

دانش و پژوهش در روان‌شناسی  
دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)  
شماره بیست و یکم و بیست و دوم - پاییز و زمستان ۱۳۸۳  
صص ۱۵۴ - ۱۳۵

## اثربخشی گروه درمانی شناختی - مذهبی بر نیمرخ روانی معلولان جسمی زن در شهر اصفهان

اعظم مرادی<sup>۱</sup> - مهرداد کلاتری<sup>۲</sup>  
حمید طاهر نشاط دوست<sup>۳</sup> - حسین مولوی<sup>۴</sup>

### چکیده

این پژوهش به بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی - مذهبی بر میزان کل  
علائم مرضی و نیز میزان شکایات جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت  
بین فردی، افسردگی، اضطراب و روان پریشی معلولان جسمی زن پرداخته  
است. به این منظور از ۲۹۰ عضو زن جامعه معلولان شهر اصفهان ۲۶ نفر به  
شیوه تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. پیش از  
برگزاری اولین جلسه گروه درمانی با استفاده از پرسشنامه SCL-90-R در مورد  
گروه آزمایش و گواه پیش آزمون اجرا شد. سپس برای گروه آزمایش، ۸ جلسه  
هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای برنامه گروه درمانی شناختی - مذهبی برگزار شد. محتوای

- 
- ۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی
  - ۲- عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان
  - ۳- عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان
  - ۴- عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

جلسات گروه‌درمانی که براساس مدل درمان شناختی - مذهبی تنظیم شده بود شامل بحث در مورد لزوم یافتن هدف و توجیهی برای رنجهای زندگی، بهبود رابطه با خود و خودشناسی، ارتقای رابطه با خداوند، ایجاد نگرش مثبت به جهان و آینده و بهبود بخشیدن به روابط خانوادگی و اجتماعی بود. بلافاصله بعد از اتمام جلسات گروه‌درمانی بر روی هر دو گروه آزمایش و گواه، پس از آزمون اجرا شد و ۸ هفته بعد نیز آزمون پیگیری اجرا گردید. تحلیل نتایج با استفاده از تحلیل کواریانس نشان داد که گروه‌درمانی شناختی - مذهبی در مرحله پس‌آزمون، باعث کاهش معنادار وسواس - اجبار ( $P = 0/038$ ) و حساسیت بین‌فردی ( $P = 0/038$ ) شده است، اما بر میزان شاخص کلی علائم مرضی، شکایات جسمانی، افسردگی، اضطراب و روان‌پریشی تأثیر معناداری نداشته است. در مرحله پیگیری گروه‌درمانی شناختی - مذهبی باعث کاهش معنادار شاخص کلی علائم مرضی ( $P = 0/001$ )، شکایات جسمانی ( $P = 0/004$ )، وسواس - اجبار ( $P = 0/003$ )، حساسیت بین‌فردی ( $P = 0/022$ )، اضطراب ( $P = 0/009$ ) و روان‌پریشی ( $P = 0/01$ ) شد و فقط بر میزان افسردگی تأثیر معنادار نداشت.

کلید واژه‌ها: گروه‌درمانی شناختی - مذهبی، مدل درمان شناختی - مذهبی، معنادرمانی، معلولان جسمی، نیمرخ روانی.

#### مقدمه

معلولیت بحرانی است که هر کسی ممکن است در مسیر زندگی خود با آن روبه‌رو شود و بر اثر آن در موقعیتی متفاوت با گذشته یا متمایز از دیگران قرار گیرد. ناتوانی جسمی دارای ابعاد جسمانی و روان‌شناختی است و همان‌طور که سلامت جسمی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، سازگاری روانی - اجتماعی و سلامت روان او را نیز متأثر می‌سازد (نوری، ۱۳۷۴). بسیاری از بیماریهای جسمی، تغییر شکل یا قطع عضو، از بین رفتن بعضی از تواناییها و معلولیتها می‌تواند به‌عنوان منبع تنش عمل کرده و به افسردگی منجر شود. در کل، انسانها ممکن است واکنش‌های روانی - اجتماعی متعددی نسبت به ناتوانی نشان دهند؛ مهمترین این واکنش‌ها عبارت‌اند از: ضربه یا شوک، اضطراب،

انکار، افسردگی، خشم فروخورده یا درونی شده، خصومت یا تنفر آشکار و پذیرش و سازگاری (لیونه و آنتوناک، ۱۹۹۲). هیوانبر و همکاران (۱۹۹۹) در تحقیقی پی بردند که دانشجویان معلولی که مشکلات روان شناختی دارند، بیشتر از دیگر دانشجویان معلول در مورد نداشتن امنیت در روابط بین فردی فکر می کنند و بیشتر انتظار خصومت دارند. نتایج تحقیق اید و ریسمب (۲۰۰۲) نشان داد که در افراد معلول، فعالیت های تعاملی در پیش بینی میزان مشکلات روان شناختی نقش دارند، اما مشکلات روان شناختی میزان فعالیت های تعاملی را پیش بینی نمی کنند. نوسک و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیقی دریافتند که زنان معلول نسبت به زنان غیر معلول به طور معناداری خودشناسی کمتر و عزت نفس پایین تری دارند و از لحاظ اجتماعی منزوی ترند. نتایج تحقیق دوا و لین (۲۰۰۰) نشان می دهد که در میان افراد معلول شاغل، بیماری روانی بیش از بیماری جسمی بر روی میزان بهره وری تأثیر دارد. این تحقیقات نشان می دهد که تلاش در جهت بهبود وضعیت روان شناختی معلولان در توان بخشی آنها از اهمیت خاصی برخوردار است. راهبردهای درمان روان شناختی در مراحل مقدماتی و با جهت گیری شناختی - رفتاری در مراحل بعدی (لیونه، ۱۹۸۹) و نیز وارد کردن معلولان در محیط های شغلی و اجتماعی هماهنگ و یکپارچه (کی برنان و همکاران، ۱۹۸۹) در بهبود وضعیت آنها مؤثر شناخته شده است. از میان مجموع خدماتی که برای افراد دارای ناتوانی فراهم شده است، بیشترین نیاز به خدمات مشاوره ای و کمترین علاقه به درمان بیماری های روانی عمده گزارش شده است (تارر و راجرز، ۱۹۸۷).

در عصر حاضر معنای اصلی ناتوانی از «بقای جسمی» به «جست و جوی معنا» تغییر یافته است (استابینز، ۱۹۸۸). معنادرمانی به معلولان در تغییر دادن معنی رنج های زندگی کمک می کند. فرانکل<sup>۱</sup> (۱۹۸۶) با صراحت می گوید حتی در مواردی که بیمار اختلال عضوی دارد، خود مسؤول طرز تلقی خویش از این حالت است. تامپسون و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیقی پی بردند که داشتن هدف در زندگی، سازگاری و کیفیت زندگی افراد مبتلا به آسیب نخاعی را افزایش می دهد.

مذهب نیاز به یافتن هدف هستی و فلسفه وجود انسان را برآورده می‌سازد (هالامی و آرجایل، ۱۹۹۷). وبر<sup>۱</sup> (۱۹۲۲) معتقد است که دین با معنای آن دسته از پدیده‌های زندگی که در علم پاسخی ندارند - شر، رنج و مرگ - ارتباط دارد (نقل از هالامی و آرجایل، ۱۹۹۷). علامه جعفری (۱۳۶۸) معتقد است که فقط با پاسخگویی معقول به چهار مسأله ارتباط با خویشتن، خداوند، جهان هستی و هم‌نوع خود براساس آموخته‌های دین است که می‌توان به هدف و فلسفه قانع‌کننده‌ای برای زندگی دست یافت. از طرف دیگر به نظر می‌رسد که یکی از روشهای مناسب برای پاسخگویی به مسائل چهارگانه فوق ترتیب دادن جلسات گروهی است، چراکه در این صورت اعضا علاوه بر بهره‌مندی از سایر مزایای گروه (شناخت بیشتر احساسات، برداشتها و ارزشهای خود و دیگران، کسب مهارت‌های اجتماعی و یادگیری رفتارهای تطابقی مطلوبتر... ثنایی، ۱۳۷۴)، می‌توانند تجارب عملی خود را در مورد به‌کارگیری تعالیم مذهبی در زمینه ارتباط با خود، خداوند، جهان هستی و روابط خانوادگی و اجتماعی و نتایج آن با یکدیگر در میان بگذارند تا هر کدام از آنها به این باور برسند که می‌توان آموزشهای مذهبی را به عمل در آورد و از نتایج شیرین آن بهره‌مند شد. این امر در مورد معلولان نیز صادق است. تاکنون تأثیر مثبت گروه‌درمانی از یک‌سو و معنادرمانی و روان‌درمانی مذهبی از سوی دیگر، به‌صورت مجزا بر افزایش سلامت روان افراد جوامع و فرهنگهای مختلف و با موقعیتهای اجتماعی متفاوت و آشفتگیهای روانی گوناگون، طی تحقیقات متعدد نشان داده شده (مک‌درموت و همکاران، ۲۰۰۱؛ سیمپسن و همکاران، ۲۰۰۱؛ کن و همکاران، ۲۰۰۲؛ وا و همکاران، ۲۰۰۲؛ تایلر و جاسون، ۲۰۰۲؛ تامپسون و همکاران، ۲۰۰۳؛ فرانکل، ۱۳۷۵، پراست و همکاران، ۱۹۹۲؛ ازهر و همکاران، ۱۹۹۴)؛ اما در مورد اثربخشی تلفیقی از این سه روش درمانی تا به امروز تحقیقی منتشر نشده است. از طرف دیگر چه در سطح جهان و چه در سطح ایران در مورد اثربخشی روشهای روان‌درمانی مختلف در بهبود وضعیت روان‌شناختی معلولان جسمی تحقیقات اندکی صورت گرفته است. با توجه به آنچه مطرح شد، هدف این تحقیق تدوین یک برنامه گروه‌درمانی شناختی - مذهبی و آزمایش تجربی اثربخشی آن

بر سلامت روانی گروهی از معلولان جسمی زن شهر اصفهان است. در این تحقیق از یک مدل درمانی شناختی - مذهبی استفاده شده که محقق ساخته است و برای اولین بار در این تحقیق به کار رفته است. از معدود تحقیقاتی که در مورد اثربخشی گروه درمانی شناختی - مذهبی صورت گرفته، تحقیق عرب ورنوسفادرانی (۱۳۷۸) است که در آن اثربخشی این روش درمانی (که چارچوب نظری مورد استفاده در آن از مدل نظری به کار رفته در تحقیق حاضر متفاوت است) بر کاهش میزان اضطراب و افسردگی معنادار خود معرف مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج آن نشان می دهد که گروه درمانی شناختی - مذهبی در مقایسه با گروه درمانی شناختی و گروه گواه میزان افسردگی را کاهش داده، اما بر میزان اضطراب تأثیر معناداری نداشته است.

مدل درمان شناختی - مذهبی: در نظام فکری فرانکل یک انگیزش بنیادی وجود دارد، اراده معطوف به معنا یعنی «تلاش بنیادی برای یافتن معنا و هدف» که چنان نیرومند است که می تواند همه انگیزشهای دیگر انسان را تحت الشعاع قرار دهد. اراده معطوف به معنا برای سلامت روانی حیاتی و در اوضاع و شرایط حاد برای بقا ضروری است (شولتز<sup>۱</sup> ۱۹۷۷، ترجمه خوشدل ۱۳۷۸). بحران معنا که فرانکل آن را خلأ وجودی می نامد وقتی رخ می دهد که یک پوچی درونی و فقدان معنا وجود داشته باشد. این خلأ باید با ایجاد احساس معنا پر شود وگرنه به بروز مشکلاتی نظیر اضطراب، گیجی، افسردگی، سوء مصرف مواد و بعضی از مشکلات روان تنی منجر می شود (لاتز، ۱۹۸۹).

دین نیاز به یافتن فلسفه هستی و معنای وجود انسان را برآورده می سازد، همان طور که همه ادیان ادعا کرده اند که تبیین جامعی در مورد جهان و جایی که انسان در آن زندگی می کند ارائه کرده اند (هالامی و آرجایل، ۱۹۹۷). مذهب مفاهیم معنای غایی، فوق معنا و خدا را در بر دارد. دین راستین با معنویت عمیق برابر است (فرانکل ۱۹۸۵، ترجمه ایزدی ۱۳۷۵). به اعتقاد وبر دین با فلسفه آن دسته از پدیده های زندگی که در علوم [کلاسیک] پاسخی ندارند - شر، رنج و مرگ - ارتباط دارد (نقل از هالامی و آرجایل، ۱۹۹۷). مذهب مجموعه ای از شناخته های جمعی به وجود می آورد که تفسیری از واقعیت، تعریفی از خود و منبعی برای جهت دهی رفتار فراهم می کند (برجر و لاکمن، ۱۹۶۷).

علامه جعفری (۱۳۶۸) تعریفی از دین ذکر می‌کند که از این قرار است «اعتقاد به وجود خداوند یگانه، عالم، قادر، غنی، عادل مطلق و جامع همه صفات کمالیه که جهان هستی را بر مبنای حکمت و عدل آفریده و انسان را در میدان مسابقه برای وصول به کمال به حرکت در آورده است» (جعفری، ۱۳۶۸، ص ۱۳) و معتقد است که مبدأ و مقصد حرکت مطرح شده در این تعریف، همان‌طور که در قرآن آمده است، خداوند است<sup>۱</sup> و آنچه می‌تواند حیات انسان در این جهان را دارای فلسفه و هدف قابل قبولی نماید، دین به همین معنی است. وی می‌گوید: «هیچ متفکر و مکتبی بدون پیدا کردن پاسخی معقول و قانع‌کننده برای چهار مسأله ارتباط انسان با خود، خدا، جهان هستی و همنوع، توانایی رسیدن به یقین و شناخت هدف و فلسفه معقول و قانع‌کننده برای زندگی را نخواهد داشت و در تعریف ذکر شده از دین پاسخ معقول به چگونگی این ارتباطات چهارگانه ملحوظ شده است و هدف و فلسفه زندگی انسانها، به صورت قانع‌کننده تبیین شده است» (جعفری، ۱۳۶۸، ص ۱۴).

حال با توجه به اینکه تلاش برای یافتن معنی و هدف زندگی برای سلامت روانی حیاتی است و با توجه به اینکه دین نیاز به یافتن فلسفه هستی و معنای وجود انسان را برآورده می‌سازد و با توجه به دیدگاه علامه جعفری در مورد لزوم پاسخگویی به چهار مسأله ارتباط انسان با خود، خداوند، جهان هستی و همنوع برای یافتن هدف و فلسفه معقول و قانع‌کننده‌ای برای زندگی، می‌توان نتیجه گرفت که از نظر ادیان الهی (که دین اسلام کاملترین آنهاست)<sup>۲</sup> بیماریهای روانی از انحراف از دین و در نتیجه عدم دستیابی به هدف و فلسفه راستین زندگی (اطاعت از خداوند و رسیدن به وصال او) و در پی آن ارتباط نادرست با خود، خداوند، جهان هستی و همنوع نشأت می‌گیرد و راه درمان آن باور و عمل به دین و در نتیجه دستیابی به هدف و فلسفه راستین زندگی (اطاعت از خداوند و رسیدن به وصال او) و در پی آن ارتباط صحیح با خود، خداوند، جهان هستی و همنوع است؛ یعنی انسان هر چه بیشتر در جهت عمل به دستورات دین و کسب رضایت خداوند تلاش کند، کمتر دچار بیماریهای روانی خواهد شد و از سلامت روانی بیشتری

۱- انا لله و انا الیه راجعون (سوره بقره آیه ۱۵۶).

۲- ان الذین عندالله الاسلام (سوره آل عمران، آیه ۱۹).

برخوردار خواهد بود. با توجه به آنچه که مطرح شد می توان در مورد سبب شناسی و درمان بیمارهای روانی یک مدل شناختی - مذهبی در نظر گرفت که نمودار آن به این شکل است.



نمودار ۱- سبب شناسی و درمان بیمارهای روانی براساس مدل شناختی - مذهبی

درمان شناختی - مذهبی را می توان هم به صورت فردی و هم به صورت گروهی انجام داد. مزیت روش گروهی نسبت به روش انفرادی این است که در درمان گروهی (گروه درمانی) اعضا با تجارب یکدیگر در مورد رابطه با خود، خداوند، جهان هستی و همونوع و پیامدهای آن آشنا می شوند و آنچه به صورت نظری مطرح می شود برای آنها قابل فهم تر و ملموس تر می گردد و در می یابند که می توان این مباحث نظری را به عمل در آورد و از نتایج مثبت آن بهره مند شد. در این روش دیگر نیازی به القای مستقیم نظر درمانگر به مراجع نیست، بلکه او صرفاً از طریق طرح سؤالات خاصی در مورد لزوم یافتن فلسفه و هدفی برای زندگی و رنجهای آن و رابطه با خود، خداوند، جهان هستی و همونوع و اجرای روشهای گروه درمانی و کمک به اعضا در جمع بندی و نتیجه گیری از مباحث مطرح شده، در جهت رسیدن به نتیجه مطلوب یعنی بهبود وضعیت روان شناختی اعضا تلاش می کند و بدین ترتیب این اصل درمانی معنادرمانی که درمانگر نباید معیارها و ارزشهای خود را به بیمار تحمیل کند (فرانکل، ۱۳۷۵) و فقط باید بیمار را برای دستیابی به زمینه های بالقوه معنا به چالش بطلبد و راهنمایی کند (ولتر، ۱۹۸۷) به خوبی رعایت می شود. بدیهی است که مدل درمان شناختی - مذهبی را برای کسانی می توان به اجرا در آورد که به اصل دین اعتقاد داشته باشند.

## فرضیه‌های پژوهش

- ۱- گروه درمانی شناختی - مذهبی در مرحله پس‌آزمون میزان کلی علایم روانی و نیز میزان شکایات جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب و روان‌پریشی معلولان جسمی زن را در مقایسه با گروه گواه کاهش می‌دهد.
- ۲- گروه درمانی شناختی - مذهبی در مرحله پیگیری میزان کل علایم روانی و نیز میزان شکایات جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب و روان‌پریشی معلولان جسمی زن را در مقایسه با گروه گواه کاهش می‌دهد.

## روش تحقیق

در این تحقیق از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه همراه با آزمون پیگیری استفاده شده است. طرح تحقیق در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه همراه با آزمون پیگیری

گروه	مراحل	پیش‌آزمون	اجرای گروه درمانی	پس‌آزمون	آزمون پیگیری
آزمایش		+	+	+	+
گواه		+	-	+	+

در تحقیق حاضر متغیر مستقل گروه درمانی شناختی - مذهبی و متغیرهای وابسته نمرات پس‌آزمون و نمرات آزمون پیگیری در هر یک از مقوله‌های شاخص کلی علایم مرضی، جسمی‌سازی، وسواس - اجبار، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب و روان‌پریشی آزمون SCL-90-R است.

جامعه آماری این تحقیق کلیه اعضای جامعه معلولان<sup>۱</sup> شهر اصفهان است که تعداد

آنها ۲۹۰ نفر است.

۱- جامعه معلولان تشکلی ملی است که با هدف افزایش همبستگی بین معلولان جسمی - حرکتی و فراهم آوردن زمینه گفت و شنود و تبادل نظر آنها درباره مشکلاتشان و نیز ارائه خدمات فرهنگی، آموزشی، تفریحی و ورزشی به آنها تشکیل شده است و عضویت در آن داوطلبانه و اختیاری است.



## نمونه و روش نمونه‌گیری

برای تعیین حجم نمونه از فرمول حجم نمونه کوهن استفاده شد. نمونه مورد پژوهش ۲۶ نفر از اعضای زن جامعه معلولان شهر اصفهان بودند که به شیوه تصادفی انتخاب و در گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. در طول اجرای جلسات گروه درمانی ۳ نفر از اعضای گروه ریزش کردند و بنابراین به منظور رعایت تساوی اندازه‌گروهها ۳ نفر از آزمودنیهای گروه گواه نیز به صورت تصادفی حذف شدند تا تعداد آزمودنیهای هر کدام از گروههای آزمایش و گواه برابر با ۱۰ شود. در مرحله پیگیری نیز در گروه آزمایش از ۱۰ نفر شرکت‌کننده در مرحله پس‌آزمون، ۸ نفر در جلسه پیگیری حاضر شدند؛ بنابراین در این مرحله نیز از آزمودنیهای گروه گواه که ۱۰ نفر بودند ۲ نفر به صورت تصادفی حذف شد تا تعداد آزمودنیهای هر کدام از گروههای آزمایشی و گواه برابر با ۸ شود. میانگین سنی گروه آزمایش ۳۰/۸ سال و میانگین سنی گروه گواه ۳۱/۵ سال بود.

میانگین سطح تحصیلات در گروه آزمایش ۹/۱ سال و در گروه گواه ۱۲/۳ سال بود. در گروه آزمایش ۴ نفر با ویلچر، ۲ نفر با عصا و ۴ نفر بدون عصا بودند و در گروه گواه ۲ نفر با ویلچر، ۲ نفر با عصا و ۶ نفر بدون عصا بودند. در گروه آزمایش ۲ نفر شاغل و ۸ نفر بیکار بودند و در گروه گواه ۶ نفر شاغل و ۴ نفر بیکار بودند. باید گفت که در این تحقیق متغیرهای سن، سطح تحصیلات، شدت معلولیت و وضعیت اشتغال با استفاده از تحلیل کواریانس و متغیرهای جنسیت و وضعیت تأهل با انتخاب آزمودنیهای زن مجرد کنترل شد و به این ترتیب گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ این متغیرها همسان شدند.

## شیوه اجرا

پس از انتخاب آزمودنیها، طی ملاقاتی حضوری از آزمودنیهای گروه آزمایش دعوت شد که در جلسات گروه درمانی که در محل جامعه معلولان شهر اصفهان تشکیل می‌شود شرکت کنند. درست قبل از برگزاری اولین جلسه گروه درمانی پیش‌آزمون<sup>۱</sup> در مورد هر

۱- در این پژوهش برای ارزیابی وضعیت روان‌شناختی معلولان جسمی زن نمره آزمودنیها در کل پرسشنامه SCL-90-R و ابعاد شکایات جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب و روان‌پریشی مورد ارزیابی قرار گرفت و نمره آنها در سه بعد دیگر SCL-90-R یعنی پرخاشگری، ترس مرضی و افکار پارانوئید به علت پایایی آنها در هنجاریابی میرزایی (۱۳۵۹) کمتر از ۰/۸ بوده است و نیز به علت اینکه احتمالاً برای بهبود آنها درمانهای درازمدت و چندگانه لازم است در این تحقیق مورد ارزیابی قرار نگرفت.

دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد. سپس برای گروه آزمایش برنامه‌گروه‌درمانی شناختی - مذهبی در قالب ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد. پس آزمون بر روی هر دو گروه آزمایش و گواه انجام شد. ۸ هفته بعد نیز جلسه پیگیری برگزار شد و بلافاصله پس از اتمام جلسات گروه‌درمانی پس آزمون بر روی هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد. گفتنی است، از طریق تماس تلفنی ضمن دعوت مجدد از آزمودنیهای گروه آزمایش برای شرکت در جلسه پیگیری از آنها خواسته شد که یک هفته قبل از برگزاری جلسه پیگیری، هر شب تأثیر نکات فراگرفته شده در جلسات گروه‌درمانی را بر افکار، احساسات و رفتار آن روز خود یادداشت نمایند تا در جلسه پیگیری در مورد آن بحث شود.

روش برگزاری جلسات گروه‌درمانی شناختی - مذهبی: نحوه کار در جلسات گروه‌درمانی که به کمک استاد راهنما اداره می‌شد، به این ترتیب بود که در هر جلسه بعد از جمع‌آوری تکالیف خانگی مربوط به موضوع جلسه قبل، از تک‌تک اعضا در مورد نتیجه‌ای که از انجام آن تکلیف خاص گرفته‌اند، سؤال می‌شد. سپس موضوع مورد بحث آن جلسه مطرح شده و از اعضا خواسته می‌شد که نظر خود را در مورد آن بیان کرده و به تبادل نظر بپردازد. برداشت درمانگر و کمک درمانگر گروه از گفته‌های اعضا و نظرات شخصی خود آنها نیز مطرح می‌شد (خود درمانگر نیز معلول بوده و از ویلچر استفاده می‌کند). سپس بحثهای مطرح شده در آن جلسه جمع‌بندی شده و از آن نتیجه‌گیری به عمل می‌آمد. در پایان برگه‌های تکلیف خانگی در بین اعضا توزیع می‌شد که در آن بندهایی در مورد موضوعات مورد بحث در آن جلسه آورده شده بود و اعضا می‌بایست هر شب مقابل بندهایی که در آن روز در مورد آنها صحت داشته است علامت بزنند.

سرفصل مباحث مطرح شده در جلسات با استفاده از مدل درمان شناختی - مذهبی مبنی بر باور و عمل به دین و در نتیجه دستیابی به هدف و فلسفه راستین زندگی (اطاعت از خداوند و رسیدن به وصال او) و در پی آن ارتباط صحیح با خود، خداوند، جهان هستی و ممنوع تنظیم شد. با توجه به این امر در هر یک از جلسات هشتگانه گروه‌درمانی شناختی - مذهبی به ترتیب یکی از موضوعات زیر مورد بحث قرار گرفت: معارفه و آشنایی و شناخت اهداف و روشها و قوانین؛ لزوم یافتن هدف و توجیهی برای رنجهای زندگی و بررسی نگرشهای مذهبی در این مورد؛ بررسی چگونگی رابطه با خود و خودشناسی؛ بررسی روش پذیرش شرایط خود و بهبود بخشیدن به رابطه با خود

با توجه به نگرش‌های مذهبی؛ بررسی چگونگی ارتباط با خداوند و ارتقای آن؛ بررسی نگرش‌ها نسبت به جهان و آینده و چگونگی بهبود بخشیدن به آنها با توجه به دیدگاه‌های مذهبی؛ بررسی چگونگی بهبود بخشیدن به روابط خانوادگی و اجتماعی با توجه به آموزه‌های مذهبی؛ جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از مباحث مطرح شده در جلسه پیگیری نیز تأثیر مباحث مطرح شده در جلسات گروه بر زندگی روزمره اعضا مورد بررسی قرار گرفت.

### ابزار پژوهش

برای ارزیابی وضعیت روان‌شناختی معلولان از پرسشنامه SCL-90-R استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۹۰ سؤال برای ارزیابی علایم روانی است و میزان ناراحتی از این علایم را در طول هفته قبل می‌سنجد. فرم اولیه این پرسشنامه را در سال ۱۹۷۳ دراگوتیس، لیپمن و کووی<sup>۱</sup> ارائه داد (به کیش، ۱۳۷۳ و میرزایی ۱۳۵۹). میرزایی این پرسشنامه را در ایران در سال ۱۳۵۹ هنجاریابی کرد. هر یک از پاسخهای ارائه شده به سؤالات این پرسشنامه که شامل گزینه‌های به هیچ وجه، کمی، در حد متوسط، نسبتاً زیاد و خیلی زیاد است. براساس یک مقیاس چهار درجه‌ای به ترتیب از صفر که نشان‌دهنده نداشتن ناراحتی است تا ۴ که بیانگر شدیدترین درجه ناراحتی است درجه‌بندی می‌شود. ۹۰ سؤال این پرسشنامه ۹ بعد شکایات جسمانی، وسواس-اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی به علاوه سؤالات اضافی را در برمی‌گیرد. شاخص کلی علایم مرضی از تقسیم حاصل جمع نمره کل سؤالات بر تعداد سؤالات پرسشنامه یعنی ۹۰ به دست می‌آید. نمره هر بعد از تقسیم حاصل جمع نمره سؤالات مربوط به آن بعد بر تعداد سؤالات آن بعد به دست می‌آید (به کیش، ۱۳۷۳ و میرزایی، ۱۳۵۹). روایی این پرسشنامه و ابعاد نه‌گانه آن در تحقیقات مختلف بین ۰/۳۶ تا ۰/۷۸ و پایایی این پرسشنامه و ابعاد نه‌گانه آن در پژوهشهای مختلف بین ۰/۴۷ تا ۰/۹۳ به دست آمده است. این پرسشنامه در مورد افراد دارای ناراحتیهای شدید جسمی با موفقیت به کار رفته است (به کیش، ۱۳۷۳).

## روش تحلیل داده‌ها

در تحقیق حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس استفاده شده است.

## نتایج

در این قسمت ابتدا هر یک از فرضیه‌ها مطرح و سپس نتایج حاصل از آزمون آنها بررسی می‌گردد.

فرضیه ۱- گروه درمانی شناختی - مذهبی در مرحله پس آزمون میزان کلی علایم روانی و نیز میزان شکایات جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب و روان‌پریشی معلولان جسمی زن را در مقایسه با گروه گواه کاهش می‌دهد. جدول ۲ نتایج حاصل از آزمون فرضیه ۱ را نشان می‌دهد.

جدول ۲- بررسی معناداری تفاوت گروه آزمایش و گواه در میزان شاخص کلی علایم مرضی و شش بعد مورد بررسی SCL-90-R در مرحله پس آزمون

میزان تفاوت	معناداری	فراوانی	مقوله‌ها
۰/۱۶	۰/۰۷۲	۲/۴۲	شاخص کلی علایم مرضی
۰/۰۲	۰/۲۹۲	۰/۳۱	شکایات جسمانی
۰/۲۲	۰/۰۳۸	۳/۷۱	وسواس - اجبار
۰/۲۲	۰/۰۳۸	۳/۷۱	حساسیت بین فردی
۰/۰۶	۰/۱۸۶	۰/۸۵	افسردگی
۰/۰۹	۰/۱۳۸	۱/۲۹	اضطراب
۰/۰۵	۰/۲۰۳	۰/۷۴	روان‌پریشی

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، گروه درمانی شناختی - مذهبی در مرحله پس آزمون باعث کاهش معنادار وسواس - اجبار ( $P = ۰/۰۳۸$ ) و حساسیت بین فردی ( $P = ۰/۰۳۸$ ) شده است، اما بر میزان شاخص کلی علایم مرضی ( $P = ۰/۰۷۲$ )، شکایات

جسمانی ( $P = 0/292$ )، افسردگی ( $P = 0/186$ )، اضطراب ( $P = 0/138$ ) و روان‌پریشی ( $P = 0/203$ ) تأثیر معناداری نداشته است. بنابراین فرضیه ۱ در کل رد می‌شود.

فرضیه ۲- گروه درمانی شناختی - مذهبی در مرحله پیگیری میزان کلی علائم روانی و نیز میزان شکایات جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب و روان‌پریشی معلولان جسمی زن را در مقایسه با گروه گواه کاهش می‌دهد. جدول ۳ نتایج حاصل از آزمون فرضیه ۲ را نشان می‌دهد.

جدول ۳- بررسی معناداری تفاوت گروه آزمایش و گروه گواه در میزان شاخص کلی علائم مرضی و شش بعد مورد بررسی SCL-90-R در مرحله پیگیری

میزان تفاوت	معناداری	فراوانی	مقوله‌ها
۰/۶۴	۰/۰۰۱	۱۶/۲۹	شاخص کلی علائم مرضی
۰/۵۵	۰/۰۰۴	۱۱/۱۱	شکایات جسمانی
۰/۵۹	۰/۰۰۳	۱۲/۷۳	وسواس - اجبار
۰/۳۸	۰/۰۲۲	۵/۴۸	حساسیت بین فردی
۰/۲۴	۰/۰۶۳	۲/۸۵	افسردگی
۰/۴۸	۰/۰۰۹	۸/۳۷	اضطراب
۰/۴۷	۰/۰۱	۸/۰۳	روان‌پریشی

چنانکه جدول ۳ نشان می‌دهد، گروه درمانی شناختی - مذهبی در مرحله پیگیری باعث کاهش معنادار شاخص کلی علائم مرضی ( $P = 0/001$ )، شکایات جسمانی ( $P = 0/004$ )، وسواس - اجبار ( $P = 0/003$ )، حساسیت بین فردی ( $P = 0/022$ )، اضطراب ( $P = 0/009$ ) و روان‌پریشی ( $P = 0/01$ ) شده است و فقط بر میزان افسردگی تأثیر معناداری نداشته است ( $P = 0/063$ ) بنابراین فرضیه ۲ در کل تأیید می‌گردد.

## بحث

در این قسمت با توجه به جدید بودن موضوع و مدل نظری مورد استفاده در تحقیق حاضر، نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌ها در قالب مقایسه یافته‌های به دست آمده از هر یک از مراحل پس از آزمون و پیگیری تبیین می‌شود.

همان‌طور که در قسمت نتایج اشاره شد، گروه درمانی شناختی - مذهبی در مرحله پس از آزمون میزان کلی علایم روانی معلولان جسمی زن را کاهش نداده است، اما در مرحله پیگیری باعث کاهش معنادار این علایم شده است. در تبیین این موضوع دلایل مختلفی می‌توان ذکر کرد، از جمله اینکه آزمون SCL-90-R صرفاً وضعیت روان‌شناختی هفته قبل را می‌سنجد و در هفته آخر برگزاری جلسات گروه اعضا به خاطر پایان یافتن گروه وضعیت روحی مطلوبی نداشتند، کما اینکه بسیاری از آنها خیلی صریح به این موضوع اشاره می‌کردند و طبعاً این حالت در پاسخگویی آنها به سؤالات آزمون SCL-90-R که بلافاصله پس از اجرای آخرین جلسه گروه اجرا شد، منعکس شده است. اما این حالت در مرحله پیگیری وجود نداشته است. «در گروه‌های کوتاه مدت و گاهی گروه‌های بلندمدت پایان یافتن گروه ممکن است برای هر یک از اعضا مسائلی مانند احساس کمبود، رهاسدگی و جدایی به وجود آورد. علاوه بر این چون پایان یافتن گروه ناخواسته است، مراجعان با مسأله کمبود کنترل و احساس عدم اتمام کار روبه‌رو هستند» (ایرلی، ۱۹۹۹) در هر گروهی که یک رابطه عمیق، باصفا و توأم با صمیمیت به وجود آید، اعضای آن اگر دارند که به پایان رسیدن آن را ببینند (ثنایی، ۱۳۷۴). در گروه بسته به خصوص اگر به صورت یک واحد همبسته در آید، اعضای آن معمولاً در مقابل ترک گروه مقاومت نشان می‌دهند، غالباً نگرانند که آیا می‌توانند به افراد خارج از گروه به اندازه اعضای گروه اطمینان کنند و با آنها باز باشند، آیا در خارج از گروه هم می‌توانند با سایرین همین نزدیکی و عطوفت و فضای عاری از پیشداوری و توأم با حمایتها را داشته باشند (کوری و دیگران،<sup>۱</sup> ۱۹۹۸ ترجمه ثنایی، ۱۳۷۹). علاوه بر این در تبیین عدم اثربخشی گروه درمانی شناختی - مذهبی بر میزان کلی علایم روانی معلولان جسمی در مرحله پس از آزمون و اثربخشی آن بر میزان کلی این علایم در مرحله پیگیری می‌توان گفت

که در مرحله پس آزمون از اعضا خواسته نشده بود که در قالب یک تکلیف خانگی به تعمق در آثار گروه بر زندگی خود بپردازند، ولی در مرحله پیگیری چنین تکلیفی برای آنها در نظر گرفته شده بود؛ ضمن اینکه تفاوت بین میانگین نمرات باقی مانده شاخص کلی علایم مرضی گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس آزمون به سطح معنادار نزدیک بوده ( $P = 0/072$ ) که این با توجه به کم بودن حجم نمونه درخور توجه است.

در تبیین عدم اثربخشی گروه درمانی شناختی - مذهبی بر کاهش میزان شکایات جسمانی آزمودنیها در مرحله پس آزمون و اثربخشی آن بر کاهش این اختلال آنها در مرحله پیگیری می توان گفت که در مرحله پس آزمون احتمالاً خود آمدن به جلسات گروه به خصوص برای اعضایی که معلولیت شدیدی داشته اند دردهای جسمی در پی داشته است؛ علاوه بر این ممکن است در بعضی از اعضا علایم غم و اندوه ناشی از پایان یافتن گروه به شکل شکایت جسمی بروز کرده باشد، ولی در مرحله پیگیری چنین مسائلی مصداق نداشته است.

در تبیین اثربخشی گروه درمانی شناختی - مذهبی بر کاهش میزان وسواس - اجبار آزمودنیها در هر یک از مراحل پس آزمون و پیگیری می توان گفت با توجه به اینکه از علایم بارز وسواس - اجبار اشتغال ذهنی با افکار ناخوشایند و تصور خالی شدن مغز از هر گونه فکر و تردید در تصمیم گیری است، احتمالاً در طول برگزاری جلسات گروه درمانی شناختی - مذهبی فکر اعضا معطوف به پاسخ سؤالات تکالیف خانگی بوده و افکار مربوط به آن جای افکار ناخوشایند را می گرفته است و بنابراین یکی از روشهای عمده درمان وسواس یعنی ایجاد وقفه در فکر و جایگزین کردن افکار دیگر به جای آن (هاتون<sup>۱</sup>، ۱۹۸۹، ترجمه قاسم زاده ۱۳۸۰) اجرا شده است. در متون اسلامی نیز اشاره شده است که یکی از راههای درمان وسواس، تفکر در مورد مسائل مذهبی است (نراقی، ۱۳۵۱). از طرف دیگر احتمالاً بحثهای مطرح شده در جلسات گروه باعث شده است که توانایی تفکر سازنده در اعضا تقویت شود و نشانه هایی از قبیل احساس خالی بودن مغز از هرگونه فکر تحقیف یابد و علاوه بر این اعتماد به نفس آنها به علت دریافت بازخوردهای مثبت از سوی دیگر اعضا افزایش یابد و در نتیجه تردید در تصمیم گیری که یکی از علل آن اعتماد به نفس پایین است، در آنها کاهش پیدا کند.

در تبیین اثربخشی گروه‌درمانی شناختی - مذهبی بر کاهش میزان حساسیت بین‌فردی آزمودنیها در هر یک از مراحل پس‌آزمون و پیگیری می‌توان گفت از آنجا که از اهداف مهم گروه‌درمانی کمک به اعضا برای کسب مهارت‌های اجتماعی و رفع مشکلات معاشرتی، شناخت بیشتر احساسات و برداشتها و یادگیری رفتارهای تطابقی مطلوبتر است (ثنایی، ۱۳۷۴)، بنابراین ویژگیهای گروه می‌تواند حساسیت بین‌فردی اعضا را که از مشخصات آن زودرنجی، احساس عدم درک شدن توسط دیگران، دوستانه نبودن رفتار دیگران نسبت به خود، حقارت در مقابل دیگران و ناراحتی به هنگام ارزیابی شدن توسط دیگران است، کاهش دهد. نتیجهٔ آزمون پیگیری نشان می‌دهد که تأثیر گروه‌درمانی شناختی - مذهبی بر حساسیت بین‌فردی موقت نبوده و تا زمان اجرای آزمون پیگیری ادامه داشته است.

نتایج حاصل از آزمون اثربخشی گروه‌درمانی شناختی - مذهبی بر کاهش میزان افسردگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری با نتایج تحقیق عرب و ونوسفادرائی (۱۳۷۸) که در آن گروه‌درمانی - شناختی مذهبی در کاهش میزان افسردگی معنادار مؤثر شناخته شده بود و نتایج تحقیق کن و همکاران (۲۰۰۲) که در آن زنان شرکت‌کننده در گروه‌درمانی سازگار شده با فرهنگ آنها نسبت به زنان شرکت‌کننده در گروه‌درمانی عادی در میانگین نمرات پرسشنامه افسردگی بک، کاهش بیشتری داشتند همخوانی ندارد.

در تبیین عدم اثربخشی گروه‌درمانی شناختی - مذهبی بر کاهش میزان افسردگی معلولان جسمی می‌توان گفت که احتمالاً افسردگی در آزمودنیهای این تحقیق به علت شرایط خاص آنها شدیدتر از آن است که گروه‌درمانی شناختی - مذهبی بتواند باعث کاهش معنادار آن شود. معلولیت جسمی زمینه را برای ابتلا به افسردگی فراهم می‌سازد و در واقع یکی از بازتابهای روانی ناشی از معلولیت افسردگی است. بنابراین نا همخوان بودن نتایج این تحقیق با تحقیقات گذشته، ممکن است ناشی از پیامدهای روانی معلولیت باشد. از طرف دیگر به علت اینکه افسردگی نسبت به بسیاری از اختلالات روانی دیگر حالت پایدارتری دارد، بنابراین برای بهبود آن نیز صرف وقت بیشتری لازم است و احتمالاً تعداد جلسات گروه‌درمانی شناختی - مذهبی برای تغییر این حالت کافی



نبوده است؛ ضمن اینکه تفاوت بین میانگین نمرات باقی مانده گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پیگیری به سطح معنادار نزدیک بود ( $P = 0/063$ ) که این با توجه به کم بودن حجم نمونه درخور توجه است.

نتیجه حاصل از آزمون اثربخشی گروه درمانی شناختی - مذهبی بر کاهش میزان اضطراب در مرحله پس آزمون با نتیجه تحقیق عرب ورنوسفادرانی (۱۳۷۸) مبنی بر عدم اثربخشی گروه درمانی شناختی - مذهبی در کاهش میزان اضطراب معنادار همخوانی دارد، اما نتیجه حاصل از آزمون اثربخشی گروه درمانی شناختی - مذهبی بر کاهش میزان اضطراب آزمودنیها در مرحله پیگیری با نتیجه تحقیق عرب ورنوسفادرانی همخوانی ندارد. در تبیین این نتایج می توان به آثار پایان یافتن گروه بر حالات روحی اعضا اشاره کرد. احساس اضطراب ناشی از اختتام گروه مسأله ای متداول به هنگام پایان یافتن جلسات گروه است (ایرلی، ۱۹۹۹). بنابراین در مورد این گروه نیز احتمالاً پایان یافتن گروه باعث ایجاد اضطراب در اعضا شده است؛ اما در مرحله پیگیری چنین حالتی وجود نداشته است و از طرف دیگر تکالیف مربوط به جلسه پیگیری باعث تعمق بیشتر در آثار گروه بر حالات اضطرابی و به کارگیری بیشتر آموخته های گروه در کاهش این حالات ولو به صورت ناخود آگاه شده است.

در تبیین عدم اثربخشی گروه درمانی شناختی - مذهبی بر کاهش میزان روان پریشی آزمودنیها در مرحله پس آزمون و اثربخشی آن بر کاهش اختلال آنها در مرحله پیگیری می توان به همان دلایل ذکر شده برای اثربخشی نبودن گروه درمانی شناختی - مذهبی بر کاهش کلی علایم روانی آزمودنیها در مرحله پس آزمون و اثربخشی آن بر کاهش میزان کلی علایم روانی آنها در مرحله پیگیری اشاره کرد. البته میزان روان پریشی آزمودنیهای این تحقیق در دامنه بهنجار قرار داشته است، اما پایان یافتن گروه احتمالاً باعث تشدید مجدد علایم روان پریشانه در دامنه بهنجار شده است. از آنجا که نتایج این تحقیق نشان داد که گروه درمانی شناختی - مذهبی در کل بر کاهش میزان انواع اختلالات روانی معلولان جسمی مؤثر است، پیشنهاد می شود، چنین برنامه ای به صورت منظم در مؤسسات مربوط مثل سازمان بهزیستی و بنیاد جانبازان اجرا گردد.

منابع

- به‌کیش، پرویز. (۱۳۷۳)، *آزمودن‌های روانی*، تهران، دانشگاه تهران.
- ثنایی، باقر. (۱۳۷۴)، *مشاوره و روان‌درمانی گروهی*، تهران، شرکت سهامی چهر.
- جعفری، محمدتقی. (۱۳۶۸)، *ترجمه و تفسیر نهج‌البلاغه*، ج ۲۲، تهران، دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- شولتس، دوان. (۱۹۷۷)، *روان‌شناسی کمال (الگوهای شخصیت سالم)*، ترجمه گیتی خوشدل، (۱۳۷۸)، تهران، مؤسسه گسترش فرهنگ و مطالعات.
- عرب‌ورنوسفادرانی، مهدی. (۱۳۷۸)، «بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی - مذهبی بر کاهش میزان اضطراب و افسردگی معتادان خود معرف شهر یزد»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی (چاپ نشده)، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- فرانکل، ویکتور. (۱۹۸۵)، *خدا در ناخودآگاه*، ترجمه ابراهیم ایزدی (۱۳۷۵)، تهران، مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
- فرانکل ویکتور. (۱۹۶۵)، *پزشک و روح*، ترجمه فرخ سیف‌بهبزاد، (۱۳۶۶)، تهران، نشر ویس.
- کوری، جرالده. کوری ماریان. شیندر، کالانان، پاتریک و راسل، مایکل. (۱۹۹۸)، *فنون گروهی مشاوره و روان‌درمانی*، ترجمه باقر ثنایی، (۱۳۷۹)، تهران، مؤسسه انتشارات بعثت.
- میرزایی، رضا. (۱۳۵۹)، «ارزیابی و اعتباریابی آزمون SCL-90-R ایران»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- نراقی، ملا احمد. (۱۳۵۱)، *معراج‌السعادة*، تهران، مطبوعات علمی.
- نوری، ابوالقاسم. (۱۳۷۴)، «جنبه‌های روان‌شناختی ناتوانی جسمی: اشتغال به‌عنوان مهمترین عامل»، *مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان*، جلد هفتم، ۱۰۶ - ۸۵.
- هاوتون، کیت و همکاران. (۱۹۸۹)، *رفتاردرمانی شناختی*، ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده، (۱۳۸۰)، تهران، انتشارات ارجمند.

AZHAR, M.Z., VARMA, S.L. & DHARAP, A.S. (1994). Comparative efficacy of religious psychotherapy and traditional therapy for the treatment of general anxiety disorder in muslims patient, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 90. 1-3.

BERGER, P.L., & LUCKMANN, T. (1967). *The Social Construction of Reality*. New York: Doubleday.

- DEWA, C.S., & LIN, E. (2000). Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Social Science and Medicine*, 51,1, 41-50.
- EARLEY, J. (1999). *Interactive Group Therapy*. Philadelphia: Brunner-Mazel.
- EIDE, A.H., & ROYSAMB, E. (2002). The relationship between level of disability, psychological problems, social activity, and social networks. *Rehabilitation Psychology*, 47,2, 165-183.
- HALLAHMI, B.B., & ARGYLE, M. (1997). *The Psychology of Religious Behavior, Belief and Experience*. London: Routledge.
- HUEBNER, R.A., THOMAS, K.R., & BERVEN, N.L. (1999). Attachment and interpersonal characteristics of college students with and without disabilities, *Rehabilitation psychology*, 44,1, 85-103.
- KIERNAN, W.E., SCHALOCK, R.L., & KNUTSON, K. (1989). Economic and emographic trends influencing employment opportunities for adults with disabilities, In W.E. Kiernan, & R.L. Schalock (Eds), *Economics, industry, and disability: A look ahead* (pp. 3-16). Baltimore, MD: Paul h. Brookes publishing Co.
- KOHN, L.P., ODEN, T., MUNOZ, R.S., ROBINSON, A., & LEAVITT, D. (2002). A brief report: Adapted cognitive behavioral group therapy for depressed low-income African women. *Community Mental Health Journal*, 38,6, 469-504.
- LANTZ, J., and LANTZ, J. (1989). Meaning, tragedy and logotherapy with the elderly, *Journal of Religion and Aging*, 5,4, 43-51.
- LIVNEH, H. (1986). A unified approach to existing models of adaptation to disability: II "Intervention strategies". *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 17,2, 6-10.
- LIVNEH, H., & ENTONAK, R.F. (1991). Temporal structure of adaptation to disability, *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 34,4, 298-319.
- MCDERMUT, W., MILLER, I.W., and DROWN, R.A. (2001). The Efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the emperical research, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8,1, 98-116.
- NOSEK, M.A., HUGHES, R.B., SWDIUND, N., TAGLOR, H.B., & SWANK, P.

- (2003). Self-esteem and women with disabilities. *Social Science and Medicine*, 56,8, 1737-1747.
- PROPST, L.R., OSTROM, R., WATKINS, P., DEAN, T., & MASHBURN, D. (1992), Comparative efficacy of religious and cognitive-behavior therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 94-103.
- SIMPSON, J.S.A., CARLSON, L.E., & TREW, M.E. (2001). Effect of group therapy for breast cancer on healthcare utilization, *Cancer Practice*, 9,1, 19-26.
- STUBBINS, J. (1988). The politics of disability, In H.E. Yuker (Ed), *Attitudes toward persons with disabilities* (pp. 22-32). New York: Springer Publishing Company.
- TAYLOR, R.R., & JASON, L.A. (2002). Group intervention involving a client with chronic fatigue syndrome: A case study. *Clinical Case Studies*, 1,3, 183-220.
- THOMPSON, N.J., COKER, J., KRAUSE, J.S., & HENRY, E. (2003). Purpose in life as a mediator of adjustment after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 48,2, 100-108.
- THURER, S. & ROGERS, E.S, (1987). The mental health needs of the severely physically disabled. *Hospital and community psychiatry*, 83,3, 282-286.
- VAA, G., EGNER, R., & SEXTON, H. (2002). Sexually abused women after multimodal group therapy: A long-term follow-up study, *Nordic Journal of psychiatry*, 56,3, 215-221.
- WELTER, P. (1987). *Counseling and the search for meaning*. Waco, Tx: Word Books.

وصول: ۸۳/۹/۲۹

پذیرش: ۸۳/۱۱/۱۲