

مقایسه اثر بخشی مشاوره حضوری و مشاوره تلفنی به شیوه شناختی بک، در کاهش علائم افسردگی مراجعان به مراکز مشاوره دانشگاه اصفهان

مهناز جوکار، کارشناس ارشد، مرکز مشاوره دانشگاه شیراز

ایران باغبان، استادیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

سید احمد احمدی، دانشیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

Email: i.baghban@edu.ui.ac.ir

چکیده

این پژوهش به تعیین اثر بخشی شناخت درمانی بک به طور کلی و همچنین تعیین اثر بخشی مشاوره حضوری و مشاوره تلفنی به شیوه شناختی بک در درمان بیماران افسرده خفیف و متوسط پرداخته است. جامعه آماری این پژوهش مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره دانشگاه اصفهان از اردیبهشت تا مهر ماه ۱۳۸۳ بوده است. نمونه آماری این پژوهش از بین مراجعه کنندگان، به طور تصادفی ۲۰ نفر با تشخیص افسردگی خفیف و متوسط به کمک پرسشنامه افسردگی بک انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه ده نفری (یک گروه درمانی و یک گروه کنترل) مورد بررسی قرار گرفتند. این پژوهش به کمک پرسشنامه افسردگی بک (فرم ۲۱ سوالی) به تشخیص، ارزیابی در نهایت گردآوری داده‌ها پرداخته است. گروههای درمان مشاوره تلفنی و حضوری در ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (هفتگی) مشاوره که به شیوه شناختی بک اجرا شد، شرکت کردند. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که شناخت درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی بیماران افسرده خفیف و متوسط مؤثر بوده است ($p < 0/001$). مشاوره حضوری و مشاوره تلفنی نیز هر کدام به طور جداگانه در کاهش نشانه‌های افسردگی این بیماران مؤثر بوده اند ($p < 0/001$). هیچ تفاوت معناداری بین دو شیوه درمانی در کاهش نشانه‌ها و علائم افسردگی بیماران وجود نداشته است. شناخت درمانی و مشاوره تلفنی اگر به صورت سازمان بندی شده و بر اساس مبنای نظری مناسبی اجرا شوند، نه تنها مؤثر و مفید واقع می‌شوند، بلکه باعث صرفه جویی در وقت و هزینه درمان می‌شوند.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، شناخت درمانی، مشاوره حضوری، مشاوره تلفنی

مقدمه

درصد زیادی از افراد هر جامعه در شرایط زمانی خاصی به علت انواع استرس‌ها در روابط بین فردی ناسالم و آسیب‌زا، انواع فقدانها، مشکلات و درگیریهای خانوادگی یا زناشویی، تنهایی، درگیری اجتماعی یا شغلی، طلاق، جدایی، قرار گرفتن در تضادهای درونی و اجتماعی، نداشتن حمایت‌های اجتماعی، رشد ناسالم دوران کودکی، بهداشت روانی نازل در جامعه، شرایط بفرنج زندگی، صنعتی شدن و بسیاری از عوامل دیگر که از حوصله این مقدمه کوتاه خارج است، ممکن است دچار افسردگی شوند.

مطالعاتی که در سالهای اخیر توسط متخصصان سازمان جهانی بهداشت در کشورهای در حال توسعه آسیا و آفریقا انجام گرفته، از افزایش دامنه شیوع افسردگی در میان ملل در حال رشد حکایت می‌کند (پاور^۱، ۲۰۰۴). همراه با بروز و شیوع وسیع افسردگی، هم در کل جمعیت، و هم در جمعیت مراجعان به مراکز بهداشت و درمان روانی اقدامات گوناگونی توسط متخصصان بهداشت روانی در زمینه‌های تشخیص، طبقه بندی، بررسی علل و عوارض و نهایتاً درمان انواع افسردگی به عمل آمده است.

در حال حاضر، گوناگونی روشهای درمانی، پژوهشگران را در درمان بیماران افسرده امیدوار ساخته است. درمانهای رایج افسردگی شامل استفاده از انواع داروهای ضدافسردگی (مانند سه حلقه‌ایها، بازدارنده‌های اکسیداز امین و کربنات) و همچنین درمان با شوک الکتریکی (ECT)^۲ است. رویکردهای غیر جسمانی نیز انواع گوناگون دارد، مانند روشهای روان تحلیل گری، روشهای رفتاری (آرامش عضلانی تدریجی، افزایش شرکت در فعالیتهای خوشایند آموزش مهارتهای اجتماعی، رفتار درمانی زناشویی)، روشهای شناختی (درمان شناختی بک^۳، درمان منطقی هیجانی الیس و مسأله گشایی) و رویکردهایی مانند تمرین درمان بین فردی و کاهش درماندگی (برادلی^۳، ۱۳۷۷).

1. Power
2. Electro Convulsive Therapy
3. Brodly

پژوهشهای فراتحلیلی زیادی در زمینه مقایسه میزان اثربخشی این شیوه های درمانی صورت گرفته است. اکثر قریب به اتفاق این پژوهشها از جمله تحقیقات دابسون^۱ (۱۹۸۹)، هالن^۲ (۱۹۹۱) آنتوسویو^۳ (۱۹۹۵)؛ رینکو و همکاران^۴ (۱۹۹۸)؛ دورابیس^۵ و همکاران^۶ (۱۹۹۸) و بالتر^۷ و بک^۸ (۲۰۰۰) شناخت درمانی را به عنوان موثرترین شیوه درمان افسردگی معرفی کرده اند. مسأله ای که در این جا مطرح می شود، این است که اگر چه شناخت درمانی مؤثرترین شیوه درمانی و در واقع درمان انتخابی افسردگی است، ولی نسبت به درمانهای دیگر پرهزینه تر و وقت گیرتر است (برادلی، ۱۳۷۷).

پژوهشها نشان داده است که نیمی از بیماران افسرده ای که جهت روان درمانی به بخش سلامت روان ارجاع داده می شوند مراجعه نمی کنند (کاتن^۹ و همکاران، ۱۹۹۲؛ لین^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۵؛ سایمون^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۳). همچنین هزینه های درمان به قدری بالاست که پذیرش شرکت در جلسات درمانی متعدد برای آنها مشکل است و در نتیجه افراد طبقه اقتصادی اجتماعی پایین تر قادر نیستند به اندازه کافی از خدمات بهداشت روان استفاده کنند (سایمون و همکاران، ۲۰۰۰).

در پژوهشی که فرخی (۱۳۸۰) انجام داده است، میانگین درمان سرپایی برای یک نفر بیمار افسرده مراجعه کننده به اورژانس و درمانگاه بیمارستان نور اصفهان سالانه حدود ۱۳۸۰۰۰۰ ریال تخمین زده شده است. از طرف دیگر، هزینه ها و مشکلات مربوط به مسافرتها طولانی مراجعان برای ملاقات با متخصصان مجرب و مورد اعتماد خویش، نیز مشکل دیگری است که بیماران افسرده با آن مواجه اند. چراکه کلینیکها و متخصصان مجرب در این زمینه اغلب در مراکز شهرهای بزرگ متمرکز هستند و دستیابی گروه وسیعی از مردم به این امکانات اگر غیرممکن نباشد، بسیار مشکل است. از این رو، بررسی و ارزیابی استفاده از روشهای مفید و کم هزینه و در عین حال قابل دسترسی برای همگان امری ضروری به نظر می رسد.

1. Dobson
2. Hollen
3. Antonuccio
4. Reinecko
5. Derubis
6. Bulter
7. Beck
8. Katon
9. Lin
10. Simon

در مدل شناختی بک نظر بر آن است که با پیشرفت افسردگی، افکار خود آیند منفی هر چه بیشتر ظاهر می شوند و افکار منطقی تر ناپدید می گردند. خود این فرآیند به گسترش فزاینده دامنه خلق افسرده منجر می شود و بدین ترتیب، دور باطلی شکل می گیرد. شناخت درمانگر، این دور باطل را در هم می شکند. بدین منظور او به بیمار یاد می دهد که افکار خود آیند منفی را مورد سؤال قرار دهد و بعد با فرضیهایی که افکار بر اساس آن شکل گرفته اند، به چالش پردازد (قاسم‌زاده، ۱۳۷۶).

یکی از جامعترین پژوهش‌های اخیر که در زمینه اثر بخشی شناخت درمانی در درمان افسردگی صورت گرفته، پژوهش فراتحلیلی بالترو بک (۲۰۰۰) بوده است. در این پژوهش فرا تحلیلی ۱۴ پژوهش که در این زمینه انجام شده بوده، مورد بررسی قرار گرفته اند (با ۹۱۳۸ آزمودنی، ۳۲۵۰ مطالعه و ۴۶۵ گروه مقایسه)، به طور کلی در این پژوهش میانگین اندازه اثر شناخت درمانی افسردگی برای بزرگسالان $d = 0/82$ به دست آمده است.

مطالعات دقیقی شناخت درمانی را در برابر مداخلات دارویی مقایسه کرده اند. اگرچه بعضی مطالعات نشان داده که درمانهای دارویی مؤثرترند (الکین^۱ و همکاران، ۱۹۸۹)، ولی نتایج پژوهشها نشان داده که شناخت درمانی با داروهای ضد افسردگی برابری می کند (کرایید^۲ و همکاران، ۱۹۹۸؛ ساکو^۳ و همکاران، ۱۹۹۵؛ آنتنوسیو^۴، ۱۹۹۵؛ دورابیس^۵، ۱۹۹۸؛ هالن^۶، ۱۹۹۱). هالن^۶، ۱۹۹۱. پژوهشهایی نیز نشان داده اند که شناخت درمانی بسیار مؤثرتر از دارو درمانی بوده است (مورفی و همکاران، ۱۹۸۴).

دابسون^۷ (۱۹۸۹)، رینک^۸ و همکاران (۱۹۹۸) و رابینسون^۹ و همکاران (۱۹۹۸) نیز در مطالعات مطالعات فرا تحلیلی خود مفید و موثر بودن شناخت درمانی را در درمان افسردگی به صورت

-
1. Elkin
 2. Craighead
 3. Sacco
 4. ntonuccio
 5. Derubis
 6. Holen
 7. Dabson
 8. Reinek
 9. Rabinsun

واضح و روشن تأیید کرده اند. بر اساس گزارش این محققان شدت نشانه های افسردگی بعد از درمان شناختی حدود ۷۵ درصد کاهش داشته است.

پژوهشها نشان داده است که اختلال افسردگی، بیش از هر اختلال دیگر امکان بازگشت دارد (پاور ۲۰۰۴). محققان به این نتیجه رسیده اند که شناخت درمانی می تواند در عدم بازگشت نشانه های افسردگی مؤثر باشد (اسکات^۱، ۲۰۰۳، ۲۰۰۰ و ۱۹۹۶، هامن^۲، ۱۹۹۷؛ شی^۳، ۱۹۹۲؛ ایوانز^۴ و همکاران، ۱۹۹۲؛ الکین و همکاران، ۱۹۸۹). از طرف دیگر، مطالعات و تحقیقاتی که در ایران در این زمینه انجام شده، نظیر پژوهش آخوند مکه ای (۱۳۷۶) و مهرابی زاده هنرمند (۱۳۷۵) نیز تأیید کننده مؤثر بودن شناخت درمانی در درمان بیماران افسرده بوده است.

یکی از روشهای مداخله ای که اخیراً مورد توجه قرار گرفته، استفاده از تلفن در مداخلات روان شناختی است. استفاده از خطوط تلفن دارای مزایای زیر است:

تلفن در کشورهای پیشرفته وسیله ای تقریباً همگانی است. ۹۵ درصد مردم دارای تلفن هستند و تلفنهای عمومی نیز به فراوانی در دسترس مردم قرار دارد. امروزه تماس تلفنی با کسانی که در خانه یا سر کار هستند، به کمک تلفنهای همراه، سیستمهای پاسخگو، تلفنهای کامپیوتری، پیامگیرهای نوشتاری و غیره تسهیل شده است. تلفن، وسیله ای همگانی است که به کمک آن می توان بدون رویارویی، عواطف و احساسات را به یکدیگر منتقل کرد.

تلفن وسیله ارتباطی بسیار سریعی است و در مواردی که به کمک فوری نیاز باشد، می تواند مورد استفاده قرار گیرد. طرح مشکلات خصوصی و مسائلی که در هر جامعه «تابو» محسوب می شوند، از طریق تلفن آسانتر است (بخصوص در جوامعی مانند ایران که دارای فرهنگهای بسته و سنتی هستند). هاس^۵ و همکارانش (۱۹۹۶) در پژوهشی مزایا، معایب، و دلالتهای اخلاقی مشاوره تلفنی را مورد بررسی قرار دادند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

1. Scatt
2. Hammen
3. Shea
4. Evans
5. Haas

لستر^۱ (۱۹۹۵) مزیت‌های مشاوره تلفنی را برشمرده است. او اشاره می‌کند که مزیت اصلی مشاوره تلفنی عدم احتیاج به مسافرت‌های طولانی برای مراجعه به کلینیک‌های تخصصی است. خود-افشاسازی و باز گذاشتن افکار و احساسات و احساس خود کنترلی بیشتر از دیگر مزایای این شیوه است. وی همچنین به این نکته نیز اشاره می‌کند که با توجه به اینکه تلفن عموماً جهت مشاوره استفاده می‌شود، مشاور باید به درمانی بودن جریان مشاوره‌های خود و مسأله برخورد با کسانی که پرگویی دارند، توجه داشته باشد.

همچنین ماهر^۲ و همکاران (۲۰۰۰)، بالاس^۳ و همکاران (۱۹۹۷) سایمون^۴ و همکاران (۲۰۰۰) و کار^۵ و همکاران (۲۰۰۳)، هال^۶ و همکاران (۲۰۰۲) و اسمیت^۷ و همکاران (۲۰۰۱) نیز به استفاده از مشاوره‌های تلفنی در برنامه‌های پیشگیری اشاره کرده‌اند. استفاده از مشاوره تلفنی باعث کاهش قرار ملاقات‌های فراموش شده می‌شود. در واقع در مشاوره‌های حضوری حدود ۵ درصد احتمال بیشتری وجود دارد که مراجعان بموقع حاضر نشوند. (داداس^۸، ۲۰۰۲).

شولبرگ^۹ (۱۹۹۶) و کاتن (۱۹۹۶) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیده‌اند که ننگ اجتماعی مرتبط با افسردگی، ترس از ملاقات با پزشک یا درمانگر، مشکلات مسافرت، تعامل ضعیف بین بیمار و متخصصان مراقبت‌های اولیه، زمان ناکافی و نامناسب بودن زمان قرار ملاقات‌ها، همگی موانعی در درمان‌های حضوری هستند.

سایمون (۲۰۰۰) بر روی ۶۱۳ بیمار افسرده‌ای که تازه داروی ضد افسردگی را شروع کرده بودند انجام داد. نتایج نشان داد بیماران که در مشاوره تلفنی شرکت کرده بودند، نسبت به گروه کنترل حداقل دوز دارو (۱۸٪ در مقابل ۳۰٪) را دریافت کردند. همچنین آنها احتمال کمتری داشت که بعد از ۶ ماه باز هم افسردگی اساسی داشته باشند. بر اساس تحقیقات کاتزلینک^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۰) نیز (با گروه نمونه ۳۰۳ نفری) گروهی که در مشاوره تلفنی شرکت کرده

1. Lester
2. Moher
3. Balas
4. Simon
5. Car
6. Hull
7. Smith
8. Dudas
9. Schulberg
10. Katzelnick

بودند، نسبت به گروه کنترل در قطع دارو تفاوت معناداری نداشتند (۸۰٪ در مقابل ۷۳٪)، ولی در پیگیری بعد از ۶ ماه بهبود بیشتری نشان دادند (۵۷٪ در مقابل ۳۸٪). بیمارانی که در پژوهش تاتی^۱ و همکارانش (۲۰۰۰) شرکت کرده بودند، مدت ۶ ماه تحت مشاوره تلفنی درمانگران متخصص قرار گرفتند. در این پژوهش از مداخلات روانکاوی و استراتژیهای شناختی و رفتاری برای افزایش خودیاری مراجعان استفاده شد و بسیار موفقیت آمیز بود. در پژوهش سایمون و همکاران (۲۰۰۰) نیز برای کنترل نشانه های بیماران افسرده و کمک به برنامه خود-یاری در آنها از مشاوره تلفنی استفاده شد.

بیماران کلیدی که باید مدت زیادی منتظر پیوند کلیه بمانند، دچار مشکلات روان شناختی زیادی نظیر اضطراب و افسردگی می شوند که می تواند در عمل پیوند اختلال ایجاد کند (فراشر^۲ فراشر^۲ و همکاران، ۱۹۹۳؛ اسکور^۳، ۱۹۹۵ و وودمن^۴، ۱۹۹۹). ناپولیتانو^۵ (۲۰۰۲) در پژوهش خود درمان شناختی - رفتاری را به شیوه تلفنی برای کمک به این بیماران به کار برد. نتایج پژوهش وی بسیار موفقیت آمیز بود.

از جمله پژوهشهای دیگری که تأثیر مشاوره تلفنی را در بهبود سلامت روانی (برای مثال استرس، اضطراب، خلق افسرده، عزت نفس و سازگاری) تأیید کرده است پژوهشهای یامادا^۶ و همکاران (۲۰۰۱)، کاوا^۷ و همکاران (۱۹۹۹)، ریس^۸ و همکاران (۲۰۰۲)، هانکلر^۹ و همکاران (۲۰۰۱)، به طور خاص در مورد افسردگی پژوهشهای اوسگود^{۱۰} و همکاران (۱۹۹۸)، لینچ^{۱۱} و همکاران (۱۹۹۷) و ریکر^{۱۲} و همکاران (۲۰۰۲) است.

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی شناخت درمانی به شیوه مشاوره حضوری و مشاوره تلفنی در کاهش علائم افسردگی مراجعان بوده است.

1. Tutty
2. Frasier
3. Squier
4. Woodman
5. Napolitano
6. Yamada
7. Cava
8. Reese
9. Hunkeler
10. Osgood
11. Lynch
12. Ricker

روش پژوهش

پژوهش حاضر تحقیقی نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با سه گروه درمانی و یک گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش کلیه مراجعان با تشخیص افسردگی به مراکز مشاوره دانشگاه اصفهان بوده‌اند. از بین مراجعان با تشخیص افسردگی، ۳۰ نفر که بر اساس پرسشنامه افسردگی بک دارای افسردگی خفیف و متوسط بودند، به طور تصادفی انتخاب، و بصورت تصادفی در دو گروه ۱۰ نفره درمان و یک گروه کنترل قرار گرفتند.

ابزار اندازه‌گیری: پرسشنامه افسردگی بک^۱ (BDI)، فرم ۲۱ سؤالی است، که برای سنجش متغیر وابسته به کار رفته است. این پرسشنامه برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران معرفی شده و برای سنجش نشانه‌های وابسته به افسردگی به صورت گسترده‌ای به کار رفته است. این پرسشنامه به حوزه‌هایی مانند احساس شکست، احساس گناه، تحریک پذیری، آشفتگی خواب، و فقدان اشتها مربوط است. گرچه اولین بار برای تشخیص افسردگی تهیه نشده است، ولی تحقیقات بسیار زیادی آن را به این منظور به کار برده‌اند (پاور ۲۰۰۴).

پژوهش‌های روان‌سنجی مختلف خصوصیات روان‌سنجی این پرسشنامه را مورد تأیید قرار دادند. کوجیما^۲ و همکاران، (۲۰۰۲)؛ عثمان^۳، (۲۰۰۲)؛ لزاک^۴ (۱۹۹۵)؛ آزادی، (۱۳۷۴)؛ ساردوئی (۱۳۷۳).

پایایی و روایی آن توسط محقق نیز بر روی گروه نمونه ۵۰ نفری دانشجویان دانشگاه اصفهان مورد بررسی قرار گرفته است. آلفای به دست آمده برای این پرسشنامه ۰۹۰ صدم بوده و همبستگی تمام گویه‌های آن با نمره کل بالاتر از ۰/۸ بوده است که مؤید پایایی بسیار خوب این پرسشنامه برای جمعیت مورد نظر است. از طرف دیگر همبستگی منفی و معنا دار این پرسشنامه با پرسشنامه شادمانی آکسفورد ($r = -0.54$ و $p < 0.08$) شاهد واگرایی در تعیین روایی آن است.

-
1. Beck Depression Inventory (BDI)
 2. Kojima
 3. Lezak
 4. Osman

شیوه اجرا: قبل از شروع مشاوره تلفنی یک جلسه به صورت حضوری از مراجعان دعوت شد و شیوه درمانی برای آنها توضیح داده شد و در صورت توافق آنها به انجام مشاوره تلفنی، در مورد زمان و چگونگی تماس توافق می‌شد. دستور جلسات به طور خلاصه به شکل زیر بوده است.

جلسه اول: بازبینی خلق، بررسی انتظارات مراجع از درمان، آشنا سازی مراجع با علایم جسمانی و روان شناختی افسردگی و آموزش دادن به مراجع در زمینه الگوی شناختی و نحوه درمان.

جلسه دوم: بازبینی خلق، بررسی برگه پل زدن بین جلسات (شامل سؤالاتی می باشد که فرایند درمان در جلسه قبل توسط مراجع یادآوری می شود)، آشنا سازی مراجع با شش تحریف شناختی همراه با ارائه برگه تحریفات شناختی.

جلسه سوم: بازبینی خلق، بررسی برگه پل زدن بین جلسات، بررسی تکالیف جلسه قبل با تأکید بر اینکه مراجع در تشخیص افکار اتوماتیک خود چقدر موفق بوده است. ادامه بررسی انواع دیگر تحریفهای شناختی.

جلسه چهارم: بازبینی خلق، بررسی برگه پل زدن بین جلسات، بررسی تکالیف جلسه قبل با تأکید بر جدول موقعیت- فکر- احساس- تحریف شناختی، بررسی برنامه روزانه مراجع، مرور تحریفهای شناختی غلبه بر کم تحرکی و آموزش شیوه های چالش با افکار منفی.

جلسه پنجم: بازبینی خلق، بررسی برگه پل زدن بین جلسات، مرور تکالیف و بررسی چگونگی پاسخ دهی مراجع به افکار اتوماتیک، آموزش شیوه های دیگری در جهت مقابله با افکار اتوماتیک منفی و در نهایت بررسی تأثیر پاسخگویی به این افکار بر زندگی مراجع.

جلسه ششم: بازبینی خلق، بررسی برگه پل زدن بین جلسات، بررسی تکالیف، مرور کلی فرآیند درمان و تأثیر آن بر مراجع.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی مربوط به گروه های سه گانه

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	گروه ها	
۱۰	۴/۷۳	۱۹/۳۰	مشاوره حضوری	۱
۱۰	۶/۶۸	۱۹/۷۰	مشاوره تلفنی	
۱۰	۵/۷۰	۱۸/۵	کنترل	
۱۰	۴/۵۳	۷/۱۰	مشاوره حضوری	۲
۱۰	۵/۸۷	۹/۴۰	مشاوره تلفنی	
۱۰	۷/۰۷	۲۱/۱۰	کنترل	

یافته‌ها

همان‌گونه که در جدول ۱ دیده می‌شود، نمرات پس از آزمون گروه‌های درمانی نسبت به گروه کنترل به طور قابل توجهی کاهش پیدا کرده است (کاهش نشانه‌ها و علائم افسردگی). جهت بررسی معناداری آماری این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس دو گروه با یکدیگر مقایسه شده اند (پیش از آزمون به عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته شده و پیش فرض لوین نیز مورد تأیید قرار گرفته است)

نتایج حاصل از آزمون تحلیل کواریانس (جدول ۲) نشان دهنده تفاوت معنادار بین سه گروه است.

جدول ۲: خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس مربوط به رابطه عضویت گروهی و افسردگی

منبع	SS	df	MS	F	sig	مجدورایتا	توان
پیش از آزمون	۴۶۷/۹۸	۱	۴۶۷/۹۸	۲۵/۴۴	۰/۰۰۰	۰/۴۹	۰/۹۹
گروه‌ها	۱۲۳۹/۴۳	۲	۶۱۹/۷۱	۳۳/۶۹	۰/۰۰۰	۰/۷۲	۱

همان‌گونه که مشاهده شد، بین گروه‌ها از نظر میزان افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد، ولی این تفاوت بین کدام گروه‌ها بیشتر دیده می‌شود؟ آزمون مقایسه زوجی جدول ۳ جوابگوی این پرسش است. چنان که در جدول مشاهده می‌شود، بین دو گروه درمانی از نظر میزان افسردگی هیچ تفاوت معناداری وجود ندارد، در حالی که بین گروه کنترل با هر دو گروه دیگر تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰$).

جدول ۳: مقایسه زوجی گروه‌های درمان و کنترل

گروه‌ها	تفاوت میانگینها	خطای استاندارد	معناداری
مشاوره تلفنی	-۲/۰۲	۱/۹۹۵	۰/۳۱۸
کنترل	$\times -۱۴/۵۵$	۱/۹۹۷	۰/۰۰۰
مشاوره حضوری	۲/۰۲	۱/۹۹۵	۰/۳۱۸
کنترل	$\times -۱۲/۵۳$	۲/۰۰	۰/۰۰۰
مشاوره حضوری	$\times ۱۴/۵۵$	۱/۹۹۷	۰/۰۰۰
مشاوره تلفنی	$\times ۱۲/۵۳$	۲/۰۰	۰/۰۰۰

یافته‌های کیفی: ۱- بیشترین تحریف‌های شناختی در بین دانشجویان افسرده عبارت بود از: "تفکر همه یا هیچ"، "شخصی سازی" و "تعمیم مبالغه آمیز"؛ ۲- دانشجویان افسرده علایم جسمانی افسردگی را نسبت به علائم شناختی و رفتاری بسیار کمتر نشان می دادند؛ ۳- بیشترین مسائلی که به عنوان شکایت اصلی توسط دانشجویان افسرده مطرح می شد، مسائل ارتباطی بود و اینکه دیگران در مورد آنها چه فکر می کنند؛ ۴- در شیوه مشاوره تلفنی مراجعان مسائل و مشکلات خود را راحت تر از شیوه حضوری مطرح می کنند؛ ۵- کنترل صحبت‌های مراجعان در مشاوره تلفنی مشکل تر از مشاوره حضوری است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داده است که شناخت درمانی در کاهش نشانه های افسردگی بیماران افسرده خفیف تا متوسط مؤثر است. این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهشهای خارجی مانند تحقیقات دابسون (۱۹۸۹)، رینک و همکاران (۱۹۹۸)، رایسنون و همکاران (۱۹۹۸) و بالترو بک (۲۰۰۰)، لیندلاد (۲۰۰۱) و موارد دیگر در این زمینه همسوست. همچنین با نتایج اندک، پژوهشهای داخلی انجام شده در این زمینه مانند پژوهش آخوند مکه ای (۱۳۷۶) و مهرابی زاده هنرمند (۱۳۷۵) همسو و هماهنگ است.

با توجه به این نظریه بک که: «تفکر منفی جنبه کاملاً مسلطی در اختلال افسردگی دارد، فقط یک نشانه نیست، بلکه نقشی تعیین کننده در تداوم افسردگی ایفا می کند و با پیشرفت افسردگی افکار خود آیند منفی هر چه بیشتر ظاهر می شوند و افکار منطقی تر هر چه بیشتر ناپدید می گردند و خود این فرآیند به گسترش فزاینده دامنه خلق افسرده منجر می شود و بدین ترتیب، دور باطلی شکل می گیرد (قاسم زاده، ۱۳۷۶). تأکید اصلی محقق نیز در درمان، بر شناخت و ارزیابی افکار منفی و جایگزین کردن آنها با افکار منطقی (در واقع شکستن این دور باطل) بوده است، که بر اساس نتایج به دست آمده مورد تأیید نیز قرار گرفته است.

فرضیه دیگر پژوهش حاضر در زمینه مؤثر بودن مشاوره تلفنی در کاهش نشانه های افسردگی بیماران افسرده خفیف و متوسط بوده است. همان گونه که نتایج نشان داد، گروهی که مورد مشاوره تلفنی قرار گرفته اند، نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری در کاهش نشانه های افسردگی

داشتند. به عبارت دیگر، مشاوره تلفنی در کاهش نشانه‌های افسردگی مؤثر بوده است. اگرچه هیچ پژوهشی داخلی در این زمینه یافت نشده است، ولی نتایج حاصل با نتایج پژوهش‌های خارجی نظیر تحقیقات اسکود و همکاران (۱۹۹۸)، تاتی و همکاران (۲۰۰۰)، سایمون و همکاران (۲۰۰۰)، یامادا و همکاران (۲۰۰۱)، هانکلر و همکاران (۲۰۰۱)، ریس و همکاران (۲۰۰۲)، ریکر و همکاران (۲۰۰۲) و موارد دیگر در این زمینه همسو و هماهنگ بوده است.

این نتایج نشان داده است که برخلاف تصور عموم که حضور فیزیکی را عامل اساسی و اجتناب‌ناپذیر در فرآیند درمان‌های روان‌شناختی می‌دانند و مشاوره تلفنی را رد می‌کنند، این شیوه اجرایی برنامه‌های روان‌درمانی اگر به صورت ساخت یافته، منظم و بر اساس الگوهای درمانی شناخته شده و پرتکل‌های درمانی استاندارد اجرا شود، نه تنها بسیار مؤثر است، بلکه در هزینه و وقت مراجعان، مشاوران، و روان‌درمانگران نیز صرفه جویی قابل توجهی صورت می‌گیرد و بسیاری از افرادی که توانایی مراجعه به کلینیکها و بیمارستان‌های روانی را به هر شکلی ندارند، و یا از «تابو» موجود در زمینه اختلالات روانی رنج می‌برند، براحتی می‌توانند با روان‌درمانگران و مشاوران معرب و مورد اعتماد خود ارتباط برقرار کرده، مسائل و مشکلات خود را مطرح کنند و راهنماییها و راهکارهای عملی و مؤثری دریافت کنند. از آنجا که امروزه انجام آزمایش‌های مختلف (نظیر اندازه‌گیری درجه حرارت بدن، اندازه‌گیری فشار خون، بررسی الکتروکاردیوگرام، تپش قلب، نبض و موارد دیگر) در منزل نیز امکان پذیر است، به کمک سیستم‌های تلفنی متصل به کامپیوتر می‌توان به راهنمایی و مشاوره مراجعان مبادرت ورزید.

از طرف دیگر، با توجه به موفقیت این شیوه در درمان مسأله پیچیده ای مانند افسردگی به نظر می‌رسد استفاده از این شیوه درمانی برای حل مسائل و مشکلات موقعیتی و ساده تری نظیر مشاوره تحصیلی و مشاوره ازدواج به صورت فردی نیز مؤثر باشد.

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهادهایی به شرح زیر ارائه می‌شود:

- ۱- بررسی اثر بخشی این روش‌های درمانی در درمان اختلالات رایج دیگر نظیر اختلالات اضطراب؛
- ۲- بررسی اثر بخشی این روش‌های اجرایی در انواع روان‌درمانی‌های دیگر نظیر رفتار درمانی، خانواده درمانی و موارد دیگر؛
- ۳- بررسی اثر بخشی درمان با افزایش تعداد جلسات در هر سه شیوه درمانی؛
- ۴- بررسی اثر بخشی این درمانها در جلسات پیگیری؛
- ۵- ایجاد خطوط

مشاوره تلفنی به صورت تخصصی ؛ ۶ - استفاده از برنامه مشاوره غیر حضوری برای آن دسته از مشکلات جسمانی و روانی (مانند اعتیاد، ایدز و موارد دیگر) که "تابو" بودن آنها در جامعه مانع اقدام جدی در جهت حل آنها می شود.

منابع

- آخوند مکه ای، زهره. (۱۳۷۶). **بررسی تأثیر شناخت درمانی به روش بک برای افسردگی نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۷ ساله شاهین شهر اصفهان**. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت معلم. (چاپ نشده)
- برادلی. پی. دی. (۱۳۷۷)، **اصول روان شناسی بزرگسالان**، ترجمه آ. هامایاک، و م. ر. نیکخو. م. ر. تهران: انتشارات بیکران.
- ساردویی، غلامرضا. (۱۳۷۳). **مقدمه ای بر هنجاریابی پرسشنامه تجدید نظر شده بک**. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.
- قاسم زاده، حبیب. (۱۳۷۵). **شناخت و عاطفه، جنبه های بالینی و اجتماعی**. تهران: انتشارات فرهیختگان.
- مهرابی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۷۵). **بررسی تأثیر شناخت درمانی در کاهش افسردگی و افزایش هماهنگی مؤلفه های خود پنداشت**. پایان نامه دکترا. دانشگاه تربیت مدرس (چاپ نشده).
- Antonuccio, D. O., Donton, W. G., and Denelsky, G. Y. (1995). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional psychological Research Practice*. 26. 547-585.
- Balas, E. A., Jaffrey, F., Kuperman, G, J., and Boren, G,D (1997). Electronic communication with patients: Evaluation of distance medicine technology. *American Journal Respire Ration Medicine*, 27,152- 159.

- Bulter, A. C., and Beck, J. S. (2000). Cognitive therapy outcomes: A review of meta analyses. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 37, 1-9.
- Car, J., and Sheikh, A. (2003). Information in practice telephone consultations. *British Medical Journal*, 326, 966-969.
- Cava, M., Wade, K., Cho, S., Dwyer, J., Johnson, I., and Lee- Han, H. (1999). *Effectiveness of telephone intervention as a delivery strategy within the scope of public health nursing practice: A systematic overview*. Toronto Public Health – North York Office.
- Craighead, W. E, Craighead, L. W., and Ilardi, S. S. (1998). Psychotherapy for the treatment of major depressive disorder. In Nathan P. E, and Gorman, J. M. (eds). *A Guide to treatment that works*. New York: Oxford University Press, 226- 239.
- Derubis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z., and Simons, A. D. (1999). Medication versus cognitive behavior therapy for severity depressed outpatients: Meta-analysis of four randomis comparisons psychiatry,. *American Journal Psychiatry*, 156, 1007-1013.
- Dobson, M. (1989). A meta- analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Dudas, V., Bookwalter, T., Ken, K. M., and Pantilat, S. Z. (2002). The impact of follow up telephone call to patients after hospitalization. *Disorder Monitoring*, 48, 239- 248.
- Elkin, I., Shea, M. T, Watkins, and J. T., (1989). National institute of mental health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archive of General Ppsychiatry*. 971-982.
- Evans, M., Hollon, S., and Derubeis, R. (1992). Differnatiol relaps following cognitive therapy and pharmacotherapy. *Enential Archives of General psychiatry*, 49, 802- 809.

- Frasur, S. N., Lesprance, F., and Talajic. M., (1993) Depression following myocardial infarction: Impact on 6-month survival. *American Journal Respiration Medicine*, 270, 1819-1825.
- Haas, L. J., Benedict, J. G., and Kobos, J. C. (1996). Psychotherapy by telephone, risks and benefits for psychologists and consumers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 154- 160.
- Hammen, C. (1997). *Depression*. New York: Hove: Psychology Press.
- Hallen, S. D., Shelton, R. C., and Loosen, P. T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consult Clinicaling and Psychoogy*, 54, 88 – 99.
- Hull, S., Hagdrup, N., Hart, B., Griffiths, C., and Hennessy, E. (2002) Boosting uptake of influenza immunisation : A randomised controlled trial of telephone appointing in general practice. *British of Journal General Practice*, 52, 72- 716.
- Hunkeler, E., Meresman, J., and Hargreaves, W. (2000). Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Archives of Information Medicine*, 9.
- Katon, W., and Robinson, Vonkorff, M. (1996). A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Archives of Genertal Psychiatry*: 53: 924-32.
- Katzelnick, D., Simon. G., and Pearson, S., (2000). Randomized trial of depression management program in high users of medical care. *Archives Information Medine*, 9, 345- 51.
- Kojima. M., Furukawa. T. A., Takahashi. H., and Kawai. M., (2002). Cross-Cultural validation of the Beck Depression Inventory. *PsychiatryResearch*, 110(3), 290-291.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University.
- Lester, D. (1995). Counseling by telephone: Advantages and problems. *Crisis Intervention*, 2, 57- 69.

- Lin, E., Von, Korff, M., and Katon. W., (1995). Primary care psysician role in adherence to antidepressant therapy. *Medical Care*, 33, 67-74.
- Lynch, D. C., Tamburrino, M. B., and Nagel, R. (1997). Telephone counseling for patients with minor depression: Preliminary finding in a family practice setting. *Journal of Family Practice*, 44(3), 293-308.
- Mohr, D. C, Likosky, W., Bertagnolli. A., Goodkin, D. E., Vans Der, W. J. Dwyer, P. (2000). Telephone- administered cognitive behavioral therapy for the treatment of depressive symptoms in multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68. 356- 361
- Napolitano, M. A. (2002). *Effect of a telephone-based psychosocial intervention for patients awaiting lung transplantaion clinical investigations*. American college of chest Physicians.
- Osgood- Hynes, D. J., Greist, J. H., Marks, I. M., Baer, L., and Henman, S. W. (1998). Self administered psychotherapy for depression using a telephone accessed computer system plus booklets: An open U. S., U. K. study. *Journal of Clinical Psyiatry*. 59 (7), 350- 356.
- Osman. A., Kopper, B. A., and Barrios. F., (2004). Reliability and validity of the Beck depression inventory adolescent psychiatric Inpatients: *Psychological Assessment*, 16(2), 120-132.
- Power. M. (2004). *Mood disorders*. New Yourk: John Wiley and Sons.
- Reinecke, M. A., Ryan, N. E, Du Bois, D. L. (1998). Cognitive behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta- analysis. *Journal Academy of Child and Adolescent Psychiatry of American*, 37, 26-34.
- Ricker, J. (2002). Study shows telephone counseling can be effective. *Monitor on psychology*, 3(4).
- Schulberg, H. C., Block, M. R., and Madonia, M. J., (1996) Treating of major depression in primary care practice eight month clinical outcomes, *Archives of Genertal Psychiatry*, 53, 913- 919.

- Scott, J., Stephen, P., and Eugen, P., (2003). Use of cognitive therapy for relaps prevention in chronic depression. *British Journal General Practice*, 82, 221- 227.
- Shea, T. M., Elkin, I., Imber, S. D., and (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782- 787.
- Simon, G. E., Von Korff, M., Vagner, E. H., Barlow, W.(1993). Patterns of antidepressant use in community practice. *General Hospital Psychiatry*, 15, 399-408.
- Simon, G. E., Vankoff, M., Rutter, C., and Wagner, E. (2000). Randomised trial of monitoring feedback and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *British Medical Journal*, 320, 550- 554.
- Smith, N. M., Stead, L. F., Lancaster, T. (2001). Telephone counseling for smoking cessation. *Cochrane Database System Review*, 2.
- Tutty, S., Simon, G., and Ludman, E. (2000) Telephone counseling as an adjunct to antidepressant treatment in the primary care system a pilot study. *Effectiveness Clinical Practice*, 4, 170-178.
- Squier, H. C., Jalowiec, A., White- Willoms. C., et al. (1995) Quality of well being predicts survival in lung-transplantation candidates. *American Journal respiration Medicine*, 152, 2032- 2036.
- Woodman, C. L., Geistg. L. J., Vance, S., et al (1999). Psychiatric disorders and survival after lung transplantation. *Psychosomatics*, 40, 293- 297.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی