. احمدی، فضل‌الله و عظیمی، امیر. (۱۳۸۶). مقایسه میزان افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی دانشجویان پسر و دختر مقیم خوابگاه‌های دانشجویی. نشریه پژوهش پرستاری، (۴۵)، ۳۸-۳۱.
- آراین، خدیجه. (۱۳۷۸). بررسی رابطه دینداری و روان‌درستی ایرانیان مقیم کانادا، چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان، ص ۱
- بیگی، ابوالفضل. صالحی، نرگس. قمری، فرهاد و صالحی، بهمن. (۱۳۸۷). شیوع افسردگی در دانشجویان علوم پایه پزشکی اراک، محله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، سال دوازدهم، (۳)، ص ۱۲۳-۱۱۶
- بهمنی، بهمن. (۱۳۸۹). گروه درمانگری شناختی - هستی‌نگر و شناخت درمانگری آموزش محور در بیماران مبتلا به سرطان سینه، فصلنامه روانشناسی تحولی، (۲۳)، ص ۲۰۱
- پدرام محمد، محمدی مسعود، نظیری قاسم، آیین پرست ندا. (۱۳۸۹). اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه، فصلنامه زن و جامعه، (۴)، ص ۶۱
- تقوایی زهره، علی حمیدی منصور. (۱۳۸۳). تأثیر درمانی گروهی بر افسردگی زنان سالمند، فصلنامه تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، (۱۲) ص ۶۵
- ثنایی ذاکر، باقر و نصیری، حمید. (۱۳۷۹). بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی - مذهبی در کاهش افسردگی بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی، فصلنامه تازه‌ها و پژوهش‌های مشاهده (۷)، ص ۸۹
- حمدیه، مصطفی. ترقی جاه، صدیقه. (۱۳۸۷). تاثیر گروه درمانی شناختی معنوی بر میزان افسردگی، دو ماهنامه پژوهنده، (۶۵)، ص ۳۸۳-۳۸۹
- حمید، نجمه. (۱۳۸۷). بررسی مقایسه بی‌اثرات روان‌درمانگری شناختی - رفتاری و شناخت



درمانگری با رویکرد دینی بر بیماران افسرده و پاسخ لئوسیت‌های  $T$  آن در مقابل میتوزن PHA

مجله روان شناسی، (۱)، ص ۴۹-۳۶.

- مونا چراغی، دکتر مهرداد کلاتنری، دکتر حسین مولوی، دکتر عباس شفتی. (۱۳۸۸). *اثر بخشی درمانی - شناختی بر دانشجویان دختر افسرده*، فصلنامه روانشناسی، (۵۰)، ص ۱۵۳.

- رضانی، ولی ا... نوایی نژاد، شکوه، بوالهری، جواد. (۱۳۷۹). *بررسی ارتباط جهت گیری دینی درونی و برونی با سلامت روان پیروان سه دین زرتشت، مسیح و اسلام*. ماهنامه روان شناسی دین، (۱).

- صائمی، حسین. *چهار راهکار درمانی مؤثر برای کاهش افسردگی*

tp://www.1saemi.com/p=148 /۱۲/۶ ۱۳۸۸

- جوکار بهرام و سامانی، سیامک. (۱۳۸۶). *بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس، افسردگی، اضطراب و فشار روانی*، مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، (۵۲) ص ۶۵.

- فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۸). *آزمونهای شناختی*. تهران: بعثت

- کهریزی، احسان. (۱۳۸۸). *تأثیر گروه درمان شناختی به روش مایکل فری در کاهش افسردگی زندانیان استان قم*، پایان نامه کارشناسی ارشد، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی

- نریمانی محمد، (۱۳۸۱). *اثر بخشی درمان رفتاری - شناختی در کاهش افسردگی دانش آموزان شاهد و غیر شاهد دبیرستان‌های دخترانه شاهد اردبیل*، مجله روانشناسی، (۲۳)، ص ۲۵۴-۲۴۴.

- Cox, B.J, (1999). *The nature of depressive somples*. Behav, Res. Ther, 37,15-24

- Dervic, K; Oqueado, M., Grunebaum, F ;Ellis, S. ; Burke, A. (2004). *Religious Affiliation & Suicide*. Amirican journal Psychiatry 161 : 2303-2308.

- Fountoulakis, K. Siamouli, M.; Magiria, S.; Kaprins, G. (2008). *interpreting the Carebrovascular disease, Cognitive impairment and attitudes towards religiosity death in the elderly: data*. Medical hypotheses, 70.403-469.

- Gaffan , E, A, tsaousis , I. 8 kemp - wheeler, SM. (1995). *Researcher allegiance and meta - analysis: The case of cognitive therapy for depression*, journal of consulting and clinical psychiatry , 63 , 960-966.

- Gloaguen , V. cottraux, j. cucherat , M. Black burn , I. (1998). *A meta analysis of the effect of cognitive therapy in depressed patients* , Journal of Affective disorder , 49, 59-72.

- Hood, R., Hill, P. & Spilka, B. (2009). *The psychology of religion: An empirical approach* (4<sup>th</sup> Ed.). New York: Guilford.

- Hmdon , M. puskar , k.bandak , AG. (2009). *Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on depressive symptomatology, stress and coping*

- strategies among Jordanian university students*. PMID: 19291496 [PubMed - indexed for MEDLINE]  
<http://www.psychologyinfo.com/depression/> 3/4/2010 Ment health nurse , 2009 , mar 30(3): 188-96-Ball,
- Jalillian, Kearney, B.wilhelm, K. Dewhurst –savellis , J.,8 Barton.b.(2000). *cognitive behavior therapy and assertion training groups for patients with depression and comorbid personality disorders*, comb ridge university press.
  - Jantos, M ; Kiat, H. (2007). *Prayer as Medicine : how much have we learned?* Spirituality and Health. (10) : 51-53
  - Kitamura, T, (2004). *Factor structure of the zun self rating Depression scale in First-year university students in japan*. Psychiatry Res, (128),208-287
  - Keeing. GH,(2001). *Mecullough and health*, 1<sup>th</sup> ed oxford university, (11).18-20
  - Lovibond F, Lovibond SH. (1995). *The structure of negative emotional states*. Behav Res Ther; (3): 335- 43.
  - Maki WS,Neill HK,Neill GW. (1994).*Do nonclinical checkers in cognitive control?* Tests of an inhibitory control hypothesis.Behav Res Ther.:(32):183-92.
  - Muray B, Fortinbury, A. (2005).*7 step program for overcoming depression*.
  - Mulhauser, Greg. (2006) , *Group therapy trainers add to criticisms of NHS on psychological therapy*.
  - Paukert, Amber L, Phillips, Laura; Cully, Jeffrey A.; Loboprabhu, Sheila Lomax, James W, Stanley, Melinda A. (2009). *Integration of Religion Into Cognitive-behavioral Therapy for Geriatric Anxiety and Depression*. Journal of Psychiatric Practice;(15):103-112.
  - Syed,I.B. (2001). *The medical benefits of Taraween prayer*. <http://www.irif.org>> 22/9/89.
  - Syed, I. b.(2003) *The medical benefits of Taraween prayersi* <http://www.irif.org>>22/9/88.
  - Sardoei G. (1994).*Introduction to standardization of Beck depression inventory (dissertation)*.Tehran:Allame Tabatabaei University ;. (Persian).[http://www.upliftprogram.com/depression\\_stats.html](http://www.upliftprogram.com/depression_stats.html) 25/10/2010