

اثر بخشی گروه درمانی شناختی بر افسردگی و خودکارآمدی زنان سرپرست خانواده

مهدی زارع بهرام آبادی^۱، طیبه نظری^۲

تاریخ وصول: ۹۲/۶/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: در کشورهای در حال توسعه، اکثریت خانواده هایی که به وسیله زنان اداره می شوند دارای مشکلات متعدد اقتصادی، اجتماعی و اختلالات روانی هستند پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی بر افسردگی و خودکارآمدی زنان سرپرست خانواده اجرا شد. روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و گمارش تصادفی بود. با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ۳۰ نفر از زنان سرپرست خانواده تحت پوشش بهزیستی شهرستان کنگاور انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. داده ها از طریق پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس خودکارآمدی شرر جمع آوری شدند. در طی ده جلسه به صورت هفتگی گروه درمانی شناختی برای گروه آزمایش اعمال شد درحالیکه گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفت. داده ها با روش تحلیل شدند. SPSS-18 آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره و با استفاده از نرم افزار

۱. استادیار مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی - سازمان سمت (نویسنده مسئول) mz.bahramabadi@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه اراک

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس حاکی از آن بود که گروه درمانی شناختی به طور معناداری باعث کاهش افسردگی و افزایش خودکارآمدی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. نتیجه گیری: گروه درمانی شناختی بر کاهش افسردگی و افزایش خودکارآمدی زنان سرپرست خانواده تحت پوشش بهزیستی کنگاور مؤثر بود.

واژگان کلیدی: گروه درمانی شناختی، افسردگی، خودکارآمدی، زنان سرپرست خانواده.

مقدمه

جنسیت سرپرست خانواده یکی از مهمترین ویژگی های خانواده محسوب می شود، از آنجایی که خانواده به عنوان اساسی ترین واحد اقتصادی و اجتماعی خانواده مطرح است اثرات هر گونه تغییر در روند اداره آن بر سطح یکپارچگی جامعه دور از انتظار نیست (زرهانی^۱، ۲۰۱۱). بیش از هشتاد تعریف از سرپرست خانواده^۲ ارائه شده است. از نظر جامعه شناسی سرپرست خانواده به کسی اطلاق می شود که قدرت قابل ملاحظه ای بر سایر اعضای خانواده دارد معمولاً مسن ترین فرد خانواده و مسئولیت خانواده با وی است (سید میرزایی، عبداللهی و کمربگی، ۱۳۹۰).

در کشورهای در حال توسعه افزایش چشمگیری در تعداد و نسبت زنان سرپرست خانواده^۳ گزارش شده است (بونگارتز^۴، ۲۰۰۱؛ نقل از شاتز، مدهاوان و ویلیامز^۵، ۲۰۱۱). سازمان بین المللی کار^۶ (ILO) زنان سرپرست خانواده را شامل خانواده هایی می داند که مردان بالغ در آن به دلیل طلاق، جدایی، مهاجرت، عدم ازدواج یا بیوه‌گی وجود ندارد یا در صورت حضور سهمی در درآمدهای خانواده ندارند مانند مردان معتاد، بیکار، زندانی، متواری یا از کار افتاده (زرهانی، ۲۰۱۱).

-
1. Zarhani
 2. Head OF the household
 3. Women- headed household
 4. Bongaarts
 5. Schatz , Medhavan and Williams
 6. International Labour organization

هستند. این در حالی است که مادرانی که در خانه می مانند برجسب تنبلی و بی کفایتی می گیرند از اینرو احساس گناه، بی کفایتی و شکست می کنند (کیمیائی، ۱۳۹۰).

بررسی ادبیات پژوهشی در زمینه سلامت روان شناختی زنان سرپرست خانواده حاکی از تجربه سطوح بالاتر تنش های روانی و مشکلات روان شناختی در آنهاست. در پژوهش شکاری آلانق (۱۳۸۶؛ نقل از شفیع آبادی و غلامحسین قشقای، ۱۳۹۰) با عنوان " بررسی وضعیت رفاهی زنان سرپرست خانوار" به این نتیجه رسید که ۶۵ درصد از افراد مورد مطالعه از نظر ارتباطات اجتماعی در حد پایین تری قرار دارند. (نوری، ۱۳۸۲؛ نقل از حمیدی، ۱۳۸۹) سلامت روانی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی تهران را مورد مطالعه قرار دادند که نتایج بررسی ایشان حاکی از شدت افسردگی در زنان سرپرست خانواده در انتظار پوشش بهزیستی بود. حسینی، فروزان و امیر فریار (۱۳۸۸) در پژوهشی مشابه مطالعه نوری (۱۳۸۲)، سلامت روان پایین در ۷۷ درصد زنان تحت پوشش بهزیستی که سرپرست خانواده هایشان بودند، گزارش کردند. در مطالعه ای دیگر، تاتینا بلداجی، فروزان و رفیعی (۱۳۹۰) احتمال ابتلا به بیماری های روانی در زنانی که طلاق گرفته اند و سرپرستی خانواده را نیز عهده دار هستند از متأهلین و کسانی که تنها زندگی می کنند بیشتر نشان داده شده است.

بر اساس آنچه که گفته شد، انواع فشارهای روانی بر زندگی زنان سرپرست خانواده سایه افکنده است در چنین شرایطی سازگاری روانی - اجتماعی آنان به شدت متأثر از ثبات خویشتن پنداری و تصور آنها از خویشتن است. وجود خود پندار مثبت (مؤلفه ای مهم در خودکارآمدی) در زنان موجب می شود تا از اعتماد به نفس و احساس امنیت برخوردار شوند درحالیکه خود پنداره منفی و بی ثبات احساس ناامنی و نالایقی ایجاد می کند و سازگاری فردی و اجتماعی زنان را مختل می سازد (نوابی نژاد، ۱۳۷۰، نقل از طباطبایی یحیی آبادی و حسینیان، ۱۳۸۴).

لازمه رسیدن به هدف مذکور به کارگیری فنون اثربخش و برخوردار از حمایت های تجربی است. در این بررسی با هدف کاهش افسردگی و افزایش خودکارآمدی زنان سرپرست

- (۱) گروه درمانی شناختی موجب کاهش افسردگی در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل خواهد بود
- (۲) گروه درمانی شناختی باعث افزایش خودکارآمدی گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل خواهد شد

روش پژوهش

روش این پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گرو کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه زنان سرپرست خانواده تحت پوشش بهزیستی کنگاور در سال ۱۳۹۱ بودند. از میان جامعه به طور تصادفی ۳۰ نفر از زنانی که افسردگی بالا و خودکارآمدی پایینی داشتند انتخاب، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل ۱۵ نفری جایگزین شدند. به مدت ۱۰ جلسه به صورت هفتگی گروه درمانی شناختی بر گروه آزمایش اعمال و گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفت و نهایتاً با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره به کمک نرم افزار spss-18 داده ها تحلیل شدند. ابزار اندازه گیری عبارت بودند از:

الف: پرسشنامه افسردگی بک (*BDI*): یک ابزار خود گزارش دهی که شامل ۲۱ گویه که بر اساس یک مقیاس مدرج ۴ گزینه ای از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود.

در ایران پورشهباز در سال (۱۳۷۲) در پژوهش ضریب همسانی درونی این را ۰/۸۵ و پایایی آن را ۰/۸۱ گزارش نموده است (نظری و مسعودی، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه بک بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۰۸ بود.

ب: مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران (*GSE*): این پرسشنامه جهت سنجش خودکارآمدی عمومی طراحی شده است. ۱۷ ماده ۵ گزینه ای دارد که نمره هر فرد بین حداقل ۱۷ و حداکثر آن ۸۵ قرار می گیرد. شرر و همکاران (۱۹۸۲) ضریب پایایی این ابزار را ۰/۸۶ گزارش کرده اند. خوش کلام (۱۳۸۹؛ نقل از عابدینی و آری، ۱۳۸۹) ضریب پایایی آلفای

روش بازداری کرتکس، روش خود تنبیهی - خود پاداشی، مروری بر جلسات قبلی، خلاصه بندی و کمک برای اختتام درمان و نهایتاً گرفتن بازخورد از آنها.

یافته‌های پژوهش

تحلیل شاخص‌های توصیفی برای ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش نشان داد که حداقل و حداکثر سن شرکت کنندگان ۲۲ و ۶۵ سال و میانگین سنی آنها ۴۳ سال بود. همچنین از کل نمونه آماری این پژوهش ۱۳/۳۳ درصد بدون فرزند، ۳۰ درصد یک فرزند، ۲۰ درصد دارای ۲ فرزند، ۲۰ درصد دارای سه فرزند، ۱۳/۳۳ درصد دارای چهار و ۳/۳۳ درصد ۵ فرزند داشتند. علاوه بر این، ۴۳/۳۳ درصد از زنان دارای همسر فوت شده، ۱۰ درصد دارای همسر بیکار و از کار افتاده، ۳۰ درصد همسر مطلقه، ۶/۶۷ همسر زندانی، ۶/۶۷ درصد بیوه بودند و ۳/۳۳ درصد نیز متارکه کرده بودند.

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرها نشان داده شده است:

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرها

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۱۵	۳۲/۰۶	۱۰/۸۴
	۱۵	۲۱/۲۶	۸/۷۷
	۱۵	۴۹/۶۶	۸/۰۶
	۱۵	۶۱/۰۰	۷/۶۷
کنترل	۱۵	۳۰/۶۰	۱۰/۵۸
	۱۵	۳۰/۰۶	۱۰/۷۰
	۱۵	۵۱/۹۳	۸/۲۰
	۱۵	۵۲/۷۳	۸/۲۳

نتایج جدول ۱ حاکی از پراکندگی مناسب داده ها در متغیرهای پژوهش و تفاوت بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل را نشان می دهد.

پیش از اعمال تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت رعایت پیش فرضهای تحلیل کوواریانس، آزمونهای باکس، لون و اثر پیلایی بعمل آمد که برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نبود ($P > 0/05$) در نتیجه فرض همگنی ماتریس های واریانس کوواریانس و شرط برابری واریانس ها به درستی رعایت شده بود.

بررسی فرضیه اول پژوهش: گروه درمانی شناختی بر افسردگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهرستان کنگاور در سال ۱۳۹۱ مؤثر است.

برای بررسی پاسخ این فرضیه تحلیل کوواریانس بر روی داده ها اجرا گردید که نتایج آن در جدول ۲ نشان داده شده است:

جدول ۲) تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی بر افسردگی شرکت کنندگان

منبع پراش	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	P-value	مجدورات
گروه	۸۹۲/۴۹	۱	۸۹۲/۴۹	۱۰۹/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰۸

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که ($P < ۰/۰۵$ ، $F = ۱۰۹/۶۵$ ، $df = ۱$) مقدار F برابر با $۱۰۹/۵۶$ و معنادار است ضریب اتا برابر $۰/۸۲۴$ می باشد در نتیجه متغیر مستقل توانسته است ۸۰ درصد تغییرات افسردگی را تبیین کند.

بررسی فرضیه دوم پژوهش: گروه درمانی شناختی بر خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهرستان کنگاور در سال ۱۳۹۱ مؤثر است.

نتایج بررسی این فرضیه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳) تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی بر خودکارآمدی شرکت کنندگان

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P-value	مجذورات انا
گروه	۷۷۵/۱۰۷	۱	۷۷۵/۱۰۷	۶۶/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱۸

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که ($F=۶۶/۰۸$ ، $df=۱$ ، $P<۰/۰۵$) مقدار F برابر با ۶۶/۰۸ و معنادار است ضریب انا برابر ۰/۷۱۸ می‌باشد در نتیجه متغیر مستقل توانسته است ۷۰ درصد تغییرات خودکارآمدی را تبیین کند.

بحث و نتیجه گیری

زنان سرپرست خانواده، زنانی هستند که بدون حضور منظم یا حمایت یک مرد بزرگسال سرپرستی خانواده را به عهده دارند (سیدمیرزایی، عبداللهی و کمربگی، ۱۳۹۰). پژوهش‌های اجرا شده در کشور ما (قلی‌پور و رحیمیان، ۱۳۹۰ و شریفی، اسدی، کلاتری و بیگی، ۱۳۸۹) حاکی از آن است که ناتوانی و فقر زنان سرپرست خانواده صرفاً به دلیل اقتصادی نبوده بلکه جنبه‌های اجتماعی و روانی از اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار است. در نتیجه پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی بر کاهش افسردگی و افزایش خودکارآمدی زنان سرپرست خانواده در شهر کنگاور اجرا شد. براساس یافته‌های جدول ۲ گروه درمانی شناختی به طور معنادار منجر به کاهش افسردگی در گروه آزمایشی شده است. بررسی شفیع آبادی و غلامحسین قشقاچی (۱۳۸۹) نشان داده است که مشاوره به شیوه گروهی در شکل‌گیری هویت مثبت زنان سرپرست خانواده مؤثر است. در پژوهشی شخمگر و پاکدامن (۱۳۹۱) نشان دادند که گروه درمانی شناختی- رفتاری یک شیوه اثر بخش در کاهش افسردگی زنان زندانی افسرده است نتایج این پژوهش با یافته پژوهش حاضر همخوانی دارد. نتایج بررسی هنکل،

منابع

- اکبری، بهمن. (۱۳۸۹). اثربخشی رفتاردرمانی شناختی در درمان افسردگی و اضطراب تعمیم یافته همسران شاهد و ایثارگران استان گیلان. زن و بهداشت، ۱(۲): ۸۹-۸۱.
- بساک نژاد، سودابه. نیازی، زهرا و داودی، ایران. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری به روش کندال بر اضطراب دختران نوجوان. تحقیقات علوم رفتاری، ۹(۴): ۲۴۹-۲۴۱.
- تاتینا بلداجی، ام لیلا. فروزان، آمنه و رفیعی، حسن. (۱۳۹۰). کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور و زنان شاغل خدماتی. رفاه اجتماعی، ۱۱(۴۰): ۲۸-۹.
- حسینی، سیداحمد. فروزان، ستاره و امیرفریار، معصومه. (۱۳۸۸). بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران. پژوهش اجتماعی، ۲(۳): ۱۳۷-۱۱۷.
- حمیدی، فریده. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی در زنان سرپرست خانوار در کارکنان یک دانشگاه نظامی. روانشناسی نظامی، ۲(۱): ۶۰-۵۱.
- خسروی، زهره. (۱۳۷۸). بررسی مشکلات عاطفی، روانی و زنان سرپرست خانوار. مرکز مشارکت امور زنان نهاد ریاست جمهوری.
- سیدمیرزایی، سیدمحمد. عبداللهی، زهرا و کمریگی، خلیل. (۱۳۹۰). بررسی رابطه میان عوامل اجتماعی و امنیت اجتماعی زنان سرپرست خانوار (مورد مطالعه: شهر ایلام). مطالعات اجتماعی، ۱۰۸: ۲۸-۷۹.
- شریفی، محمدامین. اسدی، علی. کلاتری، خلیل و آگهی، حسین. (۱۳۸۹). تعیین عوامل مؤثر بر خودکفایی زنان سرپرست خانوار. مطالعات زنان، ۸(۴): ۱۴۱-۱۲۱.
- شفیع آبادی، عبدالله آبادی و غلامحسین قشقاقی، فهیمه. (۱۳۹۰). اثربخشی مقایسه ای مشاوره گروهی واقعیت درمانی و فمینیستی بر هویت زنان سرپرست خانوار. زن در توسعه و سیاست، ۹(۴): ۱۱۳-۹۳.
- شخمگر، زهرا و پاکدامن، مجید. (۱۳۹۱). تاثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر افسردگی زنان زندانی شهرستان قاین. تحقیقات علوم پزشکی زهدان، ۱۴(۱): ۹۳-۹۰.

هومن، فرزانه. مهرابی زاده هنرمند، مهناز. خواجه‌الدین، نیلوفر وزرگر، یدالله (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه درمانی-شناختی رفتاری بر پریشوری عصبی در زنان مراجعه کننده به انجمن پریشوری اهواز. مجله علمی پزشکی جندی شاپور، ۱۰(۴):۴۲۵-۴۱۷.

- Henkel, V. Mergl, R. Allgaier, A.K. Hautzinger, M. & et al. (2010). Treatment of atypical depression: Post-hoc analysis of a randomized controlled study testing the efficacy of sertraline and cognitive behavioural therapy in mildly depressed outpatients. *European Psychiatry*; 25(8):491-498.
- Gilliam, CM. Norberg, MM. Villavicencio, A. Morrison, S. & et al. (2011). Group cognitive-behavioral therapy for hoarding disorder: An open n trial. *Behaviour Research and Therapy*; 49(11):802-7.
- McEvoy, PM. Nathan, P. Rapee, RM. Campbell, BN. (2012). Cognitive behavioural group therapy for social phobia: Evidence of transportability to community clinics. *Behaviour Research and Therapy*; 50(4):258-65.
- O'Mahena, H. Fedock, G. Henshaw, E. Himle, J. & et al. (2012). Modifying CBT for Perinatal Depression: What Do Women Want? A Qualitative Study. *Cognitive and Behavioral Practice*; 19(2):359-371.
- Ricca, V. Castellini, G. Mannucci, E. Lo Sauro, C. & et al. (2010). Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite*; 55(3):656-65.
- Salehyan, M. & Aghabeiki, A. (2011). The Effectiveness of Cognitive-Behavioural Group Therapy on the Enhancement of the Self-Esteem of Women with Husbands Affected by Substance Dependency Disorder. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*; 30:1698-1702.
- Schatz, E. Madhavan, S. Williams, J. (2011). Female-headed households contending with AIDS-related hardship in rural South Africa. *Health & Place*; 17(2):598-605.
- Tatham, M. (2011). The role of imagery-based techniques in cognitive-behavioural therapy for adults with eating disorders. *Clinical Psychology Review*; 31(7):1101-1109.
- Taylor, TL. Can cognitive-behavioral therapy increase self-esteem among depressed adolescents? A systematic review. *Children and Youth Services Review*; 29(7):833-829.
- Vázquez, FL. Torres, A. Blanco, V. Díaz, O. & et al. (2012). Comparison of relaxation training with a cognitive-behavioural intervention for indicated prevention of depression in university students: A randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*; 46(11):1456-1463.
- Wilson, GT. & Zandberg, LJ. (2012). Cognitive-behavioral guided self-help for eating disorders: effectiveness and scalability. *Clinical Psychology Review*; 32(4):343-57.

Zarhani ,SH. (2011). Empowerment of Female headed households Case Study: "Sedighin" charity institution in Iran. [http://www. socialsciences. in/ article/ empowerment -female-headed-households](http://www.socialsciences.in/article/empowerment-female-headed-households).