

اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و بهزیستی روان شناختی زنان در آستانه طلاق شهرستان خرم‌آباد

ساره پیمان^۱ و حسنالسادات موسوی اصل^۲

چکیده

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و بهزیستی روان شناختی زنان در آستانه طلاق شهرستان خرم‌آباد بود. طرح پژوهش از لحاظ مدلد کاربردی و از نظر روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با گروه گواه بود. جامعه پژوهش شامل زنان مراجعه کننده به دفاتر شورای حل اختلاف شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۴۰۲ بود که به مراکز مشاوره معرفی شدند. نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۰ نفر بود که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه به صورت تصادفی و با تعداد مساوی جایگزین شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه افسردگی بک، استبر و براون (۱۹۹۶) و پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف (۱۹۸۰) استفاده شد. گروه آزمایشی طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفت‌های یک بار تحت مداخله درمانی بر اساس پروتکل درمان شناختی رفتاری مایکل فری (۱۳۸۴) قرار گرفتند، اما گروه گواه هیچ نوع آموزشی دریافت نکردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت. نتایج حاکی از آن بود که بعد از کنترل اثرات پیش‌آزمون، در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش معناداری داشت. همچنین میانگین نمرات بهزیستی روان شناختی در مرحله پس‌آزمون افزایش معناداری نسبت به گروه گواه داشت. این نتایج در مرحله پیگیری پایدار ماند (۰/۰۱).^{P<0.01}

۱. استادیار گروه روان شناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
sr.peyman@gmail.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران.
psychology.iau@yahoo.com



مقدمه

طلاق و تعارض زناشویی یکی از عوامل برجسته در بروز بسیاری از رفتارهای مخرب در خانواده و جامعه است. تعارضهای پیش از طلاق، ناخشنودی از رابطه و سرانجام جدایی، پیامدهای منفی فراوانی را برای افراد آسیب دیده و برای همه جامعه به همراه دارد (توسی و وان دنبروک^۱، ۲۰۲۰). مطالعات نشان می‌دهد که عدم ثبات روان‌شناختی در زنان متقاضی طلاق باعث بروز مشکلات روان‌شناختی عدیدهای در آن‌ها می‌شود. هنگامی که آنان به لحاظ روان‌شناختی دچار عدم هماهنگی در روابط حفاظت کننده قرار می‌گیرند نسبت به تحریکات مخرب محیطی آسیب پذیر بوده و راه برای نزاع و جدایی هموار می‌شود. در این شرایط برای رهایی از احساس‌های ناخوشایند درونی خود اقدام‌های جبرانی ناصحیح را به عنوان الگویی ناکارآمد برای رهایی از احساس ناخوشایند به کار می‌برند که سبب تخریب نظام‌های ارتباطی درون خانواده می‌شود (آماتو و مریوت^۲، ۲۰۱۶).

افسردگی^۳ یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است که از تعامل پیچیده عوامل و نشانه‌های شناختی، رفتاری و بیولوژیکی نشأت می‌گیرد (تیبودو، فاین، گردادی، فلاسیرگ^۴، ۲۰۱۵). رویدادهای منفی مانند مرگ یکی از بستگان نزدیک، مشکلات جدی زناشویی و طلاق و فروپاشی احتمال ابتلا به افسردگی را ۱۰ برابر می‌کند (کندر، کسلر، والترز، مکلین، نیل و هیث^۵، ۱۹۹۵). تحقیقات اخیر نشان داده است که کمبود قدرت اجتماعی زنان و تفاوت‌های جنسی در پاسخ‌های بیولوژیکی به استرس دهنده‌ها می‌تواند در افسردگی پیشوندۀ زن‌ها بیش از مردها نقش داشته باشد (منوچه‌ری، ۱۴۰۰). بنابراین آسیب‌پذیری و شیوع بیشتر افسردگی در زنان نسبت به مردان به دلیل آسیب‌پذیری در عوامل روانی-اجتماعی و هیجانی آنان است (هانسن و اسلاگ‌رولد^۶، ۲۰۱۶).

1. Tosi & van den Broek
2. Amato & Marriott
3. depression
4. Thibodeau, Fein, Goodbody & Flusberg
5. Kendler, Kessler, Walters, MacLean, Neale & Heath
6. Hansen & Slagsvold



از طرفی بهزیستی روان شناختی^۱ یک ساختار مهم در پژوهش‌های مربوط به تفسیر شخصیت است و به عنوان ارزیابی مثبت از زندگی و تعادل میان عاطفه مثبت و منفی تعریف شده است (Diner, ۲۰۲۲). بهزیستی روان شناختی با افزایش ظرفیت حالت‌های مثبت و کاهش حالت‌های منفی به عنوان بهزیستی بهینه تعریف می‌شود (Witsoe, ۲۰۲۱). با توجه به حساسیت‌های عاطفی و اجتماعی زنان در شرف طلاق، آنان غالباً هیجان‌های منفی زیادی را تجربه می‌کنند و سلامت جسمانی و روانی آن‌ها بیشتر در معرض خطر قرار می‌گیرد و کیفیت زندگی آن‌ها افت زیادی دارد؛ بدین ترتیب بهزیستی روان شناختی آن‌ها نیز رو به افول گذاشته و کاهش می‌یابد (رفعتی اصل، کاظمی‌پور و شفیعی، ۱۴۰۰).

نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری^۲ به عنوان یکی از رویکردهای مؤثر در بهزیستی روان شناختی و درمان افسردگی مورد توجه محققان قرار گرفته است. این درمان به هیجانات ناکارآمد، رفتارهای ناسارگارانه و فرایندها و محتوای شناختی می‌پردازد (اسکتر، گیلبرت و وکتر، ۲۰۱۰). با استفاده از اصول درمان شناختی رفتاری، افراد می‌توانند در برابر قضاوت‌های بی‌مورد بایستند و تصاویر مخدوش را از میان بردارند. همچنین آنان می‌توانند با نتیجه‌گیری‌های دقیق‌تر و منطقی‌تر از سوء تفاهم‌ها در روابط زناشویی در امان باشند (احمدی، ۱۴۰۱). هافمن، استانی، ونک، ساوير و فنگ^۳ (۲۰۱۲) دریک مطالعه سیستماتیک و فرا تحلیل شامل ۲۶۹ تحقیق و بیش از ۱۷۰۰۰ شرکت‌کننده نشان داند که درمان شناختی رفتاری به طور قابل توجهی علائم افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد. یافته‌های پژوهش ریول، هاپکینسون، کلارکسmit و لین^۴ (۲۰۱۸) نشان از اثر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و اضطراب بیماران قلبی

1. Psychological Well-Being
2. Diener
3. Viteros
4. cognitive behavioral therapy
5. Schacter, Gilbert & Wegner
6. Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang
7. Reavell, Hopkinson, Clarkesmith & Lane



داشت. بتریز نیوفیلد، پالما، کاتانو، براسترنک، کارتیسب و هافمن^۱ (۲۰۲۰) در پژوهش خود شان دادند، درمان شناختی رفتاری فردی و گروهی در کاهش اضطراب و افسردگی اثر معنادار دارد. نتایج پژوهش ریچاردسون، استلارد و ولمن^۲ (۲۰۱۰) نشان داد که درمان شناختی رفتاری کاهش نشانگان بالینی افسردگی و بهبود متغیرهایی مثل رفتار، اعتماد به نفس و شناخت را در پی داشت. نتایج پژوهش کیامرشی، نریمانی، صبحی قراملکی و میکانیلی (۱۳۹۷) نشان از اثر یکسان و معنادار درمان شناختی رفتاری و مثبت درمانی در بهزیستی روان‌شناسی دانش آموزان داشت. یافته‌های پژوهش صفائی و بزرگر (۱۴۰۲) نشان داد نمرات پس از آزمون کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناسی در در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تفاوت معنادار و مثبتی داشت. نتایج پژوهش طرفی عمیدپور و همکاران (۱۴۰۱) حاکی از تاثیر گذاری مثبت و معنادار درمان شناختی رفتاری بر روی بهزیستی روان‌شناسی بیماران سرتانی بود.

با وجود تحقیقاتی که در زمینه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و بهزیستی روان‌شناسی صورت گرفته؛ پژوهش‌های اندکی وجود دارد که نقش این نوع مداخله را در جامعه زنانی که در آستانه طلاق هستند مورد بررسی قرار دهد، لذا با توجه به اهمیت موضوع، هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و بهزیستی روان‌شناسی زنان در آستانه طلاق بود.

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان مراجعه کننده به دفاتر شورای حل اختلاف شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۴۰۲ بودکه به مراکز مشاوره معرفی شدند. نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۰ نفر بود که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. برای تعیین حجم نمونه پژوهش، از قاعده‌ای که گال، بورگ و گال (۲۰۱۴) گزارش کرده‌اند، استفاده شد که طبق آن برای پژوهش‌های آزمایشی، تعداد

1. Beatriz Neufelda, Palmaa,Caetanoa, Brust-Renckc, Curtissb & Hofmannb

2. Richardson, Stallard & Velleman



حداقل ۱۵ نفر برای هر یک از گروههای آزمایش و کنترل پیشنهاد شده است. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ داشتن حداقل مدرک دیپلم، زندگی مشترک با همسر در زمان انجام تحقیق تا اتمام آن، تمایل به مشارکت در پژوهش و ادامه جلسات درمانی، عدم دریافت همزمان سایر مداخلات درمانی، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن و معلولیت جسمانی و عدم سوء مصرف مواد بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت در دو جلسه آموزشی، عدم رعایت قوانین جلسات آموزشی و جدا شدن یا متابکه کردن از همسر بود. در اجرای پژوهش با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، پس از گمارش تصادفی شرکت‌کننده‌ها در گروه آزمایش و گواه و پاسخ به پرسشنامه‌های پژوهش به عنوان پیش-آزمون، گروه آزمایشی تحت مداخله درمان شناختی رفتاری قرار گرفت و گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکرد. در پایان مداخله نیز تمامی شرکت‌کننده‌های ۲ گروه، جهت پس-آزمون و پس از گذشت ۱ ماه جهت پیگیری پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند، اصول اخلاقی به طور کامل در این تحقیق رعایت شد. از شرکت‌کنندگان جهت شرکت در جلسات رضایت آگاهانه اخذ شد، محترمانه ماندن اطلاعات فردی و حق خروج از مطالعه نیز برای شرکت کنندگان محفوظ بود. گروه گواه نیز از مداخله پس از پایان مطالعه بهره‌مند شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از شاخص‌هایی مانند فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با لحاظ کردن مفروضات پیش از تحلیل واریانس، با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۵ انجام شد.

ابزار پژوهش پرسشنامه افسردگی بک

این پرسشنامه توسط بک، استیر و براون^۱ (۱۹۹۶) ساخته شده است. نسخه اصلی پرسشنامه شامل ۲۱ گویه است و می‌توان از آن به عنوان ابزاری برای تعیین نقطه برش و تشخیص شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا استفاده کرد. بر اساس گزارش بک، براون و استیر (۱۹۹۶) ضریب آلفای کرونباخ در بیماران سرپایی ۰/۹۲ و در



بیماران بسته ۹۳/۰ بود. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه استفاده شد که شامل ۱۳ ماده خودگزارشی است و نشانه‌های خاص افسردگی را بیان می‌کند. هر گزاره این پرسشنامه شامل یک مقیاس چهار گویه‌ای است که دامنه آن از صفر تا ۳ مرتب شده است. حالت‌های مورد سنجش در این فرم عبارت اند از: غمگینی، بدینی، احساس شکست خورده‌گی، نارضایتی، احساس گناهکاری، از خود بیزاری، خودآزاررسانی، کناره‌گیری و بی‌تصمیمی. ضرایب آلفای کرونباخ و تصنیف توسط (رجی، ۱۳۹۸) برای فرم کوتاه پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، روایی پرسشنامه از طریق همبسته کردن نمره کلی آن با نمره سوال کلی ۰/۶۶ و پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی

این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود. فرم اصلی، ۱۲۰ سوال داشت ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه تر ۵۴، ۸۴ و ۱۸ سؤالی آن نیز پیشنهاد شد. در این پژوهش، فرم ۸۴ سؤالی آن به کار برده شد. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی دارای شش خرده مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی‌هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. در فرم ۸۴ سؤالی هر عامل دارای ۱۴ سؤال است که پاسخ‌های آزمودنی را در اندازه‌های ۶ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۶) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در مقیاس بهزیستی روان‌شناختی به ترتیب ۸۴ و ۵۰۴ می‌باشد. نمرات بالاتر نشان دهنده بهزیستی روان‌شناختی بالاتر در هر یک از شش خرده مقیاس است. ضریب پایایی این ابزار بهوسیله ریف و کیس ریف، (۱۹۹۵). بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ گزارش شده است و پایایی آن با روش بازآزمایی ۰/۸۵ به دست آمد (خدابخش و منصوری، ۲۰۱۱). بررسی همبستگی این ابزار با مقیاس‌هایی که کارکردهای مشتی چون حرمت خود، تعادل عواطف، کنترل درونی و رضایت از زندگی را می‌سنجند، نشان‌دهنده همبستگی مشتی این ابزار با این کارکردها است (ریف، ۱۹۸۹). در پژوهش حاضر، روایی پرسشنامه از طریق همبسته کردن نمره کلی آن با نمره سوال کلی ۰/۵۸ و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.



آموزش درمان شناختی رفتاری

آموزش درمان شناختی رفتاری، برگرفته از کتاب شناخت درمانی گروهی مایکل فری ترجمه صاحبی، حمیدپور و اندوز (۱۳۸۴) می باشد که بر روی شرکت کنندگان گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار اجرا شد. شرح و اهداف جلسات در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزش شناختی رفتاری

جلسات	محظوظ
جلسه اول	توضیح قوانین گروه، توضیح تعامل فرایندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری؛ آشنایی شرکت کنندگان با مؤلفه های شناختی واکنش های هیجانی؛ شناسایی افکار سطحی اویله که بین واقعه و واکنش هیجانی قرار میگیرند و نوشتن آنها در جدول سه ستونی رویداد فعل ساز A، باورها یا افکار B و پیامد و واکنش هیجانی C تکلیف: نوشتن ده مورد از بدترین خود را زندگی خود با استفاده از توالی C-B-A.
جلسه دوم	یادگیری جنبه های نظریه های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم؛ آشنایی با افکار خود آیند؛ آشنایی با تحریف های شناختی و شناسایی آنها در تفکر خود؛ شناخت مقاومت های احتمالی در برابر درمان و طراحی راهبردهایی برای مقابله با این مقاومت ها.
جلسه سوم	آشنایی با بنیادهای پیامدهای رفتاری، آموزش ماهیت طرحواره ها، باورهای اصلی، نگرش های ناکارآمد و ارتباط بین طرحواره ها و افکار خود آیند و همچنین شناسایی طرحواره ها با استفاده از روش پیکان عمودی. تکلیف: مرور تکالیف جلسه دوم، ادامه نوشتن C-B-A های روزانه و رسم پیکان عمودی برای دو مورد از آن ها.
جلسه چهارم	کار روی پیکان عمودی و حل مشکلاتی که اعصابی گروه در به کار بستن روش پیکان عمودی به منظور شناسایی طرحواره های منفی خود با آن روبرو می شوند توانا ساختن شرکت کنندگان در شناسایی ده نوع طرحواره منفی متدالوی و قرار دادن باورهای خود در این ده طبقه. تکلیف: مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش دسته بندی باورها.
جلسه پنجم	دستیابی شرکت کنندگان به تصویر واضح تری از چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی با یکدیگر، تنظیم فهرست باورهای منفی؛ رسم نقشه های شناختی از چگونگی ارتباط باورهای منفی با یکدیگر و رتبه بندی آنها تکلیف: مرور جلسه قبل، تبیه فهرست اصلی باورها و علت دوام باورهای منفی، استفاده از



جلسات	محظوظ
در جلسه ششم	رتبه‌بندی واحدهای ناراحتی ذهنی، ادامه ترسیم پیکان عمودی و دسته‌بندی باورها و در جلسه هفتم
در جلسه هشتم	پذیرش این نکته که باورها تغییر پذیرند و این امکان وجود دارد که افراد بتوانند باورهایشان را مورد تجدید نظر قرار دهند. تکلیف: تکمیل فهرست اصلی باورها و تحلیل عینی باورهایی که تاکنون شناسایی شده‌اند.
در جلسه هفتم	درک این نکته که باورها از نظر سودمندی متفاوتند و آنها را می‌توان بر اساس معیارهایی، ارزشیابی کرد. تکلیف: شناخت باورهای مشکل‌زای خود و ارزشیابی آن‌ها، تضمیم‌گیری در مورد نگهداری یا کنار گذاشتن آن‌ها.
در جلسه هشتم	یادگیری کاربرد تحلیل منطقی در مورد باورهای خود. تکلیف: تکمیل تحلیل منطقی تمامی طرح‌واره‌های شرطی و قطعی.
در جلسه نهم	دستیابی شرکت‌کنندگان به مفهوم باور مخالف. تکلیف: تهیه مساله‌های مرتبط با باورهای اصلی، تهیه عبارت‌های مخالف با باورهای منفی خود، یافتن باورهای مخالف خود، تهیه کارتی که یک طرف آن باورهای اصلی و طرف دیگر آن باورهای منفی نوشته شده باشد.
در جلسه دهم	در این جلسه دو حوزه محتوایی تغییر ادراکی و بازداری قشری اختیاری مورد توجه قرار می‌گیرد. تکلیف: بررسی تکالیف جلسه‌ی قبل، آموزش تغییر ادراکی به وسیله‌ی ارایه تصاویر مبهم و تمرین آن، تمرین بازداری قشری انجام روزانه بازداری قشری اختیاری یا تغییر ادراکی.
در جلسه بیاندهم	یادگیری روش تبیه خود و خودپاداش‌دهی. تکلیف: مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، تمرین روش تبیه خود - خودپاداش دهی برای تغییر تفکر، مرور باورهای مخالف، تمرین خیال پردازی، تکمیل طرح نگهدارنده خود.
در جلسه دوازدهم	بررسی طرح‌های شرکت‌کنندگان برای نگهداری اهداف درمان و اخذ بازخورد از آن‌ها درباره برنامه درمانی.

یافته‌ها

به لحاظ ویژگی جمعیت شناختی شرکت کنندگان، بیشترین فراوانی مربوط به رده سنی بالاتر از ۳۰ سال (45/83) درصد بود و بیشترین سطح تحصیلات شرکت کنندگان در مقطع



کارشناسی (۶۶/۴۱) درصد همچنین از نظر وضعیت اشتغال زنان شاغل (63/50) درصد، بیشترین تعداد را داشتند. شاخص‌های توصیفی شرکت کنندگان در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	پیش	آزمایش	11/5500	4/24853
	آزمون	کنترل	11/8000	3/81962
	پس	آزمایش	6/5000	3/21512
	آزمون	کنترل	10/7500	4/50584
بهزیستی روان‌شناختی	پیش	آزمایش	119/2500	2/326 28
	آزمون	کنترل	118/4500	2/81864
	پس	آزمایش	137/8000	1/00525
	آزمون	کنترل	118/0000	2/28416

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته و میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است. قبل از تحلیل داده‌های مربوط به متغیرهای وابسته، برای اطمینان از این که داده‌های پژوهش، مفروضه‌های تحلیل واریانس را برآورد می‌کنند به بررسی آن‌ها پرداخته شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع پراکنده‌گی متغیرها با توجه به سطوح معنی داری آزمون کلوموگوف-امسیرنوف که بیشتر از ۰/۰۵ بود و داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بودند. فرض همسانی ماتریس واریانس‌های خطای نیز با آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که سطوح معناداری محاسبه شده F از ۰/۰۵ بزرگتر بود لذا فرض صفر در این نمره‌ها تایید شد و فرض همگنی ماتریس پراکنده‌گی برقرار بود. همچنین معنی دار نبودن اثر متقابل نشان داد که داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کنند.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه میانگین افسردگی و بهزیستی



روان‌شناختی

آزمون	مقدار	F آماره	خطای درجه آزادی	سطح معنی داری	مربع اتا
اثر پیلاپی	0/285	16/457	63/000	0/000	0/285
لامبادای ویکلز	0/215	16/457	63/000	0/000	0/285
اثر هتلینگ	3/657	16/457	63/000	0/000	0/285
بزرگترین ریشه روی	3/657	16/457	63/000	0/000	0/285

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای واپسیه درسطح ($P<0.05$) تفاوت معنی داری وجود داشت و حداقل در یکی از متغیرهای واپسیه بین دو گروه، تفاوت معنی دار وجود داشت.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری میانگین نمره‌های پس آزمون افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	منابع	مجموع مجذورات	درجات آزادی	مجذور	F معناداری	سطح
افسردگی	پیش آزمون	183/750	1	183/750	12/289	0/001
	گروه	150/000	1	150/000	10/032	0/001
	خطا	837/333	26	14/952		
	کل	4347/5	30			
بهزیستی روان‌شناختی	پیش آزمون	189/614	1	189/614	15/743	0/001
	گروه	177/549	1	177/549	12/582	0/001
	خطا	846/806	26	32/569		
	کل	4163/731	30			

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، با حذف اثر متقابل پیش آزمون در متغیر افسردگی بین میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل و پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد. و میانگین‌های تعدیل شده حاکی از اثربخشی آموزش مبتنی درمان‌شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی زنان در آستانه طلاق است. همچنین نتایج نشان می‌دهد، با حذف اثر متقابل



پیش آزمون در متغیر بهزیستی روان شناختی بین میانگین گروههای آزمایش و کنترل و پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد. و میانگین های تعدیل شده حاکی از اژربخشی آموزش مبتنی درمان شناختی رفتاری بر افزایش بهزیستی روان شناختی زنان در آستانه طلاق است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اژربخشی آموزش مبتنی بر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و بهزیستی روان شناختی زنان در آستانه طلاق شهرستان خرم آباد بود.

نتایج حاصل از آزمون فرضیه اول نشان داد، آموزش مبتنی بر درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی زنان در آستانه طلاق شهرستان خرم آباد اژربخش بود. این نتایج با پژوهش ریوال و همکاران (۲۰۱۸)، هافمن و همکاران (۲۰۱۲) و استلارد و ولمن (۲۰۱۰) همسو بود. در تبیین این نتایج می توان گفت، طلاق از استرس زاترین فقدانها به شمار می آید و موجب آشنازی های هیجانی و مشکلات رفتاری بسیاری در افراد می شود، در این میان آسیب پذیری زنان از پیامدهای طلاق بیشتر از مردان است. منفی ترین پیامد طلاق بروز اختلالات روانی به ویژه اضطراب و افسردگی است (استاینر، سوارز، سلز و وایکس، ۲۰۱۱). نظام فکری فرد افسرده افکار منفی او درباره خود، تجربه جاری و آینده را تشکیل می دهدند، افکار منفی فرد افسرده درباره تجربه، شامل تغییرهای او از اتفاقاتی است که برای وی رخ می دهد و به منفی ترین تغییر ممکن درباره آنچه برای او رخ داده است، گرایش دارد. در نهایت نگوش منفی فرد افسرده در مورد آینده نگوش در ماندگی است. (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶). درمان شناختی رفتاری برپایه نظریه پردازش اطلاعات قرار دارد که فرض می کند شناختها شامل (افکار، تصاویر، ادراک فرد از رویدادها، مفروضه ها و باورها) رابطه علی مستقیمی با پاسخ های هیجانی و رفتاری دارد؛ هیجان های منفی در این رویکرد به عنوان الگوهای فکری ناکارآمد، غیر منطقی و ناسازگار و الگوهای پردازش اطلاعات سوگیرانه و مخرب مانند گوش به زنگی بیش از حد به نشانه های تهدید یا توجه بیش از حد به نشانه های منفی نگریسته می شوند. در این رویکرد مشکلات زمانی آغاز می شوند که سوگیری های نظام مند در پردازش اطلاعات در سطح خودکار منجر به پاسخ های رفتاری شود که به نوبه خود ادراک و باورهای فرد و الگوهای تفکر ناسازگارانه را



در یک چرخه معیوب تشید کنند (فنگستین، ۲۰۱۲). بازسازی شناختی به افراد کمک می‌کند تا با استفاده از استدلال منطقی برای آزمون عملی محتوای افکار خود در مقابل واقعیت تجربه‌های زندگی‌شان، جریان افکار خود را شناسایی کنند و مورد آزمایش رفتاری قرار دهند. بدین ترتیب ارزیابی شناختی حوادث، بر پاسخ به آن حوادث تأثیر می‌گذارد و مقدمه‌ای برای تغییر فعالیت شناختی خواهد بود و در ایجاد یا تغییر شناخت و نگرش در افراد نقش تأثیرگذاری دارد (شارپ و لپسکی، ۲۰۱۸).

نتایج حاصل از آزمون فرضیه دوم نشان داد نتایج حاکی از آن بود آموزش مبتنی بر درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی زنان در آستانه طلاق شهرستان خرم آباد اثربخش بود. این نتایج با پژوهش کیامرثی و همکاران (۱۳۹۷)، صفائی و برزگر (۱۴۰۲) و طرفی عمیدپور (۱۴۰۱) همسو بود. در تبیین این نتایج باید گفت؛ انحلال زندگی مشترک می‌تواند یکی از استرس‌زاترین اتفاقات زندگی باشد (راجرز و استرالیا، ۲۰۰۷) و اثرات قابل توجهی بر عملکرد فرد داشته باشد این پیامدها به صورت آنی و بلند مدت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (آماتو و همومن مریت، ۲۰۰۷). درمان شناختی رفتاری به بیماران کمک می‌کند تا به وسیله تغییر دادن رفتارها، احساسات، نگرش‌ها و باورهای غیرمنطقی و رفتارهای غیرانطباقی را با واقع‌گرایی، احساس کارآمدی و افزایش فعالیت جایگزین کنند (مانبر، سیمپسون، آسامو، رانگل و سیت، ۲۰۱۹). آموزش شناختی رفتاری، در ابتدا زمینه‌ای را فراهم می‌کند تا بیماران آزادانه و بدون ترس افکار و باورهای ناکارآمد و تحریف‌های شناختی خود را بیان کنند، سپس به بررسی و اصلاح افکار، باورهای زیربنایی و تحریف‌های شناختی می‌پردازد. برطبق مدل شناخت درمانی بک، درمان شناختی زمانی بیشترین اثربخشی خود را خواهد داشت که درمانگر به اصلاح این فرض‌های زیربنایی در بیماران بپردازد و تفکرات مثبت و منطقی و غیرافراطی را جانشین این تحریفات فکری غیرمنطقی کند (السرایره علوش و البشتاوي، ۲۰۱۸). بدین ترتیب درمان شناختی رفتاری موجب تقویت یا تغییر نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتار انسان می‌شود و از طریق پرورش

1. Sharp & Lipsky
2. Manber, Simpson, Asamow, Rangel & Sit
3. Al Saraireh, Aloush & Al Bashtawy



مهارت هایی چون انتظارات مثبت، جهت بینی آینده و واقع گرایی خودکارآمدی شخص را افزایش می دهد و فرد را برای برخود مؤثر با چالش ها و موقعیت های زندگی یاری می بخشد و به او کمک می کند تا رفتاری سازگارانه داشته باشد (شریفی نژاد و شهبازی، ۱۳۹۷).

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر استفاده از ابزار خودگزارشی بود که ممکن است شرکت کنندگان به صورت آگاهانه و نا آگاهانه سعی در مطلوب جلوه دادن خود کرده باشند. همچنین به کارگیری روش نمونه گیری غیر تصادفی برای انتخاب نمونه، تعیین پذیری یافته ها را محدود می سازد. با توجه به یافته های پژوهش حاضر، پیشنهاد می شود که به نظرور کاهش افسردگی و افزایش بهزیستی روان شناختی رفتاری به عنوان برنامه آموزشی مؤثر بر روی زنان در آستانه طلاق مورد توجه مشاوران، روان شناسان و مسئولین قرار گیرد.

موازین اخلاقی

به نظرور رعایت ملاحظات اخلاقی ضمن تأکید بر رضایت آگاهانه یکایک مشارکت کنندگان به آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده در این پژوهش، فقط با هدف گزارش در همین پژوهش استفاده می شود و به صورت محرمانه، نزد محققان باقی خواهد ماند. همچنین، به آن ها یادآوری شد که هر زمان مایل بودند می توانند از مطالعه خارج شوند. این پژوهش برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد و دارای کد اخلاق از کارگروه کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب به شناسه IR.IAU.WT.REC.1403.027 می باشد.

فهرست منابع

احمدی تبار مرتضی، مکوندی بهنام، سودانی منصور. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش خانواده به شیوه شناختی- رفتاری (CBT) بر سازگاری زناشویی، تاب آوری و کیفیت زندگی زوجین. زن و مطالعات خانواده: ۱۱(۲) : ۴۱-۲۳.

رجبی غلامرضا. ویژگی های روان سنجی ماده های فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک 13-BDI. نشریه روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی). ۲۹۱-۲۹۹.

رفعتی اصل، سید عزیز؛ کاظمی پور، شهلا؛ سادات شفیعی، سمیه (۱۴۰۰). طراحی مدل



حمایتی از فرزندان طلاق مورد مطالعه: شهر تهران سال ۹۹. دو فصلنامه پژوهش‌های انتظامی اجتماعی زنان و خانواده، ۱(۲۰-۱۳۰). شریفی نژاد، روح الله؛ شهیازی، مسعود.

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی و تحریفات شناختی نوجوانان شهر اهواز. فصلنامه روشها و مدل‌های روان‌شناختی، ۹(۳۹)، ۱۲۳-۱۰۷.

صفایی، علیرضا؛ بزرگ، مجید(۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۱۴(۵۲)، ۷۶-۶۷.

طرفی عمیدپور، شمس الدین؛ حیدری، علیرضا؛ مکوندی، بهنام؛ بختیارپور، سعید. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان شهر اهواز. مجله علمی پژوهشی جندی‌شاپور، ۲۱(۵)، ۷۲۲-۷۳۱.

فری، مایکل. ترجمه صاحبی، علی؛ حمیدپور، حسن و انزوی، زهرا. شناخت درمانی گروهی: انتشارات سایه سخن.

کیامرثی، آذر؛ نریمانی، محمد؛ صبحی قراملکی، ناصر؛ میکائیلی، نیلوفر(۱۳۹۷). اثربخشی درمان‌های مشتبه نگر و شناختی رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان کمال‌گر. فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۱۴(۲)، ۱۴۳-۱۶۰.

منوچهري، سحر. (۱۴۰۰). افسردگی در زنان مطلقة و راهبردهای درمانی آن. کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی.

Al Saraireh FA, Aloush SM, Al Bashtawy M. The effectiveness of cognitive behavioral therapy versus psychoeducation in the management of depression among patients undergoing haemodialysis. *Issues Ment Health Nurs.* 2018; 39(6):514-8.

Amato PR, Hohmann -Marriott B. A comparison of high -and low -distress marriages that end in divorce. *Journal of Marriage and Family.* 2007;69(3):621 -38.

Amato, P. R., & Marriott, B. H. (2016). A Comparison of high-and low Distress Marriages that end in Divorce. *Journal of Marriage and Family*, 2, 621-632.

Beatriz Neufelda, C., Palmaa, P. C., Caetanoa K. A.S., Brust-Renckc, P.G., Curtissb, J & Hofmannb, S.G. A randomized clinical trial of group and individual



Cognitive-Behavioral Therapy approaches for Social Anxiety Disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2020; 20: 29-37.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio, *TX: Psychological Corporation*, 1(82), 10-1037.

Beck, A. T., Steer, R.A., Brown, G. K. (1966). Beck Depression Inventory – 2nd Edition Manual. The Psychological Corporation, San Antonio.

Dadomo H, Grecucci A, Giardini I, Ugolini E, Carmelita A, Panzeri M.(2021). Schema therapy for emotional dysregulation: *Theoretical implication and clinical applications. Frontiers in psychology*. 22:7:1987.

Diener E, Tay L. (2022). Subjective well-being and human welfare around the world as reflected in the Gallup World Poll. *International Journal of Psychology*; 50(2), 135-149.

Fenigstein, A. (2012). Paranoia. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior* (Second Edition) (pp. 14-20). San Diego: Academic Press.

Hassan, A. M., Nguyen, H. T., Corkum, J. P., Liu, J., Kapur, S. K., Chu, C. K., ... & Offodile 2nd, A. C. (2023). Area deprivation index is associated with variation in quality of life and psychosocial well-being following breast cancer surgery. *Annals of surgical oncology*, 30 (1), 80-87.

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Meta-Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.

Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., MacLean C, Neale, M. C., Heath, A. C., Eaves, L. J. (1995). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *Journal of National Library of Medicine*, 152(6): 833-42.

Konstam, V., Karwin, S., Curran, T., Lyons, M., & Celen-Demirtas, S. (2016). Stigma and divorce: A relevant lens for emerging and young adult women? *Journal of Divorce & Remarriage*, 57(3): 173-194.

Kumar Raj, S. Sachdeva, S. A. Jha, R. Sharad, S. Singh, T. Arya, Y. K. & Verma, S. K. (2019). Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation. *Asian journal of psychiatry*, 39, 58-62.

Mahmood, S. H. (2017) Cognitive-Behavioral Therapy. In: Yong R., Nguyen M., Nelson E., Urman R. (eds) *Pain Medicine*. Springer, Cham.

Manber R,Bei B, Simpson N, Asamow L, Rangel E, Sit A, et al. Cognetive behavior therapy for prenatal insomnia: A randomized contorolled trial. *Obstet Gynecol*.



2019; 133(5):911-9.

Mandemakers JJ, Monden C, Kalmijn M. Are the effects of divorce on psychological distress modified by family background? *Advances in Life Course Research*. 2010; 15(1): 27-40.

Ogata K, Koyama KI, Amitani M, Amitani H, Asakawa A, Inui A. The effectiveness of cognitive behavioral therapy with mindfulness and an internet intervention for obesity: *A case series*. *Front Nutr*. 2018; 5(56).

Rahimi, A., Sohrabi, N., Rezai, A., & Saroqad, S. (2017). Comparison of the efficacy cognitive behavioral and acceptance and commitment therapy group in cognitive emotion regulation on substance use stimulus patient (Methamphetamine). *Journal of Psychological Models and Methods*, 8(30), 53-68.

Reavell, J., Hopkinson, M., Clarkesmith, D & Lane, D. A. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in Patients With Cardiovascular Disease A Systematic Review and Meta-Analysis. Aalborg. *Universitet by the American Psychosomatic Society*, 2018: 1.

Richardson, T., Stallard, P., & Velleman, S. (2010). Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review. *Clinical child and family psychology review*, 13(3), 275-290.

Rogers M, Australia R. Women and Separation: Managing New Horizons. Camberwell, UK: *Relationships Australia (Victoria)*; 2007.

Schacter, D. L., & Gilbert, D. T., & Wegner, D. M. (2010). *Psychology (nd ed.)* New York: Worth Pub.

Sharp, L. K., & Lipsky, M. S. (2017). Screening for depression across the lifespan: a review of measures 10th ed. Philadelphia: *Lippincott Williams & Wilkins*: 110-8.

Steiner LM, Suarez EC, Sells JN, Wykes SD. Effect of age, initiator status, and infidelity on women's divorce adjustment. *Journal of Divorce & Remarriage*. 2011; 52(1): 33-47.

Thibodeau, P. H., Fein, M. J., Goodbody, E. S., Flusberg, S. J. (2015). The Depression Schema: How Labels, Features, and Causal Explanations Affect Lay Conceptions of Depression. *Frontiers in psychology*, 6, 1728.

Tosi, M., & van den Broek, T. (2020). Gray divorce and mental health in the United Kingdom. *Social Science & Medicine*, 256, 113030.

Vittersø, J. (2021). Personality traits and subjective well-being: Emotional stability,



not extraversion is probably the important predictor. *Personality and Individual Differences*, 31:903-914.

World Health Organization (2017). *Health statistics and information systems*. Retrieved from <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/> accessed in 2017.



The Effectiveness of Training Based on Cognitive Behavioral Therapy on Depression and Psychological Well-Being of Women on The Verge of Divorce in Khorram Abad City

Sare Peyman¹ and Hosna Al-Sadat Mousavi Asl²

Abstract

The aim of the present study was the effectiveness of training based on cognitive behavioral therapy on depression and psychological well-being of women on the verge of divorce in Khorram Abad city. The research design was practical in terms of purpose and semi-experimental in terms of method with a pre-test-post-test-follow-up design with a control group. The research community included women who referred to the offices of the Khorramabad Dispute Resolution Council in 1402, who were introduced to counseling centers. The statistical sample of this research consisted of 30 people who were selected by purposive sampling and were randomly replaced with equal numbers in two experimental and control groups. In order to collect data, the depression questionnaire of Beck, Steer and Brown (1996) and psychological well-being questionnaire of Rief (1980) were used. The experimental group underwent therapeutic intervention based on Michael Frey's cognitive-behavioral therapy protocol (1384) during 12 sessions of 90 minutes and once a week, the control group did not receive any type of training. Data analysis was done using covariance analysis with repeated measurements. The results indicated that after controlling the effects of the pre-test, in the post-test stage, the average depression scores of the experimental group had a significant decrease compared to the control group. Also, the average scores of psychological well-being in the post-test stage increased significantly compared to the control group. These results remained stable in the follow-up phase ($P<0.01$).

Keywords: Depression, Psychological Well-being, Cognitive-Behavioral Therapy

1. Assistant Professor, Department of Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. sr.peyman@gmail.com

2. Master's Student, Department of Psychology, Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran. psycology.iau@yahoo.com