

اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر افسردگی مردان مبتلا به ضایعات نخاعی

زهرا ابراهیمی^۱

چکیده

هدف: آسیب نخاعی یک عارضه مخرب است که بر حسب وسعت و شدت، تغییرات عظیمی در سلامت و سبک زندگی فرد ایجاد می کند. این پژوهش به منظور اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر افسردگی مردان مبتلا به ضایعات نخاعی انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون یک گروهی بود. جامعه پژوهش را کلیه مردان مبتلا به ضایعه نخاعی شهر اصفهان را تشکیل دادند که به مراکز توان بخشی این شهر مراجعه نمودند؛ روش نمونه گیری به شیوه در دسترس بود؛ و تعداد ۱۵ نفر براساس معیارهای ورود به پژوهش انتخاب و تحت گروه درمانی شناختی- رفتاری قرار گرفتند. ابزارهای جمع آوری اطلاعات پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II) بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون t نمونه- های همبسته به کمک نرم افزار SPSS استفاده شد. **یافته ها:** نتایج نشان داد که گروه درمانی شناختی- رفتاری افسردگی افراد مبتلا به ضایعه نخاعی به طور معناداری کاهش داده است ($p < 0/01$). **نتیجه گیری:** نتایج حاصل از این پژوهش موید تاثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی این بیماران است لذا توصیه می شود تا مداخلات روان شناختی از جمله انواع گروه درمانی جهت کاهش عوارض روانی بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی به کار گرفته شود. **واژه های کلیدی:** گروه درمانی شناختی- رفتاری، افسردگی، ضایعه نخاعی.

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات (واحد خمین)، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

صدمات وارده به نخاع یکی از مخاطره آمیزترین آسیب های جسمانی می باشد که می تواند باعث ایجاد اختلال در دستگاه های مختلف بدن و حتی تهدید کننده حیات وی باشد (چن^۱ و بوری^۲، ۲۰۰۷). معلول ضایعه نخاعی^۳ به فردی اطلاق می شود که به هر علتی اعم از ضربه، تومور مغزی یا سرطان، بیماری های مغزی و عروقی و یا حتی مراحل پیشرفته ضایعات دیسکوپانژی، نخاع وی از زیر منطقه بصل النخاع تا ناحیه انتهایی شبکه دم اسبی که توسط ستون فقرات محافظت می شوند دچار آسیب شده و مقدار ضایعه آن را قسمتی تا قطع کامل و له شدگی و تغییرات استحاله ای است که نتیجه آن ایجاد عوارض حرکتی و حسی و یا اتونومیک یک یا چند اندام و تنه می باشد. چنان چه در سطح مهره های سینه ای و پایین تر از آن اتفاق بیفتد شخص دچار فلج در اندام های تحتانی پاراپلژی می شود و اگر در ناحیه نخاع گردنی اتفاق بیفتد منجر به فلج در دو دست و دو پا یا تتراپلژی یا کوادرپلژی می شود. در واقع هر چه محل ضایعه به مغز نزدیک تر باشد، سطح و شدت ضایعه نخاعی بیش تر خواهد بود (جلیلی فر، ۱۳۸۲، به نقل از حسن زاده پشنگ، زارع و علی پور، ۱۳۹۱).

آسیب نخاعی یک عارضه مخرب است که برحسب وسعت و شدت، تغییرات عظیمی در سلامت و سبک زندگی فرد ایجاد می کند. این عارضه، از جمله مشکل ترین انواع معلولیت جسمی به شمار می آید که علایم حسی و حرکتی آن، موجب ناتوانی در انجام ساده ترین کارهای روزمره شده و فرد را در تمامی حوزه های فعالیت زندگی، وابسته و با اختلال های گوناگون روبرو می سازد (دال برگ^۴، آلارانتا^۵ و سین تونن^۶، ۲۰۰۵). به طور معمول فرد پس از آسیب نخاعی، با تغییرات قابل ملاحظه ای در زندگی اش مواجه می شود که سازش یافتگی با آن ها و نیز متناسب کردن فعالیت های زندگی با این وضعیت جدید، نیازمند زمان و کمک گرفتن از اطرفیان است (امینی، ۱۳۸۴). به دنبال این تغییر مهم در زندگی، بسیاری از آسیب دیدگان ضایعه نخاعی حالت هایی، مانند افسردگی، اضطراب، اختلال در مفهوم خود و احساس تنهایی را تجربه می کنند (نوروززاده و حیدری، ۱۳۸۱).

افسردگی، نوعی احساس خشم و غضب نسبت به اطرفیان، احساس بیهودگی و پوچی در مورد معنای زندگی و ناتوانی در کسب شادی و لذت است. افسردگی، احساسی است که طیف گسترده ای از هیجان های منفی انسان را در برمی گیرد و بخش وسیعی از تجربه های روزمره و عادی، مانند خشم، ترس، غم و اندوه را شامل می شود (فیتزپاتریک^۷ و شری^۸، ۲۰۰۴؛ ترجمه به پژوه و نوری، ۱۳۸۷). فرد افسرده نیرو و انگیزه لازم برای انجام فعالیت های روزمره را ندارد. عملکرد تحصیلی، شغلی و روابط بین فردی وی مختل می شوند. او غمگین تر و ناامیدتر از آن است که برای مشکلات خود راه حلی بیابد و یا بتواند درمورد مشکلات مهم زندگی اش تصمیمی اتخاذ کند. گاهی نیز افراد مبتلا به افسردگی شدید افکار خودکشی دارند و اقدام به خودکشی می کنند (سادوک^۹ و سادوک^{۱۰}، ۱۹۳۳؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۱).

- 1-Chen, H. Y
- 2-Boore J. R
- 3- Spinal cord injury
- 4-Dahlberg, A
- 5-Alaranta, H
- 6-Sintonen, H
- 7- Fitzpatrick, C
- 8- Sharry, J
- 9- Sadok, B. J
- 10- Sadok, V. A

بسیاری از بیماری‌های به خصوص انواع مزمن و ناتوان کننده، پیامدهای روانپزشکی متعددی دارند. به همین دلیل بروز اختلال روانپزشکی در پی ایجاد بیماری‌های جسمی شایع است (کاپلان^۱ و سادوک^۲، ۱۹۹۸). در مجموعه مشکلات روانی همراه با آسیب نخاعی، اختلال افسردگی از اهمیت خاصی برخوردار است. کراس^۳، کمپ^۴ و کوکر^۵ (۲۰۰۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که ۴۸ درصد افراد با آسیب نخاعی، به افسردگی نیز مبتلا هستند. دیگر پژوهشگران مانند کندی^۶ و راجرز^۷ (۲۰۰۰) و کندی، داف^۸، اوانس^۹ و بیدی^{۱۰} (۲۰۰۳) این رقم را بین ۲۲ تا ۳۸ درصد گزارش کرده‌اند.

کرور^{۱۱} (۱۹۹۶) بیان کرده است اثرات روانی ناشی از ضایعه نخاعی در پنج سال اول مبتلا شدن به آن حداکثر مقدار خود می‌رسد و بیش‌ترین توانایی برای شناخت ضرری که این افراد از ناتوانیشان می‌بینند مربوط به سال‌های اول ناتوانی است. بنابراین بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی را خطر بیشتری برای خودکشی تهدید می‌کند و این خطر در پنج سال اول پس از آسیب بالاتر است.

نوسک^{۱۲} و هوقس^{۱۳} (۲۰۰۳) دریافتند که معلولین در مقایسه با افراد غیر معمول از لحاظ اجتماعی منزوی تر و افسرده ترند و ارتباطات صمیمی کمتری دارند. آن گونه که تحقیقات جان محمدی، پشیاره و کهن (۱۳۹۰) نشان می‌دهد ۷ تا ۱۴ درصد مردان مبتلا به ضایعه نخاعی در معرض افسردگی حاد قرار دارند.

در سبب شناسی اختلال افسردگی از عوامل چندی یاد نموده اند که عوامل زیست شناختی، ارثی، روانی و اجتماعی از آن جمله است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸). متناسب با سبب شناسی این اختلال، شیوه‌های درمانی گوناگون پیشنهاد شده است. یکی از این رویکردها درمان شناختی - رفتاری است. که از دهه ۱۹۷۰ برای درمان انواع بیماران افسرده مطرح شده است (پاکدامن و شخمگر، ۱۳۹۱).

در این روش بیمار تشویق می شود تا رابطه ای میان افکار خودآیند منفی و احساس افسردگی خود را به عنوان فرضیه‌هایی که باید به بوته آزمایش گذاشته شود تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند 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 حاصل شود (هاوتون^{۱۴}، ۲۰۰۳؛ به نقل از عیسی زادگان، شیخی، حافظ نیا، و خادمی، ۱۳۹۲).

رویکرد شناختی- رفتاری می‌تواند به بیماران کمک کند تا تاثیرات روانی منفی بیماری شان را به کم ترین مقدار برسانند. حمایت تجربی قوی درباره ی کاربرد درمان شناختی-رفتاری برای مشکلات روانی شایع در بیماری جسمی، با ارایه ی مراقبت بهداشتی نوین و تاکید بر درمان‌های دارای حمایت تجربی کاملاً هماهنگ است. تاکنون مدل شناختی-رفتاری و پروتکل‌های

- 1- Kaplan, H. I
- 2- Sadock, B. J
- 3- Krause, J. S
- 4- Kemp, B
- 5- Coker, J
- 6- Kennedy, P
- 7- Rogers, B
- 8- Duff, J
- 9- Evans, M
- 10- Beedie, A
- 11- Crewe, N. M
- 12- Nosek, M. A
- 13- Hughes, R. B
- 14- Hawton, C

درمانی آن برای شمار زیادی از اختلالات روانی و بیماری های مزمن تدوین شده است و بسیاری از آن ها در پژوهش های بالینی موثر شناخته شده اند (گریر^۱ و همکاران، ۱۹۹۲).

با توجه به شیوع بالای اختلال افسردگی، روان درمانی فردی نمی تواند پاسخگوی این مشکل باشد. از این رو می توانیم گروه درمانی به جای روان درمانی 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 موثر است، زیرا فرد در گروه نحوه برخورد خور را با اجتماع می بیند 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 فرد جدید آشنا شده، احساس قدرت می کند و اعتماد به نفس وی بالا می رود (کوپلیز^۲، ۲۰۰۰).

پژوهش های زیادی نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب موثر می باشند (به عنوان مثال؛ اوسیلا^۳، هپنر^۴، مانوز^۵، وو^۶ و اتکینز^۷، ۲۰۰۹؛ مکرودمیتریس^۸ و همکاران، ۲۰۱۱؛ رسولی زاده، قنبری هاشم آبادی و طباطبایی، ۱۳۸۸؛ مشفق، ۱۳۸۸؛ پدرام، محمدی، نظیری و آیین پرست، ۱۳۸۹؛ پاکدامن و شخمگر، ۱۳۸۹؛ نظری و اسدی، ۱۳۹۰؛ احمدوند، ساعی، سپهر منش و قنبری، ۱۳۹۱؛ خدایی، خزاعی، کاظمی، و علی آبادی، ۱۳۹۱؛ عیسی زادگان و همکاران، ۱۳۹۲). علاوه بر آن نتایج پژوهش های کرینگ^۹، هانکوک^{۱۰}، دیکسون^{۱۱}، و چانگ^{۱۲} (۱۹۹۷)، متا^{۱۳} و همکاران (۲۰۱۱)، کاسترو^{۱۴}، دلترو^{۱۵}، کرایچتی^{۱۶} و لوپس^{۱۷} (۲۰۱۲)، دورستاین^{۱۸}، ماتیاس^{۱۹} و دنسون^{۲۰} (۲۰۱۴)، همتی ثابت، آشوری، همتی، امینی و احمد پناه (۲۰۱۴) و فانن^{۲۱} و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری افسردگی افراد مبتلا به ضایعه نخاعی را به طور معناداری کاهش می دهد.

بنابراین با توجه به شیوع بسیار بالای افسردگی در بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی اقدامات درمانی برای این بیماران اهمیت و ضرورت می یابد. و با انجام اقدامات درمانی مناسب بتوان افسردگی را در بیماران بهبود بخشید. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر افسردگی مردان مبتلا به ضایعات نخاعی انجام شده است.

روش

- 1- Greer, S
- 2- Coppeliz, P
- 3-Osilla, K. C
- 4- Hepner, K. L
- 5- Muñoz,R.F
- 6- Woo, S
- 7-Watkins, K
- 8- Macrodimitris, S
- 9-Craig, A. R
- 10-Hancock, K
- 11-Dickson, H
- 12-Chang, E
- 13- Mehta, S
- 14- Castro, M. M
- 15 Daltro, C
- 16- Kraychete, D. C
- 17- Lopes, J
- 18- Dorstyn, D
- 19- Mathias, J
- 20-Denson, L
- 21- Fann, J

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون یک گروهی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مردان مبتلا به ضایعه نخاعی شهر اصفهان را تشکیل دادند که به مراکز توان بخشی این شهر مراجعه نمودند. روش نمونه گیری به صورت در دسترس بود. بدین صورت که از بین بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی که مراکز توان بخشی شهر اصفهان مراجعه کردند پس از تکمیل پرسشنامه ها و کسب کردن نمره بالا در پرسشنامه افسردگی بک، تعداد ۱۵ نفر براساس معیار های ورود به پژوهش (وجود ضایعه نخاعی؛ توانایی شرکت در جلسه های گروه درمانی؛ مرد بودن؛ دارای سن ۳۵-۱۹ سال؛ تحصیلات حداقل دیپلم) انتخاب شدند و تحت گروه درمانی شناختی - رفتاری قرار گرفتند. قبل از اجرای گروه درمانی شناختی - رفتاری و پس از اجرای آن آزمودنی ها پرسشنامه افسردگی بک^۱-ویرایش دوم (BDI-II) را تکمیل نمودند.

ابزار پژوهش:

پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II): این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSM-IV همخوان است و همانند BDI و BDI-II نیز ۲۱ سوالی است و تمام عناصر افسردگی براساس نظریه شناختی را پوشش می دهد. در این پرسشنامه شدت افسردگی را بر روی یک مقیاس از ۰-۳ درجه بندی می شود. نمره کل پرسشنامه دامنه ای بین ۰-۶۳ داشته و امتیاز ۰-۱۳ افسردگی جزئی، ۱۴-۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰-۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹-۶۳ افسردگی شدید را نشان می دهد. این پرسشنامه، نقطه ای را به عنوان نبود افسردگی معرفی نمی کند(بک، استری و براون^۲، ۱۹۹۶). مطالعات انجام شده توسط بک و راش^۳ (۲۰۰۰) بر ویرایش دوم این پرسشنامه حاکی از ثبات درونی بین ۰/۹۲-۰/۷۳ و ضریب آلفای کرونباخ برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ می باشد. همچنین دابسون و محمد خانی (۱۳۸۶) ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب پایایی به شیوه باز آزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ گزارش کردند.

انجام مداخلات درمانی بر عهده نویسنده دوم مقاله بوده است که آموزش رسمی در زمینه گروه درمانی شناختی-رفتاری دیده است. برنامه هر جلسه گروه درمانی شناختی-رفتاری براساس منابع در دسترس تدوین گردید. آزمودنی ها ۱۰ جلسه ۲ ساعته (هفته ای ۲ جلسه) تحت گروه درمانی شناختی - رفتاری قرار گرفتند. محتوای جلسات به صورت زیر بوده است:

جلسه اول: اعضای گروه با هم آشنا شده و قوانین و اهداف کار تنظیم می شود. و همچنین در رابطه با اهداف روان درمانی گروهی و اثر فعالیت گروهی در حل مشکلات توسط درمانگر توضیح داده می شد. سپس بیماران خود را معرفی نموده و ناراحتی فعلی و تاریخچه بیماری خود را بیان می کردند.

جلسه دوم: در آغاز جلسه نظر اعضا نسبت به جلسه گذشته بررسی می شد. در رابطه با علائم افسردگی و سبب شناسی آن در گروه بحث می گردید و درمانگر به گونه ای گروه را هدایت می کرد تا به این نتیجه برسند که شیوه اندیشیدن آنان باعث تحریک احساسات آنان می شود. تمرین آرمیدگی و تکلیف خانگی ارائه می شد.

جلسه سوم: در آغاز جلسه نظر آنان نسبت به جلسه پیشین پرسیده می شد. سپس درباره احساس های نا خوشایند آنان گفتگو می شد و سعی می گردد که به کمک اعضا افکار خود آیند منفی همراه با احساس های نا خوشایند کشف گردد. تمرین آرمیدگی و تکلیف خانگی ارائه نیز می شد.

جلسه چهارم: در این جلسه اعضا با مدل ABCD آشنا می شدند و اصول آن به آن ها آموزش داده می شد. A: حوادثی که اتفاق افتاده است. B: عقاید نسبت به آن حادثه. C: پیامدهای این شیوه فکر کردن. D: بحث کردن با عقاید غیر منطقی (افکار

1- Beck Depression Inventory

2- Beak, A. T., steer, R. A., & Brown, G. k

3- Beck A, Rush J

خود آیند منفی). در پایان هر جلسه از اعضا خواسته می شد که احساس های نا خوشایند یا افکار خود آیند منفی همراه آن را تشخیص داده و بکوشند با آن افکار درگیر شوند و به مرور افکار مثبت یا منطقی را جایگزین آن نمایند. در جلسات پنجم تا دهم نیز فعالیت عمده، تمرکز بر مدل ABCD و فعالیت های رفتاری و فرض های زیر ساخت آنان بود. تمرین آرمیدگی و تکلیف خانگی نیز در هر جلسه ارائه می شد.

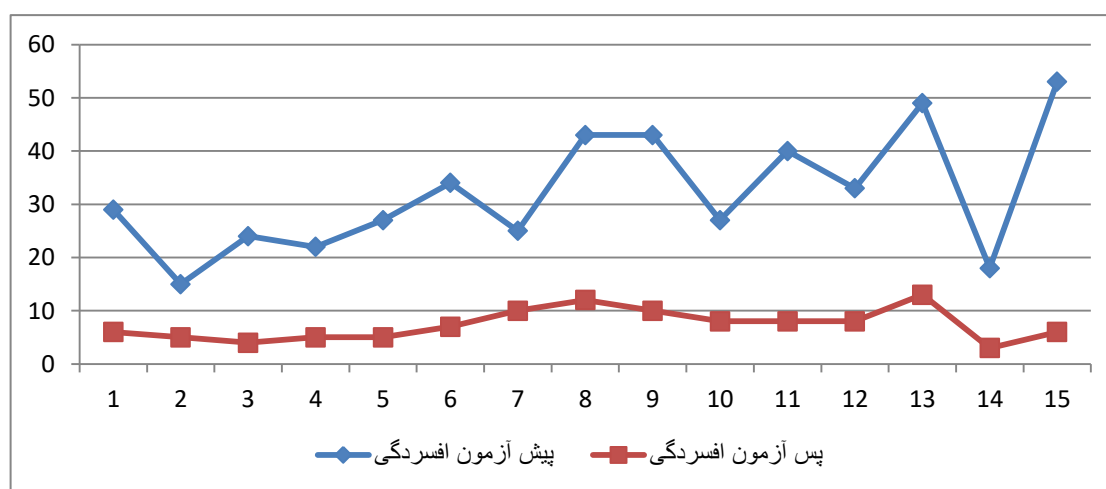
یافته ها

به منظور آزمون فرضیه پژوهش، از روش آزمون t برای گروههای همبسته با استفاده از نرم افزار SPSS-22 به کار گرفته شده است. به منظور رعایت مفروضه آزمون t، مفروضه های این آزمون با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک^۱ مورد بررسی و تایید قرار گرفت ($p > 0.05$). جدول ۱ آماره های توصیفی افسردگی را به تفکیک مرحله آزمون نشان می دهد:

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون افسردگی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین	تعداد
افسردگی پیش آزمون	۳۲/۱۴	۱۱/۳۳	۲/۹۲	۱۵
پس آزمون	۷/۳۴	۲/۹۱	۰/۷۵۳	۱۵

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود، میانگین و انحراف استاندارد افسردگی مردان مبتلا به ضایعه نخاعی در مرحله پیش آزمون به ترتیب برابر با ۳۲/۱۴ و ۱۱/۳۳ و در مرحله پس آزمون به ترتیب برابر با ۷/۳۴ و ۲/۹۱ می باشد. نمودار ۱ نمرات افسردگی آزمودنی ها را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.



نمودار ۱. نمرات پیش آزمون و پس آزمون افسردگی

1-Shapiro-Wilk

همانطور که در نمودار ۱ ملاحظه می شود نمرات افسردگی آزمودنی ها پس از اجرای برنامه درمانی کاهش یافته است. جهت بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر افسردگی مردان مبتلا به ضایعات نخاعی از روش آزمون t نمونه های همبسته استفاده شده است. نتایج در جدول ۲ گزارش شده است:

جدول ۲. نتایج آزمون t نمونه های همبسته در پیش آزمون و پس آزمون افسردگی				
معنی داری	df	t	تفاوت همبسته	
			انحراف استاندارد	میانگین
۰/۰۰۱	۱۴	۹/۸۹	۹/۷۱	۲۴/۸۰
پیش آزمون - پس آزمون				

نتایج جدول ۲ حاکی از آن است که بین میانگین پیش آزمون و پس آزمون در نمره افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارتی گروه درمانی شناختی - رفتاری توانسته است میزان افسردگی مردان مبتلا به ضایعات نخاعی را کاهش دهد ($p < 0/01$). $t(14) = 9/89$.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر افسردگی مردان مبتلا به ضایعات نخاعی انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد گروه درمانی شناختی - رفتاری افسردگی مردان مبتلا به ضایعه نخاعی را به طور معنادار کاهش داده است. این یافته با پژوهش های مکروودیمی تریس و همکاران (۲۰۱۱)، رسولی زاده و همکاران (۱۳۸۸)، مشفق (۱۳۸۸)، پدرام و همکاران (۱۳۸۹)، پاکدامن و شخمگر (۱۳۸۹)، نظری و اسدی (۱۳۹۰)، احمدوند و همکاران (۱۳۹۱)، خدایی و همکاران (۱۳۹۱)، عیسی زادگان و همکاران (۱۳۹۲) مبنی بر اینکه گروه درمانی شناختی - رفتاری بر اضطراب و افسردگی موثر است؛ کرینگ و همکاران (۱۹۹۷)، متا و همکاران (۲۰۱۱)، کاسترو و همکاران (۲۰۱۲)، فانی و همکاران (۲۰۱۳)، دورستاین و همکاران (۲۰۱۴) و همتی ثابت و همکاران (۲۰۱۴) که نشان دادند درمان شناختی - رفتاری بر افسردگی افراد مبتلا به ضایعه نخاعی موثر است همسو می باشد.

در تبیین یافته مذکور می توان به دلایل گوناگونی اشاره کرد: یک دلیل کلی، به آثار مفید گروه درمانی در مقایسه با درمان انفرادی بر می گردد. گروه درمانی به افراد کمک می کند تا مهارت های اجتماعی موثری را بیاموزند، سپس آموزه هایشان را روی دیگر اعضای گروه امتحان کنند (ریچارد، ۲۰۰۵؛ ترجمه فیروزبخت ۱۳۸۶). آنان را از مشاهده ی مشکلات دیگران که مشابه یا شاید شدیدتر از مشکلات خودشان است، احساس راحتی و دلگرمی می کنند (اتکینسون، ۲۰۰۲؛ ترجمه رفیعی، ۱۳۸۴). علت

دیگر کسب این نتایج به کاربرد روش های شناختی - رفتاری همچون آرمیدگی و تصویر سازی ذهنی باز می گردد که در این پژوهش از آن استفاده شده است و اثر بخشی آن در مورد اختلالات هیجانی نظیر اضطراب، افسردگی و افزایش امیدواری در پژوهش های پیشین به اثبات رسیده است (این یونگ^۱ و چانگ^۲، ۲۰۰۶؛ پاریش^۳ و راسید^۴، ۲۰۰۶؛ راسمن^۵، ۲۰۰۸).

همچنین در تبیین اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی، دابسون^۶ و همکاران (۲۰۰۸) معتقدند که وجود مولفه مهم فعال سازی رفتاری همراه با درمان های شناختی، عامل کاهش افسردگی در ابتدای درمان و نیز عامل تداوم دهنده اثرات این درمان ها در کاهش خلق افسرده بعد از درمان است؛ بنابراین می توان استدلال نمود که توجه به هیجانات و نگرش های منفی راه انداز خلق افسرده، همراه با تقویت رفتار های فعال و کارآمد فرد افسرده، منجر به افزایش خودکارآمدی و تغییر شناخت های ناکارآمد و در نهایت باعث تغییر خلق افسرده به خلق متعادل می گردد (دابسون و همکاران، ۲۰۰۸).

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می کند که روش گروه درمانی شناختی - رفتاری می تواند منجر به کاهش افسردگی مردان مبتلا به ضایعات نخاعی شود. لذا با توجه به تاثیر این درمان بر کاهش افسردگی مردان مبتلا به ضایعات نخاعی و شیوع بالای افسردگی در این بیماران، باید به ضرورت کاربرد گروه درمانی شناختی - رفتاری بر افراد مبتلا به ضایعات نخاعی توجه شود. هر مطالعه ای به طور اجتناب ناپذیر دچار محدودیت می گردد که تفسیر یافته ها را در بستر محدودیت ها ضروری می سازد از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به عدم کنترل متغیرهای مداخله گر مانند تنش های خانوادگی، فقط جنسیت مرد را شامل بودن را نام برد. و به منظور بهبود پژوهش های آتی پیشنهاد می شود پیگیری طولانی مدت برای بررسی اثر بخشی درمان در طولانی مدت انجام گردد. همچنین به مراکز بهزیستی و توانبخشی پیشنهاد می شود که در کنار درمان های متداول که برای افراد مبتلا به مشکلات حسی و حرکتی صورت می گیرد از درمان های روان شناختی به منظور کاهش مشکلات جسمی و افزایش سلامت روانی این افراد به کار برده شود.

منابع

- اتکینسون، ریتال. (۲۰۰۲). زمینه روان شناسی هیلگارد، ترجمه حسن رفیعی (۱۳۸۴). تهران: ارجمند.
- احمدوند، افشین؛ ساعی، رضوان؛ سپهر منش، زهرا؛ و قنبری، علیرضا. (۱۳۹۱). تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیزی در شهرستان کاشان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، دوره ششم، شماره اول: ص ۳۹-۳۵.
- امینی، رضا. (۱۳۸۴). افسردگی در بیماران با آسیب نخاعی. تهران: پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان.
- پاکدامن، مجید؛ و شخمگر، زهرا. (۱۳۹۱). اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر افسردگی زنان زندانی شهرستان قاین. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*. دوره ۱۴، شماره ۱: ص ۹۳-۹۰.
- پاکدامن، مجید؛ و شخمگر، زهرا. (۱۳۹۱). اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر افسردگی زنان زندانی شهرستان قاین. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*. دوره ۱۴، شماره ۱: ص ۹۳-۹۰.
- پدرام، محمد؛ محمدی، مسعود؛ نظیری؛ قاسم، و 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*، سال اول، شماره ۴: ص ۷۶-۶۱.

1-Eun- young, B

2Chang, I

3-Parish, T. S

4-Rasid, Z. M

5- Rossman, M

6- Dobson, K. Ss

- جان محمدی، شیوا؛ پشیره، ابراهیم؛ و کهن، امیر حسن. (۱۳۹۰). نقش کار درمانی در افسردگی افراد مبتلا به ضایعات نخاعی. دومین سمینار تخصصی ضایعات نخاعی ایران.
- حسن زاده پشنگ، سمیرا؛ زارع، حسین؛ علی پور، احمد. (۱۳۹۱). اثر بخشی آموزش شیوه های مقابله با استرس بر تاب آوری، اضطراب، افسردگی و استرس بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی جهرم، دوره دهم، شماره ۳: ص ۲۵-۱۵.
- خدایی، سجاد؛ خزاعی، کلثوم، کاظمی، طوبی؛ و علی آبادی، زهرا. (۱۳۹۱). تاثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سکته قلبی. مراقبت های نوین، فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. دوره ۹، شماره ۴: ص ۳۶۴-۳۷۰.
- دابسون، کیت استفان و محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۶). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک -۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. ویژه نامه توانبخشی در بیماریها و اختلالات روانی، دوره ۸، شماره ۲.
- رسولی زاده، مراد؛ قنبری هاشم آبادی، بهرام علی؛ و طباطبایی، سید محمود. (۱۳۸۸). تاثیر گروه درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر مردان وابسته به مواد افیونی با همبودی اختلال افسردگی اساسی. اصول بهداشت روانی، شماره ۴۳: ۲۰۴-۱۹۵.
- ریچارد اس، شارف. (۲۰۰۵). نظریه های روان درمانی و مشاوره. ترجمه مهرداد فیروز بخت. (۱۳۸۶). تهران: خدمات فرهنگی رسا.
- سادوک، بنیامین جیمز و سادوک، ویرجینیا الکوت. (۱۹۳۳). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۱). جلد اول، ویرایش دهم، تهران: ارجمند.
- عیسی زادگان، علی؛ شیخی، سیامک؛ حافظ نیا، محمد؛ و خادمی، علی. (۱۳۹۲). اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری در کاهش نشانه های افسردگی در بین بیماران مبتلا به سرطان. مجله پزشکی اورمیه، دوره ۲۴، شماره ۵: ص ۳۴۶-۳۳۹.
- فیتزپاتریک، کارول و شری، جان. (۲۰۰۴). روش های مقابله با افسردگی نوجوانان: راهنمای والدین. ترجمه احمد به پژوه و فریده نوری (۱۳۸۷). تهران: انجمن اولیا و مربیان.
- مشفق، فرزانه. (۱۳۸۸). بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پارکینسون شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان.
- نظری، علی محمد و اسدی، مسعود. (۱۳۹۰). بررسی تاثیر گروه درمانی شناختی بر کاهش افسردگی دانش آموزان. فصلنامه دانش و تندرستی، دوره ۶، شماره ۱: ۴۸-۴۴.
- نوروززاده، رضا و حیدری، محمد رضا (۱۳۸۱). افسردگی و آسیب طناب نخاعی. مجموعه مقالات دومین کنگره ضایعات نخاعی ایران. تهران: انتشارات دانشگاه شاهد.

منابع

- Beak, A. T., steer, R. A., & Brown, G. k. (1996). Beck Depression Inventory for measuring depression. *Arch Gen psychol*; (4): 561-571.
- Beck A., & Rush J. (2000). *Cognitive therapy of depression*. New York: Gilford Press; 13-15.

- Castro, M. M., Daltro, C., Kraychete, D. C., & Lopes, J. (2012). The cognitive behavioral therapy causes an improvement in quality of life in patients with chronic musculoskeletal pain. **Arq Neuropsiquiatr**, 70(11):864-8.
- Chen, H. Y., & Boore J. R. (2007). Establishing a super-link system: spinal cord injury rehabilitation nursing. **J Adv Nurs**; 57(6): 639-48.
- Coppeliz, P. (2000). Presenationof depression and response to group cognitive therapy with order adults. **J Clinical Gerontology**;6(4). 156-74.
- Craig, A. R., Hancock, K., Dickson, H., & Chang, E. (1997). Long-term psychological outcomes in spinal cord injured persons: results of a controlled trial using cognitive behavior therapy. **Arch Phys Med Rehabil**;78(1):33-8.
- Crewe, N. M. (1996).Gains and losses during spinal cord injury. *Spinal Cord Rehabil*; 26(1): 42-54. 24.
- Dahlberg, A., Alaranta, H., & Sintonen, H. (2005). Health-related quality of life in persons with traumatic spinal cord lesion in Helsinki. **Journal of Rehabilitation Medicine**, 37, 312-316.
- Dobson, K. S, Hollon SD, Dimidjian S, Schmalting KB, Kohlenberg RJ, Gallop RJ, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. **J Consult Clin Psychol**; 76 (3): 468-77.
- Dorstyn, D., Mathias, J., & Denson, L. (2014). Efficacy of cognitive behavior therapy for the management of psychological outcomes following spinal cord injury : A meta-analysis. **J Health Psychol**, 19: 1597-1612.
- Eun- young, B., & Chang, I. (2006). The effect of visual feedback plus entail practice on three patients with breast cancer (women), **Clinical Rehabilitation**, 20(5): 388- 379.
- Fann, J., Crane, D., Graves, D., Kalpakjian, C., Tate, D., Bombardier, C. (2013). Depression Treatment Preferences After Acute Traumatic Spinal Cord Injury, journal homepage ,**Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**; 94:2389-95
- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J. D. R, Watson, M., Robertson, B. M., Manson, A, Rowden, L., Law, M. G., and Bliss, J. M. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: A prospective randomised trial, **British Medical Journal**, 304, 675-680.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). **Anxiety Disorder Overview: Kaplan and Sadocks Synopsis of Psychiatry**. 8th ed. New York: Williams and Wilkins.
- Kennedy, P., & Rogers, B. (2000). Anxiety and dep- resion after spinal cord injury: A longitudinal analysis. **Archives of Physical Medicine and Rehabili- tation**, 81, 932-937.
- Kennedy, P., Duff, J., Evans, M., & Beedie, A. (2003). Coping effectiveness training reduces dep- resion and anxiety following traumatic spinal co- rd injuries. **British Journal of Clinical Psychology**, 42, 41-52.
- Krause, J. S., Kemp, B., & Coker, J. (2000). Dep- resion after spinal cord injury: Relation to gender, ethnicity, aging and socioeconomic indicators. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, 81 (8), 1099-1109.
- Macrodimitis, S., Wershler, J., Hatfield, M., Hamilton, K., Backs-Dermott, B., Mothersill, K., Baxter, C., & Wiebe, S. (2011).Group cognitive-behavioral therapy for patients with epilepsy and comorbid depression and anxiety. **Epilepsy & Behavior**, 20, 1: 83–88.

- Mehta, S., Orenczuk, S., Hansen, K. T., Aubut, J-A. L., Hitzig, S. L., Legassic, M., Teasell, R. W. (2011). An Evidence-Based Review of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Psychosocial Issues Post Spinal Cord Injury. **Rehabil Psychol**; 56(1): 15-25.
- Nosek, M. A., & Hughes, R. B. (2003). Psychosocial issues of women with physical disabilities: the continuing gender debate. **Rehabil Counsel Bull**; 46: 224-33.
- Osilla, K. C., Hepner, K. L., Muñoz, R.F., Woo, S., Watkins, K. (2009). Developing an integrated treatment for substance use and depression using cognitive-behavioral therapy. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 37 (4), 412-420.
- Parish, T. S. & Rasid, Z. M. (2006). The effect of tow types of relaxation training on breast cancer, **Journal of Holistic Nursing practice**, 50:13-20.
- Rossmann, M. (2008). The effect mental imagery on breast cancer. **Journal of Holistic Nursing practice**, Vole 50. 13-20.