مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۱۸، شماره ٤، مرداد و شهریور ۱۳۸۹
صفحه: ۳۰٦-۲۹۹

Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 18, No. 4, Aug/Sep 2010
Pages: 299-306

# بررسی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر میزان افسردگی

فرحدخت رنجبر[۱]، طاهره اشک تراب[۲]، آتنا دادگری[۳]*

۱- کارشناس ارشد روانپرستاری، گروه روانپرستاری، دانشگاه شهید بهشتی
۲- دکترای پرستاری، گروه داخلی- جراحی، دانشگاه شهید بهشتی
۳- کارشناس ارشد روانپرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۱۱/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۲/۱۶

## چکیده

**مقدمه:** افسردگی یکی از شایع‌ترین بیماریهای روانی است، به منظور درمان و جلوگیری از عود مکرر این بیماری لازم است اطلاعاتی در رابطه با روش‌های درمانی از جمله گروه درمانی شناختی-رفتاری کسب کرد. هدف از اجرای این پژوهش ارزیابی میزان اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر میزان افسردگی مبتلایان به این اختلال بوده است.

**روش بررسی:** این پژوهش از نوع تجربی و با دو گروه آزمایش و گروه کنترل همراه با پیش آزمون است. نمونه‌ها از بین افرادی بودند که تشخیص افسردگی خفیف گرفتند و نمره‌ی پرسشنامه افسردگی بک آنها بین ۱۷ تا ۲۰ بود که بطور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. گروه آزمایش به جز دارو درمانی ۸ جلسه گروه درمانی را نیز دریافت کرد.

پرسشنامه‌ی افسردگی بک توسط نمونه‌ها در سه مرحله، قبل از مداخله، بعد از مداخله و یک ماه بعد، تکمیل شد. داده‌های پژوهشی با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ver 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** یافته‌های پژوهش نشان داد که بین گروه کنترل و آزمایش بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود دارد($p = ۰/۰۴۳$). ضمناً در گروه آزمایش بین نمره‌ی افسردگی بیماران قبل از مداخله و بعد از مداخله ($p=۰/۰۳۳$) و قبل از مداخله و یک ماه بعد نیز تفاوت معنی‌دار وجود داشت($p=۰/۴۹۲$).

**نتیجه‌گیری:** گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی خفیف مؤثر می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** افسردگی- درمان شناختی رفتاری- گروه درمانی

* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۳۲۵۲۰۶۲۶، پست الکترونیکی: a_dadgari30@ yahoo.com

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22 ]

**مقدمه**

اختلال افسردگی با شیوع و بروز گسترده ای با حدود ۲۵-۱۰ درصد برای زنان و ۱۲-۵ درصد برای مردان در طول عمر به عنوان سرماخوردگی روانی از سالها پیش به خود اختصاص داده است(۱). این در حالی است که آمار موجود حاکی از افزایش روزافزون مبتلایان به این بیماری است. در سبب‌شناسی این اختلال از عوامل چندی یاد نموده‌اند که عوامل زیست شناختی، توارث و عوامل روانی و اجتماعی از آن جمله‌اند. متناسب با سبب شناسی این اختلال، شیوه‌های درمانی گوناگونی پیشنهاد شده است. یکی از این رویکردها درمان شناختی-رفتاری است که از دهه ۱۹۷۰ برای درمان انواع بیماران افسرده مطرح شده و سودمندی آن در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است(۲).

در این روش بیمار تشویق می شود تا رابطه‌ی میان افکار خودآیند منفی و احساس افسردگی خود را به عنوان فرضیه‌هایی که باید به بوته‌ی آزمایش گذاشته شود تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار خودآیند منفی است به عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره گیرد. در این رویکرد برای درمان افسردگی بین ۶ تا ۲۰ جلسه روان درمانی نیاز است تا بهبودی پدید آید(۳). با توجه به شیوع بالای اختلال افسردگی، روان درمانی فردی نمی تواند پاسخگوی این مشکل باشد(۴). از این رو می توانیم از گروه درمانی به جای روان‌درمانی فردی که از نظر هزینه و مدت درمان با صرفه تر است با عنوان گروه درمانی شناختی- رفتاری سود جوییم.

اعتقاد بر این است که گروه درمانی در بیشتر اختلالات روانی مؤثر است، زیرا فرد در گروه نحوه برخورد خود را با اجتماع می‌بیند و این امر باعث رشد بینش و بصیرت او می شود، ضمن اینکه تجارب جدید برای برقراری ارتباط با دیگران را یاد می گیرد، با افراد جدید آشنا شده، احساس قدرت می کند و اعتماد به نفس وی بالا می‌رود(۵).

یکی از بررسی‌های مهم در زمینه گروه درمانی توسط Cappeliez در سال ۲۰۰۰، انجام شده است. وی ۱۸ هفته گروه درمانی شناختی- رفتاری را بر روی ۲۱ فرد بالغ با افسردگی شدید اجرا کرد و بیان نمود که این درمان بر روی بیماران افسرده مؤثرتر است(۶).

Kush و Feleming در همان سال درمان شناختی- رفتاری به شیوه‌ی گروهی را بر روی ۲۶ بیماری که از اختلال افسردگی و اضطراب رنج می‌بردند استفاده کردند و آنها نیز نتایج مثبتی دریافت کردند(۷). Oie و Dingle ,در سال ۲۰۰۷ تحقیقات زیادی در مورد تأثیر درمان شناختی-رفتاری به صورت گروهی انجام دادند، اما یافته‌های این تحقیقات با یکدیگر سازگار نبودند و بیان کردند که این روش نیاز به بررسی بیشتری دارد(۲).

در مقابل، در مطالعاتی(۸)که انواع روشهای درمان افسردگی را با هم مقایسه کردند، بیان شد که درمان‌های ارائه شده بصورت فردی، از درمان گروهی مفیدتر است. در سال ۲۰۰۷ در یک مقاله‌ی مروری، در مورد اثرات گروه درمانی اخطار داده‌اند و بیان کرده‌اند که فرایندهای گروهی از جمله وابستگی بین اعضای گروه می‌تواند تأثیرات منفی در پیامد روان درمانی داشته باشد. آنها به این نتیجه رسیده‌اند که شواهد تجربی در زمینه‌ی نقش فرآیندهای گروهی در روان درمانی گروهی به ویژه در درمان شناختی- رفتاری هنوز ضعیف بوده و نیاز به مطالعه و تحقیق بیشتری دارد(۹).

از آنجایی که عود بیماری افسردگی برای بیمار و خانواده بسیار پرتنش بوده و هزینه‌های بسیار زیادی جهت درمان دارویی، از کار افتادگی و یا بستری بیماران، ایجاد می‌کند(۱۰). بنابراین جهت برنامه‌ریزی اقدامات مناسب پرستاری، ارتقای خدمات سلامت روانی و ایجاد سیاستهای مرتبط با آن در جامعه، نیاز به آشنایی با درمانهای مناسب از جمله درمان شناختی-رفتاری به صورت گروهی می‌باشد. داشتن اطلاعاتی پیرامون این روش درمانی می‌تواند در انجام فرآیندهای روانپرستاری جهت بیماران نیازمند مثمر ثمر باشد، تا با انجام این اقدامات بتوان افسردگی را در این بیماران بهبود بخشیده و کیفیت زندگی را در آنها بالا برد. در ضمن نتایج حاصل از این تحقیق می‌تواند برای مدیران نظام سلامت نیز



[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22 ]

کاربرد داشته باشد تا با بهره‌گیری از نیروهای مجرب، توجه بیشتری به درمانهای غیر دارویی نمایند و با این اقدام سرانه مصرف دارو کاهش یافته و بیماران عوارض جانبی دارویی کمتری را متحمل شوند و با صرف زمان و هزینه کمتری تعداد بیشتری از بیماران مبتلا به افسردگی، از این روش درمانی استفاده کنند.

## روش بررسی

این تحقیق یک مطالعه تجربی از نوع بالینی تصادفی (Randomized Clinical Trial) می باشد. برای آزمایش فرضیه‌های مطرح شده، طرح آزمایشی پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل انتخاب گردید. تعداد نمونه طبق فرمول زیر،۲۸ نمونه بدست آمد، که به احتمال ریزش نمونه، ۳۲ نمونه در نظر گرفته شد.

$$N = 2\frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}\right)^2 \sigma^2}{\left(\mu_1 - \mu_2\right)^2}$$

$\alpha =$ ۰/۰۵
$\beta =$ ۰/۹۰
$\sigma =$ ۳/۵

۳۲ بیمار مراجعه کننده به کلینیک مشاوره، که به تشخیص پزشک و معیارهای تشخیصی DSM-IV افسردگی اساسی خفیف داشتند و در ضمن نمره‌ی افسردگی آنها در پرسشنامه افسردگی بک بین ۱۷ تا ۲۰ بود، به عنوان نمونه انتخاب شدند و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ۱۶ نفری که در گروه آزمایش بودند در دو گروه ۸ نفره مورد گروه درمانی شناختی–رفتاری (توسط کارشناس ارشد روان پرستاری) قرار گرفتند. در هر دو گروه کنترل و آزمایش ۸ مرد و ۱۲ زن بودند. متغیر سن در دو گروه کنترل و آزمایش به وسیله آزمون t تست بررسی و نشان داده شد که با یکدیگر همسان می‌باشند. دو گروه از نظر سطح تحصیلات، شغل و ازدواج از طریق آزمون مجذور کای بررسی شدند که نشان داد دو گروه از نظر این ویژگی‌ها نیز با یکدیگر همسان می‌باشند.

بیماران گروه آزمایشی علاوه بر دارو درمانی در هشت جلسه‌ی گروه درمانی شرکت نمودند. ولی بیماران گروه کنترل تنها دارو درمانی شدند و هیچ نوع روان درمانی به آنها ارائه نشد. جلسه‌های گروه درمانی طی چهار هفته، هر هفته دو جلسه برگزار گردید و مدت هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. پس از پایان ۸ جلسه گروه درمانی، هر دو گروه به کمک آزمون یاد شده ارزیابی شدند. در ضمن از شرکت کنندگان دعوت شد تا در جلسه پیگیری که یک ماه بعد برگزار گردید، شرکت کنند، و در این جلسه مجدداً پرسشنامه‌ی یاد شده توسط آنها تکمیل شد.

گروه درمانی این فرصت را فراهم می آورد تا هریک از اعضاء در طول درمان از افراد مشابه خود بازخورد دریافت کند. Moor و Garland در رابطه با گروه درمانی بیان کردند که افراد افسرده فاقد مهارت و حمایت اجتماعی کافی هستند، ارائه درمان به صورت گروهی برای آنها مفیدتر است، چون علاوه بر درمانگر می توانند با دیگر اعضای گروه نیز رابطه برقرار کنند(۱۱).

پروتکل هر جلسه روان درمانی گروهی با رویکرد شناختی–رفتاری بر اساس منابع در دسترس تدوین گردید:

پژوهشگر در جلسه‌ی اول با بیماران در مورد انتظارات خود از درمان صحبت کرد. در مورد شرایط شرکت در جلسات، مدت زمان و زمان برگزاری جلسات، با بیماران بطور شفاهی قرار داد درمانی بسته شد و شرکت کنندگان با هم آشنا شدند. در جلسه‌ی دوم ، در مورد مشکلاتی که بیماران با آن روبرو هستند، چگونگی به وجود آمدن آنها، افکاری که با آنها همراه است، یادگیریها و تجاربی که بیماران در زندگی کسب کرده‌اند پرس و جو شد. درمانگر سعی کرد به یک فرمول بندی اولیه از وضعیت روانی و محیطی دست یابد. در جلسات بعدی شرکت کنندگان با مدل ABCD آشنا شدند. A حوادثی است که اتفاق افتاده (Active events) است . B عقاید (Beliefs) نسبت به آن حادثه است .C پیامدهای(Consequences) هیجانی این شیوه‌ی فکر کردن، D بحث (Discussion) در مورد افکار خودآیند منفی است. از شرکت کنندگان خواسته شد که افکار خودآیند منفی خود را تشخیص دهند، با این افکار درگیر شوند و سعی کنند به مرور افکار مثبت یا منطقی را جایگزین آن کنند.



[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22 ]

به علاوه در مورد افکار خودآیند منفی، روش‌های مقابله با آن و پاسخ‌های احتمالی به این افکار به بیمار آموزش داده شد.

ابزار به کار برده شده در این پژوهش، پرسشنامه ای مشتمل بر دو قسمت بود: اطلاعات جمعیت شناختی که شامل ۷ سوال می‌باشد و پرسشنامه افسردگی بک. این آزمون در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران ساخته شد و در سال ۱۹۷۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت(۱۲) در پژوهش حاضر از نسخه ۱۹۷۸ آزمون تجدید نظر شده افسردگی بک که ترجمه و انطباق آن توسط Yazdandoost انجام گردیده(۱۳)، استفاده شده است.

پرسشنامه شامل ۲۱ عبارت است، که مجموعه‌ای از علائم ویژه‌ی افسردگی را می سنجد. علائمی که در این آزمون سنجیده می شود عبارتند از: غمگینی، احساس شکست، بدبینی، نارضایتی، احساس گناه، خود ملامتگری، عدم علاقه به خود، انتظار تنبیه شدن، گریه کردن، عصبانیت، کناره‌گیری اجتماعی، عقاید خودکشی، عدم تصمیم‌گیری، تصویر تغییر بدن، کندی، بی‌خوابی و خستگی پذیری. علائم به طور کلی به سه دسته تقسیم می‌شوند و هر دسته شامل ۷ گروه عبارت است. این دسته‌ها شامل علائم انگیزشی و شناختی، علائم هیجانی و عاطفی و علائم جسمی نباتی می باشد.

تست افسردگی بک توسط پژوهشگران متعددی در داخل کشور مورد استفاده قرار گرفته است. که در تمام مطالعات این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار بوده است.

## نتایج

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی در دو گروه کنترل(۱/۴۹۳±۱۹/۳۱) و آزمایش( ۱/۶۶۱±۱۸/۳۱) را پس از مداخله و همچنین یک ماه بعد در دو گروه کنترل(۱/۴۴±۱۹/۳۱) و آزمایش(۱/۵۰۴±۱۸/۵۶)را نشان می‌دهد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا آزمون اندازگیری مکرر با عامل درون موردی اندازه‌گیری نمره در ۳ بار متوالی و عامل بین موردی گروه، انجام شد که نتایج آن معنی‌دار بودن تفاوت اندازه‌گیری‌ها را در ۳ زمان نشان داد(p=۰/۰۰۴).

آزمون موخلی(Mauchly's Test) با (p=۰/۰۳) برقراری شرط کرویت در آزمون اندازگیری مکرر را رد می‌کند، بنابراین از تصحیح گرین هوس- گیسر(Greenhouse-Geisser) برای انجام آزمون عامل نمره افسردگی در ۳ بار اندازه گیری استفاده شد.

**جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق واحدهای مورد پژوهش برحسب نمره‌ی پرسشنامه افسردگی بک قبل، بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله**

| | | میانگین | انحراف معیار |
|---|---|---|---|
| نمره افسردگی قبل از مداخله | کنترل | ۱۹/۵۶ | ۱/۳۱۵ |
| | آزمایش | ۱۹/۲۵ | ۱/۲۳۸ |
| | جمع | ۱۹/۴۱ | ۱/۲۶۶ |
| نمره افسردگی بعد از مداخله | کنترل | ۱۹/۳۱ | ۱/۴۹۳ |
| | آزمایش | ۱۸/۳۱ | ۱/۶۶۲ |
| | جمع | ۱۸/۸۱ | ۱/۶۳۵ |
| نمره افسردگی یک ماه بعد | کنترل | ۱۹/۳۱ | ۱/۴۴۸ |
| | آزمایش | ۱۸/۵۶ | ۱/۵۰۴ |
| | جمع | ۱۸/۹۴ | ۱/۵۰۱ |



[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22 ]

نتایج این آزمون وجود تفاوت معنی‌دار آماری بین ۳ بار اندازه‌گیری را با (p=۰/۰۰۴) تأیید می‌کند. همانطور که در جدول (۲) مشاهده می‌کنید برای مقایسه‌ی بین دو گروه کنترل و آزمایش در سه مرحله قبل از مداخله، بعد از مداخله و یک ماه پس از مداخله از آزمون تی استفاده شد که این آزمون وجود تفاوت معنی‌دار آماری را بین دو گروه کنترل و آزمایش بعد از مداخله نشان می‌دهد(p=۰/۰۴۳) در حالی که در مراحل قبل از مداخله (p=۰/۴۹۴) ویک ماه بعد از مداخله (p=۰/۱۶۱)تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد

در ادامه آزمون اندازه گیری مکرر جداگانه ای برای هر گروه جهت بررسی تغییرات نمره افسردگی انجام شد.

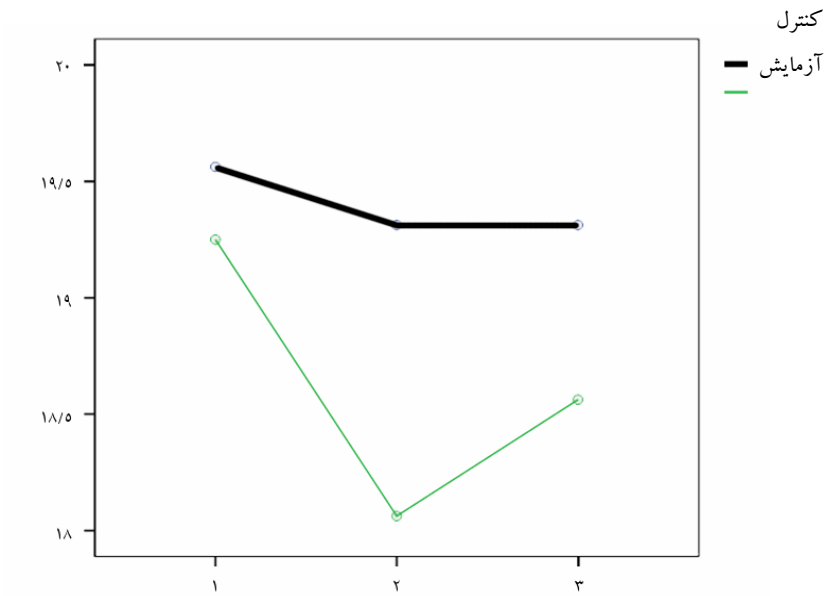
در گروه کنترل شرط کرویت با توجه به آزمون موخلی برقرار بود( p= ۰/۲۳۱ ) ولی تفاوتی بین سه مرحله‌ی قبل، بعد از مداخله و یک ماه پس از آن مشاهده نشد(p= ۰/۳۵۵).

در گروه آزمایش شرط کرویت با توجه به آزمون موخلی برقرار بود( p= ۰/۱۱۴ ) و همچنین تفاوتی بین سه مرحله(قبل و بعد از مداخله و یک ماه پس از آن) دیده شد(p=۰/۰۰۶)

با توجه به معنی داری تفاوت ۳ نمره در گروه آزمایش(p=۰/۰۰۶)، مقایسه های دوتایی (جدول ۳) بین ۳ مرحله‌ی قبل از مداخله، بعد از مداخله و یک ماه بعد از آن، در گروه آزمایش صورت گرفت که نشان دهنده‌ی وجود تفاوت معنی دار بین مرحله‌ی قبل از مداخله و بعد از مداخله (p=۰/۰۳) و نیز قبل از مداخله و یک ماه بعد از مداخله (p=۰/۰۴) است، ولی نمره بعد از مداخله و یک ماه بعد از آن تفاوت معنی داری را نشان نداد (p=۰/۴۹).

**جدول ۲- مقایسه‌ی میانگین نمرات افسردگی گروه کنترل و آزمایش در سه مرحله قبل از مداخله، بعد از مداخله و یک ماه پس از مداخله**

| | آماره آزمون | t | درجه آزادی | سطح معنی داری |
|---|---|---|---|---|
| قبل از مداخله | ۰/۲۵۴ | ۰/۶۹۲ | ۳۰ | ۰/۴۹۴ |
| بعد از مداخله | ۱/۴۸۴ | ۰/۶۹۲ | ۳۰ | ۰/۰۴۳ |
| یک ماه بعد از مداخله | ۰/۰۷۳ | ۰/۶۹۲ | ۳۰ | ۰/۱۶۱ |




**نمودار ۱- مقایسه میانگین نمرات افسردگی سه مرحله قبل از مداخله(۱)، بعد از مداخله(۲)، یک ماه بعد(۳)**



[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22 ]

**جدول ۳- مقایسه های دوتایی بین آزمون ها در گروه آزمایش**

| آزمون ۱ | آزمون ۲ | مقدار معنی داری آزمون |
|---|---|---|
| قبل از مداخله | بعد از مداخله | ۰/۰۳۳ |
| | یک ماه بعد از مداخله | ۰/۰۴۸ |
| بعد از مداخله | قبل از مداخله | ۰/۰۳۳ |
| | یک ماه بعد از مداخله | ۰/۴۹۲ |
| یک ماه بعد از مداخله | قبل از مداخله | ۰/۰۴۸ |
| | بعد از مداخله | ۰/۴۹۲ |

## بحث

به لحاظ شیوع نسبی اختلال افسردگی در جمعیت عمومی و با توجه به تعدد جلسات لازم جهت درمان و نیز کمبود متخصصان مربوطه، استفاده از روش گروهی، موضوع قابل تأملی است(۱۴). بر این اساس هدف این پژوهش بررسی تعیین میزان اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر افسردگی بود که در مورد ۳۲ بیمار مبتلا به افسردگی خفیف مراجعه کننده به کلینیک مشاوره صالح شهرستان یزد در قالب گروه آزمایش و کنترل با پیش آزمون و پس آزمون و جلسه پیگیری، اجرا گردید.

Cappeliez نیز در سال ۲۰۰۰، ۱۸ هفته گروه درمانی شناختی -رفتاری را بر روی ۲۱ فرد بالغ با افسردگی شدید اجرا کرد و بیان نمود که این درمان بر روی بیماران افسرده مؤثر می باشد(۶).

یافته های پژوهش حاضر با یافته های Kash و Fleming درسال ۲۰۰۰ که درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی را بر روی ۲۶ بیمار که از اختلال افسردگی و اضطراب توأماً رنج می بردند، همسو می باشد(۷).

مطالعه‌ی دیگری نشان داد که افسردگی بیماران به وسیله ۱۰ جلسه گروه درمانی شناختی-رفتاری بهبود چشمگیری پیدا می‌کند(۱۴).

Ebarhimi در پژوهشی اعلام کرد روان درمانی یکپارچه‌گرای دینی نسبت به درمان شناختی-رفتاری اثربخشی بیشتری بر کاهش افسردگی دارد و روان درمانی یکپارچه گرای دینی و درمان شناختی رفتاری اثر بخشی پایدارتری نسبت به درمان دارویی در طی ۳ ماه پیگیری نشان داد(۱۵).

Seghatoleslam و همکاران اعلام کردند درمان شناختی رفتاری نقش پر اهمیتی در کاهش میزان افسردگی بین بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد داشت و مداخله روانشناختی توانست از طریق کاهش افسردگی، شناخت بیماران را تغییر دهد و آنها را قادر سازد که عقیده‌ی مثبت‌تری در کنترل خودشان پیدا کنند(۱۶).

یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهشی(۸)که فرآیندهای گروهی به ویژه وابستگی بین اعضای گروه را در درمانهای گروهی مضر دانسته اند همسو نمی باشد که این مشکل توسط یک درمانگر ماهر قابل پیشگیری می باشد.

در پژوهش دیگری که توسط Peterson و Halistead انجام شد، اعضا در ۶ جلسه گروه درمانی شناختی-رفتاری شرکت نمودند و نتایج نشان داد که افسردگی تغییر چشمگیری نکرده است(۱۷)، که این نتیجه می‌تواند به دلیل کافی نبودن



[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22 ]

تعداد جلسات باشد.

با توجه به اطلاعات بالا و یافته های پژوهش حاضر می توان نتیجه گرفت که استفاده از درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی در درمان مبتلایان به افسردگی مؤثر می باشد.

نکته مهم در کاربرد این روش این است که روش گروهی محاسن فراوانی دارد که منجر به تسهیل و تسریع فرایند درمان می شود. از جمله اینکه بسیاری از بیماران مبتلا به افسردگی به نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه مشکلات و افکار خود دارند. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی این بیماران می گردد و انزوای اجتماعی احساس منحصر به فرد بودن را در آنها تقویت می کند(۱۸). درمان گروهی به سهولت این امکان را فراهم می سازد که تعدادی از این بیماران در یک مکان جمع شده، با یکدیگر رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه خود به گفتگو بنشینند. از بین رفتن این احساس انحصار نه تنها باعث آرامش و راحتی بیماران می شود بلکه به توسعه‌ی روابط آنها در خارج از محیط درمانی کمک می کند ضمن اینکه اعضای گروه در جریان تعامل، به یکدیگر کمک می‌کنند، یعنی در جریان درمان از یکدیگر حمایت می‌کنند، به هم اطمینان می‌دهند، پیشنهاد می‌کنند و بینش می‌دهند به همین دلیل اغلب بیماران در اثر گوش کردن به سایر افراد گروه، با مشاهده‌ی آنها به شاخص‌هایی می‌رسند که از درمانگر نمی‌گیرند. در مجموع به نظر می‌رسد کاربرد این روش به لحاظ بالینی سودمند و اثربخش و از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه و قابل توصیه است. با این وجود انتظار می‌رود در پژوهش‌های آتی با بکارگیری نمونه‌های بزرگتر، دوره‌های درمان طولانی‌تر، ارزیابی‌های حین درمان و پیگیری طولانی تر، نارسایی‌های این پژوهش مرتفع گردد.

## سپاسگزاری

بدینوسیله از مسئول کلینیک صالح که امکان نمونه گیری و اجرای این پژوهش را فراهم کردند سپاسگزاری می‌شود.

## منابع:

1- Sadock BJ, Sadock VA. ***Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry/ Behavioral Sciences/ Clinical psychiatry.*** 10 th ed .Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins; 2007: 110-8.

2- Oei T, Dingle G. ***The effectiveness of group cognitive behavioural therapy for unipolar depressive disorder.*** Journal of Affictive Disorder. 2007; 107(1-3): 5-21.

3- Hawton C**.** ***Therapy for psychiatric problems.*** Trans Ghasem zadeh H. Tehran: Arjmand 2003;314-47.[Persian]

4- Mehrabi T, Sheikholeslami F, Ghazavi Z, Nasiri M**.** ***The effect of group therapy on depression and anxiety levels of the patients with MI.*** Nursing & Midwifery Search. 2004; 29(7):5-13.[Persian]

5- Azimi H, Jannati Y, Mahmoudi G. ***Text of mental health nursing.*** Tehran: Salemi; 2003: 54-62. [Persian]

6- Cappeliez P. ***Presentation of depression and response to group cognitive therapy with older adults***. Journal of Clinical Gerontology. 2000; 6(3): 156-74.

7- Kush FR, Fleming LM. ***An innovative approach to short-term group cognitive therapy in the combined treatment of anxiety and depression.*** Group Dynamics. 2000; 4(11): 176-83.

8- Nietzel MT, Russel RT, Hemming KA, Gretter ML. ***Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression : a meta-analitic approach to social comparison***. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1987; 55(9): 156-61.

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22 ]

*9-* Hornsey MJ, Dwyer L, Oie TPS. ***Beyond cohesiveness: reconceptualizing the link between group processes and outcomes in group psychotherapy.*** Small Group Research. 2007; 38: 567-92.

*10-* Davidian H. ***Recognition and treatment of depression in Iranian culture***. Tehran: Academy of Medical Sciences press; 2007: 85-95. [Persian]

*11-* Moor RG, Garland A. ***Cognitive therapy for chronic and persistent depression***. UK: Wiley Press; 2007: 188-92.

*12-* Saleh Zadeh, M***. Effective of cognitive - behavior on depression and quality of life of patients with drug-resistant epilepsy in Isfahan***. Psychology[thesis]. Isfahan: Isfahan University; 2008; [Persian]

*13-* Yazdandoost R. ***The effect of rational-emotive therapy on dysfunctional thoughts and irrational believes in depression.*** PhD[dissertation]. India: Pune University; 1988.

14- Tsai-Hwei C, Ru-Band LU, Ai-Ju C, Da-Ming C, Kuei-Ru C. ***The evaluation of cognitive- behavioral group therapy on patient depression and self-steem*** . Archives of Psychiatric Nursing. 2006; 20(1): 3-11.

15- Ebrahimi A. ***Compared the effectiveness of psychotherapy integration of religious orientation, cognitive behavioral therapy and medication on depression and attitudes of patients with dysthymic disorder***. PhD[dissertation]. Isfahan: Isfahan University; 2007.[Persian]

*16-* Seghatoleslam T, Rezaee A, Aghighi K. ***Effect of cognitive - behavioral depression in reducing substance abuse patients.*** Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2003; 2 (8): 33-8. [Persian]

*17-* Peterson AL, Halistead TS. ***Group cognitive behavior therapy for depression in a community setting: a clinical replication series***. Behavior Therapy.1987; 29: 3-18.

*18-* Mokhtari S. ***Effectiveness of cognitive - behavioral approach to group on depression in patients with Multiple Sclerosis***. Psychology[thesis]. Isfahan: Isfahan University. 2006. [Persian]

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22 ]