

اثر "درمان شناختی رفتاری" به شیوه گروهی بر میزان اضطراب و تاب‌آوری روانی زنان یائسه

نسترن چرمچی^۱، پرویز عسگری^{۲*}، فریبا حافظی^۳، بهنام مکوندی^۴، سعید بختیارپور^۳

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

* نویسنده مسئول: پرویز عسگری، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. ایمیل:

p.askary@iauhvaz.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۶/۲۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۳/۱۱

چکیده

مقدمه: زنان به‌طور متوسط یک‌سوم عمر خود را در دوران یائسگی می‌گذرانند، این حالت با توجه به مشکلات همراه احساس خوب بودن را مختل می‌کند. این مطالعه باهدف تعیین اثر "درمان شناختی رفتاری" به شیوه گروهی بر میزان اضطراب و تاب‌آوری روانی زنان یائسه انجام شد.

روش کار: این پژوهش به روش نیمه آزمایشی در یک طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه این پژوهش شامل کلیه زنان یائسه مراجعه‌کننده به مطب‌های زنان و زایمان شهر رامسر در بهار ۱۳۹۴ بودند. از میان آن‌ها ۳۲ زن که مطابق با معیارهای ورود و خروج مطالعه بودند، انتخاب و به شیوه تصادفی ساده در دو گروه ۱۶ نفری (مداخله و کنترل) قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، "سیاهه اضطراب بک" (Beck Anxiety Inventory) و "مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون" (Connor-Davidson Resilience Scale) بود. در این مطالعه روایی صوری و محتوایی توسط ۷ تن از متخصصین و پایایی به روش آلفای کرونباخ تأیید گردید. گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. داده‌ها با نرم‌افزار اسپس اس نسخه ۱۹ تحلیل شد. **یافته‌ها:** درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی باعث کاهش اضطراب ($F = 152/029$ و $P < 0/01$) و افزایش تاب‌آوری روانی ($F = 106/668$ و $P < 0/01$). در زنان در گروه آزمایش شد درحالی‌که در گروه کنترل تأثیر معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی یک روش موفق برای کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری روانی در زنان یائسه است. لذا پیشنهاد می‌شود از آن برای کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری زنان یائسه استفاده شود.

واژگان کلیدی: درمان شناختی رفتاری، اضطراب، تاب‌آوری روانی، یائسگی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

که متوسط سن یائسگی ۵۲-۵۰ سالگی است. برخی از زنان تصور می‌کنند که با شروع یائسگی ظرفیت تولیدمثل و توانایی جنسی در آن‌ها پایان یافته و جذابیت خود را از دست داده‌اند (۱). زنان دارای بهداشت روانی و شخصیتی سالم معمولاً احساس پایان دوره جنسی را به‌صورت‌های مختلف تصدیق می‌کنند، اما برخی زنان دچار مشکلات روانی می‌شوند و تنش یائسگی عامل اصلی به هم خوردن تعادل شخصیت می‌باشد. اما بررسی‌های روانکاوی نشانگر آن است که علائم مرضی فعلی در گذشته نیز با درجه خفیف‌تری وجود داشته است و می‌توان یائسگی را عامل ظهور و یا بروز آن مشکلات تلقی کرد (۲). بیش از ۵۰ درصد زن‌ها یائسگی را تجربه‌ای ناخوشایند تلقی می‌کنند، اما تعداد بسیاری نیز آن را تغییر عمده‌ای در زندگی خود به حساب نمی‌آورند و بسیاری از زنان یائسه دچار عوارض یائسگی نمی‌شوند. به‌طورکلی، برخی از زنان در این دوره دچار اضطراب و افسردگی

نیمی از جمعیت جهان را زنان تشکیل می‌دهند و طبق آمارهای منتشره تقریباً ۹۰ درصد آن‌ها به سن ۶۵ سالگی می‌رسند، یعنی به‌طور متوسط یک‌سوم عمر خود را در دوره یائسگی سپری می‌کنند. در بررسی‌های به‌عمل آمده نیز سن متوسط یائسگی برای زنان ایران ۴۹-۴۷/۷ سالگی گزارش شده است. بنابراین، تقریباً تمام زنان این مرحله بحرانی از زندگی را تجربه می‌کنند (۱). یائسگی مرحله‌ای از زمان است که در آن قاعدگی به دنبال از بین رفتن فعالیت تخمدان‌ها از بین می‌رود. وقتی زنان در دهه پنجم زندگی خود هستند، عدم تخمک‌گذاری شایع‌تر می‌شود و قبل از عدم تخمک‌گذاری، طول سیکل‌ها افزایش می‌یابد که این حالت دو تا هشت سال قبل از یائسگی آغاز می‌شود، تعیین متوسط سن یائسگی تا حدودی دشوار است. بر اساس مطالعات، تخمین زده می‌شود

نتایج این مطالعه "درمان شناختی رفتاری" به شیوه گروهی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سکنه قلبی مؤثر بود (۲۱). سامانی و همکاران، پژوهشی را تحت عنوان "تاب‌آوری روانی، سلامت روانی و رضایت‌مندی از زندگی" انجام دادند. نتایج بیانگر معناداری نقش واسطه‌های هیجانی افسردگی، اضطراب و فشار روانی در رابطه میان تاب‌آوری روانی خانواده و رضایت از زندگی بود (۲۲).

با توجه به اینکه طول عمر زنان در چند دهه اخیر افزایش یافته و تعداد زنان بیشتری دوران یائسگی را پشت سر می‌گذارند و با توجه به مشکلات مطرح‌شده که موجب افزایش اضطراب و کاهش تاب‌آوری روانی زنان می‌شود، هر اقدامی در جهت کاهش عوارض ناشی از یائسگی می‌تواند گامی مؤثر در بهبود کیفیت زندگی این قشر تأثیرگذار بر جامعه باشد. پژوهش حاضر باهدف تعیین اثر "درمان شناختی رفتاری" به شیوه گروهی بر میزان اضطراب و تاب‌آوری روانی زنان یائسه انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود که در یک طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان یائسه ۶۰-۴۷ ساله مراجعه‌کننده به مطب‌های زنان و زایمان شهر رامسر در بهار ۱۳۹۴ بودند. نمونه‌ها ۳۲ نفر بودند که بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایش ۱۶ نفر و گروه کنترل ۱۶ نفر قرار گرفتند. در روش نیمه آزمایشی حداقل هر کدام از گروه‌های آزمایش و کنترل می‌تواند ۱۵ نفر در نظر گرفته شود (۲۳). در گروه آزمایش و کنترل همه ۱۶ نمونه انتخاب شده تا پایان پژوهش شرکت داشتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: یائسه بودن، تمایل به شرکت در پژوهش، سن ۶۰-۴۷ سال و داشتن حداقل مدرک پایان دوره راهنمایی (با توجه به ماهیت فعال‌گونه و مشارکتی درمان شناختی رفتاری) بود. معیارهای خروج نیز شامل: منصرف شدن از ادامه درمان در کلیه مراحل، ایجاد یائسگی مصنوعی ناشی از مصرف دارو یا جراحی، داشتن مشکلات مزمن پزشکی، داشتن مشکلات تیروئید و یا عدم درمان قطعی آن، استفاده از داروهای هورمونی و دیگر داروهای مؤثر بر عملکرد غدد درون‌ریز، داشتن سابقه ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی، دریافت هرگونه درمان دارویی و یا درمان روان‌شناختی هم‌زمان با مطالعه، داشتن سابقه حوادث ناگوار یا تنش‌زا در چند ماه اخیر مثل فوت همسر یا نزدیکان و داشتن سابقه مصرف مواد مخدر، الکل و... بود.

در پژوهش حاضر از "سیاهه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory)" و "مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (Connor-Davidson Resilience Scale)" برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. "سیاهه اضطراب بک"، یک مقیاس خود گزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان طراحی شده است. این سیاهه ۲۱ عبارت دارد که آزمودنی در هر عبارت یکی از چهارگزینه‌ای را که نشان‌دهنده شدت اضطراب است، انتخاب می‌کند. هر سؤال یک طیف چهاربخشی (اصلاً، خفیف، متوسط و شدید) دارد که از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره‌ها از صفر تا ۶۳ می‌تواند باشد که نمره‌های بالا نشان‌دهنده اضطراب شدید است (۲۴). روایی و پایایی این سیاهه توسط کاپیانی و موسوی، در سال ۱۳۸۷ بر روی ۱۵۱۳ نفر از جمعیت غیر بیمار و ۲۶۱ نفر از جمعیت بیمار اضطرابی

می‌شوند ولی معمولاً انطباق ضعیف با تنش سبب می‌شود که شخص مستعد سندرم یائسگی شود (۴). بسیاری از علائم روان‌شناختی مانند خلق بی‌ثبات، افسردگی، اضطراب، مشکلات و اختلال در عملکرد جنسی در زنان یائسه ممکن است، مشاهده شود که کاهش هورمون‌های جنسی و عوامل روان‌شناختی مانند سبک زندگی، نگرش زن نسبت به یائسگی و سلامت روان و عوامل فرهنگی اجتماعی در این امر دخیل می‌باشند (۵). بسیاری از زنان موارد افزایش اضطراب و بی‌قراری را در حوالی یائسگی ذکر کرده‌اند. از این رو این علائم بخش عمده‌ای از علائم یائسگی را تشکیل می‌دهند. باور عمومی بر این است که به علت کمبود استروژن در دوره یائسگی، اضطراب و بی‌قراری افزایش می‌یابد (۶). اضطراب ترکیبی از تظاهرات جسمی و روانی را به دنبال دارد و به‌صورت دوره‌ای یا مستمر بروز می‌کنند (۷). در پژوهشی نشان داده شده که ۷۰/۳۶ درصد زنان یائسه درجات مختلفی از افسردگی را داشتند، همچنین ۸۰ درصد زنان یائسه، "اضطراب حالت (State Anxiety)" که وابسته به موقعیت است را داشتند و ۵۵/۰۵ درصد آن‌ها که "اضطراب صفت (Trait Anxiety)" که اضطراب شخصیتی فرد است را داشتند (۸). در مطالعه پروین و همکاران، زنان یائسه در تمام ابعاد سلامت روان (اضطراب، افسردگی و عملکرد اجتماعی) دچار مشکل بودند (۹).

تاب‌آوری روانی به فرآیند سازگاری مثبت علی‌رغم مشکلات زندگی اشاره دارد که منابع درونی و بیرونی را باهم یکپارچه می‌سازد و منجر به افزایش توانایی فرد برای برخورد با مشکلات می‌شود (۱۰). تاب‌آوری روانی با سلامت روان و سلامت فیزیکی مرتبط است (۱۱). آزادی و آزاد در پژوهشی دریافتند که بین حمایت اجتماعی با تاب‌آوری روانی، تاب‌آوری روانی با سلامت روان و حمایت اجتماعی با سلامت روان همبستگی معنی‌داری وجود دارد (۱۲). Wolf در پژوهش خود بر ویژگی‌های اساسی افراد تاب آور، مانند: توان اجتماعی، توانمندی در حل مسئله، خودگردانی و احساس هدفمندی و باور به آینده‌ای روشن تأکید دارد (۱۳) Miller & Powers در پژوهشی بر روی زنان میان‌سال به این نتیجه رسیدند که زنانی که دارای تاب‌آوری روانی بالایی بودند، نمرات افسردگی پایین‌تری را گزارش کردند (۱۴). در زمینه پیامدهای تاب‌آوری روانی، پژوهشی به افزایش سطح سلامت روان و رضایت‌مندی از زندگی اشاره داشته است (۱۵).

درمان شناختی رفتاری (Cognitive Behavior Therapy) نوعی شیوه درمانی سازمان‌یافته کوتاه‌مدت و معطوف به مشکل است که هدف آن تعدیل شناخت‌های نادرست و غیرمنطقی است. این رویکرد درمانی بر نقش شناخت در بروز تغییرات رفتاری و عاطفی تأکید می‌کند (۱۶). پژوهشگران بسیاری، اثربخشی "درمان شناختی رفتاری" را به‌عنوان یکی از راه‌های قابل‌بحث در کاهش نشانگان و بهبود کیفیت زندگی و درمان اختلالات روانی توأم تأکید کرده‌اند (۱۷-۱۹).

خطیبیان و شاکریان (۲۰) پژوهشی را تحت عنوان "اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی، اضطراب و تنش زنان مبتلا به سرطان پستان" انجام دادند. نتایج نشان داد که "درمان شناختی رفتاری" بطور گروهی به‌طور معناداری افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان را کاهش داد. خدایی و همکاران، پژوهشی را تحت عنوان "تأثیر "درمان شناختی رفتاری" بطور گروهی بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سکنه قلبی" انجام دادند. بر اساس

داده شد. تنفس دیافراگمی آموزش داده شد. تکلیف انجام تنفس دیافراگمی ارائه شد.

جلسه دوم

مطالب جلسه قبل به طور اجمالی مرور شد. اعضا گزارشی از تکلیف جلسه قبل را ارائه کردند. روش "آرام بخشی عضلانی (Muscle Relaxation) آموزش داده شد و به طور دسته جمعی تمرین شد. مفهوم اضطراب و عوامل مولد و تشدیدکننده آن شرح داده شد. توالی (رویداد برانگیزاننده، عقاید برانگیزاننده، پیامد هیجانی و رفتاری) آموزش داده شد. به افراد آموزش داده شد تا باورهای سطحی خود را در طی هفته بشناسند و آن را در یک ساختار سه ستونی که هر ستون برای یک جزء است ثبت کنند.

جلسه سوم

مطالب جلسه قبل به طور اجمالی مرور شد. تکلیف هفتگی اعضا بررسی شد. "افکار خود آیند منفی (Negative Automatic Thoughts)" استفاده از مثال آموزش داده شد. چگونگی تشخیص هیجان‌های ناخوشایند آموزش داده شد. تکلیف در مورد نوشتن هریک از "افکار خود آیند منفی" در هفته آینده و اجرای تنفس دیافراگمی و "آرام بخشی عضلانی" ارائه شد.

جلسه چهارم

مطالب جلسه قبل به طور اجمالی مرور شد. اعضا گزارشی از تکالیف جلسه قبل را ارائه کردند. در مورد یأسگی، علائم و عوارض آن توضیح داده شد. انواع "تحریف‌های شناختی (Cognitive Distortions)" و روش‌های چالش با این تحریف‌ها و جایگزین کردن افکار منطقی و مثبت بجای آن‌ها آموزش داده شد. در رابطه با یافتن "تحریف‌های شناختی" در هفته آینده و چالش با آن‌ها تکلیف ارائه شد.

جلسه پنجم

مطالب جلسه قبل به طور اجمالی مرور شد. تکلیف هفتگی اعضا بررسی شد. انواع شیوه‌های حل مسئله، روش‌های کارآمد و ناکارآمد حل مسئله آموزش داده شد. مفهوم تاب‌آوری روانی شرح داده شد. روش "قاب‌بندی مجدد (Reframe)" به منظور افزایش تاب‌آوری روانی آموزش داده شد. تکلیفی شامل: تهیه فهرستی از مسائل رایج، شناسایی مسئله اصلی، تهیه فهرستی از راه‌حل‌ها، ارزیابی آن‌ها، انتخاب بهترین راه‌حل و به کارگیری آن در مورد حداقل سه موقعیت در هرروز ارائه شد.

جلسه ششم

مرور مختصر مطالب جلسه قبل انجام شد. تکلیف هفتگی اعضا بررسی شد. از اعضا خواسته شد که تجارب خود را در مورد اضطراب و سایر هیجانات ناخوشایندی که در دوران یأسگی تجربه کردند با اعضای گروه به اشتراک بگذارند. روش‌های "توجه برگردانی (Distraction)" و "توقف فکر (Thought Stopping)" آموزش داده شد. تکلیف در مورد اجرای روش‌های آموزش داده شده در طی هفته در برخورد با موقعیت‌های اضطراب آور ارائه شد.

جلسه هفتم

مطالب جلسه قبل به طور اجمالی مرور شد. اعضا گزارشی از تکالیف جلسه قبل ارائه کردند. روش‌های "برنامه‌ریزی فعالیت (Activity Scheduling)"، "تحلیل مزایا و معایب (Costs-Benefits)" و "Analysis" و "ایفای نقش عقلانی (Rational Role Play)" آموزش

ایرانی، بررسی شد و پایایی به روش آزمون- بازآزمون ۰/۸۳ و روایی با محاسبه همبستگی "میان طبقه‌ای ۰/۷۲ (Intra-Class)" اعلام شد (۲۵). رفیعی و سیفی در سال ۱۳۹۲ نیز پایایی این سیاهه را به روش آلفای کرونباخ بر روی ۶۰۰ نفر از دانشجویان علوم پزشکی اراک محاسبه و برابر ۰/۹۲ اعلام کردند (۲۶).

در مطالعه حاضر جهت تعیین روایی ابزار، از روایی محتوا و صوری استفاده شد. به این صورت که سیاهه در اختیار ۵ تن از اعضای هیئت علمی و ۲ تن از متخصصین روانسنجی دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اهواز قرار داده شد و پس از بررسی، روایی محتوا و صوری ابزار تأیید شد.

برای اندازه گیری پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. لذا ضریب پایایی بر روی ۳۰ نفر از افراد جامعه مورد مطالعه محاسبه شد که برابر ۰/۹۴ بود که بیانگر پایایی مطلوب پرسشنامه مذکور است.

Davidson و Conner با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۷-۱۹۷۹ در حوزه تاب‌آوری، "مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون" را طراحی کردند. این مقیاس ۲۵ گویه دارد و این مقیاس در یک دامنه لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود (۲۷). حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره وی ۱۰۰ است (۱۱).

روایی و پایایی این مقیاس توسط آهنگر زاده رضایی و رسولی، در سال ۱۳۹۴ بر روی ۲۰۰ نفر از نوجوانان مبتلا به سرطان تهران، ارومیه و اصفهان بررسی شد. روایی محتوایی این مقیاس از روش تعیین شاخص روایی محتوا ۰/۹۸ گزارش شد. همچنین پایایی کل ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد (۲۸). سامانی و همکاران، پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ بر روی ۲۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز محاسبه کردند و آن را برابر با ۰/۸۷ اعلام کردند (۲۲).

در مطالعه حاضر روایی محتوا و صوری مقیاس اندازه گیری شد. به این صورت که مقیاس در اختیار ۵ تن از اعضای هیئت علمی و ۲ تن از متخصصین روانسنجی دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اهواز قرار داده شد و پس از بررسی، روایی محتوا و صوری ابزار تأیید شد. پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ انجام شد و ضریب پایایی بر روی ۳۰ نفر از افراد جامعه مورد مطالعه محاسبه شد که برابر ۰/۹۷ بود که بیانگر پایایی مطلوب مقیاس مذکور است.

جهت شروع کار ابتدا با مسئولین مطب‌های زنان و زایمان شهر رامسر هماهنگ شد و اسامی زنان مراجعه کننده به این مطب‌ها دریافت شد و پس از آن کلاس‌های "درمان شناختی رفتاری" به شیوه گروهی طی دو ماه هر هفته یک جلسه به مدت دو ساعت برای گروه آزمایش انجام شد، و برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. قبل از شروع جلسه اول "سیاهه اضطراب بک" و "مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون" برای تمامی اعضای گروه آزمایش و کنترل توزیع و پس از تکمیل جمع‌آوری شد.

جلسه اول

افراد گروه با یکدیگر و با مشاور آشنا شدند. اهداف و قوانین گروه به صورت جمعی تعیین گردید، در خصوص ساختار جلسات و شیوه انجام آن صحبت شد. "درمان شناختی رفتاری" معرفی شد و رابطه بین خلق، اندیشه و رفتار شرح داده شد. در مورد اضطراب و تاب‌آوری توضیح

به منظور بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد. کلیه تجزیه و تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم افزار اسپاس نسخه ۱۹ انجام گرفت.

این مطالعه با توجه به رعایت ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، توجه به حقوق شرکت‌کنندگان، رازداری و صیانت از اطلاعات آن‌ها و آزادی عمل شرکت‌کنندگان برای رها کردن پژوهش در هر مرحله‌ای از مطالعه انجام گرفت.

یافته‌ها

بر اساس داده‌های پژوهش مفروضه‌های تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفتند و تأیید شدند. یافته‌های مربوط به متغیرهای پژوهش به تفکیک پیش‌آزمون - پس‌آزمون در [جدول ۱](#) ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای اضطراب و تاب‌آوری روانی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه مداخله و کنترل (n=16)

متغیر	پیش‌آزمون، میانگین ± انحراف معیار	پس‌آزمون، میانگین ± انحراف معیار
اضطراب	درمان شناختی رفتاری	۷/۴۷۴ ± ۳۶
	کنترل	۶/۴۴۹ ± ۳۹/۱۳
تاب‌آوری	درمان شناختی رفتاری	۳/۴۱۵ ± ۲۵/۰۶
	کنترل	۴/۲۹۰ ± ۳۰

آزمون F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار است. پس از کنترل آماری نمره پیش‌آزمون، مشخص شد که میزان اضطراب در پس‌آزمون کاهش پیدا کرده است و چون میزان اندازه اثر (ضریب اتا) ۰/۱۸۵۴، از میزان ۰/۱۴ بیشتر است (۲۹)، نشان دهنده آن است که درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی مؤثر بوده است و با احتمال ۰/۹۹ بیان می‌شود که درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر میزان اضطراب زنان یائسه تأثیر معنی‌دار دارد (F = ۱۵۲/۰۲۹ و P < ۰/۰۱).

همان‌طور که مندرجات [جدول ۱](#) نشان می‌دهد در گروه مداخله، در مرحله پس‌آزمون در هر دو متغیر، تغییرات قابل ملاحظه‌ای مشاهده شد ولی در گروه کنترل چنین تغییراتی دیده نشد. فرضیه اول پژوهش: "درمان شناختی رفتاری" به شیوه گروهی بر میزان اضطراب زنان یائسه رامسر تأثیر معنادار دارد. همان‌طور که از [جدول ۲](#) مشاهده می‌شود سطح معناداری متغیر گروه و اضطراب پیش‌آزمون ۰/۰۰۵ است که از سطح آلفای ۰/۰۱ کوچک‌تر است، بنابراین، میزان

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر اضطراب

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجدور η ^۲	توان آزمون
پیش‌آزمون	۲۷۵/۰۳۴	۱	۲۷۵/۰۳۴	۹۲/۸۵۳	۰/۰۰۰۵	۰/۷۸۱	۱
اثر گروه	۴۵۰/۳۱۷	۱	۴۵۰/۳۱۷	۱۵۲/۰۲۹	۰/۰۰۰۵	۰/۸۵۴	۱
خطا	۷۷/۰۱۳	۲۶	۲/۹۶۲	-	-	-	-
کل	۳۷۶۸۷	۳۲	-	-	-	-	-

آزمون افزایش پیدا کرده است و چون میزان اندازه اثر (ضریب اتا) ۰/۱۸۵۴، از میزان ۰/۱۴ بیشتر است (۲۹)، نشان دهنده آن است که "درمان شناختی رفتاری" به شیوه گروهی مؤثر بوده است و با احتمال ۰/۹۹ بیان می‌شود که "درمان شناختی رفتاری" به شیوه گروهی بر میزان تاب‌آوری روانی زنان یائسه تأثیر معنی‌دار دارد (F = ۱۰۶/۶۶۸ و P < ۰/۰۱)

فرضیه دوم پژوهش: درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر میزان تاب‌آوری روانی زنان یائسه رامسر تأثیر معنادار دارد. همان‌طور که از [جدول ۳](#) مشاهده می‌شود سطح معناداری متغیر گروه و تاب‌آوری پیش‌آزمون ۰/۰۰۵ است که از سطح آلفای ۰/۰۱ کوچک‌تر است. بنابراین، میزان آزمون F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار است. پس از کنترل آماری نمره پیش‌آزمون، مشخص شد که میزان تاب‌آوری در پس

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	مجزور η^2	توان آزمون
پیش‌آزمون	۸۱/۲۳۰	۱	۸۱/۲۳۰	۱۲/۲۹۱	۰/۰۰۲	۰/۳۲۱	۰/۹۲۱
اثر گروه	۷۰۵/۱۰۴	۱	۷۰۵/۱۰۴	۱۰۶/۶۸۸	۰/۰۰۰۵	۰/۸۰۴	۱
خطا	۱۷۱/۸۳۴	۲۶	۶/۶۰۹	-	-	-	-
کل	۳۹۰/۹۶	۳۲	-	-	-	-	-

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر میزان اضطراب و تاب‌آوری روانی زنان یائسه بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر میزان اضطراب و تاب‌آوری روانی زنان یائسه رامسر تأثیر معنادار دارد، لذا هر دو فرضیه پژوهش حاضر تأیید شد.

در تأیید فرضیه اول پژوهش مبنی بر اثربخشی "درمان شناختی رفتاری" به شیوه گروهی بر میزان اضطراب زنان یائسه رامسر، می‌توان دلایل زیر را ذکر کرد:

یک دلیل کلی، به آثار مفید گروه‌درمانی در مقایسه با درمان انفرادی برمی‌گردد. گروه‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی مؤثری را بیاموزند، سپس آموزه‌هایشان را روی دیگر اعضای گروه امتحان کنند (۲۰). آن‌ها از مشاهده مشکلات دیگران که مشابه یا شاید شدیدتر از مشکلات خودشان است، احساس راحتی و دلگرمی می‌کنند (۳۱). عامل دیگر کسب این نتایج، به کاربرد روش‌های شناختی رفتاری همچون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی بازمی‌گردد که در این پژوهش از آن استفاده شده بود (۳۲). عامل دیگر را می‌توان آموزش روش پیکان عمودی، روش‌های به چالش کشیدن و تغییر باورها دانست که به‌گونه‌ای مؤثر در کاهش اضطراب کاربرد دارند (۳۳). زیرا حالت‌های تنش‌زا همچون اضطراب اغلب به‌وسیله تفکر تحریف شده و افراطی، تداوم و شدت می‌یابد. این رویکرد بر این باور است که افراد به‌گونه‌ای انتخابی به داده‌های هم‌خوان با باورهای قبلی توجه می‌کنند. چنین فرآیندی درباره یادآوری نیز درست است، زیرا افراد به‌گونه‌ای انتخابی چیزهایی را به یاد می‌آورند که با اطلاعات قبلی آن‌ها هماهنگ است (۳۴). همچنین روش‌هایی مثل "آرام بخشی عضلانی"، "برنامه‌ریزی فعالیت" و تنفس صحیح می‌تواند در کاهش اضطراب مؤثر باشد (۳۵). یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش خطیبیان و شاکریان (۲۰)، بادله و همکاران (۳۶)، Hynninen و همکاران (۳۷) همسو است. خطیبیان و شاکریان نشان دادند که "درمان شناختی رفتاری" گروهی به‌طور معنی‌داری افسردگی، اضطراب و تنش زنان مبتلا به سرطان پستان را کاهش می‌دهد (۲۰). بادله و همکاران نشان دادند که مداخله شناختی رفتاری می‌تواند منجر به کاهش افسردگی، اضطراب و تنش و افزایش امیدواری نوجوانان شود (۳۶). Hynninen و همکاران همچنین نشان دادند که این درمان منجر به بهبود علائم افسردگی و اضطراب گردید (۳۷).

یافته‌های پژوهش حاضر در تأیید فرضیه دوم پژوهشی مبنی بر اثربخشی "درمان شناختی رفتاری" به شیوه گروهی بر میزان تاب‌آوری

زنان یائسه رامسر می‌توان دلایل زیر را ذکر نمود: درمان به شیوه گروهی با تقویت عواملی چون به هم‌پیوستگی گروهی و احساس عمومیت مشکل، نوعی شبکه ارتباطی را قوی می‌کند که فرد با همراه شدن در آن، امید، نوع‌دوستی و آرامش را در ارتباط متقابل تجربه می‌کند (۳۸). در حقیقت روش گروهی محاسن فراوانی دارد که منجر به تسهیل و تسریع فرآیند درمان می‌شود. از آنجائی که تاب‌آوری روانی به سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار اطلاق می‌شود و مفهومی شناختی است که قابل‌آموزش است (۱۱). کلیه روش‌های موجود در درمان شناختی رفتاری به‌نوعی مستقیم و یا غیرمستقیم بر این سازه شخصیتی تأثیرگذار است. در این درمان با تقویت روابط اجتماعی و بازیابی عوامل حمایت اجتماعی، تاب‌آوری زنان افزایش می‌یابد. چون بین حمایت اجتماعی با تاب‌آوری، تاب‌آوری با سلامت روان همبستگی معنی‌داری وجود دارد (۱۲).

یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش سامانی و همکاران (۲۲) کیانی دولت آبادی (۳۹) همسو است. سامانی و همکاران (۲۲) نشان دادند که واسطه‌های هیجانی (افسردگی، اضطراب و فشار روانی) نقش معنی‌داری در رابطه میان تاب‌آوری خانواده و رضایت از زندگی دارد. کیانی دولت آبادی نشان داد که اثربخشی مداخله "درمان شناختی رفتاری" در مقایسه با رویکرد مثبت نگر می‌تواند سطح تاب‌آوری را بیشتر بالا ببرد (۳۹).

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر، درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی باعث کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری روانی در زنان یائسه رامسر شده است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، نبود مرحله ارزیابی در حین درمان و نبود مرحله پیگیری برای ارزیابی ثبات درمان بود. با توجه به اینکه اغلب زنان در سنین یائسگی در شرایطی قرار دارند که هم از لحاظ مسئولیت شغلی و اجتماعی و هم از نظر عاطفی در کانون خانواده نقش حساسی را بر عهده‌دارند، بنابراین، کمک در زمینه ارتقای سلامت روان آن‌ها نوعی کمک و خدمت به خانواده و جامعه محسوب می‌شود. پیشنهاد می‌شود در شبکه‌های بهداشت و درمان و مطب‌های زنان و زایمان از "درمان شناختی رفتاری" به شیوه گروهی، جهت ارتقای سلامت روان زنان یائسه باهدف کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری آن‌ها، استفاده شود.

سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکتری نسترن چرمچی به راهنمایی آقای دکتر پرویز عسگری و خانم دکتر فریبا حافظی در رشته

زنان شرکت کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می شود.

روانشناسی عمومی در دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اهواز است. بدین وسیله از کلیه مسئولین محترم مطب‌های زنان و زایمان و تمامی

References

- Ashrafi M, Kazemi Ashtiani S, Eshrati B, Kashfi F. [Average age at menopause and its related factors in adult women residing in Tehran]. *Kowsar Med J*. 2007;12(1):75-82.
- Speroff L, Glass RH, Kase NG. *Clinical Gynecologic Endocrinology and infertility*. 16th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkson Co; 2007.
- Akbarzadeh N. [The passage from adolescence through old age. *Developmental Psychology*]. Tehran: Moalef Publisher; 1997.
- Kaplan H, Sadook B. [Kaplan & Sadock's Synapsis of Psychiatry, Behavioral Science/Clinical Psychiatry]. Tehran: Shahre Ab; 2006.
- Alder J, Eymann Besken K, Armbruster U, Decio R, Gairing A, Kang A, et al. Cognitive-behavioural group intervention for climacteric syndrome. *Psychother Psychosomatics*. 2006;75(5):298-303.
- Zakeri Hamidi M. [Women diseases: Menopause]. Tehran: Moalef Publisher; 2008.
- Hergenhahn BR. [An introduction to theories of learning]. 8th ed. Tehran: Davaran Publication; 2007.
- Charmchi N. [Study on the depression and anxiety prevalence in menopausal women in Ramsar in 2010]. Tonekabon: Islamic Azad University; 2011.
- Parvin N, Kazemian A, Alavi A, Safdari F, Hassan poor Dehkordi A, Hosseinzade S. [The effect of supportive group therapy on menopause mental health]. *J Gorgan Univ Med Sci*. 2007;9(3):74-9.
- Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev*. 2000;71(3):543-62. [PMID: 10953923](#)
- Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82. [DOI: 10.1002/da.10113](#) [PMID: 12964174](#)
- Azadi S, Azad H. [The correlation of social support, tolerance and mental health in children of martyrs and war-disabled in universities of Ilam]. *Iran J Mar Pub Health*. 2011;3(4):48-58.
- Wolf W. Embarrassment in diagnostic process. *Mental Retard*. 2001;3(1): 29-31.
- Miller JF, Powers MJ. Development of an instrument to measure hope. *Nurs Res*. 1988;37(1):6-10. [PMID: 3340583](#)
- Lazarus A. Relationships among indicators of child and family resilience and adjustment following the September 11, 2001 tragedy. *Emory Center Myth Rit Am Lif*. 2004:12-7.
- Beck AT, Brown G, Steer RA, Eidelson JI, Riskind JH. Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *J Abnorm Psychol*. 1987;96(3):179-83. [PMID: 3680754](#)
- Naliboff BD, Derbyshire SW, Munakata J, Berman S, Mandelkern M, Chang L, et al. Cerebral activation in patients with irritable bowel syndrome and control subjects during rectosigmoid stimulation. *Psychosom Med*. 2001;63(3):365-75. [PMID: 11382264](#)
- Boyce PM, Talley NJ, Balaam B, Koloski NA, Truman G. A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy, relaxation training, and routine clinical care for the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2003;98(10):2209-18. [DOI: 10.1111/j.1572-0241.2003.07716.x](#) [PMID: 14572570](#)
- Lackner JM, Gellman R, Gudleski G, Sanders K, Krasner S, Katz L, et al. Dysfunctional attitudes, gender, and psychopathology as predictors of pain affect in patients with irritable bowel syndrome. *J Cog Psychother*. 2005;19(2):151-61.
- Khatibian M, Shakerian A. [The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on decreasing depression, anxiety and stress in breast cancer women admitted to Ahwaz Medical Sciences Hospitals]. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci*. 2014;19:91-9.
- Khodai S, Khazai K, Kazemi T, Ali Abadi Z. [Effect of cognitive-behavioral group therapy on the depression and anxiety in patients with myocardial infarction]. *Modern Care J Sci Q Birjand Nurs Midwife Fac*. 2012;9(4):364-70.
- Samani S, Jokar B, Sahragard N. [Effects of Resilience on Mental Health and Life Satisfaction]. *Iran J Psychiatr Clin Psychol*. 2007;13(3):290-5.
- Delavar A. [Applied Probability and Statistics in Psychology and Educational Sciences]. Tehran: Roshd publication; 2014.
- Fathi Ashtiani A. [Psychological tests: Personality and Mental Health]. Tehran: Besat publication; 2009.
- Kaviani H, Mousavi A. [Psychometric Properties of the Persian Version of Beck Anxiety Inventory]. *Tehran Med Univ J*. 2008;65(2):136-40.
- Rafiei M, Seifi A. [An Investigation into the Reliability and Validity of Beck Anxiety Inventory among the University Students]. *J Thout Behav Clin Pschol*. 2013;7(27):37-93
- Kaviani Z, Hamid N, Enayati M. [The effect of cognitive behavioral therapy based on religious attitudes on resilience and dysfunctional attitudes of couples]. *J Modern Psychol Res*. 2014;8(32):189-203.
- Ahangarzadeh Rezaei S, Rasouli M. [Psychometric Properties of the Persian Version of "Conner-Davidson Resilience Scale" in Adolescent with Cancer]. *J Urmia Nurs Midwife Fac*. 2015;13(9):739-47.
- Brace N, Kemp R, Snelgar R. [SPSS for Psychologists]. Tehran: Doran Publication; 2009.
- Richard S. [Theories of Psychotherapy and Counseling]. Tehran: Resa Publication; 2007.
- Atkinson R. [Hilgard Psychology]. Tehran: Arjmand publication; 2005.
- Pedram M, Mohammadi M, Naziri GH, Aeinparast N. [Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the treatment of anxiety and depression disorders and on raising hope in women with breast cancer]. *J Women Soci*. 2011;4(1):61-76.
- Frey M. [A Practical Guide Cognitive Group Therapy]. Tehran: Roshd Publication; 2005.
- Lee Hey R. [Cognitive Therapy Techniques]. Tehran: Arjmand publications; 2009.
- Dehghani F, Neshat-Doust H, Molavi H, Nilforoushzadeh M. [The effect of cognitive-behavioral stress management

- therapy on depression and anxiety of females with alopecia Areata]. *J Clin Psychol*. 2009;1(2):1-9.
36. Eslami AA, Charkazi A, Mostafavi F, Shahnazi H, Badeleh MT, Sharifirad GR. Smoking behavior, nicotine dependency, and motivation to cessation among smokers in the preparation stage of change. *J Educ Health Promot*. 2012;1:47. DOI: 10.4103/2277-9531.104818 PMID: 23555150
37. Hynninen MJ, Bjerke N, Pallesen S, Bakke PS, Nordhus IH. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in COPD. *Respir Med*. 2010;104(7):986-94. DOI: 10.1016/j.rmed.2010.02.020 PMID: 20346640
38. Omrani S, Mirzaeian B, Aghabagheri H, Hassanzadeh R, Abedini M. [Effectuality of cognitive-behavioral therapy on the life expectancy of patients with Multiple Sclerosis]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2012;22(93):58-65.
39. Kiani Dowlat Abadi R. [Compare the effectiveness of positive psychotherapy and cognitive behavioral therapy-based approach through the promotion of resiliency in the prevention of relapse to drug dependents]: Allameh Tabatabai University; 2010.

The Effect of “Cognitive Behavior Therapy” in Method Group on Anxiety and Psychological Resilience of Menopausal Women

Nastaran Charmchi ¹, Parviz Asgari ^{2,*}, Fariba Hafezi ³, Behnam Makvandi ³,
Saeid BakhtiarPour ³

¹ Psychology PhD Student, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

² Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

* **Corresponding author:** Parviz Asgari, Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. E-mail: p.askary@iauahvaz.ac.ir

Received: 31 May 2016

Accepted: 16 Sep 2016

Abstract

Introduction: On average, women spend one-third of their lives in menopause. This state is associated with several issues that could affect women's well-being. This study aims to determine the effect of cognitive behavior therapy in method group rates of anxiety and psychological resilience of menopausal women.

Methods: This study was performed based on a quasi-experimental study using pretest-posttest and control group design. The population of this study consists of all menopausal women referred to gynecology clinics in the city of Ramsar during the spring of 1394. In total, 32 women were selected according to inclusion and exclusion criteria and were randomly divided into two groups of 16 (Treatment and Control Groups). Data was collected by “Beck's Anxiety Inventory” and “Connor- Davidson Resilience Scale” (CD-RISC). Face and content validity were confirmed by 7 experts and reliability of the questionnaires were confirmed using Cronbach's Alpha. Experimental group was treated by cognitive behavior therapy in 8 sessions. Data was analyzed using SPSS/19.

Results: Cognitive behavior therapy in method group reduces anxiety ($F = 152.029$ and $P < 0.01$) and increases the psychological resilience ($F = 106.688$ and $P < 0.01$) in women in the experimental group. While in the control group, it had no significant effect.

Conclusions: It is assumed that, the cognitive behavior therapy in method group is a successful approach for decreasing anxiety and increasing psychological resilience in menopausal women. Therefore, it this approach is suggested for women in menopause state.

Keywords: Cognitive Behavior Therapy; Anxiety; Psychological Resilience, Menopause