

اثر بخشی رویکرد روایت درمانی در کاهش افسردگی زنان شهرستان

مروودشت سال (۱۳۸۸)

قاسم نظیری^۱، زهرا قادری^۲ و فاطمه زارع^{۳*}

چکیده

هدف اصلی از این پژوهش اثربخشی رویکرد روایت درمانی گروهی در کاهش افسردگی زنان شهرستان مروودشت بود.

این پژوهش یک طرح نیمه تجربی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. برای این منظور ۲۰ نفر از زنان شهرستان مروودشت، با تشخیص افسردگی پس از شرکت در پیش آزمون به عنوان نمونه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۰ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. افراد گروه آزمایش تحت درمان روایتی به صورت گروهی قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. سپس هر دو گروه در پس آزمون شرکت کردند. ابزار پژوهش پرسشنامه ی افسردگی بک، پرسشنامه ی افکار خودآیند و مقیاس نگرش های ناکارآمد بود. کاربرد آزمون t مستقل نشان داد که سطح علایم افسردگی، افکار خودآیند منفی و نگرش های ناکارآمد در گروه آزمایش پایین تر از گروه کنترل است.

واژه های کلیدی: روایت درمانی، افسردگی، افکار خودآیند و نگرش های ناکارآمد.

^۱- دکتری روان شناسی با لینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم و تحقیقات فارس.

^۲- دکتری مشاوره، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مروودشت.

^۳- کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مروودشت.

*- نویسنده ی مسئول مقاله: Fzare@yahoo.com

پیشگفتار

افسردگی رایج ترین اختلال روانی است و بتازگی رو به افزایش است. اختلال افسردگی به دلیل گسترش و شیوع فراوانی که در میان مراجعان روان پزشکی در روان شناسی دارد، سرماخوردگی روان پزشکی نامیده می شود (سلیگمن^۱، ۱۳۸۵:ص۴). خلق افسرده و فقدان علاقه و لذت، از علایم کلیدی افسردگی بشمار می روند. فرد افسرده ممکن است اظهار کند که احساس غم، یاس، پوچی و بی ارزشی می کند. برای بیمار خلق افسرده غالباً کیفیتی ویژه دارد که با غمگینی معمولی متفاوت است. برخی از بیماران آن را یک درد روحی توان فرسا توصیف می کنند. بیماران افسرده گاهی از ناتوانی برای گریه کردن شکایت می کنند، علامتی که با بهبودی بیماری از بین می رود. تقریباً همه ی بیماران افسرده از کاهش انرژی که منجر به بروز تکمیل تکالیف، اختلال در کار تحصیلی و حرفه ای و کاهش انگیزه برای انجام طرح های تازه می شود، شکایت می کنند (کاپلان سادوک^۲، ۲۰۰۳:ص۹۵). پژوهش های روانشناسی نشان می دهد که همه ی انسان ها در حل مسایل و مشکلات زندگی که در مورد آن فکر می کنند و با خودشان آهسته یا بلند حرف می زنند و این کار باعث کاهش نگرانی شخص می شود بیش تر زنان در گفتگو با خودشان همیشه سعی می کنند خودشان را محکوم کنند، در حالی که بیش تر مردان تقصیر را به گردن دیگری و بویژه زوجشان می اندازند. به همین دلیل زنان شرایطی مساعد تر برای ابتلاء به افسردگی دارند. همچنین افرادی که طرز تفکر منفی دارند، انگیزه و علاقه ی کمی دارند که شرایط زندگی شان را بهتر کنند، این پژوهش ها که در مورد ۵۱۵ زن و ۶۱۲ مرد انجام گرفت، نشان داد که زنان منفی تر از مردان فکر می کنند و مهم تر این که زنان به خاطر ناراحتی دیگران هم بیش تر از مردان رنج می برند و این موارد انسان را مستعد به افسردگی می کند (خباز بهشتی، ۱۳۸۴:ص۵۶).

نسبت میزان ابتلای زنان به افسردگی در برابر مردان حدود دو به یک است و زنان بیش تر از افسردگی رنج می برند. بی گمان، افسردگی مشکل واقعی زنان بشمار می آید. زنان به این دلیل افسرده می شوند زیرا در کارخانه یا شغل پایین خود پاداش کافی دریافت نمی کنند، یا به دلیل داشتن فرزندان خردسال از معاشرت با دیگران محرومند. بر عکس زمانی که در پایگاههای اجتماعی بالاتری اشتغال دارند و از تحصیلات بالاتری برخوردارند، کم تر از افسردگی رنج می برند (نوابی نژاد، ۱۳۸۵:ص۳۵). نبود ارتباط نزدیک اجتماعی یکی از دلایل اصلی ابتلای زنان به افسردگی است. برای زنان ارتباط نزدیک خیلی مهم تر از مردان است و نیاز روحی آن ها بشمار می رود، حال اگر این نیاز از نظر اجتماعی بی ارزش شناخته شود، زنی که به این نیاز توجه کند، به عنوان غیر

^۱ - Seligman

^۲ -Kaplan & Sadock

نرمال شناخته می شود و همین موردها زنان را دچار افسردگی می کند (خباز بهشتی، ۱۳۸۴:ص ۴۷). روایت درمانی فرایند کمک به افراد برای غلبه بر مشکلاتشان از راه درگیر شدن در گفتگوهای درمانی می باشد. روایت شکلی از گفتگوست که رویدادها را در طول زمان به هم وصل می کند و بنابراین می تواند ابعاد هیجانی وجود انسان را نشان دهد. این گفتگوها می تواند شامل بیرون سازی مشکل، استخراج پیامدها، پر رنگ کردن نقشه های تازه و اتصال آن به گذشته باشد (کارر^۱، ۱۹۹۸). بر اساس دیدگاه روایت درمانی، دست کم همان قدر که محیط ما را شکل می دهد، ما نیز محیط را شکل می دهیم. انسان به جای واکنش صرف به وقایع، از راه داستان هایی که پیرامون عشق و امور دیگری می سازد، خود جهانی را می آفریند که در آینده نسبت به آن واکنش نشان می دهد، اما فرد اغلب این نقش فعالانه را درک نمی کند و به همین دلیل است که اغلب می شنویم که می گویند «این مشکل همیشه برایم پیش می آید». روی هم رفته، در این رویکرد برای بررسی این که مشکل چه باشد برونی کردن و تخریب آن بکار گرفته می شود، بدان معنی که می توان شخصی را از مشکلی که دارد، جدا کرد، چنین جدا سازی باعث می شود که مشکل به عنوان ماهیتی که شخص می تواند بر آن تسلط داشته باشد در نظر گرفته شود (وایت^۲، ۱۹۹۰). در شیوه ی سنتی، درمانگران به گونه ای تربیت شده و اقدام به پژوهش در گروهها نموده اند که صرفا بر ویژگی های معمولی و آسیب شناختی مراجعین تاکید می ورزند. در صورتی که پژوهشگرانی که در حیطه ی روایت درمانی پژوهش کرده اند، بر موارد فرهنگی که فرد نشاننده و یا آزارنده بوده، تاکید نموده اند در این رابطه سعی نموده اند که اشخاص را از مشکلاتی که بر شخصیت شان تاثیر گذار بوده، رها سازند (گیرتز^۳، ۱۹۷۳). روایت درمانگران امکان کارهای درمانی با مراجعین را به خوبی دریافته اند. در این رابطه داستان های مراجع را «اغراق آمیز تر کرده که این وضعیت می تواند جایگزین های دیگر را قدرت بخشیده و مراجع را در رابطه درمانی برانگیزاند. به بیان دیگر، این وضعیت می تواند برای مراجع، کاربردی انعطاف پذیرانه و اجرا شدنی داشته باشد. اغراق آمیز کردن داستان می تواند به عنوان نوعی حامی در جهت آنچه که مراجع برای خود مناسب می دانند، بکارگرفته شود (فرید من^۴، کمبز^۵، ۱۹۹۶، به نقل از رستمی ثانی). از آن جا که خانواده نخستین سازمان اجتماعی است که فرد در آن زندگی می کند، پس کانونی است که می تواند فشارهای روانی وارد شده بر اعضای خود را کاهش دهد و از آن جا که مادران نقشی موثر

1 - Carr

2 - white

3 - Greets

4 - the kenning

5 - Freed man

6 - Combs

در تربیت فرزندان دارند، روایت درمانی می تواند به عنوان روشی سریع و عمیق در درمان افسردگی و سلامت روان زنان جامعه اثری مثبت داشته باشد؛ پس دست یابی به جامعه ای سالم، آشکارا در گرو سلامت خانواده است.

ادبیات پژوهش

در پژوهشی که میم و بر^۱، دیویس کرین^۲ و لیزامک فی^۳ (۲۰۰۶) درمان روایتی را در مورد ۷ زن از اهالی نیوسالت ویلز^۴ که افسردگی را تجربه کرده بودند، انجام دادند، این زنان به صورت گروهی برای مدت ۱۰ هفته، هفته ای یک بار به مدت ۲/۵ ساعت در جلسه های روایت درمانی شرکت کردند. پس از پایان جلسه ها یک مقایسه ی پیش آزمون و پس آزمون کاهش نمره ها را در میزان افسردگی آنان نشان داد. همچنین همه ی شرکت کنندگان تغییر در عملکرد روزانه را همراه با خود سر زنگری کم تر گزارش نمودند. ساراگیب^۵ (۲۰۰۷) در مطالعه ای تک موردی، درمان زن ۴۲ ساله ای که همسرش را در حادثه ی ۱۱ سپتامبر از دست داده و برای مدت ۴ سال نشانه های افسردگی را تجربه کرده بود، با روش روایت درمانی گزارش کرده است. در پژوهشی که با عنوان کاربرد رویکرد روایت درمانی بر افسردگی زنان دانشجوی افسرده ی مقیم خوابگاههای دانشگاه علامه طباطبایی انجام گرفت، نمونه ی مورد بررسی شامل ۱۰ نفر از دانشجویان افسرده و ابزار مورد استفاده، پرسشنامه ی افسردگی بک نسخه ی دوم بود. نتایج بدست آمده از این پژوهش نشان داد که روایت درمانی باعث کاهش افسردگی دانشجویان افسرده شده است. همچنین در یک مطالعه ی پژوهشی که با عنوان بررسی مقایسه ای اثر بخشی زوج درمانی گروهی با آموزش رویکردهای روایت درمانی و درمان تصمیم گیری دوباره بر افزایش رضایت زناشویی در ازدواج های دانشجویی دانشجویان متأهل دانشگاه تهران انجام گرفت، ابزار مورد استفاده پرسشنامه ی رضایتمندی زناشویی انریچ بود. آزمودنی ها به مدت ۵ جلسه ی دو ساعته تحت زوج درمانی گروهی قرار گرفتند. یافته های پژوهش بیانگر آن بود که آموزش رویکرد روایت درمانی، رضایت زناشویی را در ازدواج دانشجویی افزایش داده است (بوستان و همکاران، ۱۳۸۶).

با توجه به جدید بودن این رویکرد درمانی و همچنین عدم انجام پژوهش درمانی به شیوه ی گروهی در زمینه ی این رویکرد در ایران، در این پژوهش به بررسی تاثیر رویکرد روایت درمانی به

^۱ - Weber Mime

^۲ - Davis Kieran

^۳ - Mache Lisa

^۴ - New sloth Wales

^۵ - Sara Gibbs

شیوه ی گروهی در درمان افسردگی زنان پرداخته شد همچنین از آن جا که دو عامل افکار خودآیند و نگرش های ناکارآمد با افسردگی مرتبط می باشد، پژوهشگر در این پژوهش نیز به بررسی تاثیر رویکرد روایت درمانی در تغییر افکار خود آیند^۱ و نگرش های ناکارآمد^۲ زنان افسرده پرداخته است.

فرضیه های پژوهش

- ۱- اجرای روایت درمانی بر کاهش میزان افسردگی زنان افسرده تاثیر معنا دار دارد.
- ۲- اجرای روایت درمانی بر کاهش میزان افکار خود آیند زنان افسرده تاثیر معنا دار دارد.
- ۳- اجرای روایت درمانی بر کاهش میزان نگرش های ناکارآمد زنان افسرده تاثیر معنا دار دارد.

روش پژوهش

جامعه ی آماری این پژوهش را تمامی زنان افسرده ای که در سال ۱۳۸۷ مقیم شهرستان مرودشت بوده اند، و به درمانگاههای مشاوره و مراکز بهزیستی و روان درمانی مراجعه کرده اند، تشکیل داده است.

نمونه و روش نمونه گیری

در این پژوهش، انتخاب بر اساس نمونه گیری در دسترس صورت گرفته است. به این منظور ابتدا با مراجعه به درمانگاههای مشاوره ی مراکز روان درمانی و بهزیستی شهرستان مرودشت و جلب همکاری، مسئولان از آن ها خواسته شد تا زنان افسرده ای را که به این مراکز مراجعه می کنند، به محقق معرفی نمایند. در مرحله ی بعد ابزارهای پژوهش، به وسیله ی محقق بر روی افراد ارجاع داده شده اجرا شد. آزمودنی هایی که نمره های آن ها بین (۲۹- ۱۷) بود، انتخاب شدند سپس مصاحبه ی تشخیصی به وسیله ی پژوهشگر و با همکاری یک روان شناس بالینی صورت گرفت و در نهایت ۲۰ نفر از بیماران به عنوان نمونه ی پژوهش انتخاب شدند. سپس آن ها به گونه ی تصادفی (زوج و فرد) در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. هر فرد با داشتن ملاک های زیر به عنوان نمونه ی پژوهش وارد درمان می شد.

- دارا بودن ملاک های تشخیصی DSM-IV برای اختلال افسردگی.

¹ - dysfunction ional attitude

² - automatic though

- داشتن نمره ی کمینه ۱۷ و بیشینه ۲۹ در پرسشنامه ی افسردگی بک نسخه ی دوم.
 - داشتن سن بین ۲۰-۴۰ سال.
 - داشتن تحصیلات کمینه دیپلم و بیشینه لیسانس .
 - عدم دریافت درمان های دارویی پیش از پژوهش.
 - موافقت مراجعه کننده جهت شرکت در پژوهش.
- برای انجام این پژوهش از پرسشنامه های زیر استفاده شد.

۱ - پرسشنامه ی افسردگی بک نسخه ی ۲ (BDI-II) .

(BDI-II) به عنوان یک ابزار خود گزارش دهی برای سنجش شناخت های وابسته به افسردگی به شکلی گسترده بکار گرفته شده است. بیست و یک عبارت موجود در این پرسشنامه، از مشاهده ی نگرش ها و نشانه های نوعی بیماران افسرده بدست آمده است(بک^۱ و همکاران، به نقل از گراث مارنات^۲ ۱۳۷۳). این عبارت ها هر یک بر حسب شدت وضعیت گزارش شده به وسیله بیمار از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود. نمره های ۰ تا ۹ حاکی از حداقل افسردگی و یا عادی بودن می باشند. نمره های ۱۰ تا ۱۶ افسردگی خفیف، ۱۷ تا ۲۹ متوسط و ۳۰ تا ۶۳ افسردگی شدید را نشان می دهند (بک، ۱۹۹۳ ، به نقل از غرایب، ۱۳۸۲). نسخه ی بازنگری شده این پرسشنامه (BDI-II) در مقایسه با نسخه ی نخست، بیش تر با DSM-IV همخوان است و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه ی شناختی را نیز پوشش می دهد (استیر^۳، کلارک^۴، بک و رانیر^۵، ۱۹۹۹). بررسی بک، استیرو گاربین^۶ شدت علایم افسردگی را در بیماران و جمعیت بهنجار نشان می دهد. آن ها ضریب ثبات درونی این نسخه را ۰/۷۳، تا ۰/۹۲، با میانگین ۰/۸۶، و ضریب آلفا را برای بیماران، ۰/۸۶، و برای غیر بیماران ۰/۸۱، گزارش نمودند.

۲ - پرسشنامه ی افکار خودآیند (ATQ)

این پرسشنامه به وسیله ی هولون^۷ و کندال^۸ (۱۹۸۰ ؛ به نقل از غرایب، ۱۳۸۲) تدوین شد. در ۳۰ عبارت این پرسشنامه نمونه هایی از افکار خودآیند بیماران افسرده ارائه شده است. بیماران، شدت باور خود را به این افکار و میزان فراوانی آن ها را با انتخاب گزینه هایی که با نمره های ۱ تا

1 - Beck

2 - Garth marnot

3 - Steer

4 - Clark

5 - Rainer

6 - Garben

7 - Hellion

8 - Kendal

۵ مشخص شده، نمره گذاری می کنند (قاسم زاده و همکاران، به نقل از نظیری، ۱۳۸۳). بمنظور بررسی اعتبار و پایایی این پرسشنامه آن را ترجمه و روی ۱۲۵ دانشجوی ایرانی اجرا نموده اند و ضرایب آلفای کرونباخ و باز آزمایی دو هفته ای را به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۸۴. گزارش نموده اند. همچنین گرایی (۱۳۸۲) با اجرای دوباره ی این آزمون در فاصله ی دو هفته روی ۳۰ دانش آموز دختر و پسر دبیرستانی، ضریب پایایی ۰/۷۸. را برای میزان اعتبار و ۰/۸۵. را برای فراوانی آن ها بدست آورده است.

۳- پرسشنامه ی نگرش های ناکارآمد (DAS)

این مقیاس به منظور سنجش طرح واره های ناکار آمد و باورهای ناسازگار بزرگسالان تدوین شده است (وایسمن^۱ و بک، ۱۹۷۸ به نقل از فتی، ۱۳۸۲). آزمودنی ها باید در یک طیف لیکرت هفت بخشی بر حسب میزان موفقیت خود (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) به هر یک از ماده ها پاسخ دهند. ضریب آلفا برای این مقیاس ۰/۹۰. و ضریب باز آزمایی به فاصله ی شش هفته ۰/۷۳. گزارش شده است (اولیور^۲ و بومگارت^۳، ۱۹۸۵؛ به نقل از فتی ۱۳۸۲). گرایی (۱۳۷۲) ضریب همبستگی این مقیاس را با پرسشنامه ی افسردگی بک، ۰/۳۱. و با آزمون افسردگی هامیلتون، ۰/۳۹. گزارش نموده است. ایمر^۴ و همکاران (۱۹۹۰) با استفاده از روش تحلیل عاملی، از این مقیاس، دو عامل قوی را با عناوین کمال گرایی با ۱۵ ماده و تایید خواهی اجتماعی با ۱۱ ماده استخراج کردند. همسانی درونی برای دو خرده مقیاس به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۲. بوده است.

روش جمع آوری داده ها

در این پژوهش پس از ارجاع بیماران از سوی درمانگاههای مشاوره، مراکز روان درمانی و بهزیستی به پژوهشگر و انجام مصاحبه ی نیمه ساختار یافته، تمامی آزمودنی ها ابزارهای پژوهش را تکمیل نمودند. سپس از بین آن ها ۲۰ نفر به گونه ی تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش در جلسه های مشاوره ی گروهی روایت درمانی که به صورت ۱۰ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای تنظیم شده بود، شرکت کردند و برای گروه کنترل هیچ گونه درمانی اعمال نشد. گروه آزمایش با ریزش مواجهه شد و داده ها در مورد ۸ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سپس هر دو گروه در پس آزمون شرکت کردند و سپس داده های بدست آمده با استفاده از آزمون t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

¹-Vies man

² - Oliver

³ - Bomgart

⁴ - Ember

یا فته های پژوهش

فرضیه ی نخست: اجرای روایت درمانی بر کاهش میزان افسردگی زنان افسرده تأثیر معنادار دارد.

آزمون آماری مورد استفاده در تحلیل داده ها، آزمون t مستقل جهت مقایسه ی نمره های افتراقی پیش آزمون - پس آزمون دو گروه بود. جداول زیر نتایج تجزیه و تحلیل یاد شده برای هر یک از فرضیه ها را نشان می دهد .

جدول ۱ - مقایسه ی گروه آزمایشی و کنترل از نظر میزان افسردگی

سطح معناداری	درجه ی آزادی	مقدار t	انحراف معیار	میانگین	گروه بندی	
					آزمایشی	کنترل
۰/۰۱	۱۶	۷/۵۷	۳/۵۸	۱۱/۳۷	آزمایشی	۴/۲۵
					کنترل	- ۲/۹

همان گونه که در جدول (۱) مشاهده می شود، آزمون آماری t با مقدار ۷/۵۷ و درجه ی آزادی ۱۶ نشان می دهد تفاوت بین دو گروه آزمایشی و کنترل در نمره های افتراقی پیش آزمون - پس آزمون از نظر میزان افسردگی با اطمینان آماری ۰/۰۱ معنادار است، بدین ترتیب فرضیه ی صفر رد و فرضیه ی پژوهشی مبنی بر : اجرای روایت درمانی بر کاهش میزان افسردگی زنان افسرده تأثیر معنادار دارد، مورد تایید قرار می گیرد.

فرضیه ی دوم: اجرای روایت درمانی بر کاهش میزان افکار خود آیند زنان افسرده تأثیر معنادار دارد.

جدول ۲ - مقایسه ی گروه آزمایشی و کنترل از نظر میزان افکار خود آیند

سطح معناداری	درجه ی آزادی	مقدار t	انحراف معیار	میانگین	گروهها	
					گروه بندی	آزمایشی
۰/۰۱	۱۶	۵/۱۵	۲۵/۱	۳۹/۸۷	گروه بندی	کنترل
					آزمایشی	- ۱۷/۴۰

همان گونه که در جدول (۲) مشاهده می شود، آزمون آماری t با مقدار ۵/۱۵ و درجه ی آزادی ۱۶ نشان می دهد تفاوت بین دو گروه آزمایشی و کنترل در نمره های افتراقی پیش آزمون - پس آزمون از نظر میزان افکار ناکارآمد با اطمینان آماری ۰/۰۱ معنادار است، بدین ترتیب فرضیه ی صفر

رد و فرضیه ی پژوهشی مبنی بر: اجرای روایت درمانی بر کاهش میزان افکارخودآیند زنان افسرده تاثیر معنادار دارد، مورد تایید قرار می گیرد.

فرضیه ی سوم: اجرای روایت درمانی بر کاهش نگرش های ناکارآمد زنان افسرده تأثیر معنادار دارد.

جدول ۳ - مقایسه ی گروه آزمایشی و کنترل از نظر میزان نگرش های ناکارآمد

سطح معناداری	درجه ی آزادی	مقدار t	انحراف معیار	میانگین	آماره ها	تفاوت ناکارآمدی
					گروه بندی	
.۰۱	۱۶	۴/۶۳	۶/۸	۱۶/۷۵	آزمایشی	
			۱۳/۷۹	- ۸/۱	کنترل	

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می شود، آزمون آماری t با مقدار ۴/۳۶ و درجه ی آزادی ۱۶ نشان می دهد تفاوت بین دو گروه آزمایشی و کنترل درنمره های افتراقی پیش آزمون- پس آزمون از نظر میزان نگرش های ناکارآمد با اطمینان آماری ۰/۹۹ معنادار است، بدین ترتیب فرضیه ی صفر رد و فرضیه ی پژوهشی مبنی بر: اجرای روایت درمانی بر کاهش میزان نگرش های ناکارآمد زنان افسرده تاثیر معنادار دارد، مورد تایید قرار می گیرد.

بحث و نتیجه گیری

یافته های بدست آمده نشان داد که روش روایت درمانی گروهی باعث کاهش افسردگی، افکار خودآیند و نگرش های ناکارآمد در زنان افسرده شده است.

فرضیه ی نخست: اجرای روایت درمانی برکاهش میزان افسردگی زنان افسرده تأثیر معنادار دارد.

با توجه به این که t بدست آمده ($t = 7/57$) در سطح ۰/۰۱ حاکی از تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون بوده است، به بیان دیگر، میزان نمره های افسردگی در آزمودنی هایی که تحت درمان رویکرد روایت درمانی به روش گروهی قرارگرفتند، نسبت به آزمودنی هایی که این شیوه ی درمانی را دریافت نکرده اند، کاهش یافته است و این حاکی از اثر بخشی روایت درمانی در کاهش افسردگی زنان می باشد. یافته ها ی بدست آمده از این پژوهش در زمینه ی افسردگی با پژوهش (رستمی ثانی، ۱۳۸۶) همخوانی دارد. این پژوهشگر به بررسی تاثیر رویکرد روایت درمانی درکاهش افسردگی دختران دانشجوی خوابگاهی پرداخت و

پس از آن که ۸ جلسه ی درمانی را به گونه ی مستقل روی هر آزمودنی انجام داد، دریافت که رویکرد روایت درمانی منجر به کاهش افسردگی در این افراد شده است.

روی هم رفته، می توان گفت که نتایج بدست آمده در این پژوهش در کاهش افسردگی، مشابه نتایج بدست آمده به وسیله ی : میم وبر، دیویس کرین و لیزا مک فی (۲۰۰۶) و هیناتسو (۲۰۰۲) روی ۵ نوجوان مبتلا به افسردگی، پابن (۲۰۰۴) و سارا گیبز (۲۰۰۷) در یک مطالعه ی تک موردی، پژوهش های باب ریچ (۲۰۰۲) روی سه زن مبتلا به افسردگی و همچنین پژوهش های لافرانس و استوپارد (۲۰۰۷) در مورد زنان افسرده و تونی و اسالو (۱۹۹۸) بر درمان گروهی بیماران است. یکی از عامل های ایجاد افسردگی احساس بی ارزشی فرد نسبت به خود و موقعیت هایش می باشد زیرا فرد افسرده بر این باور است که ارزش افراد متناسب با موقعیت های اوست، بنابراین همواره خود را ضعیف تر و حقیر تر از دیگران می بیند (برنز^۱ ۱۳۸۶ :ص ۶۹). روایت درمانی با تسهیل شناسایی توانای های افراد نسبت به خود و مشکلاتشان، همچنین با محوریت دادن به مراجع، عاملیت شخصی افراد را بالا می برد و با تمرکز بر پیا مد های یگانه نیز به شناخت افراد از عاملیت شخصی شان کمک می کند(آنگس و مک لئود^۲، ۲۰۰۴).

بنابراین با افزایش قدرت عاملیت افراد افسرده، می توان احساس ارزشمندی در این افراد را افزایش داد که در نتیجه به درمان افسردگی آن ها منجر می شود.

فرضیه ی دوم: اجرای روایت درمانی بر کاهش میزان افکار خودآیند زنان افسرده تاثیر

معنادار دارد.

با توجه به این که t بدست آمده ($t = 5/15$) در سطح 0.1 ، حاکی از تفاوت معنی داری بین دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون بوده، این حاکی از اثر بخشی روایت درمانی در کاهش افکار خود آیند زنان افسرده می باشد. در این فرضیه پیش بینی شده بود که روایت درمانی به کاهش مشهود نمره های مراجعان افسرده در پرسشنامه ی افکار خود آیند منجر می شود، یافته های بدست آمده از این پژوهش نشان داد که روایت درمانی باعث کاهش افکار خودآیند شده است. این پژوهش در زمینه ی کاهش افکار خودآیند با پژوهش های زیر همسو می باشد.

شریفی و همکاران (۱۳۸۶)، در پژوهشی به مقایسه ی افکار خودآیند منفی روی دو گروه ۳۰ نفره از زنان ایرانی پرداختند، نتایج این پژوهش نشان داد که افکار خودآیند منفی در زنان افسرده بیش تر از زنان غیر افسرده است. اوداسی^۳ (۲۰۰۷)، در پژوهشی به بررسی افکار خود آیند منفی

¹ - Bourns

² - Angus & Macleod

³ - Odasi Hat ice

در جوانان افسرده ی چاق و جوانانی با وزن نرمال پرداخت که نتیجه ی بدست آمده از این پژوهش نشان داد که افکار خودآیند در جوانان افسرده ی چاق بیش تر از جوانان با وزن نرمال است. نیرنبرگ^۱، پترسون^۲ و آلپرت^۳، (۲۰۰۳) در پژوهشی به بررسی اثر بخشی آموزش (MBCT) بر افکار خودآیند بیماران افسرده پرداختند، پژوهشگران ۱۴۵ بیمار افسرده را آموزش MBCT دادند و به گروه گواه هیچ آموزشی ندادند، نتایج بدست آمده از پژوهش نشان داد که آموزش MBCT باعث کاهش افکار خودآیند در بیماران افسرده می شود.

دکتر بک بر این باور است که فرد افسرده به این نتیجه می رسد که افسردگی لازمه ی زندگی است، فرد افسرده با نگاه به گذشته، تمام اتفاقات ناخوشایند را در ذهن خود زنده می کند و در نتیجه مایوس می شود. در این شرایط، افکار تحت تاثیر یک منفی گرایی زورمند قرار می گیرد و فرد نه تنها خود بلکه دنیا را تیره و تاریک می بیند، بنابراین فرد افسرده مثبت ها را نمی بیند و تنها منفی ها به ذهنش راه پیدا می کنند و تجربه های خنثی و حتی مثبت زندگی خود را منفی می بیند (برنز، ۱۳۸۶:ص ۲۸).

در روایت درمانی به وسیله ی گفتگو های درمانی با افراد دارای زمینه های افسردگی، برای تغییر خود انگاره های منفی و دیدگاه خشک و انعطاف ناپذیر آن ها، همچنین با طرح پرسش هایی شامل احساسات، افکار و رفتار در گذشته و زمان حال و دعوت از آن ها برای یادآوری این خاطرات باعث می شود که افراد توانایی های خود را هر چه بیش تر باور کنند و به آینده امیدوارتر شوند (وایت، ۱۹۹۰).

فرضیه ی سوم: اجرای روایت درمانی بر کاهش نگرش های ناکارآمد زنان افسرده تاثیر

معنادار دارد.

با توجه به این که t بدست آمده ($t = 4/63$) در سطح ۰/۰۱ حاکمی از تفاوت معنی دار بین دو گروه آزمایشی و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون بوده، این حاکمی از اثر بخشی روایت درمانی در کاهش نگرش های ناکارآمد زنان افسرده می باشد. این پژوهش در زمینه ی کاهش نگرش های ناکارآمد با پژوهش های زیر همسو می باشد. نظیری (۱۳۸۳)، در پژوهشی به بررسی استفاده از رویکردهای شناختی-رفتاری و استعاره ای در درمان نگرش های ناکارآمد بیماران افسرده پرداخت. این پژوهش روی ۸ مراجع افسرده که ۴ نفر زن و ۴ نفر مرد بودند، به صورت موردی انجام شد.

^۱ - Nierenberg

^۲ - Peterson

^۳ - Alpert

نتایج بدست آمده از این پژوهش، نشان داد که استفاده از رویکرد شناختی-رفتاری و استعاره ای باعث کاهش نگرش های ناکارآمد در بیماران افسرده می شود.

پدرلی^۱ (۲۰۰۸)، در پژوهشی به بررسی نگرش های ناکارآمد به عنوان پیش بینی کننده ی شدت نشانه های افسردگی پس از درمان های ضد افسردگی در بیماران با افسردگی مزمن پرداخت. نتایج بدست آمده از این پژوهش نشان داد که میزان نگرش های ناکارآمد در بیماران افسرده می تواند به عنوان یک پیش بینی کننده جهت ارزیابی نتیجه ی درمان های ضد افسردگی د نظر گرفته شود.

به باور بیش تر روان پزشکان، باورهای منفی مانند اعتیاد به تایید شدن، تصدیق و محبت دیگران و کمال گرایی پایه و اساس افسردگی است و برای ریشه کن کردن نهال افسردگی، باید با این نگرش ها و باورهای منفی برخورد کنیم تا بتوانیم در جاده ی خوشحالی و خوشبختی گام بر داریم (برنز، ۱۳۸۶:ص ۲۶۳).

روایت درمانی این امکان را برای شخص فراهم می کند تا بر اساس دیدگاه تازه و عاری از مشکل، به توصیف خویشتن و روابط خود بپردازد. فرد با اتخاذ این دیدگاه تازه می تواند واقعیات مربوط به خود را بیابد. در حالی که وقتی توجهات سرشار از مشکل را برای زندگی خود داشت، نمی توانست آن ها را درک کند (گلدنبرگ، ۱۳۸۵:ص ۳۸۹).

با توجه به این که روایت درمانی بسیار وابسته به فرهنگ است و در کشور ما تنوع فرهنگی بسیاری وجود دارد و از آن جا که ضرب المثل، شعر، استعاره، داستان و روایت با جان مردم آمیخته است، استفاده از این رویکرد می تواند اهمیت داشته باشد. همچنین با توجه به این که قلمرو مکانی این پژوهش شهرستان مرودشت بوده، پیشنهاد می شود برای تعیین میزان تعمیم پذیری نتایج بدست آمده از این بررسی، پژوهش های مشابهی در سایر شهرستان ها انجام گیرد.

¹ - Pedrelli Paola

منابع

- ۱- برنز، د. ۱۳۸۶. روان شناسی افسردگی. ترجمه ی مهدی قراچه داغی، تهران: نشر دایره.
- ۲- بوستانی، ا. هاشمیان، ک. شفیعی آبادی، ع. و دلاور، ع. ۱۳۸۰. بررسی مقایسه ای اثر بخشی زوج درمانی گروهی با آموزش رویکردهای روایت درمانی و در مان تصمیم گیری دوباره بر افزایش رضایت زناشویی در ازدواج های دانشجویی فصلنامه ی علمی - پژوهشی تازه ها و پژوهش های مشاوره، شماره ی ۲۴، جلد ۶
- ۳- خباز بهشتی، ز. ۱۳۸۴. زنان و افسردگی تازه ترین دانستنی ها در رابطه با افسردگی. تهران: جیحون.
- ۴- رستمی ثانی، ل. ۱۳۸۶. کاربرد رویکرد روایت درمانی بر کاهش افسردگی دختران دانشگاهی. پایان نامه ی کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
- ۵- سلیگمن، م. و روز نهان ۱۳۸۶. دیوید. آسیب شناسی روانی. ترجمه ی یحیی سیدمحمدی، تهران: نشر ارسباران.
- ۶- شریفی، و. مجتبیایی، ر. قاسم زاده، ح. کرم قدیمی، ن. و ابراهیم خانی، ن. ۱۳۸۶. کاربرد گویش زبان فارسی روی افکار خودآیند در زنان افسرده ی ایرانی. بخش روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- ۷- غرابی، ب. ۱۳۷۲. بررسی پاره ای از الگوهای شناختی، در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی. پایان نامه ی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان پزشکی تهران.
- ۸- فتی، ل. ۱۳۸۲. ساختارهای معناگذاری حالت های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی. مقایسه ی دوچارچوب مفهومی. پایان نامه ی دکترای روان شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان پزشکی تهران.
- ۹- کاپلان، س. ۱۳۸۶. خلاصه ی روانپزشکی. علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی. ترجمه ی نصرت اله پورافکاری، تهران: شهر آب.
- ۱۰- کاویانی، ح و قاسم زاده، ح. ۱۳۸۲. بررسی همابندی مرضی و همپوشانی علائم اختلال های افسردگی و اضطراب در جامعه ی ایران. مجله ی دانشکده ی پزشکی، ۳، ۱۷۷-۱۷۱.
- ۱۱- گلدنبرگ، ا. گلدنبرگ، ه. ۱۳۸۵. خانواده درمانی. ترجمه ی حمیدرضا حسین شاهی برواتی؛ سیامک نقشبندی، تهران: نشر روان.
- ۱۲- مارنات، گ. ۱۳۷۳. راهنمای سنجش روانی. ترجمه ی حسن پاشاشریفی و محمدرضا نیکخو، تهران: رشد.
- ۱۳- نظیری، قاسم (۱۳۸۳). بررسی کاربرد و اثربخشی استعاره ها در فرآیند رفتار درمانی شناختی بیماران افسرده. پایان نامه ی دکترای روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی.
- ۱۴- نوابی نژاد، ش. ۱۳۸۵. روان شناسی زن. تهران: علم.
- 15- Angus, lynne E. & Mcleod jihn. 2004. Hand book of narrative and Psychotherapy (practice, theory and research). Say publication.
- 16- Carr, A. 1998. Michaela whites Narrative therapy.
- 17- Contemn parry family therapy, 20 (4) Dismember 1998, Human science, Inc.

- 18- Greets, c. 1973. The interpretation of cull tares. New York: Basic Books Inc.
- 19- Odaci, H. 2007. .formerly of wondrous Mages University, Sam sum, turkey. Is now in the Department of Psychological counseling and Guidance, faith faculty of Education, Warden Technical University and Tauzin, Turkey.
- 20- Imber, SD, pikonis, P. A, stocky .M, Elkin, Io, Watkins.T, Colons, of, shear, To M, lee r, W. R. & Glass, D. R. 1990. Mood specific. Effects among Three Treatments of depression.
- 21- Journal of counsel ting and clinical spy ecology, 58,328_3590 Pedrell, p. 2008. Day's functional attitudes predict Depressive symptoms severity following anti depressant Treatment in patients with chronic depression. Psychiatry Research, vol, 161 Issue 3/p302_308/7p.
- 22- Steer, R. A., Clark, O, A, Beck, A. T & Render, W. F (1999). Common and specific dimensions of selfreputed Anxiety and depression the BDI_II veers us the BDI_ I. Be heavier Research and Therapy, 37, 189 _ 191.
- 23- White, M. & Epston, D. 1990. Narrative means to therapeutic End s. New York: Norton.