

## تأثیر زوج درمانی شناختی در کاهش میزان افسردگی و افزایش رضایت زناشویی

تاریخ دریافت: ۸۹/۸/۱۹

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱/۲۲

غلامرضا رجیبی\*، سونا کارجو کسمایی\*\*، حوا جباری\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** زوج درمانی شناختی یکی از انواع درمان‌های متداول در کاهش مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی و بازسازی شناختی زوجها در بین درمانگران و مشاوران خانواده است. هدف این پژوهش تأثیر زوج درمانی شناختی در کاهش میزان افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زوجها مراجعہ کننده به مرکز مشاوره خانواده و مداخله در مجتمع بهزیستی فیاض بخش شهر اهواز بود.

**روش:** در این پژوهش ۲۰ زوج زن و مرد از بین زوج مراجعه کننده به مرکز مشاوره فوق به صورت تصادفی ساده برگزیده شدند و بعد آنها به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل واگذار شدند. قبل از انجام مداخله‌ی آزمایشی (زوج درمانی شناختی) میزان افسردگی و رضایت زناشویی زوجها در گروه‌های آزمایش و کنترل اندازه‌گیری شد. در مرحله‌ی بعد گروه تحت درمان ۸ جلسه تحت زوج درمانی شناختی قرار گرفت و نه گروه کنترل. همچنین زوجها در هر دو گروه آزمایش و کنترل دوباره دو هفته بعد از پایان آخرین جلسه‌ی درمانی، از لحاظ میزان افسردگی و رضایت زناشویی (پس از آزمون) مورد سنجش قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** تفاضل میانگین نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون با استفاده از آزمون تی-تست نشان داد که بین زوجها تحت زوج درمانی شناختی (گروه آزمایش) و زوجها بدون درمان (گروه کنترل) از لحاظ میزان افسردگی و رضایت زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد (کاهش میزان افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زوج درمانی شناختی). همچنین میزان بهبودی و افزایش متغیرهای افسردگی و رضایت زناشویی در گروه آزمایش به طور نسبی ۵۹/۳۰٪ و ۶۷/۹۲٪ بود.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه‌گیری کرد که روان‌شناسان و مشاوران خانواده می‌توانند از روش زوج درمانی شناختی برای کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زوجها استفاده نمایند.  
**واژه‌های کلیدی:** افسردگی، رضایت زناشویی، درمان شناختی، زوجها

rajabireza@scu.ac.ir

s-karjo@yahoo.com

\* نویسنده مسئول: دانشیار، گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

\*\* کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

\*\*\* کارشناس مشاوره دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

## مقدمه

افسردگی بالینی<sup>۱</sup> یک اختلال ناتوان کننده با شیوع طول عمر ۲/۷ درصد برای مردان و ۲۱ درصد برای زنان است. این اختلال به ویژه رابط بین ناامیدی، افسردگی و خودکشی [۱]، و شایع ترین بیماری قرن بیست و یکم و یک واکنش زیستی و روانی در برابر فشارهای زندگی و محیط اجتماعی است. این اختلال همواره فرد را آزار می دهد و نگرش ها، باورها و بینش های او را تحت تأثیر قرار می دهد. به واسطه ی این اختلال، انسان علاقه و نیروی خود را در اکثر کارها از دست می دهد، احساس گناه، مشکلات تفکر و تصمیم گیری بر او غالب می شود [۲]. تعدادی از پژوهشگران در مورد نقش تعامل زناشویی و خانوادگی سخن گفته اند. تعدادی از پژوهشگران معتقدند که ازدواج ناکارآمد می تواند منجر به افسردگی شود. به همین ترتیب، برخی فرض کرده اند که افسردگی می تواند در کارآمدی زناشویی اختلال ایجاد کند. محققان دیگر با احتیاط از رابطه علی سخن می گویند، اما بیان می کنند که یک ازدواج کارآمد می تواند احتمال افسردگی را در فرد آسیب پذیر کاهش دهد [۳، ۴]. اگرچه تعدادی از پژوهش ها برای بررسی نقش روابط زناشویی در افسردگی طراحی شده اند، اما دیده شده است که پریشانی زناشویی و نشانه های افسردگی با یکدیگر همبسته اند، و شناخت این متغیرها برای درمان مشکلات زناشویی در جامعه کنونی ضروری به نظر می رسد. مدل اختلاف زناشویی افسردگی<sup>۲</sup> بیان می کند که اختلاف زناشویی عامل مؤثر در افسردگی در میان تعدادی از زوجها است [۵، ۶]. اگرچه این محققان تشخیص می دهند که سبب شناسی افسردگی چند وجهی است، اما بیان می کنند که کاهش حمایت اجتماعی و افزایش خصومت در روابط دشوار، می تواند باعث افسردگی شود. در مطالعات قبلی حمایت تجربی برای این مدل به دست آمده است [۷، ۸، ۹]. از این رو به نظر می رسد افراد افسرده نسبت به دیگران در ارتباطات و حل مسأله دچار مشکل باشند و کمتر مایلند تعارض های رابطه خود را بیان کنند [۱۰]. هامن<sup>۳</sup> در نظریه تولید تنیدگی<sup>۴</sup> بیان می کند که

انسان های افسرده در محیط خود به ویژه در محیط بین فردیشان استرس های اضافی را ایجاد می کنند، که می تواند افسردگی را تشدید نماید. این مدل بیان می کند که علاوه بر تأثیر نارضایتی زناشویی و دیگر فشارزاهای مختلف در افسردگی بعدی، نشانه های افسردگی می توانند منجر به مشکلات زناشویی و افزایش تنیدگی زناشویی شوند [۱۱]. رابطه بین نارضایتی زناشویی و افسردگی در مطالعات طولی و مقطعی مورد حمایت قرار گرفته است. در یک فرا تحلیل از ۲۶ پژوهش مقطعی در ارتباط با همبستگی بین کیفیت زناشویی و افسردگی اندازه اثر ۰/۴۲- برای زنان و ۰/۳۷- برای مردان گزارش شده است [۶، ۱۲]. علاوه بر این، پژوهش های طولی نشان داده اند که آشفتگی و پریشانی زناشویی یک پیش بین مهم در افسردگی بعدی است [۸، ۹، ۱۳]. درمان شناختی- رفتاری<sup>۵</sup> در مقایسه با داروهای ضد افسردگی برای درمان اختلال های مختلف برتر است [۱۴]. محققان نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری گروهی از درمان دارویی هایپیران در کاهش شدت افسردگی اساسی زنان اثربخش تر است. در حالیکه بین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی با درمان های دارویی فلوکستین و فلوکستین با هایپیران تفاوتی دیده نمی شود [۱۵]. یک کارآزمایی بالینی با استفاده از تکنیک های درمان شناختی- رفتاری نشان داد که تکنیک های این نوع درمان باعث تسکین بیماران با اختلال های اضطرابی، افسردگی یا سازگاری می شود، اما ممکن است جلسات طولانی برای بیماران با بیماری پیشرفته با انرژی، حافظه یا تمرکز پایین نامناسب باشد [۱۶]. تعدادی از محققان دریافته اند که شرکت کنندگان در جلسات درمان شناختی- رفتاری گروهی به طور معناداری در پایان مداخله و پیگیری های ۳ و ۶ ماهه کاهش هایی را در اختلال خلق نشان دادند [۱۷]. مطالعه ای نشان داد که افسردگی، اضطراب، خود ارزیابی شغلی شخصی، خود ارزیابی شغلی محیطی و اندازه گیری عملکرد شغلی از مهمترین پیش بین های کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به افسردگی هستند [۱۸]. در دو مطالعه جداگانه محققان بین سطوح نشانه های پریشانی زناشویی و رضایت از زندگی در بیماران با اختلال های افسردگی غیر بستری و در یک

- 1- clinical depression
- 2- marital discord model of depression
- 3- Hammen
- 4- stress generation theory

5- Cognitive Behavioral Therapy

نمونه از زنان کره‌ای رابطه منفی مشاهده کردند [۱۹، ۲۰]. در مطالعه‌ای دیگر بر اساس یک طرح تجربی و درمان شناختی- رفتاری گروهی در کاهش افسردگی روی بیماران افسرده بالینی غیر بیمارستانی نشان داده شد که میزان افسردگی، تفکرات خودکار، و نگرش‌های کژکار در سه مرحله زمانی (خط پایه، میانه و پایان درمان) و به ویژه از خط پایه به میانه درمان کاهش معناداری را داشته است [۲۱]. مطالعات فرا تحلیل نشان می‌دهند که درمان شناختی در درمان بیماران افسرده عمده یک قطبی مؤثر است [۲۲، ۲۳]. چند مطالعه دیگر نشان داده‌اند که درمان شناختی مؤثرتر از دارونما<sup>۱</sup> است [۲۳، ۲۴]. در دو مطالعه فرا تحلیل نشان داده شد که درمان شناختی همانند درمان بین فردی یا روان پویایی کوتاه مدت در مدیریت افسردگی مؤثر است. این دو مطالعه نشان دادند که درمان شناختی در مدیریت افسردگی یک قطبی ملایم تا متوسط از درمان دارویی مؤثرتر است [۲۵، ۲۶]. در مطالعه‌ای دیگر با ۱۶۹ بیمار دارای تشخیص افسردگی عمده نتایج مشابه برای داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای و درمان شناختی به دست آمد [۲۷]. نتایج یک پژوهش نشان داد که درمان شناختی فردی باعث تخفیف دوره افسردگی و افزایش کنش وری زناشویی می‌شود [۲۸]. تعدادی از مطالعات کارآمدی درمان شناختی- رفتاری را برای بهبود افسردگی نشان داده‌اند [۲۹، ۲۱]. یافته‌های عمومی حاکی از آن است که درمان شناختی- رفتاری برای درمان افسردگی یک تکنیک و یک جایگزین مناسب برای درمان‌های دارویی و بین فردی است. درمان شناختی- رفتاری یک مداخله روان‌شناختی است که هدف آن کمک به بازسازی تفکرات، احساس‌ها، رفتارها و نشانه‌های جسمانی درمانجویان است [۱۶، ۳۰، ۳۱، ۳۲]. هدف تکنیک‌های شناختی شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جستجوی کمک برای یافتن روش‌های جایگزین تفکر و تسهیل شناسایی علل افسردگی و افزایش رضایت زناشویی و روش‌هایی برای حفظ این تکنیک‌ها است. این درمان، بر زمان حال، و افکار و رفتارهای اینجا و اکنون تمرکز دارد و از نظریه شناختی آرون بک اقتباس شده است [۳۳]. در طی سال‌ها فرم‌های گوناگونی از درمان شناختی- رفتاری

توسط نظریه پردازن شاخص از جمله آلبرت الیس<sup>۲</sup> [۳۴]، دونالد مایکنام<sup>۳</sup> [۳۵] و آرنولد لازاروس<sup>۴</sup> [۳۶] گسترش یافته‌اند. درمان شناختی- رفتاری یک روش درمانی مرکب از دو رویکرد رفتار درمانی و درمان شناختی است. هدف درمان و آموزش این است که درمانجویان به شیوه‌ای بتوانند تغییرات مطلوبی را در زندگی‌شان ایجاد نمایند [۳۷]. از ویژگی‌های این روش درمانی می‌توان کاربرد تکالیف منزل و پایین بودن احتمالی برگشت افسردگی را ذکر کرد [۳۸، ۳۹]. در حقیقت، رضایت زناشویی یکی از عوامل پیشرفت و دستیابی به اهداف زندگی است که در طی آن زن و شوهر از ازدواج با هم احساس شادمانی و رضایت دارند [۴۰]. شواهد زیادی وجود دارد که فقدان حمایت اجتماعی و عدم صمیمیت با افراد مهم زندگی نقش مهمی در شکل‌گیری افسردگی دارد. با توجه به تحقیقات انجام شده در ارتباط با کاهش میزان افسردگی و افزایش رضایت و بهبود زندگی این مطالعه در پی پاسخگویی به دو فرضیه زیر است که: ۱- انتظار می‌رود که زوج درمانی شناختی منجر به کاهش میزان افسردگی شود و ۲- انتظار می‌رود که زوج درمانی شناختی باعث افزایش رضایت زناشویی شود. از سوی دیگر، آشنایی زوجها به آموزش‌های لازم و ضروری در مورد باورها و نگرش‌هایشان می‌تواند تا حدودی مشکلات و اختلاف‌ها و جدایی روانی آنها را بر طرف نماید تا بتوانند به شیوه‌ی مناسب‌تر و سازگارانه‌تر در کانون گرم و صمیمی خانواده در کنار هم با کارایی بهینه زندگی نمایند. در غیر این صورت، نارضایتی زوجها از هر نوعی که باشد سیستم ارتباطی خانواده را دچار تزلزل خواهد کرد و می‌تواند مشکلات روان‌شناختی و عدم کارکردهای مناسب را در بین آنها ایجاد نماید. در نهایت، دلمردگی، یاس و ناامیدی بر روابط زوجها حاکم می‌شود.

### روش

**طرح پژوهش:** این پژوهش از نوع پژوهش‌های آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. در این طرح، گروه‌های آزمایش و کنترل دو بار میزان افسردگی و رضایت زناشویی قبل از زوج درمانی شناختی (پیش‌آزمون) و دو هفته بعد از پایان مداخله درمانی (پس‌آزمون) مورد

2- Albert Ellis

3- Donald Meichenaum

4- Arnold Lazarus

1- placebo

بهزیستی فیاض بخش و زوج‌های دارای مشکل شهر اهواز بودند. از بین مراجعان این مرکز ۱۰ زوج بر اساس تشخیص روان‌شناس مرکز و شکایات مراجعان در مورد ابتلا به افسردگی و پایین بودن رضایت زناشویی به عنوان گروه آزمایش و ۱۰ زوج خارج از مرکز که دارای مشکلاتی از این نوع بودند به عنوان گروه کنترل به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. البته این زوجین در آغاز قبل از اجرای مداخله درمانی دوباره توسط درمانگران بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup> به ویژه در مورد ملاک‌های تشخیصی افسردگی مورد مصاحبه قرار گرفتند. به علاوه، ملاک دیگر انتخاب شرکت کنندگان در طرح حاضر نمره‌های بالاتر از نقطه برش در پرسشنامه افسردگی بک<sup>۲</sup> و شاخص رضایت زناشویی والمیر<sup>۳</sup> بود.

#### ابزار:

۱- پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده می‌باشد که در ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفته است [۴۱]. این پرسشنامه نگرش‌ها و نشانه‌های افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر سؤال پرسشنامه افسردگی بک شامل یک مقیاس چهار جمله‌ای است که دامنه‌ی آن از ۰ تا ۳ مرتب شده است، حداکثر و حداقل نمره در این پرسشنامه به ترتیب ۶۳ و ۰ است. بررسی‌های به عمل آمده در زمینه‌ی اعتبار این پرسشنامه حاکی از اعتبار مناسب این ابزار است. در مطالعه‌ی ضریب آلفای کرونباخ و تنصیف پرسشنامه افسردگی بک به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۳ و ضریب بازآزمایی به فاصله‌ی ۳ هفته روی ۵۹ دانشجوی پسر ۰/۴۹ گزارش شده است [۴۱]. مطالعات انجام شده در مورد اعتبار پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که این پرسشنامه از اعتبار قابل قبولی برخوردار است [۴۲، ۴۳، ۴۴]. مطالعات مختلف نشان می‌دهند که این پرسشنامه با خرده مقیاس افسردگی پرسشنامه چند وجهی شخصیتی مینه سوتا، خودکارآمدی و عملکرد مدرسه، ناامیدی، تحریف‌های شناختی و عقاید خودکشی همبسته است. این یافته‌ها بیانگر روایی مناسب این سازه با سازه‌های دیگر می‌باشد [۴۱، ۴۵].

اندازه‌گیری قرار گرفتند. زوج‌های گروه آزمایش با هم در جلسات پس از انجام پیش‌آزمون در ۸ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای در سه ماه متوالی تحت زوج درمانی شناختی از نوع کارهایی که الیس روی مراجعان انجام می‌داد، قرار گرفتند و گروه کنترل بدون درمان به زندگی عادی خود مشغول بودند. همچنین هشت جلسه زوج درمانی شناختی به شیوه‌ی آلبرت الیس به اختصار در زیر آمده‌اند.

جلسه اول) آشنایی مشاور و مراجع با یکدیگر، صحبت در زمینه ماهیت افسردگی و رضایت زناشویی و اظهار نظر مراجع.

جلسه دوم) تبیین بنیادی درمان شناختی، بحث و ارائه فرم گزارش تکلیف برای مشخص کردن برداشت‌های مراجع.

جلسه سوم) بررسی و کاوش در افکار آزار دهنده مراجع و بحث و گفتگو درباره‌ی هر یک از افکار و احساسات آزار دهنده بر اساس فرم گزارش تکلیف که مراجع ارائه داده بود.

جلسه چهارم) تعیین و مشخص کردن افکار غیر منطقی مراجع و تبیین ارتباط آن با افسردگی و رضایت زناشویی، تکلیف منزل به منظور بررسی افکار غیر منطقی و تأثیر آن بر حالات افسردگی و رضایت زناشویی.

جلسه پنجم) بررسی نمونه‌هایی از افکار غیر منطقی از جمله توقع تأیید از سوی دیگران، انتظارات بیش از حد از خود و دیگران، سرزنش کردن خود و درماندگی برای تغییر، ارائه تکلیف منزل به منظور بررسی این نمونه‌ها در زندگی بیرونی.

جلسه ششم) بررسی سایر افکار غیر منطقی از قبیل سرزنش کردن خود، درماندگی و ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، نگرانی توأم با اضطراب، اجتناب از مشکل، وابستگی و کمال‌گرایی و تأثیر آن بر حالات خلقی، ارائه تکلیف منزل به بررسی راه‌های مقابله.

جلسه هفتم) جانشین سازی افکار منطقی به جای افکار غیر منطقی.

جلسه هشتم) ارزیابی بازخوردهای مراجع نسبت به جلسات و نتایج حاصل، کم شدن جدال درونی و تشویق برای استمرار جریان تفکر منطقی.

**آزمودنیها:** جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه زوج‌های مراجعه کننده به مرکز مشاوره و مداخله در بحران مجتمع

1- Diagnostica and Statistical Manual of Mental Disorders  
2- Beck Depression Inventory  
3- Walmyr Index Marital Scale

کنترل برابر با  $0/15$  ( $p > 0/05$ ) و در مورد نمره‌های پیش آزمون میزان رضایت زناشویی در دو گروه فوق برابر  $0/001$  ( $p > 0/05$ ) می‌باشد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که گروه‌های درمانی و غیر درمانی در میزان متغیرهای وابسته از جمله افسردگی و رضایت زناشویی در قبل از زوج درمانی شناختی با یکدیگر تفاوت نداشته‌اند. همان طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمره‌های میزان افسردگی مراجعان در گروه زوج درمانی شناختی و بدون مداخله در مرحله‌ی پیش آزمون و پس آزمون بیانگر این است که میانگین نمره‌های افسردگی مراجعان گروه تحت درمان از پیش آزمون ( $21/55$ ) به پس آزمون ( $8/80$ ) کاهش یافته است اما در گروه بدون درمان (کنترل) تغییر میانگین در نمره‌های افسردگی مشهود نیست ( $22/65$  در برابر  $22/90$ ). تفاضل نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر میزان افسردگی با استفاده از آزمون  $t$  گروه‌های مستقل نشان می‌دهد که زوج درمانی شناختی باعث کاهش میزان افسردگی گروه تحت درمان شده است ( $t=47/22$ ،  $p < 0/001$ ). همچنین میانگین و انحراف معیار نمره‌های میزان رضایت زناشویی مراجعان در گروه زوج درمانی شناختی و بدون درمان در مرحله‌ی پیش آزمون و پس آزمون بیانگر این است که میانگین نمره‌های میزان رضایت زناشویی گروه آزمایش از پیش آزمون ( $41/96$ ) به پس آزمون ( $13/46$ ) کاهش یافته است اما در گروه کنترل (بدون درمان) تغییری در میانگین‌های پیش آزمون و پس آزمون دیده نمی‌شود ( $41/86$  در برابر  $41/51$ ). تفاضل نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر میزان رضایت زناشویی با استفاده از آزمون  $t$  گروه‌های مستقل مشخص شد که زوج درمانی شناختی باعث افزایش میزان رضایت زناشویی زوجین تحت درمان شده است ( $t=19/02$ ،  $p < 0/001$ ).

۲- شاخص رضایت زناشویی والمیر: این شاخص در سال ۱۹۹۲ توسط هودسون<sup>۱</sup> [به نقل از ۴۶] تدوین شده و دارای ۲۵ ماده است که میزان، شدت و دامنه مشکلات زوجها را در رابطه زناشویی اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده این شاخص شامل یک طیف هفت رتبه‌ای از نوع لیکرت (هیچگاه = ۰ تا همیشه = ۶) است. بیشینه و کمینه نمره‌ی شاخص به ترتیب ۱۵۰ و ۰ می‌باشد، که نمره بالا رضایت پایین‌تر را می‌سنجد و برعکس نمره پایین در برگیرنده رضایت بالا است. همچنین تعدادی از ماده‌های آن به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره برش این ابزار ۷۰ می‌باشد که نشان دهنده این است که مراجع دچار استرس شدید است. در مطالعه‌ی آلفای کرونباخ  $0/96$  گزارش شده است [۴۷]. چانگ و هادسون<sup>۲</sup> توصیه می‌کنند که شاخص رضایت زناشویی والمیر به دلیل ضرایب اعتبار و روایی بالایی که دارد می‌توان از آن در محیط‌های پژوهشی و بالینی استفاده کرد [۴۸].

**روند اجرای پژوهش:** پس از مشخص شدن نمونه مورد بررسی بر اساس مصاحبه و ملاک‌های تشخیص بالینی، از کلیه زوج‌های انتخاب شده برای گروه آزمایش و کنترل در یکی از اتاق‌های مرکز پیش آزمون (افسردگی و رضایت زناشویی) به عمل آمد. سپس هر یک از زوج‌های گروه آزمایش با هم به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در سه ماه متوالی تحت شناخت درمانی گروهی از نوع کارهایی که ایس بر روی مراجعان انجام می‌داد، قرار گرفتند. بعد از دو هفته از پایان مداخله از همان زوج‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل پس آزمون در متغیرهای مورد مطالعه به عمل آمد.

#### یافته‌ها

بعنوان پیش فرض آزمون تی، همگنی واریانس‌ها با آزمون لون در دو گروه مورد آزمون قرار گرفت که نتایج آن حکایت از برابری واریانس‌ها در نمرات افسردگی و رضایت زناشویی داشت ( $p > 0/05$ ). یعنی می‌توان برای پاسخگویی به دو فرضیه تحقیق تدوین شده از آمار پارامتریک استفاده نمود. همچنین مقدار تی گروه‌های مستقل در مورد نمره‌های پیش آزمون میزان افسردگی در گروه آزمایش و

1- Hudson

2- Cheung & Hudson

جدول ۱) نتایج آزمون t تفاضل میانگین نمره‌های پیش آزمون - پس آزمون افسردگی و رضایت زناشویی در گروه‌های آزمایش و کنترل

آماره t سطح معناداری	تفاضل		پس آزمون		پیش آزمون			موقعیت شاخص گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	
۴۷/۲۲ ۰/۰۰۰۵	۶/۸۵	۱۲/۷۵	۸/۲۵	۸/۸۰	۸/۹۱	۲۱/۵۵	۲۰	آزمایش*
	۲/۷۸	-۰/۲۵	۷/۹۰	۲۲/۹۰	۸/۹۳	۲۲/۶۵	۲۰	کنترل*
۱۹/۰۲ ۰/۰۰۰۵	۱۵/۱۲	۲۸/۵۰	۸/۱۴	۱۳/۴۶	۱۴/۷۱	۴۱/۹۶	۲۰	آزمایش**
	۳/۴۳	-۰/۳۵	۱۱/۷۲	۴۱/۵۱	۱۲/۷۴	۴۱/۸۶	۲۰	کنترل**

\*افسردگی، \*\* رضایت زناشویی

## بحث

مؤثر بوده است. می‌توان گفت که نشانه‌های افسردگی زوجین با روابط زناشویی و احساس رضایت آنها رابطه دارد. به عبارت دیگر، روش زوج درمانی شناختی با تأکید بر روش ایس که هدف آن تغییر طرحواره‌های ذهنی مراجعان است، توانسته است روی زوج‌های افسرده گروه تحت درمان مؤثر واقع شود و نشانه‌های افسردگی را کاهش دهد و در نتیجه این کاهش احساس رضایت زوج‌ها از با هم بودن در یک چرخه‌ی زناشویی را افزایش داده است. باید خاطر نشان کرد که میانگین میزان رضایت زناشویی گروه آزمایش در قبل از درمان از ۴۱/۹۶ به ۱۳/۴۶ در بعد از درمان کاهش یافته است (در این پرسشنامه نمره پایین‌تر به مثابه رضایت بالاتر از زندگی است). این یافته بدین معنا است که زوج‌ها به تدریج در فرایند درمان بر میزان رضایت و سازگاری‌شان افزوده شده است (۲۸/۵۰) و میزان بهبودی ۶۷/۹۲٪ بوده است. این یافته با یافته‌های زیر هماهنگ است. مطالعه‌ای نشان داد که درمان شناختی فردی باعث تخفیف دوره افسردگی و افزایش کنش وری زناشویی می‌شود [۲۸]؛ درمان شناختی - رفتاری یک مداخله روان‌شناختی است که هدف آن کمک به بازسازی تفکرات، احساس‌ها، رفتارها و نشانه‌های جسمانی درمانجویان است [۱۶، ۳۰، ۳۱، ۳۲]؛ در دو مطالعه جداگانه محققان بین سطوح نشانه‌های پریشانی زناشویی و رضایت از زندگی در بیماران با اختلال‌های افسردگی غیر بستری و در یک نمونه از زنان که‌های رابطه منفی مشاهده کردند [۱۹، ۲۰]. در مطالعه‌ای دیگر بر اساس یک طرح تجربی و درمان شناختی - رفتاری گروهی در کاهش افسردگی روی بیماران افسرده بالینی غیر بیمارستانی نشان داده شد که میزان افسردگی، تفکرات خودکار، و نگرش‌های کژکار در سه

هدف از پژوهش حاضر تأثیر زوج درمانی شناختی در کاهش میزان افسردگی و افزایش زوج‌های مراجعه کننده به مرکز مشاوره خانواده و بحران مجتمع فیاض بخش شهر اهواز بود. در این رابطه دو فرضیه تدوین شد که هر دو فرضیه تأیید شدند. نتایج فرضیه اول تحقیق نشان داد که میزان نشانه‌های افسردگی زوج‌های تحت زوج درمانی شناختی نسبت به زوج‌های بدون زوج درمانی شناختی (گروه کنترل) از پیش آزمون به پس آزمون به طور معناداری کاهش یافته است. در اینجا می‌توان بیان نمود که میانگین میزان افسردگی گروه آزمایش از ۲۱/۵۵ (قبل از درمان) به ۸/۸۰ (در بعد از درمان) کاهش یافته است. این یافته بدین معنا است که زوج‌ها به تدریج در فرایند درمان از میزان افسردگی شان کاسته شده است (۱۲/۷۵) و میزان بهبودی ۵۹/۳۰٪ بوده است [۴۹]. این یافته با نتایج به دست آمده از دیگر مطالعات مبتنی بر اینکه ازدواج ناکارآمد به افسردگی می‌انجامد [۳، ۴]؛ کاهش حمایت اجتماعی و افزایش خصومت در روابط دشوار و سخت منجر به افسردگی می‌شود [۵، ۶، ۷، ۸، ۹] همخوانی دارد. هامن نیز بیان کرد که انسان‌های افسرده در محیط خود مشکلات زناشویی را تولید می‌کنند [۱۱] برخی پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که آشفتگی و پریشانی پیش بین‌های مهم افسردگی بعدی هستند [۶، ۸، ۱۲، ۱۳]. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های سایر پژوهش‌ها مبنی بر مؤثر بودن درمان شناختی - رفتاری نسبت به دارو درمانی و روش‌های دیگر همخوانی دارد [۱۴، ۱۶، ۱۷، ۲۱، ۲۳، ۲۴]. فرضیه دوم تحقیق نشان داد که زوج درمانی شناختی بر افزایش رضایت زناشویی مراجعان از پیش آزمون به پس آزمون

- no clinical sample of couples. *Fam process*. 2003; 42 (1): 133-149.
- 5- Beach SRH, Sandeen EE, O'Leary KD. *Depression in marriage: A model for etiology and treatment*. New York: Guilford; 1990.
- 6- Hollist C, Miller RB, Falceto OG, Fernandes CC. *Marital satisfaction and depression: A replication of the marital discord model in a Latino sample*. *Fam Process*. 2007; (46): 485-497.
- 7- Beach SRH, Katz J, Kim S, Brody GH. *Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model*. *J Soc and Person Rel*. 2003; (10): 405-410.
- 8- Dehle C, Weiss RL. *Sex difference in prospective associations between marital quality and depressed mood*. *J Marriage and the Fam*. 1998; (60): 1002-1011.
- 9- Whisman MA, Bruce ML. *Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in community sample*. *J Abnorm Psychol*. 1999; (108): 674-678.
- 10- Christian JL, O'Leary KD, Vivian D. *Depressive symptomatology in maritally discordant women and men: The role of individual and relationship variables*. *J Fam Psychol*. 1990; 8(1): 32-42.
- 11- Hammen CL. *The generation of stress in the course of unipolar depression*. *J Abnorm Psychol*. 1991; (100): 555-561.
- 12- Whisman MA. *The association between depression and marital dissatisfaction, 2001*. In C. Hollist RB, Miller OG, Falceto CC, Fernandes. (2007). *Marital satisfaction and depression: A replication of the marital discord model in a Latino sample*. *Fam Process*. 2007; (46): 485-497.
- 13- Schafer RB, Wickerama KAS, Keith PM. *Stress in marital interaction and change in depression: A longitudinal analysis*. *J Fam Issues*. 1998; (19): 578-594.
- 14- Parker GB, Crawford J, Hadzi-Pavlovic D. *Quantified superiority of cognitive behavior therapy to antidepressant drugs: a challenge to an earlier meta-analysis*. *Acta Psychiatrica Scand*. 2008; (118): 91-97.
- ۱۵- آقایی اصغر، جلالی داریوش، امین زاده مجتبی. *مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری، فلوکستین و هایپیران در کاهش شدت افسردگی اساسی زنان*. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۳۸۸؛ ۲(۷): ۱۴۱-۱۳۱.
- 16- Anderson T, watson M, Davidson R. (2008). *The use of cognitive behavioral therapy techniques for anxiety and depression in hospice: a feasibility study*. *Palliat Med*. 2008; (22): 814-821.
- 17- Laidlaw K, Davidson K, Toner H, Jackson G, Clark S, Law J, Howley M, Bowie G, Connery-Cross S. *A ransomed controlled trial of cognitive behavior therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression*. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008; (23): 843-850.

مرحله زمانی (خط پایه، میانه و پایان درمان) به ویژه از خط پایه به میانه درمان کاهش معناداری را داشته است [۲۱]. در هر حال، مشکل است که تأیید کنیم که این تغییرات به دلیل تکنیک‌های درمان شناختی صرف است. بلکه عواملی مانند انتظارات مراجع از بهبودی و پذیرش منطق درمانی میانجی‌های احتمالی تغییر درمانی هستند. در نهایت، با عنایت به یافته‌های به دست آمده و تأیید یافته‌ها توسط تحقیقات دیگر، روان‌شناسان بالینی و خانواده درمانگران می‌توانند برای کاهش رفتارهای بیمار گونه، افزایش کارایی زوج‌ها و ایجاد روابط سالم بین آنها از روش زوج درمانی شناختی مبتنی بر کارهای ایس استفاده نمایند. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی از درمان‌های مشاوره شناختی- رفتاری گروهی، مبتنی بر حضور ذهن و دارویی برای درمان زوج‌های دارای مشکلات روان‌شناختی استفاده شود. توصیه دیگر این است که در تحقیقات بعدی از طرح تک آزمودنی<sup>۱</sup> از نوع طرح خط پایه چندگانه<sup>۲</sup> برای چند شرکت کننده به طور جداگانه استفاده شود. از محدودیت عمده این تحقیق از لحاظ جامعه مورد بررسی مربوط به مرکز مشاوره خانواده و مجتمع بهزیستی فیاض بخش بوده است که در تحقیقات بعدی پیشنهاد می‌شود که از مراکز درمانی دولتی و مشاوره خانواده دیگر نیز استفاده شود.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مسئولین مرکز مشاوره خانواده و مداخله در مجتمع بهزیستی فیاض بخش شهر اهواز که در اجرا و مراحل این مطالعه بدون دریغ امکانات موجود را در اختیار اینجانبان گذاشته‌اند کمال تشکر را داریم.

### منابع

- 1- Oei TPS, Bullbeck K, Campell JM. *Cognitive change process during group cognitive behavior therapy for depression*. *J Affec Disord*. 2006; (92): 231-341.
- ۲- سادوک بنیامین، سادوک وبرجینیا، ۲۰۰۳. خلاصه روان‌پزشکی. پورافکاری نصرت اله، مترجم. جلد دوم، چاپ اول، انتشارات شهر آب- آینده سازان؛ ۱۳۸۲.
- 3- Hammen C. *The generation of stress in the course of unipolar depression*, *J Abnorm Psychol*. 1991; (100): 555-561.
- 4- Heene E, Buysse A, Van Oost PA. *categorical and dimensional perspective on depression within a*

1- single-case

2- multiple-baseline design

- Watson, R Davidson. The use of cognitive behavioral therapy techniques for anxiety and depression in hospice: a feasibility study. *Palliat Med.* 2008; (22): 814-821.
- 32- Dein S. Cognitive behavioral therapy in the palliative care setting. *Eur J Palliat Care.* 2005; 12: 174-176. In T Anderson, M Watson, R Davidson. The use of cognitive behavioral therapy techniques for anxiety and depression in hospice: a feasibility study. *Palliative Med.* 2008; (22): 814-821.
- 33- Beck AT. Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Arch Gen Psychiatry.* 1964; (10): 561-571.
- 34- Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. Oxford, England: Lyle Stuart; 1962.
- 35- Meichenbaum D. Cognitive-behavior modification: An integrative approach. New York: Plenum Press; 1977.
- 36- Lazarus A. Multimodal behavior therapy. New York: Springer; 1976.
- 37- White J. Treating Anxiety and Stress: A group psycho-educational approach using brief CBT. 1st Ed. New York: Guilford press; 2000.
- 38- Burns DD, Spangler DL. Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? *J Consult Clin Psychol.* 2000; 68(1): 46-56.
- 39- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol.* 2000; 68(4): 615-623.
- 40- Sinha PS, Mukerjee N. Marital adjustment and space orientation. *J soc psychol.* 1991; (132): 5-9.
- ۴۱- رجبی غلامرضا، عطاری یوسفعلی، حقیقی جمال. تحلیل عاملی سؤال‌های پرسشنامه بک (BDI-21) بر روی پسران دانشجوی دانشگاه شهید چمران اهواز. فصلنامه علمی- پژوهشی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. ۱۳۸۰؛ (۳): ۳ و ۴: ۶۶-۴۹.
- 42- Kapci EG, Uslu R, Turkcapar H, Karaoglan A. Beck Depression Inventory II: Evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population. *Depression and Anxiety.* 2008; (25): 104-110.
- 43- Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory second edition: BDI-Persian. *Depression and Anxiety.* 2005; (21): 185-192.
- ۴۴- رجبی غلامرضا، کارجو کسمایی. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II)؛ چاپ نشده.
- 45- Byrne BM, Stewart SM, Lee PWH. Validating the Beck Depression Inventory II for Hong Kong Community Adolescents. *Int J Test.* 2004; (4): 199-216.
- 18- Ay-Woan P, Sarah CP, LyInn C, Tsyr-Jang C, Ping-Chuan H. Quality of life in depression. *Qual Life Res.* 2008; (15): 39-48.
- 19- Chan P, Krupa T, Lawson JS, Eastabrook S. An outcome in need of clarity: Building a predictive model of subjective quality of life for people with severe mental illness living in the community. *Am J Occup Ther.* 2005; (59): 181-190.
- 20- Jho M. Study on the correlation between depression and quality of life for Korean women. *Nurs Health Sci.* 2001; (3): 131-137.
- 21- Oei TPS, Sullivan LM. Cognitive changes following recovery from depression in a group cognitive-behavior therapy program. *Aust N Z Psychiatry.* 1999; 33(3): 407-415.
- 22- Rush AJ, Beck AT, Kovacs M, Hollon S. Comparative efficacy of cognitive therapy and thermotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cogn Ther Res.* 1977; (1): 17-37.
- 23- Rupke SJ, Blecke D, Renfrow M. Cognitive therapy for depression. *Am Fam Physician.* 2006; 73(1): 83-86.
- 24- Murphy GE, Simons AD, Wetzel RD, Lustman PJ. Cognitive therapy and pharmacotherapy. Singly and together in the treatment of depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1984; (41): 33-41.
- 25- Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blukburn I. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affec Disord.* 1998; (48): 59-72.
- 26- Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Clin Psychol.* 1989; (57): 414-419.
- 27- DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, Simons AD. Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients. *J Affec Disord.* 1998; (49): 59-72.
- 28- Beach SRH, O'Leary KD. Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response for marital therapy vs. cognitive therapy. *Behav Ther.* 1992; (23): 507-528.
- 29- DeRubeis RJ, Feeley M. Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research.* 1990; (14): 469-482. In T. P. S. Oei, LM. Sullivan. Cognitive changes following recovery from depression in a group cognitive-behavior therapy program. *Aust N Z Psychiatry.* 1999; 33(3): 407-415.
- 30- Moorey S, Greer S. Cognitive behavioral therapy for people with cancer. 2nd ed. Oxford: Oxford University press; 2002. In T Anderson, M Watson, R Davidson. The use of cognitive behavioral therapy techniques for anxiety and depression in hospice: a feasibility study. *Palliat Med.* 2008; (22): 814-821.
- 31- Hollon. SD. What is cognitive behavioral therapy and does it work. *Currency Opinion Neurobiol.* 1998; 8: 289, 292. In T Anderson, M.



۴۶- ثنایی ذاکر باقر. مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. چاپ اول؛  
۱۳۸۲.

47- Touliatos J, Perlmutter BF, Straus MA. Handbook of family measurement techniques (Vol. 1). California: Sage Publications, Inc; 2001.

48- Cheung PPL, Hudson WW. Assessment of marital discord in social work practice: A revalidation of the Index of Marital Satisfaction [Electronic version]. J Soc Serv Res. 1982; (5): 101-118.

49- Ogles BM, Lunner KM, Bonesteel K. Clinical significant history, application and current practice. Clin Psychol Rev. 2001; (21): 421-446.





پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی  
پرتال جامع علوم انسانی