

اثربخشی مشاوره ی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر سلامت روان دانش آموزان دختر

دکتر قدسی احقر^۱

هدف پژوهش حاضر، اثربخشی مشاوره ی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر سلامت روان دانش آموزان بود. برای این منظور ۲۴ نفر از دانش آموزان دختر دوره ی راهنمایی مدارس دولتی شهر تهران به صورت تصادفی، انتخاب و با پرسشنامه ی سلامت روان مورد آزمون قرار گرفته، سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جای گرفتند. مشاوره ی گروهی، طی ۱۲ جلسه و هر جلسه ۲ ساعت برای گروه آزمایش ارایه گردید. مقایسه ی نتایج آزمون‌ها در پیش آزمون و پس آزمون، نشانگر تاثیر در بهبود شاخص‌های سلامت روان دانش آموزان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بود؛ به عبارت دیگر، مشاوره ی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری در افزایش سلامت روان افراد موثر بوده و در طول زمان، از پایداری مناسبی برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، مشاوره ی گروهی، رویکرد شناختی- رفتاری

مقدمه

پیشرفت علم، فن آوری و گسترش روز افزون اطلاعات در عصر جدید، از یک سو وضعیت زندگی را بهبود بخشیده و از سوی دیگر تحولات اجتماعی، تغییر سبک زندگی و پیچیدگی‌های زندگی امروز، سلامتی، بهداشت و آرامش روانی انسان‌ها را تهدید می‌کند و مشکلات جدید، آسیب‌پذیری انسان‌ها را افزایش می‌دهد (کریستین^۲، بی تا). بیماری‌های روانی از بدو پیدایش بشر وجود داشته و هیچ فردی در مقابل آن، مصونیت ندارد. نهضت بهداشت روانی در نیم قرن اخیر، خرافات و افکار غلط در مورد بیماری‌های روانی را کنار گذاشته و نشان داده است که اگر این بیماری‌ها را زود تشخیص داده و درمان کنیم، به همان نسبت از مزمن شدن و عوارض آن کاسته خواهد شد. یکی از مفاهیم ضروری و همواره مورد بحث در دنیای پیچیده ی انسان، مفهوم سلامتی است. هدف اساسی دانشمندان در حیطه‌های روان‌شناسی و پزشکی، به حداکثر رساندن احساس سلامت افراد است.

۱. دانشیار پژوهشگاه مطالعات ahghar2004@yahoo.com

متخصصان، تعاریف متعددی از این مفهوم ارائه داده‌اند؛ هر چند همه ی آنها در پذیرش مسوولیت در قبال خود و انتخاب سبک زندگی سالم (بلایر^۱ و همکاران، ۲۰۰۰) مشترکند. چیونگ^۲ (۲۰۰۳) و نلسون^۳ (۲۰۰۵) با مروری بر پژوهش‌ها دریافتند که وقفه یا بازداری در ظرفیت‌های روان شناختی فرد و بروز پدیده‌های جدید با ماهیت معلول کننده، سبب بی تفاوتی فرد نسبت به وظایف و اعمال خود می شود. این فرآیند، سبب استقرار و گسترش نشانه‌های جسمانی افسردگی و اضطراب گردیده و نهایتاً کنش‌وری اجتماعی شغل و تحصیل را به نارسایی می کشاند. سلامت روانی، جسمی و اجتماعی برای همه ی افراد ضروری و اساسی است (لیچسنرینک و لی بینگ^۴، ۲۰۰۳).

مطالعاتی که در سال‌های اخیر از طرف متخصصان سازمان بهداشت جهانی در کشورهای در حال توسعه انجام گرفته، از افزایش دامنه ی شیوع افسردگی، اضطراب و نشانه‌های بدنی در میان ملل در حال رشد حکایت می کند. به نظر می رسد ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد بزرگسال جامعه، از عوارض و نشانه‌های مختلف افسردگی و اضطراب رنج می برند (سازمان بهداشت جهان، به نقل از کرک و کلاک^۵، بی تا). شواهد و مدارک مربوط به مطالعات همه گیر شناختی، حاکی از وجود یک دسته از متغیرهاست که با افسردگی، اضطراب و نارسا کنش‌وری اجتماعی، ارتباط دارند (مایهر^۶، ۲۰۰۴). در سال‌های اخیر، مشاهده شده است که رویکرد رفتاری- شناختی، قابلیت کاربردی گسترده‌ای برای درمان اختلالات روانی مختلف دارد (هولمز^۷ و همکاران، ۲۰۰۲). این رویکرد به عنوان یکی از کارآمدترین شیوه های درمانی برای درمان اختلالات روانی و شخصیتی به شمار می رود (باورز^۸، ۲۰۰۱).

لیچسنرینک و لی بینگ (۲۰۰۳) ضمن سبب‌شناسی و شیوه‌های ارزیابی و درمانی اختلالات روانی دریافتند که در نیمی از افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، افسردگی و شخصیتی، مداخلات رفتاری یکی از کارآمدترین شیوه های درمانی به حساب می آید. دپارتمان بهداشت در انگلستان^۹ (۲۰۰۰) نیز اظهار کرده است که مداخلات روان‌شناختی، به خصوص شیوه های شناختی- رفتاری می‌تواند درمان افراد مبتلا به اختلالات روانی را سرعت بخشیده و از احتمال بازگشت آن نیز در آینده بکاهد.

1. Blair
2. Cheung
3. Nelson

4. Leichsenring & Leibing
5. Kerg & Clark
6. Myhr

7. Holmes
8. Bowers
9. Department of Health

الگوی شناختی- رفتاری، رویکردی است فعال، جهت بخش، کوتاه مدت و سازمان یافته. طبق این رویکرد، عاطفه و رفتار فرد، معمولاً بر حسب ساخت‌های جهان از نظر او تعیین می‌شود (بک، ۲۰۰۲) در مدل شناختی که بر همکاری بیمار و درمانگر استوار است، سعی می‌شود به بیمار کمک شود تا در خود مهارت‌های خود یاری مستقلی پدید آورد؛ ضمن آنکه این رویکرد، بر فرآیند سوال و کشف توأم با راهبرد و نه قانع سازی، موعظه و مباحثه متکی است. در این رویکرد، بر اساس روش‌های استقرایی بیمار فرا می‌گیرد که احکام و اعتقادات را به عنوان فرضیه‌هایی که باید اعتبارشان آزموده شود، بنگرد. این رویکرد، آموزشی است و در آن فنون شناختی- رفتاری به عنوان مهارت‌هایی تلقی می‌شود که باید از طریق ممارست فرا گرفته شده و به عنوان تکالیف خانگی وارد محیط زندگی بیمار گردد (کرک و کلارک، بی تا).

روش

جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

در این پژوهش، ابتدا از بین مناطق آموزشی شهر تهران یک منطقه ی آموزشی (منطقه ی ۱۱) انتخاب و سپس از این منطقه یک مدرسه ی راهنمایی به صورت تصادفی انتخاب شد. آن گاه پرسشنامه ی سلامت روان روی ۳۰۰ نفر از دانش‌آموزان اجرا شد و در نهایت ۲۴ نفر از دانش‌آموزانی که بالاترین نمره را کسب کرده بودند انتخاب و به طور تصادفی به دو دسته ی مساوی تقسیم شده و به حکم قرعه، یک گروه به عنوان آزمایش و یک گروه به عنوان کنترل مشخص گردید.

ابزار

در این پژوهش، به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه ی سلامت روان (GHQ) استفاده شد. این پرسشنامه، ابزاری سرندی مبتنی بر روش خود گزارش‌دهی است و در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. هدف از این پرسشنامه، دستیابی به یک تشخیص در سلسله مراتب بیماری‌های روانی نیست بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است. این پرسشنامه دارای ۲۸ سوال چهار گزینه‌ای در چهار

زیر مقیاس اضطراب و بی‌خوابی، افسردگی وخیم، نارسا کنش‌وری اجتماعی و نشانه‌های بدنی است.

نمره ی کل هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار زیر مقیاس به دست می‌آید. نمرات بین ۱۴ تا ۲۱ در هر مقیاس، وخامت وضع آزمودنی در آن عامل را نشان می‌دهد. در جدول ۱ ضریب پایایی هر یک از خرده مقیاس‌های پرسشنامه ی سلامت ارایه شده است.

جدول ۱: محاسبه ی ضریب پایایی پرسشنامه ی سلامت با استفاده از روش آلفای کرونباخ

نشانه بدنی	نارسا کنش‌وری اجتماعی	افسردگی وخیم	اضطراب و بی‌خوابی	آلفای کرونباخ
۰/۸۸	۰/۸۵	۰/۹۰	۰/۸۲	

همانطور که ملاحظه می‌شود پرسشنامه ی سلامت روان از ضریب پایایی قابل قبول و مناسبی برخوردار است.

شیوه ی اجرا

در این پژوهش، مشاوره ی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری به عنوان متغیر مستقل در چارچوب یک برنامه ی سازمان یافته و براساس قوانین گروهی آموزش داده شده است. پس از متمایز ساختن دانش‌آموزان مبتلا به اختلال روان بر اساس پرسشنامه ی سلامت روان و جایگزینی آنها در گروه‌های آزمایش و کنترل، مرحله ی دوم تحقیق که انجام پیش‌آزمون از افراد گروه‌های نمونه بود آغاز شد، سپس آنها بر حسب اهداف آموزشی گروه خود، وارد فرآیند مشاوره و درمان یعنی مرحله ی سوم پژوهش شدند. مشاوره ی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری به صورت گروهی (گروه‌های ۱۲ نفری) طی ۱۲ جلسه و هر جلسه به مدت ۲ ساعت اجرا شد و از راهبردهای نوشتن افکارمنفی، بازسازی شناختی و آموزش خطاهای شناختی، بهره مند شدند.

یافته‌ها

به منظور بررسی اثر بخشی مشاوره ی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر سلامت روان دانش‌آموزان، از آزمون t گروه‌های مستقل استفاده شد. اختلاف نمره‌های هر فرد قبل و بعد از

مشاوره ی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری تعیین شد و میانگین اختلافها محاسبه و نتایج در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: آزمون t گروه‌های مستقل در اثر بخشی مشاوره ی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر سلامت روان دانش‌آموزان

تفاوت بین میانگین‌ها	انحراف استاندارد	خطای معیار	نسبت آزادی	درجه ی آزادی	مقدار آلفا
۱/۰۲	۱/۸	۰/۵۱	۸/۱	۲۲	۰/۰۱
۷/۱۲	۷/۲	۲/۱			

همان طور که ملاحظه می‌شود، مشاوره ی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر سلامت روان دانش‌آموزان موثر است. مقایسه ی میانگین نمرات، نشان دهنده ی آن است که گرایش به بیماری روانی در گروه آزمایش به طرز معناداری کاهش یافته است. برای تعیین پایداری تاثیر مشاوره ی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر سلامت روان دانش‌آموزان در طول زمان، از آزمون t همبسته در گروه آزمایش مرحله ی پس آزمون و مرحله ی پی‌گیری استفاده شده است (جدول ۳).

جدول ۳: آزمون t همبسته برای مقایسه ی میانگین نمره ی سلامت روان گروه آزمایش در مرحله ی پس آزمون و مرحله ی پی‌گیری

مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	آزمون t	درجه ی آزادی	مقدار آلفا
گروه آزمایش	۶۰/۵	۵/۳	۱۰۵	۰/۹۳	۱۱	۰/۳۶
آزمایش پی‌گیری	۶۰/۱۷	۵/۰۲	۱/۴			

همان گونه که ملاحظه می‌شود بین سلامت روان دانش‌آموزان گروه آزمایش در مرحله ی پس آزمون و مرحله ی پی‌گیری، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. گویایی جدول ۳ موید این واقعیت است که تاثیر مشاوره ی گروهی بر سلامت روان دانش‌آموزان دختر در طول زمان از پایداری نسبتاً مناسبی برخوردار است.

بحث و نتیجه گیری

سلامت روان، یکی از مهم ترین عوامل موثر در ارتقا و تکامل انسان محسوب می شود. سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی را توانایی کامل برای ایفای نقش های اجتماعی، روانی و جسمی تعریف می کند و آن را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی، حل منطقی تضادها و تمایلات شخصی در نظر می گیرد. در این پژوهش، مقایسه ی نتایج آزمون ها در مراحل پیش آزمون و پس آزمون، نشانگر تاثیر مداخلات در بهبود شاخص های سلامت روان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بود. به عبارت دیگر، مشاوره ی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش این اختلالات موثر بود. نتایج تحقیقات پیشین نشان داده است مشاوره ی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر سلامت روان درمانجویان، در مقایسه با دارو درمانگری و یا زمانی که هیچ نوع خدمات درمانگری دیگری ارائه نمی شود اثر بخشی بیشتری از خود نشان می دهد. نتایج این پژوهش با یافته های زیر همسو است:

فلدمن^۱ (۲۰۰۱) با بررسی ۲۸ پژوهش در رابطه با کار آمدی روش های درمانگری شناختی- رفتاری در مورد بهداشت روانی دانش آموزان، نشان داد که درمانگری شناختی- رفتاری، اثر بخشی بیشتری نسبت به رفتار درمانگری، دارو درمانگری و عدم مداخله دارد. گیلبرت^۲ (۲۰۰۴) نیز با بررسی پژوهش های انجام شده در مورد اختلالات روانی به این نتیجه رسید که شیوه های درمانگری شناختی- رفتاری از دارو درمانی و فقدان مداخله، اثر بخشی بیشتری در درمان اختلالات روانی دارد. رکتور و بیک^۳ (۲۰۰۱) نیز در پژوهش فرا تحلیلی خود دریافتند که به کارگیری فنون CBT اثر قابل توجهی در کاهش نشانگان بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی دارد. هولمز و همکاران (۲۰۰۲) با مرور ادبیات پژوهش نشان دادند که روان درمانگری شناختی- رفتاری کارآمدترین شیوه ی درمان اختلالات روانی است. کتر^۴ (۲۰۰۵) نیز رویکرد شناختی- رفتاری را برای درمان نشانگان سلامت روان بسیار موثر دانسته است. نتایج این پژوهش، مبین آن است که تاثیر مشاوره ی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر سلامت روان دانش آموزان در طول زمان از پایداری مناسب برخوردار است و مقایسه ی نیمرخ روانی آزمون ها قبل و بعد از درمان و در یک پیگیری یک ساله نشان داد که ترکیب رویکرد شناختی- رفتاری و دارویی نه تنها درمان کارآمدی برای کاهش و کنترل نشانگان سلامت عمومی است بلکه تاثیر این شیوه ی درمانی طولانی مدت و

1. Feldman

2. Gilbert

3. Rector & Beek

4. Cather

پایدار است و مانع بازگشت نشانگان اختلال پس از قطع درمان می شود (رکتور ویک، ۲۰۰۱، تورکینگتون و کینگ دان^۱، ۲۰۰۲؛ ویزینک^۲ و همکاران، ۲۰۰۳ و تاریر^۳ و همکاران، ۲۰۰۴). در مجموع، این پژوهش به چارچوب مناسبی برای مشاوره ی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری دست یافته است؛ روشی که از رهگذر آن می توان پاره ای از ظرفیت های نارسای روان شناختی نوجوانان مبتلا به اختلالات روانی را به سطح مهارت، ارتقا بخشید. بی گمان این روی آورد درمانگری، اندیشه های لازم را برای تدوین یک نظام آموزشی سازمان یافته که در سطح پیشگیری و در نتیجه تامین بهداشت روانی گام بر می دارد آماده می سازد.

منابع

- کرک و کلارک. (بی تا). *رفتاردرمانی شناختی*. ترجمه ی حبیب الله قاسم زاده (۱۳۷۶). تهران: انتشارات: ارجمند.
- کریستین، جی. (بی تا). *روان شناسی سلامت*. ترجمه ی فرامرز سهرابی (۱۳۸۰). تهران: انتشارات: رای دانش.
- Beck, A. T. (2002). The assessment of personality disorders: implications cognitive and behavior therapy. *Behavior Research and therapy*, 34, 655 – 656.
- Blair, S., & et al. (2000). Mental health in the northern Ireland civil service: Studies on prevalence and determinants of mental ill health. *Dissertation Abstract International*, 61 (104), 1019.
- Bowers, W. A. (2001). Cognitive Behavior Therapy for DSM-IV Personality disorders: highly effective interventions for the most common personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(5), 833-835.
- Cather, C. (2005). Functional cognitive- behavioral therapy: A brief, individual treatment functional impairments resulting from.
- Cheung, L. S. (2003). Cognitive – behavioral therapy of Psychosis: an overview and 3 case studies from Hong Kong. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 13 (1), 23-30.
- Department of Health. (2000). *The National Plan: A Plan for Investment, a Plan for Reform*. London: Department of Health.

- Feldman, B. (2004). Maternal perceptions on the effects of physical and occupational therapy services on care giving com competency. *Phys Occup Ther Pediatric*. 16: 33-54.
- Gilbert, M. (2004). Achieving access to the general curriculum for students with mental retardation: A curriculum decision-making model. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*. 36(4), 327-342.
- Holmes, J., Neighbor, R., Tarrier N., Hmschelwood, R. D., & Bolsover, N. (2002). All you need is cognitive behavior therapy? *British Medical Journal*, 3249, 288-295.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of Psychodynamic therapy and cognitive-behavior therapy in the Treatment of Personality disorders: A meta analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(7). 1223-1232.
- Myhr, G. (2004). *Reasoning with psychosis patients: why should a general psychiatrist care about cognitive-behavioral therapy for schizophrenia?* England: Bulletin archives.
- Nelson, H. E. (2005). *Cognitive – Behavioral therapy with delusions and hallucinations: A Practice Manual*. London: Nelson Thornes Ltd.
- Rector, N., & Beck, A. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 189: 278-87.
- Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., Bentall, R., Drake, R., Dunn, G., Dinderman, P., Kingdon, D., Siddle, R., Everitt, J., Leadley, K., Benn, A., Grazebrook, K., Haley, C., Akhtar, S., Davies, L. & Palmer, S. (2004). Cognitive behavioral therapy in first episode and early schizophrenia: 18 – month follow – up of a randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184: 231-9.
- Turkington, D., Kingdon, D. & Turner, T. (2002). Effectiveness of a brief cognitive – behavioral therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 180: 523-7.
- Wissing, M. P. & Fourie, A. (2003). *Spirituality as a component of psychological well being*. 27th International Congress of Psychology, 23-28 July, Stockholm, Sweden.