

اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی

محمد خالدیان^۱

مربی روانشناسی، دانشگاه پیام نور

حسن غریبی

استادیار روانشناسی، دانشگاه پیام نور

زلیخا قلی زاده

استادیار روانشناسی، دانشگاه کردستان

رضاشاکری

دانشجوی دکتری علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور

تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۲۳

تاریخ دریافت: ۹۱/۶/۴

چکیده

هدف: افزایش طول عمر، کیفیت زندگی و توانایی فرد برای زندگی مستقل را تحت تاثیر قرار داده و او را نیازمند مراقبت و حمایت دیگران می نماید. بنابراین برنامه ریزی مناسب جهت روبرو شدن با این وضعیت در آشیانه خالی ضروری به نظر می رسد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش امیدواری سندرم آشیانه خالی شهر قروه است.

روش: جامعه آماری را کلیه مردان و زنان شهرستان قروه که فرزندانشان آنها را ترک نموده اند و از آنها جدا شده‌اند را شامل می‌شود. حجم نمونه ۲۴ نفر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شد. به منظور جمع آوری

داده‌ها از پرسشنامه افسردگی بک *BDI-II* و پرسشنامه امید به زندگی
اشنایدر و همکاران استفاده شد. این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش
آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و
آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های به دست آمده نشان داد که میانگین نمرات افسردگی در پس
آزمون گروه آزمایش به طور معناداری از میانگین نمرات پس آزمون در گروه
کنترل پایین تر است، و میانگین نمرات امید به زندگی در پس آزمون گروه آزمایش
به طور معناداری از میانگین نمرات پس آزمون در گروه کنترل بالاتر است.

نتیجه‌گیری: درمان گروهی شناختی - رفتاری در کاهش افسردگی و افزایش
امید به زندگی سندرم آشیانه خالی مؤثر است.

واژگان کلیدی: درمان شناختی - رفتاری، امیدواری، افسردگی، سندرم
آشیانه خالی.

مقدمه

وظیفه اولیه خانواده برقراری ارتباط است و عملکرد خانواده منجر به رفع نیازهای اجتماعی و فردی خانواده می شود. به این دلیل موجب رشد و تکامل، اعتماد به نفس و اجتماعی شدن اعضای خانواده می گردد. ارتباط روشن و مؤثر بین افراد خانواده موجب رشد احساسات و ارزش ها می شود (غلامزاده، عطاری، شفیع آبادی، ۱۳۸۸). اهمیت خانواده به اندازه ای است که سلامت و بالندگی هر جامعه وابسته به سلامت و رشد خانواده در آن است. هر خانواده وضعیت و فضای عاطفی منحصر به فرد دارد و روش اداره و نوع عملکرد آنها با یکدیگر متفاوت است، برای همین دانشمندان و صاحب نظران تقسیم بندی های مختلفی از خانواده ارائه می دهند (رشیدی نژاد و همکاران، ۱۳۹۱). تعاملات درون خانواده یکی از مهمترین عوامل تعیین کننده سلامت روانی است. ممکن است عواملی در راه اندازی علائم و تسهیل بروز افسردگی دخیل باشند که از دست دادن سایر اعضای خانواده و دوستان و تجربه فقدان از جمله ای این عوامل است (کولمن^۱، ۱۹۸۵). به محض آنکه فرزندان خانه را بدرود می گویند زن و شوهر سعی می کنند به زندگی یا روابط خود معنا بدهند. در این دوره برخی ناراحتی ها و حتی استرس منفی تجلی می کنند که تحت عنوان «سندرم آشیانه خالی^۲» یا «سندرم آشیانه متروک» از آنها نام می برند (زندن^۳، ۲۰۰۸، ترجمه گنجی ۱۳۸۷). یکی از پدیده های سنین میانسالی، سندرم آشیانه خالی نامیده می شود و نوعی افسردگی است که پس از آنکه آخرین فرزند خانه را ترک کرد در زن و مرد ایجاد می شود. در این دوره اگر فعالیت هایی انجام نشود ممکن است پدر و مادر افسرده شوند (سادوک و سادوک^۴، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی ۱۳۹۰). در الگوی مرحله ای دووال^۵ (۱۹۹۷)، چرخه های زندگی خانوادگی، تحول متعارف یک خانواده کامل^۶ و تمام عیار- منظور

1. Coleman
2. Empty - Nest syndrome
3. Zenden
4. Sadock & Sadock
5. Duvall
6. intact

خانواده‌ای است که پدر و مادر هر دو در آن حضور دارند- در قالب هشت مرحله صورت می‌گیرد، که این مراحل با ازدواج شروع می‌شوند و با مرگ دو همسر به پایان می‌رسند که دوره آشیانه خالی مرحله ششم می‌باشد. که البته این مراحل تا حدودی دلبخواهی است و این الگوی هشت مرحله‌ای از دووال (۱۹۹۷) است. بنظر هیلی^۱ (۱۹۷۳)، وظیفه درمانگر آن است که به خانواده کمک کند تا بحران (آشیان خالی)، را به کمک یکدیگر برطرف سازند، و از این طریق به توازن جدیدی دست یافته و با ساخت خانوادگی جدید خویش منطبق شوند. اگر چنین چیزی تحقق یابد، خانواده مجدداً سیر تحولی خود را به پیش خواهد برد. ممکن است غیبت فرزندان در خانه باعث افزایش تعارضات زناشویی گردد، یا به خاطر احساس پوچی و فقدان معنا در زندگی، به آنها حالت افسردگی و تنهایی دست دهد (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۹؛ ترجمه حسین شاهی برواتی و نقشبندی، ۱۳۸۸). بنظر کارتر و مک گلدریک^۲ (۱۹۸۸)، وقتی فرزندان خانه را ترک می‌گویند، احساس نومیدی در والدین آنها بالا می‌رود. در سالمندان بعد از علل جسمانی، افسردگی دومین علت ناتوانی برآورد شده است. نتایج پژوهش‌ها در ایران نشان داد یک سوم مراجعان سرپایی سالمندان به مراکز درمانی از اختلالات روانی رنج می‌برند و شایعترین اختلال روانی در این گروه، افسردگی ۵۸٪ است (مومنی، ۱۳۹۰). افسردگی نمونه گویای تصمیم بیش از حد و تعریف در مورد افکار می‌باشد دوره‌هایی از ترس که به هیچ وجه بر واقعیت استوار نیست از جمله ترس از این که افراد خانواده اش او را ترک خواهند کرد (قراچه داغی، ۱۳۸۰). افزایش سن، از دست دادن عزیزان به ویژه همسر، دوری از فرزندان، ابتلا به بیماری جسمی مزمن، مصرف داروهای مختلف، افت قوای شناختی و عوامل طبیعی و بیولوژیکی، همگی از عواملی که افراد سالمند را مستعد ابتلا به افسردگی واضطراب می‌کند (تابانوهمکاران، ۱۳۸۵). امیدواری^۳، از جمله این مفاهیم است که

1. Haley
2. Carter & Mc Goldrick
3. hopefulness

در آموزه‌های قرآن کریم و دین اسلام نیز وجود دارد^۱. نظریه امید توسط اشنايدر^۲ معرفی شد و چارچوب مهمی برای فهم امید در مشاوره و کارهای بالینی به دست داده است (زاهد بابلان و همکاران، ۱۳۹۰). امید به عنوان یکی از منابع مقابله‌ی انسان در سازگاری بامشکلات وحتى بیماریهای صعب العلاج در نظر گرفته می‌شود، همچنین امید می‌تواند به عنوان یک عامل شفا دهنده، چندبعدی، پویا و قدرتمند توصیف شود و نقش مهمی در سازگاری با فقدان داشته باشد (هارپر^۳، ۲۰۰۴). هدف‌های مشاوره گروهی شناختی آموزش مراجعان است که بتوانند شناخت‌های ناکارآمد خود را شناسایی و با شناخت‌های کارآمد جایگزین کنند و با وقایع ناخوشایندی که ممکن است در زندگی آنان اتفاق افتد، کنار بیاید.

نتایج پژوهش ادلمان و بل^۴ (۱۹۹۹)، با موضوع بررسی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری در کاهش افسردگی و افزایش عزت نفس در بیماران مبتلا به سرطان سینه‌ی پیشرونده^۵ نشان داد که گروه درمانی، شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی و اختلالات خلقی موثر است. نتایج پژوهش درویشی (۱۳۸۸)، با موضوع بررسی کاربرد تصویر سازی ذهنی و ریلکسیشن بر کاهش اضطراب، افسردگی بیمارستان و افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه بیمارستان گلستان اهواز نشان داد که درمان شناختی - رفتاری به گونه‌ای معنادار در کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش امیدواری بیماران مبتلا به سرطان سینه موثر بوده است. پژوهش‌ها اثر بخشی درمان شناختی را بر اختلال افسردگی نشان می‌دهند (حمید و همکاران، ۲۰۱۱؛ سیگل و

۱- وَلَا تَأْتِسْوَ مِنْ رَوْحِ اللَّهِ... (یوسف ۸۷) از رحمت خدا نومید نباشید...

۲- وَلَنْبَلُوتَكُمْ بَشَى مِنَ الْخَوْفِ وَ الْجُوعِ وَ نَقْصِ مِنَ الْأَمْوَالِ وَ الْأَنْفُسِ وَ اللَّمَرَاتِ وَ بَشِيرِ الصَّابِرِينَ. (۱۵۴) والبته شما را به سختیها چون ترس و گرسنگی و نقصان اموال و نفوس و آفات و زراعت بیازماییم و بشارت و مژده آسایش از آن سختی‌ها، صابران راست.

۳- الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَ إِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ. (بقره ۱۵۵) آنانکه چون به حادثه سخت و ناگواری دچار شوند، صبوری پیش گرفته و گویند ما به فرمان خدا آمده و بسوی او رجوع خواهیم کرد.

۴- امام علی (ع): برترین عبادتها سه چیز است؛ سلامت، بردباری، امیدواری

2. Snyder
3. Harper
4. Edelman & Bell
5. Meta Stases

همکاران^۱، ۲۰۱۱؛ اسمیتس و همکاران^۲، ۲۰۰۹؛ شمسایی و همکاران، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش پدرام و همکاران (۱۳۸۹)، با موضوع اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر اهواز نشان داد جلسه‌های گروه درمانی شناختی - رفتاری تأثیری مثبت بر کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش امیدواری دارند. نتایج پژوهش رنجبر و همکاران (۱۳۸۹)، با موضوع بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر میزان افسردگی نشان داد گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی خفیف مؤثر می‌باشد. بنابراین جهت برنامه ریزی اقدامات مناسب، 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 روانشناسانه جهت بیماران نیازمند مشرثر باشد، تا با انجام این اقدامات بتوان افسردگی را در این بیماران بهبود بخشیده و همچنین امید به زندگی را در آنها بالا برد. در ضمن نتایج حاصل از این تحقیق می‌تواند برای مدیران نظام سلامت نیز کاربرد داشته باشد تا با بهره‌گیری از نیروهای مجرب، توجه بیشتری به درمان‌های غیر دارویی نمایند. با توجه به اینکه پژوهش‌های چندانی در زمینه سندرم آشیانه خالی که یکی از هشت مرحله‌ی چرخه‌های زندگی خانوادگی می‌باشد (دووال، ۱۹۹۷)، صورت نگرفته هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی می‌باشد و جهت پاسخگویی به این سؤال به اجرا درآمد: که آیا درمان گروهی شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی مؤثر می‌باشد؟ بنابراین آنچه ذکر گردید این پژوهش درصدد است طی فرایندی علمی روی دو گروه گواه و آزمون، با

1. Siegle et al
2. Smits et al

استفاده از روش درمانی گروهی شناختی- رفتاری، افسردگی و امید به زندگی سندرمد آشیانه خالی را در شهرستان قروه، مورد مطالعه قرار دهد.

روش

این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. در این پژوهش جامعه آماری را زنان و مردان شهرستان قروه که فرزندانشان آنها را ترک نموده اند و از آنها جدا شده اند را شامل می شود، و حجم نمونه طبق اصول علمی ۲۴ نفر اعم از زن و مرد با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی در دسترس انتخاب شد. افراد بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند، گروه آزمایش ۱۳ جلسه رواندرمانی رفتاری شناختی را بصورت گروهی براساس دستور العمل (مایکل فری، ۲۰۰۵) را دریافت کردند، اما گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکردند. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کواریانس)، استفاده شد.

ابزار: پرسش نامه افسردگی بک فرم تجدیدنظر شده‌ی افسردگی بک BDI-II: یک پرسشنامه ۲۱ ماده‌ای خود گزارشی است که برای ارزیابی افسردگی طراحی شده است. هر گروه سؤال شامل چهار گزینه است و نمره جملات بین صفر تا سه متغیر است آزمودنی باید گزینه‌ای را علامت بزند که با حال کنونی او بیشتر سازگار است. نمره کلی از صفر تا شصت و سه می‌باشد. بک، در رابطه با فرم تجدید نظر شده بررسی انجام داده و عنوان کرد که این ابزار وجود و شدت علائم افسردگی را در بیماران و جمعیت نرمال و همچنین نوجوانان و بزرگسالان نشان می‌دهد. ثبات درونی این ابزار ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیماران ۰/۸۶ و غیر بیماران ۰/۸ گزارش شده است (حسینی، ۱۳۸۷).

پرسشنامه امیدواری؛ که توسط اشنایدر، هاریس، اندرسون، هولران، ایروینک و همکاران (۱۹۹۱) برای سنجش امیدواری ساخته شد، دارای ۱۲ عبارت است و برای ۱۵ سال به بالا طرح ریزی شده است. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت

برای سنجش تفکر راهبردی، ۴ عبارت انحرافی است. بنابراین این پرسشنامه دو زیر مقیاس عامل و راهبرد را اندازه گیری می‌کند. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون - بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است (اشنايدر و لویز، ۲۰۰۷). به علاوه داده های زیادی در مورد اعتبار همزمان پرسشنامه امید و مواردی که می‌تواند پیش بینی کند، وجود دارد. برای مثال، این پرسشنامه با پرسشنامه‌های خوش بینی، انتظار دستیابی به هدف، و عزت نفس همبستگی ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ دارد (اشنايدر، ۲۰۰۲). در پژوهشی بر روی ۶۶۰ دانش آموز دختر در تهران انجام داد، ضریب الفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد (زاهد بابلان و همکاران، ۱۳۹۰).

خلاصه جلسات:

جدول ۱. محتوای درمان گروهی شناختی - رفتاری

محتوای جلسات	محتوا جلسه
آماده سازی و تعیین اهداف، آشنایی با افراد گروه.	جلسه مقدماتی
مروری بر تکلیف قبل از درمان؛ سخنرانی آموزشی الف: خوش آمدگویی، ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی؛ تمرین: اقدام برای شناخت یکدیگر؛ سخنرانی آموزشی ب: تفکر و احساس؛ قدیس بودن، معیارهایی که ما برای خود و دیگران تعیین می‌کنیم، تمرین آرمیدگی تخیلی هدایت شده؛ تکلیف برای جلسه آینده.	جلسه اول:
مرور تکلیف جلسه اول؛ سخنرانی آموزشی الف: نظریه شناختی افسردگی؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ سخنرانی آموزشی ب: اضطراب، خشم بیمارگونه، شناسایی افکار خود آیند؛ تمرین: افکار خود آیند مرتبط با گروه درمانی؛ سخنرانی آموزشی ج: مقاومت در برابر درمان؛ تمرین: شناسایی مقاومت‌های احتمالی و روش‌های پیشگیری از آنها؛ تمرین ریلکسیشن؛ تعیین تکلیف برای جلسه آینده.	جلسه دوم:
مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تزریق فکر؛ تمرین تزریق فکر؛ سخنرانی آموزشی - آشنایی با روش پیکان عمودی؛ تمرین: پیکان عمودی؛ ریلکسیشن؛ تعیین تکلیف برای جلسه بعد.	جلسه سوم:

جلسه چهارم:	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی: آموزشی الف: مرور پیکان عمودی، پیکان عمودی پیشرفته؛ تمرین ادامه پیکان عمودی؛ سخنرانی آموزشی ب: انواع باورها؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ تعیین تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه پنجم:	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه فهرست اصلی باورها؛ تمرین: شروع فهرست اصلی باورها؛ سخنرانی آموزشی ب: نقشه‌های شناختی؛ سخنرانی آموزشی؛ تعیین تکلیف برای هفته آینده.
جلسه ششم:	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: باورها را می‌توان تغییر داد؛ تمرین: تهیه فهرست از باورهایی که در تاریخ بشر و در زندگی خود شرکت کنندگان، تغییر کرده اند؛ سخنرانی آموزشی ب: آزمون باورها، تحلیل واقعیت؛ تمرین: تحلیل عینی؛ سخنرانی آموزشی ج: تحلیل معیار؛ تعیین تکلیف برای هفته آینده.
جلسه هفتم:	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تحلیل سودمندی؛ تمرین: تحلیل سودمند بودن؛ سخنرانی آموزشی ب: تحلیل همسانی؛ تمرین تحلیل همسانی؛ تعیین تکلیف برای هفته آینده.
جلسه هشتم:	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ سخنرانی آموزشی ب: ادامه تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه نهم:	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه سلسه مراتب؛ تمرین: تهیه حداقل یک سلسه مراتب؛ سخنرانی آموزشی ب: باور مخالف؛ تمرین: شروع به ایجاد باورهای مخالف؛ تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه دهم:	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تغییر ادراکی؛ تمرین: تکمیل برگه‌های تغییر ادراکی؛ سخنرانی آموزشی ب: بازدار قشری اختیاری؛ تمرین: بازدار قشری اختیاری در یک گروه بزرگ؛ تکلیف برای هفته آینده.
جلسه یازدهم:	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تنبیه خود - خود پاداش دهی؛ تمرین: تنبیه خود - خود پاداش دهی؛ سخنرانی آموزشی ب: روش‌های نگهدارنده؛ تمرین: تدوین یک طرح نگهدارنده؛ تعیین تکلیف برای هفته آینده.
جلسه دوازدهم:	مرور تکلیف؛ مرور برنامه؛ برنامه‌ی برای پیگیری و ارزیابی پس از درمان؛ برنامه اختتامیه.

آنچه که در این گروه مضاف بر نامه‌های تدوین شده در کتاب مورد نظر، در این دوره‌ی درمان حداقل شبی یک پیام (sms) شادی و مرتبط با اعضای گروه، و روزی یک پیام مرتبط با تکالیف درس جلسه قبل برای افراد گروه ارسال می‌شد ضمن اینکه در بین این افرادی کسانی

که به جلسه‌ی مشاوره فردی داشتند نیز در بین جلسات گروهی انجام گرفت و چند مورد به مداخله خانواده درمانی نیاز داشتند که با توجه به شرایط مداخلات صورت گرفته و موفقیت خوبی از آن حاصل شد.

یافته‌ها

آماره‌های مربوط به متغیرهای پژوهش به تفکیک پیش و پس آزمون در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی افسردگی و امید به زندگی در پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	امید به زندگی		افسردگی	
		تعداد	میانگین	تعداد	میانگین
آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۱۶/۴۱	۱۲	۳۷/۵۸
	پس آزمون	۱۲	۲۳/۹۱	۱۲	۲۶/۰۸
کنترل	پیش آزمون	۱۲	۱۶/۷۵	۱۲	۳۸/۲۵
	پس آزمون	۱۲	۱۷/۹۱	۱۲	۳۷/۷۵

نمرات مقیاس‌های مورد استفاده، از جمع نمرات هر مقیاس به دست آمد. لذا مقیاس به کار گرفته شده حداقل فاصله‌ای است. براساس داده‌های جدول ۲، میانگین و انحراف مقیاس امید به زندگی در گروه آزمایش در پیش آزمون ۱۶/۴۱ و ۱/۹۸، و در پس آزمون ۲۳/۹۱ و ۲/۱۵، همچنین در امید به زندگی گروه کنترل، در پیش آزمون ۱۶/۷۵ و ۱/۷۱، و در پس آزمون ۱۷/۹۱ و ۱/۵۱ به دست آمد. از طرفی در متغیر افسردگی نیز میانگین و انحراف مقیاس در گروه آزمایش بترتیب در پیش آزمون ۳۷/۵۸ و ۴/۵۸ و در پس آزمون ۲۶/۰۸ و ۳/۴ همچنین در گروه کنترل در پیش آزمون ۳۸/۲۵ و ۴/۷۸ و در پس آزمون ۳۷/۷۵ و ۵/۲۷ بود.

جدول ۳. نتایج گزارش آزمون فرض همگنی شیب ها

متغیرها	مجموع مجذورات	d.f	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور تا	توان آماری
گروه	۰/۳۷۳	۱	۰/۳۷۳	۰/۰۶۳	۰/۸۰۵	۰/۰۰۳	۰/۰۷۵
پیش آزمون	۳۰۲/۴۲۳	۱	۳۰۲/۴۲۳	۵۰/۶۹۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱۷	۰/۹۵
گروه% پیش آزمون	۶/۸۱۵	۱	۶/۸۱۵	۱/۱۴۲	۰/۲۹۸	۰/۰۵۴	۰/۱۷۵
خطا	۱۱۹/۳۰۸	۲۰	۵/۹۶۵				

همگنی شیب ها با مقدار $F(1,20) = 1/142$ برای افسردگی معنی دار نشده است، لذا مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون برای متغیر افسردگی محقق شده است. با توجه به یافته‌های فوق، جهت بررسی فرضیه مورد نظر، از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در افسردگی

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	d.f	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور تا	توان آماری
افسردگی آزمون	پیش	۳۰۷/۰۴۴	۱	۳۰۷/۰۴۴	۵۱/۱۲۴	۰/۰۰۱	۰/۷۰۹	۰/۹۵
گروه	گروه	۷۳۹/۸۷۵	۱	۷۳۹/۸۷۵	۱/۲۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۵۴	۰/۹۵
خطا		۱۲۶/۱۲۳	۲۱	۶/۶۰۰				

بر اساس اطلاعات مندرج در جدول ۴، مقدار $F=1/232$ در متغیر افسردگی در سطح $p < 0/05$ معنادار است. به عبارتی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی اثر داشته است. مقدار $\eta^2 = 0/85$ نیز دلیلی بر میزان اثربخشی بالای روش درمانی بر متغیر مذکور است. به عبارتی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی اثر داشته است.

جدول ۵. نتایج گزارش آزمون فرض همگنی شیب‌ها

متغیرها	مجموع مجذورات	d.f	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور اتا	توان آماري
گروه	۱/۴۷۸	۱	۱/۴۷۸	۰/۶۰۹	۰/۴۴۴	۰/۰۳۰	۰/۱۱۵
پیش‌آزمون	۲۶/۰۴۱	۱	۲۶/۰۴۱	۱۰/۷۲۸	۰/۰۰۴	۰/۳۴۹	۰/۸۷۶
گروه*پیش آزمون	۰/۱۴۴	۱	۰/۱۴۴	۰/۰۵۹	۰/۸۱۰	۰/۰۰۳	۰/۰۵۶
خطا	۴۸/۵۴۹	۲۰	۲/۴۲۷				

همگنی شیب‌ها با مقدار $F(1,20) = 0/059$ برای امید به زندگی معنی‌دار نشده است، لذا مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون برای متغیر امید به زندگی محقق شده است. با توجه به یافته‌های فوق، جهت بررسی فرضیه مورد نظر، از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل در امید به زندگی

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	f.d	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور اتا	توان آماري
امید به زندگی	پیش آزمون	۲۷/۱۴۰	۱	۲۷/۱۴۰	۱۱/۷۰۵	۰/۰۰۳	۰/۳۵۸	۰/۹۰
گروه		۲۲۸/۶۳۴	۱	۲۲۸/۶۳۴	۹۸/۶۰۳	۰/۰۰۱	۰/۸۲۴	۰/۹۵
خطا		۴۸/۶۹۳	۲۱	۲/۳۱۹				

براساس اطلاعات مندرج در جدول ۶، مقدار $F=98/6$ در متغیر امید به زندگی در سطح $p < 0/05$ معنادار بود. این بدان معناست که روش درمانی گروهی شناختی-رفتاری بر افزایش امید به زندگی افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی اثر قابل توجهی داشته است. همچنین مقدار اتای تفکیکی (η^2) که شاخص اندازه اثر است با مقدار $0/82$ دلیلی بر اثربخشی بالای روش

درمانی اجراشده بر افزایش امید به زندگی است. به عبارتی روش درمانی شناختی - رفتاری توانسته است امید به زندگی را در شرکت کنندگان گروه آزمایش کاهش دهد.

نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر اثر بخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی می باشد که باتوجه به یافته های پژوهش حاضر میتوان نتیجه گرفت که استفاده از درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی در کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی سندرم آشیانه خالی مؤثر میباشد. که با نتایج پژوهش های درویشی (۱۳۸۸)، پدram و همکاران (۱۳۸۹)، رنجبر و همکاران (۱۳۸۹)، حمید و همکاران (۲۰۱۱)، ادلمانوبل (۱۹۹۹)، اسمیتس و همکاران (۲۰۰۹)، شمسایی و همکاران (۲۰۰۹)، سیگل و همکاران (۲۰۱۱)، همسو 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 (رنجبر و همکاران، ۱۳۸۹). درمان گروهی به سهولت این امکان را فراهم می سازد که تعدادی از این افراد 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 افراد می شود بلکه به توسعه روابط آنها در خارج از محیط درمانی کمک می کند ضمن اینکه اعضای گروه در جریان تعامل، به یکدیگر کمک می کنند، یعنی در جریان درمان از یکدیگر حمایت می کنند، به هم اطمینان می دهند، پیشنهاد می کنند وینش می دهند به همین دلیل اغلب بیماران در اثر گوش کردن به سایر افراد گروه، با مشاهده ی آنها به شاخص هایی می رسند که از درمانگر نمی گیرند. در مجموع به نظر می رسد 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 طولانی‌تر، نارسایی‌های این پژوهش مرتفع گردد. در راستای تبیین نتایج حاصل از این پژوهش باید گفت: نظام فکری فرد افسرده را افکار منفی او درباره‌ی خود، تجربه جاری و آینده تشکیل می‌دهند. افکار منفی درباره خود عبارتند از: اعتقاد فرد افسرده به این که او معیوب و بی‌کفایت است و چون باور دارد که معیوب است، معتقد است که هرگز به خشنودی دست نخواهد یافت. افکار منفی فرد افسرده درباره‌ی تجربه، شامل تعبیرهای او از اتفاقاتی است که برای وی رخ می‌دهد. او موانع منفی را به صورت موانع غیر قابل گذر تعبیر می‌کند، حتی زمانی که دیدگاه‌های مثبت معقول‌تری درباره‌ی تجربه‌ی او وجود دارد. او به منفی‌ترین تعبیر ممکن درباره‌ی آن چه برای او رخ داده است، گرایش دارد. در نهایت، نگرش منفی فرد افسرده در مورد آینده نگرش درماندگی است. زمانی که او به آینده فکر می‌کند، باور دارد وقایع منفی که اکنون برای او رخ می‌دهند به دلیل نقایص شخصی او در آینده هم ادامه خواهند یافت (بک و همکاران، ۱۹۷۹). در واقع درمان شناختی- رفتاری در افسردگی بر تمایل منفی در فرایند اطلاعات که نتیجه‌ای از تحریف تفسیرها از خود، محیط و آینده، که با باورهای ناسازگارانه‌ای که به وسیله‌ی فرد برانگیخته می‌شود، ارتباط دارد، تاکید می‌کند. بیشتر دیدگاه‌های اخیر از این مدل که بر ارتباط میان ماهیت رویدادهای افسردگی و تفسیرهای بیماران از این رویدادها تاکید دارد، حمایت می‌کنند. تکنیک‌های شناختی- رفتاری با به چالش کشیدن افکار منفی، برنامه ریزی برای رسیدن به اهداف را تقویت کرده و افسردگی را کاهش می‌دهند (هالون^۱، ۱۹۸۱). و چون بین افسردگی و امید به زندگی رابطه منفی وجود دارد (اشنایدر و همکاران ۲۰۰۰، فلدمن و اشنایدر ۲۰۰۵)، این احتمال وجود دارد که همین کاهش افسردگی نیز منجر به افزایش امید به زندگی گردد. زندگی پر از فراز و نشیب هیجانی

1. Hollon

است، اما وقتی این تغییرات طولانی می شود، می تواند در توانایی عملکردی افراد تاثیر داشته و معمولاً ایجاد افسردگی می نماید. بر اساس نظریه شناختی- رفتاری، افسردگی در نتیجه تحریف‌های شناختی خاصی در افرادی که مستعد افسردگی هستند به وجود می‌آید. این تحریف‌ها، طرحواره های افسردگی ز نامیده می شوند و الگوی شناختی خاصی هستند که باعث می‌شوند فرد، داده‌های درونی و بیرونی را تحت تاثیر تجارب اولیه، به گونه‌ای تغییر یافته درک کند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵؛ ترجمه رفیعی و سبحانیان، ۱۳۸۴). در این روش بیمار تشویق می شود تا رابطه میان افکار خودآیند منفی و احساس افسردگی خود را به عنوان فرضیه هایی که باید به بوته‌ی آزمایش گذاشته شود تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار خودکار منفی است، به عنوان محکمی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره گیرد. درمان شناختی- رفتاری می کوشد که درمانجو را به نوعی تجربه همکارانه تشویق نماید و طی آن از تجارب خود بیمار در یک رشته آزمایش های رفتاری به منظور ارزیابی درستی و نادرستی آن باورها سود برد (مهریار، ۱۳۷۳). در تبیین نتایج بدست آمده میتوان به دلایل گوناگونی اشاره کرد: یک دلیل کلی، به آثار مفید گروه درمانی در مقایسه با درمان انفرادی بر میگردد. گروه درمانی به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی مؤثری را بیاموزند، سپس آموزه هایشان را روی دیگر اعضای گروه امتحان کنند (ریچارد، ۱۳۸۶). آنان از مشاهده‌ی مشکلات دیگران که مشابه یا شاید شدیدتر از مشکلات خودشان است، احساس راحتی و دلگرمی می‌کنند (اتکینسون، ۱۳۸۴). از محدودیت‌های پژوهش عدم وجود پژوهش مشابه در زمینه سندرم آشیانه خالی و مرتبط با موضوع در ایران و همچنین در خارج و جدید بودن موضوع بود و با جستجو در پایگاه های علمی- پژوهشی و سایت‌های مختلف اینترنتی و جستجو در مجلات معتبر داخلی و خارجی هیچ پژوهشی با موضوع اثر بخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی چه در داخل و چه در خارج انجام نگرفته، که همین امر باعث شده بود که پیشینه کافی وجود نداشته باشد. و پژوهش حاضر از اولین پژوهشها می باشد. انجام تکالیف شفاهی بجای تکلیف

نوشتاری به دلیل کم سواد ی برخی از آزمودنی‌ها نیز از محدودیت‌های پژوهش بود. از محدودیت‌های دیگر پژوهش عدم انجام مرحله ی پیگیری به دلیل عدم دسترسی به آزمودنی‌ها بود هر چند که مرحله پس آزمون ۲ هفته بعد از آموزش اجرا شد. پیشنهاد می‌گردد که محققین این دوره از چرخه زندگی را نیز در موضوعات مختلف بررسی نمایند.

سپاس و قدردانی

پژوهشگران خود را موظف می‌دانند به رسم امانتداری علمی و به پاس همکاری از تمام مردان و زنانی که همکاری داشته‌اند و پرسشنامه‌ها را پاسخ دادند و در جلسات شرکت نموده‌اند تشکر و قدردانی نمایند.

منابع فارسی

- قرآن کریم، ترجمه سید محمد رضا صفوی. نشر معارف.
- اتکینسون، ری‌تال (۱۳۸۴). *زمینه روان‌شناسی هیلگارد*، (ترجمه حسن رفیعی). تهران: نشر ارجمند، چاپ ششم، جلد دوم. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۵).
- پدرام، محمد؛ محمدی، مسعود؛ نظیری، قاسم؛ آیین پرست، ندا (۱۳۸۹). اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه*. ۱ (۴): ۶۱ - ۷۵.
- تابان، حبیب‌الله؛ قاسمی، غلامرضا؛ فرزانه، آرزو؛ کاظمی، مژگان (۱۳۸۵). بررسی مشکلات سن پیری در ایران و جهان. تهران: نشر آشنا.
- حسنی، فریبا (۱۳۸۷). *مقایسه اثر بخشی درونی زوج درمانی رفتاری - شناختی، و هیجان محور برافسردگی، اضطراب، ناامیدی و رضایت زناشویی مرد نابارور*. رساله دکتری رشته مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.

حمید، نجمه؛ بشلیده، کیومرث؛ عیدی بایگی، مجید؛ دهقانی زاده، زهرا. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور بر افسردگی زنان مطلقه. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*. ۱(۱): ۶۴ - ۵۴.

درویشی، حشمت الله (۱۳۸۸). بررسی کاربرد تصویر سازی ذهنی و ریلکسیشن بر کاهش اضطراب، افسردگی بیمارستان و افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه بیمارستان گلستان اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

رشیدی نژاد، حدیث؛ تبریزی، مصطفی؛ شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش گروهی والدین با رویکرد خانواده درمانی ستیر بر جو عاطفی خانواده. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. ۱۳(۳): ۱۱ - ۴.

رنجبر، فرحدخت؛ اشک تراب، طاهره؛ دادگری، آتنا. (۱۳۸۹). بررسی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر میزان افسردگی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*. ۱۸ (۴): ۳۰۶ - ۲۹۹.

ریچارد اس، شارف. (۱۳۸۶). *نظریه های روان درمانی و مشاوره*. (ترجمه مهرداد فیروزبخت). تهران: خدمات فرهنگی رسا، چاپ ششم. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۷).

زاهدبابلان، عادل؛ قاسم پور، عبدالله؛ حسن زاده، شهناز (۱۳۹۰). نقش بخشش و سرسختی روان شناختی در پیش بینی امید. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. ۱۲(۳): ۱۹ - ۱۲.

سادوک، بنیامین؛ سادوک، ویرجینیا (۱۳۸۴). *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری روانپزشکی بالینی*. (ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان). تهران: انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۵).

سادوک، جیمز؛ سادوک، آلکوت (۱۳۹۰). *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری روانپزشکی بالینی*. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۱۱).

غلامزاده، مریم؛ عطاری، یوسفعلی؛ شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر کارایی خانواده در زوجین مراجعه کننده به مرکز بهزیستی شهر اهواز. *مجله دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*. ۴۱: ۱۱۰ - ۸۷.

- فری، مایکل. (۱۳۸۴). *راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی*. مترجمان مسعود محمدی، رابرت فرنام. تهران: رشد (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۵).
- قراچه داغی، مهدی (۱۳۸۰). *از حال بد به حال خوب*. تهران: آراین کار.
- گلدنبرگ، ایرنه؛ گلدنبرگ، هربرت (۱۳۸۸). *خانواده درمانی*. ترجمه: حمیدرضا حسین شاهی، سیامک نقشبندی، الهام ارجمند. انتشارات: نشر روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۹).
- مهریار، امیر هوشنگ (۱۳۷۳). *افسردگی، برداشت‌ها و درمان شناختی*. تهران: انتشارات رشد.
- مومنی، خدامراد (۱۳۹۰). اثر بخشی خاطره پردازي انسجامی و روایتی بر کاهش نشانه های افسردگی زنان سالمند مقیم سرای سالمندان. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*. ۱(۳): ۳۸۸ - ۳۶۱.
- وندر زندن، جیمز (۱۳۸۷). *روانشناسی رشد*. ترجمه حمزه گنجی. انتشارات نشر ساوالان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۸).

منابع لاتین

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford press.
- Carter, E. A., & McGoldrick, M. (1980). *The family life cycle: A framework for family therapy*. New York: Gardner Press.
- Carter, E. A., & McGoldrick, M. (1988). Overview: The changing family life cycle: A framework for family therapy. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds), *The changing family life cycle: A framework for family therapy* (2nd ed). New York: Allyn and Bacon.
- Coleman, S. (1985). *Failures in family therapy*. New York: Guilford Press.
- Duvall, E. M. (1977). *Marriage and family development* (5th ed). New York: Lippincott.
- Edelman, S., Bell, D. R., & Kidman, A. D. (1999). Group CBT Versus Supportive Therapy With Patients Who Have Primary Breast Cancer, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13 (3): 189-202.
- Feldman, D.B., & Snyder C.R. (2005). Hope and the Meaningful Life: Theoretical and Empirical Associations between Goal-directed Thinking and Life Meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24: 401-421.
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*, M.d. New York: W. W. Norton.
- Harper, M. (2004). Evidence-based effective practices with older adults' *Journal of Counseling Development*, 82(2): 36-42.

- Hollon, S. D. (1981). Comparisons and combinations with alternative approaches in L. P.Rehm (ed)., behavior therapy for depression: Present status and future directions, New York:Academic Press.
- Parsons, T., & Bales, R.F. (1955).Family, socialization, and interaction process. Glencoe, IL: Free Press.
- Shamsaei,F., Rahimi,A., & Zarabian,M.K.(2009). P01-288 Efficacy of pharmacotherapy and cognitive therapy, alone and in combination in amour depressive disorder. *European Psychiatry*, 24(1): 34-56.
- Siegle, G. , Steinhauer, S. , Friedman, E. , Thompson, W., & Thase, M.(2011). Remission Prognosis for cognitive therapy for Recurrent Depression Using the Pupil: Utility and Neural Correlates *Biological Psychiatry*, 69(8): 726-733.
- Smits, J., Minhajuddin .A.,&Jarret , R.(2009). Cognitive therapy for depressed adults with co morbid social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 114: 271-278.
- Snyder, C. R., Lopez, S.J. (2007). *Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths*. New York, sage publication Inc.
- Snyder, C.R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inq*, 13: 249-75.
- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irving, S.A., Sigmon, S., & et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol*,60(4): 570-85.
- Snyder, C.R., Ilardi, D., Stephen, S., Cheavens, J., Michael, J., Scott, T., Yamhure, L., & sympson, S. (2000). The role of hope in cognitive behavior therapies. *Cognitive therapy and Research*, 24 (6): 747-762.