مقاله پژوهشی

اثربخشی شناخت درمانی در کاهش افسردگی بیماران جذامی شهر تبریز

روشنک زلال[1]، دکتر علیرضا آقایوسفی[2]، دکتر اکبر رضایی[3]

تاریخ دریافت: 1391/09/29 تاریخ پذیرش: 1391/11/27

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: از مسائل مهمی که مبتلایان به بیماری‌های جسمی مزمن با آن روبرو هستند، مشکلات روان و هیجانی نظیر افسردگی می‌باشد. به طورکلی ۱۰- ۵ درصد از بیماران جسمی در مراقبت‌های اولیه درمان از افسردگی اساسی رنج می‌برند. هدف از انجام این پژوهش ارزیابی اثربخشی شناخت‌درمانی در بیماران جذامی افسرده می‌باشد.

مواد و روش‌کار: در این پژوهش طرح پژوهشی شبه‌آزمایشی با دو گروه و چهار مرحله اندازه‌گیری مورد استفاده قرار گرفت. ۳۲ بیمار زن و مرد در دسترس مبتلا به جذام مرکز تحقیقات پوستی بابا باغی تبریز در این مطالعه مشارکت کردند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های افسردگی بک و افکار خودکار در دوره‌های زمانی قبل (پیش‌آزمون)، در حین (پس‌آزمون ۱)، بعد (پس‌آزمون ۲) و همچنین یک ماه بعد از مداخله (پس‌آزمون ۳) استفاده شد. مداخله شناخت درمانی در گروه آزمایش با ۲۰ جلسه و یک بار در هفته و به مدت دو ساعت انجام شد. در این مطالعه برای تحلیل داده‌ها از از تحلیل کوواریانس استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج حاصل نشان داد که افسردگی مبتلایان جذامی افسرده بعد و یک ماه بعد از مداخله کاهش معنی‌داری (درسطح ۰/۰۵) در مقایسه با قبل از مداخله داشته است.

نتیجه‌گیری: شناخت درمانی نقش مهمی در کاهش افسردگی بین بیماران جذامی افسرده دارد و تداوم اثربخشی آن حداقل یک ماه بعد از مداخله مشاهده شد.

کلید واژه‌ها: شناخت درمانی، افسردگی، بیماران جذامی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره اول، ص ٤٤-۳۸، فروردین ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: تبریز، ابتدای خیابان حکیم نظامی، دانشگاه پیام نور استان آذربایجان شرقی مرکز تبریز، گروه روانشناسی، تلفن:۰۹۱۴۳۶۲۱۲۴۲

Email: Akbar528@yahoo.com

مقدمه

بیماری جذام از جمله کهن‌ترین بیماری‌های مزمن و ناتوان کننده است که آثار ویرانگر خود را هر ساله بر چهره نیم میلیون نفر در سراسرجهان می‌گذارد. کهن‌ترین سوابق مکتوب درمورد جذام واقعی مربوط به هندوستان است که از ۶۰۰ سال پیش از میلاد وجود دارد. جذام در سال ۵۰۰ پیش از میلاد از هند به چین سرایت کرده و از آنجا به ژاپن منتقل شده است. جذام واقعی در غرب ظاهراً مربوط به یونان و سنوات سوم پیش از میلاد است که سربازان اسکندر در سال‌های ۳۲۶ و ۳۲۷ (ق - م) به همراه غنایم جنگی (ابریشم) از جنگ‌های هند، عامل جذام را همراه خود آورده‌اند (۱). جذام هنوز هم در افریقا، آسیا، آمریکای لاتین وجود دارد و یک نگرانی بهداشتی در ۹ کشور از جمله شش کشور در قاره آفریقا به شمار می‌رود. سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۴ بیش از ۴۰۰ هزار مورد جدید جذام را در ۱۴ کشور شناسایی کرده است. براساس آمار منتشر نشده وزارت بهداشت در سال ۱۳۶۲ در ایران ۱۲ هزار نفر جذامی وجود داشته است ولی گاه منابع غیر رسمی میزان جذام را ۵ تا ۱۰ هزار نفر تخمین می‌زنند که در روستاهای دور دست زندگی می‌کنند.

به طور کلی ۵ الی ۱۰ درصد از بیماران جسمی در مراقبت‌های اولیه درمان از افسردگی اساسی رنج می‌برند و شیوع افسردگی بیماران بستری در بیمارستان حتی بیشتر از ۱۵ درصد می‌باشد. همچنین افسردگی در پیش آگهی بیماری‌ها و بهبود آن‌ها تأثیر منفی دارد (۲).

[1] کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور تهران

[2] دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور

[3] دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور (نویسنده مسئول)

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

بررسی انجام یافته توسط انستیتو روانشناسی کالج ژاپن در اردوگاه جذامیان ژاپنی در پنج سال (۲۰۰۴- ۲۰۰۰) نشان داد که از ۳۸۵ بیمار جذامی بستری ۴۸ نفر مبتلا به افسردگی بودند و بررسی سال‌های گذشته (۲۰۰۴ -۱۹۰۷) حاکی از این بوده است که ۴۱ نفر از بیماران جذامی بر اثر افسردگی اقدام به خودکشی کرده‌اند (۳). یک مطالعه دیگر در ترکیه نشان داد که ۶۵ درصد جذامیان به صورت بالینی افسرده می‌باشند (۴). نتایج پژوهشی در بنگلادش که حالت‌های افسردگی را در جذامیان بررسی کرده است، تأیید کننده این مورد بود که حالت‌های افسردگی در جذامیان، بسیار شدیدتر از جمعیت عادی می‌باشد. این یافته با نتایج پژوهش مشابهی که در هندوستان انجام گرفته است، کاملاً مطابقت دارد (۵).

با توجه به مطالب فوق به نظر می‌رسد، مسئله نوتوانی این بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هدف از نوتوانی بیمار، توسعه و اصلاح کیفیت زندگی و برگرداندن هرچه سریع‌تر بیمار به روش زندگی طبیعی و در این بیماران تقریباً طبیعی است (۶). رویکرد درمان شناختی از جمله اقدامات روانی اجتماعی است که در آن افراد مبتلا به نا راحتی‌های عاطفی، با هدایت درمانگر و تعاملات گروهی در جهت اصلاح هدایت می‌شوند (۷). طبق دیدگاه شناختی فرض می‌شود که هیجانات و رفتارهای فرد تحت تأثیر ادراک آن‌ها از حوادث قرار می‌گیرد و این خود موقعیت نیست که احساس افراد را مشخص می‌کند بلکه شیوه تعبیر آن‌ها از یک موقعیت است که احساس آن‌ها را تعیین می‌نماید (۸). در مدل بک هدف، عوض کردن افکار و معانی اختصاصی است و تکالیف رفتاری به این منظور به مراجع داده می‌شوندکه شواهدی برای افکار خودآیند منفی پیدا کند (۹). نظریه شناختی بک در مورد افسردگی بر این اساس است که هسته مرکزی افسردگی اختلال شناختی است و تغییرات عاطفی و جسمی نتیجه اختلالات شناختی می‌باشد و افراد افسرده خطاهای نظام مندی در تفکراتشان مرتکب می‌شوند و افکار منفی درباره خود، تجربیات فعلی و آینده دارند. شناخت‌درمانی به روش بک براین فرض استوار است که بهبود افسردگی با تغییر افکار و شناخت و اصلاح باورهای نادرست و جایگزینی آن‌ها با واکنش‌های منطقی میسر می‌باشد (۸). اثربخشی و کارآیی شناخت درمانی بک در پژوهش‌های زیادی تأیید شده‌اند (۱۰). در پژوهشی استراوینسکی[1]، ساهار[2] و ورولت[3] در سال ۱۹۹۱ تأثیر شناخت درمانی بک را طی ۱۵ جلسه بر شش بیمار افسرده خو مورد بررسی قرار دادند. پنج بیمار در حدود ۸۳/۵ درصد پس از درمان، با پیگیری شش ماهه بهبود معنی‌داری نشان دادند. در مرحله پیگیری چهار بیمار ۶۶درصد بیماران به گونه‌ای بهبود یافتند که ملاک‌های تشخیصی افسرده خویی را نداشتند(۱۱). اسکات[4] در سال ۱۹۹۸ دوازده بیمارمبتلا به افسرده خویی را طی ۲۰ جلسه (۱۰هفته) با روش شناخت درمانی بک تحت درمان قرار دادکه نتایج نشان داد ۳۳درصد بیماران بهبود یافتند (۱۲). واتکینز[5] و تیزدل[6] در سال ۲۰۰۴ در مطالعه‌ای بر ۲۸ بیمار افسرده خو نشان دادند که با روش شناخت درمانی بک نشانه‌های افسردگی بیماران به طور معنی‌داری کاهش یافتند (۱۳). شواهدی دال بر ثمربخشی شناخت درمانی در مقایسه با سه شیوه درمانی رفتار درمانی، روش درمانی متعارف و بی‌درمانی وجود دارد. در پژوهشی میزان افسردگی گروهی که تحت شناخت درمانی قرارگرفته بودند از ۲۹ به ۲ /۱۲ تنزل یافت وگروه رفتار درمانی از۲۶ به ۱۷ رسید (۱۴). در فراتحلیل جامع‌تر روان درمانی رابینسون، برمن، نیمی یر در سال۱۹۹۰ برای درمان افسردگی با بررسی ۵۸ تحقیق کنترل شده نشان داد که درمانجویان افسرده بسیار بهبود یافتندکه با بهبودهای حاصل از دارو درمانی مشابه بود (۸). مطالعات انجام شده مرکز شناخت درمانی پنسیلوانیا (۱۵) و فراتحلیل دابسون در زمینه مقایسه درمان شناختی با بی‌درمانی و دارو درمانی، رفتار درمانی در سال ۱۹۸۹ مفید بودن روش شناخت درمانی را در بهبود افسردگی مورد تأیید قرار داده‌اند (۸). پایکل[7] در سال ۲۰۰۱ نشان داد علیرغم مصرف داروهای ضد افسردگی مشکل عود افسردگی هم چنان باقی است و استفاده از شناخت درمانی به طور معنی‌داری میزان عود بیماری را کاهش می‌دهد (۱۶). اسکات و همکاران در سال ۲۰۰۳ در مطالعه‌ای نشان دادند که از ۱۵۸ بیمار افسرده که تحت اقدامات شناخت درمانی قرار داشتند میزان عود بیماری درآن‌ها به طور معنی‌داری نسبت به گروه کنترل ۴۷درصد کاهش یافته بود (۱۷). با توجه به شواهد فوق، هدف اصلی مطالعه حاضر بررسی اثر بخشی شناخت درمانی در کاهش افسردگی جذامیان در جامعه ایرانی بود.

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع مطالعات شبه‌آزمایشی می‌باشد در این طرح دو گروه (آزمایش وکنترل) و در سه مرحله قبل، درحین، بعد و یک ماه بعد مداخله مورد سنجش قرار گرفت. محیط پژوهش مرکز تحقیقات پوست و بیماری‌های پوستی بابا باغی تبریز بود که مبتلایان به جذام در آن بستری بودند و جهت مداوا به این مرکز

[1] Stravinkski
[2] Sahar
[3] Verveault

[4] Scott
[5] Watkins
[6] Teasdale
[7] Paykel

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

مراجعه می‌کردند. همچنین این مبتلایان در شهرک نزدیک بیمارستان مسکن داشته و زندگی می‌کردند.

جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های بیمارستان تشکیل می‌داد. این افراد مسلمان و آذری زبان بوده و در محدوده سنی ۵۶-۵۴ قرار داشتند. در این پژوهش حجم نمونه ۳۲ نفر بودند. بعد از کسب اجازه از ریاست بیمارستان، با اطلاعیه‌ای از مراجعین درخواست شد در صورت تمایل در این مطالعه شرکت کرده و اقدام به پرکردن پرسش نامه‌ها کنند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه افسردگی بک و پرسش‌نامه افکار خودکار استفاده شد.

پرسش‌نامه افسردگی بک شامل ۲۱ سؤال است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را مورد سنجش قرار می‌دهد و هر یک سوال‌ها ۴ گزینه دارند. برای هر گزینه پایین‌ترین نمره صفر و بالاترین نمره سه در نظر گرفته می‌شود، بنابراین کمترین نمره‌ای که بدست می‌آمد صفر و بیشترین نمره ۶۳ بود. این پرسشنامه در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تدوین شد و در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ منتشر شد. بک، استیر[1] و گاربین[2] در سال ۱۹۸۸ پایایی این پرسشنامه را در دامنه‌ای از ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ و همچنین بسکر[3] و همکارانش در سال ۲۰۰۷ ضریب آلفای کرانباخ یا همسانی درونی ۰/۹۶ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۲ را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند (۱۸ و ۱۹). در پژوهش حاضر ضریب آلفای ۰/۸۱ برای سوال‌های این مقیاس به دست آمد.

پرسش نامه افکار خودکار شامل ده عبارت برگرفته از نظریه شناختی آرون تی بک است که نخستین بار در سال ۱۳۷۸ به منظور سنجش عوامل همبسته با افسردگی دختران نوجوان قم تدوین شد و سپس در سال ۲۰۰۴ با تجدید نظر در ماده نخست این مقیاس در نخستین کنگره علوم شناختی در الله‌آباد هندوستان معرفی شد. مقیاس دارای روایی و پایایی در حد قابل قبولی با احتمال خطای ۰/۰۰۰۱ می‌باشد. به منظور پیش‌گیری از تمایل پاسخ دهندگان به ارایه پاسخ موافقم، از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا در صورتی که جمله را درباره خودش درست می‌داند، زیر علامت + علامت ضربدر، در غیر این صورت این علامت را زیر ـ بگذارد (۲۰).

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که قبل از انجام مداخله، افسردگی و تحریف‌های شناختی افراد با پرسش‌نامه افسردگی بک و افکارخودکار اندازه‌گیری شد و افراد به طور تصادفی در دو گروه آزمایش وکنترل جایگزین شده وگروه آزمایش ۲۰ جلسه، یک بار در هفته و هر جلسه به مدت دو ساعت، در جلسات شناخت‌درمانی گروهی شرکت نمودند. بعد از جلسات دهم و بیستم پس‌آزمون که شامل ارائه مجدد آزمون‌های قبلی بود انجام گرفت (پس‌آزمون ۱ و ۲). همچنین یک ماه پس از اتمام آموزش پس‌آزمون پیگیری (پس‌آزمون ۳) از شرکت‌کنندگان به عمل آمد.

جلسات آموزش توسط پژوهشگر و تحت نظارت روانشناس مرکز تحقیقات هدایت گردید. در مورد زمان و مدت و محل برگزاری جلسات به طور توافقی اقدام گردید. رئوس مطالب آموزشی ارایه شده عبارت بودند از: شناسایی افکار خودکار منفی، شناسایی تحریف‌های شناختی، راه‌های اصلاح تحریف‌های شناختی، مقابله با کمبود عزت نفس و بی‌ارزشی، مبارزه با اماها، انتقاد از خویشتن، خود دست‌کم‌گیری، رهایی از بی‌کاری و راه‌های مقابله با احساس اندوه، بالا بردن انگیزه و خلق درمانی. هم چنین برنامه‌ریزی فعالیت و تکلیف درخانه در حد توانایی افراد ارائه گردید. روش‌های درمانی مذکور در چندین جلسه روی بیماران اجرا و بعد از جلسات دهم و بیستم یک پس‌آزمون که شامل ارایه مجدد همان آزمون‌ها بود، انجام گرفت (پس‌آزمون۱ و ۲). هم چنین یک ماه پس از اتمام آموزش‌ها، پس‌آزمون پیگیری (پس‌آزمون ۳) از شرکت‌کننده‌ها گرفته شد.

در طی جلسه اول اعضای گروه با درمانگر آشنا شده و اهداف و قوانین کار تنظیم گردید. در طی جلسه دوم و سوم مشکلات و نیازهای افراد بیان و به سوالات آنان در مورد پژوهش و فواید آن پاسخ داده شد. اهداف این جلسات، افزایش اطلاعات و آگاهی بیماران درباره افسردگی و نگرانی‌ها و بیان احساساتشان وآگاهی از اثرات روان‌درمانی‌ها و شناخت درمانی بود. از جلسه چهارم به بعد اعضا با افکار منفی و خطاهای شناختی و افکار پرالتهاب آشنا شده و با آموزش‌ها و هدایت درمانگر در جهت شناسایی و راه‌های غلبه بر افکار منفی و به‌کارگیری راه‌های مقابله و جایگزینی افکار متعادل آموزش داده شد. هم‌چنین درمانگر تکالیفی را برای کار و تمرین در منزل در پایان هر جلسه به اعضای گروه ارائه نموده و در هر جلسه، بازخورد آن را دریافت می‌نمود. پرسش نامه‌ها نیز قبل از تشکیل جلسات و در آخرین جلسه گروه و یک‌ماه بعد از شناخت درمانی به طور همزمان به افراد مورد پژوهش در هر دو گروه آزمون وکنترل جهت تکمیل داده می‌شد. داده‌های این پژوهش از نوع کمی بوده و از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی و نرم افزارSPSS جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد.

[1]. Steer
[2]. Garbin
[3]. Basker

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۲ زن و مرد جذامی افسرده با دامنه سنی ۶۶-۵۴ که همگی بیکار، بی سواد و متاهل با طول مدت بستری بیش از سی سال بودند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمون وکنترل قرار گرفتند. جدول شماره (۱) میانگین و انحراف معیار میزان افسردگی را براساس نمرات آزمون بک و جدول شماره (۲) میانگین و انحراف معیار افکار خودکار و تحریف‌های شناختی در دو گروه (آزمایش وکنترل) در سه مرحله نشان می‌دهد.

جدول شماره (۱): میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی دو گروه آزمایش و کنترل

	گروه	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	آزمایش	۲۹/۵۰	۸/۷۶
	کنترل	۲۳/۵۰	۴/۴۷
پس آزمون ۱ (پس از جلسه ۱۰)	آزمایش	۲۸/۵۶	۹/۲۰
	کنترل	۲۳/۱۹	۵/۳۰
پس آزمون ۲ (پس از جلسه ۲۰)	آزمایش	۲۷/۸۱	۹/۳۰
	کنترل	۲۳/۱۳	۵/۲۷
پس آزمون ۳ (۱ ماه پس از جلسات)	آزمایش	۲۷/۳۱	۹/۲۴
	کنترل	۲۳/۵۶	۵/۱۲

میانگین گروه آزمایش در سه مرحله بررسی با میانگین پیش‌آزمون =۲۹/۵۰ و پس‌آزمون ۱ با میانگین = ۲۸/۵۶ و پس‌آزمون ۲ با میانگین =۲۷/۸۱ و پس‌آزمون ۳ با میانگین = ۲۷/۳۱، که در هر مرحله کاهش داشته است. میانگین گروه کنترل در سه مرحله بررسی با پیش آزمون میانگین =۲۳/۵۰، پس‌آزمون ۱ با میانگین =۲۳/۱۹ و پس‌آزمون۲ بامیانگین =۲۳/۱۳ و پس‌آزمون ۳ با میانگین =۲۳/۵۶ که تغییر خاصی را نشان نمی‌دهند.

جدول شماره (۲): میانگین و انحراف معیار افکار خودکار در دو گروه آزمایش و کنترل

	گروه	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	آزمایش	۹/۴۴	۰/۸۹
	کنترل	۹/۰۶	۱/۶۵
پس آزمون ۱ (پس از جلسه ۱۰)	آزمایش	۷/۸۸	۱/۲۰
	کنترل	۸/۹۴	۱/۶۱
پس آزمون ۲ (پس از جلسه ۲۰)	آزمایش	۷/۵۰	۱/۲۱
	کنترل	۸/۸۸	۱/۵۸
پس آزمون ۳ (۱ ماه پس از جلسات)	آزمایش	۷/۵۰	۱/۲۱
	کنترل	۸/۸۸	۱/۵۸

میانگین افکار خودکار درگروه آزمایش با پیش‌آزمون = ۹/۴۴ و با میانگین‌های پس‌آزمون ۱ = ۷/۸۸ و پس‌آزمون۲ =۷/۵۰ و پس‌آزمون۳ =۷/۵۰، که در هر مرحله بعد از مداخله کاهش چشمگیری داشته است و میانگین افکار خودکار در گروه کنترل با پیش‌آزمون = ۹/۰۶ و با میانگین‌های پس‌آزمون ۱ =۸/۹۴ و پس‌آزمون ۲=۸/۸۸ و پس‌آزمون ۳=۸/۸۸، که در پس‌آزمون های به دست آمده تغییرات خاصی دیده نمی‌شود.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

جدول شماره (۳): نتایج تحلیل کوواریانس برای گروه آزمایش و کنترل در نمرات افسردگی بک

منابع تغییر		SS	df	MS	F	p	مجذور اتا
گروه کنترل و آزمایش	پس آزمون۱	۵/۳۸۰	۱	۵/۳۸۰	۱/۴۸۱	۰/۰۰۳	۰/۰۴۹
	پس آزمون۲	۱۸/۶۱۷	۱	۱۸/۶۱۷	۶/۲۷۵	۰/۰۱۸	۰/۱۷۸
	پس آزمون۳	۴۲/۲۰۸	۱	۴۲/۲۰۸	۱۳/۲۲۵	۰/۰۰۱	۰/۳۱۳
پیش آزمون	پس آزمون۱	۱۵۸۷	۱	۱۵۸۷	۴۳۶/۷۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳۸
افسردگی	پس آزمون۲	۱۶۳۰/۱۵۳	۱	۱۶۳۰/۱۵۳	۵۴۹/۴۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵۰
بک	پس آزمون۳	۱۵۸۲/۸۲۱	۱	۱۵۸۲/۸۲۱	۴۹۵/۹۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۴۵
خطا	پس آزمون۱	۱۰۵/۳۷۵	۲۹	۳/۶۳۴			
	پس آزمون۲	۸۶/۰۳۴	۲۹	۲/۹۶۷			
	پس آزمون۳	۹۲/۵۵۴	۲۹	۳/۱۹۲			
کل	پس آزمون۱	۲۳۳۴۸	۳۲				
	پس آزمون۲	۲۲۶۴۹	۳۲				
	پس آزمون۳	۲۲۴۹۴	۳۲				

با مقایسه‌ای که توسط آزمون آماری بین دوگروه آزمایش وکنترل به عمل آمد، تاثیر شناخت‌درمانی را در گروه آزمایش نشان می‌دهد که حاکی از کاهش میزان افسردگی در این گروه می‌باشد. قبل از اجرای تکنیک، همگنی ضرایب رگرسیون به جهت تعیین رابطه پراکندگی نمرات برای هریک از گروه‌های آزمایش وکنترل اجرا گردید. رگرسیون در همه نمودارها حاکی از رابطه مستقیم و مثبت بین نمرات پیش و پس‌آزمون در دوگروه بود. برای بررسی آزمون مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون تحلیل مقدماتی کوواریانس برای پرسش‌نامه افسردگی بک استفاده گردید. نتایج حاکی از آن بود که تعامل بین متغیر پیش‌آزمون پرسش نامه افسردگی بک درگروه های کنترل وآزمایش ازلحاظ آماری P=۰/۴۴۳ معنی‌دار نمی‌باشد و مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون برقرار می‌باشد. هم چنین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها ازآزمون لوین استفاده گردید که نتایج به دست آمده از آزمون لوین نشان داد F محاسبه شده در هیچکدام از پرسش نامه‌ها معنی‌دار نبوده و مفروضه همگنی واریانس برقرار است.

جدول (۳) نشان می‌دهد که نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس و واریانس چند متغیره، متغیرگروه در هر سه پس‌آزمون در سطح اطمینان کوچک‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. یعنی میزان افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش بیشتری داشته است و شناخت درمانی در کاهش افسردگی مبتلایان موثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های دیگر (۱۴-۱۱ ،۱۶،۱۷) نشان داد که شناخت درمانی افسردگی بیماران جذامی را به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌دهد. بررسی تغییرات میانگین‌ها در سه مرحله ارزیابی در گروه آزمایش و کنترل مؤید این نظریه است که شناخت‌درمانی موجب کاهش افسردگی طی مراحل درمان می‌شود. مداخلات شناختی به نظر می‌رسد در ایجاد بینش، شناخت و تغییر نگرش بیماران در طی زمان مداخله تاثیر داشته باشد. از آنجا که افسردگی احساس نامطلوبی است که بیماران آن را تجربه می‌کنند و نیز با توجه به اینکه منشأ احساس در فرد، تفکرات اوست، در این پژوهش با هدایت بیماران در جهت شناخت افکار اتوماتیک (خودآیند) و انجام آموزش‌ها و ایجاد بحث با رویکردهای شناختی، آنان را تشویق شدند تا در جهت شناسایی و تغییر افکار ناکارآمد و جایگزینی افکار متعادل و در نهایت تغییر در برداشت و احساس خود تلاش کنند. موضوعاتی که بیش از همه مورد بحث و آموزش قرار می‌گرفت چگونگی شناسایی افکار خودکار و تحریف‌های شناختی و واکنش‌های منطقی جایگزین آن‌ها، مبارزه با کمبود عزت نفس و بی‌ارزشی، چگونگی پایان دادن به فقدان انگیزه در زمان بی‌حالی و ناامیدی و ایجاد لحظات شاد و خوشایند، در مراجعین بود. به نظر می‌رسد اعضای گروه توانستند به شناخت در مورد افکار و رویارویی با احساسات و برداشت‌های خود نائل شوند و نتایج آماری نیز تائید کننده این ادعا است. کاهش میزان افسردگی نشان داد که شناخت درمانی تأثیر مثبتی

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

بر روی بیماران دارد. اعتقاد بر این است که بیماران جذامی در برنامه شناخت درمانی از تفکر، احساس و عملکرد خود آگاه شده و این همان اقدام مقابله‌گر است؛ زیرا در شناخت‌درمانی درمانگر در یک چارچوب ناهماهنگ شناختی به سوی یک نظم همه جانبه حرکت می‌کند. در نتیجه در یک ساختار درمانی بیماران به درمانگر پاسخ مثبت می‌دهند؛ یعنی در این فرایند، آگاهی و شناخت بیماران افزایش می‌یابد.

در تایید این نتایج گورمن و همکارانش اعتقاد دارند که تغییر در روش زندگی، مسئولیت، مراقبت، تغییر در الگوهای اجتماعی و ارتباط جنسی تأثیر قابل ملاحظه‌ای در پاسخ روانی بیمار می‌گذارد (۲۱). کارنی و همکارانش در سال ۲۰۰۲ در مطالعات خود به این نتیجه رسید که شناخت‌درمانی گروهی، افسردگی مبتلایان را بهبود می‌بخشد (۲۲). همچنین دیگر پژوهشگران از جمله چیچستر در سال ۲۰۰۰ با انجام شناخت درمانی گروهی بر کنترل اضطراب بیماران دریافتند که اضطراب و افسردگی تحت تأثیر این روش درمانی قرار گرفته و به طور کوتاه مدت ۶ ماه تا ۲ سال و یا طولانی مدت ۲ تا ۵ سال بعد از مداخله کاهش می‌یابند (۲۳). در پژوهش‌های دیگر که برای کاهش افسردگی شناخت درمانی و دارو درمانی مورد مقایسه قرار گرفته است نتایج حاصل شناخت‌درمانی را موثرتر از دارودرمانی نشان داده‌اند (۲۴، ۲۵). در کل، نتایج این پژوهش نشان داد که شناخت‌درمانی در کاهش علائم روانشناختی از جمله افسردگی در مبتلایان به جذام نقش مهمی دارد. زیرا به تدریج که شناخت بیماران تغییر می‌یابد و افسردگی آن‌ها کاهش می‌یابد، آن‌ها راه‌های مقابله با حوادث زندگی و پیش‌آمدها و استرس را فرا می‌گیرند.

کاربرد درمانی این مدل تبیینی این است که به اصلاح و تغییر افکار نادرست توسط فرد اهمیت بیشتری داده شود، نه این که در مقابله با موقعیت‌های افسرده زا، راه اجتناب و درماندگی را درپیش گرفت. اما نباید از نظر دور داشت که در هر نوع مداخله روان‌شناختی عواملی نظیر مسائل فرهنگی، خانوادگی، اعتقادی، اقتصادی و حتی سیاسی جایگاه و تأثیرات بسزایی دارند.

تشکر و قدردانی

در خاتمه از زحمات پرسنل درمانگاه‌های مرکز تحقیقات بیماری‌های پوست بابا باغی تبریز، ریاست محترم، مدیر داخلی و همچنین روانشناس بیمارستان تقدیر و تشکر می‌گردد.

References:

1. Azizi F, Hatami H, Janghorbani M. Epidemiology and control of current diseases in Iran. Tehran: Khosravi Publisher; 2004. P. 158-96
2. Momeni H. Effects of health behavior instruction on regression of enfarketos miokard bedridden patient of CCU of Esfahan public hospital (Dissertation). Isfahan: Medical University of Isfahan; 2002. (Persian)
3. Nishida M, Nakamura Y, Aosaki N. Prevalence and characteristics of depression in a Japanese leprosarium from the viewpoints of social stigmas and ageing: a preliminary report. Lepr Rev 2006; 77: 203-9.
4. Soykan A, Kundakc¸ı N, Erdem C. Psychiatric disturbances in leprosy patients. Lepr Mec 1991; 22: 229-38.
5. Senturk V, Stewart R, Sagduyu A. Screening for mental disorders in leprosy patients: comparing the internal consistency and screening properties of HADS and GHQ-12. Lepr Rev 2007; 78:231-42.
6. Strik J. Depression and myocardial infarction relationship between heart and mind. Prag Neuro Psycho Pharmacol Biol Psychiat Netherland 2001; 25: 879-92.
7. Sadock B J, Sadock VA, Editors. Kaplan & Sadock 's comprehensive textbook of psychiatry. 8th d. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
8. Ofoge S, Aron Beck. Pioneer in cognitive treatment. Tehran: Danzhe; 2008. (Persian)
9. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ, Nolen-Hoeksema S. Hilgard’s introduction to psychology. 13th Ed. Fort Worth, TX: Harcourt Brace: 2000.
10. Blackburn IM, Davidson K. Cognitive therapy of depression and anxiety. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1990.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

11. Stravinkski A, Sahar T, Verveault R. A pilot study of cognitive treatment of dysthymic disorder. Behav Psychother 1991; 4: 387-94.
12. Scott J. Where there is a will: cognitive therapy for people with chronic depressive disorders. In: Tarrier N, Wells A, Haddock G, Editors. Treating complex case: the cognitive behavioral therapy approach. New York: John Weilly & Sons, Inc; 1998. P. 81-104.
13. Watkins E, Teasdale JD. Adaptive and maladaptive self-focus in depression. J Affect Disord 2004; 82: 1-8.
14. Beck AT. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: Plume; 1979.
15. Burns DD. The feeling good handbook. Publisher: Plume; 1999.
16. Paykel ES. Continuation and maintenance therapy in depression. Br Med Bull 2001; 57: 145-59.
17. Scott J, Palmer S, Paykel E, Teasdale J, Hayhurst H. Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression. Br J Psychiatry 2003; 182: 221-7.
18. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. Clin Psychol Rev 1988; 8(1): 77-100.
19. Basker M, Prabhakar D, Moses PD, Russell S, Swamidhas P, Russell S. The psychometric properties of beck depression inventory for adolescent depression in a primary-care paediatric setting in India. Child Adolesc Psychiatry Health 2007; 1: 8.
20. Agayosefi AR. Comparison of mental stress and its consequences in Shahed and dedicated Families. Qom: Foundation of Martyrs and Veterans Affairs; 2005. (Persian)
21. Gorman LM, Raines M, Sultan D. Psychosocial nursing for general patient care. 2nd Ed. Philadelphia: F. A. Daviscom; 2002. P. 354-8.
22. Carney R F, Stein PH, Jaffea A. Change in heart variability during treatment for depression in patients with coronary heart disease. Psychosomat Med 2000;62 : 639-47.
23. Chichester JW. Treating anxiety and stress, a group psycho-educational approach using. Brief CBT Chichester: Wiley; 2000. P. 48
24. Ravindran A, Anisman H, Merali Z, Charbonneau Y, Telner J, Robert J, et al. Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmaco-therapy. Clinical symptoms and functional impairments. J Psychiatry 1999; 156: 1608-17.
25. Hollon SD, Shelton RC, Davis DD. Cognitive therapy of depression: conceptual issues and clinical efficacy. J Clin Psychol 1993; 61: 270-5.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]