

## Effectiveness of Cognitive - Behavioral Group Therapy on Mental Health of Imprisoned Women

Received: 27 August 2013

Revised: 7 December 2013

Accepted: 11 December 2013

### ABSTRACT

Sara Moradi<sup>1\*</sup>  
Davood Taghvai<sup>2</sup>  
Shima Chehrei<sup>3</sup>

<sup>1</sup>MA student, Psychology,  
Islamic Azad University of  
Arak, Arak, Iran.

<sup>2</sup>Assistant professor, Depart-  
ment of Psychology, Islamic  
Azad University of Arak,  
Arak, Iran.

<sup>3</sup>Assistant professor, Depart-  
ment of Biology, Islamic  
Azad University of Arak,  
Arak, Iran.

### \*Corresponding Author:

Sara Moradi  
Tel : (+98)9163623732

Email: moradi.sara3069@gmail.com

**Background:** There's a lot of mental disorders in most countries. These disorders are more prevalent among Imprisoned. There are several reasons for the excessive incidence of mental disorders in prisons: There is a wrong notion that people with mental disorders are a risk factor for society, failures in treatment, care and rehabilitation, and above all, poor access to mental health services and mental stress of prison space. Therefore, the present study has been investigated the effectiveness of cognitive - behavioral group therapy on mental health of Imprisoned Women of Borojerd Nesvan Prison.

**Materials and Methods:** The study method was experimental with pre-test, post-test and control group. Sample size was 30 people that divided randomly into experimental and control groups (15 people). At the first we gave Goldberg General Health Tests to women as pre test and then experimental group were treated with cognitive - behavioral therapy in the during 12 sessions of 120 minutes. In the end, both groups were tested again the same questions as the post test. Data were analyzed using ANCOVA test.

**Results:** Findings indicated that experimental group was significantly different from control group in terms of digit span ( $p < 0.001$ ) and cognitive - behavioral therapy affected on mental health in prisoner women.

**Conclusions:** The results showed that it is possible to adopt a cognitive - behavioral therapy to improve mental health of prisoner women and they returned to the family and community level by doing by this approach.

**Keywords:** group therapy, cognitive- behavioral therapy, mental health, prisoner women



دهه ۱۹۷۰ است [۵].

نتایج نشان داده است که بین دو گروه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری از لحاظ وضعیت سلامت روانی تفاوت معنی داری دیده می‌شود و درمان گروهی شناختی رفتاری در پیگیری از عود در افراد معتاد مؤثر بوده است [۶].

در یکی از مطالعات اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش سردرد تنشی مزمن مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن اثر مثبت این روش درمانی را نشان داد [۷]. در پژوهشی تأثیر درمان شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی و درمان شناختی - رفتاری کلاسیک بر سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان شهر زاهدان را مقایسه کردند. نتایج نشان داد درمان رفتاری شناختی مبتنی بر رویکرد اسلامی اثری مشابه درمان شناختی و رفتاری کلاسیک دارد. آن‌ها نتیجه گرفتند اگر چه هر دو رویکرد درمان هم زمان و درمان فردی بر کاهش نشانگان روان شناختی زندانیان مرد تأثیر دارد، اما میزان اثر بخشی درمان هم زمان بیشتر از درمان فردی است. نتیجه پیگیری ۸ ماه پس از خاتمه درمان حاکی از پایداری اثر مداخلات صورت گرفته روی زندانیان هر دو گروه بوده به طوری که طی این مدت هیچ یک از آن‌ها به خاطر انجام مجدد جرم به زندان باز نگشتند [۸].

مروری بر پژوهش‌ها نشان داد که وقفه یا بازداری در ظرفیت‌های روان شناختی فرد و بروز پدیده‌های جدید با ماهیت معلول کننده، سبب بی تفاوتی فرد نسبت به وظایف و اعمال خود می‌شود. این فرآیند، سبب استقرار و گسترش نشانه‌های جسمانی افسردگی و اضطراب گردیده است [۹]. پژوهشگران ضمن سبب شناسی و شیوه‌های ارزیابی و درمانی اختلالات روانی دریافتند که در نیمی از افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، افسردگی و شخصیتی، مداخلات رفتاری یکی از کارآمدترین شیوه‌های درمانی به حساب می‌آید. مداخلات روانشناختی به خصوص شیوه‌های شناختی رفتاری در درمان افراد مبتلا به اختلالات روانی را سرعت بخشیده و از احتمال بازگشت آن نیز در آینده می‌کاهد [۴]. یکی دیگر از بررسی‌های مهم در زمینه گروه درمانی شناختی رفتاری بر روی ۲۱ نفر از افراد مبتلا به افسردگی اجرا شد و نشان داد که بسیار اثربخش بوده است. در مطالعه‌ای دیگر اثر بخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر روی ۲۶ بیمار مبتلا به افسردگی و اضطراب بررسی شد که نتایج مثبتی به همراه داشت [۱۱، ۱۰]. تحقیقات زیادی در مورد تأثیر درمان شناختی رفتاری به صورت گروهی انجام شده است که یافته‌های این تحقیقات با یکدیگر سازگار نبودند و بیان کردند که این روش نیاز به بررسی بیشتری دارد [۱۳ و ۱۲].

نیازمند باشند. افراد ظرفیت رشد و پیشرفت را دارند و مشاوران می‌توانند بجای حذف آسیب‌های به تسهیل سلامت و رشد آنان کمک نمایند [۱].

لوینسون و همکارانش سلامت روان را عبارت از این دانسته‌اند که؛ فرد چه احساسی نسبت به خود و دنیای اطراف محل زندگی و اطرافیان دارد و مخصوصاً با توجه به مسئولیتی که در مقابل با دیگران دارد، چگونگی سازش وی با درآمد خود و شناخت موقعیت مکانی و زمانی خویش حائز اهمیت است [۲].

کاپلان و سادوک سلامت روان را همان حالت بهزیستی و این احساس در فرد که می‌تواند با جامعه کنار بیاید و موقعیت‌های شخصی و ویژگی‌های اجتماعی برای او رضایت بخش است، می‌دانند.

تعداد زیادی از مبتلایان به اختلالات روانی به واسطه عدم بستری در بیمارستان و عدم برخورداری از هر گونه برنامه درمانی مناسب، عدم درک مناسب خانواده، فامیل و دوستان آن‌ها از این افراد و از طرف دیگر اطلاق برچسب‌هایی هم چون تنبل، بی عرضه، احمق و نظایر آن به بیماران ناگزیر روانه زندان می‌شوند [۲]. آمارهای موجود نشان می‌دهند که شیوع جرم در بسیاری از کشورها در حال افزایش است و همگام با آن پدیده‌ی زنان زندانی رو به افزایش است. هم چنانکه پدیده زنان زندانی در جامعه رو به افزایش است [۳]. مطالعات انجام شده نشان داده است که زنان زندانی در مقایسه با مردان زندانی بیشتر از اختلالات شخصیت و بیماری‌های روانی رنج می‌برند. با توجه به این که بسیاری از زنانی که در زندان به سر می‌برند دارای مشکلات فکری و روانی هستند و اکثر تخلف آن‌ها بیشتر جنبه سرپیچی از سلامت اجتماعی دارد تا یک جرم حقوقی، ولی متأسفانه نیازهای مرتبط با سلامت روانی زنان که جزء اقلیت هستند، معمولاً نادیده گرفته می‌شود [۴].

یکی از رویکردهای که در چند دهه اخیر در زمینه سلامت روان پیشرفت‌های عمده‌ای داشته است رویکرد درمان شناختی - رفتاری است که از دهه ۱۹۷۰ برای درمان انواع بیماران افسرده مطرح شده است. نقش درمانگر کمک به بیمار برای شناسایی سبک تفکر خاص خویش و تغییر آن با استفاده از شواهد و منطق است. به این ترتیب شناخت درمانی ادامه‌ی مسیر طولانی و معتبر الگوهای مبتنی بر استدلال نظیر گفتگو بر اساس منطق سقراطی و روش ارسطویی جمع‌آوری و طبقه‌بندی اطلاعات درباره‌ی دنیای واقعی است. مدل شناختی بر نقش محوری (۱) شناخت هیجانی و (۲) پردازش طرحواره‌ای به عنوان عامل تعیین کننده در پردازش اطلاعات، و بازتاب انقلاب شناختی در حوزه‌ی روانشناسی در طول

<sup>1</sup>: Angiogenesis

جلسه دوم: توضیح نظریه شناختی افسردگی؛ دسته‌بندی باورها، ایجاد شناخت نسبت به اضطراب، خشم بیمارگونه، شناسایی افکار خودآیند؛ توضیح مقاومت در برابر درمان و شناسایی مقاومت‌های احتمالی و روش‌های پیشگیری از آن‌ها؛ تمرین ریلکسیشن.

جلسه سوم: آشنایی با تزریق فکر و روش پیکان عمودی و تمرین آن‌ها.

جلسه چهارم: آشنایی با انواع باورها و دسته بندی باورهای شخصی افراد.

جلسه پنجم: تهیه فهرست اصلی باورها، آشنایی با نقشه‌های شناختی و تهیه رتبه بندی SUD.

جلسه ششم: تمرین تغییر باورها و آزمون باورها، تمثیل هیولای دریاچه، تحلیل واقعیت (قاضی و هیأت منصفه) و تحلیل عینی.

جلسه هفتم: تحلیل سودمندی و همسانی و تمرین آن.

جلسه هشتم: آموزش تحلیل منطقی و تمرین کردن آن.

جلسه نهم: تهیه سلسله مراتب و آشنایی با باور مخالف و نحوه پذیرش آن.

جلسه دهم: آموزش تغییر ادراکی و تکمیل برگه‌های تغییر ادراکی، آموزش بازداری قشری اختیاری.

جلسه یازدهم: آموزش تنبیه خود و خود پاداش‌دهی و آموزش روش نگهدارنده.

جلسه دوازدهم: پیگیری و ارزیابی پس از درمان.

ابزار گرد آوری اطلاعات

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28)

پرسشنامه ۲۸ عبارتی سلامت عمومی گلدبرگ یک پرسشنامه غربالگری مبتنی بر خودگزارش‌دهی است که اولین بار توسط گلدبرگ تنظیم شد. فرم اصلی آن دارای ۶۰ عبارت است و فرم‌های کوتاه آن از ۱۲ تا ۲۸ عبارتی نیز تهیه و به ۳۸ زبان ترجمه شده و مطالعات روان سنجی بر روی آن در ۷۰ کشور جهان به انجام رسیده است. گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۹) ویژگی‌های روان سنجی نسخه‌های مختلف را در ۴۳ مطالعه در کشورهای مختلف جهان بررسی نمودند و نشان دادند ۲۸ سوالی دارای میزان اعتبار بیشتر و حساسیت مناسب تری است. ۴ عامل اساسی شامل مقیاس‌های علائم جسمانی، علائم اضطراب و اختلال خواب، اختلال کارکرد اجتماعی و مقیاس افسردگی استخراج گردید. ضریب اعتبار نسخه فارسی پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای با روش بازآزمایی با فاصله ۷ تا ۱۰ روز روی

از آنجا که مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که زنان زندانی در مقایسه با مردان زندانی با فراوانی بیشتر اختلالات شخصیت و بیماری‌های روانی رو به رو بوده و رنج می‌برند [۱۴]. از طرفی تاریخچه زندان و مقابله با جرایم نیز نشان داده است که روش‌های متکی بر تنبیه و مجازات نه تنها نمی‌توانند از بروز و ارتکاب مجدد جرم جلوگیری کنند، بلکه در مواردی نیز بر شدت و تعداد این موارد می‌افزایند [۱۵]. امروزه اعتقاد بر این است که استفاده از روش‌های بازپروری و تأکید بر توان بخشی روانی مددجویان، به خصوص در آن دسته از مددجویانی که دچار نواقص شناختی و اختلالات روانی هستند، بسیار مفید و مؤثر است.

## مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقدماتی از طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و آزمایش استفاده شده است. در این طرح آزمودنی‌ها به صورت تصادفی انتخاب و به کمک همین روش در گروه‌های مختلف تقسیم می‌شوند. سپس قبل از اجرای متغیر مستقل (X)، آزمودنی‌های انتخاب شده در هر دو گروه به وسیله پیش آزمون مورد بررسی قرار می‌گیرند. جامعه آماری زنان زندانی اعم از محکوم و متهم در بند نسوان زندان شهرستان بروجرد بود که بر اساس آمار داده شده توسط زندان این جامعه ۳۶ نفر گزارش شد. این جامعه ثابت نمی‌باشد اما در زمان اجرای تحقیق، این تعداد در بند نسوان حضور داشتند. از این تعداد بصورت تصادفی ۳۰ نفر از آن‌ها انتخاب شدند و به ۲ گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند یک گروه بعنوان گروه آزمایش و گروه دیگر بعنوان گروه گواه در نظر گرفته شدند. در ابتدا پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) بعنوان پیش آزمون توسط هر دو گروه تکمیل شد و سپس گروه آزمایشی تحت درمان شناختی- رفتاری به شیوه‌ی گروهی به مدت ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای قرار گرفت و در آخر از هر دو گروه مجدد همان پرسشنامه بعنوان پس آزمون گرفته شد. در این پژوهش بر اساس راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی گروه آزمایش طی شش هفته، هر هفته دو جلسه یعنی ۱۲ جلسه و هر جلسه ۱۲۰ دقیقه (دو ساعت)، آموزش داده شدند و یک جلسه مقدماتی نیز برای آشنایی گروه در نظر گرفته شد که جمعاً ۱۳ جلسه به طول انجامید که شرح این جلسات قید شده است:

جلسه مقدماتی: آماده سازی، تعیین اهداف و آشنایی با افراد گروه سخنرانی آموزشی، ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی، آموزش لازم در زمینه تفکر و احساس؛ قدیس بودن، معیارهایی که ما برای خود و دیگران تعیین می‌کنیم، تمثیل چمدان برای شناخت درمانی، تمرین آرمیدگی تخیلی هدایت شد.

<sup>1</sup> Dimethyl sulfoxid

بیماران و برچسب خوردن بر افراد مقیم این مراکز مقرون به صرفه نیست. تأثیرات روان شناختی زندان از فردی به فرد دیگر متفاوت است و بسته به مرحله زمانی دوران حبس نیز تنوع می‌یابد. از سویی نمی‌توان گفت که رفتار مجرمانه همیشه برابر با کسالت روانی است و از سوی دیگر کسانی که از این تبعات منفی روحی رنج می‌برند لزوماً اختلال روان شناختی یا آسیب شناسی روانی مشخصی را نشان

**جدول ۱:** یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهشی گروه آزمایش و گواه

گروه	متغیر	انحراف استاندارد ± میانگین
	سلامت روان	۴۱/۶۸±۱۵/۸
	افسردگی	۱۴/۶±۴/۱۴
آزمایش	عملکرد اجتماعی	۱۳±۳/۵
پیش	اضطراب	۱۴±۳/۶
آزمون	علایم جسمانی	۱۳/۱۳±۳/۵
	علایم اختلال خواب	۹/۹±۴/۶۴
	سلامت روان	۱۷/۲±۶/۰۷
	افسردگی	۱۲/۰۳±۳/۱۱
آزمایش	عملکرد اجتماعی	۱۰/۷۳±۳/۱۱
پس	اضطراب	۱۱/۷۰±۳
آزمون	علایم جسمانی	۱۰/۵۶±۳/۳۵
	علایم اختلال خواب	۳/۹±۱/۸
	سلامت روان	۴۶/۶±۱۵/۲
	افسردگی	۱۳/۵±۳/۹
گواه	عملکرد اجتماعی	۱۲/۳±۳/۲
پیش	اضطراب	۱۲/۹±۳/۰۳
آزمون	علایم جسمانی	۱۲/۸±۳/۱۹
	علایم اختلال خواب	۱۲/۶±۳/۹
	سلامت روان	۴۶/۶±۱۵/۲
	افسردگی	۱۱/۴۶±۳/۲۶
گواه پس	عملکرد اجتماعی	۱۲/۴۳±۲/۹
آزمون	اضطراب	۱۱/۹۶±۲/۷۴
	علایم جسمانی	۱۲/۰۶±۳/۱۲
	علایم اختلال خواب	۱۲/۱۲±۳/۹

گروه ۸۰ نفره به میزان ۰/۹۱ برآورد شده که در سطح یک هزارم معنادار است. یعقوبی (۱۳۷۴) ضریب اعتبار کلی این آزمون را ۰/۸۸ و ضریب اعتبار خرده آزمون‌ها را بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است. تقوی (۱۳۸۰) به منظور تعیین اعتبار این پرسشنامه از سه روش بازآزمایی، دونیمه سازی و ثبات درونی استفاده نمود. که به ترتیب برابر با ۰/۷۲، ۰/۹۳ و ۰/۸۶ به دست آمد. روش نمره گذاری پرسشنامه سلامت عمومی بدین ترتیب است که از گزینه الف تا د، نمره صفر، یک، دو و سه تعلق می‌گیرد. در نتیجه نمره فرد در هریک از خرده مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نمرات هر آزمودنی در هر مقیاس به طور جداگانه محاسبه شده و پس از آن نمرات ۴ زیرمقیاس را جمع کرده و نمره کلی را به دست می‌آوریم. در این پرسشنامه نمره کمتر (۰-۶) نشانگر سلامت روان بهتر و نمره بیشتر (۲۱-۱۷) نشان سلامت روان حادثر می‌باشد.

### یافته‌ها

شاخص‌های مرکزی (میانگین و انحراف استاندارد) بررسی شده در این پژوهش نشان می‌دهد که نمرات پیش آزمون در تمامی متغیرها تقریباً برابر است که این برابری بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها می‌باشد (جدول ۱).

بعد از فراهم ساختن شرایط، آزمون تحلیل کواریانس اجرا شد. با حذف اثر نمره‌های سلامت روان پیش آزمون به عنوان متغیر مداخله گر، اثر اصلی متغیر آموزش بر نمره‌های پس آزمون معنادار بود. و یافته‌ها نشان دهنده قدرت ارتباط اثر آموزش درمان گروهی شناختی- رفتاری با بهبود سلامت روان است (جدول ۲).

### بحث و نتیجه گیری

در اغلب جوامع افرادی که از اختلالات روانی رنج می‌برند با نادیده گرفتن (ناچیز شمردن و به حاشیه راندن) یا داغ اجتماعی و تبعیض در دسترسی به امکانات اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی (که ناشی از تصورات غلط شایع در مورد اختلالات روانی است) مواجه می‌شوند. این داغ و برچسب و تبعیض معمولاً در زندان وجود دارد و زندانی به خاطر اقامت در زندان با انزوا و ناچیز شمردن شدن بیشتری در جامعه زندان مواجه می‌شود.

درمان‌های موثر زیادی برای اختلالات روانی وجود دارد اما اغلب منابع در دسترس محدود در راه‌های غیرضروری به هدر می‌رود و خدمات و مداخله‌های گران قیمت فقط به تعداد خیلی از افراد نیازمند می‌رسد. ساختن بیمارستان‌های روان پزشکی در زندان نیز به علت هزینه‌های زیاد برای تأسیس، ظرفیت محدود، میزان ناچیز ترخیص

جدول ۲: تحلیل کوواریانس اثرهای آموزش درمان گروهی شناختی- رفتاری بر بهبود سلامت روان زنان زندانی

مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	معناداری	ضریب ایتا
مداخله گر (نمره پیش آزمون سلامت روان)	۱	۵۸۱۸/۴۹		
اثر اصلی ( آموزش)	۱	۱۰۱۱۵۱/۴۹	۰/۰۱	۰/۸۴
خطای باقیمانده	۵۷	۲/۳۵		

میزان میانگین اضطراب گروه آزمایش در پیش آزمون ۱۴ گزارش شد که در پس آزمون به ۱۱/۷۰ کاهش یافت. در گروه گواه میانگین این متغیر ۱۲/۹ گزارش شده که در پس آزمون تغییر چندانی نداشت و به ۱۱/۹۶ رسید. علایم جسمانی در گروه آزمایش از ۱۳/۱۳ به ۱۰/۵۶ کاهش یافت اما در گروه گواه تغییر چندانی نداشت، در پیش آزمون ۱۲/۸ و در پس آزمون ۱۲/۰۶ گزارش شد. علایم اختلال خواب در گروه آزمایش تغییر بارزی داشت و از ۹/۹ به ۳/۹ کاهش محسوس گزارش شد. در پیش آزمون گروه گواه این میزان ۱۲/۶ گزارش شد که تفاوت چندانی با پس آزمون نداشت (جدول ۱).

آنچه که می توان از نتایج این پژوهش به دست آورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوهی گروهی بر بهبود سلامت روان زنان زندانی است بنابراین می توان با بهره گیری از نتایج این پژوهش دستورالعمل معینی به زندان ها ابلاغ نمود تا بر اساس آن یک برنامه ریزی معین جهت دوره های روان درمانی به شیوهی گروهی برای زندانیان در نظر گرفت. می توان با گنجانیدن دوره های درمانی سلامت روان زندانیان را در زندان بهبود و حتی ارتقاء داد تا بتوانند شرایط سخت را به بهترین شیوه تحمل کنند و هنگامی که زندان را ترک می کنند به جای افزوده شدن مضلات روانی، سلامت روان کسب کنند و به جامعه نیز صدمات کمتری وارد کنند.

### منابع

1. Sanaei Zaker B, Nasiri H. Effects of religion oriented cognitive group psychotherapy on decrease of depression and anxiety of the inpatients with mood disorder at isfahan norr medical center. J Counsel Res Develop 2000; 7: 89-96. (Persian)
2. Milanifar B. Mental Health. 3<sup>rd</sup> ed. Tehran: Ghoomes Press 2003; 27. (Persian)
3. Abdolhadi B, Foroghan M, Dadkhah A, Delavar A. The frequency of personality disorders in the women prisoners of Tehran and Karadje 2003. Social

نمی دهند. با تأکید بر اثرات روحی قابل شناسایی از جهت بالینی یا موارد شدید اختلال های روانی به تغییرات روان شناختی گسترده تر و ظریف تری که به طور عادی و روتین در دوره ی انطباق با زندان روی می دهد توجه بیشتری مبذول داشت.

نتایج این پژوهش نشان داد تفاوت چندانی بین میانگین سلامت روان در مرحله ی قبل از درمان گروهی شناختی- رفتاری بین دو گروه گواه و آزمایش وجود ندارد و تقریباً میانگین نمرات مؤلفه های مذکور شبیه به هم است نتایج این پژوهش میانگین نمرات سلامت روان را در بین افراد گروه آزمایش در مرحله بعد از درمان شناختی رفتاری، از ۴۱/۶۸ به ۱۷/۲ گزارش نمود که نشان دهنده ی تأثیر مثبت درمان شناختی رفتاری روی بهبود وضعیت سلامت روان افراد گروه آزمایش است که این میزان در گروه گواه تغییری دیده نشد و همان ۴۶/۶ گزارش شد (جدول ۱).

همچنین با توجه به یافته های به دست آمده می توان نتیجه گرفت درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر بهبود وضعیت سلامت روان زندانیان زن اثر گذار بوده است. که این نتایج با تحقیقات و یافته های دیگر [۶-۱۱] همسو و هماهنگ بود. اما با نتایج پژوهش اویی و دینگل (۲۰۰۷) مطابقت نداشت زیرا یافته های آنان نشان داد درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی اثربخشی لازم را ندارد و نیاز به بررسی بیشتری دارد.

میانگین ۵ مؤلفه سلامت روان نیز در این پژوهش به طور جداگانه در دو گروه آزمایش و گواه بررسی شد. میانگین افسردگی در پیش آزمون گروه آزمایش ۱۴/۶ گزارش شد اما این میزان در پس آزمون به ۱۲/۰۳ کاهش یافت. در گروه گواه نیز میانگین افسردگی ۱۳/۵ به ۱۱/۴۶ کاهش یافت. میانگین عملکرد اجتماعی گروه آزمایش در پیش آزمون ۱۳ گزارش شد که این میزان در پس آزمون به ۱۲/۳ کاهش یافت. در گروه گواه این متغیر تغییر چندانی نداشت، در پیش آزمون ۱۲/۳ و در پس آزمون ۱۲/۴۶ گزارش شد.

Fall 2013; Vol. 2, No. 3: 200-208

Welfare Quarterly 2004; 3: 301-7. (Persian)

4. Rothblum FM. Depression among lesbians. An invisible and unresearched phenomenon. *J Gay Lesbian psychotherapy* 1992; 1: 67-8
5. Peterson AL, Halstead TS. Group cognitive behavior therapy for depression in a community setting: A clinical replication series. *Behav Ther* 1999; 29: 3-18.
6. Mollahzade J, Ashouri A. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy in improvement of relapse prevention skills and mental health in the addicts. *Daneshvar Raftar* 2009; 34:1-12. (Persian)
7. Sadoughi M, Akkashe G. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on reduction of chronic tension headache. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2009; 3: 92-85. (Persian)
8. Mojahed A, Kalantari M, Molavi H, Neshatdust HT, Bakhshani NA. Comparison of Islamic oriented and classical cognitive behavioral therapy on mental health of martyrs' and veterans' wives. *J Fundam Ment Health* 2010; 11: 282-91. (Persian)
9. Ng R, Cheung M, Suen L. Cognitive-behavioural therapy of psychosis: An overview and 3 case studies from Hong Kong. *Hong Kong Journal of Psychiatry* 2003; 13: 26-33.
10. Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1223-32.
11. Kush FR, Fleming LM. An innovative approach to short-term group cognitive therapy in the combined treatment of anxiety and depression. *Group Dyn-Theor Res* 2000; 11: 176-83.
12. Oei T, Dingle G. The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *J Affect Disord* 2008; 107: 5-21.
13. Walmsley R. World prison population list (fourth edition). Findings 188, Home Office, London, 2003; No author, Four out of every 1000 in prison-Nicro, iafrica.com, 2 October 2003
14. Medlicott D. 'Women in prison' in Jewkes Y. *Handbook on prisons*. Devon: Willan publishing 2007; 64-8.

