

فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده/سال اول/شماره، ۱/تابستان، ۱۳۹۰  
Journal of Family Counseling & Psychotherapy/Vol.1/Issue.1/summer, 2011  
صفحه ۵۴-۶۴، مقاله پژوهشی اصیل

## بررسی اثربخشی روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور بر افسردگی زنان مطلقه

دکتر نجمه حمید<sup>۱</sup>

دانشیار، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

دکتر کیومرث بشلیده

استادیار، گروه روان شناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

مجید عیدی بایگی و زهرا دهقانی زاده

دانشجوی کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز

پذیرش مقاله: ۹۰/۶/۳

دریافت مقاله: ۹۰/۱/۱۴

### چکیده

**هدف:** طلاق از استرس زاترین فقدان ها می باشد و موجب آشفتگی های هیجانی و مشکلات رفتاری در افراد می شود، در این میان آسیب پذیری زنان از پیامد های طلاق بیشتر از مردان است. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی مذهب محور بر افسردگی زنان مطلقه بوده است.

**روش:** پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و دوره ی پیگیری بوده است. جامعه ی آماری این پژوهش شامل ۳۰ زن مطلقه است که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس به طور همتاسازی انتخاب شدند. این افراد از نظر سن ، وضعیت اقتصادی- اجتماعی، عدم ابتلا به بیماریهای جسمانی، دارا بودن یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در پرسشنامه افسردگی بک و سایر متغیرهای مورد نظر در پژوهش کاملاً همگون بودند. سپس آزمودنی ها به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. در مورد گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه ای روان درمانی شناختی- رفتاری مذهب محور اجرا گردید اما در مورد گروه کنترل هیچ مداخله ای صورت نگرفت. ابزار جمع آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه ی افسردگی بک ویراست دوم بود.

**یافته ها:** نتایج حاصل آشکار ساخت که بین گروه آزمایش و کنترل پس از اجرای روان درمانی شناختی- رفتاری مذهب محور تفاوت معنی داری وجود داشت ( $p < 0/001$ ). همچنین میزان افسردگی گروه آزمایش نسبت به پیش آزمون و گروه کنترل به طور معنی داری کاهش یافته بود. این نتایج در دوره ی پیگیری کماکان پایدار بود.

**نتایج:** درمان شناختی- رفتاری مذهب محور باعث کاهش افسردگی در زنان مطلقه شده است.

**واژه های کلیدی:** روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور، افسردگی، زنان مطلقه

۱- آدرس نویسنده مسؤول، دکتر نجمه حمید، دانشگاه شهید چمران اهواز، گروه روان شناسی بالینی، تلفاکس: ۰۶۱۱۳۳۳۱۳۶۶،

## مقدمه

زنان از جمله افراد جامعه هستند که توجه به سلامت روانی آن‌ها بسیار اهمیت دارد. داشتن روحیه امید، سرزندگی و شادابی می‌تواند تأثیر بسزایی در نحوه کارکرد و فعالیت آن‌ها داشته و به نوبه‌ی خود موجبات شادی نسل بعد را فراهم کند. زنان مطلقه علاوه بر به دوش کشیدن بار مسئولیت مردان و تأمین هزینه‌های زندگی باید نگاه تلخ جامعه به خود را متحمل شوند که اغلب به دنبال آن دچار سرخوردگی، یأس و ناامیدی می‌گردند (عبادی، سودانی، فقیهی و حسین پور، ۱۳۸۹). واقعه‌ی طلاق<sup>۱</sup> یک پدیده‌ی استرس‌زاست و آسیب‌پذیری افراد به خصوص زنان را در مقابل بیماری‌های جسمی و روانی دوچندان خواهد کرد (گاهلر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). پیامد منفی طلاق شامل نقص سیستم ایمنی، اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی، سوء مصرف مواد، خودکشی، تغییر در سبک زندگی و تصور از خود، کاهش عملکرد حرفه‌ای، تغییر در روابط اجتماعی و کاهش حمایت اجتماعی می‌باشد (گارنر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). به نقل از فرقدانی، نواب نژاد و شفیع آبادی، ۲۰۱۰).

در دهه‌های اخیر پژوهشگران به نقش معنویت و مذهب به عنوان یک روش درمانی پرداخته‌اند. از سال ۱۹۸۶ علاقه به معنویت و مذهب و مشاوره چندین برابر افزایش یافته است. به طوری که افراد شرکت‌کننده در مشاوره‌های مذهبی بین سال‌های ۱۹۹۳ تا اوایل ۱۹۹۵ در آمریکا چندین برابر شده‌اند (ورتینگتون، کروسا، مک کالاق و سانداجک<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶). در درمان شناختی رفتاری مذهب محور علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری که هدف آن، تغییر باورداشت‌های غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات درمانگری به بیمار کمک می‌شود، تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید. همچنین "توکل به خدا" و اعتقاد به امداد الهی، سبب می‌شود امید به زندگانی افزایش یابد. در جلسات روان‌درمانگری این باورداشت در بیمار ایجاد می‌شود که هر تلاش و رنجی که در زندگی رخ می‌دهد بی‌فایده نبوده بلکه با بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی توام است. با ایجاد چنین طرز

1. divorce
2. Gahler
3. Garner
4. Worthington, Kurusu, McCullough & Sandage

## بررسی اثربخشی روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور/نجمه حمید و همکاران

تفکری بیمار از احساس پوچی و سرگردانی رهایی می یابد. همچنین در این رویکرد درمانی با استناد به آیات قرآن کریم و احادیث و تاثیر آنها در درمان تمرکز می شود در رویکرد مذهبی این باور داشت، که جهان هستی واجد نظم است و بدون اراده‌ی خالق هستی برگی از درخت نمی افتد و اعتقاد بیماران به اینکه خالق هستی بزرگترین حافظ و تکیه گاه است در آنها تقویت می شود (حمید، ۱۳۸۸).

پژوهش ها اثربخشی درمان شناختی را بر اختلال افسردگی نشان می دهند (سیگل، استینهایر، فریدمن، تامپسون و تاس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱؛ اسمیتس، مینهاجودین و جارت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹؛ شمسایی، رحیمی و ضرابی، ۲۰۰۹؛ رزلو، برنال و ریورا-مدینا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). درمان شناختی به شدت متأثر از زمینه های فرهنگی، باورها و ارزش های درون فرهنگی است و کارآیی آن تحت تأثیر زمینه های فرهنگی و اعتقادات مردمی است که این درمان در ارتباط با آن ها به کار برده می شود (هافمن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). پژوهش های مختلفی نقش عقاید و باورهای مذهبی را بر سلامت روان نشان می دهند (تورسن و هریس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲؛ برنال<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴؛ احمدی طهران، حیدری، کچویی و ایرانی، ۱۳۸۸). اعتقادات دینی و مذهب به عنوان یک عامل برای آرامش روانی در نظر گرفته می شود و نداشتن مذهب با سطح بالای افسردگی و افکار خودکشی مرتبط است (آکس لاین<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸). پژوهش های پیشین نشان داده اند که مداخلات معنوی بر افزایش سلامت روان دختران دانشجو مؤثر بوده است (سعیدی نژاد، مظاهری، غباری بناب، ۱۳۸۸). همچنین پژوهش های دیگری نشان داده اند که مداخله های معنوی و دینی مانند حضور مکرر در محافل دینی مانند کلیسا و مسجد به بهزیستی و رضایت درونی بیش تر از زندگی و کاهش افسردگی مرتبط بوده اند (ورتینگتون، کروسا، مک کالاق و سانداگ، ۱۹۹۶). شناخت درمانی معنوی در کاهش افسردگی زنان موثر می باشد (کوئینگ، مک کالاق و لارسن<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱؛ ترقی جاه، نواب نژاد، بوالهری و کیامنش، ۱۳۸۶). درمان شناختی رفتاری مذهب محور در مقایسه با درمان شناختی رفتاری کلاسیک در کاهش میزان افسردگی موثرتر می باشد (ترقی جاه، نواب نژاد، بوالهری و کیامنش، ۱۳۸۶ پراپست، استروم، واتکینز، دین و ماشبورن<sup>۹</sup>، ۱۹۹۲). یکی از مشکلات عمده ای که در سال های اخیر شدت یافته است و اثرات زیانباری بر نظام خانواده و جامعه دارد، پدیده ی طلاق است. اگر چه پیامدهای منفی طلاق هر دو زوج را گرفتار می سازد اما بدون شک با توجه به تحقیقات پیشین در این زمینه، آسیب پذیری زنان متعاقب طلاق بیشتر از

1. Siegle, Steinhauer, Friedman, Thompson, & Thase

2. Smits, Minhajuddin, & Jarrett

3. Rossello, Bernal, & Rivera-Medina

4. Hofmann

5. Thoresen, & Harris

6. Brennan

7. Exline

8. Koenig, McCullough & Larson

9. Propst, Ostrom, Watkins, Dean & Mashburn

فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده/سال اول/شماره، ۱/تابستان، ۱۳۹۰  
Journal of Family Counseling & Psychotherapy/Vol.1/Issue.1/summer, 2011  
صفحه ۵۴-۶۴، مقاله پژوهشی اصیل

مردان است (گاهلر، ۲۰۰۶). عمده ترین پیامد منفی ناشی از این رویداد دردناک، بروز اختلالات روانی به ویژه افسردگی است. از سوی دیگر، به دلیل ارتباط متقابلی که میان مادر و فرزند وجود دارد، افسردگی مادران موجب اختلالات رفتاری و شناختی عدیده ای در فرزندان آنها می شود (هافمن، ۲۰۰۶). با توجه به تاثیر منفی طلاق بر زنان و ضرورت تأمین بهداشت روانی آنها به منظور تحقق یک جامعه سالم، انجام پژوهشی در زمینه ی تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی زنان مطلقه ضروری به نظر می رسد. همچنین تحقیقات پیشین نشان داده اند که به کارگیری روان درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر رویکرد دینی در درمان افسردگی زنان به طور معنی داری برتر از روش شناختی- رفتاری کلاسیک به تنهایی است (حمید، ۱۳۸۸). لذا هدف از پژوهش حاضر پاسخ دادن به این سؤال است که آیا درمان شناختی- رفتاری مذهب محور بر افسردگی زنان مطلقه مؤثر است؟

### روش

طرح پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل با پیگیری است. جامعه ی پژوهش حاضر شامل ۴۸ زن مراجعه کننده به دفاتر شورای حل اختلاف شهر اهواز و معرفی شده به مرکز مشاوره خصوصی محقق در سالهای ۸۹-۱۳۸۷ بوده است. نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۰ زن مطلقه است که از جامعه ی آماری با استفاده از روش همتاسازی و نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. این افراد از لحاظ سن، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، عدم ابتلاء به بیماری های جسمانی، دارا بودن یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در پرسشنامه ی افسردگی بک و سایر متغیرهای مورد نظر در پژوهش کاملاً همگون بودند. سپس این افراد به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند، گروه آزمایش ۱۲ جلسه روان درمانی شناختی- رفتاری مذهب محور را هر هفته ۲ جلسه ۴۵ دقیقه ای دریافت کردند، اما گروه کنترل مداخله ای دریافت نکردند. مقیاس افسردگی بک در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دردو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. جلسه پیگیری سه ماه بعد از اتمام جلسات روان درمانی انجام شد.

### ابزار اندازه گیری

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه افسردگی بک ویراست دوم (BDI-II) می باشد. این پرسشنامه دارای ۲۱ سوال است و نمره ی کلی آن بین صفر تا ۶۳ می باشد. برتری آزمون مذکور این است که برای اندازه گیری شدت افسردگی هم در جمعیت بالینی و هم در جمعیت بهنجار معتبر است. آزمون افسردگی بک از هنگام تدوین تاکنون مورد ارزیابی روانسنجی گسترده ای قرار گرفته و در بیشتر پژوهش ها از جمله در پژوهش های انجام شده در ایران اعتبار و پایایی آن تایید شده است (پرویزی فرد، بیرشک، عاطف وحید و شاکری، ۱۳۸۰). ضریب آلفای

## بررسی اثربخشی روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور/نجمه حمید و همکاران

کروناخ آن ۰/۸۹، ضریب همبستگی بین دو نیمه ی آن ۰/۸۹، ضریب باز آزمایی آن با فاصله ی دو هفته ۰/۹۴ و ضریب همبستگی این آزمون با ویراست اولش ۰/۹۳ می باشد (الیور، مرفی، فرلاند و رس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). ضریب ثبات درونی این آزمون ۰/۸۷ و پایایی آزمون باز آزمون آن  $r = 0.73$  بدست آمد (قاسم زاده، مجتبایی، کرمقدیری و ابراهیم خانی، ۲۰۰۵).

### ساختار جلسات روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور:

در این رویکرد علاوه بر روش های شناخت درمانگری که هدف آن، تغییر باورداشت های غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات درمانگری به فرد کمک می شود، تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید. همچنین محتوای جلسات شناخت درمانی مذهب محور به شرح زیر می باشد:

جلسات اول تا سوم شامل: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، معرفی و توضیح در مورد روش درمان، اهداف، قوانین و ضرورت ها، آموزش تشخیص هیجان های ناخوشایند، رویدادهای برانگیزنده ی منفی، افکار ناخوشایند، فرم مثبت رویدادها، هیجان ها، افکار منفی به عنوان تکلیف خانگی، محتوای جلسات سوم تا پنجم: مروری بر افکار منفی و چالش با آنها، استناد به آیات قرآن کریم و احادیث درباره ی حل مشکلات و مواجهه ی صحیح با رویدادها، تقویت صبر و بردباری و توکل به پروردگار، نیایش و تقویت ارتباط مستمر با خالق هستی، محتوای جلسات پنجم تا هشتم: مروری کوتاه بر جلسات قبلی و بررسی تکالیف منزل، آموزش فن توجه برگردانی از خود به سوی کائنات و جهان هستی، تقویت امید به بهبودی، فعال سازی رفتار، استناد به آیات قرآن کریم و احادیث در کنار فنون شناختی - رفتاری به منظور به چالش کشیدن افکار منفی و غیر منطقی، محتوای جلسات هشتم تا دهم: آموزش آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت ۱۰ دقیقه، تجسم ذهنی بر پدیده های مختلف هستی جهت کسب انرژی مثبت و توان مضاعف، بررسی افکار به کمک بیماران و جایگزینی افکار منفی با افکار غیر منطقی، مروری بر هیجانان و رفتار منطقی و خوشایند به دنبال افکار منطقی، محتوای جلسات دهم تا دوازدهم: بیان احساسات توسط بیماران و بحث در مورد آنها، بررسی تغییراتی که بیماران در وضعیت خود احساس کرده اند، ادامه ی تکالیف منزل، اطمینان خاطر مشاور به بیماران نسبت به اینکه با بکارگیری آنچه را که یاد گرفته اند، مشکلی برای آنها پیش نخواهد آمد.

### یافته ها

جدول ۱ میانگین وانحراف معیارنمرات افسردگی را در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد.

1. Oliver, Murphy, Ferland & Ross

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

مراحل	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایش	۳۷/۸۰	۸/۶۲	۲۷/۱۳	۶/۶۲	۲۵/۱۳	۶/۰۸
کنترل	۳۱/۲۰	۵/۵۰	۳۲/۷۳	۶/۰۹	۳۳/۲۰	۶/۰۴

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی در مرحله ی پیش آزمون برای گروه آزمایش ۳۷/۸۰، ۸/۶۲ و گروه کنترل ۳۱/۲۰، ۵/۵۰ و در مرحله ی پس آزمون برای گروه آزمایش ۲۷/۱۳، ۶/۶۲ و گروه کنترل ۳۲/۷۳، ۶/۰۹ می باشد. یعنی میانگین افسردگی گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون و گروه کنترل کاهش یافته است. از سوی دیگر، میانگین و انحراف معیار افسردگی در گروه مرحله ی پیگیری برای گروه آزمایش ۲۵/۱۳، ۶/۰۸ و گروه کنترل ۳۳/۲۰، ۶/۰۴ می باشد. یعنی میانگین افسردگی گروه آزمایش در مرحله ی پیگیری نسبت به پیش آزمون و گروه کنترل کماکان کاهش یافته است.

در پژوهش حاضر جهت آزمون فرضیه ی پژوهش و تعیین معنی داری تفاوت بین نمره های گروه آزمایشی و گواه در متغیر افسردگی از روش t تست گروه های مستقل استفاده شد. در ضمن به دلیل یکسان نبودن شیب رگرسیون میان نمره های پیش آزمون و پس آزمون در گروه های آزمایشی و گواه امکان استفاده از تحلیل کوواریانس وجود نداشت (گیلز، ۲۰۰۲).

جدول ۲. نتایج تحلیل t تست گروه های مستقل بر روی تفاضل نمره های پیش آزمون- پس آزمون افسردگی در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	شاخص آماری	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنی داری
آزمایش		۱۰/۶۶	۱۲/۰۲	۲۸	۳/۶۸	<۰/۰۰۱
کنترل		-۱/۵۳	۴/۴۷			

نتایج حاصل از بررسی فرضیه ی پژوهش در جدول ۲ نشان داده شده است.

## بررسی اثربخشی روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور/نجمه حمید و همکاران

همان طوری که در جدول ۲ مشاهده می شود بین گروه های آزمایشی و گواه از لحاظ تفاضل نمره ی افسردگی در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد، بنابراین فرضیه ی پژوهش تأیید می شود. به عبارت دیگر روان درمانی شناختی- رفتاری مذهب محور در کاهش افسردگی زنان مطلقه تأثیر داشته است.

به منظور بررسی اثر ماندگاری روان درمانی شناختی- رفتاری مذهب محور در کاهش افسردگی زنان مطلقه در طی زمان و با توجه به این مطلب که نفس زمان نیز یک نوع مداخله محسوب می شود مجدداً با یک آزمون t تست، تفاضل میان نمره های پیش آزمون و نمره های پیگیری آزموده شد. لازم به توضیح است که در صورتی می توان از دو آزمون مجزای t تست استفاده کرد که آلفای اسمی ۰/۰۵ برای آزمودن فرضیه ی پژوهش به آلفای ۰/۰۲۵ کاهش پیدا کند. به این شیوه (تقسیم آلفای اسمی بر تعداد مقایسه ها) تصحیح بن فرونی گفته می شود. با توجه به این که سطوح معنی داری در جداول ۲ و ۳ بسیار کوچکتر از آلفای اصلاح شده (۰/۰۲۵) است اشکال کاربرد دو t تست مجزاء بر طرف می شود. نتایج حاصل از بررسی اثر زمان در جدول ۳ نشان داده شده است.

### جدول ۳. نتایج تحلیل t تست گروه های مستقل بر روی تفاضل نمره های پیش آزمون- پیگیری افسردگی در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	شاخص آماری	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنی داری
آزمایش	۱۲/۶۶	۱۱/۳۱	۲۸	۴/۵۰	<۰/۰۰۰۱	
کنترل	-۲/۰۰	۵/۵۸				

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می شود بین گروه های آزمایشی و گواه از لحاظ تفاضل نمره ی افسردگی در پیش آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد، بنابراین، می توان استنباط کرد که اثر روان درمانی شناختی- رفتاری مذهب محور در کاهش افسردگی زنان مطلقه در طی زمان باقی مانده است.

### بحث

از آنجا که مذهب به عنوان یک عنصر مهم در فرهنگ در نظر گرفته می شود و همانطور که مطرح گردید درمان های شناختی به شدت متأثر از زمینه های فرهنگی، باورها و ارزش های درون فرهنگی است و با توجه به بافت مذهبی ایران مطالعه حاضر بر آن شد تا تاثیر شناخت درمانی مذهب محور بر افسردگی زنان مطلقه را بررسی نماید. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شناخت درمانی مذهب محور بر افسردگی گروه آزمایش مؤثر بوده و افسردگی این گروه را کاهش داده و این کاهش در پیگیری نیز حفظ گردیده است. اعتقاد به اینکه خدایی هست که ناظر بر امور است و در همه حال انسان را یاری می نماید اضطراب و نگرانی را کاهش می دهد. اغلب افراد مومن ارتباط با خدا را مانند

فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده/سال اول/شماره، ۱/تابستان، ۱۳۹۰  
Journal of Family Counseling & Psychotherapy/Vol.1/Issue.1/summer, 2011  
صفحه ۵۴-۶۴، مقاله پژوهشی اصیل

ارتباط با یک دوست صمیمی می دانند و باور دارند که اتکا و توکل به خدا، به عنوان یک شیوه مقابله موثر، در رویارویی با رخداد های ناگوار به آنها کمک زیادی می کند که این امر باعث افزایش عزت، آرامش، بی نیازی از

خلق، امیدواری و رفع منفی نگری و انفعال، کفایت، مشکل گشایی و راهیابی به امور و تقویت صبر می شود. که مجموع این عوامل باعث می شود تا احساس ناخوشایندی برطرف گردد (تاجیک، ۱۳۸۳). در پژوهشی تاثیر گروه درمانی شناختی معنوی بر میزان افسردگی دختران دانشجو بررسی گردید، نتایج نشان داد که آزمودنی هایی که در گروه معنویت درمانی بودند نسبت به گروه کنترل بهبودی بیش تری در میزان افسردگی خود داشتند، به حدی که این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار بود (حمدیه و ترقی جاه، ۱۳۸۷). در مطالعه ای که به مقایسه تاثیر درمان شناختی رفتاری با درمان شناختی رفتاری مذهب محور بر سلامت روان همسران شهدا و جانبازان موثر است و ظاهراً درمان شناختی رفتاری مذهب محور تاثیر بیشتری نسبت به روان درمانی شناختی رفتاری کلاسیک داشته است (مجاهد، کلاتری، مولوی، نشاط دوست، بخشانی، ۱۳۸۸). در پژوهشی اثربخشی روان درمانی یکپارچه گرای دینی در بیماران مبتلا به افسرده خویی در مقایسه با روش دارو درمانی و درمان شناختی - رفتاری بررسی گردید، نتایج نشان داد که روان درمانی یکپارچه گرای دینی بر نمرات مقیاس افسردگی اثر گذاشته و آن را کاهش داده است (ابراهیمی، ۱۳۸۶ به نقل از مجاهد و همکاران، ۱۳۸۸). در پژوهش دیگری مشخص شد که روان درمانگری شناختی توأم با رویکرد دینی در مقایسه با شناخت درمانگری بک به طور معنی داری باعث کاهش افسردگی و افزایش عملکرد سیستم ایمنی بدن شده است (حمید، ۱۳۸۸). نتایج پژوهش حاضر با اغلب نتایج پیشین در زمینه ی اثر بخشی روان درمانی شناختی رفتاری بر خلق بیماران افسرده همخوان بوده است.

### نتیجه گیری

روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور به عنوان یک رویکرد درمانی تکمیلی و جامع بر روان درمانی شناختی - رفتاری کلاسیک باعث کاهش افسردگی در زنان مطلقه شده است. با توجه به باورهای فرهنگی و مذهبی موجود در جامعه ی ایرانی می توان از این رویکرد درمانی به طور گسترده ای در درمان افسردگی استفاده نمود. اگر چه تعمیم پذیری این نتایج مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه است. به طور کلی با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش به کارگیری روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور به روان درمانگران و مشاورین خانواده توصیه میگردد.



## بررسی اثربخشی روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور/نجمه حمید و همکاران

مهمترین محدودیت این پژوهش، اندک بودن حجم نمونه به دلیل عدم دسترسی به همه ی زنان مطلقه بوده است. برخی از زنان به طور سنتی از همسران خود طلاق می گیرند و به مراکز شورای حل اختلاف مراجعت نمی کنند.

همچنین عده ای دیگر از آنها فاقد سواد و دچار فقر فرهنگی بوده و واجد شرایط لازم برای شرکت در پژوهش نبودند. بنابراین تعمیم پذیری نتایج حاصل مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه و با نمونه بیشتر است. پیشنهاد می شود که نمونه بیشتری از زنان مطلقه مورد بررسی قرار بگیرند، به ویژه زنان مطلقه ای که فاقد سواد بوده و به دلیل فقر فرهنگی قادر به ارجاع به مراکز مشاوره و شوراها حل اختلاف نمی باشند.

### منابع

احمری طهران، هدی؛ حیدری، اکرم؛ کچویی، احمد؛ ایرانی، آزاد. (۱۳۸۸). همبستگی بین نگرش نسبت به امور مذهبی و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم. **مجله دانشگاه علوم پزشکی قم**؛ (۳): ۵۱-۵۶.

پرویزی فرد، علی اکبر؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمد کاظم و شاکر، جلال. (۱۳۸۰). بررسی همبودی اختلال های خلقی و اضطرابی در معتادان جویای درمان و افراد بهنجار. **مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی**

### ایران (اندیشه و رفتار)؛ ۷(۲): ۴۵-۵۴

تاجیک، علیرضا. (۱۳۸۳). توکل و پیوند آن با معرفت الهی. **مجله تخصصی پیوند**؛ ۳(۶): ۲۴-۳۱

ترقی جاه، صدیقه؛ نواب نژاد، شکوه؛ بوالهری، جعفر و کیامنش، علیرضا. (۱۳۸۶). مقایسه تاثیر روان درمانی گروهی شناختی با رویکرد شناختی و رویکرد معنوی بر افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه های تهران. **تازه ها و**

### پژوهش های مشاوره؛ ۶(۲۱): ۱۱۱-۱۲۵

حمدیه، مصطفی و ترقی جاه، صدیقه. (۱۳۸۷). تاثیر گروه درمانی شناختی معنوی بر میزان افسردگی. **مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی**؛ ۱۳(۵): ۳۸۳-۳۸۹.

حمید، نجمه. (۱۳۸۸). مقایسه روان درمانگری شناختی - رفتاری با شناخت درمانی توام با رویکرد مذهبی بر افسردگی در زنان افسرده. **مجله روانشناختی**؛ ۱(۱۲): ۳۶-۴۹.

حمید، نجمه. (۱۳۸۸). بررسی رابطه نگرش مذهبی با سلامت روانی و عملکرد سیستم ایمنی بدن. **مطالعات روان شناختی**؛ ۵(۲): ۶۴-۸۸.

سعیدی نژاد، زهره؛ مظاهری، محمد علی و غباری بناب، باقر. (۱۳۸۸). تاثیر مداخلات معنوی به شیوه ی گروهی بر سلامت روان و خود شکوفایی. **تازه ها و پژوهش های مشاوره**؛ ۸(۳۱): ۱۱۵-۱۳۴.

فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده/سال اول/شماره، ۱/تابستان، ۱۳۹۰  
Journal of Family Counseling & Psychotherapy/Vol.1/Issue.1/summer, 2011  
صفحه ۵۴-۶۴، مقاله پژوهشی اصیل

عبادی، ندا؛ سودانی، منصور؛ فقیهی، علینقی؛ حسین پور، محمد.(۱۳۸۹). بررسی اثربخشی آموزش مثبت نگری با تاکید بر آیات قرآنی برافزایش امید به زندگی زنان مطلقه شهر اهواز. **یافته های نو در روانشناسی**؛ ۷۱-۷۱

۸۴

مجاهد، عزیزا...؛ کلانتری، مهرداد؛ مولوی، حسین؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ بخشانی، نورمحمد.(۱۳۸۸). مقایسه تاثیر درمان شناختی رفتاری با درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی بر سلامت روان همسران شهدا و

جانبازان. **مجله اصول بهداشت روانی**؛ ۴(۱۱): ۲۸۲-۲۹۱.

- Brennan, M. (2004). Spirituality and religiousness predict adaptation to vision loss in middle- aged and older adults, *The International Journal for the Psychology of Religion* ; 14 (3): 193-214.
- Exline, J. J. (2008). Beliefs about God and forgiveness in a Baptist church sample, *Journal of Psychology and Christianity*; 27: 131- 139.
- Farghadani, A., Navabinejad, S.H., & Shafiabady, A.(2010). Designing a model based mindfulness, non existential resistance to life and sociability focusing on search for meaning in life in divorced women. *Social and behavioral sciences*; 5: 1650-1664.
- Gahler, M. (2006). To divorce is to die a bit a longitudinal study of marital disrupt and psychological distress among Swedish women and men. *The Family Journal Counseling and Therapy for Couples and Families*; 14(4): 372-82.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, E.(2005). Psychometric of a Persian -language version of the Beck Depression Inventory-second Edition: BDI-II. *Depression and Anxiety*; 21:182-192.
- Giles, D. (2002). *Advanced research methods in psychology*. New York: Cambridge University Press.
- Hofmann, S.G.(2006). The importance of culture in cognitive and behavioral practice. *Cognitive Behavioral Practic*; 4(13): 243-54.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E., Larson, D.B.(2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
- Oliver, J.M., Murphy, S.L., Ferland. D.R., & Ross, M.J.( 2007 ). Contributions of the Cognitive Style Questionnaire and the Dysfunctional Attitude Scale to Measuring Cognitive Vulnerability to Depression. *Cognitive Therapy and Research* ; 31(1): 51-69.
- Propst, L.R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean ,T., Mashburn, D.(1992). Comparative efficacy of religious and non-religious cognitive behavioral therapy for the treatment of

بررسی اثربخشی روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور/انجمه حمید و همکاران

- clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 60: 98-103.
- Rossello, J., Bernal, G., & Rivera-Medina ,C.(2008). Individual and Group CBT and IPT for Puerto Rican Adolescents With Depressive Symptoms . *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*; 14(3): 234-245.
- Shamsaei ,F., Rahimi ,A., & Zarabian ,M.K.(2009). P01-288 Efficacy of pharmacotherapy and cognitive therapy, alone and in combination in major depressive disorder. *European Psychiatry*; 24,( 1), 34-56.
- Siegle, G. , Steinhauer, S. , Friedman, E. , Thompson, W., &Thase, M.(2011). *Remission Prognosis for Cognitive Therapy for Recurrent Depression Using the Pupil: Utility and Neural Correlates Biological Psychiatry*; 69( 8):726-733.
- Smits, J., Minhajuddin ,A., & Jarrett ,R.(2009). Cognitive therapy for depressed adults with co morbid social phobia. *Journal of Affective Disorders*; 114: 271-278.
- Thoresen ,C.E., & Harris ,H.S.(2002).Spirituality and health: What's the evidence and what's needed? *Annual Behavioral Medicine*; 24(1): 3-13.
- Worthington, E.L., Kurusu, T.A., McCullough, M.E., Sandage, S.J.(1996). Empirical research on religion and research on religion and Psychotherapeutic processes and outcome: A Ten-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin* ; 119: 448-87.