

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

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 ۱۴۰۲, who were introduced to counseling centers. The statistical sample of this research consisted of ۳۰ 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 (۱۹۹۶) and psychological well-being questionnaire of Rief (۱۹۸۰) were used. The experimental group underwent therapeutic intervention based on Michael Frey's cognitive-behavioral therapy protocol (۱۳۸۴) during ۱۲ sessions of ۹۰ minutes and once a week, but 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 ($P < ۰,۰۱$).

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

اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان در آستانه

طلاق شهرستان خرم‌آباد

چکیده

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان در آستانه طلاق شهرستان خرم‌آباد بود. طرح پژوهش از لحاظ هدف 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، استیر و براون (۱۹۹۶) و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی 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 روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون افزایش معناداری نسبت به گروه گواه داشت. این نتایج در مرحله پیگیری پایدار ماند ($P < 0/01$).

کلیدواژه‌ها: افسردگی، بهزیستی روان‌شناختی، درمان شناختی رفتاری

طلاق و تعارض زناشویی یکی از عوامل برجسته در بروز بسیاری از رفتارهای مخرب در خانواده و جامعه است. تعارض های 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 احساس های 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 (تیبدو، فاین، گودبادی، فلاسبرگ^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 (کندلر، 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 پیشرونده 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 اسلاگسولد^۶، ۲۰۱۶).

از طرفی بهزیستی روان‌شناختی^۷ یک ساختار مهم در پژوهش های مربوط به تفسیر شخصیت است و به عنوان ارزیابی مثبت از زندگی و تعادل میان عاطفه مثبت و منفی تعریف شده است (دینر^۸، ۲۰۲۲). بهزیستی روان‌شناختی با افزایش ظرفیت حالت‌های

^۱ . Tosi & van den Broek

^۲ . Amato & Marriott

^۳ .depression

^۴ . Thibodeau, Fein, Goodbody & Flusberg

^۵ . Kendler, Kessler, Walters, MacLean, Neale & Heath

^۶ . Hansen & Slagsvold

^۷ . Psychological Well-Being

^۸ . Diener

مثبت و کاهش حالت‌های منفی به عنوان بهزیستی بهینه تعریف می‌شود (ویترسو^۱، 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 روان‌شناختی آن‌ها نیز رو به افول گذاشته و کاهش می‌یابد (رفعتی اصل، کاظمی‌پور و شفیع، ۱۴۰۰).

نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری^۲ به عنوان یکی از رویکردهای مؤثر در بهزیستی روان‌شناختی و درمان افسردگی مورد توجه محققان قرار گرفته است. این درمان به هیجان‌ناکارآمد، رفتارهای ناسازگارانه و فرایندها و محتوای شناختی می‌پردازد (اسکتر، گیلبرت و وگنر^۳، 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، اسنانی، ونک، ساویر و فنگ^۴ (۲۰۱۲) در یک مطالعه سیستماتیک و فرا تحلیل شامل ۲۶۹ تحقیق و بیش از ۱۷,۰۰۰ شرکت‌کننده نشان دادند که درمان شناختی رفتاری به‌طور قابل توجهی علائم افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد. یافته‌های پژوهش ریول، هاپکینسون، کلارکسمیت و لین^۵ (۲۰۱۸) نشان از اثر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و اضطراب بیماران قلبی داشت. بتریزنیوفیلد، پالما، کاتانو، براسترنک، کارتیسب و هافمن^۶ (۲۰۲۰) در پژوهش خود نشان دادند، درمان شناختی رفتاری فردی و گروهی در کاهش اضطراب و افسردگی اثر معنادار دارد. نتایج پژوهش ریچاردسون، استلارد و ولمن^۷ (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 کیامرثی، نریمانی، صبحی قراملکی و میکائیلی (۱۳۹۷) نشان از اثر یکسان و معنادار درمان شناختی رفتاری و مثبت درمانی در بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان داشت. یافته‌های پژوهش صفایی و برزگر (۱۴۰۲) نشان داد نمرات پس از آزمون کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تفاوت معنادار و

^۱. Vitterso

^۲. cognitive behavioral therapy

^۳. Schacter, Gilbert & Wegner

^۴. Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang

^۵. Reavell, Hopkinson, Clarkesmith & Lane

^۶. Beatriz Neufelda, Palmaa, Caetanoa, Brust-Renckc, Curtissb & Hofmannb

^۷. Richardson, Stallard & Velleman

مثبتی داشت. نتایج پژوهش طرفی عمیدپور و همکاران (۱۴۰۱) حاکی از تاثیر گذاری مثبت و معنادار درمان شناختی رفتاری بر روی بهزیستی روان‌شناختی بیماران سرطانی بود.

با وجود تحقیقاتی که در زمینه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی 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 روان‌شناختی زنان در آستانه طلاق بود.

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این 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 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 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 متارکه 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 پیش‌آزمون، گروه آزمایشی تحت مداخله درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند و گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکردند. در پایان مداخله نیز تمامی شرکت‌کننده‌های ۲ گروه، جهت پس‌آزمون 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، محرمانه ماندن اطلاعات فردی و حق خروج از مطالعه نیز برای شرکت‌کنندگان 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 اندازه گیری 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 (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 بستری ۰/۹۳ 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، بدبینی، احساس شکست خوردگی، نارضایتی، احساس گناهکاری، از خود بی‌زاری، خودآزارسانی، کناره‌گیری و بی‌تصمیمی. ضرایب آلفای کرونباخ و تصنیف توسط (رجبی، ۱۳۹۸) برای فرم کوتاه پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۲ 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 کوتاه‌تر 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، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. در فرم ۸۴ سؤالی هر عامل دارای ۱۴ سوال 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 به وسیله 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 منصور، ۲۰۱۱). بررسی همبستگی این ابزار با مقیاس‌هایی که کارکردهای مثبتی چون حرمت خود، تعادل عواطف، کنترل درونی و رضایت از زندگی را می‌سنجند، نشان‌دهنده همبستگی مثبت 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) می‌باشد که بر روی شرکت‌کنندگان 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	محتوا
جلسه اول	توضیح قوانین گروه، توضیح تعامل فرایندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری؛ آشنایی شرکت‌کنندگان با مؤلفه‌های شناختی و واکنش‌های هیجانی؛ شناسایی افکار سطحی اولیه که بین واقعه و واکنش هیجانی قرار می‌گیرند و نوشتن آنها در جدول سه ستونی رویداد فعال ساز A، باورها یا افکار B و پیامد و واکنش هیجانی C تکلیف: نوشتن ده مورد از بدترین حوادث زندگی خود با استفاده از توالی C-B-A
جلسه دوم	یادگیری جنبه‌های نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم؛ آشنایی با افکار خودآیند؛ آشنایی با تحریف‌های شناختی و شناسایی آنها در تفکر خود؛ شناخت مقاومت‌های احتمالی در برابر درمان و طراحی راهبردهایی برای مقابله با این مقاومت‌ها.
جلسه سوم	آشنایی با بنیادهای پیامدهای رفتاری، آموزش ماهیت طرحواره‌ها، باورهای اصلی، نگرش‌های ناکارآمد و ارتباط بین طرحواره‌ها و افکار خودآیند و همچنین شناسایی طرحواره‌ها 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 آنها.
جلسه چهارم	کار روی پیکان عمودی و حل مشکلاتی که اعضای گروه در به کار بستن روش پیکان عمودی به منظور شناسایی طرحواره‌های منفی خود با آن روبرو می‌شوند توانا ساختن شرکت‌کنندگان در شناسایی ده نوع طرحواره منفی متداول و قرار دادن باورهای خود در این ده طبقه. تکلیف: مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش دسته‌بندی باورها.
جلسه پنجم	دستیابی شرکت‌کنندگان به تصویر واضح‌تری از چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی با یکدیگر؛ تنظیم فهرست باورهای منفی؛ رسم نقشه‌های شناختی از چگونگی ارتباط باورهای منفی با یکدیگر و رتبه‌بندی آنها تکلیف: مرور جلسه قبل، تهیه فهرست اصلی باورها و علت دوام باورهای منفی، استفاده از رتبه‌بندی واحدهای ناراحتی ذهنی، ادامه ترسیم پیکان عمودی و دسته‌بندی باورها و درجه‌بندی هر باور روی مقیاس واحدهای ناراحتی ذهنی.
	پذیرش این نکته که باورها تغییر پذیرند و این امکان وجود دارد که افراد بتوانند باورهایشان را مورد تجدید نظر قرار دهند.

جلسه ششم	تکلیف: تکمیل فهرست اصلی باورها و تحلیل عینی باورهایی که تاکنون شناسایی شده‌اند.
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، تصمیم‌گیری در مورد نگهداری یا کنار گذاشتن آنها.
جلسه هشتم	یادگیری کاربرد تحلیل منطقی در مورد باورهای خود. تکلیف: تکمیل تحلیل منطقی تمامی طرحواره‌های شرطی و قطعی.
جلسه نهم	دستیابی شرکت‌کنندگان به مفهوم باور مخالف. تکلیف: تهیه سلسله‌مراتب موقعیت‌های 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.
جلسه دهم	در این جلسه دو حوزه محتوایی تغییر ادراکی و بازداری قشری اختیاری مورد توجه قرار می‌گیرد. تکلیف: بررسی تکالیف جلسه ی قبل، آموزش تغییر ادراکی به وسیله ی ارایه تصاویر مبهم و تمرین آن، تمرین بازداری قشری انجام روزانه بازداری قشری اختیاری یا تغییر ادراکی.
جلسه یازدهم	یادگیری روش تنبیه خود و خودپاداش‌دهی. تکلیف: مرور تکالیف جلسه قبل، تمرین روش تنبیه خود - خودپاداش دهی برای تغییر تفکر، مرور باورهای مخالف، تمرین خیال پردازی، تکمیل طرح نگهدارنده خود.
جلسه دوازدهم	بررسی طرح‌های شرکت‌کنندگان برای نگهداری اهداف درمان و اخذ بازخورد از آنها درباره برنامه درمانی.

یافته ها

به لحاظ ویژگی جمعیت شناختی شرکت کنندگان، بیشترین فراوانی مربوط به رده سنی بالاتر از ۳۰ سال (۴۵/۸۳) درصد بود و بیشترین سطح تحصیلات شرکت کنندگان در مقطع کارشناسی (۶۶/۴۱) درصد همچنین از نظر وضعیت اشتغال زنان شاغل (۶۳/۵۰) 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 آزمون	آزمایش	۱۱/۵۵۰۰	۴/۲۴۸۵۳
		کنترل	۱۱/۸۰۰۰	۳/۸۱۹۶۲
	پس آزمون	آزمایش	۶/۵۰۰۰	۳/۲۱۵۱۲
		کنترل	۱۰/۷۵۰۰	۴/۵۰۵۸۴

۲/۳۲۶ ۲۸	۱۱۹/۲۵۰۰	آزمایش	پیش آزمون	بهزیستی روان‌شناختی
۲/۸۱۸۶۴	۱۱۸/۴۵۰۰	کنترل		
۱/۰۰۵۲۵	۱۳۷/۸۰۰۰	آزمایش	پس آزمون	
۲/۲۸۴۱۶	۱۱۸/۰۰۰۰	کنترل		

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 پراکندگی متغیرها با توجه به سطوح معنی داری آزمون کلوموگروف-اسمیرنوف که بیشتر از ۰/۰۵ بود و داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بودند. فرض همسانی ماتریس واریانس‌های خطا 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 پراکندگی برقرار بود. همچنین معنی‌دار 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	آماره F	خطای درجه آزادی	سطح معنی داری	مربع اتا
اثر پیلاپی	۰/۲۸۵	۱۶/۴۵۷	۶۳/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۸۵
لامبدای ویکلز	۰/۲۱۵	۱۶/۴۵۷	۶۳/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۸۵
اثر هتلینگ	۳/۶۵۷	۱۶/۴۵۷	۶۳/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۸۵
بزرگترین ریشه روی	۳/۶۵۷	۱۶/۴۵۷	۶۳/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۸۵

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح ($P < ۰/۰۵$) تفاوت معنی داری

وجود داشت و حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین دو گروه، تفاوت معنی‌دار وجود داشت.

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

متغیر	منابع	مجموع مجذورات	درجات آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معناداری
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۸۳/۷۵۰	۱	۱۸۳/۷۵۰	۱۲/۲۸۹	۰/۰۰۱
	گروه	۱۵۰/۰۰۰	۱	۱۵۰/۰۰۰	۱۰/۰۳۲	۰/۰۰۱
	خطا	۸۳۷/۳۳۳	۲۶	۱۴/۹۵۲		
	کل	۴۳۴۷/۵	۳۰			
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱۸۹/۶۱۴	۱	۱۸۹/۶۱۴	۱۵/۷۴۳	۰/۰۰۱
	گروه	۱۷۷/۵۴۹	۱	۱۷۷/۵۴۹	۱۲/۵۸۲	۰/۰۰۱
	خطا	۸۴۶/۸۰۶	۲۶	۳۲/۵۶۹		
	کل	۴۱۶۳/۷۳۱	۳۰			

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، با حذف اثر متقابل پیش‌آزمون در متغیر افسردگی بین میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. و میانگین‌های تعدیل‌شده حاکی از اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی زنان در آستانه طلاق است. همچنین نتایج نشان می‌دهد، با حذف اثر متقابل پیش‌آزمون در متغیر بهزیستی روان‌شناختی بین میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. و میانگین‌های تعدیل‌شده حاکی از اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان در آستانه طلاق است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان در آستانه طلاق شهرستان خرم‌آباد بود.

نتایج حاصل از آزمون فرضیه اول نشان داد، آموزش مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی زنان در آستانه طلاق شهرستان خرم‌آباد اثربخش 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 فقدان ها به شمار می آید و موجب آشفتگی 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^۱، ۲۰۱۱). نظام فکری فرد افسرده افکار منفی او درباره خود، تجربه جاری و آینده را تشکیل می دهند، افکار منفی فرد افسرده درباره تجربه، شامل تعبیرهای او از اتفاقاتی است که برای وی رخ می دهد و به منفی ترین تعبیر ممکن درباره آنچه برای او رخ داده است، گرایش دارد. در نهایت نگرش منفی فرد افسرده در مورد آینده نگرش درماندگی است. (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶). درمان شناختی رفتاری بر پایه نظریه پردازش اطلاعات قرار دارد که فرض می کند شناخت ها 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، غیرمنطقی 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 تشدید کنند (فنگستین، ۲۰۱۲). بازسازی شناختی به افراد کمک می کند تا با استفاده از استدلال منطقی برای آزمون عملی محتوای افکار خود در مقابل واقعیت تجربه های زندگی شان، جریان افکار خود را شناسایی کنند و مورد آزمایش رفتاری قرار دهند. بدین ترتیب ارزیابی شناختی حوادث، بر پاسخ به آن حوادث تأثیر می گذارد و مقدمه ای برای تغییر فعالیت شناختی خواهد بود و در ایجاد یا تغییر شناخت و نگرش در افراد نقش تأثیرگذاری دارد (شارپ و لپسکی^۲، ۲۰۱۸).

نتایج حاصل از آزمون فرضیه دوم نشان داد نتایج حاکی از آن بود آموزش مبتنی بر درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روان شناختی زنان در آستانه طلاق شهرستان خرم آباد اثربخش بود. این نتایج با پژوهش کیامرثی و همکاران (۱۳۹۷)، صفایی و برزگر (۱۴۰۲) و طرفی عمیدپور (۱۴۰۱) همسو بود. در تبیین این نتایج باید گفت؛ انحلال زندگی مشترک می تواند یکی از استرس زاترین اتفاقات زندگی باشد (راجرز و استراليا، ۲۰۰۷) و اثرات قابل توجهی بر عملکرد فرد داشته باشد این پیامدها به صورت آنی و بلند مدت زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد (آماتو و همومن مریت، ۲۰۰۷). درمان شناختی رفتاری به بیماران کمک می کند تا به وسیله

^۱ . Steiner, Suarez, Sells & Wykes

^۲ . Sharp & Lipsky

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^۱، 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 شناخت‌درمانی بک، درمان شناختی زمانی بیشترین اثربخشی خود را خواهد داشت که درمانگر به اصلاح این فرض‌های زیربنایی در بیماران پردازد و تفکرات مثبت و منطقی و غیرافراطی را جانشین این تحریفات فکری غیرمنطقی کند(السرایره علوش و البشتاوی^۲، ۲۰۱۸). بدین ترتیب درمان شناختی رفتاری موجب تقویت یا تغییر نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتار انسان می‌شود و از طریق پرورش مهارت‌هایی چون انتظارات مثبت، جهت بینی آینده و واقع‌گرایی خودکارآمدی شخص را افزایش می‌دهد و فرد را برای برخورد مؤثر با چالش‌ها و موقعیت‌های زندگی یاری می‌بخشد و به او کمک می‌کند تا رفتاری سازگارانه داشته باشد(شریفی نژاد و شهبازی، ۱۳۹۷).

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از ابزار خودگزارشی بود که ممکن است شرکت‌کنندگان به صورت آگاهانه و ناآگاهانه سعی در مطلوب جلوه دادن خود کرده باشند. همچنین به‌کارگیری روش نمونه‌گیری غیرتصادفی برای انتخاب نمونه، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌سازد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که به منظور کاهش افسردگی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی، درمان شناختی رفتاری به عنوان برنامه آموزشی مؤثر بر روی زنان در آستانه طلاق مورد توجه مشاوران، روان‌شناسان و مسئولین قرار گیرد.

موازین اخلاقی

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی ضمن تأکید بر رضایت آگاهانه یکایک مشارکت‌کنندگان به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست‌آمده در این پژوهش، فقط با هدف گزارش در همین پژوهش استفاده می‌شود و به صورت محرمانه، نزد محققان باقی خواهد ماند. همچنین، به آن‌ها یادآوری شد که هر زمان مایل بودند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. این پژوهش برگرفته از

^۱ . Manber, Simpson, Asamow, Rangel & Sit

^۲ . Al Saraireh, Aloush & Al Bashtawy

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*؛ ۲(۱۱): ۲۳-۴۱.
- رجیبی غلامرضا. ویژگی‌های روان‌سنجی ماده‌های فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک BDI-13. *نشریه روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*. ۲۹۹-۲۹۱.
- 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 پژوهش های انتظامی اجتماعی زنان و خانواده*، ۱(۲): ۱۳۰-۲۰۰.
- شریفی نژاد، روح الله؛ شهبازی، مسعود. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روانشناختی و تحریفات شناختی نوجوانان شهر اهواز. *فصلنامه روشها و مدل های روانشناختی*، ۹(۳۹): ۱۰۷-۱۲۳.
- صفایی، علیرضا؛ برزگر، مجید (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *فصلنامه روشها و مدل های روانشناختی*، ۱۴(۵۲): ۶۷-۷۶.
- طرفی عمیدپور، شمس‌الدین؛ حیدری، علیرضا؛ مکوندی، بهنام؛ بختیارپور، سعید. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روان شناختی در بیماران مبتلا به سرطان شهر اهواز. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، ۲۱(۵): ۷۳۱-۷۲۲.
- فری، مایکل. ترجمه صاحبی، علی؛ حمیدپور، حسن و اندوز، زهرا. *شناخت درمانی گروهی*. انتشارات سایه سخن.
- کیامرثی، آذر؛ نریمانی، محمد؛ صبحی قراملکی، ناصر؛ میکائیلی، نیلوفر (۱۳۹۷). اثربخشی درمان‌های مثبت نگر و شناختی رفتاری بر بهزیستی روان شناختی دانش‌آموزان کمال‌گرا. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱۴(۲): ۱۶۰-۱۴۳.
- منوچهری، سحر. (۱۴۰۰). افسردگی در زنان مطلقه و راهبردهای درمانی آن. *کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی*.

Al Sarairoh 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*. ۲۰۱۸؛ ۳۹(۶): ۵۱۴-۸.

- 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 -28.
- 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-Rencke, 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. (1996). 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), 130-149.
- 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*, 102(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. Cognitive behavior therapy for prenatal insomnia: A randomized controlled 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; 10(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; 0(06).
- 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(3), 03-18.
- 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), 270-290.
- 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 1st ed Philadelphia: *Lippincott Williams & Wilkins*: 110-18.
- 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; 02(1): 33-47.
- Thibodeau, P. H., Fein, M. J., Goodbody, E. S., Flusberg, S. J. (2010). The Depression Schema: How Labels, Features, and Causal Explanations Affect Lay Conceptions of Depression. *Frontiers in psychology*, 1, 1728.
- Tosi, M., & van den Broek, T. (2020). Gray divorce and mental health in the United Kingdom. *Social Science & Medicine*, 206, 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.