

معنوی بر افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران

دکتر صدیقه ترقی‌جاه

عضو هیات علمی وزارت علوم تحقیقات و فناوری

دکتر شکوه نوابی‌نژاد

عضو هیات علمی دانشگاه تربیت معلم

دکتر جعفر بوالهیری

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی

دکتر علیرضا کیامنش

عضو هیات علمی دانشگاه تربیت معلم

چکیده

هدف اصلی این پژوهش مقایسه میزان تأثیر دو رویکرد روان‌درمانی گروهی شناختی - رفتاری و معنوی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران است. آزمودنی‌های پژوهش از طریق اطلاعیه که در مرکز مشاوره و خوابگاه دانشگاه تربیت معلم حصارک و شهید بهشتی زده شده بود به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس از آنها آزمون افسردگی بک به‌عنوان پیش‌آزمون گرفته و آنگاه با مصاحبه تشخیصی افسردگی آنها تأیید شد. سپس به‌طور تصادفی در سه گروه که دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل بود قرار گرفتند. افراد انتخاب شده هیچ‌کدام دارو مصرف نمی‌کردند. یک گروه آزمایشی در ده جلسه گروه‌درمانی شناختی - رفتاری و گروه دیگری در ده جلسه معنویت درمانی شرکت نمودند، و گروه گواه هیچ مداخله روانشناختی دریافت نکردند. در پایان مداخله درمان هر سه گروه بار دیگر با آزمون یاد شده مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از آزمون t وابسته و مستقل و تحلیل واریانس

مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که: در مقایسه میانگین نمرات افسردگی سه گروه قبل از درمان تفاوت معناداری وجود ندارد. گروه درمانی شناختی - رفتاری و معنویت درمانی به‌طور معناداری ($P < 0/01$) در کاهش افسردگی دانشجویان مؤثر بوده است. در مقایسه میانگین نمرات افسردگی پس‌آزمون گروه درمانی شناختی و معنویت درمانی با مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری ($P < 0/01$) در کاهش افسردگی دانشجویان به‌وجود آمده است و اثربخشی روش دوم بارزتر بوده است، ولی در مقایسه دو روش آزمایشی با هم تفاوت معناداری مشاهده نشد.
واژه‌های کلیدی: افسردگی، گروه درمانی شناختی، گروه درمانی معنوی، دانشجویان

مقدمه

افسردگی یکی از مشکلات شایع در میان نوجوانان و جوانان و به‌خصوص زنان در جهان اسلام است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۵). آمار شیوع افسردگی در بین مردان ۱۰-۱۵ درصد و در بین زنان ۲۵-۱۵ درصد گزارش شده است (کاپلان و سادوک^(۱))، ۲۰۰۱ و ۲۰۰۵) همچنین افسردگی در بین همه بیماری‌های جسمی و روانی در بین زنان ۴۵-۱۵ سال شایع‌ترین بیماری شناخته شده است (سین‌ها^(۲))، ۲۰۰۲) و نیز در بین بیماری‌های عصبی و روانی افسردگی شایع‌ترین بیماری شناخته شده است (حدود ۲۰ درصد) (سین‌ها، ۲۰۰۲). علامت اصلی اختلال افسردگی یک دوره حداقل دو هفته‌ای است که در طی آن یا خلق افسرده است و یا علاقه و احساس لذت را تقریباً در طی همه فعالیت‌هایش از دست می‌دهد (DSM IV-TR، ۲۰۰۰) احساس عدم شادی ضعف روحی، خودکم‌بینی و خستگی، کاهش انرژی که ممکن است به‌صورت کاهش عملکردهای اجتماعی، شغلی، تحصیلی بروز کند از دیگر علائم افسردگی می‌باشد (هالون و ساترک، ۱۹۹۹). افسردگی یکی از مشکلاتی است که به‌مقدار زیادی مانع رشد و فعالیت و بالندگی جوانان می‌شود و هزینه‌های مالی سنگینی را در بخش درمان و کم‌کاری ناشی از افسردگی به جامعه تحمیل می‌کند بر اساس آمار جرت^(۳) در سال ۱۹۹۰ یک تا سه درصد جمعیت آمریکا از افسردگی اساسی رنج می‌برند که هزینه سالانه آن بالغ بر ۱۶/۳ میلیون دلار است (به نقل از گرجی، ۱۳۸۱؛ سادوک و سادوک، ۱۳۸۱).

1. Kaplan & Sadock

2. Sinha

3. Jarret

در ایران در مورد ابعاد مختلف سلامت روان گروه‌های دانشجویی، به ویژه افسردگی پژوهش‌هایی انجام گرفته است. بر اساس مطالعه نوربالا در سال (۱۳۷۴) بر روی دانشجویان دانشگاه‌های تهران ۱۴٪ دانشجویان مرد و ۸٪ دانشجویان زن افسردگی شدید داشتند. پژوهش احمدی نیز (۱۳۷۴) وجود افسردگی متوسط را در ۵۱٪ دانشجویان دانشکده‌های پزشکی شیراز و اهواز نشان می‌دهد و طبق مطالعه دیگر ۷۸ درصد از دانشجویان دانشگاه از بعضی از نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند که ۴۶ درصد آنها تا اندازه‌ای دچار افسردگی شدید می‌باشند که نیاز به خدمات تخصصی دارند (امینی و فرهادی، ۱۳۸۰). قادرزاده، باقری و همکاران (۱۳۸۵) در یک بررسی شیوع افسردگی را در دانشجویان دانشگاه یاسوج ۳۵/۶ (پسر ۳۸/۵ و دختر ۳۴/۲) اعلام کردند که باید نسبت به این تعداد حساس بود و برنامه‌ریزی کرد.

جهت حل این مشکل یکی از روش‌های رایج و معمول درمان افسردگی استفاده از تکنیک شناخت‌درمانی است که اثر درمانی آن با داروهای ضد افسردگی برابر و یا برتر از آن بوده است. (بک^(۱)، ۱۹۷۹؛ بلک برن^(۲)، ۱۹۸۹؛ تیزدل^(۳)، ۱۹۸۴؛ بک، ۱۹۸۵ به نقل از اسکات^(۴) و ویلیامز^(۵) و بک، ۱۹۹۱). بلک برن و دیویدسون^(۶) (۱۹۸۹) معتقدند که شناخت‌درمانی شیوه‌ای است که در آن مراجع موقعیت‌ها و فشارهای روانی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و دیدگاه‌هایش را نسبت به خود، جهان و آینده و آن اعتقادات و نگرش‌هایی که ظاهراً سبب افزایش آسیب‌پذیری وی در برابر اختلالات هیجانی می‌شوند تغییر می‌دهد. طبق بررسی‌های انجام شده درمان شناختی - رفتاری مؤثرتر از روان‌درمانی حمایتی و روان‌درمانی تحلیلی است (شیب لای و فازیو، ۱۹۷۳ به نقل از اسکات، ویلیامز و بک، ۱۹۹۱). از جمله شیوه‌های درمانی رفتار درمانی شناختی می‌باشد که در پژوهش‌های مختلفی اثربخشی آن در درمان افسردگی مورد تأیید قرار گرفته است (بک، ۱۹۷۸ به نقل از هاگا و همکاران^(۷)، ۱۹۹۱) طی ۲۰ سال گذشته، در

1. Beck

3. Teasdale

5. Williams

7. Haga

2. Black Burn

4. Scott

6. Daivdson

درمانگاہ‌ها و آزمایشگاہ‌های پژوهشی تمرکز زیادی بر توسعه و تبدیل شناخت درمانی فردی به شناخت درمانی گروهی شده است و این روش نشان داده است که به اندازه شناخت درمانی فردی در درمان افسردگی مؤثر بوده است (فری، ۱۹۹۹).

تکنیک مشاوره و روان‌درمانی با رویکرد شناختی گروهی است که به‌عنوان الگویی ترکیبی از روش آرون بک (بک و همکاران، ۱۹۷۹) و رایان مک‌مالین^(۱) (مک‌مالین و جایلز^(۲)، ۱۹۸۱) و ایلس استفاده شده است.

اخیراً بهره‌وری از روش مشاوره با رویکرد معنویت در تغییر نگرش فرد برای رفع افسردگی صورت گرفته است. تحقیقات نشان می‌دهد که تلاش‌های مذهبی و معنوی مانند یوگا، مراقبه، دعا، نماز و حضور در مراسم مذهبی شانس بهبود مراجعان را افزایش می‌دهد (کوئینگ و پترسون^(۳)، ۱۹۹۸) و بررسی‌های اخیر نشان داده شده که همبستگی مثبتی میان سلامت روانی و اعتقادات معنوی وجود دارد (برگین و ریچاردز، ۱۹۹۹) بنابراین روان‌درمانگران می‌توانند با آگاهی از اعتقادات مراجعین در جهت تغییر رفتار وی از مداخلات معنوی استفاده کنند (ریچاردز و برجین^(۴)، ۲۰۰۰). این نوع روش در مورد مراجعانی که گرایش مذهبی داشته‌اند موفقیت‌آمیز بوده است (بین و همکاران^(۵)، ۱۹۹۲) در تحقیقی که پراپس و همکاران^(۶) (۱۹۹۲) در زمینه کارگروهی با مراجعان افسرده از طریق مقایسه گروه کنترل و گروه مشاوره معنوی به عمل آورد نتایج به‌دست آمده برابر یا بهتر از نتایجی بود که توسط درمان شناختی رفتاری به‌دست آمده بود آنها معتقد بودند که اگر نتایج این تحقیق بار دیگر تأیید شود تلویحات مهمی برای سلامتی جامعه خواهد داشت و طبق گفته هدلی (۲۰۰۳) استفاده از درمان معنوی در دهه‌های اخیر در دنیا رایج و مؤثر واقع شده است و اخیراً مقالات و کتب بسیاری درباره کارآمدی ادغام معنویت با درمان پزشکی و مشاوره و روان‌درمانی به رشته تحریر درآمده است (بنسون^(۷)، ۱۹۹۶؛ ریچاردز و برگین، ۲۰۰۰؛ کوئینگ^(۸)، ۱۹۹۷، ۱۹۹۹ و وست، ۲۰۰۰). پراست و دیگران (۱۹۸۰) عنوان می‌کنند که ادغام معنویت با مشاوره

1. McMullin
3. Peterson
5. Payne
7. Benson

2. Giles
4. Richards & Bergin
6. Propst
8. Koenig

می‌تواند نتایج و پیامد و اثربخشی مشاوره را افزایش دهد. در این مقاله تأثیر مشاوره و روان‌درمانی با رویکرد شناختی و رویکرد شناختی معنوی بر کاهش افسردگی دانشجویان دختر مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته است.

با توجه به شیوع بالای اختلال افسردگی پژوهش حاضر کوشیده است که از مشاوره گروهی به جای مشاوره فردی که از نظر هزینه و مدت درمان با صرفه‌تر است با استفاده از دو رویکرد مشاوره گروهی شناختی و مشاوره گروهی معنوی سود جوید.

فرضیه‌های تحقیق

۱- استفاده از مشاوره گروهی با رویکرد شناختی در تغییر میزان افسردگی دانشجویان دختر تأثیر دارد.

۲- استفاده از مشاوره گروهی با رویکرد معنوی در تغییر میزان افسردگی دانشجویان دختر تأثیر دارد.

۳- تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنوی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر بیشتر از تأثیر مشاوره شناختی است.

روش پژوهش

برای آزمایش فرضیه‌های مطرح شده از روش تحقیق شبه‌تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و اندازه‌گیری مکرر استفاده شد مراجعانی که به تشخیص مشاور و معیارهای تشخیصی DSM-IV و تست بک، افسردگی داشتند و از دارو هم استفاده نمی‌کردند، انتخاب شدند. برنامه مداخله‌ای از پیش طراحی شده به گروه‌های آزمایشی ارائه و نتایج اثرات مداخله با گروه کنترل مقایسه شد و نتایج یافته‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از تکنیک‌های آماری مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفت.

جامعه آماری این تحقیق دانشجویان افسرده دختر دانشگاه‌های تربیت معلم و شهید بهشتی در سال ۸۶-۸۵ بودند.

ابتدا از افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره به روش نمونه‌گیری در دسترس یک مصاحبه غربالگری بر اساس معیارهای DSM-IV به عمل آمد و پس از مشخص شدن افسردگی آنها تست افسردگی بک انجام گرفت و سپس با توجه آزمون به عمل آمده از

میان آنان افرادی که نمرهٔ آزمون بک آنها از ۱۴ بیشتر و از ۴۳ کمتر بود (یعنی افرادی با افسردگی خفیف و متوسط) ۳۰ نفر انتخاب شدند و با توجه به نمرهٔ آزمون بک، افراد در سه گروه هم‌تا جایگزین شدند. به عبارتی در دو گروه مداخلهٔ آزمایشی، گروه درمانی رویکرد معنوی و رویکرد شناخت درمانی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. گروه‌ها پس از ریزش هر گروه با تعداد ۸ نفر تشکیل گردید میانگین سنی سه گروه به ترتیب ۱۹/۸، ۲۲/۱، ۲۱/۳ سال و همه دانشجویان دورهٔ کارشناسی دانشگاه‌های تربیت معلم و شهید بهشتی تحصیل می‌کردند که ۶۵/۲٪ آنها جزء گروه علوم انسانی و ۳۴/۸٪ آنها جزء گروه علوم پایه بودند، در گروه‌های آزمایش هر کدام یک متأهل داشتند و بقیه مجرد بودند. بنابراین می‌توان گفت که دو گروه تا اندازه‌ای از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با هم هم‌تا شده‌اند.

ساختار هر جلسهٔ مشاورهٔ گروهی با ساختار رویکرد شناختی و رویکرد معنوی بر اساس منابع در دسترس تدوین گردید (بلک برن و همکار، ۱۹۸۹؛ فری، ۱۹۹۹؛ برگین و ریچاردز، ۱۹۹۹).

ساختار جلسات برای گروه آزمودنی اول طی ۱۰ جلسه هفته‌ای دو جلسهٔ یک و نیم ساعته رویکرد معنویت (شامل نگرش در مورد مبدأ جهان، هدف زندگی، جهان پس از مرگ، نگرش در مورد ماهیت جهان، زندگی و نگرش در مورد ماهیت انسان و...) به شکل گروهی ارائه شد. در جلسهٔ اول معارفه، توضیح دربارهٔ اهداف و مقررات گروه و اثر فعالیت گروه در حل مشکلات توسط درمان‌گر توضیح داده شد، و اعضا پس از معرفی مقداری دربارهٔ خود صحبت کردند. در جلسهٔ دوم در آغاز نظر اعضا نسبت به جلسهٔ گذشته بررسی شد و در رابطه با علائم افسردگی و سبب‌شناسی آن در گروه بحث گردید، آشنایی افراد با نیازهایشان و این‌که اضافه بر نیاز اجتماعی، جسمانی و روانی همهٔ ما نیاز معنوی نیز داریم و باید به آن هم توجه کنیم صحبت شد. در جلسهٔ سوم اعضای گروه با مشاوره با رویکرد معنوی به بحث پرداخته و آشنا شدند. در جلسهٔ چهارم توضیح بیشتری در خصوص رویکرد درمانی داده شد. جلسهٔ پنجم با بررسی و تحلیل افکار، نگرش‌ها، احساسات و بحث و تجزیه و تحلیل در زمینهٔ مسائل مطرح شده در مورد خداوند و دادن تکلیف طی شد. در جلسات ششم، هفتم، هشتم و نهم، تشریح چگونگی مقابله با افسردگی در گروه با استفاده از رویکرد معنویت و ارتباط انسان با

خداوند با خودش و با دیگران و بحث و گفتگو در زمینه صبر، توکل، دعا و تأثیرات آن در کاهش افسردگی و دادن تکلیف در هر جلسه ادامه یافت. در جلسه دهم جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و اجرای پس‌آزمون صورت گرفت.

ساختار جلسات برای گروه آزمایشی دوم یعنی رویکرد شناخت درمانی هم همان تعداد جلسات به صورت ارائه روش شناخت درمانی بک و مایکن‌بام (۱۹۷۱) که تکنیک آن در کتب مرجع آمده ارائه شد.

جلسه اول: معارفه، توضیح درباره اهداف و مقررات گروه. جلسه دوم: بررسی و بیان مشکل مشترک اعضا و ایجاد انگیزه برای درمان توضیح داده شد. جلسه سوم: اعضای گروه با مشاوره با رویکرد شناختی رفتاری آشنا شده و به بحث پرداختند و در ادامه بحث گروه به این نتیجه رسیدند که شیوه اندیشیدن آنها باعث تحریک احساسات آنان می‌شود. جلسه چهارم: در آغاز نظر آنها نسبت به جلسه‌های قبل پرسیده شد و سپس توضیح بیشتری در خصوص رویکرد رویکرد درمانی شناختی مانند افکار خودآیند - منفی داده شد و برای کشف افکار منفی و خطاهای منطقی به اعضا کمک شد. جلسه پنجم با بررسی تحلیل افکار، نگرش‌ها و احساسات آزاردهنده اعضای گروه مربوط به افسردگی و آشنایی آنها با مدل ABCD. در انتهای این جلسه اصول این روش به آنها آموزش داده شد. جلسه ششم: شناخت تحریف‌های شناختی رفتاری افسردگی آموزش داده شد. جلسه هفتم و جلسه هشتم: روش‌های مقابله با تحریف‌های شناختی رفتاری، مهارت‌ها و تکنیک‌های مقابله با افسردگی بحث و گفتگو شد و تمرین‌هایی را اعضا گروه انجام دادند. جلسه نهم و جلسه دهم: انجام تمرین‌های عملی اعضای گروه و جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و در انتهای جلسه اجرای پس‌آزمون صورت گرفت. گروه کنترل هم فقط در پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت کردند و مداخله درمانی دریافت نکردند.

ابزار اندازه‌گیری

ابزار به کار گرفته شده در این پژوهش عبارت بود از: پرسش‌نامه اطلاعات شخصی و مقیاس افسردگی بک. در پرسش‌نامه اطلاعات شخصی اطلاعاتی مربوط به سن، تحصیلات، رشته، و ترم افراد مورد پژوهش پرسیده شد. در زمینه مذهبی بودن افراد جداسازی انجام نگرفت و افراد به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایشی قرار گرفتند.

پرسش‌نامه افسردگی بک: توسط آرون بک در سال ۱۹۶۱ تدوین شد و در سال ۱۹۷۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت این پرسش‌نامه یکی از پرکاربردترین ابزارهای اندازه‌گیری افسردگی است. بررسی‌های گسترده‌ی زیادی در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی (پایایی و روایی) و کاربرد مناسب برای آزمون انجام گرفته است (بک، استیر و گاربین^(۱)، ۱۹۸۸ به نقل از کاوانگ و ویلسون، ۱۹۸۸).

بامبری، الیور و مک‌لیور (۱۹۷۶)، به نقل از موتابی، (۱۳۷۳) دریافتند که نمرات مقیاس بک در جمعیت دانشجویی با درجه‌بندی مصاحبه‌ی روانپزشکی همبستگی دارد ($r = 0/77$) در این بررسی پایایی آزمون به روش پیش‌آزمون - پس‌آزمون حدود $0/75$ و روایی به روش تنصیف $0/90$ به دست آمد. بک (۱۹۷۲)، به نقل از اوایل و کاز میزاک، (۱۹۹۷) در بررسی‌های گوناگون ضریب همبستگی نمرات پرسش‌نامه را بین $0/31$ تا $0/68$ گزارش نمود و نتیجه‌ی پایایی آزمون - بازآزمون آن بیش از $0/60$ گزارش شده است (بک و استیر، ۱۹۸۴ به نقل از اوایل و کاز میزاک، ۱۹۹۷). این آزمون بارها در پایان‌نامه کارشناسی ارشد و دکتری در دانشگاه‌ها (نوربالا و نریمانی، ۱۳۷۴؛ صادق‌گرچی، ۱۳۸۱؛ آخوند مکه‌ای، ۱۳۷۶) مورد استفاده قرار گرفته است و در تمامی موارد از روایی و پایایی بالایی برخوردار بوده است.

یافته‌های پژوهش

به منظور بررسی وضعیت نمرات سطح افسردگی افراد نمونه آماری در گروه‌ها از آزمون آماری ANOVA (آنالیز واریانس) و همچنین از آزمون توکی (TUEKY) استفاده شد که نتایج به دست آمده در جداول شماره ۱ الی ۳ نشان داده شده است.

جدول ۱ - نتایج تحلیل واریانس ANOVA سه گروه تحت بررسی در مقیاس افسردگی بک در مرحله پیش‌آزمون

منابع پراکنندگی	مجموع امتیازات	درجه آزادی	میانگین	نسبت F	سطح معناداری
بین گروهی	۱۸/۲۸	۲	۹/۱۲۵	۰/۱۱۲	۰/۸۹۵
درون گروهی	۱۷۱۴/۲۵	۲۱	۸۱/۶۳۱		
جمع	۱۷۳۲/۵	۲۳			

1. Beck, Streer & Garbeen

همانگونه که ارقام جدول بالا نشان می دهد بر اساس F تفاوت معناداری بین نمرات سطح افسردگی افراد نمونه آماری در مرحله قبل از آزمون مشاهده نمی شود. بنابراین گروه ها از نظر نمرات افسردگی در گروه ها همسان شده اند. شایان ذکر است که میانگین گروه شناخت درمانی ۲۳/۷۵ با انحراف استاندارد ۹/۰۹ و معنویت درمانی ۲۴/۶۲ با انحراف استاندارد ۸/۱۵ و گروه گواه ۲۵/۸۷ با انحراف استاندارد ۹/۷۷ می باشد.

جدول ۲ - نتایج تحلیل واریانس ANOVA سه گروه تحت بررسی در مقیاس افسردگی بک در مرحله پس آزمون

منابع پراکندگی	مجموع امتیازات	درجه آزادی	میانگین	نسبت F	سطح معناداری
بین گروهی	۱۶/۵۲	۲	۸۲۹/۲۹	۳۱/۳۵	۰/۰۰۰
درون گروهی	۵۵۳/۳۷	۲۱	۲۶/۳۵		
جمع	۲۲۰۵/۹۵	۲۳			

همانگونه که ارقام جدول بالا نشان می دهد بر اساس آزمون F تفاوت معناداری بین نمرات سطح افسردگی افراد نمونه آماری در مرحله پس آزمون مشاهده می شود. بنابراین گروه ها از نظر نمرات افسردگی در گروه ها با هم متفاوت هستند. شایان ذکر است که میانگین گروه شناخت درمانی ۶/۶۲ با انحراف استاندارد ۲/۳۸ و معنویت درمانی ۵/۲۵ با انحراف استاندارد ۵/۱۴ و گروه گواه ۲۳/۵ با انحراف استاندارد ۶/۸۴ می باشد.

همانطور که ملاحظه می شود با اطمینان ۰/۹۹ می توان پذیرفت که بین سه گروه تحت بررسی تفاوت معناداری وجود دارد ولی برای بررسی دقیق تر این که کدام گروه بر دیگری ترجیح دارد باید از آزمون های دقیق تری که یک به یک میانگین ها را با هم مقایسه می کند استفاده شود که برای این بررسی از آزمون توکی (HSD) سود جستیم.

جدول ۳ - آزمون توکی برای مقایسه نمرات سه گروه

تفاوت میانگین ها	گروه گواه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد میانگین	سطح معناداری
شناخت درمانی	گروه گواه	۱۶/۸۷۵	۲/۵۶	۰/۰۰۰
معنویت درمانی	معنویت درمانی	۱/۳۷۵	۲/۵۶	۰/۱۸۵
معنویت درمانی	گروه گواه	۱۸/۲۵	۲/۵۶	۰/۰۰۰
شناخت درمانی	شناخت درمانی	۱/۳۷۵	۲/۵۶	۰/۱۸۵
گروه گواه	معنویت درمانی	۱۸/۲۵	۲/۵۶	۰/۰۰۰
	شناخت درمانی	۱۶/۸۷	۲/۵۶	۰/۰۰۰

مشاهده داده‌های جدول نشان می‌دهد که هر دو روش درمان‌گری در مقایسه با گروه کنترل توانسته‌اند حداقل در سطح ۰/۹۹ افسردگی اساسی را کاهش دهند. ولی تفاوت میانگین‌ها در دو شیوه درمانی معادل ۱/۳۷ است که از توکی مورد انتظار بیشتر است لذا تفاوت معناداری بین دو شیوه وجود ندارد.

چنانچه جدول بالا نشان می‌دهد با توجه به تفاوت میانگین‌های گروه شناخت‌درمانی گروه کنترل در آزمون توکی سطح معناداری به دست آمده برابر ۰/۰۰۱ معلوم شده است و این سطح از معنا در دو دامنه، کوچکتر از سطح آلفای ۰/۰۱ می‌باشد لذا می‌توان چنین قضاوت کرد که اختلاف معناداری بین نمرات آزمون افسردگی در مرحله پس از آزمون این دو گروه مشاهده می‌شود و این نشان‌دهنده مؤثر بودن مداخله مشاوره‌ای شناختی بوده است. این یافته در تأیید فرضیه اول پژوهش است. بدین معنی که آزمون‌هایی که در گروه شناخت‌درمانی بودند نسبت به گروه کنترل بهبودی بیشتری در میزان افسردگی خود داشتند به حدی که این تفاوت معنادار است.

با توجه به تفاوت میانگین‌های گروه‌های معنویت‌درمانی و کنترل در آزمون توکی سطح معناداری به دست آمده برابر ۰/۰۰۱ معلوم شده است و این سطح از معناداری در دو دامنه، کوچکتر از سطح آلفای ۰/۰۱ می‌باشد لذا می‌توان چنین قضاوت کرد که اختلاف معناداری بین نمرات آزمون افسردگی در مرحله پس از آزمون این دو گروه مشاهده می‌شود و این نشان‌دهنده مؤثر بودن مداخله مشاوره‌ای معنوی بوده است. این یافته در تأیید فرضیه دوم پژوهش است. بدین معنی که آزمودنی‌هایی که در گروه معنوی درمانی بودند نسبت به گروه کنترل بهبودی بیشتری در میزان افسردگی خود داشتند به حدی که این تفاوت معنادار است.

با توجه به تفاوت میانگین‌های گروه‌های معنوی‌درمانی و شناختی در آزمون توکی سطح معناداری به دست آمده برابر ۰/۸۵ معلوم شده است و این سطح از معناداری در دو دامنه، بزرگتر از سطح آلفای ۰/۰۱ می‌باشد و این نشان‌دهنده این است که دو روش معنوی درمانی و شناختی از نظر تأثیر در کاهش افسردگی با هم تفاوت معناداری را نشان نمی‌دادند که بدین وسیله فرضیه سوم پژوهش تأیید نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که بیان شد این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد شناختی و رویکرد معنوی بر روی افسردگی گروهی از دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران انجام شد. فرضیه یک این پژوهش عبارت بود از این‌که «مشاوره گروهی با رویکرد شناختی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر مؤثر است» مقایسه تفاوت میانگین‌های نمرات آزمون افسردگی بک در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایشی با تفاوت میانگین گروه گواه از نظر آماری معنادار نشان داده شد. از آنجا که مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون افسردگی بک دو گروه آزمایشی و گواه، تفاوتی در مرحله پیش از مداخله درمانی نشان نداد می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت معنی‌دار ایجاد شده در میانگین تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه صرفاً به خاطر مداخله روانشناختی است. به بیان دیگر روش گروه‌درمانی شناختی در کاهش افسردگی دانشجویان دختر مؤثر بوده است. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های دیگر که در زمینه گروه‌درمانی شناختی برای کاهش افسردگی انجام شده است، همسو می‌باشد (کوی^(۱) و لیپ‌من^(۲)، ۱۹۸۱؛ گراف و لکمپ^(۳)، ۱۹۸۶؛ کلارک، هاپز و اندروز^(۴)، ۱۹۹۰؛ نزو^(۵)، ۱۹۸۶؛ نزو و پری^(۶)، ۱۹۸۹؛ رهم، کاسلو و رابین^(۷)، ۱۹۸۷؛ و اسکات و استرادلینگ^(۸)، ۱۹۹۰، به نقل از پترسون و هالیستید، ۱۹۹۸)، در بررسی‌های یاد شده به‌طور متوسط اعضای هر گروه در ۱۲ جلسه گروه‌درمانی شناختی شرکت نموده‌اند در بررسی حاضر در گروه آزمایشی حدود ۷۰٪ (نمرات از ۲۳/۷۵ به ۶/۶۲۵) کاهش در نمرات پرسش‌نامه بک دیده شد (در این بررسی مراجعان دو جلسه کمتر شرکت کردند) در پژوهش دیگر (پترسون و هالیستید، ۱۹۹۸) اعضا در ۶ جلسه گروه‌درمانی شرکت نمودند و نتایج نشان می‌داد که میانگین نمرات پرسش‌نامه بک از ۲۵/۸ قبل از درمان به ۱۵/۵ بعد از درمان کاهش پیدا کرد. یعنی نمرات در حدود ۴۰٪ کاهش را نشان می‌دهد.

1. Covi

3. Greff & Lecompte

5. Nezu

7. Rehm & Kaslow & Rabin

2. Lipman

4. Clarke & Hops & Andrews

6. Perri

8. Scot & Sturadling

در پژوهشی که نصرآبادی و همکاران (۱۳۸۱) انجام دادند نمرات افسردگی بک ۵۰٪ کاهش را در مقایسه پیش و پس از آزمون نشان می‌دهد.

فرضیه دوم عبارت بود از "مشاوره گروهی با رویکرد معنوی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر مؤثر است". این یافته با یافته‌های پژوهش دیگر که در زمینه معنویت درمانی برای کاهش افسردگی انجام شده است همسو می‌باشد. (کوئنگ و پترسون، ۱۹۸۹؛ اسکات ریچاردز و آلن. ای بیرجین، ۱۹۹۹ و لاک، ۱۹۹۲) این افراد در تحقیقات خود به این نتیجه رسیده‌اند که معنویت درمانی می‌تواند خلاءهای روحی انسان را پر کند و باعث کاهش افسردگی و همچنین پراپست و همکاران (۱۹۹۲) در زمینه کار گروهی که با مراجعان افسرده از طریق مقایسه گروه کنترل و مشاوره معنوی انجام دادند، نتایج به دست آمده برابر یا بهتر از نتایجی بود که توسط درمان شناختی- رفتاری به دست آمده بود. چنانچه در تحقیق حاضر نتایج نشان می‌داد که میانگین نمرات پرسش‌نامه بک ۲۴/۶۲۵ پیش از درمان به ۵/۲۵۰ پس از درمان کاهش پیدا کرد که حدود ۷۸٪ کاهش را نشان می‌دهد.

فرضیه سوم تحقیق عبارت بود از "تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنوی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر بیشتر از تأثیر مشاوره شناختی است". مقایسه میانگین تفاوت نمرات آزمون افسردگی بک در پیش آزمون و پس از آزمون گروه معنویت با شناختی از نظر آماری معنادار نبود و این یافته با نتیجه پژوهش جانسون، ۱۹۹۰؛ پچور و ادواردز، ۱۹۸۴ همخوانی دارد آنها دریافته‌اند شناخت درمانی با رویکرد معنوی و مذهبی در مراجعان افسرده مسیحی از نظر آماری نتیجه معناداری نسبت به سایر روش‌ها نداشته است ولی گارتز و همکاران در ۱۹۹۱ پیشنهاد کردند که مسیحیان کاهش بیشتری در علائم افسردگی خواهند داشت اگر از روش درمانی هماهنگ با اعتقادات آنها استفاده شود همچنان پراپست و همکاران و نیز ورثینگتن و همکاران، ۱۹۹۶ دریافته‌اند که شناخت درمانی معنوی مؤثرتر از شناخت درمانی استاندارد در گروهی از مراجعین افسرده مسیحی بوده است (به نقل از هاوکینز و همکاران، ۱۹۹۹).

منابع

- آخوند مکه‌ای، ز. (۱۳۸۶). بررسی تأثیرات شناخت درمانی گروهی به روش بک بر کاهش افسردگی نوجوانان شهر اصفهان.
- امینی، ف. و فرهادی، ع. (۱۳۸۰). بررسی میزان شیوع اضطراب و افسردگی و تأثیر آنها بر عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. ویژه‌نامه همایش دانشجو و بهداشت روانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- حنا سبزه‌زاده، م. (۱۳۷۸). بررسی کارآیی درمان شناختی - رفتاری روی نگرش ناسالم و علائم افسردگی در توجه جوانان مبتلا به اختلالات افسردگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران.
- زارب، ژ. (۱۳۸۳). ارزیابی و شناخت - رفتاردرمانی نوجوانان. ترجمه م. خدایاری فرد و ی. عابدینی. تهران: انتشارات رشد.
- سادوک، ب. جی. و ویرجینیا ای. س. (۱۳۸۱). راهنمای جیبی روانپزشکی، بالینی کاپلان و سادوک. ترجمه ع. خلیقی سیگارودی. تهران: انتشارات سماط.
- قادرزاده ب.؛ براتی، م. و ملک‌زاده، ج. (۱۳۸۵). بررسی برخی عوامل مرتبط با افسردگی در دانشجویان دانشگاه‌های یاسوج. مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان ۲ - ۳ خرداد ۱۳۸۵، دانشگاه علم و صنعت.
- کاپلان و سادوک. (۱۳۷۵). روانپزشکی کاپلان. ترجمه ح. نام‌آور. تهران: انتشارات حیان.
- گرچی، ص. (۱۳۷۹). مقایسه اثر روش‌های مشاوره فردی و گروهی با تأکید بر روش عقلانی - عاطفی در کاهش باورهای غیرمنطقی بزهکاران پسر ۱۸ - ۱۴ ساله کانون اصلاح و تربیت تهران در سال ۷۹ - ۷۸. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- موتابی، ف. (۱۳۷۸). مقیاس افسردگی بک. انستیتو روانپزشکی تهران.
- نوربالا، م. ع. (۱۳۷۶). پژوهشی در رابطه بین وابستگی مذهبی و افسردگی. مجموعه مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان. آذر ماه. تهران.
- موسوی، م. (۱۳۷۶). تأثیر واقعیت‌درمانی بر روی دانشجویان افسرده. دانشگاه تربیت معلم.
- هارتون، ک.؛ سادوس کیس، پ. م.؛ کرک، ج. و کلارک، د. م. (۱۳۷۶). رفتاردرمانی شناختی. ترجمه ح. قاسم‌زاده. تهران: انتشارات ارجمند.

American Psychological Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed)*. Washington, DC: Author.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and emotional disorder*. New York International Universities Press.

- Beck, A. T. (1979). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects harper and row*. New York.
- Black, B. & Davidson. (1989). *Cognitive Ttherapy for depression and anxiety*. London, Blackwell Scientific Publication L.T.D.
- Clark, D.A.; Beck, T.A.T. & Alford, B.A. (1999). *Scientific foundations of Cognitive Ttherapy and therapy of depression*. New York, John Wiley & Sons Inc.
- Free, M. (1999). *Cognitive Therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. New York, John Wiley & Sons.
- Haga, D.F.; Dyck, M.J. & Ernest, D. (1991). Empirical status of Cognitive Therapy of depression. *Psychology Bulltein*, 10, 237-242.
- Halonen, F.S. & Santrock, G.W. (1999). *Psychology (Con text and Aplication)*. Third edition, McGraw-Hill Companies Inc, New York, American.
- Hedley, G. Peach. (2003). *Religion, spirituality and health: How should Australia's medical professionals response? MGA*, 178, 86-88.
- Johnson, W.B. (1990). *The comparative efficacy of religious and nonreligious Rational-emotive Therapy with religious clients*. Unpublished doctoral dissertation, graduate school of psychology, Fuller Theological Seminary, Pasadena, CA.
- Kaplan, H.I. & Sadock. B.J. (2005). *Synopsis Psychiatry, Behavioral Science/Clinical Psychiatry* (9th ed.) Baltimore: Williams & Wilkins, 685-699.
- McMullin, R.E. (1986). *Handbook of Cognitive Therapy techniques*. New York: WH Norton and Company.
- McMullin, R.E. & Giles, T.R. (1981). *Cognitive-behavior Therapy: A Restructuring Approach*. New York: Grune and Stratton.
- Neeleman, J.; Halpern.; leon, D. & Iewis, G. (1997). Lolercon suicid, religion and suicid rates an Ecological and Individual study in western countries. *Psychological Medicin*, 27(5), 165-171.
- Oel, T.P.S. & Kazmieczak, T. (1997). Factors associated with drop out in a group Cognitive Behavior Therapy for mood disorder. *Behavier Research and Therapy*, 35, 1025-1030.

- payne, I.R.; Bergin, A.E. & Loftus, P.E. (1992). A review of attempts to integrate spiritual and standard psychotherapy techniques. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2, 171-92.
- Peterson, A.L. Halstead, T.S. (1998). Group Cognitive Behavior Therapy for depression in a community setting: Aclinical replication series. *Behavior Therapy*, 29-34.
- 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 clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 98-103.
- Richards, P.S. & Bergin, A.E. (2000). *Hand Book of psychotherapy and religious diversity*. Washington, DC. American Psychological Association.
- Scott, J.; Williams, J.M. & Beck, A.T. (1991). *Cognitive Therapy in clinical practice*. New York: Routledge American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual disorders. & edition (DSM-IV). Washington, D.C. American. Psychiatric Association.
- Scott, P.R. & Allen, E.B. (1999). *Aspiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Third printing September, American. Psychological.
- Sinha, S.C. (2002). *Dipression Behaviour Therapy approach*, Refrence Press. Worthington, E.L.; JR. Kurusu, T.A.; McCullough, M.E. & Sandage, S.J. (1996). Empirical research on religion and research on religion and psychotherapeutic processes and outcome: A 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, 119, 448-487.
- West, W. (2000). *Psychotherapy & Spirituality (Crossing the line between therapy and religion)*. SAGE Publications.