

مقاله‌ی پژوهشی

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و امید به زندگی بیماران مبتلا به هیپاتیت ب

خلاصه

مقدمه: با توجه به لزوم درمان‌های مناسب روان‌شناختی در بیماری‌های مزمن نظیر هیپاتیت ب، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر افسردگی، امید به زندگی بیماران مبتلا به هیپاتیت نوع ب، انجام شد.

روش کار: جامعه‌ی آماری این کارآزمایی بالینی شامل بیماران ۴۰-۲۵ ساله‌ی مبتلا به هیپاتیت نوع ب در سطح شهر مشهد در سال ۱۳۹۱ می‌باشند که دارای همبودی اختلال افسردگی (بر اساس ملاک‌های چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک) و میزان پایین امید به زندگی (طبق آزمون امیدواری اشنایدر) بوده‌اند. تعداد ۲۸ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۱۴ نفری آزمون و شاهد تقسیم شدند. گروه آزمون به مدت ۳ ماه، هر هفته تحت درمان شناختی- رفتاری قرار گرفت و گروه شاهد هیچ آموزشی دریافت نکرد. بعد از اتمام دوره، مجدداً آزمون‌های مذکور به عنوان پس‌آزمون در تمام افراد اجرا گردید. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس و نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹ استفاده گردید.

یافته‌ها: تحلیل آزمون کوواریانس نشان داد که اثر گروه‌درمانی شناختی- رفتاری در افزایش امید به زندگی بیماران هیپاتیت نوع ب، معنی‌دار بوده است ($P < 0/01$). هر چند این درمان بر افسردگی بیماران اثربخش بوده اما از نظر آماری معنی‌دار گزارش نگردید ($P = 0/18$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد گروه‌درمانی شناختی رفتاری به عنوان یک رویکرد درمانی می‌تواند در بهبود افسردگی و به خصوص افزایش امید به زندگی بیماران مبتلا به هیپاتیت ب موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، امید به زندگی، درمان شناختی رفتاری، هیپاتیت

ب

وحید جعفرنیا

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت جام، ایران

مرتضی بادله

دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

*حمید سیفی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، مشهد، ایران

جعفر حسنی

دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

مهدی مدنی‌فر

دانشجوی ارشد روان‌شناسی شناختی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

*مؤلف مسئول:

مرکز مشاوره، مشهد، ایران

seyfih2@mums.ac.ir

تاریخ وصول: ۹۴/۰۷/۱۸

تاریخ تایید: ۹۵/۰۲/۰۱

پی‌نوشت:

این مطالعه در سایت کارآزمایی‌های بالینی ایران با کد IRCT2014082618937N1 به ثبت رسیده و با تایید دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان رابطه‌ای نداشته است. از همکاری کارکنان مراکز بهداشتی و شرکت‌کنندگان در این پژوهش سپاسگزاری می‌گردد.

مقدمه

به بیماری‌های مزمن، نشان داده شد که بین میزان نشانه‌های بدنی، اضطراب و امید به زندگی زنان شاغل و غیر شاغل مبتلا به بیماری‌های مزمن، تفاوت معنی‌داری وجود دارد و این اختلال در زنان غیر شاغل بیشتر است (۱۱). جدا از عوارض سخت بیماری هپاتیت، افراد مبتلا، به دلیل داروهای مصرفی چون اینترفرون، ریبویرین^۴ و آمانتادین^۵ دچار افسردگی و اضطراب شدید می‌شوند زیرا خود این داروها عوارض شدیدی هم چون ضعف فلج‌کننده، تهوع^۶، نوتروپنی^۷ (کاهش گلبول‌های سفید)، دردهای عضلانی و ضعف، کم‌خونی، سردرد و بی‌خوابی می‌باشد. بیماران مبتلا به هپاتیت از چندین جنبه به شدت تحت فشار می‌باشند و به مرور زمان از تماس‌های اجتماعی دوری می‌کنند. هم‌چنین مشکلات فراوان مانند عوارض خود بیماری و عوارض داروهای مصرفی و طرد شدن از سوی جامعه می‌تواند موجب بی‌ثباتی عاطفی شده و این بیماران بسیار زودرنج شده و آستانه‌ی تحمل بسیار پایینی داشته باشند و به مرور زمان دچار افسردگی شوند (۱۲).

از دیدگاه شناختی رفتاری، افسردگی، ناشی از تحریف‌های شناختی است. افراد مبتلا از مشکلات جزئی در زندگی روزمره به راحتی ناراحت می‌شوند. اگر مشکلی در زندگی روزمره‌ی آن‌ها رخ دهد آن‌ها را بزرگ کرده و درباره‌ی پیامد آن بیش از حد، نگران می‌شوند. آن‌ها چه بسیار زیان‌بار است، عدم اطمینان فرد به توانایی خودش در کنترل احساسات و واکنش‌ها و اطمینان به توانایی اداره‌ی تکالیف زندگی به نحو شایسته است (۱۳). اشکال مختلفی از درمان‌های روان‌شناختی برای افسردگی وجود دارد که می‌توان به درمان‌های شناختی، رفتاری، شناختی رفتاری، فراشناختی، روان‌پوشی و پس‌خوراند زیستی اشاره کرد (۱۴). درمان شناختی رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است. در این نوع درمان، به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای این که بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد از دیالوگ‌های هدف‌مند، تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان‌یافته‌ای استفاده می‌شود (۱۵). از نظر بسیاری از متخصصان، این نوع درمان هنوز در خط اول درمان‌های روان‌شناختی اختلالات افسردگی قرار دارد (۱۶). به طور اختصاصی، روان‌درمانی شناختی رفتاری بر کاهش نشانه‌های شناختی، جسمانی و رفتاری اختلالات افسردگی از طریق کاربرد روش‌های خاص، شامل آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی منظم، بازسازی شناختی، جلوگیری از پاسخ، حل مسئله، فهرست‌بندی فعالیت‌ها و آموزش

بیماری هپاتیت ب، در بسیاری از نقاط جهان حضور دارد. برآورد می‌شود بیش از ۳۵۰ میلیون نفر از مردم جهان، ناقل این بیماری هستند. بیشترین شیوع در کشورهای شرق آسیا و کمترین آن در کشورهای غرب اروپا و آمریکای شمالی می‌باشد (۱). در ایران ۱/۵ درصد جوانان در ۱۵ سالگی و ۳/۹ درصد در ۵۰ سالگی ناقل هپاتیت ب هستند (۲،۳). تعیین بقای بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن نیازمند مطالعات طولی می‌باشد. این مطالعات در سایر کشورها معمولاً گذشته‌نگر بوده و بر روی بانک‌های اطلاعاتی بیماران و داوطلبان اهدای خون انجام گرفته که به درجات مختلف مستعد تورش هستند (۴،۵). روش دیگر در استخراج داده‌های جمعیت‌شناختی بیماری، استفاده از داده‌های موجود و روابط ریاضی بین آن‌ها و محاسبه بر مبنای پیش‌فرض‌های مشخص است (۶،۷). بیماران هپاتیتی با انواعی از معضلات عاطفی روبه‌رو می‌شوند. وقتی مردم به دلیل ترس از انتقال بیماری با این بیماران هم‌دردی نمی‌کنند این بیماران احساس خجالت می‌کنند. احساس خشم و خجالت، زمانی ایجاد می‌شود که مردم راه انتشار هپاتیت را به درستی نمی‌دانند و از تمام تماس‌ها با افراد مبتلا به هپاتیت اجتناب می‌کنند (در حالی که این بیماری تنها از راه انتقال خون و تماس‌های جنسی ناامن منتقل می‌شود و تماس‌هایی چون دست دادن و تماس بدنی و خوردن غذا از ظرف مشترک و ... باعث انتقال بیماری هپاتیت نمی‌شود). بیماران مبتلا به هپاتیت (انواع مختلف هپاتیت) با چالش‌های متعددی روبه‌رو هستند، جدا از علائم بیماری هپاتیت که شامل آسیت^۱ (جمع شدن مایع در شکم)، کوفتگی و تمایل به خونریزی، دردهای استخوانی، واریس به خصوص در معده^۲ و مری، مدفوع چرب، یرقان و نشانگان اختلال شناخت که انسفالوپاتی^۳ هپاتیک نامیده می‌شود، خود این علائم بیماری می‌تواند باعث ایجاد ضعف‌های مختلف روانی از جمله افسردگی، کاهش سازگاری عمومی فرد در زمینه‌های مختلف عاطفی، شغلی، اجتماعی، بهداشتی و در نهایت می‌تواند منجر به کاهش امید به زندگی در این افراد شود (۸).

امید به زندگی در بدو تولد، معرف متوسط سال‌هایی است که یک نوزاد زنده به دنیا آمده عمر خواهد کرد، به شرط آن که احتمال مرگ او برای سال‌های آینده‌ی زندگی مانند انسان‌های زمان حال باشد (۹). معمولاً امید به زندگی را به تفکیک زن و مرد محاسبه می‌کنند. هم‌چنین امید به زندگی در کنار شاخص‌های درآمد سرانه و سود به عنوان شاخص توسعه تلقی می‌شود (۱۰). در پژوهشی تحت عنوان بررسی مقایسه‌ای سلامت روان و امید به زندگی زنان شاغل و غیر شاغل مبتلا

⁴ ribavirin⁵ amantadin⁶ nausea⁷ notropni¹ icid² stomach³ ansophalopathy

الف- پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک ویرایش دوم^۱ (BDI-II): این پرسش‌نامه شامل ۲۱ عبارت است که مجموعه‌ای از علائم ویژه‌ی افسردگی شامل غمگینی، احساس شکست، بدبینی، نارضایتی، احساس گناه، خودملامت‌گری، عدم علاقه به خود، انتظار تنبیه شدن، گریه کردن، عصبانیت، کناره‌گیری اجتماعی، عقاید خودکشی، عدم تصمیم‌گیری، تصویر تغییر بدن، کندی، بی‌خوابی و خستگی‌پذیری (۱۸). هر گروه از پرسش‌ها شامل ۴ گزینه است. تمام پرسش‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (۳-۰) نمره‌گذاری شده و نمره‌ی کل فرد از جمع تمامی پرسش‌ها، دامنه‌ای از ۰-۶۳ را شامل خواهد شد (۱۹). هنجاریابی این پرسش‌نامه برای نخستین بار در ایران به وسیله‌ی جلیلی و اخوت (به نقل از کاظمی) انجام گرفت. پایایی این پرسش‌نامه را از راه ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و همبستگی به دست آمده از روش تصنیف بر اساس پرسش‌های زوج و فرد، برابر ۰/۷۰ گزارش شده است (۱۹).

ب- مقیاس امیدواری اشنايدر^۲: این مقیاس توسط گروه اشنايدر (۲۰۰۰) ساخته شد و شامل اندازه‌گیری‌های خودگزارشی صفت و حالت امیدواری هستند. این پرسش‌نامه شامل ۱۲ سؤال چهارگزینه‌ای است که آزمودنی از بین پاسخ‌های کاملاً غلط، تا حدی درست و کاملاً درست که به ترتیب نمره‌ی ۱، ۲، ۳، ۴ می‌گیرد نمره‌ی در محدوده‌ی ۸-۳۲ قرار می‌گیرد. پایایی این آزمون روی چهار گروه نمونه برابر ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی ۱۰ هفته بعد آن ۰/۸۰ بود. همبستگی آن با مقیاس ناامیدی بک ۰/۵۱ و همبستگی آن با افسردگی بک برابر بود با ۰/۴۲- گزارش شده است. این تست دو آیتم انگیزه (داشتن راه حل) و اراده (رسیدن به راه حل) را می‌سنجد. این تست روی ۴۵ آزمودنی ایرانی اجرا شد و پایایی آن ۰/۷۳ به دست آمد. هم‌چنین همبستگی (اعتبار هم‌زمان) آن با شادکامی آکسفورد که روی ۳۰ آزمودنی اجرا شد، ۰/۹۱ به دست آمد که نشانگر اعتبار این آزمون است (۲۰).

پژوهش حاضر از جمله پژوهش‌های کارآزمایی بالینی همراه با انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها در گروه آزمون و شاهد و پیش‌آزمون و پس-آزمون می‌باشد (۲۱).

انجام مداخلات درمانی بر عهده‌ی نویسنده‌ی اول مقاله بوده که دارای مدرک روان‌شناسی بالینی و آموزش رسمی در زمینه‌ی درمان شناختی‌رفتاری است. برنامه‌ی هر جلسه‌ی روان‌درمانی گروهی بر اساس رویکرد شناختی‌رفتاری و بر اساس منابع در دسترس تدوین گردید. بیماران گروه شاهد هیچ‌گونه درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی‌رفتاری

مهارت‌های بین فردی متمرکز است (۱۴). به طور کلی در درمان شناختی‌رفتاری سعی می‌شود افکار خودآیند منفی، طرح‌واره‌ها و فرایندهای غلط فکری بیماران افسرده، شناسایی شده و دست‌یابی به درکی جامع از ساختار شناختی فرد، به شیوه‌های نوین تفکر، ارایه شود (۱۷).

از سوی دیگر با توجه به آن که از کاربرد درمان گروهی شناختی-رفتاری در درمان مشکلات و اختلالات روانی مدت زیادی می‌گذرد، با این وجود کمبود پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی مداخلات شناختی-رفتاری در بیماران هیپاتیت ب به طور جدی احساس می‌شود، لذا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری در افسردگی و امید به زندگی بیماران هیپاتیت نوع ب بوده است.

روش کار

این کارآزمایی بالینی با شناسه‌ی IRCT2014082618937N1 در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران ثبت گردیده است و جامعه‌ی آماری آن شامل بیماران ۲۵-۴۰ ساله مبتلا به هیپاتیت نوع ب در سطح شهر مشهد (زیرانجمن بیماران مبتلا به بیماری‌های کبدی مشهد مقدس) در سال ۱۳۹۱ می‌باشند که دارای همبودی اختلال افسردگی (بر اساس ملاک‌های چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی) و میزان امید به زندگی (نمره‌ی ۱۵ و پایین‌تر) بوده است. آزمودنی‌های پژوهش را ۲۸ بیمار مبتلا به هیپاتیت نوع ب تشکیل می‌دادند که به طور دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون (۱۴ نفر) و شاهد (۱۴ نفر) قرار گرفتند. نحوه‌ی انتخاب بیماران بر اساس آزمایش‌های تخصصی تشخیص هیپاتیت و زیر نظر متخصصان داخلی انجام شده است. شرایط ورود شامل دامنه‌ی سنی ۲۰-۴۵ سال، داشتن هیپاتیت نوع ب، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، نداشتن ضایعات مغزی، عقب‌ماندگی ذهنی و توهم و هذیان و ابتلا به افسردگی بوده است. پس از انتخاب و قرار گرفتن آزمودنی‌ها در گروه‌ها و برقراری رابطه‌ی مطلوب برای جلب همکاری و ارایه‌ی توضیحات لازم و هم‌چنین کسب رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها جهت شرکت در گروه و انجام آزمون‌ها، ابتدا تمام آزمودنی‌ها در شرایط یکسان به کمک پرسش‌نامه‌های افسردگی و امید به زندگی توسط روان‌شناس مورد ارزیابی قرار گرفتند.

ضمن این که اطلاعات پرسش‌نامه به صورت بی‌نام دریافت شده و مسئله‌ی رازداری در مورد بیماران توسط درمانگران مورد تأکید قرار گرفت.

ابزار پژوهش

^۱Beck Depression Inventory

^۲Snyder Hope Scale

جلسه‌ی هشتم: مرور تکلیف جلسه‌ی قبل، سخنرانی آموزشی به صورت الف- تحلیل منطقی تعریف واژه‌ی خود، آموزش تمثیل فاجعه، تنها، فرونشانی، تمرین تحلیلی منطقی سخنرانی آموزشی و تعیین تکلیف مرتبط با جلسه.

جلسه‌ی نهم: مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، سخنرانی آموزشی به صورت الف- تهیه‌ی سلسله مراتب، ب- باور مخالف آموزش ویژگی‌های باورهای مخالف، تغییر ادراکی تمرین، تعیین تکلیف مرتبط با جلسه.

جلسه‌ی دهم و پایانی: شبیه‌سازی موقعیت‌های واقعی، بحث گروهی و مرور برنامه‌هایی برای پی‌گیری ارزیابی پس از درمان، برنامه‌ی اختتامیه، احساس هر یک از بیماران از تجربه‌ی گروه، مورد سؤال قرار گرفته و از آنان باز خورد دریافت شد و درمانگر نیز به یک جمع‌بندی کلی در مورد جلسات پرداخت.

در پایان جلسات نیز در شرایط یکسان از تمام آزمودنی‌ها با ابزارهای یاد شده، پس‌آزمون به عمل آمد. نتایج با روش تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری‌های مکرر، تحلیل گردید. هم‌چنین برای مقایسه‌ی میانگین‌های پیش‌آزمون در دو گروه آزمون و شاهد از آزمون تی مستقل استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) و نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۹ استفاده گردید.

نتایج

در این مطالعه، ۲۸ بیمار مبتلا به هپاتیت نوع ب جهت بررسی اثر درمان شناختی رفتاری گروهی مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات جمعیت-شناختی و متغیرهای افسردگی و امید به زندگی قبل از مداخله، در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱- شاخص‌های جمعیت شناختی، افسردگی و امید به زندگی

بیماران		انحراف استاندارد	میانگین	گروه	متغیر
آزمون تی	سطح معنی-داری				
۰/۷۹	۰/۴۲۱	۲/۴۲	۳۰/۷۹	آزمون	سن
		۲/۳۷	۲۹/۳۶	شاهد	
۰	۱	۲/۱۷	۱۰/۵۷	آزمون	تحصیلات
		۱/۸۷	۱۰/۵۷	شاهد	
۱/۱۴	۰/۲۶۴	۱۰/۵۶	۲۵/۲۹	آزمون	افسردگی
		۹/۲۶	۲۹/۵۷	شاهد	
۰/۶۹	۰/۴۹۴	۴/۲۳	۱۴/۰۷	آزمون	امید به زندگی
		۳/۹۴	۱۳/۰۸	شاهد	

همان‌طور که نتایج این جدول نشان می‌دهد بین متغیرهای یاد شده در دو گروه، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در حالی که نمرات پس‌آزمون

دریافت نکردند اما گروه آزمون، در جلسات گروه‌درمانی شناختی رفتاری (۱۰ جلسه) شرکت کردند. هر جلسه به مدت ۲ ساعت و به صورت هفتگی برگزار شد. تمام جلسات با حضور درمانگر (کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی) اداره شد. برنامه‌ی هر جلسه بر اساس منابع در دسترس تدوین گردید. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از پایان اجرای برنامه‌ی درمانی بر روی گروه آزمون، گروه شاهد نیز این برنامه را دریافت نمودند.

محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسه‌ی اول: درباره‌ی اهداف روان‌درمانی گروهی، توضیحاتی توسط درمانگر ارائه شد. مقررات، معرفی خود، ماهیت افسردگی، آموزش مفهوم سیستم سه‌گانه، آموزش تمثیل سوت زدن داور، آموزش مدل C-A-B و آموزش تمثیل قدیس، تمرین تصور هدایت شده و در نهایت تعیین تکلیف.

جلسه‌ی دوم: مرور جلسه‌ی گذشته، آموزش مهارت آرام‌سازی همراه با تمرین، توضیح نظریه‌ی شناختی افسردگی، آموزش افکار خودآیند، آموزش خطاهای منطقی و انجام تمرینات دسته‌بندی باورها و فرایندهای فکری.

جلسه‌ی سوم: سخنرانی آموزشی به صورت الف- پیامدهای رفتاری باورها، تریق فکر سخنرانی آموزشی، ب- آشنایی با روش پیکان عمودی، تمثیل اقیانوس آموزش، تمثیل شبکه‌ی لامپ، آموزش مدل پیکان عمودی (فوتالیست) و آموزش مدل پیکان عمودی (داور) و تعیین تکلیف برای جلسه‌ی بعد به صورت به نوشتن A-B-C ها به ویژه برای موقعیت‌های جدید.

جلسه‌ی چهارم: مرور تکلیف جلسات قبل و در ادامه، آموزش پیکان عمودی پیشرفته، آموزش روش‌های توجه‌برگردانی، تعیین تکلیف مرتبط با جلسه.

جلسه‌ی پنجم: مرور تکلیف و در ادامه، سخنرانی آموزشی به صورت الف- تهیه‌ی فهرست اصلی باورها و تمرین، ب- نقشه‌های شناختی، آموزش تکنیک مواجهه‌ی تجسمی برای کاهش ترس از آزمایش بی‌پوسی، ج- استفاده از رتبه‌بندی SUD و تعیین تکلیف مرتبط با جلسه.

جلسه‌ی ششم: مرور پیکان عمودی، A-B-C ها، فهرست باورهای اصلی، دسته‌بندی و سطح‌بندی SUD های انجام شده و سخنرانی آموزشی الف- آیا به بابائوئل معتقدید؟ آموزش تحلیل عینی، تحلیل معیار، تکلیف مرتبط با جلسه.

جلسه‌ی هفتم: مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، آموزش حل مسئله، سخنرانی آموزشی به صورت الف- تحلیل سودمند بودن و تمرین آن، ب- تحلیل همسانی و تمرین، تعیین تکلیف مرتبط با جلسه.

گروه آزمون در مقایسه با شاهد، تغییرات معنی‌داری را در متغیر امید به زندگی نشان می‌دهد.

جدول ۲- نمرات افسردگی و امید به زندگی بیماران در مرحله‌ی

پس آزمون			
متغیر	نمرات گروه آزمون (میانگین \pm انحراف معیار)	نمرات گروه شاهد (میانگین \pm انحراف معیار)	معنی‌داری
افسردگی	۲۰/۵۰ \pm ۹/۵۷	۲۶/۰۷ \pm ۷/۴۷	۰/۱۸۷
امید به زندگی	۱۷/۶۴ \pm ۳/۲۷	۱۳/۹۳ \pm ۲/۴۶	۰/۰۰۱

جدول ۲ نمرات گروه‌های آزمون و شاهد را در مرحله‌ی پس‌آزمون نشان می‌دهد. جداول ۳ و ۴ نیز نتایج آزمون تحلیل کوواریانس را نشان می‌دهند.

جدول ۳- آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تاثیر پیش‌آزمون در پس‌آزمون برای متغیر افسردگی

همسانی واریانس ها	همگونی ضرایب رگرسیون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
F	F					معنی‌داری	
۰/۶۶	۰/۴۲۵	۰/۸۶	۰/۳۶	۳۹/۱۶	۱	۰/۱۸۷	۰/۰۷

گروه معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین درمان شناختی-رفتاری گروهی بر افسردگی بیماران مبتلا به هیپاتیت نوع ب اثر معنی‌داری ندارد. همچنین، ضریب اتا به عنوان شاخص اندازه‌ی اثر نیز بسیار کوچک می‌باشد.

نتایج آزمون F لوین برای همسانی واریانس‌ها و آزمون F برای همگونی ضرایب رگرسیون نشان می‌دهد فرض همگنی واریانس‌ها و همگونی ضرایب رگرسیون رعایت شده است لذا امکان انجام تحلیل کوواریانس وجود دارد. F تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه‌ی دو

جدول ۴- آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تاثیر پیش‌آزمون در پس‌آزمون برای متغیر امید به زندگی

همسانی واریانس ها	همگونی ضرایب رگرسیون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
F	F					معنی‌داری	
۰/۰۱	۰/۹۲۲	۰/۰۳	۰/۸۷۴	۷۲/۷۲	۱	۰/۰۰۱	۰/۳۵

هم‌چنین در این پژوهش، کاهش افسردگی در گروه آزمون به میزان ۴/۷۸ نمره و حدود ۳/۵ نمره نیز در گروه شاهد بوده است بنابراین تفاوت، معنی‌دار نمی‌باشد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های صالح‌زاده و همکاران (۲۶)، صرامی و همکاران (۲۷)، پدرام و همکاران (۲۲) و

نتایج F تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه دو گروه معنادار می‌باشد. بنابراین درمان شناختی-رفتاری گروهی بر امید به زندگی بیماران مبتلا به هیپاتیت نوع ب اثر معناداری دارد اما ضریب اتا به عنوان شاخص اندازه اثر، کوچک می‌باشد.

بحث

از اهداف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رویکرد شناختی-رفتاری گروهی بر افسردگی و امید به زندگی بیماران مبتلا به هیپاتیت نوع ب بوده است. پس از اجرای این روش و بررسی نتایج پیش‌آزمون و پس-آزمون می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان شناختی-رفتاری گروهی بر امید به زندگی بیماران مبتلا به هیپاتیت نوع ب، اثر معنی‌داری دارد. این نتایج با نتایج برخی پژوهش‌ها مانند پدرام و همکاران (۲۲)، غلامی و همکاران (۲۳)، حسینیان و همکاران (۲۴) و بیجاری و همکاران (۲۵) هم-سو می‌باشد و تبیین این هم‌سوایی می‌تواند ناشی از وجود نکات مشترک در ساختار جلسات و تاکید بر مفاهیم شناختی مانند روش تصورات ذهنی هدایت شده و ایجاد تغییرات شناختی، چه در حوزه‌ی رویکرد شناختی-رفتاری و چه معنی‌درمانی و امید‌درمانی بوده است که توانسته تأثیرات معنی‌داری را بر افزایش امید به زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن پزشکی بگذارد.

خدایی و همکاران (۲۸) ناام سو می‌باشد و علت احتمالی آن می‌تواند این باشد که بیماران مبتلا به هیپاتیت نوع ب به دلیل مصرف داروهایی چون اینترفرون، ریبویرین و آمانتادین دچار عوارض شدید از جمله افسردگی و اضطراب می‌شوند که بر نتایج پس‌آزمون می‌تواند تأثیر بگذارد. نکته‌ی دیگر، این که نمونه‌ی پژوهش‌های یاد شده با پژوهش حاضر نیز متفاوت می‌باشد و برخی از آن‌ها رویکرد شناختی-رفتاری نداشته‌اند که می‌تواند دلیل دیگری بر ناام‌سوایی باشد. هم‌چنین در تبیین این نکته که چطور درمان شناختی-رفتاری نتوانسته بر افسردگی تأثیر معنی‌داری بگذارد ولی بر امید به زندگی اثربخش بوده است می‌توان گفت پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک، مولفه‌های مختلف افسردگی از جمله تحریک‌پذیری، تغییر در الگوی اشتها، گریه، تغییر در الگوی خواب و ... را می‌سنجد اما پرسش‌نامه‌ی امیدواری اشنايدر، تنها جنبه‌ی محدود به امید به زندگی را اندازه‌گیری می‌کند لذا درمان شناختی-رفتاری نتوانسته بر این مولفه، تأثیر بگذارد ولی در مجموع بر مولفه‌های افسردگی اثربخش نبوده است.

هیپاتیت و بیماری‌هایی چون ایدز و بیماری‌های کبدی، مفید و اثربخش باشد. هم‌چنین بر طبق پژوهش‌های صورت گرفته می‌توان نتیجه گرفت روان‌درمانی‌های رفتاری (فعال‌سازی رفتاری) می‌تواند در ابتدای کار مداخله، بسیار اثربخش‌تر از مداخلات شناختی برای بیماران مزمن پزشکی باشد چون بیماران مزمن پزشکی از جمله بیماران مبتلا به هیپاتیت به دلیل عوارض خود بیماری و افسردگی ناشی از آن، معمولاً در حوزه‌ی فعال‌سازی رفتاری در سطح بسیار پایینی قرار دارند بنابراین با استفاده از رویکردهای فعال‌سازی رفتاری می‌توان انتظار بهبود در عملکرد این بیماران را داشت. هم‌چنین بیماران مبتلا به هیپاتیت می‌توانند با مصرف داروهای ضد افسردگی دارای عملکرد رفتاری شناختی بهتری باشند.

نتیجه‌گیری

طبق نتایج این تحقیق، درمان شناختی رفتاری می‌تواند منجر به افزایش امیدواری و کاهش افسردگی بیماران هیپاتیت ب شود هر چند کاهش افسردگی، معنی‌دار نبوده است. درمان شناختی رفتاری برای کاهش افسردگی و افزایش امیدواری بیماران هیپاتیت ب و به کارگیری شیوه‌های مکمل و جدید از جمله استفاده از روان‌درمانی همراه با دارودرمانی، ضروری به نظر می‌رسد.

مطالعه‌ی حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز می‌باشد که می‌توان به استفاده از نمونه‌ی کوچک افراد با وضع غیر وخیم جسمانی اشاره کرد که تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌سازد. عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر مانند تنش‌های خانوادگی و اجتماعی آزمودنی‌ها در حین مداخله و پایین بودن سطح تحصیلات در نمونه‌ها می‌تواند امکان بهره‌وری کافی از درمان‌های شناختی را کاهش دهد.

در ادامه بایستی اشاره نمود که با توجه به اهمیت فرایند امید به زندگی و افسردگی در حوزه‌های مختلف زندگی و نقش کلیدی آن در سلامت روان پیشنهاد می‌شود که رویکردهای درمان گروهی شناختی- رفتاری با درمان‌های موج سوم از جمله فراشناخت به کار گرفته شوند. هم‌چنین اجرای انواع دیگر گروه‌درمانی مانند فعال‌سازی رفتاری، زوج-درمانی، خانواده‌درمانی و طرح‌واره‌درمانی و سایر رویکردهای پرکاربرد روان‌شناختی می‌تواند برای بهبود وضع روانی این بیماران مفید باشد و سایر پژوهشگران می‌توانند اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری را بر انواع دیگر بیماری هیپاتیت هم‌چون هیپاتیت نوع C، D و E مطالعه نمایند. به طور کلی نتایج تحقیق این را نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری می‌تواند برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن پزشکی هم‌چون انواع

References

1. Goldman L, Ausiello D. Cecil textbook of medicine. 7th ed. W.B. Saunders: New York; 1993: 224-57.
2. Farzadegan H, Harbour C, Ala F. The prevalence of hepatitis B surface antigen and its antibody in blood donors and high-risk groups in Iran. Vox Sang 1979; 37: 182-6.
3. Zali MR, Mohammad K, Farhadi S, Masjedi MR, Zargar A, Nowroozi A. Epidemiology of hepatitis B in the Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J 1996; 2: 290-98.
4. Chen G, Lin W, Shen F, Iloeje UH, London WT, Evans AA. Chronic hepatitis B virus infection and mortality from non-liver causes: Result from Haimen city cohort study. Int J Epidemiol 2005; 34: 132-7.
5. Crook PD, Jones ME, Hall AJ. Mortality of hepatitis B surface antigen-positive blood donors in England and Wales. Int J Epidemiol 2003; 32: 118-24.
6. Alfonseca M, Martinez-Bravo M, Torrea JL. Mathematical models for the analysis of hepatitis B and AIDS epidemics. Simulation 2000; 74: 219-26.
7. Merrat SH, Malekzadeh R, Rezvan H, Khatibian M. Hepatitis in Iran. Arch Iran Med 2000; 3: 256-8.
8. Ealati A, Abonajmi M. [Study of mental health of Urmia University of Medical Sciences' hospital staff]. Dissertation. Urmia: Urmia University of Medical Sciences, 2006: 12-45. (Persian)
9. Shekheslami F. [Examination the effectiveness of group therapy of patients with heart attack]. Scholarly journal 2004; 2(11): 48-53. (Persian)
10. Osali Z. [Comparison the effectiveness of behavior group therapy, cognitive, cognitive-behavior improving depression among women MS Patients]. Islamic Azad University, Branch of Tonikabon, 2011: 43-9. (Persian)
11. Howton K, Salkvovous Case K. [Cognitive behavioral treatment: Guide of mental disorders]. Ghasemzadeh H. (translator). Tehran: Arjmand; 2005: 15-30. (Persian)
12. Jones S. Psychotherapy of bipolar disorder: A review. J Affect Disord 2004; 80: 101-14.
13. Halgin PR, Whitbourne SK. Abnormal psychology: Clinical perspectives on psychological disorders. 4th ed. USA: McGraw-Hill College; 2003: 176-93.
14. Rygh JL, Sanderson WC. Treating generalized anxiety disorder: Evidenced-based strategies, tools, and techniques. New York: Guilford; 2004: 65-84.
15. Sadock BJ, Sadock VA. (editors). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 9th ed. New York: Williams and Wilkins; 2003: 123-57.
16. Erickson TM, Newman MG. Cognitive behavioral psychotherapy for generalized anxiety disorder: A primer. Expert Rev Neurother 2005; 5(2): 247-57.

17. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychol* 1961; 4: 561-71.
18. Yazdandoost R. The effect of rational-emotive therapy on dysfunctional thoughts and irrational beliefs in depression. Ph.D. Dissertation. India: Pune University; 1988: 55-61.
19. Joharifard R. [The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on general anxiety disorder]. MS. Dissertation. Shiraz University of Medical Sciences, 2004; 56-150. (Persian)
20. Snyder CR, Irving L, Anderson JR. Hope and health: Measuring the will and ways. In: Snyder CR, Forsyth DR. (editors). *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*. New York: Pergamon; 1991: 285-305.
21. Delavar A. [Research methods in education and psychology]. 4th ed. Tehran: Virayesh; 2010: 131-45. (Persian)
22. Pedram M, Mohamadi M, Naziri GH, Aeenparast N. [The effectiveness of group therapy cognitive-behavior improving of anxiety, depression disorders in woman with cancer]. *Woman and social* 2010; 4: 61-75. (Persian)
23. Gholami M, Pasha GH, Sodani M. [The effectiveness of group logo-therapy of hope to life and girl patients' general health with thalasemia]. *Science and research in applied psychology* 2009; 11: 23-42. (Persian)
24. Hosanian A, Sodani M, Mehrabizadeh Honarmand M. The effectiveness of group logo-therapy of hope to life cancer patients. *Behavior sciences* 2009; 4: 287-92.
25. Bijaree H, Hashemabadi A, Aghamohamadian Sherbaf H. The effectiveness of group logo-therapy in woman patients with breast cancer. *Observation training and psychology* 2009; 10: 172-84.
26. Salehzadeh M, Kalantari M, Molavi H. [The effectiveness of group therapy cognitive-behavior therapy on depression of patients with resistant epilepsy]. *News in cognitive sciences* 2010; 46: 59-68. (Persian)
27. Sarami Z, Neshatdost H, Amiri SH, Molavi H, Akochehian SH. [The effectiveness of group therapy cognitive-behavior in obsessive behaviors of mothers on children's depression]. *Quarterly journal of family research* 2009; 5: 533-52. (Persian)
28. Khodae S, Dastjerdi R, Haghghi PH, Saadatjo A, Keramati A. [The effectiveness of group therapy cognitive-behavior on depression disorders in cancer patients]. *The scientific journal of Birjand University of Medical Sciences* 2011; 18: 183-90. (Persian)