

## Comparing the Effectiveness of Classical Cognitive Behavioral Therapy and Enhancement - Based Cognitive Behavioral Therapy on Depression and Quality of Life in Depressed Women

Yoosefi, \*N., Mohammadi., F. Azizi, A., Shams Esfandabady, R.

### Abstract

**Introduction:** Depressed women experience more mental distress and negative emotions than normal women and their lives changes more radically. The aim of this research was to compare the effectiveness of enhancement-based cognitive-behavioral therapy and classical cognitive-behavioral therapy on depression and quality of life in depressed women.

**Method:** In a randomized control trial design among population of all referred depressed women to Sanandaj counseling centers in year 2017 a total sample of 40 women were selected and randomly divided to three groups of: 1- enhancement-based cognitive-behavioral therapy, 2- classical cognitive-behavioral therapy and 3-control. In all three groups Beck Depression Scale and Quality of Life Questionnaire were administered and data were analyzed using a multivariate covariance analysis.

**Results:** The results showed that both classical cognitive-behavioral therapy and enrichment-based cognitive-behavioral therapy were effective in reducing depression and enhancing quality of life of depressed women; However better therapeutic effects were evident for enrichment-based therapy on quality of lives of depressed women.

**Conclusion:** Classical and enrichment-based cognitive-behavioral therapies could reduce depression and improve quality of life in depressed women.

**Keywords:** enrichment-based cognitive-behavioral therapy, classical cognitive-behavioral therapy, quality of life, depression.

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری کلاسیک و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر غنی‌سازی بر افسردگی و کیفیت زندگی در زنان افسرده

ناصر یوسفی<sup>۱</sup>، فاروق محمدی<sup>۲</sup>، آرمان عزیزی<sup>۳</sup>، روفیا شمس اسفندآبادی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۲/۲۸ تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۹/۲۵

### چکیده

**مقدمه:** زنان افسرده نسبت به زنان غیر افسرده فشار روانی و عواطف منفی بیشتری را تحمل می‌کنند و زندگی‌شان دستخوش تغییرات زیادتری است. هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر غنی‌سازی و درمان شناختی رفتاری کلاسیک بر افسردگی و کیفیت زندگی در زنان افسرده بود.

**روش:** در پژوهشی با طرح کاربندی تصادفی کنترل شده از جامعه پژوهش شامل کلیه زنانی که در سال ۱۳۹۶ برای درمان افسردگی به مراکز مشاوره شهر سنندج مراجعه کرده بودند نمونه‌ای شامل ۴۰ زن انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه: ۱- درمان شناختی رفتاری مبتنی بر غنی‌سازی، ۲- درمان شناختی رفتاری کلاسیک و ۳- گروه کنترل، جایگزین شدند. در هر سه گروه پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه کیفیت زندگی اجرا شد و داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کورایانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که هر دو درمان شناختی رفتاری کلاسیک و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر غنی‌سازی بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی مؤثر هستند؛ با این حال درمان غنی‌سازی اثر بهتری بر کیفیت زندگی زنان افسرده نشان داد.

**نتیجه‌گیری:** می‌توان از درمان‌های شناختی رفتاری کلاسیک و مبتنی بر غنی‌سازی برای کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی در زنان افسرده استفاده کرد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان شناختی رفتاری مبتنی بر غنی‌سازی، درمان شناختی رفتاری کلاسیک، کیفیت زندگی، افسردگی.

## مقدمه

برخوردار است. منظور از کیفیت زندگی فاصله بین انتظارات و تجربیات افراد از واقعیت‌های زندگی است (۱۰). کیفیت زندگی، بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، شامل درک فرد از موقعیت خود در زندگی، در ساختار فرهنگ و سامانه ارزشی که فرد در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و مسائل مهم برای آنهاست (۱۱). در بین پژوهشگران، سازه کیفیت زندگی از عوامل عینی (کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی) و عوامل ذهنی (بهبودی درونی) متأثر است. عوامل عینی شامل سطح سواد، سطح درآمد، شرایط کاری، وضعیت تأهل، امنیت، جایگاه اقتصادی - اجتماعی و روابط بین فردی است و شاخص‌های ذهنی بر اساس ارزیابی و برداشت افراد از میزان رضایت از زندگی و شادی ناشی از آن و نظایر آن به دست می‌آید (۱۲).

افسردگی یک عامل پیش‌بین قوی در آسیب به کیفیت زندگی بزرگسالان محسوب می‌شود؛ به طوری که یافته‌های پژوهشی جدید حاکی از آن است که حتی سطوح خفیف افسردگی با کاهش معنادار کیفیت زندگی در افراد بزرگسال همراه است (۱۳). از آنجایی که درمان افسردگی همواره با بهبود کیفیت زندگی در افراد همراه بوده است توجه و رسیدگی خاص به بهداشت روانی افراد و اقدامات درمانی مناسب، مسئله عمده‌ای است که باید با دقت بیشتری به آن پرداخت. از شیوه‌های رایجی که برای درمان افسردگی و بهبود کیفیت زندگی به کار برده می‌شود می‌توان به درمان شناختی رفتاری مبتنی بر غنی‌سازی روابط زوجین<sup>۳</sup> و درمان شناختی - رفتاری کلاسیک<sup>۴</sup> اشاره نمود. روش شناختی - رفتاری کلاسیک، رویکردی فعال، جهت‌بخش، محدود و از لحاظ زمانی سازمان‌یافته است که طبق آن عاطفه و رفتار فرد عمدتاً برحسب ساختاری او از جهانش تعیین می‌شود و به‌طور ویژه در درمان افسردگی مؤثر بوده است؛ چرا که این درمان با تمرکز بر افکار و اعتقادات ناسازگاری که باعث آغاز و حفظ افسردگی شده‌اند، باعث بهبود افسردگی می‌شود (۱۴).

درمان شناختی - رفتاری کلاسیک که از دهه ۱۹۷۰ برای درمان انواع بیماران افسرده مطرح شده است، یکی از این رویکردها است که برای درمان انواع بیماران افسرده

زنان از جمله افراد جامعه هستند که توجه به سلامت روانی آنها بسیار اهمیت دارد. داشتن روحیه امید، سرزندگی و شادابی می‌تواند تأثیر بسزایی در نحوه کارکرد و فعالیت آنها داشته و به‌نوبه‌ی خود موجبات شادی نسل بعد را فراهم نماید. افسردگی که یک معضل سلامت عمومی در نهاد اجتماعی خانواده محسوب می‌شود (۱) پدیده‌های استرس‌زا است و آسیب‌پذیری افراد، به‌خصوص زنان را به مشکلات جسمانی و روانشناختی دو برابر می‌کند (۲) و پیامدهای منفی همچون نقص سیستم ایمنی، اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی، سوء‌مصرف مواد، خودکشی، تغییر در سبک زندگی و خودپنداره، تغییر در روابط اجتماعی را در پی دارد (۳) و علاوه بر سیستم خانواده، سیستم اجتماع را نیز درگیر می‌کند (۴).

یکی از اختلالات روانشناختی که زنان افسرده با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند، افسردگی (۵) و تغییر در کیفیت زندگی است. افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم، وضعیت خواب و اشتها همراه است که منجر به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و روابط بین فردی می‌شود (۶).

هر انسانی در مقاطع متفاوتی از سن خود ممکن است افسردگی را تجربه کند. این بیماری می‌تواند سلامت جسمانی، احساسات، رفتار و سلامت روحی انسان‌ها را تحت‌الشعاع قرار دهد (۷). و با وجود اینکه افسردگی در تمام گروه‌ها مشاهده می‌شود اما برخی از گروه‌ها نسبت به دیگران آسیب پذیرترند و می‌توان گفت که شیوع کلی افسردگی در زنان نسبت به مردان بیشتر است (۸). شانس ابتلا به افسردگی زنان دوبرابر مردان است و ۱۰ تا ۲۵ درصد زنان در طول زندگی خود یک بار دوره‌های افسردگی را تجربه می‌کنند. عواملی مانند اولین قاعدگی، بارداری، زایمان و یائسگی رویدادهای طبیعی در چرخه زندگی هستند که هر کدام از آنها به تنهایی می‌توانند باعث افزایش آسیب‌پذیری زنان در برابر افسردگی شوند (۹). در دنیای امروز ارتقاء کیفیت زندگی<sup>۲</sup> از اهمیت ویژه‌ای

3. Enhancement - Based Cognitive Behavioral Therapy  
4. Classical Cognitive Behavioral Therapy

1. Depression  
2. Quality of Life

کنترل بهتری بر زندگی خود و گامی مؤثر در تقویت روابط برخواهند داشت. رویکرد غنی‌سازی ارتباط، بر اهمیت شناخت باورهای افراد درباره‌ی علت بروز مشکلات تأکید و به مراجعان کمک می‌کند تا مهارت‌های لازم برای حل مشکلاتشان را یاد بگیرند (۲۱). غنی‌سازی روابط یکی از رویکردهای پرکاربرد و شناخته‌شده در زمینه پیشگیری از عواقب آسیب‌زای نابسامانی روابط زناشویی است که با هدف کمک به زوجین برای آگاهی از افکار و احساسات خود و همسر، گسترش همدلی و صمیمیت و رشد ارتباط مؤثر و مهارت‌های حل مسأله در آنها اجرا می‌شود (۲۲).

در تحقیقات مختلف تأثیر رضایت از روابط زناشویی بر بهبودی بیماران افسرده نشان داده شده است (۲۳) و هدف برنامه غنی‌سازی روابط این است که از طریق افزایش آگاهی زوجین از نقاط مثبت رابطه‌شان به غنی‌سازی روابط زناشویی و فراهم ساختن مهارت‌هایی برای بهبود روابط، به افراد در آستانه ازدواج کمک می‌کند. در برنامه‌ها و درمان‌های غنی‌سازی زوج‌ها ۹ مهارت به هم پیوسته را یاد می‌گیرند که کیفیت روابط را افزایش می‌دهد. استفاده از این مهارت‌ها تعاملات را به احترام، فهم، همکاری و مراقبت دوطرفه‌ی بیشتری هدایت می‌کند. مهارت ابرازگری، مهارت همدلانه، مهارت تسهیل‌کننده (آماده سازی)، مهارت حل مسأله یا تعارض، مهارت تغییر خود، مهارت کمک به تغییر دیگران، مهارت بحث و مذاکره، مهارت رهبری، مهارت انتقال و تعمیم (۲۴). از نظر غنی‌سازی روابط همیشه می‌توان به شیوه‌های رفتار نمود که پاسخ‌هایی که از دیگران دریافت می‌شوند بیشتر پاسخ‌های مطلوب باشند. در تمام حیطه‌ی روابط بین فردی و به‌ویژه روابط زناشویی و خانوادگی، هدف غنی‌سازی روابط این است که به شرکت‌کنندگان بی‌آموزد که چگونه هشیارانه چنین انتخاب‌هایی انجام دهند. نظریه‌ی بین فردی معتقد است که بهتر است شخصیت به‌عنوان الگوی داخلی تمایلات و واکنش‌های رفتاری بین فردی نگریسته شود. در نتیجه افزایش توانایی افراد برای انعطاف‌پذیری و انتخاب آگاهانه، به‌منظور به دست آوردن اهداف فردی و اجتماعی مثبت، سریع‌ترین و مطمئن‌ترین راه افزایش سازگاری و رضایت‌مندی است. همچنین بهترین شیوه برای افزایش تأثیر و سودمندی درمان است. از دیدگاه غنی‌سازی روابط،

که کیفیت زندگیشان کاهش پیدا کرده مطرح شده و سودمندی آن در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است. به‌طور مثال؛ یعقوبی نصرآبادی و همکاران (۱۵) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی شناختی - رفتاری به‌طور معناداری ( $P > 0.05$ ) در کاهش افسردگی بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی مؤثر بوده است. علیپور و همکاران (۱۶) نیز در پژوهشی دیگر، به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی - رفتاری در کاهش افسردگی، اضطراب و کاهش قند خون ناشتای زنان متأهل افسردگی دیابتی مؤثر است. همچنین طلائی و همکاران (۱۷) در پژوهش مداخله‌ای خود که بر روی ۳۰ زن نابارور مراجعه‌کننده به بیمارستان ناباروری شهر مشهد انجام شد در نهایت به این نتیجه رسیدند که روش شناختی - رفتاری بر افسردگی زنان نابارور گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد، تأثیر معناداری داشت؛ به‌طوری‌که می‌توان گفت درمان شناختی - رفتاری گروهی بر بهبود افسردگی و کاهش مشکلات روانشناختی زنان نابارور مؤثر است.

نتایج پژوهش رنجبر و همکاران (۱۸) با موضوع بررسی اثر بخشی درمان رفتاری - شناختی کلاسیک به شیوه گروهی بر میزان افسردگی نشان داد گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی خفیف مؤثر است. خالدیان و همکاران (۱۹) نیز در پژوهش خود نشان دادند درمان گروهی شناختی - رفتاری در کاهش افسردگی افراد معتاد مؤثر بود. گرچه سودمندی روش شناختی - رفتاری در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است، اما به دنبال بعضی انتقادات از این رویکرد، روش‌های تلفیقی دیگری برای درمان مشکلات روانی ارائه شده است. از سال ۱۹۹۰ به بعد با شروع موج سوم درمان رفتاری شناختی گرایش به سمت پروتکل‌های درمانی جدید بر پایه شناخت درمانی افزایش یافت و درمان‌هایی چون درمان فراشناختی (MCT) و غنی‌سازی روابط زوجین (RE) معرفی شد (۲۰). یکی از راه‌های افزایش کیفیت زندگی آموزش به آنها می‌باشد و آموزش غنی‌سازی روابط زناشویی نقش مهمی را در این راستا ایفا می‌کند این رویکرد درصد پرداختن به مشکلات زناشویی پیش از بحرانی شدن آن برمی‌آید و زوجین با آموزش مهارت‌های سالم در این برنامه‌ها به روش‌های تازه و مؤثری دست می‌یابند که با اعمال آنها،

ذکر شده، و پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و عاطفی بیماری افسردگی و کاهش کیفیت زندگی در زنان افسرده و اهمیت آن در این گروه از افراد جامعه، مطالعه حاضر درصدد است تا میزان اثربخشی درمان شناختی - رفتاری کلاسیک و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر غنی‌سازی روابط زوجین بر نشانه‌های افسردگی زنان را بررسی نماید. امید است یافته‌های پژوهش حاضر راهگشای پژوهش‌های آینده در زمینه روشن کردن نقش مکانیزم‌های هر یک از انواع درمان در نحوه و میزان اثر هرکدام از آنها بر افسردگی و کیفیت زندگی باشد.

### روش

**طرح پژوهش:** پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود.

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بودند از کلیه زنان افسرده که در سال ۱۳۹۶ برای درمان افسردگی به مراکز مشاوره شهر سنندج مراجعه کرده بودند. برای انتخاب نمونه از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد بدین ترتیب که سه مرکز مشاوره از بین کلیه مراکز مشاوره شهر سنندج انتخاب و پس از اعلام فراخوان برای شرکت در طرح درمانی ۴۰ نفر از کسانی که مایل به شرکت در طرح درمانی بودند و طی انجام مصاحبه روانشناختی، تشخیص افسردگی اساسی<sup>۱</sup> دریافت کرده بودند، به‌صورت تصادفی در سه گروه، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر غنی‌سازی (۱۴ نفر)، درمان شناختی - رفتاری کلاسیک (۱۳ نفر) و گروه کنترل (۱۳ نفر)، جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به طرح درمانی عبارت بودند از ۱. تشخیص افسردگی بر اساس انجام مصاحبه تشخیصی روانشناختی ۲. قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال ۳. دارا بودن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی. ملاک‌های خروج از طرح درمانی عبارت بودند از ۱. دریافت درمان‌های دارویی و روانشناختی در شش ماه گذشته ۲. سوءمصرف مواد یا الکل ۳. وجود اختلالات شخصیتی و روانی به‌غیر از افسردگی. لازم به ذکر است که تا مرحله پس‌آزمون ۴ نفر از افراد ریزش کردند (۱ نفر از گروه شناختی رفتاری و گروه کنترل و ۲ نفر از گروه غنی‌سازی) و در انتها در هر گروه ۱۲ نفر با پژوهشگر همکاری کردند.

درمان پیشگیری و غنی‌سازی در نگاه اول نقاط متفاوت یک پیوستار دیده می‌شوند (۲۴).

غنی‌سازی روابط، حرکت برای رشد رابطه زناشویی است و به تقویت رابطه از طریق ایجاد اهداف برای ازدواج می‌انجامد (۲۵). به طور اختصاصی‌تر، عواملی که این رویکرد برای حفظ روابط سالم و طولانی آنها را لازم می‌داند، توانایی حل مشکلاتی که برای هر دو همسر به‌عنوان عامل فشارزا به‌حساب می‌آید، توانایی ایجاد جو حمایتی در هنگام گفت‌وگو برای حل مسأله، توانایی درک دیدگاه دیگری و ارتباط با همسر، توانایی دیدن خود و دیگری به طور روشن و بدون تحریف، توانایی مدیریت تبادل ارتباط منفی و کنترل خشم، توانایی تغییر الگوهای رفتاری که شخص خواهان آن است و توانایی کمک به همسر تا الگوهای ارتباطی خود را به‌طور مطلوب تغییر دهد، هستند. در این راستا ۹ مهارت به‌هم‌پیوسته به زوج‌ها آموزش داده می‌شود؛ ابرازگری، همدلی، بحث و مذاکره، حل مسأله و تعارض، آسان‌سازی و تساهل، تغییر خود، کمک به تغییر همسر، انتقال و تعمیم و نگهداری و تداوم (۲۴). غنی‌سازی به شیوه‌های مختلفی صورت می‌گیرد و هرکدام از این شیوه‌ها میزان تأثیرگذاری متفاوتی دارند ولی بر اساس تحقیقات صورت گرفته، شیوه غنی‌سازی روابط، بیشترین میزان اثرگذاری و مطلوبیت را داشته و نتایج پژوهش‌ها در مرحله پیگیری نیز اعتبار و اثرگذاری این شیوه را بیشتر از سایر روش‌ها نشان داده است (۲۶). بنابراین این درمان در عین کوتاه بودن بیشتر مبتنی بر راهبردها، مهارت‌ها و فرآیندهایی است که شناخت‌ها را ارزیابی، کنترل و نظارت می‌کنند (۲۶).

از آنجا که شالوده و بنیان خانواده و جوامع در درجه اول، به سلامت زنان آن جامعه بستگی دارد و لذا پیشگیری از افسردگی و پیامدهای منفی آن، برای ارتقاء سلامت آنها ضروری به نظر می‌رسد و همچنین با توجه به این‌که اثربخشی دو مدل درمان شناختی - رفتاری کلاسیک و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر غنی‌سازی بر افسردگی و کیفیت زندگی به ویژه در زنان در پژوهش‌های مختلف و به‌طور جداگانه نشان داده شد و به‌علاوه مرور پژوهش‌های پیشین نشان داد که مطالعه‌ای وجود نداشته است که میزان اثربخشی این دو درمان را همزمان مقایسه کند، همچنین با عنایت به موارد

## ابزار

۱. پرسشنامه کیفیت زندگی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی ۲۶ سؤالی است که چهار حیطه کیفیت زندگی جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی<sup>۲</sup> را ارزیابی می‌کند. گروه سازندگان این پرسشنامه، کیفیت زندگی را ادراک افراد از سیستم‌های ارزشی و فرهنگی و همچنین اهداف شخصی، استانداردها و نگرانی‌های خود، تعریف می‌کنند. بر طبق نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (۲۷). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در ایران توسط نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، محمد و مجداده (۲۸) در حیطه‌های جسمانی، روانی و محیطی بالای ۰/۷ و در حیطه روابط اجتماعی ۰/۵۵ گزارش شده است. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه در حیطه‌های جسمانی، روانی و محیطی بالای ۰/۷۷ و در حیطه روابط اجتماعی ۰/۶۸ بوده است.

۲. پرسشنامه افسردگی بک<sup>۳</sup>: پرسشنامه افسردگی بک یک ابزار خود گزارشی است که شامل ۲۱ گویه است و هر گویه یک جنبه خاص از افسردگی را می‌سنجد که عبارت‌اند از غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، انتظار تنبیه، دوست‌نداشتن خود، خودسرزنی، افکار خودکشی، گریه کردن، بی‌قراری، کناره‌گیری اجتماعی، بی‌تصمیمی، بی‌ارزشی، از دست دادن انرژی، تغییر در الگوی خواب، تحریک‌پذیری، تغییر در اشتها، اشکال در تمرکز، خستگی‌پذیری و کاهش علاقه جنسی. بک، استیر و گاربین<sup>۴</sup> (۲۹) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. فتی<sup>(۳۰)</sup> پایایی این پرسشنامه را در جامعه بزرگسالان ایرانی ۰/۷۸ و اعتبار آن را ۰/۸۴ و همچنین ثبات درونی آن را ۰/۸۳ گزارش کرده است همچنین روایی پرسشنامه با استفاده از روش همسانی

درونی و بازآزمایی ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بوده است.

**روند اجرای پژوهش:** در ابتدا در هر سه گروه پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه کیفیت زندگی اجرا شد. سپس گروه درمان غنی‌سازی طی ۸ جلسه ۲ ساعته و گروه درمان شناختی - رفتاری طی ۹ جلسه ۲ ساعته تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. در انتها نیز در هر سه گروه پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه کیفیت زندگی دوباره اجرا شد و داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با مرور متون مربوط به درمان شناختی رفتاری کلاسیک نظیر هاوتون<sup>(۳۱)</sup> و داتیلیو<sup>(۳۲)</sup> فرمت جلسات درمانی شناختی رفتاری کلاسیک، بر مبنای مهارت‌های تغییر باورها و شناخت‌های معیوب و آموزش مهارت‌های ارتباطی جهت مقابله با آسیب‌های شناختی و اجتماعی زنان افسرده به صورت زیر تدوین شد. محتوای جلسات درمانی و منابع مورد استفاده به صورت خلاصه به شرح زیر بود.

## یافته‌ها

میانگین سن نمونه در این پژوهش ۳۲/۴ سال بوده است. همچنین ۲۱ نفر از زنان (۵۸/۳۳ درصد) دارای ۱ فرزند و ۱۵ نفر بدون فرزند بودند. پس از اجرای مداخله میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

همانگونه که در جدول ۳ قابل مشاهده است میانگین کیفیت زندگی در دو گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش پیدا کرده و در متغیر افسردگی کاهش یافته است. با توجه به اینکه طرح پژوهش حاضر از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود، برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از آزمون آماری تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است. یکی از این پیش‌فرض‌ها، نرمال بودن توزیع نمرات است. برای بررسی این پیش‌فرض از آزمون شاپیروویلیک استفاده شد. نتایج حاصل از بررسی این پیش‌فرض در مورد نمرات خرده

1. WHOQOL-BREF
2. Quality of Physical, Mental, Social and Environmental Life
3. Beck Depression Inventory-II
4. Beck, Steer & Garbin

واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود. همچنین پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس کواریانس توسط آزمون ام‌باکس بررسی شد که  $F$  به دست آمده ( $۰/۵۸$ ) معنی دار نبود ( $۰/۷۴$ ) و به این صورت این پیش‌فرض هم رعایت شده است. با توجه به اینکه مهمترین پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کواریانس رعایت شده است، نتایج اجرای این آزمون در جدول ۴ و ۵ ارائه شده است.

مقیاس‌ها و متغیرهای کلی پژوهش در گروه آزمایش و گروه کنترل دارای سطح معنی داری بیشتر از  $۰/۰۵$  است که نرمال بودن داده‌ها را تأیید می‌کند. در ادامه، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها بررسی شد. بدین منظور از آزمون لون استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که مقادیر آماره  $F$  که نشان‌دهنده مقدار آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل است، در هیچ یک از مقیاس‌های پیش‌آزمون معنادار نیست ( $P > ۰/۰۵$ ). با توجه به این نتیجه پیش‌فرض برابری

### جدول (۱) شرح جلسات درمانی شناختی - رفتاری کلاسیک

| جلسه  | هدف  | محتوا  | تکالیف  |
|-------|--|--|---|
| اول   | برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، اجرای پیش‌آزمون | معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات گروه آموزشی، اجرای پیش‌آزمون   | مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط درمانجویان                         |
| دوم   | خودآگاهی   | بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره اهداف درمانجویان از شرکت در طرح پژوهشی، توانمندسازی اعضا در زمینه خودآگاهی و شناخت خصوصیات، نیازها، خواسته‌ها، ارزش‌ها و هویت خود   | شناسایی و یادداشت ویژگی‌های مثبت و منفی، نیازها، خواسته‌ها و ارزش‌ها              |
| سوم   | شناسایی و تغییر تحریف‌های شناختی                                       | بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره مشکلات درمانجویان در مسیر خودآگاهی و بررسی نیازها و خواسته‌ها، آشنایی اعضا با رابطه بین فکر، احساس و رفتار و آشنایی با افکار خودآیند، تحریفات شناختی و به چالش کشیدن تحریف‌های شناختی                                 | یادداشت روزانه رویدادها، افکار و احساسات متعاقب آن‌ها و شناسایی تحریف‌های شناختی  |
| چهارم | آشنایی با مفهوم اسناد  | بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تحریف‌های شناختی شناسایی شده و تأثیر آنها در افکار، احساسات و رفتار درمانجویان، آشنایی با مفهوم اسناد و بررسی علل سوءبرداشت‌ها و آموزش شیوه تغییر اسنادها   | شناسایی اسنادها در مورد وقایع تلخ زندگی و سعی در تغییر اسنادهای نادرست            |
| پنجم  | آشنایی با مهارت حل مسأله   | بررسی تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد تأثیر تغییر اسنادها در احساسات، افکار و رفتار درمانجویان، آموزش مهارت حل مسأله شامل تعریف مشکل، ارائه راه‌حل‌های جایگزین، ارزیابی راه‌حل‌ها، انتخاب و اجرای راه‌حل انتخابی و ارزیابی راه‌حل انتخابی اجرا شده          | بررسی یکی از مشکلاتی که درمانجو با آن مواجه است و اجرای مهارت حل مسأله در مورد آن |
| ششم   | آشنایی با مهارت‌های ارتباطی و مذاکره                                   | بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد تأثیر به‌کارگیری مهارت حل مسأله در زندگی شخصی و اجتماعی، تعریف ارتباط و عناصر آن، آشنایی اعضا با مهارت ارتباط مؤثر و ویژگی‌های آن و آموزش شیوه‌های مؤثر مذاکره و رفع اختلاف  | تمرین ارتباط مؤثر در طول هفته و بررسی پیامدهای آن                                 |
| هفتم  | آشنایی با رفتار جرأت‌مندانه  | بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد تأثیر به‌کارگیری شیوه‌های ارتباط مؤثر در زندگی شخصی و اجتماعی، آشنایی درمانجویان با رفتار جرأت‌مندانه و انجام فعالیت‌های عملی و ایفای نقش در جهت آموزش این مهارت   | تمرین مهارت رفتار جرأت‌مندانه در طول هفته و بررسی پیامدهای آن                     |
| هشتم  | بررسی تغییرات سازنده و تثبیت و تحکیم آنها                              | بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیر به‌کارگیری رفتار جرأت‌مندانه در زندگی شخصی و اجتماعی درمانجویان، بررسی تغییرات سازنده‌ای که در طول جلسات درمانی اتفاق افتاده است، برجسته‌سازی موفقیت‌های درمانجویان، بحث در مورد چگونگی تثبیت تغییرات ایجاد شده | یادداشت نکات مثبت و نقطه ضعف‌های درمانگر، روش آموزشی و طرح پژوهشی                 |
| نهم   | جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون   | ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و مرور کلی مهارت‌های آموزش داده شده، بحث درباره نکات مثبت و نقطه ضعف‌های درمانگر و طرح درمانی و دریافت بازخورد از درمانجویان، اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسات درمانی   |   |

## جدول ۲) شرح خلاصه‌ای از جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر غنی‌سازی

| جلسه  | هدف  | محتوا   | تکالیف   |
|-------|--|---|--|
| اول   | معارفه، برقراری ارتباط اولیه، اجرای پیش‌آزمون، گرفتن تعهد، آشنایی با اصول و مقررات و اهداف جلسات، دادن تکلیف                 | قوانین و چهارچوب عمومی مطرح شد، اهداف هر جلسه و تعداد و زمان جلسات مشخص شد، بحث در مورد درمان غنی‌سازی و افسردگی  | زندگی با کیفیت چگونه است؟ افسردگی و علت آن را در خود کشف نمایند  |
| دوم   | مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت‌های صحبت کردن و مذاکره به‌عنوان مهارت بنیادی اول، مدل‌سازی مهارت‌ها برای اعضا، ارائه تکلیف | بحث در مورد افسردگی و راه‌های درمانی، آموزش مهارت‌ها، ایفای نقش   | تمایز قائل شدن بین انواع مختلف تنش در زندگی، کشف مسائل هیجانی و شناختی در افزایش افسردگی و نشخوار فکری |
| سوم   | مرور تکالیف جلسه قبل آموزش مهارت خود ایزاری (مهارت دوم) و مهارت همدلی (مهارت سوم)، مدل‌سازی مهارت‌ها برای اعضا، ارائه تکلیف  | بررسی نقش خود ایزاری در مسائل زندگی و بهبود نشخوار فکری، بررسی مهارت همدلی و نحوه‌ی انجام آن  | در طول هفته ابرازگری جرأت‌مندانه انجام شود، با یکی از نزدیکان همدلی صورت گیرد                          |
| چهارم | مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت حل تعارض به‌عنوان مهارت بنیادی چهارم، مدل‌سازی مهارت‌ها برای اعضا، ارائه تکلیف             | آموزش تکنیک مهارت‌ها به صورت جزئی و ایفای نقش، نقش مهارت‌ها در کاهش افسردگی و بالا بردن کیفیت زندگی   | نوشتن ابرادهای کار در به کار بردن مهارت‌ها در زندگی واقعی، ربط دادن فکر و مسائل فکری به کیفیت زندگی    |
| پنجم  | مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت آماده‌سازی و تسهیل و مدل‌سازی مهارت‌ها برای اعضا، ارائه تکلیف                              | بررسی نحوه آماده‌سازی خود و مبارزه با ذهن و نشخوارهای آن و ربط دادن تمام مهارت‌ها برای داشتن کیفیت زندگی بالاتر   | نوشتن چگونگی آماده‌سازی خود بر طبق مدل معرفی شده و چگونگی مبارزه با نشخوارهای ذهنی                     |
| ششم   | مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت تغییر خود، آموزش مهارت تغییر افکار و روابط، مدل‌سازی مهارت‌ها، ارائه تکلیف                 | آموزش تغییر خود و افکار و تغییر روابط مخدوش به صورت ایفای نقش، بررسی مزیت‌های این تغییر و مدل‌سازی آن   | اعضا در طول هفته شروع به تغییر خود و روابط نمایند و مشکلات، آسیب‌ها و مزیت آن را یادداشت نمایند        |
| هفتم  | بررسی تکالیف جلسه قبل، مرور مهارت‌های آموخته‌شده تاکنون (۷ مهارت)، آموزش مهارت‌های انتقال و تعمیم، ارائه تکلیف               | چگونگی ارتباط دادن انواع مهارت با کیفیت زندگی بهتر و چگونگی تعمیم دادن آن در موقعیت‌های عادی زندگی  | نوشتن ۷ مهارت آموخته شده و به کار بردن آن در طول هفته  |
| هشتم  | بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت نگهداری و تداوم، اختتام جلسات، اجرای پس‌آزمون، تعیین زمان مرحله‌ی پیگیری                  | آموزش چگونگی حفظ مهارت‌ها با روش بارش فکری، بررسی تأثیر این مهارت‌ها بر روی افسردگی و کیفیت زندگی، ختم جلسات با دادن جزوه کامل مهارت‌های غنی‌سازی خانواده |  |

## جدول ۳) میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته

| متغیر       | مرحله     | گروه                  | میانگین | انحراف استاندارد |
|-------------|-----------|-----------------------|---------|------------------|
| افسردگی     | پیش‌آزمون | درمان غنی‌سازی        | ۹۱      | ۶/۲۶             |
|             |           | درمان شناختی - رفتاری | ۱۰۱/۱   | ۵/۵۳             |
|             |           | گروه کنترل            | ۶۴/۵۰   | ۷/۱۱             |
|             | پس‌آزمون  | درمان غنی‌سازی        | ۶۳/۴۰   | ۷/۱۳             |
|             |           | درمان شناختی - رفتاری | ۵۹/۵۰   | ۶/۳۵             |
|             |           | گروه کنترل            | ۶۴/۹۰   | ۴/۹۶             |
| کیفیت زندگی | پیش‌آزمون | درمان غنی‌سازی        | ۵۶/۴۵   | ۵/۱۳             |
|             |           | درمان شناختی - رفتاری | ۵۷/۷۰   | ۵/۲۹             |
|             |           | گروه کنترل            | ۵۷/۸۵   | ۶/۰۵             |
|             | پس‌آزمون  | درمان غنی‌سازی        | ۷۲/۹۰   | ۵/۹۰             |
|             |           | درمان شناختی - رفتاری | ۶۷/۸۵   | ۷/۲۴             |
|             |           | گروه کنترل            | ۵۶/۳۰   | ۴/۲۶             |

جدول ۴) نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها در متغیر کلی کیفیت زندگی

| منبع      | درجه آزادی | مجموع مجذورات | F     | Sig.  | ضریب اتا | توان آماری |
|-----------|------------|---------------|-------|-------|----------|------------|
| پیش‌آزمون | ۱          | ۱۲۳۶/۲۶       | ۳۶/۲۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۳۱    | ۱          |
| گروه      | ۲          | ۱۷۶/۱۷        | ۵۱/۷۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۶۷    | ۱          |
| خطا       | ۳۲         | ۳۴/۱۰         | -     | -     | -        | -          |

جدول ۵) نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها در متغیر کلی افسردگی

| منبع      | درجه آزادی | مجموع مجذورات | F     | Sig.  | ضریب اتا | توان آماری |
|-----------|------------|---------------|-------|-------|----------|------------|
| پیش‌آزمون | ۱          | ۲۶۶/۱۶        | ۲۱/۵  | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۱۶    | ۱          |
| گروه      | ۲          | ۲۲۵/۸۴        | ۴۲/۶۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۳۱    | ۱          |
| خطا       | ۳۲         | ۵/۳۰          | -     | -     | -        | -          |

جدول ۶) تحلیل مانکوا برای خرده مقیاس‌های متغیرهای وابسته

| مقیاس       | خرده مقیاس‌ها | مجدور میانگین | درجه آزادی | F     | معنی داری | ضریب اتا | توان آماری |
|-------------|---------------|---------------|------------|-------|-----------|----------|------------|
| کیفیت زندگی | جسمانی        | ۱۰۵۱/۲        | ۲          | ۷۷/۵۹ | ۰/۰۰۱     | ۰/۷۴     | ۱/۰۰۰      |
|             | روانی         | ۶۰۴/۷         | ۲          | ۵۵/۱۴ | ۰/۰۰۱     | ۰/۶۷     | ۱/۰۰۰      |
|             | اجتماعی       | ۶۶۱/۲         | ۲          | ۶۱/۳۸ | ۰/۰۰۱     | ۰/۶۹     | ۱/۰۰۰      |
|             | محیطی         | ۱۷۰/۷۲        | ۲          | ۳۵/۵۱ | ۰/۰۰۱     | ۰/۵۷     | ۱/۰۰۰      |
| افسردگی     | افسردگی       | ۱۷۵/۵۷        | ۲          | ۲۴/۵۹ | ۰/۰۰۱     | ۰/۴۸     | ۱/۰۰۰      |

شده بر خرده مقیاس‌های متغیرهای وابسته تأثیر معنی داری داشته است. همچنین برای اینکه تعیین شود کدام روش مؤثرتر است از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود با وجود اینکه هر دو روش تأثیر مطلوبی بر ارتقاء کیفیت زندگی زنان افسرده داشته‌اند، اما با توجه به میانگین‌ها، درمان غنی‌سازی روابط زوجین (۲۷/۱۲) نسبت به درمان شناختی - رفتاری (۲۱/۶۴) تأثیر بیشتری بر کیفیت زندگی داشته است.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود بین دو گروه درمانی تفاوت معنی‌دار وجود ندارد اما هر دو روش تأثیر مطلوبی بر کاهش افسردگی زنان افسرده داشته‌اند، با توجه به میانگین‌ها، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر غنی‌سازی روابط زوجین (۹/۱۹) نسبت به درمان شناختی - رفتاری کلاسیک (۸/۱۹) تأثیر بیشتری بر کاهش افسردگی داشته است.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود با توجه به کنترل اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون تفاوت میان گروه‌ها در پس‌آزمون کیفیت زندگی از لحاظ آماری معنادار است ( $P < 0/001$ ). بدین معنا که رویکردهای درمانی بر کیفیت زندگی اثربخش بوده‌اند.

نتایج ارائه شده در جدول ۵ بیانگر آن است که رویکردهای درمانی بر کاهش افسردگی مؤثر بوده‌اند ( $P < 0/001$ ). در ادامه برای بررسی این فرضیه که بین میانگین نمرات کیفیت زندگی و افسردگی در سه گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر غنی‌سازی، درمان شناختی - رفتاری کلاسیک و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. در جدول ۶ نتایج تحلیل مانکوا برای خرده مقیاس‌های دو متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفته است. همان‌طور که انجام تحلیل مانکوا نشان داد، بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون، مشخص شده است که مداخلات انجام

جدول ۷) آزمون تعقیبی بن فرونی به منظور مقایسه پس‌آزمون کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل

| گروه I        | گروه‌های J         | تفاوت میانگین‌های I-J | انحراف استاندارد | Sig.  |
|---------------|--------------------|-----------------------|------------------|-------|
| گروه کنترل    | گروه غنی‌سازی      | -۲۷/۱۲                | ۲/۲۸             | ۰/۰۰۱ |
|               | گروه شناختی رفتاری | ۲۱/۶۴                 | ۲/۳۱             | ۰/۰۰۱ |
| گروه غنی‌سازی | گروه شناختی رفتاری | ۳/۱۲                  | ۴/۵۱             | ۰/۰۷۲ |



## جدول ۸) آزمون تعقیبی بن فرونی به منظور مقایسه پس آزمون افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل

| Sig.  | انحراف استاندارد | تفاوت میانگین‌های I-J | گروه‌های J         | گروه I        |
|-------|------------------|-----------------------|--------------------|---------------|
| ۰/۰۰۱ | ۰/۹۱             | -۹/۱۹                 | گروه غنی‌سازی      | گروه کنترل    |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۹۳             | -۸/۱۹                 | گروه شناختی رفتاری |               |
| ۰/۰۹۸ | ۲/۱۵             | ۱/۱۷                  | گروه شناختی رفتاری | گروه غنی‌سازی |

## بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر غنی‌سازی روابط زوجین و درمان شناختی رفتاری کلاسیک بر افسردگی و کیفیت زندگی در زنان افسرده بود. یافته‌ها بیانگر این موضوع بودند که رویکردهای درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر غنی‌سازی و شناختی - رفتاری کلاسیک بر کیفیت زندگی اثربخش بوده‌اند (ضریب اتا در جداول ۴، ۵ و ۶ بیانگر آن است) که این نتایج با یافته‌های پژوهش‌هایی از قبیل کویانی و همکاران (۳۳)، رحمانی و همکاران (۳۴) و شاکری و همکاران (۳۵) همسو می‌باشد. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر این موضوع بودند که رویکردهای درمانی یادشده بر کاهش افسردگی مؤثر بوده‌اند که این یافته‌ها نیز با نتایج پژوهش‌های مختلفی مانند ولز، فیشر و همکاران (۳۶)، ولز و سمبی (۳۷)، کویانی و همکاران (۳۳) می‌باشد.

نتایج این تحقیق درباره اثربخشی رویکرد درمانی غنی‌سازی بر کیفیت زندگی با یافته‌های جورنی (۳۸) و اکوردینو و جورنی (۲۵) همسو می‌باشد. به لحاظ نظری می‌توان گفت مهارت‌های غنی‌سازی، برای کمک به ارضای شدیدترین تمایلات خانواده‌ها، و تقریباً در همه فرهنگ‌ها کاربرد دارند. این تمایلات شامل عشق، دلسوزی، تعلق، اعتماد، وفاداری، امنیت و لذت هستند که در بین بقیه از اهمیت بیشتری برخوردارند. اگر هر شرکت‌کننده، این تمایلات را برای همسرش و سایر اعضای خانواده ارضا کند، به‌عنوان کارکرد روانی - اجتماعی تلقی شده که با ایجاد جو مراقبتی پایدار، عشق و صمیمیت، عزت نفس و رشد روانی فردی هر یک از اعضا را تقویت می‌کند. پاسخ‌های دلسوزانه می‌تواند عامل بسیار مهمی در ارتقای امنیت و پایداری پیوند زناشویی، و ایجاد روابط صمیمانه سازنده، و پایداری برای رشد شخصی باشد (۲۵). در نتیجه می‌توان گفت، مهارت‌های آموخته‌شده به‌خوبی تأثیرگذار بوده‌اند و توانسته‌اند کیفیت روابط زناشویی را ارتقا بخشند.

مشکلات ارتباطی و ناتوانی زوجها در برقراری ارتباط مناسب و صحیح از مهمترین عوامل بروز تعارض و در نتیجه نارضایتی و ناسازگاری، بروز افسردگی و کاهش کیفیت زندگی می‌باشد. بدیهی است مجهز شدن و آگاهی زوجها به مهارت‌های ارتباطی مناسب و صحیح می‌تواند به افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی بینجامد. از آنجایی که هسته اصلی آموزش‌های رویکرد غنی‌سازی ارتباط گفتگوی مناسب و صحیح، نحوه مناسب صحبت کردن و گوش دادن مؤثر است (۲۲) پس رویکرد غنی‌سازی می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی مؤثر باشد.

افسردگی زوجین و کاهش کیفیت زندگی از جمله متغیرهای همبسته با رضایت زناشویی هستند. الگوی مهارت‌آموزی غنی‌سازی ارتباط به زوجها کمک می‌کند تا الگوهای مرادده‌ای مثبت‌تر و جدیدتری را از طریق ابزارهای مناسبی که برای حل مشکلات ارتباطی‌شان به آنها داده می‌شود یاد بگیرند و رضایت کلی ارتباطی‌شان را بهبود بخشند. به اعتقاد گاتمن باثبات‌ترین تعیین‌کننده ناخشنودی زناشویی، ابراز هیجان منفی در پاسخ به ابراز هیجان منفی همسر در مواقع تعارض است. از این رو رویکرد غنی‌سازی ارتباط با آموزش مهارت‌های ساده و در عین حال مهمی که زوجها از آن بی اطلاع یا نسبت به آن بی توجه هستند می‌تواند به بهبود رابطه و افزایش کیفیت زندگی کمک کنند.

هدف‌های مشاوره گروهی شناختی آموزش مراجعان است که بتوانند شناخت‌های ناکارآمد خود را شناسایی و با شناخت‌های کارآمد جایگزین کنند و با وقایع ناخوشایندی که ممکن است در زندگی آنان اتفاق افتد، کنار بیاید. برای برنامه‌ریزی اقدامات مناسب، ارتقای خدمات سلامت روانی و ایجاد سیاست‌های مرتبط با آن در جامعه، نیاز به آشنایی با درمان‌های مناسب از جمله درمان رفتاری - شناختی به صورت گروهی است (۱۹).

نکته مهم در کاربرد این روش این است که روش گروهی محاسن فراوانی دارد که منجر به تسهیل و تسریع فرآیند

غنی‌سازی بر کاهش رفتارهای غیر سودمند و تسهیل سبک‌های شناختی پردازش، تمرکز دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، با وجود اینکه هر دو روش درمانی بر کاهش افسردگی اثربخش هستند اما به این دلیل که روش شناختی رفتاری مبتنی بر غنی‌سازی کارآیی بیشتری در مقایسه با روش شناختی - رفتاری کلاسیک داشته است، پس برای بهبود افسردگی زنان مناسب‌تر است. از طرف دیگر، شاید اگر مدت پیگیری طولانی‌تر باشد، تفاوت‌ها بیشتر خود را نشان دهند. با توجه به آنچه ارائه شد به نظر می‌رسد که استفاده از روش درمان غنی‌سازی کارآیی بیشتری برای ارتقاء کیفیت زندگی و بهبود افسردگی این گروه از افراد جامعه داشته باشد. پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های دیگر با دوره‌های پیگیری بلندمدت انجام شوند و چون امکان استفاده از روش‌های درمانی به کار برده شده در این پژوهش برای افراد مختلفی که دچار افسردگی و عدم کیفیت مطلوب زندگی می‌باشند، وجود دارد، این مقایسه در گروه‌های مختلف و جنس مخالف نیز انجام گردد.

#### منابع

1. Lavelle B, Smock PJ. Divorce and women's risk of health insurance loss. *Journal of health and social behavior*. 2012; 53(4): 413-431.
2. Gahler M. To divorce is to die a bit a longitudinal study of marital disrupt and psychological distress among Swedish women and men. *The Family Journal Counseling and Therapy for Couples and Families*. 2016; 14(4): 372-82.
3. Garner CN. The reality of divorce: A study of the effects of divorce on parents and their children. Liberty University Fortified Marriages Ministry. 2008.
4. Gottman JM. What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes. Psychology Press. 2014.
5. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors. *Global Burden of Disease Study. The lancet*. 1997; 349(9063): 1436-1442.
6. Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Pataki CS, Sussman N. *Sipnosis de psiquiatria: ciencias de la conducta, psiquiatria clínica*. 2015.
7. Tajvar S, Khorasgani F. The effectiveness of acceptance and commitment (ACT) treatment on depression and spiritual wellbeing in Shahrekord blind girls. *A Journal of Modern Psychology Research*. 2016; 44: 75-88. [Persian]
8. Gazal M, Souza LD, Fucolo BA, Wiener CD, Silva RA, Pinheiro RT, Kaster MP. The impact of

درمان می‌شود. از جمله اینکه بسیاری از بیماران مبتلا به افسردگی به نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه مشکلات و افکار خود دارند. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی این بیماران می‌شود و انزوای اجتماعی احساس منحصر به فرد بودن را در آنها تقویت می‌کند (۱۸).

از آنجا که کیفیت زندگی و افسردگی ارتباط منفی دارند، بنابراین حالتی چون افسردگی، میزان کیفیت زندگی افراد را کاهش می‌دهد. عموماً کیفیت زندگی یک قضاوت شناختی آگاهانه درباره رضایت فرد از زندگی است، بنابراین وقتی فردی مبتلا به افسردگی است، مداخله درمانی و پیش‌آگاهی درمان می‌تواند اثرات مفیدی بر درک کلی رضایت از زندگی فرد بگذارد. مداخلات انجام شده بر شناخت‌ها و عواطف شرکت کنندگان تأثیر داشته و احتمالاً از طریق بهبود قضاوت شناختی فوق بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش علایم افسردگی منجر شده است.

همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد، هر دو روش درمانی باعث بهبود نمرات مراجعان در شدت علائم افسردگی و کیفیت زندگی شدند و بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ولی به صورت جزئی روش درمان شناختی رفتاری مبتنی بر غنی‌سازی نسبت به درمان شناختی - رفتاری کلاسیک تأثیر بیشتری داشته و با کیفیت‌تر بوده است و این با نظریه‌ی جدیدی که در سالیان اخیر در حیطه‌ی درمان افسردگی و بهبود کیفیت زندگی مطرح شده است همسو است، ولز و متیوس (۳۹) بیان کردند که این دیدگاه که به طرحواره به‌عنوان اطلاعات نامربوطی بنگریم و این عقیده که درمانگر می‌تواند آنها را از ذهن بیمار پاک کند و به‌جای آن فرضیات واقعی‌تری را جایگزین کند نمی‌تواند سودمند باشد زیرا، مردم باورها را شکل می‌دهند و به‌طور فعال بر اساس قوانین درونی آنها را مورد تجدیدنظر قرار می‌دهند. بنابراین آنچه دارای اهمیت است، صورت‌بندی پردازش شناخت درونی و قوانین و سازوکارهایی است که موجب می‌شود تا بیماران به تعبیر و تفسیر باورهای ناسازگار پردازند و آنچه مورد نیاز است، یک چارچوب شناختی کامل برای بازنمایی تعامل بین دانش خود و آشنفتگی هیجانی است. بنابراین درمان شناختی رفتاری مبتنی بر

- Experiences, Psychological Studies. 1993; 10(2): 50-27.
21. Bahrami F, Oulia N, Fatehizadeh M. Marital enrichment training. Tehran, Iran: Danjeh Publications. 2013. [Persian].
22. Bowling TK, Hill CN, Jencius M. An overview of marriage enrichment. *The Family Journal*. 2005; 13(1): 87-94.
23. Koivumaa H, Honkanen R, Koskenvuo M, Viinamäki H, Kaprio J. Life dissatisfaction as a predictor of fatal injury in a 20-year followup. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 105(6): 44-50.
24. Scuka RF. Relationship enhancement therapy. New York: Taylor and Francis Group. 2005.
25. Accordino MP, Guernsey BG. The empirical validation of relationship enhancement couple and family therapies. In: Cain DJ, Seeman J, editors. *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington: American Psychological Association. 2002.
26. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*. 2009; 33(3): 291-300.
27. Nassiri h. Evaluation of the validity and reliability of the World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF) and its Iranian version, Proceedings of the Third Seminar on Mental Health of Students. 2006.
28. Nejat S, Montazeri A, Halakouee C, Nayini KM, Majdezhadeh R. Standardization of World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL BREF) Persian translation and psychometric evaluation. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006; 4 (4): 1-12.
29. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 1988; 8: 77-100.
30. Fati L. Conceptual structures emotional states and cognitive processing of emotional. Information: comparing two conceptual frameworks. PhD in Clinical Psychology, Tehran Psychiatric Institute. 2003.
31. Hawton C. Therapy for psychiatric problems. Trans Ghasem zadeh H. Tehran: Arjmand. 2003; 314-47. [Persian]
32. Dattilio F. MCognitive-behavioral therapy with couples and families: a comprehensive guide. New York: Guilford Press. 2010.
33. Kaviani H, Hatami N, Shafieabadi A. EThe impact of mindfulness-based cognitive therapy on the quality of life in non-clinically depressed people. *Advances in Cognitive Science*. 2008. [Persian]
34. Rahmani S, Talepasand S, Ghanbary-Motlagh A. Comparison of Effectiveness of the Metacognition Treatment and the Mindfulness-Based Stress cognitive behavioral therapy on IL-6 levels in unmedicated women experiencing the first episode of depression: a pilot study. *Psychiatry research*. 2013; 209(3): 742-745.
9. Hammen C. Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005; 1: 293-319.
10. Nasiri M, Mokhtari N, Mashof T, et al. Determinants of quality of life for hemodialysis patients from the perspective of patients and nurses. *J Guilan U Med Sci*. 2003; 4(6-7): 27-32. [Persian]
11. Shafipor V, Jafary H, Shafipor L. Relationship between stress intensity quality of life in hemodialysis patients in Saricity hospitals in 2007. *J Med Sci Sabzevar*. 2007; 16(3): 155-60. [Persian]
12. Lucas-Carrasco R, Eser E, Hao Y, McPherson KM, Green A, Kullmann L, Group TWD. The Quality of Care and Support (QOCS) for people with disability scale: development and psychometric properties. *Research in developmental disabilities*. 2011; 32(3): 1212-1225.
13. Chachamovich E, Fleck M, Laidlaw K, Power M. Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *The Gerontologist*. 2008; 48(5): 593-602.
14. Koenig H. GReligious versus conventional psychotherapy for major depression in patients with chronic medical illness: rationale, methods, and preliminary results. *Depression research and treatment*. 2012.
15. Yaghoobi Nasrabadi M, Mohammadi K, Ahmadzadeh Gh. The effect of cognitive-behavioral group therapy on reducing depression and anxiety in patients with mood disorder. *Psychiatry and Clinical Psychology of Iran*. 2003; 9(2): 64-56. [Persian].
16. Alipour A, Afrooz Gh, Vali'I J. Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Depression. General Health and Adaptation of Depressed Deaf Married Women. Master's thesis. 2009; Tehran: Payame Noor University. [Persian]
17. Talaei A, Kimay S, Fatemi M. The effect of cognitive-behavioral group therapy on depression in infertile women. *Women, Obstetrics Infertility*. 1393; 17(94): 9-1. [Persian]
18. Ranjbar F, Ashk Torab T, Dadgari A. Evaluating Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in group therapy on depression rate. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences Yazd*. 2010; 18(4): 299-308
19. Khalidian M, Kamrizerin H, Jalalian A. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on depression in addicted people. *Addiction Research*. 1393; 8(29): 88-78. [Persian]
20. Larijani Z, Hosni F, Mohammad Khani P, Mahmoudi Gh. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Therapy Based on the Presence of Mind and Metacognitive Therapy in Students with Depression Symptoms, Positive and Negative Meta-cognitive Beliefs about Rhymes and Avoidance

- Reduction Treatment on Global and Specific Life Quality of Women with Breast Cancer. Iranian journal of cancer prevention. 2014. 7(4), 184-196. [Persian]
35. Shakeri M, Parhoon H, Mohammadkhani S, Hasani J, Parhoon K. Effectiveness of the Metacognition Therapy on Depressive Symptoms and Quality of Life of Patients with Major Depression Disorder. 2015. [Persian]
36. Wells A, Fisher P, Samuel M, Trishnapatel. Chris & Brewin. Meta-cognitive therapy in Recurrent and persistent Depression. 2008
37. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2004; 35(4): 307-318.
38. Guerney BG, Scuka RF. Relationship enhancement program: Auxiliary manual. 3<sup>rd</sup> ed. Bethesda: Ideals. 2014.
39. Wells A, Matthews, G. Attention and emotion: A clinical perspective. Hove, UK: Erlbaum. 1994.