



مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی و درمان شناختی رفتاری گروهی بر افسردگی و سازگاری زنان پس از عمل سقط جنین

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات
استاد، گروه روانشناسی، علامه طباطبایی، تهران، ایران.
دانشیار گروه روانشناسی، علامه طباطبایی، تهران، ایران.
استاد گروه روانشناسی، علامه طباطبایی، تهران، ایران.

مژگان زارعان ^{id}

حسن احدی* ^{id}

فرهاد جمهری ^{id}

فرامرز سهرابی ^{id}

drahadi5@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱

دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۲۶

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۱ پیاپی ۱۵ | ۳۹۶-۴۱۹
بهار ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی و درمان شناختی رفتاری گروهی بر افسردگی و سازگاری زنان پس از عمل سقط جنین اجرا گردید. **روش پژوهش:** روش این پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل زنان پس از عمل سقط جنین مراجعه‌کننده به پزشک زنان، در یکی از کلینیک‌های زنان و زایمان در شهرک غرب تهران بودند که پس از تشخیص (دریافت استعلام درمان)؛ با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند و با استفاده از روش کاملاً تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفر تقسیم و در ۳ گروه آزمایش اول (۱۵)، آزمایش دوم (۱۵) و گواه (۱۵) جایگزین شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌های افسردگی و سازگاری بود که توسط زنان تکمیل شد. مداخله‌های آموزشی با اهداف از پیش تعیین‌شده برای زنان به اجرا گذاشته شد و ۵۰ روز بعد پرسشنامه‌ها مجدداً اجرا و تکمیل و تحلیل داده‌ها انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین دو گروه درمان شناختی-رفتاری و واقعیت‌درمانی از نظر اثربخشی بر افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). میانگین نمرات تمامی مؤلفه‌های سازگاری در هر دو گروه آزمایش از گروه گواه به‌طور معناداری بیشتر شده است ($P < 0/05$). همچنین بین دو گروه آزمایشی درمان شناختی-رفتاری و واقعیت‌درمانی گروهی از نظر اثربخشی بر سازگاری در تمامی مؤلفه‌ها به‌جز مؤلفه سازگاری در خانه تفاوت معناداری وجود داشت. **نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان داد که روش درمان شناختی-رفتاری نسبت به واقعیت‌درمانی تأثیر بهتری بر افسردگی و سازگاری داشته و باعث بهبود بهتری در آنان شده است.

کلیدواژه‌ها: واقعیت‌درمانی گروهی، درمان شناختی رفتاری گروهی، افسردگی، سازگاری.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(زارعان، احدی، جمهری و سهرابی، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

زارعان، مژگان، احدی، حسن، جمهری، فرهاد، و سهرابی، فرامرز. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان خاطرات آسیب‌زا و نشانگان جسمانی در زنان سرپرست خانوار. *خانواده‌درمانی کاربردی*. ۳۹۶-۴۱۹، (۱)، ۳۹۶-۴۱۹.

مقدمه

اختلال افسردگی به عنوان نوعی از اختلال اضطرابی، یکی از شایع ترین اختلال های روان پزشکی است که باعث می شود عده ای آن را سرماخوردگی روانی^۱ بنامند (رنجبر، اشک و دادگری، ۱۳۸۹). افسردگی یک حالت خلقی گاه مداوم و گاه ناپایدار است که می تواند جنبه های مختلفی از زندگی فرد را در بر گرفته و در آن ها تداخل نماید. بر این اساس تغییر خلق یعنی اندوه شدید تا خفیف، غمگینی و تحریک پذیری که افراد را تحت تأثیر قرار می دهد (باقیانی، احرامپوش، رحیمی، امینیان و آرام، ۱۳۹۱). سازمان جهانی بهداشت پیش بینی می کند تا سال ۲۰۲۰ این اختلال دومین بیماری بزرگ جهان خواهد بود (کنی و ویلیامز، ۲۰۰۷). ضمن آن که این نوع اختلال از هزینه بالایی برای درمان برخوردار می باشد به همین علت شیوع آن ها ایجاب می کند که به عنوان یکی از مشکلات بهداشت فراگیر در نظر گرفته شود (کاستا و سیلوا، ۱۹۹۸). استینبرگ و همکاران (۲۰۱۴)، معتقد هستند که سقط به عنوان یک عامل تروما و استرس زا باعث بروز عوارض روانی می شود. این در حالی است که استینبرگ (۲۰۱۶) و بیگز و همکاران (۲۰۱۳)، بر این باور هستند که سقط به خودی خود منجر به بروز عوارض روانی نمی شود بلکه عواملی مانند وضعیت سلامت روانی قبل از سقط، خشونت خانگی، تمایل به بارداری، وضعیت اقتصادی و غیره در بروز افسردگی و اضطراب بعد از سقط تأثیرگذار هستند. گزارشات نشان داده اند که ۹۲ درصد از زنان سقط کرده خواهان مراقبت های بعد از سقط بودند که از این میان تنها یک سوم بیماران موفق به دریافت این مراقبت ها شدند و بیماران بسیاری از دریافت ناکافی حمایت های روانی بعد از سقط ابراز خشم و ناراضی تری کرده اند. در واقع به شکایات فیزیکی زنان دارای سقط بیش از نیازهای روانی شان توجه و رسیدگی شده است (لوک و نئوگیبائور، ۲۰۰۷؛ نیککیویک، تئونکیل و نیکولایدیس، ۱۹۹۸).

به نظر می رسد این مهم فضای سازگاری^۲ و تطبیق با شرایط موجود را برای این نوع زنان تقویت می کند به طوری که آنان خواهند توانست با آرامش هر چه بیشتر، در موقعیت دشوار پرهیجانی حاضر شوند. سازگاری یک پروسه روان شناختی می باشد که بر طبق آن فرد به مقابله با تمایلات و چالش های روزمره زندگی می پردازد و به کنترل شان درمی آورد (قرطیه، ابوالفتحی، صلحی و قره تپه، ۱۳۹۴). در واقع سازگاری مفهومی چندوجهی و فرایندی پویا و مستمر است و اشاره به رابطه متعادل بین شخص و محیط؛ به این روش که فرد نیازهای خود را مطابق با خواسته های اجتماعی و فردی ارضاء می نماید، دارد (پارک، ۲۰۱۴؛ متوستافا و لیاس، ۲۰۱۳؛ یلایا، ۲۰۱۲). زیرمجموعه های سازگاری شامل سازگاری در خانه به معنای انطباق متوالی با تغییرات و ایجاد ارتباط بین فرد و محیط خانه و افراد خانواده؛ سازگاری تندرستی به معنای انطباق با تغییرات در خصوص سلامتی و وضعیت جسمانی؛ سازگاری اجتماعی به معنای اندیشه ها، باورها و خاطرها و استدلال های فرد درباره دیگران و احساس و توانایی های شناختی؛ سازگاری عاطفی به معنای انطباق با تغییرات در خصوص وضعیت تغییر هیجان ها و عاطفه افراد در خصوص مسائل مربوطه؛ سازگاری شغلی به معنای انطباق با تغییرات در خصوص وضعیت شغلی و محیط کار افراد است (حاج ابوطالبی، قنبری، رسولیان و عقیل مسجدی، ۱۳۹۰). خداپناهی و خاکسار بلداجی (۱۳۸۴)، معتقد هستند که انطباق متوالی با تغییرات و ایجاد ارتباط بین فرد و محیط به نحوی که حداکثر خویشتن سازی را همراه با رفاه اجتماعی ضمن رعایت

¹ Mental cold

² Adjustment

حقوقی خارجی امکان‌پذیر سازد و این به معنی هم‌رنگ شدن نیست بلکه به معنی شناخت این حقیقت است که هر فرد باید هدف‌های خود را با توجه به چارچوب‌های اجتماعی و فرهنگی تعقیب نماید. لذا زنان با سقط‌جنین زمانی می‌توانند سازگار باشند که از مهارت‌های اجتماعی برخوردار باشند و بتوانند با محیط (و البته شرایط پیش‌آمده) سازگار شوند (سوپینی و جئوسو، ۲۰۲۱).

بر اساس مذکور، روش واقعیت‌درمانی گروهی یک روش مشاوره و روان‌درمانی است که ویلیام گلاسر (۲۰۰۷)، روان‌پزشک آن را برای درمانگران، مشاوران و سایر افراد باهدف کمک به افراد برای آگاهی از نیازهای خود، پایش رفتار و انجام انتخاب‌های مناسب (سلیمانی، غفاری و بعزت، ۱۳۹۷)، بنیان‌گذاری کرده‌اند تا باعث خودتوانمندی آنان شود. واقعیت‌درمانی روشی مبتنی بر انجام دادن است و در آن تلاش می‌شود که از طریق ارضاء تصاویر دنیای کیفی نیازها را برآورده کند. درمانگر به همراه مراجع برنامه‌ای قابل حصول و دارای مراحل مثبت ایجاد خواهد کرد که او را در جهت ارضاء کردن نیاز قرار می‌دهد. برنامه همان چیزی است که مراجع می‌تواند آن را انجام دهد. این نوع شیوه‌درمانی به بیماران کمک می‌کند تا از رفتارها و انتخاب‌های ناکارآمد و مخرب به‌سوی کارآمدها و سازنده‌ها حرکت کنند و به همین علت انتظار می‌رود که در این نوع شیوه‌درمان، زنان بعد از عمل سقط‌جنین برای درک واقعیت‌ها، آمادگی بیشتری داشته باشند (ارنبرگ، الایی، پارلینگ و جونسون، ۲۰۱۳) و از اختلال‌ها و مشکلاتی که برایشان ایجاد شده است، واقع‌بینانه درک نمایند و برای حل و مقابله با آن‌ها نیز تلاش کرده و به خودسازی بپردازند.

از دیگر روش‌های درمانی قابل‌ملاحظه در این پژوهش، رفتاردرمانی شناختی^۱ به‌صورت گروهی است. ریشه‌های مدرن رفتاردرمانی شناختی را می‌توان در توسعه رفتاردرمانی در اوایل قرن بیستم و توسعه درمان شناختی را در دهه ۱۹۶۰ و متعاقباً ادغام این دو ردیابی کرد (هیمرگ و بکر، ۲۰۰۲). درمان گروهی شناختی رفتاری که توسط هیمرگ و بکر (۲۰۰۲)، تدوین شد، مداخله‌ای است گروه‌مدار که به‌طور خاص برای این اختلال طراحی شده است که در آن بازسازی شناختی در زمینه‌ای از تمرینات مواجهه ساختگی (شبیه‌سازی نمادین) صورت می‌گیرد (برگ، لاندريث و فال، ۲۰۱۷). هدف اصلی درمان شناختی در گروه، از بین بردن خطاها و تحریف‌ها و سوگیری‌ها در تفکر است تا افراد بتوانند کارآمدتر عمل کنند (مک لین، ویتال، توردارسون، تابلور، سوچتینگ و همکاران، ۲۰۰۱). مک لین و همکاران (۲۰۰۱)، نشان دادند که روش‌شناختی رفتاری به‌صورت گروهی از تأثیرگذاری بیشتری برخوردار است. همچنین پژوهش‌های اسبار و همکاران (۲۰۰۵)، دال بر تأثیر قابل‌توجه رویکرد گروهی در کاهش علائم اختلال است. در این روش فنون رفتاری به‌طور عمده دربرگیرنده شیوه‌های اجتناب از موقعیت‌های محرک و یا تغییر پاسخ نسبت به چنین محرک‌ها و دادن پاسخ‌های تازه به آن می‌باشد (کاپیلیز، ۲۰۰۰). تحقیقات و پژوهش‌های متعدد علمی، دانشگاهی و بالینی نشان داده‌اند که رفتاردرمانی شناختی به‌صورت گروهی در درمان افسردگی و بسیاری از بیماری‌های روانی و حتی جسمانی کاملاً مؤثر است. البته موفقیت و تأثیرگذاری روش رفتاردرمانی شناختی، منوط به همکاری مفید مشاور یا روان‌درمانگر با بیمار یا مراجعه‌کننده است. علاوه بر آن، این روش درمانی شامل شناسایی دقیق مشکلات، ایجاد اهداف قابل‌دسترسی، ارتباط همدلانه، بررسی واقعیت‌ها،

¹ Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

آموزش و انجام تکالیف مختلف است. افراد مختلف با انجام این کارها می‌توانند تغییرات مثبت و سازنده‌ای در زندگی خود ایجاد کنند (بک، ایپستین، برون و استیر، ۱۹۸۸).

محققان حوزه علوم روان‌شناختی با ارائه روان‌درمانی‌ها، تلاش نموده‌اند تا سلامت روحی و جسمانی بیماران را با منع عوارض‌ها و بازخوردهای منفی در حوزه دارودرمانی مورد افزایش قرار دهند. اگرچه هر یک از روان‌درمان‌ها از کارکردهای متناسبی برخوردار هستند، اما تطبیق آن با نوع بیماری و به‌کارگیری از این روان‌درمان‌ها بر اساس اصول تشخیصی بسیار مهم و قابل توجه است. بر این اساس توجه و شناخت عینی از روش‌های متعدد درمانی گامی مطمئن در درمان واقعی بیماران خواهد بود زیرا شناخت و تشخیص کارایی‌ترین و کاربردی‌ترین نوع رفتاردرمانی‌ها، دوره‌های درمان را تسریع و سلامت بیماران را بدون بار هزینه‌ای را تقویت و مورد افزایش قرار می‌دهد؛ بنابراین تعمق در واقعیت درمانی گروهی و درمان شناختی رفتاری گروهی برای زنان پس از عمل سقط جنین، آگاهی از میزان اختلال‌های هیجانی عارض شده در زنان پس از عمل سقط جنین، شناخت میزان و سطح مقابله مندی زنان پس از عمل سقط جنین با توجه به شرایط موجود، شناخت سطح سازگاری زنان پس از عمل سقط جنین بر اساس موقعیت موجود (سقط جنین)، آگاهی از تعداد روان‌درمانگرها در حوزه‌های واقعیت درمانی گروهی و درمان شناختی رفتاری و میزان توانایی و دانش آنان در این زمینه، ارائه راه‌کارهای هدفمند با قابلیت بالای اجرایی از مهم‌ترین ضرورت‌های انجام مطالعه حاضر است. نتایج حاصله می‌تواند مورد استفاده جامعه مورد مطالعه، متولیان بهداشت و درمان، درمانگرها، مشاوران پزشکی و روان‌شناختی و محققین آینده در همین حوزه مطالعاتی قرار گرفته شود به طوری بتوان شاهد سلامت روانی زنان پس از عمل سقط جنین به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عارضه‌های بارداری بود که در کشور بسیار رایج است و به‌عنوان یک معضل اجتماعی و بهداشتی می‌باشد. لذا با توجه به موارد مذکور و نظر به این‌که مطالعات علمی و میدانی در این خصوص اندک می‌باشد و نیاز به تأمل و بررسی‌های بیشتری از سوی محققان و متولیان امر خواهد داشت زیرا جامعه نیازمند افرادی سالم به‌ویژه زنان با بهداشت سالم فردی و روانی دارد تا فرزندان سالم به جامعه تحویل داده شود و از سوی دیگر نیز، بار هزینه‌های بهداشتی از دولت و خانواده‌ها مورد کنترل و کاهش قرار گرفته شود، تبعات منفی اختلالات زنان مورد مطالعه که می‌تواند به خشم، اضطراب، ایده پردازی خودکشی، طلاق، ناسازگاری زناشویی، نارضایتی زناشویی، کاهش حاملگی و باروری، پایین آمده نرخ جوان جمعیت کشور و غیره ختم گردد؛ بنابراین به نظر می‌رسد که انجام این پژوهش با هدف مقایسه میزان اثربخشی واقعیت درمانی گروهی و درمان شناختی رفتاری گروهی بر افسردگی و سازگاری در زنان پس از عمل سقط جنین لازم الاجرا است. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

۱- آیا واقعیت درمانی گروهی و درمان شناختی رفتاری گروهی بر افسردگی و سازگاری در زنان پس از عمل سقط جنین در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟

۲- آیا واقعیت درمانی گروهی و درمان شناختی رفتاری گروهی بر افسردگی و سازگاری در زنان پس از عمل سقط جنین در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

روش این پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل زنان پس از عمل سقط جنین مراجعه کننده به پزشک زنان، در یکی از کلینیک‌های زنان و زایمان در شهرک غرب تهران بودند که پس از تشخیص (دریافت استعمال درمان)؛ با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند و با استفاده از روش کاملاً تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفر تقسیم و در ۳ گروه آزمایش اول (۱۵)، آزمایش دوم (۱۵) و گواه (۱۵) جایگزین شدند. معیارهای ورودی جامعه در این پژوهش شامل زنان دارای سقط جنین قانونی، رنج سنی ۲۰ تا ۳۵ سال بود. همچنین معیارهای خروجی جامعه شامل افراد دارای مشکلات شدید روحی و افراد دارای سابقه مصرف داروهای روحی و روانی بود. اطلاعات توسط پرسشنامه جمع‌آوری شد. زنان مورد مطالعه ابتدا برای توضیح بیشتر دعوت شدند سپس با دریافت رضایتمندی آنان و همچنین حفظ مالکیت معنوی، پرسشنامه‌ها اجرا و توسط افراد مورد مطالعه تکمیل شد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه افسردگی. پرسشنامه افسردگی از نوع آزمون‌های خودسنجی است که از ۲۱ گروه جمله تشکیل شده است. گروه‌های موردسنجش شامل غمگینی در ۴ جمله (۰ تا ۳) مانند "احساس غمگینی نمی‌کنم"، بدبینی در ۴ جمله (۰ تا ۳)، مانند "نسبت به آینده بدبین نیستم"، احساس شکست در ۴ جمله (۰ تا ۳)، مانند "احساس نمی‌کنم فردی شکست‌خورده‌ام"، نارضایتی در ۴ جمله (۰ تا ۷)، مانند "به اندازه گذشته از زندگی لذت می‌برم" احساس گناه در ۴ جمله (۰ تا ۳)، مانند "احساس گناه خاصی ندارم"، انتظار تنبیه در ۴ جمله (۰ تا ۷)، مانند "احساس نمی‌کنم دارم تنبیه می‌شوم"، دوست‌نداشتن در ۴ جمله (۰ تا ۸ تا ۱۱)، مانند "از خودم بدم می‌آید"، خود سرزنشی در ۴ جمله (۰ تا ۳)، مانند "بیشتر از گذشته از خودم انتقاد می‌کنم"، افکار خودکشی در ۴ جمله (۰ تا ۷)، مانند "دل‌م می‌خواهد خودم را بکشم"، گریه کردن در ۴ جمله (۰ تا ۸ تا ۱۱)، مانند "به خاطر هر چیز کوچکی گریه می‌کنم"، بی‌قراری در ۴ جمله (۰ تا ۳)، مانند "به حدی بی‌قرار و ناراحت هستم که نمی‌توانم آرام بگیرم"، کناره‌گیری اجتماعی در ۴ جمله (۰ تا ۷)، مانند "علاقه‌مند شدن به هر چیزی برایم دشوار است"، بی‌تصمیمی در ۴ جمله (۰ تا ۸ تا ۱۱)، مانند "تقریباً به خوبی گذشته تصمیم‌گیری می‌کنم"، بی‌ارزشی در ۴ جمله (۰ تا ۳)، مانند "احساس می‌کنم آدم باارزشی هستم"، از دست دادن انرژی در ۴ جمله (۰ تا ۷)، مانند "من به اندازه گذشته انرژی دارم"، تغییر در الگوی خواب در ۴ جمله (۰ تا ۳)، مانند "در الگوی خوابم هیچ تغییری ایجاد نشده است"، تحریک‌پذیری از ۴ جمله (۰ تا ۷)، مانند "بیش از حد معمول تحریک‌پذیر هستم"، تغییر در اشتها از ۴ جمله (۰ تا ۳)، مانند "اشتهایم تغییر نکرده است"، اشکال در تمرکز از ۴ جمله (۰ تا ۳ تا ۶)، مانند "تمرکز به خوبی گذشته است"، خستگی‌پذیری از ۴ جمله (۰ تا ۷ تا ۱۰)، مانند "بیش از حد معمول خسته یا کسل نیستم"، کاهش علاقه جنسی از ۴ جمله (۰ تا ۱۴)، مانند "متوجه تغییر تازه‌ای در علاقه جنسی‌ام نشده‌ام"، است. در این پرسشنامه درجات مختلف افسردگی از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌شود و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). در تعیین روایی، میانگین همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی

روان‌پزشکی همیلتون، مقیاس خود سنجی زونگ، مقیاس افسردگی، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی بیش از ۰/۶۰ است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). در پژوهش حاضر نیز با استناد به پژوهش‌های متعدد و نظر اساتید؛ روایی صوری و محتوایی پرسشنامه افسردگی تأیید گردید و ضریب اعتبار آن جهت پایایی نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، به مقدار ۰/۸۴۷ تعیین شد.

۲. پرسشنامه سازگاری. پرسشنامه سازگاری بل (۱۹۷۹)، از ۱۶۰ سؤال تهیه شده است که ابعاد سازگاری تندرستی، مانند " آیا هرگز عمل جراحی مهمی داشته‌اید؟"، سازگاری در خانه مانند " آیا هیچ یک از افراد فعلی خانه‌تان فکر تحکم کردن بر شما را دارند؟"، سازگاری عاطفی، مانند " آیا می‌توانید به آسانی با جنس مخالف ارتباط دوستانه برقرار کنید؟"، سازگاری شغلی، مانند " آیا در شغل فعلی‌تان دلسرد می‌شوید؟" و سازگاری اجتماعی، مانند " آیا از شادی دسته‌جمعی لذت فراوان می‌برید؟" را در طیف دوگزینه‌ای بله = ۱ و خیر = ۰ موردسنجش قرار می‌دهد. نمره سازگاری فرد، برابر با مجموع امتیازهایی است که از تمام سؤال‌ها به‌دست‌آمده است. علاوه بر نمره کل، می‌توان نمره‌های سازگاری فرد را در هر یک از ابعاد سازگاری در خانه، تندرستی (سلامتی)، اجتماعی، عاطفی و شغلی محاسبه نمود که نشان‌دهنده میزان سازگاری فرد در آن بعد می‌باشد (بک، ۱۹۷۹). اعتبار پرسشنامه مذکور با استفاده از اسپیرمن براون عبارت است از: سازگاری در خانه ۰/۹۱، سازگاری تندرستی ۰/۸۱، سازگاری اجتماعی ۰/۸۸، سازگاری عاطفی ۰/۹۱، سازگاری شغلی ۰/۸۵، و مجموع نمرات ۰/۹۴. در پژوهش حاضر نیز میزان روایی پرسشنامه با توجه به حجم به‌کارگیری از پرسشنامه مذکور در مقالات و مطالعات متعدد و همچنین سازمان‌دهی مناسب معیارها؛ به‌صورت مناسب و روا شده از سوی اساتید اعلام گردید. میزان اعتبار آن نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸۱ اعلام و مورد تأیید قرار گرفت.

۳. برنامه آموزشی. با توجه به مداخله‌های موردنظر، آموزش لازم برای زنان مورد مطالعه انجام شد. در ابتدا اهداف و فرایند آموزشی جهت آشنایی و تمرکز بیشتر برای افراد مورد مطالعه بازگو شد، در ادامه با حفظ مالکیت معنوی هر یک از آن‌ها، مداخله‌ها طی مدت‌زمان موردنظر اجرا شد. بر این اساس، در گروه آزمایش اول، مداخله واقعیت درمانی گروهی گلاسِر (۲۰۰۱)، طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای اجرا شد (جدول ۱).

جدول ۱. برنامه واقعیت درمانی گروهی به تفکیک جلسه - محتوا

تعداد جلسات	محتوا
اول	معرفی اهداف و برنامه‌های واقعیت درمانی با تمرکز بر افسردگی، راهبردهای مقابله‌ای و سازگاری؛ نحوه اجرای آموزش پروتکل و تبادل گفتگو و روابط عاطفی مناسب میان درمانگر و درمان‌جو
دوم	یاددهی مفاهیم نظریه واقعیت درمانی، معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی افراد، تمرکز بر شناخت و آگاهی اعضاء از خود و نحوه تأثیر این شناخت بر خود و دیگران و شناسایی نقاط قوت و منفی خود و تلاش برای کسب هویت موفق
سوم	معرفی رفتار کلی و آشناسازی افراد گروه با چهار مؤلفه رفتار کلی (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی)، آموزش مهارت تصمیم‌گیری و بررسی تغییر در افکار، احساس، اعمال، فیزیولوژیک در زمان حال
چهارم	آشنایی، معرفی و توضیح تعارض‌ها و رفتارهای اجباری

پنجم	آشنایی با هیجانات از جمله افسردگی، ناسازگاری و غیره از دیدگاه واقعیت‌درمانی و آموزش مهارت تن‌آرامی، سازگاری و مقابله‌ای برای کنترل و تنظیم هیجانات موجود
ششم	معرفی رفتارهای تخریب‌کننده و رفتارهای سازنده در روابط و آموزش زندگی کردن در زمان حال
هفتم	آموزش ایجاد تغییر رفتار و پذیرش آن چراکه هست و وجود دارد (پذیرش مسئولیت و کنار آمدن با واقعیت‌های موجود)
هشتم	مرور - جمع‌بندی

در گروه آزمایش دوم، مداخله درمان شناختی رفتاری گروهی همیبرگ و بکر (۲۰۰۲)، طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای اجرا شد (جدول ۲).

جدول ۲. برنامه درمان شناختی رفتاری گروهی به تفکیک جلسه - محتوا

تعداد جلسات	محتوا
اول	معرفی اهداف و برنامه‌های درمان شناختی رفتاری با تمرکز بر افسردگی، راهبردهای مقابله‌ای و سازگاری از سوی درمانگر
دوم	رویارویی با افسردگی در پی انجام سقط‌جنین
سوم	رویارویی با انجام عمل مقابله‌ای و به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای در پی انجام سقط‌جنین
چهارم	رویارویی با ایجاد سازی سازگاری در پی انجام سقط‌جنین
پنجم	بازسازی شناختی و درک عمیق افسردگی - ایجاد رفتار کارآمد
ششم	بازسازی شناختی و درک عمیق راهبردهای مقابله‌ای - ایجاد رفتار کارآمد
هفتم	بازسازی شناختی و درک عمیق سازگاری - ایجاد رفتار کارآمد
هشتم	تکالیف خانگی - مرور، تکرار و تمرین

روش اجرا

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

یافته‌ها

کلیه افراد مورد مطالعه ۴۵ نفر بوده‌اند که در ۳ گروه آزمایش اول به تعداد ۱۵ نفر، آزمایش دوم به تعداد ۱۵ نفر و گواه به تعداد ۱۵ نفر جایگزین شدند. اجرای برنامه‌های آموزشی نیز در گروه‌های اول و دوم آزمایش انجام گردید. ویژگی‌های دموگرافی (جمعیت شناختی) ۳ گروه مذکور با یکدیگر تفاوت داشته است. تحصیلات اکثر افراد (۴۶/۷٪) لیسانس است. ۶۲/۲٪ افراد پاسخ‌دهنده خانه‌دار و ۳۷/۸٪ آن‌ها شاغل و سن اکثر افراد (۴۶/۷٪) ۲۶ تا ۳۰ سال است.

جدول ۳. مقادیر آمار توصیفی مؤلفه‌های پژوهش

شاخص‌های توصیفی		مرحله سنجش	گروه‌ها	متغیرهای وابسته
انحراف معیار	میانگین			
۳/۳۹	۱۱/۴۰	پیش آزمون	شناختی-رفتاری	سازگاری در خانه
۲/۲۲	۱۸/۳۳	پس آزمون		
۲/۳۱	۱۸/۶۴	پیگیری		
۳/۴۷	۱۴/۳۳	پیش آزمون	واقعیت درمانی	
۲/۵۰	۱۴/۸۷	پس آزمون		
۲/۵۲	۱۴/۸۶	پیگیری		
۳/۷۷	۱۲/۵۳	پیش آزمون	گواه	سازگاری تندرستی
۳/۳۳	۱۲/۶۱	پس آزمون		
۳/۵۰	۱۲/۴۰	پیگیری		
۲/۰۵	۱۵/۶۷	پیش آزمون	شناختی-رفتاری	
۲/۳۸	۲۱/۵۳	پس آزمون		
۲/۳۱	۲۱/۴۷	پیگیری		
۳/۲۶	۱۴/۶۰	پیش آزمون	واقعیت درمانی	سازگاری اجتماعی
۱/۸۴	۱۸/۴۷	پس آزمون		
۱/۸۱	۱۸/۴۳	پیگیری		
۲/۷۱	۱۴/۳۳	پیش آزمون	گواه	
۲/۸۲	۱۵/۸۷	پس آزمون		
۲/۶۵	۱۵/۱۹	پیگیری		
۳/۲۲	۱۱/۱۳	پیش آزمون	شناختی-رفتاری	سازگاری عاطفی
۲/۲۳	۱۷/۴۷	پس آزمون		
۲/۰۷	۱۷/۲۳	پیگیری		
۳/۰۶	۱۱/۶۷	پیش آزمون	واقعیت درمانی	
۱/۸۷	۱۵/۳۳	پس آزمون		
۱/۷۰	۱۵/۱۳	پیگیری		
۳/۵۸	۱۱/۶۰	پیش آزمون	گواه	سازگاری عاطفی
۲/۸۹	۱۱/۷۳	پس آزمون		
۲/۸۱	۱۱/۴۳	پیگیری		
۳/۵۶	۱۳/۰۰	پیش آزمون	شناختی-رفتاری	
۲/۰۴	۲۰/۲۰	پس آزمون		

۱/۹۴	۱۹/۷۱	پیگیری		
۳/۱۶	۱۴/۰۰	پیش آزمون	واقعیت درمانی	
۲/۲۸	۱۷/۳۳	پس آزمون		
۲/۱۷	۱۷/۳۹	پیگیری		
۳/۶۷	۱۳/۰۷	پیش آزمون	گواه	
۳/۱۶	۱۴/۸۰	پس آزمون		
۳/۲۴	۱۴/۳۷	پیگیری		
۳/۲۸	۱۵/۶۷	پیش آزمون	شناختی-رفتاری	
۳/۴۸	۱۴/۱۳	پس آزمون		
۳/۵۶	۱۴/۲۱	پیگیری		
۳/۴۸	۱۴/۱۳	پیش آزمون	واقعیت درمانی	سازگاری شغلی
۲/۰۶	۱۸/۵۳	پس آزمون		
۲/۱۵	۱۸/۷۰	پیگیری		
۴/۰۳	۱۵/۲۰	پیش آزمون	گواه	
۳/۰۲	۱۵/۱۳	پس آزمون		
۳/۰۵	۱۵/۱۷	پیگیری		
۲/۳۸	۲۱/۸۷	پیش آزمون	شناختی-رفتاری	افسردگی
۱/۵۰	۱۵/۸۷	پس آزمون		
۱/۴۱	۱۵/۴۴	پیگیری		
۲/۰۶	۲۱/۵۳	پیش آزمون	واقعیت درمانی	
۱/۵۵	۱۹/۱۳	پس آزمون		
۱/۴۱	۱۹/۰۶	پیگیری		
۲/۳۳	۲۲/۰۰	پیش آزمون	گواه	
۱/۸۳	۲۱/۶۷	پس آزمون		
۱/۸۹	۲۱/۷۳	پیگیری		

همان‌طور که از داده‌های جدول ۳ مشخص است، در پیش‌آزمون گروه شناختی رفتاری از بین مؤلفه‌های سازگاری، بیشترین امتیاز متعلق به مؤلفه‌های «سازگاری تندرستی» و «سازگاری شغلی» با میانگین ۱۵/۶۷ و کمترین امتیاز متعلق به مؤلفه «سازگاری اجتماعی» با میانگین ۱۱/۱۳ می‌باشد. در پس‌آزمون این گروه، بیشترین امتیاز متعلق به مؤلفه «سازگاری شغلی» با میانگین ۲۲/۰۷ و کمترین امتیاز متعلق به مؤلفه «سازگاری اجتماعی» با میانگین ۱۷/۴۷ می‌باشد. در پیش‌آزمون گروه واقعیت درمانی از بین مؤلفه‌های سازگاری، بیشترین امتیاز متعلق به مؤلفه «سازگاری تندرستی» با میانگین ۱۴/۶۰ و کمترین امتیاز متعلق به مؤلفه «سازگاری اجتماعی» با میانگین ۱۱/۶۷ می‌باشد. در پس‌آزمون این گروه، بیشترین امتیاز متعلق به مؤلفه «سازگاری شغلی» با میانگین ۱۸/۵۳ و کمترین امتیاز متعلق به مؤلفه «سازگاری اجتماعی» با میانگین ۱۵/۳۳ می‌باشد. در پیش‌آزمون گروه گواه از بین مؤلفه‌های سازگاری، بیشترین امتیاز متعلق به مؤلفه «سازگاری اجتماعی» با میانگین ۱۵/۲۰ و کمترین امتیاز متعلق به مؤلفه «سازگاری اجتماعی» با میانگین ۱۱/۶۰ می‌باشد. در پس‌آزمون این گروه، بیشترین امتیاز متعلق به مؤلفه «سازگاری تندرستی» با میانگین

۱۵/۸۷ و کمترین امتیاز متعلق به مؤلفه «سازگاری اجتماعی» با میانگین ۱۱/۷۳ می‌باشد. نمرات افسردگی در دو گروه آزمایش شناختی-رفتاری و واقعیت درمانی در پس‌آزمون کاهش چشمگیری داشته است. اما این تفاوت در گروه گواه ناچیز بوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته در بین گروه‌های آزمایش و گواه در سازگاری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	F	Sig.	مجذور اتا
سازگاری در خانه	زمان	۱۲۰/۱۷۸	۱	۱۲۰/۱۷۸	۱۱/۹۶۵	۰/۰۰۱	۰/۱۲۵
	مداخله	۱۲۲/۷۵۶	۲	۶۱/۳۷۸	۶/۱۱۱	۰/۰۰۳	۰/۱۲۷
	تعامل	۲۴۴/۶۲۲	۲	۱۲۲/۳۱۱	۱۲/۱۷۷	۰/۰۰۱	۰/۲۲۵
سازگاری تندرستی	زمان	۳۱۷/۳۴۴	۱	۳۱۷/۳۴۴	۴۸/۳۳۸	۰/۰۰۱	۰/۳۶۵
	مداخله	۱۸۵/۷۵۶	۲	۹۲/۸۷۸	۱۴/۱۴۷	۰/۰۰۱	۰/۲۵۲
	تعامل	۷۰/۵۵۶	۲	۳۵/۲۷۸	۵/۳۷۴	۰/۰۰۶	۰/۱۱۳
سازگاری اجتماعی	زمان	۲۵۶/۷۱۱	۱	۲۵۶/۷۱۱	۳۱/۱۳۱	۰/۰۰۱	۰/۲۷۰
	مداخله	۱۰۹/۳۵۶	۲	۵۴/۶۷۸	۶/۶۳۱	۰/۰۰۲	۰/۱۳۶
	تعامل	۱۴۵/۰۸۹	۲	۷۲/۵۴۴	۸/۷۹۷	۰/۰۰۱	۰/۱۷۳
سازگاری عاطفی	زمان	۳۷۶/۱۷۸	۱	۳۷۶/۱۷۸	۴۰/۵۶۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲۶
	مداخله	۱۰۹/۸۶۷	۲	۵۴/۹۳۳	۵/۹۲۳	۰/۰۰۴	۰/۱۲۴
	تعامل	۱۱۸/۴۸۹	۲	۵۹/۲۴۴	۶/۳۸۸	۰/۰۰۳	۰/۱۳۲
سازگاری شغلی	زمان	۲۸۸/۰۱۱	۱	۲۸۸/۰۱۱	۲۹/۹۴۷	۰/۰۰۱	۰/۲۶۳
	مداخله	۲۱۴/۶۸۹	۲	۱۰۷/۳۴۴	۱۱/۱۶۱	۰/۰۰۱	۰/۲۱۰
	تعامل	۱۶۴/۴۲۲	۲	۸۲/۲۱۱	۸/۵۴۸	۰/۰۰۱	۰/۱۶۹
افسردگی	زمان	۱۳۴/۴۴	۱	۱۳۴/۴۴	۳۳/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۲۸۵
	مداخله	۷۹/۷۶	۲	۳۹/۸۸	۹/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۱۹۱
	تعامل	۶۸/۲۹	۲	۳۴/۱۴	۸/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۱۶۸

جدول ۴ معناداری یا عدم معناداری تأثیرات جداگانه هر یک از متغیرهای زمان و مداخله و تعامل این دو بر مؤلفه‌های سازگاری را نشان می‌دهد. اثر متغیر درون‌گروهی زمان بر تمامی مؤلفه‌ها معنادار است ($P < 0/05$). یعنی نمرات گروه‌ها در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری دارد. همچنین اثر متغیر بین‌گروهی مداخله‌ها نیز در افزایش نمره گروه‌ها معنادار بوده است ($P < 0/05$). یعنی انجام مداخله درمان شناختی-رفتاری گروهی و واقعیت درمانی گروهی توانسته است نمرات مؤلفه‌های سازگاری زنان را نسبت به گروه گواه افزایش دهد. تعامل بین زمان و مداخله و تأثیر هم‌زمان این دو متغیر بر میزان نمرات مؤلفه‌ها نیز به لحاظ آماری معنادار است ($P < 0/05$). به عبارت دیگر میزان نمرات مؤلفه‌های سازگاری زنان شرکت‌کننده در هر مداخله در طی زمان‌های مختلف با همدیگر متفاوت است. جدول ۴ معناداری یا عدم معناداری تأثیرات جداگانه هر یک از متغیرهای زمان و مداخله و تعامل این دو بر افسردگی را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در

جدول مشاهده می‌شود اثر متغیر دورن گروهی زمان بر افسردگی معنادار است ($P < 0/05$). یعنی نمرات افسردگی گروه‌ها در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری دارد. همچنین اثر متغیر بین گروهی مداخله‌ها نیز در کاهش نمره افسردگی گروه‌ها معنادار بوده است ($P < 0/05$). یعنی انجام مداخله درمان شناختی-رفتاری گروهی و واقعیت‌درمانی گروهی توانسته است نمره افسردگی زنان را نسبت به گروه گواه کاهش دهد. تعامل بین زمان و مداخله و تأثیر هم‌زمان این دو متغیر بر میزان نمره افسردگی زنان نیز به لحاظ آماری معنادار است ($P < 0/05$). به عبارت دیگر میزان نمره افسردگی زنان شرکت‌کننده در هر مداخله در طی زمان‌های مختلف با همدیگر متفاوت است.

جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دوتایی گروه‌ها در سازگاری

متغیر	گروه (i)	گروه (j)	اختلاف میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
سازگاری در خانه	گواه	شناختی رفتاری	-۲/۶۰	۰/۸۱۸	۰/۰۰۶
	گواه	واقعیت‌درمانی	-۲/۳۳۳	۰/۸۱۸	۰/۰۱۶
سازگاری تندرستی	شناختی رفتاری	واقعیت‌درمانی	۰/۲۶۷	۰/۸۱۸	۰/۹۱۰
	گواه	شناختی رفتاری	-۳/۵۰	۰/۶۶۲	۰/۰۰۱
سازگاری اجتماعی	گواه	واقعیت‌درمانی	-۱/۴۳۳	۰/۶۶۲	۰/۰۱۹
	شناختی رفتاری	واقعیت‌درمانی	۲/۰۶۷	۰/۶۶۲	۰/۰۰۷
سازگاری عاطفی	گواه	شناختی رفتاری	-۲/۶۳۳	۰/۷۴۱	۰/۰۰۲
	گواه	واقعیت‌درمانی	-۱/۸۳۳	۰/۷۴۱	۰/۰۱۶
سازگاری شغلی	شناختی رفتاری	واقعیت‌درمانی	۰/۸۰۰	۰/۷۴۱	۰/۰۴۹
	گواه	شناختی رفتاری	-۲/۶۶۷	۰/۷۸۶	۰/۰۰۳
افسردگی	گواه	واقعیت‌درمانی	-۱/۷۳۳	۰/۷۸۶	۰/۰۱۱
	شناختی رفتاری	واقعیت‌درمانی	۰/۹۳۳	۰/۷۸۶	۰/۰۳۶
افسردگی	گواه	شناختی رفتاری	-۳/۷۰	۰/۸۰۱	۰/۰۰۱
	گواه	واقعیت‌درمانی	-۱/۱۶۷	۰/۸۰۱	۰/۰۲۸
افسردگی	شناختی رفتاری	واقعیت‌درمانی	۲/۵۳۳	۰/۸۰۱	۰/۰۰۷
	گواه	شناختی رفتاری	۲/۲۶۷	۰/۵۱۸	۰/۰۰۱
افسردگی	گواه	واقعیت‌درمانی	۱/۵۰	۰/۵۱۸	۰/۰۱۴
	شناختی رفتاری	واقعیت‌درمانی	-۰/۷۶۷	۰/۵۱۸	۰/۰۴۷

در جدول ۵ نتایج آزمون بونفرونی نشان می‌دهد که میانگین نمرات تمامی مؤلفه‌ها در هر دو گروه آزمایش از گروه گواه به‌طور معناداری بیشتر شده است ($P < 0/05$). همچنین بین دو گروه آزمایشی (درمان شناختی-رفتاری و واقعیت‌درمانی گروهی) از نظر اثربخشی بر به‌جز مؤلفه سازگاری در خانه ($P = 0/910$) تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به نتایج جدول بالا به‌وضوح مشخص است که روش درمان شناختی-رفتاری نسبت به واقعیت‌درمانی تأثیر بهتری بر مؤلفه‌های سازگاری تندرستی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی داشته و باعث بهبود بهتری در آنان شده است. نتایج آزمون بونفرونی نشان می‌دهد که

میانگین نمرات افسردگی هر دو گروه آزمایش از گروه گواه به طور معناداری کمتر شده است ($P < 0/05$). همچنین بین دو گروه آزمایشی (درمان شناختی-رفتاری و واقعیت درمانی گروهی) از نظر اثربخشی بر افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به نتایج، روش درمان شناختی-رفتاری نسبت به واقعیت درمانی تأثیر بهتری بر افسردگی زنان داشته و باعث بهبود بهتری در آنان شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر باهدف مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی گروهی و درمان شناختی رفتاری گروهی بر افسردگی و سازگاری زنان پس از عمل سقط جنین انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که واقعیت درمانی گروهی و درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و سازگاری زنان پس از عمل سقط جنین تأثیرگذار است و این تأثیرگذاری در درمان شناختی رفتاری مشهودتر است. بر این اساس، مقدار میانگین به دست آمده از افسردگی در گروه‌های آزمایشی کمتر از مقدار میانگین گروه گواه بوده است. ضمن آن که اثربخشی واقعیت درمانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر افسردگی کمتر بوده است و این تفاوت نشان داد که درمان شناختی رفتاری از تأثیرگذاری بیشتری بر کاهش افسردگی برخوردار است، به این دلیل که مداخله درمان شناختی رفتاری بر رویارویی و تعمق در استنباط افسردگی و موقعیت‌های فشارزا تأکید داشته است و زنان را بر این واقعیت متمرکز ساخت تا با شناخت و معرفت، حقایق را بپذیرند و آن (افسردگی) را در مسیر تعالی و اثربخش مورد کنترل و کاهش قرار دهند. این در حالی بود که زنان پس از عمل سقط جنین پیش از آموزش برنامه درمان شناختی رفتاری از افسردگی برخوردار بوده‌اند و برنامه مناسبی بر حل و کاهش افسردگی و اختلال اضطرابی خود نداشته‌اند. کاهش افسردگی زنان مورد مطالعه پس از پیگیری نیز پایدار بوده است. هم سو با نتیجه به دست آمده، ووتریچ و همکاران (۲۰۱۶)، به این نتیجه رسیدند که گروه درمان شناختی رفتاری پیشرفت سریع‌تر و پایداری در کنترل اضطراب و افسردگی و میزان بهبودی آن‌ها دارد. در این مطالعه نیز مشخص گردید سطح افسردگی افراد مورد مطالعه در پیش‌آزمون متفاوت‌تر از پس‌آزمون است. همچنین نتیجه به دست آمده با یافته پژوهشی ولگنسنیگر (۲۰۲۲)، هم سو است. وی به این نتیجه رسید که دسترسی به برنامه‌های تخصصی درمان شناختی رفتاری از سوی افرادی که از اختلالات اضطرابی مختلف همچون افسردگی رنج می‌برند، این امکان را می‌دهد تا در گروه‌ها باهم درمان شوند. این مطالعه نیز همانند پژوهش حاضر، تفاوت میانگین به دست آمده افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون را بیان داشته است و این که سطح اختلال افسردگی در پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون بوده است.

اثربخشی درمان شناختی رفتاری در مقایسه با واقعیت درمانی گروهی بر سازگاری اجتماعی، تندرستی، عاطفی و شغلی زنان پس از عمل سقط جنین یکی دیگر از نتایج به دست آمده در این پژوهش بوده است. بر این اساس مقدار میانگین به دست آمده از سازگاری در گروه آزمایشی بیشتر از مقدار میانگین گروه گواه بوده است و زنان پس از عمل سقط جنین پس از آزمون از سازگاری بیشتری در مقایسه با پیش از آزمون برخوردار گردیدند. اثربخش بودن درمان شناختی رفتاری بر سازگاری زنان مورد مطالعه حاکی از القای درک عمیق و شناخت حقیقی محیط پیرامون و (خود) است. در واقع، درمان شناختی رفتاری در مقایسه با واقعیت درمانی گروهی به زنان آموخت که نحوه سازگاری در محیط خانه، در حوزه‌های شغلی، سلامتی، اجتماعی و عاطفی را به طور معنا درک کرده و یاد بگیرند و بر این اساس رفتارهایی را که موجب سازگاری آنان می‌شود، بیاموزند

و به اجرا درآوردند. درک عمیق سازگاری و شناخت نحوه سازش با اطراف در زنان مورد مطالعه تأثیر فراوانی ایجاد نمود و آنان را در مسیر سازگاری تقویت کرد به طوری که پس پیگیری بعدی نیز سازگاری در آنان پایدار بوده است. در مطالعه حییبی و همکاران (۲۰۱۸)، که دریافتند واقعیت درمانی گروهی موجب افزایش سازگاری در همسران می‌شود؛ مشخص گردید که میزان سازگاری قبل از مداخله در گروه مداخله و گروه گواه از اختلاف معنی‌داری برخوردار نمی‌باشد. بعد از مداخله سازگاری در گروه مداخله و گروه گواه اختلاف معنی‌داری نشان داده شد. همچنین مداخلات مبتنی بر واقعیت درمانی بر سطح سازگاری اجتماعی اعضا گروه آزمایش به طور معناداری تأثیر دارد بنابراین آموزش واقعیت درمانی روش مناسبی برای بهبود سطح سازگاری اجتماعی افراد می‌باشد. اگر چه در مطالعه حاضر درمان شناختی رفتاری بر سازگاری اثربخش‌تر بوده است اما واقعیت درمان گروهی نیز بر سازگاری از تأثیرگذاری برخوردار بوده است. پژوهش حاضر محدود بر جامعه زنان پس از عمل سقط جنین بوده است، و این مهم تعمیم نتایج را بر دیگر جوامع مورد کاهش قرار می‌دهد به همین منظور پیشنهاد می‌شود مطابق با هدف پژوهش حاضر، دیگر جوامع انسانی نیز مورد بررسی قرار گرفته شود.

یافته‌ها نشان دادند که درمان شناختی رفتاری در مقایسه با واقعیت درمان گروهی بر کاهش افسردگی و سازگاری زنان پس از عمل سقط جنین اثربخش‌تر است. از اهداف کاربردی مورد نظر برای جهت برنامه ریزان و متولیان امر می‌توان به ۱- توسعه درمان شناختی رفتاری در مراکز درمانی و خدمات مشاوره‌ای جهت تسریع بهبودی زنان دارای سقط جنین ۲- ارائه راه کارهای مناسب جهت کاربری بهتر و مناسب‌تر درمان شناختی رفتاری برای زنان پس از عمل سقط جنین ۳- استفاده از مربیان مجرب و کارآموده و همچنین امکانان فیزیکی مناسب جهت برقراری درمان شناختی رفتاری اشاره کرد. تا زنان جامعه به‌عنوان یکی از قشرهای مهم خانواده در تحکیم و پایداری خانواده و تربیت و پرورش فرزندان از سلامت جسمانی و بهداشت روانی بالایی برخوردار باشند و بار هزینه‌ای سلامت نیز مورد کاهش قرار بگیرد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از رساله دکتری می‌باشد. از اساتید محترم آموزشی، معاونت پژوهشی و دیگر متولیان حوزه تحقیقاتی و آموزشی در جهت هدایت و انجام این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از طرح پژوهشی نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات به تصویب رسیده است. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

References

- Arnberg, F. K., Alaie, I., Parling, T., & Jonsson, U. (2013). Recent randomized controlled trials of psychological interventions in healthcare: a review of their quantity, scope, and characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(5), 401-408.
- Asadzadeh, N., Makvandi, B., Askari, P., Pasha, R., & Naderi, F. (2019). The effectiveness of reality therapy on social adjustment, psychological well-being and self-criticism of generalized anxiety disorder referring to Ahvaz psychological clinics. *Journal of Psychological Achievements*, 26(2), 159-178.
- Asbahr, F. R., Castillo, A. R., Ito, L. M., de Oliveira Latorre, M. R. D., Moreira, M. N., & Lotufo-Neto, F. (2005). Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1128-1136.
- Azkhosh, M. (2008). *Application of psychological tests and clinical diagnosis*. Tehran, Ravan Publication, 224-226.
- Baghiani, M. M., Ehrampoush, M. H., Rahimi, B., Aminian, A. H., & Aram, M. (2012). Prevalence of depression among successful and unsuccessful students of Public Health and Nursing-Midwifery schools of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences in 2008. *jmed*, 6 (1) :17-24.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- Bell, H. M. (1979). *The adjustment inventory*. Stanford University Press.
- Berg, R. C., Landreth, G. L., & Fall, K. A. (2017). *Group counseling: Concepts and procedures*. Routledge.
- Biggs, M. A., Gould, H., & Foster, D. G. (2013). Understanding why women seek abortions in the US. *BMC women's health*, 13(1), 1-13.
- Cappeliez, P. (2000). Presentation of depression and response to group cognitive therapy with older patients. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6(3), 165-174.
- Costa e Silva, J. A. (1998). The public health impact of anxiety disorders: a WHO perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 2-5.
- Darabi, M. (2007). *Study of efficiency of teaching choice theory and reality therapy courses on increasing of intimacy among irreconcilable wives*. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences.
- Ghartappeh, A., Talepasand, S., Abolfathi, M., Solhi, M., & Gharatappeh, S. (2015). Relationship between personal and social adjustment with locus of control and gender in intelligent high school student. *Iranian journal of health education and health promotion*, 3(2), 159-166.

- Glasser, W. (2001). *Counseling with choice theory: The new reality therapy*. Harper Collins.
- Habibi, K., Alimohammadzadeh, K., & Hojjati, H. (2018). The effect of group reality therapy on the coping of spouses of veterans with post-traumatic stress disorder. *Journal of Health Promotion Management*, 6(6), 1-7.
- Haj Abootalebi, N., Ghanbari, S., Rasolijan, B., & Aghel Masjedi, M. (2021). Investigating the Relationship between Self-control and Perceived Social Support with Marital Intimacy among Married Female Students. *Journal of Modern Psychology*, 1(2), 62-74.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. Guilford Press.
- Help adjustment, occupation and education
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour research and therapy*, 45(3), 617-625.
- Lok, I. H., & Neugebauer, R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 229-247.
- McLean, P. D., Whittal, M. L., Thordarson, D. S., Taylor, S., Söchting, I., Koch, W. J.,... & Anderson, K. W. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(2), 205.
- Momeni, F., Moshtagh Bidokhti, N., & Porshahbaz, A. (2009). The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reduction of craving, depression and anxiety symptoms among the opiate abusers under MMT. *Scientific Quarterly Research on Addiction*, 3(11), 83-98.
- Mustaffa, C. S., & Ilias, M. (2013). Relationship between Students Adjustment Factors and Cross Cultural Adjustment: A Survey at the Northern University of Malaysia. *Intercultural communication studies*, 22(1).
- Nikcevic, A. V., Tunkel, S. A., & Nicolaidis, K. H. (1998). Psychological outcomes following missed abortions and provision of follow-up care. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 11(2), 123-128.
- Park, H. T. (2014). A study on the effect of emotional intelligence on adjustment to college life in first year nursing college students. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 15(3), 1576-1583.
- Ranjbar, F., ASHK, T. T., & Dadgari, A. (2010). Effect of group cognitive-behavioral therapy on depression. *JSSU*. 18(3) :299-306.
- Soleimani, Z., Ghaffari, M., & Baezzat, F. (2018). The effectiveness of reality group therapy on academic vitality in students with specific learning disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 7(4), 68-86.
- Steinberg, J. R., McCulloch, C. E., & Adler, N. E. (2014). Abortion and mental health: findings from the national comorbidity survey-replication. *Obstetrics and gynecology*, 123(2 0 1), 263.
- Steinberg, J. R., Tschann, J. M., Furgerson, D., & Harper, C. C. (2016). Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. *Social science & medicine*, 150, 67-75.
- Supeni, I., & Jusoh, A. J. (2021). Choice Theory and Reality Therapy to Prevent Sexual Misconduct among Youth: A Current Review of Literature. *International Journal of Education, Information Technology, and Others*, 4(3), 428-436.

- Turkpour, A., & Mehdinezhad, V. (2016). Social and Academic Support and Adaptation to College: Exploring the Relationships between Indicators' College Students. *International Education Studies*, 9(12), 53-60.
- Wolgensinger, L. (2022). Cognitive behavioral group therapy for anxiety: recent developments. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Wuthrich, V. M., Rapee, R. M., Kangas, M., & Perini, S. (2016). Randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy compared to a discussion group for comorbid anxiety and depression in older adults. *Psychological medicine*, 46(4), 785-795.
- Yellaiah, A. (2012). A study of adjustment on academic achievement of high school students. *Journal of Social Science and Interdisciplinary Research*. 2(1):59-64.

«پرسشنامه افسردگی بک»

پاسخگوی گرامی

در این پرسشنامه ۱۳ گروه سوال وجود دارد و هر گروه بیان‌کننده حالتی در فرد است. پرسشنامه را به دقت بخوانید و جوابی که طی چندروز گذشته بیشتر از همه بیان‌کننده‌ی احساس کنونی شما است را انتخاب کرده و دور عدد مقابل آن عبارت، یک دایره بکشید. لطفاً در هر قسمت، بیش از یک مورد را انتخاب نکنید.

(۱)	۳. آن قدر غمگین یا بدبختم که دیگر تحملش را ندارم. ۲. همیشه غمگین یا گرفته‌ام و نمی‌توانم خود را از این وضع خلاص کنم. ۱. من تا حدی غمگین یا گرفته‌ام. ۰. من غمگین نیستم.
(۲)	۳. من احساس می‌کنم که به آینده‌امیدی نیست و اوضاع بهتر نخواهد شد. ۲. من احساس می‌کنم هیچ‌امیدی به آینده ندارم. ۱. من نسبت به آینده مأیوسم. ۰. من نسبت به آینده بدبین و مأیوس نیستم.
(۳)	۳. من احساس می‌کنم شخصی شکست خورده‌ام. ۲. من هر چه به گذشته می‌نگرم چیزی جز شکست نمی‌یابم. ۱. من احساس می‌کنم بیش از یک شخص متوسط در زندگی با شکست مواجه شده‌ام. ۰. من خود را شکست خورده نمی‌دانم.
(۴)	۳. من از همه چیز ناراضی‌ام. ۲. دیگر هیچ چیز مرا راضی نمی‌کند. ۱. من از چیزهایی که لذت می‌بردم، دیگر لذت نمی‌برم. ۰. من ناراضی خاصی ندارم.
(۵)	۳. انگار احساس می‌کنم که بسیار بد و بی‌ارزش هستم. ۲. من احساس می‌کنم که کاملاً گناهکارم. ۱. من اغلب اوقات احساس می‌کنم که بد یا بی‌ارزشم. ۰. من احساس بی‌ارزشی و گناهکاری ندارم.
(۶)	۳. من از خود نفرت دارم. ۲. من از خودم بیزارم. ۱. من از خودم ناامیدم. ۰. من ناامید نیستم.
(۷)	۳. اگر امکان داشت خود را می‌کشتم. ۲. من نقشه‌های مشخصی برای خودکشی دارم. ۱. من احساس می‌کنم بهتر است بمیرم. ۰. من به هیچ وجه به فکر آسیب رساندن به خود نیستم.
(۸)	۳. من تمام علاقه‌ام را نسبت به مردم از دست داده‌ام و هیچ توجهی به آنها ندارم. ۲. من علاقه‌ام را تا حد زیادی نسبت به مردم از دست داده‌ام و فقط اندک احساسی نسبت به آنها دارم.

۴۱۳ مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی گروهی و درمان شناختی رفتاری گروهی بر... | زارعان و همکاران | خانواده درمانی کاربردی

<p>۱. من اکنون کمتر از گذشته نسبت به مردم علاقه دارم. ۰. من علاقه ام را نسبت به مردم از دست نداده ام.</p>
(۹)
<p>۳. من دیگر نمی‌توانم هیچ تصمیمی بگیرم. ۲. برای من تصمیم گرفتن مشکل است. ۱. من سعی می‌کنم تصمیم‌گیری خود را به تاخیر بیندازم. ۰. من مثل همیشه می‌توانم به خوبی تصمیم بگیرم.</p>
(۱۰)
<p>۳. من احساس می‌کنم زشت یا زنده ام. ۲. من احساس می‌کنم که وضع ظاهر من دائما در تغییر است و باعث می‌شود در نظر دیگران جذاب نباشم. ۱. من از این که غیر جذاب به نظر می‌رسم، نگرانم. ۰. من احساس نمی‌کنم به نظر دیگران بدتر از گذشته باشم.</p>
(۱۱)
<p>۳. من اصلا نمی‌توانم کار کنم. ۲. من برای انجام هر کاری باید خیلی به خود فشار بیاورم. ۱. برای من شروع یک کار مستلزم کوششی فوق العاده است. ۰. من می‌توانم مثل گذشته کار کنم.</p>
(۱۲)
<p>۳. من خسته تر از آنم که بتوانم کاری انجام دهم. ۲. من با انجام هر کاری خسته می‌شوم. ۱. من خیلی زودتر از گذشته خسته می‌شوم. ۰. من بیش از حد معقول خسته نمی‌شوم.</p>
(۱۳)
<p>۳. من دیگر به هیچ وجه اشتها ندارم. ۲. این روزها اشتهای من خیلی بدتر شده است. ۱. اشتهای من دیگر به خوبی گذشته نیست. ۰. اشتهای من بدتر از حد معمول نیست.</p>

پرسشنامه سازگاری بل

این پرسشنامه دارای ۱۶۰ سوال است که هر سوال از سه گزینه بلی، خیر و نمی‌دانش تشکیل شده است. برای پاسخ دادن به سوال‌ها به نکات زیر توجه کنید.

- ۱- توجه داشته باشید که در این پرسشنامه، جواب درست یا غلط وجود ندارد، بلکه هر فرد ممکن است بر اساس نظر خود به سوال‌ها پاسخ دهد.
- ۲- در پاسخ دادن به سوال‌ها آن چه مهم است بیان صریح و روشن احساسات، افکار و علایق شماست.
- ۳- پاسخ خود را به هر یک از سوال‌ها در پاسخنامه در قسمت مربوط به بلی، خیر و یا نمی‌دانش با علامت ضربدر مشخص کنید.
- ۴- در پاسخ به سوال‌ها، ابتدا سعی کنید یکی از گزینه‌های بلی یا خیر را انتخاب کنید؛ سپس در صورتی که مطمئن شدید نمی‌توانید آن‌ها را انتخاب نمایید، گزینه نمی‌دانش را انتخاب کنید.
- ۵- پاسخ به این پرسشنامه محدودیت زمانی ندارد ولی باید ضمن دقت، از وسواس اجتناب کنید.
- ۶- سعی کنید به همه سوال‌ها پاسخ دهید.

-
۱. آیا محلی که اکنون در آن زندگی می‌کنید، به نحوی مانع به دست آوردن آن زندگی اجتماعی است که میل دارید از آن بهره‌مند شوید؟
 ۲. آیا از لحاظ خلقی، بدون علت، گاهی افسرده و گاهی شاد هستید؟
 ۳. آیا گاه به گاه، از بیماری پوست یا جوش‌های پوست مانند: میخچه‌ها، کورک یا دمل در زحمت هستید؟
 ۴. آیا هنگامی که مجبورید از کسی تقاضای کار کنید، احساس ناراحتی و شرم می‌کنید؟
 ۵. آیا از شغل فعلی‌تان بعضی اوقات، به شدت و مضطرب و عصبان می‌شوید؟
 ۶. آیا تا به حال دچار ناراحتی قلبی، کلیوی و یا ریوی شده‌اید؟
 ۷. آیا احساس می‌کنید که محیط فعلی خانوادگی شما، فرصت کافی را برای رشد شخصیت شما فراهم می‌کند؟
 ۸. آیا دوست دارید که در جشن‌ها و میهمانی‌های نشاط‌انگیز شرکت کنید؟
 ۹. آیا فکر می‌کنید که در انتخاب شغل اشتباه کرده‌اید؟
 ۱۰. آیا تاکنون از چیزی که می‌دانستید هیچ‌گونه آسیب و زبانی ندارد، به شدت ترسیده‌اید؟
 ۱۱. آیا در بین اعضای خانواده شما، آدم بسیار عصبی وجود دارد؟
 ۱۲. آیا موقعیت فعلی شما ایجاب می‌کند که مرخصی سالیانه داشته باشید؟
 ۱۳. آیا تا به حال، دچار کم‌خونی (کمبود گلبول قرمز خون) شده‌اید؟
 ۱۴. آیا از تجارب توهین‌آمیز نگران می‌شوید؟
 ۱۵. آیا برای‌تان مشکل است که با غریبه‌ای سر صحبت را باز کنید؟
 ۱۶. آیا درباره نوع شغل‌تان با والدینتان اختلاف عقیده داشته‌اید؟
 ۱۷. آیا اگر کسی از شما خواهش کند که بدون آمادگی قبلی درباره موضوعی صحبت کنید، به طور قابل ملاحظه‌ای دچار آشفتگی می‌شوید؟
 ۱۸. آیا تا به حال فکر بیهوده‌ای که به طور مداوم به ذهنتان می‌آید، موجب پریشانی شما شده است؟
 ۱۹. آیا سرماخوردگی دیگران به آسانی به شما سرایت می‌کند؟
 ۲۰. آیا فکر می‌کنید که برای دستیابی به اضافه حقوق در شغل فعلی خود، باید سیاست داشته باشید؟
 ۲۱. آیا از فرصت‌های اجتماعی، کناره‌گیری کرده‌اید؟
 ۲۲. آیا در مورد مسائل مذهبی و سیاسی، با شخص یا اشخاصی که با آنها زندگی می‌کنید، اختلاف نظر داشته‌اید؟
 ۲۳. آیا به سهولت آشفته می‌شوید؟
 ۲۴. آیا ضروری می‌دانید که به دقت مواظب سلامتی خودتان باشید؟

۲۵. آیا در بین اعضای خانواده درجه اول شما، طلاق رخ داده است؟
۲۶. آیا مسئولین، همیشه با شما منصفانه رفتار کرده اند؟
۲۷. آیا غالبا بدون این که واقعا گرسنه باشید، غذا می خورید؟
۲۸. آیا اغلب در یک حالت هیجانی هستید؟
۲۹. آیا اگر مجبور باشید، برای ترک محفلی که شامل گروهی از افراد است، اجازه بگیرید، دچار پریشانی می شوید؟
۳۰. آیا فکر می کنید که در شغل فعلی تان مجبورید ساعت های متمادی کار کنید؟
۳۱. آیا هیچ کدام از اعضای خانواده شما، با انتقاد از وضع ظاهریتان، شما را ناراحت کرده است؟
۳۲. آیا مایلید به جای آشنایان زیاد، دوستان نزدیک و معدودی داشته باشید؟
۳۳. آیا تا به حال، به بیماری خاصی مبتلا بوده اید که احساس کنید کاملا از آن بهبودی نیافته اید؟
۳۴. آیا مورد انتقاد قرار گرفتن، شما را ناراحت می کند؟
۳۵. آیا از محیط خانوادگی خود، راضی و شاد هستید؟
۳۶. آیا مایلید به جای شغل فعلی، شغل دیگری داشته باشید؟
۳۷. آیا اغلب در میهمانی ها مورد توجه قرار می گیرید؟
۳۸. آیا اغلب سر دردهای شدیدی دارید؟
۳۹. آیا از تصور این که دیگران در خیابان شما را زیر نظر دارند، ناراحت می شوید؟
۴۰. آیا در خانواده خود، احساس کمبود محبت و عشق می کنید؟
۴۱. آیا از این که عقیده مسئولتان را نسبت به خود نمی دانید، دچار مشکل عمده هستید؟
۴۲. آیا از سینوزیت یا هر نوع اختلال تنفسی دیگری رنج می برید؟
۴۳. آیا از تصور این که مردم به افکار شما پی ببرند، شما را آزار می دهد؟
۴۴. آیا به آسانی دوست پیدا می کنید؟
۴۵. آیا احساس می کنید که مدیر یا مسئولتان یک خصومت یا غرض شخصی نسبت به شما دارند؟
۴۶. آیا شخص یا اشخاصی که اکنون با شما زندگی می کنند، شما را درک و با شما احساس هم دردی می کنند؟
۴۷. آیا اغلب در حالت رویا به سر می برید؟
۴۸. آیا تا به حال به بیماری خاصی مبتلا بوده اید که به سلامت شما صدمه دائمی وارد کرده باشد؟
۴۹. آیا در محیط کار فعلی تان مجبورید با اشخاصی کار کنید که از آن ها خوشتان نمی آید؟
۵۰. آیا از وارد شدن به اتاقی که گروهی از افراد با هم به صحبت نشسته اند، امتناع می ورزید؟
۵۱. آیا احساس می کنید که دوستانتان در مقایسه با شما از محیط خانوادگی شاد تری برخوردارند؟
۵۲. آیا اغلب برای صحبت کردن در میان جمع از ترس این که مبادا اشتباه کنید یا سخن نادرستی بگویید، دچار تردید می شوید؟
۵۳. آیا از سرماخوردگی، به سختی بهبود می یابید؟
۵۴. آیا اغلب افکاری به ذهن شما خطور می کند که باعث بی خوابی شما می شود؟
۵۵. آیا هیچ یک از اشخاصی که با شما زندگی می کنند به آسانی از شما خشمگین می شوند؟
۵۶. آیا در شغل فعلی تان به اندازه کافی برای حمایت مالی از وابستگانتان حقوق می گیرید؟
۵۷. آیا دچار عارضه فشار خون بسیار زیاد یا بسیار کم هستید؟
۵۸. آیا از بدبختی های احتمالی نگران هستید؟
۵۹. اگر به یک مجلس سخنرانی دیر برسید و در صندلی های عقب جای خالی نباشد، آیا ترجیح می دهید به جای این که صندلی های جلو را اشغال کنید، در سالن بایستید (یا آن جا را ترک کنید)؟
۶۰. آیا مدیر مسئول شما از جمله افرادی هستند که احساس می کنید همیشه می توان به آنها اعتماد کرد؟
۶۱. آیا دچار حساسیت بوده و یا به آسم مبتلا هستید؟
۶۲. آیا اعضای خانواده شما، با یکدیگر سازگار و موافق هستند؟

۶۳. آیا در یک میهمانی یا مجلس در صدد بر می آید که با شخصیت مهم حاضر در جلسه ملاقات کنید؟
۶۴. آیا فکر می کنید که مسئولان شما حقوق منصفانه ای به شما پرداخت می کنند؟
۶۵. آیا احساس های شما به آسانی جریحه دار می شوند؟
۶۶. آیا از بیبوست یا ناراحتی اجابت مزاج زیاد رنج می برید؟
۶۷. آیا از اشخاص معینی که اکنون با آنها زندگی می کنید، متنفرید؟
۶۸. آیا گاهی در امور اجتماعی، نقش رهبر را به عهده می گیرید؟
۶۹. آیا کلیه همکاران فعلی خود را دوست دارید؟
۷۰. آیا از احساس غیرواقعی بودن چیزها رنج می برید؟
۷۱. آیا گه گاهی حالت های متضادی مانند عشق و نفرت را نسبت به اعضای خانواده درجه اول خود دارید؟
۷۲. آیا در حضور اشخاصی که احترام زیادی برایشان قائلید، اما به خوبی با آن ها آشنا نیستید، احساس ناراحتی و شرم می کنید؟
۷۳. آیا اغلب دچار تهوع، اسهال یا استفراغ می شوید؟
۷۴. آیا به آسانی از خجالت سرخ می شوید؟
۷۵. آیا اعمال هیچ یک از اشخاصی که اکنون با آنها زندگی می کنید، سبب می شوند که احساس افسردگی و دلتنگی کنید؟
۷۶. آیا در خلال ۵ سال گذشته، بارها شغل خود را عوض کرده اید؟
۷۷. آیا گاهی مسیرتان را عوض می کنید تا از روبرویی با دیگران بپرهیزید؟
۷۸. آیا دستخوش ورم لوزه یا بیماری گلو هستید؟
۷۹. آیا از وضع ظاهری خودتان آگاهید و غالباً به آن فکر می کنید؟
۸۰. آیا شغل فعلی تان، شما را به شدت خسته می کند؟
۸۱. آیا محیط خانه ای که اکنون در آن زندگی می کنید، اغلب دچار ناراحتی و از هم پاشیدگی است؟
۸۲. آیا خودتان را شخصی عصبی تصور می کنید؟
۸۳. آیا از رقص دسته جمعی لذت می برید؟
۸۴. آیا دستخوش بیماری سوء هاضمه هستید؟
۸۵. آیا والدین شما، اغلب از شما عیب جویی می کنند؟
۸۶. آیا احساس می کنید که در شغل فعلی تان، از فرصت های کافی برای اظهار عقیده خود بهره مند هستید؟
۸۷. آیا برایتان مشکل است که در جمع صحبت کنید؟
۸۸. آیا بیشتر وقت ها احساس خستگی می کنید؟
۸۹. آیا حقوق دریافتی شما آن قدر پایین است که نگرانید مبادا نتوانید از عهده تعهدات خود برآیید؟
۹۰. آیا از احساس حقارت رنج می برید؟
۹۱. آیا عاداتهای شخصی بعضی از کسانی که اکنون با آن ها زندگی می کنید، موجب ناراحتی شما می شود؟
۹۲. آیا اغلب احساس بدبختی می کنید؟
۹۳. آیا نیاز به مراقبت پزشکی دائمی داشته اید؟
۹۴. آیا تاکنون برایتان بارها اتفاق افتاده است که در برابر جمع یا گروهی حاضر شوید و کاری را انجام دهید؟
۹۵. آیا در شغل فعلی تان، قادر به ارتقای مقام مورد علاقه خود بوده اید؟
۹۶. آیا هیچ یک از اعضای خانواده شما، سعی در تحکم کردن بر شما دارند؟
۹۷. آیا اغلب هنگام برخاستن از خواب، احساس خستگی می کنید؟
۹۸. آیا هیچ یک از کسانی که با آنها کار می کنید، دارای عادات و ویژگی هایی هستند که موجب آزردهی شما شود؟
۹۹. هنگامی که در یک میهمانی شام مهم، میهمان هستید، اگر چیزی لازم داشته باشید، به جای این که خواهش کنید آن را به شما بدهند، ترجیح می دهید بدون آن سر کنید؟
۱۰۰. آیا از تنها بودن در تاریکی می ترسید؟
۱۰۱. آیا والدین تان، شما را به دقت تحت نظارت دارند؟

۱۰۲. آیا برایتان آسان است که روابط صمیمانه با جنس مخالف داشته باشید؟
۱۰۳. آیا به طور قابل ملاحظه ای کم وزن هستید؟
۱۰۴. آیا شغل فعلی تان ، شما را مجبور می کند که زیاد عجله کنید؟
۱۰۵. آیا هرگز هنگامی که بالای یک بلندی بوده اید، ترسیده اید که ممکن است به پایین پرت شوید؟
۱۰۶. آیا سازگاری با شخص یا اشخاصی که اکنون با آنان زندگی می کنید، برایتان راحت است؟
۱۰۷. آیا شروع صحبت با شخصی که الساعه به او معرفی شده اید، برایتان مشکل است؟
۱۰۸. آیا اغلب دچار سرگیجه شده اید؟
۱۰۹. آیا اغلب از کارهایی که می کنید، پشیمانید؟
۱۱۰. آیا مسئولتان برای کاری که شما انجام داده اید، اعتبار زیادی قائل می شود؟
۱۱۱. آیا با فرد یا افرادی که اکنون با آن ها زندگی می کنید، درباره کارهای خانه و شیوه ای که این کارها باید انجام شوند، اغلب اختلاف نظر دارید؟
۱۱۲. آیا به آسانی نا امید می شوید؟
۱۱۳. آیا در خلال ده سال گذشته، بیماری مهمی داشته اید؟
۱۱۴. آیا در طرح ریزی و هدایت اعمال افراد به عنوان رئیس جلسه ، رهبری گروه و ... تجربه ای داشته اید؟
۱۱۵. آیا احساس می کنید که در شغل فعلی تان ، درست مانند دنده ای که در یک ماشین قرار دارد، غیر انسانی هستید؟
۱۱۶. آیا در جایی که اکنون زندگی می کنید، شخصی هستید که دائما با دوستان و رفقای که دوست دارید با آن ها در ارتباط باشید، مخالفت کند؟
۱۱۷. آیا دستخوش بیماری آنفولانزا می شوید؟
۱۱۸. آیا مسئول شما به خاطر کار خوبی که انجام می دهید، شما را تحسین می کند؟
۱۱۹. اگر مجبور باشید که برای آغاز بحث و گفتگو در میان جمع ، فکر یا عقیده ای را ابراز کنید، نسبت به خود ، خیلی دچار شک و تردید می شوید؟
۱۲۰. آیا اغلب به سبب چیزهای ناخوشایندی که دیگران درباره شما گفته اند، افسرده بوده اید؟
۱۲۱. آیا هیچ یک از افرادی که با شما در یک منزل زندگی می کنند، خیلی زود و به آسانی تحریک و خشمگین می شوند؟
۱۲۲. آیا زیاد دچار سرماخوردگی می شوید؟
۱۲۳. آیا به آسانی از رعد و برق می ترسید؟
۱۲۴. آیا از کم رویی در زحمت هستید؟
۱۲۵. آیا شغل فعلی تان را بر اساس میل و علاقه خودتان ، انتخاب کرده اید؟
۱۲۶. آیا تاکنون عمل جراحی مهمی روی شما انجام شده است؟
۱۲۷. آیا والدین شما اغلب با دوستانی که با آن ها معاشرت می کردید مخالفت می کردند؟
۱۲۸. آیا برایتان آسان است که از دیگران تقاضای کمک کنید؟
۱۲۹. آیا در شغل فعلی تان دچار یاس و ناامیدی می شوید؟
۱۳۰. آیا بدون این که تقصیر از ناحیه خودتان باشد، همیشه بد شانس می آورید؟
۱۳۱. آیا خیلی مایل بوده اید از جایی که اکنون زندگی می کنید، می رفتید، تا احتمالا استقلال شخصی بیشتری داشته باشید؟
۱۳۲. هنگامی که نیاز دارید از شخصی که خیلی خوب با او آشنا نیستید چیزی را درخواست کنید، آیا ترجیح می دهید به جای مراجعه مستقیم به آن فرد، یادداشت یا نامه ای برای او بفرستید؟
۱۳۳. آیا هرگز در هیچ حادثه ای به شدت مجروح شده اید؟
۱۳۴. آیا از دیدن مار می ترسید؟
۱۳۵. آیا احساس می کنید که کارتان توسط تعداد زیادی از مسئولان نظارت می شود؟
۱۳۶. آیا اخیرا وزن شما خیلی کم شده است؟
۱۳۷. آیا کمبود پول، زندگی خانوادگی فعلی شما را تلخ می کند؟

۱۳۸. آیا برای شما مشکل بوده است که به طور شفاهی در برابر گروهی از مردم گزارش دهید؟
۱۳۹. آیا شغل فعلی شما، خیلی یکنواخت است؟
۱۴۰. آیا به آسانی اشک شما جاری می‌شود؟
۱۴۱. آیا اغلب در پایان روز، خیلی احساس خستگی می‌کنید؟
۱۴۲. آیا والدین شما اغلب به طور غیر منصفانه ای از شما انتقاد می‌کنند؟
۱۴۳. آیا تصور یک زمین لرزه و آتش سوزی موجب ترس شما می‌شود؟
۱۴۴. آیا هنگامی که مجبورید به تنهایی در یک مجلس عمومی وارد شوید در حالی که همه در جای خود نشسته‌اند، احساس شرم و دستپاچگی می‌کنید؟
۱۴۵. آیا فکر می‌کنید که علاقه واقعی اندکی به شغل فعلی تان دارید؟
۱۴۶. آیا گاهی برایتان مشکل است که بخواهید، ولو این که سر و صدایی مزاحم شما نباشد؟
۱۴۷. آیا در جایی که اکنون زندگی می‌کنید، کسی وجود دارد که اصرار داشته باشد از او فرمان برداری کنید، بدون توجه به این که خواسته او عادلانه باشد؟
۱۴۸. آیا هرگز داوطلب شده‌اید که یک مهمانی خسته کننده را روحیه بدهید؟
۱۴۹. آیا احساس می‌کنید که مقام بالاتر یا رئیس مستقیمتان در رفتار با شما به عنوان یک کارمند همدردی و تفاهم ندارد؟
۱۵۰. آیا اغلب حتی هنگامی که با مردم هستید، احساس تنهایی می‌کنید؟
۱۵۱. آیا در نوجوانی، میل شدیدی به فرار از خانه داشته‌اید؟
۱۵۲. آیا زیاد دچار سر درد می‌شوید؟
۱۵۳. آیا گاهی احساس کرده‌اید که کسی شما را با استفاده از هیپنوتیزم وادار به انجام عملی بر خلاف میل‌تان نماید؟
۱۵۴. آیا اغلب برایتان مشکل است که در بحث گروهی برای ارائه نظر مناسب فکر کنید؟
۱۵۵. آیا گاهی احساس می‌کنید که مسئولان در برابر کوشش‌های شما مبنی بر انجام دادن وظیفه تان در سطح عالی، حق شناسی واقعی ابراز نمی‌کنند؟
۱۵۶. آیا گاهی دچار بیماری مخملک یا دیفتری شده‌اید؟
۱۵۷. آیا گاهی احساس می‌کنید که والدین تان را از خودتان ناامید کرده‌اید؟
۱۵۸. آیا در مهمانی‌ها مسئولیت معرفی اشخاص را بر عهده می‌گیرید؟
۱۵۹. آیا تا به حال ترسیده‌اید که مبدا موقعیت شغلی تان را از دست بدهید؟
۱۶۰. آیا غالباً دچار افسردگی و غمگینی می‌شوید؟

Comparison of the Effectiveness of Reality Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Depression and Adjustment in Post-Abortion Women

Mozhgan. Zarean¹, Hasan. Ahadi^{2*}, Farhad. Jomehri³ & Faramarz. Sohrabi⁴

Abstract

Aim: This study aimed to compare the effectiveness of reality therapy and cognitive behavioral therapy on depression and women's adaptation after abortion. **Methods:** The research method was quasi-experimental of pre-test, post-test and follow-up with a control group. The statistical population in this study included women after abortion who referred to a gynecologist in one of the gynecology and obstetrics clinics in the western part of Tehran, who after diagnosis (receiving treatment inquiry); using the available sampling method, 45 people were selected and using a completely random method, they were divided into 3 groups of 15 people and were replaced in 3 groups: first experiment (15), second experiment (15) and control (15). The data collection instrument was a questionnaire, coping strategies and agreeableness, supplemented by women. Educational interventions were implemented with pre-established targets for women and the questionnaires were again executed and data analysis was carried out 50 days later. **Results:** The results showed that behavioral cognitive therapy and reality therapy was effective on depression ($P < 0.01$) and adjustment ($P < 0.01$) in post-abortion women. Also, the results showed that cognitive-behavioral therapy has a better effect on the components of health adjustment, social adjustment, emotional adjustment and job adjustment than reality therapy. **Conclusion:** It can be concluded that behavioral cognitive therapy and reality therapy was effective on depression and adjustment and can be used for post-abortion women.

Keywords: Reality therapy, cognitive behavioral therapy, depression, coping strategies, adaptability.

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.

2. *Corresponding author: Professor, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.

Email: drahad5@gmail.com

3. Professor, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

4. Professor, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.