

مقاله‌ی پژوهشی

مقایسه‌ی تاثیر درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی و درمان شناختی رفتاری کلاسیک بر سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان

خلاصه

* عزیزا... مجاهد

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

مهرداد کلانتری

دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه اصفهان

حسین مولوی

استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

حمید طاهر نشاط دوست

دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

نورمحمد بخشانی

دانشیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

* مولف مسئول:

ایران، زاهدان، خیابان امام خمینی، بیمارستان روان‌پزشکی بهاران

تلفن: ۰۵۴۱۴۵۱۸۳۵۲

azizmojahed@gmail.com

تاریخ وصول: ۱۵/۳/۸۸

تاریخ تایید: ۲۰/۸/۸۸

مقدمه: پژوهش حاضر جهت بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر باورهای مذهبی در کاهش مشکلات روان‌شناختی همسران شهدا و جانبازان طراحی شد.

روش کار: در یک کارآزمایی بالینی دوسوکور طی سال‌های ۸۸ تا ۱۳۸۷ در شهر زاهدان، ۶۰ نفر از همسران شهدا و جانبازان که در پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی نمره‌ی غیرطبیعی کسب کرده بودند و علائم اضطراب و افسردگی آنان نیز از طریق مصاحبه‌ی بالینی مورد تایید قرار گرفته بود، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به سه گروه مساوی تقسیم شدند. گروه اول ۸ جلسه درمان شناختی رفتاری کلاسیک، گروه دوم ۸ جلسه درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی و گروه سوم هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی و نگرش‌های ناکارآمد در ابتدا و انتهای مداخله برای آزمودنی‌ها تکمیل شد. نمرات آزمون با روش آماری ANCOVA تحلیل شدند.

یافته‌ها: تفاوت میان نمرات ۳ گروه معنی‌دار بود ($P < 0.01$). آزمون تعقیبی نشان داد که اگر چه هر دو گروه مورد درمان (شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی و کلاسیک) نسبت به گروه شاهد بهبود معنی‌داری را نشان می‌دادند ($P < 0.01$) اما بین دو گروه با مداخلات درمانی مختلف، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر رویکرد اسلامی اثری مشابه درمان شناختی رفتاری کلاسیک دارد.

واژه‌های کلیدی: جانبازان، درمان شناختی رفتاری، روان‌درمانی، سلامت روانی، شهدا، مذهب

بی‌نوشت:

مساعده‌های سخاوتمندانه‌ی مسئولین و کارکنان محترم بنیاد شهید و امور ایثارگران استان سیستان و بلوچستان سزاوار تقدیر است. لازم به ذکر است که این تحقیق مورد تایید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان می‌باشد و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته‌است.

Original Article

Comparison of Islamic oriented and classical cognitive behavioral therapy on mental health of martyrs' and veterans' wives

Abstract

Introduction: The present study was planned to assess the effectiveness of cognitive behavioral therapy emphasized on religious believes to relieve psychological problems of wives of martyrs and veterans.

Materials and Methods: In a double-blind clinical trial in Zahedan city, south-eastern part of Iran during 2008-9, 60 individuals from wives of martyrs and veterans who had obtained abnormal General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) scores and their anxiety and depression had been proved through a clinical interview, were selected by accessible sampling method and randomly divided to three equal groups. The first, the second and the third groups received 8 sessions of classical cognitive-behavioral therapy, 8 sessions of Islamic oriented cognitive-behavioral therapy and no intervention respectively. The study instruments included GHQ-28 and Dysfunction Attitude Scale, which were executed for each subject at the baseline and after the interventions. The scores were analyzed using ANCOVA statistical method

Results: There were significant differences of scores between three groups ($P < 0.01$). Although there were significant differences of improvement scores of two cases groups in comparison with control group (both with $P < 0.01$), but there was no significant difference between scores of two cases groups ($P > 0.05$).

Conclusion: The findings exhibited that cognitive-behavioral therapy emphasized on Islamic approach bears the same effects of classical behavioral therapy.

Keywords: Cognitive behavior therapy, Mental health, Psychotherapy, Religion

*Azizollah Mojahed

Instructor of Zahedan University of Medical Sciences, Iran

Mehrdad Kalantari

Associate professor of clinical psychology, Isfahan University, Iran

Hossein Molavi

Associate professor of clinical psychology, Isfahan University, Iran

Hamid Taher Neshatdust

Associate professor of clinical psychology, Isfahan University, Iran

Noor-Mohammad

Bakhshani

Associate professor of clinical psychology, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

* Corresponding Author:

Baharan Psychiatric Hos., Imam Khomeini Ave, Zahedan, Iran

azizmojehed@gmail.com

Tel: +985414518352

Received: Jun. 05, 2009

Accepted: Nov. 11, 2009

Acknowledgement:

This study was reviewed and approved by the research committee of Zahedan University of Medical Sciences. The study had been supported by no grant and the authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Mojahed A, Kalantari M, Molavi H, Taher-Neshatdoost H, Bakhshani NM. Comparison of Islamic oriented and classical Cognitive Behavioral Therapy on mental health of martyrs' and veterans' wives. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2010; 11(4): 282-91.

مقدمه

فشارهای روانی از جمله عواملی هستند که سلامت روانی، بهزیستی و حتی سلامت جسمانی افراد را به خطر می‌اندازند (۱). در خانواده‌ی جانبازان و شهدا، زنان به دلیل فقدان شوهر و یا بیماری و معلولیت وی به شدت تحت فشار هستند و این مسئله در مورد عضوی از خانواده که نقش محوری دارد، بیش از سایرین، سلامتی، رفاه و فضای تربیتی خانواده را متاثر می‌سازد (۲). بر اساس مطالعات، یکی از عوامل شناخته شده در تعدیل تاثیر رویدادهای تنش‌زا، معنایی است که افراد به این رویدادها می‌دهند.

پژوهش‌های فراوان و فراتحلیل‌های انجام شده، کارآمدی روش‌های درمانی شناختی-رفتاری را بر کاهش علائم اختلالات روانی و ارتقای سلامت روانی نشان داده‌اند (۳). در زاهدان نیز به کارگیری شکل کوتاه مدت درمان شناختی-رفتاری برای بیماران دچار اختلال اضطرابی با موفقیت همراه بوده است (۴). روان‌درمانی و به ویژه درمان‌های شناختی-رفتاری به شدت متاثر از زمینه‌های فرهنگی، باورها و ارزش‌های درون‌فرهنگی بوده و کارآیی آن به میزان هماهنگی با زمینه‌های فرهنگی و اعتقادی افراد تحت درمان بستگی دارد (۵، ۶).

امروزه موج تازه‌ای از مطالعات، متوجه بررسی تاثیر درمان‌های معنوی بر کاهش فشارهای روانی شده است (۷). راجا گوپال^۱ و همکاران اثربخشی مداخلات مبتنی بر معنویت را در رفع اضطراب و افسردگی خفیف بررسی کردند. نتیجه‌ی این مطالعه حاکی از کاهش معنی‌دار علائم اضطرابی و روند کاهشی علائم افسردگی بود. هم‌چنین مشخص شد که ترک درمان مذهبی توسط مراجعین باعث افزایش علائم افسردگی می‌گردد (۸). ابراهیمی اثربخشی روان‌درمانی یکپارچه‌گرایی دینی را در بیماران مبتلا به افسرده‌خویی در مقایسه با روش دارودرمانی و درمان شناختی-رفتاری بررسی نموده و نتیجه گرفت که روان‌درمانی یکپارچه‌گرایی دینی بر روی سه شاخص نمرات مقیاس افسردگی بک، نمرات مقیاس افسردگی هامیلتون و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد، موثر است (۹).

تاثیر روان‌درمانی‌های مذهبی در فراتحلیل‌های انجام شده نیز نشان داده شده است (۷). با این حال در برخی از مطالعات تاثیر این روش بیش از روش روان‌درمانی شناختی نبوده (۱۰) و در بعضی مطالعات برای افراد دارای زمینه‌های مذهبی موثرتر بوده است (۱۱).

مذهب و معنویت به عنوان جنبه‌ای مهم از تفاوت‌های فردی مراجعین بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته و در انتخاب نوع مداخله‌ی متناسب با فرهنگ و ویژگی‌های خاص جمعیت شناختی مراجعین نقش دارد (۱۲). مداخلات معنوی در انواع درمان‌ها از جمله درمان‌های انفرادی، گروه‌درمانی، خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی و درمان کودکان و نوجوانان به کار رفته است (۱۳-۱۶).

با وجود افزایش قابل ملاحظه‌ی توجه حرفه‌ای و تخصصی به ادغام مذهب و معنویت در امور بالینی، پژوهش‌های نشان‌دهنده‌ی اثربخشی این ادغام در موقعیت‌های مختلف بالینی و در جمعیت‌های مختلف هم‌چنان اندک هستند (۷).

بیان‌زاده و همکاران به بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، مذهبی و فرهنگی در بهبود مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری پرداخته و دریافته‌اند که نمرات خام شاخص‌های بهبودی در گروهی که با روش مذکور درمان شده بودند بالاتر از سایر گروه‌ها است. با این حال نتیجه گرفتند که افزودن مولفه‌ی مذهبی فرهنگی به روش‌های شناختی-رفتاری و دارودرمانی در بهبودی بیشتر بیماران مذهبی مبتلا به اختلال وسواسی-جبری نقش موثری ندارد (۱۰). هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر روش درمانی شناختی-رفتاری مبتنی بر رویکرد اسلامی در مقایسه با رویکرد شناختی-رفتاری کلاسیک، در ارتقای سلامت روانی خانواده‌های شهدا و جانبازان شهر زاهدان است.

روش کار

برای بررسی تاثیر درمان شناختی-رفتاری با رویکرد اسلامی در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری به روش کلاسیک، مطالعه‌ی مداخله‌ای و نیمه‌تجربی حاضر در قالب پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمون و یک گروه شاهد انجام شد. جایگزینی افراد در گروه‌ها به طور تصادفی صورت می‌گرفت.

¹Rajagopal

بردن این پرسش نامه در نمونه‌ی ۲۰۰ نفری از همسران شهدا و جانبازان، آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد. پرسش نامه‌ی نگرش‌های ناکارآمد یکی از ابزارهای رایج در کار بالینی به ویژه در سنجش‌های شناختی رفتاری است (۲۱).

ابراهیمی طی یک مطالعه و ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را بررسی نموده و آلفای کرونباخ ۰/۸۹۹، ضریب اسپیرمن-براون ۰/۷۹۵، ضریب دونیمه‌سازی گاتمن ۰/۷۷۱ و هم‌چنین میانگین همبستگی درونی سؤال‌ها با یکدیگر در فرم اولیه توسط ایشان ۰/۱۷۸ به دست آمده است (۹). وی از طریق تحلیل عوامل گویه‌های این مقیاس را از ۴۰ به ۲۶ تقلیل داده و در انتها آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ و میانگین همبستگی درونی را ۰/۳۰ گزارش کرده‌است. برای بررسی روایی مقیاس، همبستگی آن را با GHQ-۲۸ ۰/۵۶ و با تشخیص روان‌پزشکی ۰/۵۵ به دست آورده است.

در پژوهش حاضر نیز با به کار بردن این پرسش‌نامه در نمونه‌ی ۶۰ نفری آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. در اولین جلسات مصاحبه مشخص گردید که افراد انتخاب شده دچار علائم اضطراب و افسردگی خفیف تا متوسط بوده و در معرض فشار روانی و عمدتاً دارای مشکلاتی در روابط خانوادگی هستند. با در نظر گرفتن شدت و وسعت علائم و مشکلات و مقدمات شرکت کنندگان، برای هر نفر ۸ جلسه‌ی درمانی انفرادی با فاصله‌ی یک هفته در نظر گرفته شد. برنامه از شهریور ۱۳۸۷ آغاز و با توجه به ملاحظات عملی تا شهریور ۱۳۸۸ به طول انجامید.

با وجود شباهت چهارچوب کلی جلسات، محتوای آن‌ها با نیاز و توانایی هر مورد هماهنگ بود. برای یکی از گروه‌ها درمان شناختی-رفتاری به روش کلاسیک به کار گرفته شد بر اساس راهنمای معتبر در طی جلسات درمانی با ارزیابی و تحلیل رفتاری، نگرش‌های ناکارآمد (۲۲)، افکار اتوماتیک و خطاهای شناختی شناسایی می‌شدند. سپس متناسب با علائم و مشکلات هر مورد، ضمن تحلیل چرخه‌ی معیوب مبین علائم، تمرین‌های شناختی و رفتاری و آموزش لازم در جهت شکستن این چرخه صورت می‌گرفت و برای گروه آزمون دیگر با اقتباس از طرح ابراهیمی و همکاران مدلی از جلسات درمانی با

طی یک مطالعه‌ی همه‌گیرشناسی از جمعیتی در حدود ۱۴۰۰ نفر از همسران شهدا و جانبازان (۲۵٪) که تحت پوشش بنیاد شهید شهرستان زاهدان قرار داشتند، نمونه‌ای به حجم ۲۰۰ نفر از طریق نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک انتخاب و با پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی ۲۸ سئوالی^۱ (GHQ-۲۸) مورد ارزیابی قرار گرفتند. نمونه به تعداد مساوی مرکب از همسران شهدا و جانبازان بود. از میان آن دسته از افرادی که نمره‌ی آنان بالاتر از نقطه‌ی برش بود (۲۴)، ۶۰ نفر انتخاب و به مرکز مشاوره‌ی بنیاد شهید زاهدان دعوت و مورد مصاحبه قرار گرفتند. افرادی که در مصاحبه‌ی بالینی آنان تشخیص اضطراب و افسردگی تایید می‌شد و با شرکت در جلسات روان‌درمانی موافق بودند انتخاب و در صورت عدم تایید علائم و یا عدم موافقت، افرادی دیگر که واجد شرایط و داوطلب بودند جایگزین می‌شدند. در نهایت تعداد ۳۰ نفر از همسران شهدا و ۳۰ نفر از همسران جانبازان به تصادف و به تعداد مساوی در سه گروه قرار گرفتند. گروه‌ها عبارت بودند از: گروه درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی، گروه درمان شناختی رفتاری به روش کلاسیک و گروه شاهد.

ارزیابی در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط پرسشگرانی مستقل انجام می‌شد که کارشناس روان‌شناسی و آموزش دیده بودند. آنان هم‌چنین از عضویت گروهی افراد بی‌اطلاع بودند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسش‌نامه‌ی GHQ-۲۸ و پرسش‌نامه‌ی نگرش‌های ناکارآمد^۲ (DAS) بودند.

پرسش‌نامه‌ی GHQ در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ^۳ برای سرند کردن بیماران روانی ساخته شده است (۱۷). مدل ۲۸ سئوالی این پرسش‌نامه دارای چهار زیر مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، افسردگی و کارکرد اجتماعی است. از مجموع چهار زیر مقیاس نیز یک نمره‌ی کلی به دست می‌آید. این زیر مقیاس‌ها علائم را نشان می‌دهند ولی لزوماً برابر با تشخیص‌های روانی نیستند (۱۸). تحقیقات متعدد اعتبار و پایایی مناسبی را برای این پرسش‌نامه گزارش کرده‌اند (۱۹). در ایران نیز اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه تایید شده است (۲۰). با به کار

^۱General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)

^۲Dysfunction Attitude Scale (DAS)

^۳Goldberg

استفاده از همان چهارچوب شناختی رفتاری طراحی و اجرا شد (۹). با این تفاوت که برای شناسایی و اصلاح خطاهای شناختی و نگرش‌های ناکارآمد از استدلال‌ها و تکالیف مبتنی بر متون مذهبی اسلامی به ویژه قرآن کریم و احادیث پیامبر و ائمه‌ی اطهار متناسب با نیاز هر مورد استفاده شد.

برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۷ و تحلیل واریانس تک متغیری استفاده شد. با استفاده از گزینه‌ی LSD^۱ به عنوان آزمون پیگردی، مقایسه‌های زوجی انجام شد.

نتایج

ویژگی‌های جمعیت شناختی، سن و میزان تحصیلات ۶۰ نفر نمونه در جدول (۱) نشان داده شده است. از آن جایی که جایگزینی افراد در گروه‌های درمان شناختی رفتاری (CBT^۲،

درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی (ICBT^۳) و گروه شاهد تصادفی بوده است مقایسه‌ی سن از طریق تحلیل واریانس ($P=0/19$) و تحصیلات از طریق کروسکال والیس^۴ ($P=0/74$) تفاوت معنی داری در بین سه گروه نشان نمی‌دهد. نتایج تحلیل واریانس نمرات پیش‌آزمون سه گروه نشان می‌دهد که تحت تاثیر جایگزینی تصادفی، نمرات گروه‌ها در هیچ کدام از مقیاس‌ها با هم تفاوت معنی داری نداشتند (در مقیاس GHQ، $P=0/60$ و در مقیاس DAS، $P=0/33$). جدول (۲) میانگین و انحراف معیار نمرات مقیاس‌های مختلف را پس از انجام مداخله در سه گروه در کنار نمرات پیش‌آزمون نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود نمرات در پس‌آزمون کاهش یافته است.

جدول ۱- مقایسه‌ی سن و تحصیلات گروه‌های آزمون و شاهد نمونه‌ی همسران شهدا و جانبازان شهر زاهدان

گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	سن				
			بی‌سواد	ابتدایی	سیکل	دیپلم	بالتر از دیپلم
CBT	۳۹/۳۵	۶/۵۲	۲	۷	۴	۵	۲
ICBT	۳۹/۶	۵/۵۵	۳	۸	۴	۴	۱
شاهد	۴۴/۵۵	۱۰/۵۸	۲	۸	۴	۵	۱
کل	۴۱/۱۷	۸/۱۶	۷	۲۳	۱۲	۱۴	۴

CBT=درمان شناختی رفتاری ICBT=درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات مقیاس‌ها در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه‌های درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی (ICBT)، درمان شناختی رفتاری کلاسیک (CBT) و شاهد

مقیاس	گروه‌ها	ICBT		CBT		گروه شاهد
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
مقیاس علائم جسمی	پیش‌آزمون	۱۴/۱	۴/۰۵	۱۳/۴۵	۴/۲۹۸	۱۵/۹۵
	پس‌آزمون	۷/۸۵	۲/۷۲	۹/۰۵	۳/۸۶	۳/۷۱
مقیاس علائم اضطرابی	پیش‌آزمون	۱۴/۷۵	۳/۹۰	۱۲/۲۰	۴/۳۰	۱۳/۶۵
	پس‌آزمون	۶/۷۵	۲/۶۳	۸/۰۰	۳/۸۶	۱۳/۷۰
مقیاس کارکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۰/۲۵	۳/۷۴	۱۱/۲	۴/۷۳	۱۲/۸۰
	پس‌آزمون	۷/۹۰	۲/۹۲	۸/۶۵	۲/۸۷	۱۲/۱۵
مقیاس علائم افسردگی	پیش‌آزمون	۱۰/۹۰	۴/۹۳	۹/۷۵	۶/۱۰	۸/۳۵
	پس‌آزمون	۴/۵۰	۲/۲۸	۴/۷۰	۲/۹۹	۹/۷۵
GHQ-۲۸	پیش‌آزمون	۵۰/۰۰	۱۲/۴۴	۴۶/۶۰	۱۶/۸۳	۵۰/۷۵
	پس‌آزمون	۲۷/۰۰	۸/۱۵	۳۰/۴۰	۹/۴۷	۴۹/۴۰
مقیاس نگرش‌های ناکارآمد	پیش‌آزمون	۱۱۵/۳۰	۳۳/۷۷	۱۱۹/۰۰	۳۰/۱۲	۱۰۵/۸۵
	پس‌آزمون	۸۸/۶۵	۳۰/۸۵	۹۶/۸۰	۲۷/۷۸	۱۰۱/۰۵

³Islamic Cognitive Behavioral Treatment (ICBT)

¹Least Significant Differences (LSD)

⁴Kruskal-wallis

²Cognitive Behavioral Treatment (CBT)

نتایج تحلیل واریانس در جدول (۳) مشهود است. بنا بر این فرضیه‌های مبتنی بر تفاوت معنی‌دار بین نمرات گروه‌های درمان شناختی-رفتاری با رویکرد اسلامی، درمان شناختی-رفتاری کلاسیک و شاهد، در همه‌ی مقیاس‌ها مورد تایید واقع می‌شود.

تحلیل واریانس نمرات پس‌آزمون GHQ-28 با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان هم‌پراش (کوواریانس)، نشان دهنده‌ی آن است که عامل گروهی یعنی مداخله موثر بوده و باعث تغییر در پراکندگی نمرات شده است و این تفاوت در سطح بالاتر از ۹۹ درصد اطمینان، معنی‌دار است ($P < 0/01$).

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس یک‌متغیری نمرات پس‌آزمون همسران شهدا و جانبازان گروه‌های درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی، درمان شناختی رفتاری کلاسیک و شاهد در مقیاس‌های مختلف (با کوواریانس پیش‌آزمون)

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	معنی‌داری	میزان اثر
علائم جسمی	بین گروه‌ها	۲۸۱/۲۵۵	۲	۱۴۰/۶۲۷	۱۲/۲۰۸	۰/۰۰۰	۰/۳۵۲
	پیش‌آزمون	۱۶۶/۸۸۸	۱	۱۶۶/۸۸۸	۱۸/۰۴۹	۰/۰۰۰	۰/۲۴۴
	درون گروه‌ها	۵۱۷/۸۱۲	۵۶	۹/۲۴۷			
علائم اضطرابی	بین گروه‌ها	۵۶۴/۷۸۱	۲	۲۸۲/۳۹۱	۲۶/۰۷۹	۰/۰۰۰	۰/۴۸۲
	پیش‌آزمون	۹۵/۵۷۲	۱	۹۵/۵۷۲	۸/۸۲۶	۰/۰۰۴	۰/۱۳۶
	درون گروه‌ها	۶۰۶/۳۷۸	۵۶	۱۰/۸۲۸			
علائم کارکردی	بین گروه‌ها	۱۳۰/۴۷۳	۲	۶۵/۲۳۷	۸/۴۸۱	۰/۰۰۱	۰/۲۳۲
	پیش‌آزمون	۱۰۶/۱۶۲	۱	۱۰۶/۱۶۲	۱۳/۸۰۲	۰/۰۰۰	۰/۱۹۸
	درون گروه‌ها	۴۳۰/۷۳۸	۵۶	۷/۶۹۲			
علائم افسردگی	بین گروه‌ها	۴۱۸/۶۳۱	۲	۲۰۹/۳۱۶	۵/۱۷۰	۰/۰۰۹	۰/۱۵۶
	پیش‌آزمون	۱۱۷/۵۷۴	۱	۱۱۷/۵۷۴	۲/۹۰۴	۰/۰۹۴	۰/۰۴۹
	درون گروه‌ها	۲۲۶۷/۳۷۶	۵۶	۴۰/۴۸۹			
GHQ- 28	بین گروه‌ها	۵۳۴۹/۹۵۱	۲	۲۶۷۴/۹۷۶	۲۴/۶۰۲	۰/۰۰۰	۰/۴۶۸
	پیش‌آزمون	۲۱۵۰/۵۹۹	۱	۲۱۵۰/۵۹۹	۱۹/۷۷۹	۰/۰۰۰	۰/۲۶۱
	درون گروه‌ها	۶۰۸۹/۰۰۱	۵۶	۱۰۸/۷۳۲			
DAS	بین گروه‌ها	۳۷۵۸/۲۸۸	۲	۱۸۷۹/۱۴۴	۵/۵۱۴	۰/۰۰۷	۰/۰۶۵
	پیش‌آزمون	۲۳۳۵۳/۷۴۶	۱	۲۳۳۵۳/۷۴۶	۶۸/۵۲۶	۰/۰۰۰	۰/۵۵۰
	درون گروه‌ها	۱۹۰۸۴/۹۵۴	۵۶	۳۴۰/۸۰۳			

CBT=درمان شناختی رفتاری، ICBT=درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که پیشینه‌ی موضوع همان‌طور که انتظار می‌رفت فرضیه‌های مطرح با اطمینان بالا مورد تایید واقع شدند. به عبارت دیگر عضویت گروهی باعث تفاوت معنی‌دار در علائم جسمانی، علائم اضطرابی، مقیاس کارکرد اجتماعی،

همان‌طور که در جدول (۴) مشهود است، مقایسه‌های زوجی، تفاوت هر کدام از گروه‌های درمانی با گروه شاهد را معنی‌دار نشان می‌دهد. هر چند تاثیر درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی بیش از درمان شناختی رفتاری کلاسیک است اما دو شیوه‌ی درمانی با هم تفاوت معنی‌داری ندارند.

علایم افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد شده بود. این تفاوت نشان‌دهنده‌ی این است که مداخله‌ی انجام شده به صورت درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی بر پراکندگی نمرات تاثیر گذاشته است. تایید تفاوت هر کدام از گروه‌های درمانی با گروه شاهد در مقایسه‌های زوجی نشان داده است که هر دو شیوه‌ی درمانی موثر بوده‌اند.

یعنی باعث کاهش علایم و ارتقای سلامت روانی شده‌اند. این یافته با مطالعات دیگران هماهنگ است (۹۰،۷،۵، ۱۰، ۲۳). مقایسه‌ی میانگین نمرات مقیاس‌ها در دو گروه درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی ظاهراً نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی تاثیر بیشتری داشته است.

جدول ۴- خلاصه نتایج آزمون‌های تعقیبی (مقایسه‌های زوجی LSD) پس از تحلیل واریانس نمرات پس آزمون همسران شهدا و جانبازان گروه‌های درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی، درمان شناختی رفتاری کلاسیک و شاهد در مقیاس‌های مختلف

متغیر وابسته	گروه‌ها	تفاوت میانگین	انحراف معیار	معنی داری
علایم جسمانی	ICBT	۱/۴۴۸	۰/۹۶۳	۰/۱۳۸
	شاهد	۵/۲۴۵	۰/۹۷۶	۰/۰۰۰
	CBT	۳/۷۹۷	۰/۹۸۷	۰/۰۰۰
علایم اضطرابی	ICBT	۲/۰۴۷	۱/۰۷۵	۰/۰۶۲
	شاهد	۷/۲۹۴	۱/۰۴۷	۰/۰۰۰
	CBT	۵/۲۴۷	۱/۰۵۲	۰/۰۰۰
علایم کارکردی	ICBT	۰/۴۴۱	۰/۸۸۱	۰/۶۱۹
	شاهد	۳/۴۲۱	۰/۹۰۵	۰/۰۰۰
	CBT	۲/۹۸۰	۰/۸۸۸	۰/۰۰۰
علایم افسردگی	ICBT	۰/۵۰۹	۲/۰۲۰	۰/۸۰۲
	شاهد	۵/۹۳۶	۲/۰۵۲	۰/۰۰۵
	CBT	۵/۴۲۴	۲/۰۲۴	۰/۰۱۰
GHQ-۲۸	ICBT	۴/۹۰۸	۳/۳۱۵	۰/۱۴۴
	شاهد	۲۲/۰۶۷	۲/۲۹۸	۰/۰۰۰
	CBT	۱۷/۱۶۰	۳/۳۲۳	۰/۰۰۰
DAS	ICBT	۵/۵۲۷	۵/۸۴۶	۰/۳۴۹
	شاهد	۱۹/۱۰۰	۵/۸۹۴	۰/۰۰۲
	CBT	۱۳/۵۷۳	۵/۹۴۵	۰/۰۲۶

ICBT = درمان شناختی رفتاری، ICBT = درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی

رفتاری تبیین‌کننده‌ی اضطراب و افسردگی می‌توانند موثر بودن روش درمانی شناختی رفتاری را توجیه نمایند اما این که روش شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی نیز موثر واقع شده است دور از ذهن نیست چرا که تاثیرگذاری باورها بر احساسات و رفتارها هم با تجارب عقل سلیم و هم با نظریات شناختی هماهنگ است. در تاریخ و سرگذشت انسان‌ها آمده

این یافته با نتایج مطالعه‌ی ابراهیمی، هماهنگ است. با این تفاوت که در مطالعه‌ی ایشان تفاوت‌ها در مقیاس DAS معنی‌دار شده بود (۹). موثر بودن روش درمان شناختی رفتاری در ۸ جلسه موید نتایج توأم با موفقیت مطالعه‌ی بخشانی و همکاران است که همین تعداد جلسات را در همین شهر برای بیماران اضطرابی به کار بردند (۴). نظریه‌های شناختی و

اجازه نمی‌داد که تاثیر متغیر سواد به طور عینی مورد ارزیابی قرار گیرد.

محدودیت قابل ذکر این مطالعه سطح سواد پایین شرکت کنندگان بود که سبب گردید پرسش‌نامه‌ها از طریق مصاحبه توسط پرسشگران روان‌شناس آموزش‌دیده تکمیل شوند. البته این شرایط برای هر سه گروه یکسان بود.

در نهایت ما می‌توانیم با هافمن و پروپست هم عقیده باشیم که بیان می‌کنند روان‌درمانی و به ویژه درمان‌های شناختی-رفتاری به شدت متأثر از زمینه‌های فرهنگی، باورها و ارزش‌های درون فرهنگی بوده و کارآیی آن بسته به میزان هماهنگی آن با زمینه‌های فرهنگی و اعتقادی مردمی است که تحت درمان قرار می‌گیرند (۶،۵).

یافته‌های پژوهش حاضر، حداقل برای افرادی که خصوصیات مشابه شرکت کنندگان این تحقیق را داشته باشند قابل تعمیم است. بر همین اساس می‌توان گفت که برای چنین افرادی مشاوره و مداخله‌ی روان‌شناختی اگر با استفاده از تعالیم مذهبی غنی‌سازی شود می‌تواند به همان اندازه‌ی روش‌های درمانی کلاسیک، مفید باشد.

تشکر و قدردانی

مساعدت‌های سخاوتمندانه‌ی مسئولین و کارکنان محترم بنیاد شهید و امور ایثارگران استان سیستان و بلوچستان و زاهدان سزاوار تقدیر است. لازم به ذکر است که این تحقیق با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است و مورد تایید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان می‌باشد.

است که شدیدترین تنش‌ها برای اشخاص متدین و باورمند مذهبی که در زندگی خویش هدف و معنایی یافته‌اند لزوماً مخرب نبوده و حتی توانسته است به رشد و پختگی بیشتر آنان نیز منجر شود.

نظریه‌ی معنی‌درمانی فرانکل و تجربه‌ی شخصی وی با این حقیقت بی‌ارتباط نیست. یکسانی تقریبی تاثیر مداخله در تمامی مقیاس‌ها بر این مبنا نیز قابل توجه است که برخی مطالعات به عنوان مثال مطالعه‌ی بخشی‌پور رودسری و تجارب بالینی همبستگی بین علائم افسردگی و اضطراب را مورد تایید قرار داده‌اند (۲۴). سطح بالای افسردگی و اضطراب با علائم اختلال کارکرد اجتماعی نیز ارتباط مستقیم دارند. هم‌چنین مطالعات نشان داده‌اند که نگرش‌های ناکارآمد زمینه‌ساز افسردگی و اضطراب بوده و می‌تواند با آن‌ها همبسته باشد. لذا مداخله‌ی موثر بر هر کدام از ابعاد همبسته، می‌تواند بعد دیگر را نیز تحت تاثیر قرار دهد. برخی مطالعات به عنوان مثال پروپست و بیان زاده این نکته را مطرح کرده‌اند که روان‌درمانی با استفاده از مذهب برای افراد مذهبی بیش از سایرین موثر است (۱۱،۶). با وجودی که سنجش میزان مذهبی بودن افراد میسر نبود لیکن بر وفق شرایط اجتماعی و محیطی و در طی جلسات چنین به نظر می‌آمد که شرکت کنندگان از نظر باورها و پایبندی مذهبی در سطح مشابهی بودند و به دلیل این همگنی، سنجش تاثیر متغیر مذکور مقدور نبود. علاوه بر این، مشاهدات کیفی طی تجربه‌ی بالینی این فرضیه را القا می‌کرد که استدلال‌ها و تکالیف مذهبی برای افراد کم‌سواد راحت‌تر پذیرفته می‌شود اما حجم کم نمونه و پراکندگی ناکافی

References

1. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ, Nolen-Hoeksema S. [Hilgard's Introduction to Psychology]. Baharani MN. (translator). 13th ed. Tehran: Roshd; 2007: 487-519. (Persian)
2. Parande A, Sirati-Nir M, Khaghanizadeh M, Karimizarchi AA. [Comparison the effect of training of conflict resolution and relaxation on quality of life's spouses of war veterans affected post traumatic stress disorder with major depression disorder]. Journal of fundamentals of mental health 2007; 9(3-4): 67-76. (Persian)
3. Holon SD, Beck AT. Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In: Bergin AE, Garfield SL. (editors). Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed. New York: Wiley and sons; 1994: 428-66.

4. Bakhshani N, Lashkaripour K, Sadjadi SA. [Effectiveness of short term cognitive behavior therapy in patients with generalized anxiety disorder]. *Journal of medical sciences* 2007; 7(7): 1076-81. (Persian)
5. Hofmann SG. The importance of culture in cognitive and behavioral practice. *Cognit Behav Pract* 2006; 4(13): 243-54.
6. Propst LR. The comparative efficacy of religious and non-religious imagery for the treatment of mild depression in religious individuals. *Cognit Ther Res* 1980; 4: 167-78.
7. Smith TB, Bartz J, Richards PS. Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychother Res* 2007; 17(6): 643-55.
8. Rajagopal D, Mackenzie E, Bailey C, Lavizzo-Mourey R. The effectiveness of a spiritually- based intervention to alleviate subsyndromal anxiety and minor depression among older adults. *Springer Netherlands* 2004; 4(2): 153-66.
9. Ebrahimi A, Molavi H, Moosavi G, Bornamanesh A, Yaghoobi M. [Psychometric properties and factor structure of general health questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian psychiatric patients]. *Journal of research in behavioral sciences* 2007; 5(1): 5-11. (Persian)
10. Bayanzadeh SA, Bolhry J, Dadfar M, Karimi I. [Effectiveness of cognitive-behavioral religious-cultural therapy in improvement of obsessive-compulsive patients]. *Journal of Iran Medical Sciences University* 2004; 2: 913-24. (Persian)
11. Bayanzadeh SA. [Need to look at religious values in counseling and psychotherapy approach]. *Proceeding 1st Conference of the Role of Religion in Mental Health*; 1997 Nov 24-27; Tehran. Iran; 1997: 77-69. (Persian)
12. Richards PS, Bergin AE. *Handbook of psychotherapy and religious diversity*. Washington. DC: American Psychological Association; 2000: 5-30.
13. Richards PS, Bergin AE. *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. 2nd ed. Washington. DC: American Psychological Association; 2005: 5-25.
14. Hiatte JF. A transpersonal care program in an institutional setting. *Psychiatr Ann* 1999; 29: 480-3.
15. Butler MH, Harper JM. The divine triangle: God in the marital system of religious couples. *Fam Process* 1994; 33: 277-86.
16. Miller SL. A spiritual formation of interpersonal psychotherapy for depression in pregnant girls. In: Richards PS, Bergin AE. (editors). *Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy*. Washington. DC: American Psychologists Association; 2004: 75-86.
17. Omidi A, Tabatabai A, Sazvar S A, Akashe G. [Epidemiology of mental disorders in urbanized areas of Natanz]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2003; 8(4): 32-8. (Persian)
18. Kaviani H, Moosawi A, Mohit A. [Interviews and psychological tests]. Tehran: Sana; 2001: 205-10. (Persian)
19. Tait RJ, Hulse GK, Roberson SI. A review of the validity of the general health questionnaire in adolescent population. *A N Z J Psychiatry* 2002; 36(4): 55-7.
20. Noorbala AA, Kazem M, Bagheri Yazdi A, Yasami MT. [Assessment of mental health in 15 years and over in Iran in 1999]. *Hakim research journal* 2002; 5(10): 1. (Persian)
21. Oliver JM, Morphy SL, Fenland DK, Ross MJ. Contribution of the cognitive style questionnaire attitude scale to measuring. *Cognit Ther Res* 2007; 31(1): 51-69.
22. Clark DM. Anxiety states. Panic and generalized anxiety. In: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J. (editors). *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems. A practical guide*. Oxford: Oxford University press; 1990: 52-97.

23. Propst LR, Ostrom R, Watkins P. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavior therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60(1): 94-103.
24. Bakhshipour Roodsari A, Dejkam M, Mehryar AM, Birashk B. [Structural relationships between dimensions of DSM-IV anxiety and depressive disorders and dimensions of tripartite model]. *Journal of Iranian psychiatry and clinical Psychology* 2004; 9(4): 63-76. (Persian)