

Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Guttman's Approach on Compassion and Enlightenment in Depressed Married Women

Hedayat, P., Forouzandeh, *E., Khoshakhlagh, H.

Abstract

Introduction: Depression is a mood disorder involving boredom, inactivity or apathy and reluctance that affects thought, behavior, and feeling in married women. The aim of this study was to compare the cognitive behavioral therapy approach with Guttman's approach to compassion and enlightenment in depressed married women.

Method: We applied a randomized controlled trial design. The statistical population included depressed married women referred to Alborz Transplant Counseling Center in Karaj in 2019. Using the available sampling method, a sample of 45 depressed married women diagnosed with depression selected and randomly divided into two experimental groups and one control group (15 patients in each group). Subjects in both groups underwent 24 treatment sessions by two different methods, while the control group remained in the waiting list. Subjects responded to the research tools including the Neff Compassion Scale and the Halon and Kendall Enlightenment Scale in pre and post treatment occasions.

Results: Data analysis using covariance analysis showed that cognitive behavioral therapy and Guttman's approach compared to the control group, could impact the mean of enlightenment, compassion. It was also found that Guttman's approach significantly has higher effect on enlightenment, compassion, and compassion dimensions than cognitive behavioral therapy.

Conclusion: We concluded that Guttman's approach was more effective than cognitive behavioral therapy on enlightenment and compassion and could also reduce depression in married women.

Keywords: Cognitive Behavior Therapy; Guttman's approach; Enlightenment of thoughts; Compassion, Depressed women.

مقایسه اثربخشی رفتار درمانی شناختی و رویکرد گاتمن بر شفقت‌ورزی و روشن‌سازی افکار در زنان متأهل افسرده

پریسا هدایت^۱، الهام فروزنده^۲، حسن خوش‌اخلاق^۳

تاریخ دریافت: تاریخ پذیرش:

چکیده

مقدمه: افسردگی حالتی خلقی شامل بی‌حوصلگی و گریز از فعالیت یا بی‌علاقگی و بی‌میلی است و می‌تواند بر افکار، رفتار و احساسات در زنان متأهل تأثیر بگذارد. این پژوهش با هدف مقایسه رفتار درمانی شناختی با رویکرد گاتمن بر شفقت‌ورزی و روشن‌سازی افکار در زنان متأهل افسرده انجام شد.

روش: طرح مطالعه کاربندی تصادفی کنترل شده بود. جامعه آماری شامل زنان متأهل افسرده مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره پیوند استان البرز شهرستان کرج در سال ۱۳۹۸ بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس نمونه آماری شامل ۴۵ نفر از زنان متأهل افسرده که افسردگی آنان تأیید گردیده بود انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند (۱۵ بیمار در هر گروه). افراد در هر دو گروه طی ۲۴ جلسه تحت دو درمان متفاوت قرار گرفتند، ولی گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نمود و در لیست انتظار ماند. آزمودنی‌ها به ابزارهای پژوهش شامل مقیاس شفقت‌ورزی نف و مقیاس روشن‌سازی افکار هالون و کندال را در مراحل پیش و پس از درمان پاسخ دادند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس نشان داد که رفتار درمانی شناختی و رویکرد گاتمن نسبت به گروه کنترل، میانگین روشن‌سازی افکار، شفقت‌ورزی و ابعاد شفقت‌ورزی به طور معناداری تأثیر داشته است. همچنین درمان مبتنی بر رویکرد گاتمن نسبت به رفتار درمانی شناختی به طور معناداری در مؤلفه‌های روشن‌سازی افکار، شفقت‌ورزی و ابعاد شفقت‌ورزی تأثیر بیشتری داشته است.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها، رویکرد گاتمن نسبت به رویکرد رفتار درمانی شناختی بیشترین تأثیر را بر روشن‌سازی افکار و شفقت‌ورزی داشت و همچنین باعث کاهش افسردگی در زنان متأهل شد.

واژه‌های کلیدی: رفتار درمانی شناختی، رویکرد گاتمن، روشن‌سازی افکار، شفقت‌ورزی، زنان افسرده.

مقدمه

افسردگی^۱ حالتی خلقی شامل بی‌حوصلگی و گریز از فعالیت یا بی‌علاقگی و بی‌میلی است و می‌تواند بر افکار، رفتار، احساسات و خوشی و تندرستی یک فرد تأثیر بگذارد. افراد افسرده می‌توانند احساس ناراحتی، اضطراب، پوچی، ناامیدی، درماندگی، بی‌ارزشی، شرمساری یا بی‌قراری داشته باشند. ممکن است آن‌ها اشتیاق خود در انجام فعالیت‌هایی که زمانی برایشان لذت‌بخش بوده را از دست بدهند، نسبت به غذا بی‌میل و کم‌اشتها شوند، تمرکز خود را از دست بدهند، در به‌خاطر سپردن جزئیات و تصمیم‌گیری دچار مشکل شوند، در روابط خود به مشکل، برخورد کنند و به خودکشی فکر کرده، قصد آن را داشته باشند و حتی خودکشی کنند. اختلال افسردگی، ممکن است باعث بی‌خوابی، خواب زیاد، احساس خستگی و کوفتگی، مشکلات گوارشی، یا کاهش انرژی بدن شود(۱).

اختلال افسردگی بیشتر در افرادی پیدا می‌شود که هیچ ارتباط بین فردی نزدیکی ندارند و یا طلاق گرفته یا متارکه کرده‌اند اما افسردگی ممکن است واکنشی طبیعی به رویدادهای زندگی، مانند مرگ نزدیکان، اثرات بیماری‌های بدنی یا عوارض جانبی مصرف بعضی از داروها و درمان‌های پزشکی نیز باشد، البته تا هنگامی که این حالت در یک مدت زمان طولانی، باقی نمانده باشد. راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، افسردگی را به شکل یک عادت که فرد می‌تواند به عنوان بخشی از زندگی خود تجربه کند متمایز می‌کند. یکی از مهم‌ترین اختلالات افسردگی به‌ویژه در وضعیت پیشرفته، از دست‌دادن قدرت تفکر سالم، راحت، خلاقانه یا حتی درست تمرکز کردن است که در مراتب بالاتر و در افسردگی‌های حاد، اختلال تشدید می‌شود و باعث مواردی مثل جنون می‌شود. همچنین افسردگی را می‌توان در نتیجه تضعیف ذهن در برابر حل مسائل، ارائه فلسفه‌ها و... برای کنار آمدن با مشکلات روانی باشد که ذهن اصطلاحاً تسلیم می‌شود و دیگر امیدی ندارد و در نتیجه افسردگی حاصل می‌شود(۲).

عوامل مختلفی از جمله بیولوژیک باروری، ژنتیک، تغییرات هورمونی و روابط بین فردی در ابتلای زنان به افسردگی نقش زیادی دارد. بسیاری از زنان در دوران قاعدگی از لحاظ

احساسی و جسمی بسیار ضعیف می‌شوند (سندرم پیش از قاعدگی)، تغییرات رفتاری مثل احساس افسردگی و تحریک پذیری را تجربه می‌کنند. عده زیادی از زنان افسرده علائم و نشانه‌های شدیدتری در دوران قاعدگی تجربه می‌کنند. بسیاری از آن‌ها در زمان پس از زایمان به افسردگی پس از زایمان دچار می‌شوند. علائم افسردگی شدید در زنان در فاصله زمانی کمی پس از وضع حمل بروز می‌کند که موجب اضطراب، بی‌خوابی، گریه یا افکاری مانند آسیب رساندن به خود یا نوزاد می‌شود(۳). شواهد حاکی از آن است که در افراد افسرده افکار منفی در سطح معناداری بالاتر از افراد غیر افسرده قرار می‌گیرد. دسته‌ای از پژوهش‌ها به نقش افکار مثبت توجه نموده و مطرح ساخته‌اند که گاهی مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده افسردگی درجه افکار مثبت است تا درجه افکار منفی و در مقابل برخی از بررسی‌ها استدلال نموده‌اند که نسبت میان افکار مثبت و افکار منفی در این زمینه، حایز اهمیت است(۴). طبق نظریه بک، فرد افسرده به طور اتوماتیک نسبت به خود، حال و آینده و تجاربی که در زندگی کسب کرده و تمام عوامل تأثیرگذار، نگاهی بدبینانه و منفی دارد و این افکار منفی منجر به تشدید افسردگی شده و شخص در این حالت در سیکل معیوب افسردگی و افکار منفی گرفتار می‌شود. بدین ترتیب، میزان افکار خودکار منفی با شدت افسردگی رابطه مستقیم دارد(۵).

زحمتکش و زمانی(۶)، در پژوهشی با عنوان رابطه بین افکار مثبت و منفی خودکار در افسردگی نشان دادند که بین افسردگی و افکار منفی ارتباط مستقیم و بین افسردگی و افکار مثبت ارتباط معکوس وجود دارد. ضمن آن که تخریب افکار مثبت ویژگی برجسته تری از افسردگی است تا حضور افکار منفی، پس آسیب تفکر مثبت در گروه افسرده و فقدان تفکر منفی در گروه غیر افسرده تعیین‌کننده هستند به عبارت دیگر؛ تفکر مثبت نه با افسردگی بلکه با شدت افسردگی ارتباط دارد. این طرز تلقی منفی یا افکار منفی تکرار شونده اتوماتیک، مؤلفه مرکزی افسردگی هستند.

روشن‌سازی افکار، مفهوم وسیعی است که تجربه هیجان‌های مطلوب، سطوح پایین هیجان‌های منفی و رضایت بالا را در زندگی در برمیگیرد. روشن‌سازی افکار در ادراک‌ها و ارزیابی‌های افراد از زندگی در ابعاد شناختی، عملکردهای روانشناختی و اجتماعی منعکس می‌شود و

صفات شخصیتی پذیرش، برون‌گرایی و وجدان‌گرایی، اضطراب کمتر به هنگام مواجه با تهدیدات علیه "خود"، آسیب‌رسانی به خود، احساس حقارت و احساس شرم کمتر همراه است. شفقت‌ورزی به طور هم‌زمان نیازمند این است که افراد از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند (۱۴) و همچنین تغییرات کیفیت زندگی در مراحل شفقت‌ورزی با انواع اهداف درمان زنان افسرده، هم‌راستا بوده از این‌رو احساسات و شناخت فرد در مورد خود، نقش مهمی در ساخت، پیشرفت و پیگیری اهداف درمانی بازی می‌کند (۱۵).

یافته‌های اخیر، سهم بزرگی از شفقت خود را در رشته روانشناسی با روشن کردن نقش این صفت به عنوان میانجی بالقوه در مقابل احساسات و افکار منفی که با موقعیت‌های استرس‌زا پدیدار می‌شود دارد و نیز به عنوان عامل مهم فعال‌سازی سیستم خود آرامش بخشی تعریف گردیده است (۱۶). در اکثر پژوهش‌های انجام شده بر سازه شفقت‌ورزی، بر روی رابطه منفی آن با آسیب‌شناسی روانی تمرکز شده است و جنبش روشن‌سازی افکار مثبت، روی این موضوع بحث می‌کند که نیاز است تا تندرستی ذهنی نه فقط به عنوان نبود و غیاب آسیب‌شناسی، بلکه به عنوان نیرو و قدرت انسانی مورد بررسی قرار گیرد (۱۷).

برای درمان مشکلات زناشویی و افسردگی و افکار منفی از شیوه‌های درمانی مختلفی استفاده می‌شود که یکی از آن‌ها رفتار درمانی شناختی است. در رفتار درمانی شناختی زوجین، اجزای رفتاری، شناختی و اجزای اثرگذار تعامل زوجین به‌عنوان عواملی به هم مرتبط و دارای اهمیت تلقی می‌شوند (۱۸)؛ زیرا ریشه تمام مشکلات در تأثیر متقابل شناخت‌ها و رفتار و هیجان‌ها و اثر متقابل آن‌ها است (۱۹). هدف اصلی زوج‌درمانی شناختی - رفتاری این است که به زوج‌ها کمک کند تا خطاهای موجود در پردازش اطلاعات و معیارهای افراطی شان را تغییر دهند و تغییرات مثبت رفتاری ایجاد کنند (۲۰-۲۱). نتایج پژوهش کوهن و همکاران (۲۲)، نشان داد که درمان باعث کاهش چشمگیری علائم افسردگی و افکار منفی زنان گروه مداخله (۶۷ درصد بهبود و ۴۰ تا ۴۷ درصد رفع کامل علائم) در مقایسه با گروه گواه (۱۶ درصد بهبود و ۸ درصد رفع کامل علائم) شد. درمان همچنین

دارای مؤلفه‌هایی از قبیل رضایت از زندگی و عاطفه مثبت می‌باشد. رضایت از زندگی شامل عشق، ازدواج، تفریحات و عاطفه مثبت شامل احساسات و هیجان‌ات مثبت مانند (لذت، شمع، خرسندی، غرور) می‌باشد (۷). افکار مثبت تعامل ابعاد شناختی، ژرف‌نگری و عاطفی است. بعد شناختی افکار مثبت به توانایی شخص در فهمیدن زندگی؛ درک کردن اهمیت و معنای عمیق‌تر پدیده‌های طبیعی و حوادث؛ به ویژه با در نظر گرفتن ماهیت‌های بین‌فردی و درون‌فردی، نسبت داده می‌شود. بعد ژرف‌نگری، لازمه و پیش‌نیازی برای توسعه بعد شناختی افکار مثبت است. مؤلفه‌های بعد عاطفی خردمندی، وجود هیجان‌ات مثبت و رفتار نسبت به دیگران را ارزیابی می‌کند (۸).

شفقت‌ورزی تجربه‌ای مثبت است، که فرد را متمایل به حضور، درگیری و رویارویی با محیط از جمله محیط اجتماعی می‌کند. افراد دارای «شفقت‌ورزی مثبت بالا» فعالانه، توانمندانه، توأم با شور، نشاط و اعتماد، به زندگی رو می‌کنند و همراهی با دیگران را جستجو می‌کنند (۹). از این رو مطالعات متعدد نشان داده‌اند که شفقت خودپیش‌بین قدرتمند سلامت‌روان است. همچنین شفقت خود با انتقاد از خود، افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، سرکوب اندیشه رابطه منفی دارد. در حالی که با رضایت از زندگی و مهارت‌های اجتماعی همبستگی مثبت دارد (۱۰). شفقت خود یک نیروی مهم انسانیت که شامل صفات مهربانی، قضاوت منصفانه و احساسات به هم پیوسته و همچنین کمک به افراد در یافتن امید و معنا دادن به زندگی در مواقع روبرو شدن با مشکلات می‌باشد و نیز این صفت معنای هدایت کردن ساده مهربانی به سوی خود، تجربه پذیری و تحت تأثیر قرار گرفتن از رنج دیگران را در بر دارد (۱۰-۱۱). شفقت خود را به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و بهوشیاری در مقابل همانندسازی فزاینده، تعریف شده است. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که بر خود شفقت دارد (۱۳). نمرات بالا در مقیاس شفقت‌ورزی، با اضطراب و افسردگی کمتر، گرایش کمتر به نادیده گرفتن با برعکس نشخوار کردن، هوش هیجانی بالاتر، رضایت از زندگی بیشتر، شادکامی، خوش‌بینی و کنجکاو‌ی بیشتر، خرد، خلق مثبت و

می‌گردد که همان قدر از رابطه دریافت می‌دارند که برای آن مایه می‌گذارند (۲۸).

در رویکرد گاتمن درمانگر فردی است که از الگوهای بازسازی و رشد واکنش‌های هیجانی زوجین نسبت به یکدیگر حمایت می‌کند. با انجام این روش تعامل مؤثر زوجین توسعه و مرزهای امن‌تری در روابط آنان خلق می‌گردد. سپس این مرزها، تطابق انعطاف‌پذیر و ارتجاعی با موضوعات مختلف مثل دوره‌های گذر را فراهم می‌آورد و در نهایت برخی مشکلات روانشناختی مثل افسردگی و بحران‌های عاطفی روانی را بهبود می‌بخشد. فرآیند تغییر در این رویکرد با نه گام درمانی سازمان‌دهی شده است. چهار گام اول مستلزم ارزیابی و شدت‌زدایی از چرخه تعاملی حامل مشکل است. سه گام میانی بر خلق وقایع خاص که باعث تغییر و جابجایی موقعیت‌های تعاملی و وقوع تعاملات پیوند آفرین کمک می‌کند، می‌پردازد و در گام آخر درمان به یکپارچگی تغییر و ادغام تغییرات با زندگی روزمره زوج اشاره دارد. اگر طرفین، این گام‌ها را با موفقیت مورد بحث قرار دهند، توانایی حل تعارضات زوجی را کسب می‌نمایند (۲۹).

نتایج پژوهش وطن‌خواه امجد، محمدزاده اصل (۳۰)، حاکی از آن بود که بین نمرات افسردگی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و تأثیر آموزش غنی‌سازی زناشویی با رویکرد گاتمن در کاهش افسردگی تأیید شده است. میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۰/۵۸ بوده و مقایسه نتایج نشان داد که آموزش غنی‌سازی زناشویی با رویکرد گاتمن و اکثر مؤلفه‌های پرسشنامه بهزیستی روانشناختی^۱ (به جز مؤلفه تسلط بر محیط) در مرحله پس‌آزمون بیش از پیش آزمون بوده است. این روش درمانی بر ابعاد زندگی هدفمند و رشد شخصی در بهزیستی روانشناختی تأثیر معناداری دارد. زوج‌هایی که با یکدیگر ارتباط مؤثر دارند توانایی تأیید دوجانبه در آن‌ها وجود دارد و می‌توانند به صورت غیر دفاعی به نیازهای همسرشان گوش داده و پاسخ دهند. بنا بر تحقیقات انجام شده اساسی‌ترین مشکلات زوج‌ها مشکلات ارتباطی است. تداوم افسردگی در زندگی روزمره منجر به احساس نگرانی، ترس و عدم کنترل بر زندگی می‌گردد که به نوبه خود افسردگی، باعث اضطراب و سرانجام ناامیدی را برای فرد به ارمغان می‌آورد و کیفیت زندگی فرد را مختل

باعث بهبود رضایت زناشویی زوجین، کاهش علائم آشفتگی روانشناختی شده و کارکرد کلی رابطه را افزایش می‌دهد.

بودنمن، چاروز، سینا، ویدمار (۲۳) نشان دادند که راهبردهای شناختی مثبت زوجین به‌طور مؤثری با بهبود کیفیت روابط زوجین، کاهش سطح استرس، وضعیت فیزیکی بهتر و بالا بردن بهزیستی روانشناختی رابطه دارد و همچنین تحقیقات نشان می‌دهد این روابط در زنان بسیار قوی‌تر از مردان است (۲۴)، همچنین زوج‌درمانی شناختی - رفتاری منجر به کاهش افسردگی و روشن‌سازی افکار، افزایش رضایت زناشویی و درکل افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (۲۵-۲۶). یافته‌ها در تحقیق حاتمی و همکاران (۲۷)، با هدف مطالعه تأثیر مداخلات رویکردهای درمانی موج سوم (شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن، درمان فراشناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و فعال‌سازی رفتاری) نشان می‌دهد که هر چهار رویکرد درمانی مذکور در کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی مبتلایان به افسردگی تأثیر داشته‌اند.

اگر چه چهار رویکرد درمانی مذکور اثربخشی خود را در کاهش میزان افسردگی نشان داده‌اند اما درمان رفتاری شناختی تلفیق عوامل رفتاری و شناختی در درمان زوج‌ها با مشکلات زناشویی است که می‌تواند با ارزیابی عمل‌کردی از مشکلات آماج زوج و رفتارهای وابسته‌ای که آن را حمایت می‌کند شروع گردد. در این نوع درمان در آغاز بر افکار تأکید نمی‌شود، بلکه زمانی به آن پرداخته می‌شود که تمرکز بر رفتار صورت گرفته، زیرا هدف اصلی مداخله، رفتارهای آماج است. در زوج درمانی گاتمن که تعامل رفتاری زوج مهم‌ترین عامل قلمداد گردیده و اعتقاد بر آن است که احساسات اصیل و خود جوش یعنی جملاتی که بیشتر با من آغاز می‌شوند باید جای پیام‌هایی که مستقیماً با تو شروع و حامل بار منفی سرزنش و خشم هستند را بگیرند. در عین حال رفتارگرایی مثل گاتمن کل رویکرد خود را براساس نحوه ارتباط و چگونگی مکالمه زوج بنا نهاده‌اند. عامل مهم دوم حل مسئله است که به الگوهای بد کارکرد نحوه کنترل مسائل اشاره دارد. با آموزش راهبردهای تبادل مذاکره، مصالحه و حل مسئله، الگوهای ارتباطی منفی در یک زوج که غالباً به لحاظ کلامی و رفتاری، بر رابطه غالب است تغییر می‌یابد و عملاً این احساس در آن‌ها ایجاد

1. Psychological well-being

شده و برای سنجش میزان افکار خودکار منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه شامل ۳۰ سؤال است که از شرکت‌کنندگان می‌خواهد افکار منفی خود را که در طول هفته تجربه می‌کنند. این پرسشنامه در پاسخ به نظریه بک در سال (۱۹۸۰) مبنی بر اینکه افراد افسرده تمایل بیشتری به افکار منفی دارند طراحی شده است. اظهاراتی نظیر: «من بی‌ارزش هستم»، «من نمی‌توانم دوباره شروع کنم»، «من آینده مبهم و تاریکی دارم» و افکاری منفی از این دست در این پرسشنامه گنجانده شده است. پایایی این ابزار با استفاده از الفای کرونباخ بوگس و همکاران (۳۱) تأیید شده و روایی این ابزار نیز (۰/۹۰) گزارش گردیده است.

۲. پرسشنامه شفقت‌ورزی نف در سال (۲۰۰۳) دارای ۲۶ گویه است با یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه)، با سؤالاتی مانند: (من درباره اشتباهات و بی‌کفایتی‌های خود به قضاوت می‌نشینم و آن‌ها را تأیید نمی‌کنم. وقتی که در مورد بی‌کفایتی‌هایم فکر می‌کنم، بیشتر احساس تنهایی می‌کنم و فکر می‌کنم متفاوت از بقیه افراد جهان هستم) شفقت‌ورزی را می‌سنجد. روایی پرسشنامه توسط متخصصان این حوزه تأیید شده است و پایایی آن خسروی، صادقی، یابنده (۳۲) از روش الفای کرونباخ بالای (۰/۷۰) گزارش گردیده است.

روند اجرای پژوهش: بعد از انتخاب نمونه، ابتدا در خصوص مداخله توضیحاتی به دو گروه آزمایش داده شد و از آن‌ها خواسته شد تا در تمامی جلسات حضور فعالانه‌ای داشته باشند، سپس پرسشنامه‌ها به عنوان پیش‌آزمون در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و همچنین از افراد گروه کنترل نیز خواسته شد به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. جلسه‌های مداخله از نیمه دی‌ماه در مرکز مشاوره پیوند آموزش و پرورش آغاز گردید. چیدمان صندلی‌ها به صورت نیم دایره بود تا مشارکت گروهی تسهیل گردد. درمان مبتنی بر رفتار درمانی شناختی طی هشت جلسه به صورت گروهی به انجام رسید. ۸ جلسه‌ای درمان مبتنی بر رفتاردرمانی شناختی، از پروتکل اجرایی جلسات CBT بسکو، رایت و شارپ (۳۳) استفاده شد که به صورت دو جلسه در هفته و طی هشت هفته متوالی انجام گرفت.

می‌نماید. نظر به اینکه از یکسو پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رویدادهای فشارزای مزمن جزء جدایی‌ناپذیر افسردگی به شمار می‌آید و از سوی دیگر عوارض جانبی مصرف داروهای شیمیایی، مشکلات ثانوی را برای بیماران ایجاد نموده و هزینه‌های درمانی نیز به صورت مضاعف به این دسته از افراد فشار وارد می‌آورد، لذا مطالعه حاضر به بررسی دو درمان رویکرد گاتمن و رفتار درمانی شناختی در افزایش شفقت‌ورزی و روشن‌سازی افکار و کاهش افسردگی در زنان متأهل پرداخته است.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری در این پژوهش همه زنان متأهل افسرده مراجعه‌کننده به مراکز خدمات مشاوره پیوند انجمن اولیا و مربیان آموزش و پرورش استان البرز شهرستان کرج بودند که به منظور دریافت مشاوره در زمینه مسائل زناشویی به مراکز مذکور مراجعه نموده بودند. بر اساس آخرین آمار در سال ۱۳۹۸ تعداد این مراجعین ۳۴۰ زوج بود. از جامعه آماری پژوهش؛ نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر در سه گروه ۱۵ نفره از زنان متأهل افسرده (که به یک گروه ۱۵ نفره آموزش رویکرد گاتمن و به گروه دیگر آموزش رویکرد شناختی رفتاری و به گروه آخر گروه گواه هیچ آموزش داده نشد). روش نمونه‌گیری این پژوهش به صورت نمونه‌گیری در دسترس بود. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: زنان متأهل افسرده که افسردگی این زنان با مصاحبه بالینی و اجرای تست افسردگی بک در کلینیک پیوند تأیید شده بود و گروه سنی آنان از ۳۰ تا ۴۰ سال بود، سطح تحصیلات حداقل کارشناسی، و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: زنانی که تحت درمان داروهای روان‌پزشکی بودند و تجربه عوامل استرس‌زا از جمله (فوت بستگان درجه یک، تصادف، طلاق) و همچنین سابقه دریافت مداخله مشابه و عدم پاسخ کامل به پرسشنامه‌ها را داشتند. پروتکل غنی‌سازی روابط زناشویی، پروتکل رویکرد درمان رفتاری شناختی، پرسشنامه شفقت‌ورزی.

ابزار

۱. پرسشنامه روشن‌سازی افکار (تفکر اتوماتیک ATQ30) یک پرسشنامه علمی است که توسط هالون و کندال طراحی

جدول ۱) پروتکل رفتار درمانی شناختی بسکو و همکاران در سال (۲۰۱۴)

جلسه اول	ایجاد ارتباط اولیه، بیان اهداف، روش کار و بررسی مشکلات موجود در بین زوجین، تعامل و تعیین هدف.
جلسه دوم	آموزش مهارت تحلیل رفتار (C-A-B) شناسایی افکار غیر منطقی راجع به مسایل جنسی و تأثیر آن‌ها بر مشکل موجود.
جلسه سوم	آموزش حل مسئله و مثلث عشق.
جلسه چهارم	ارائه اطلاعات در مورد مسائل جنسی.
جلسه پنجم	آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بین فردی و مهارت‌های اجتماعی مطلوب، بهبود ارتباط به صورت کلی و به صورت خاص.
جلسه ششم	آموزش مثبت‌نگری نسبت به مسائل جنسی و کشف نقاط قوت و بحث گروهی و ارائه فعالیت‌های تکمیلی.
جلسه هفتم	بازسازی شناختی از طریق جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیر منطقی بحث گروهی و ارائه فعالیت‌های تکمیلی.
جلسه هشتم	اصلاح تحریف‌های شناختی و تکنیک‌های شناختی کنترل خود.
جلسه نهم	آموزش مهارت‌های ارتباطی و بحث گروهی و ارائه فعالیت‌های تکمیلی.
جلسه دهم	آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس و اضطراب ناشی از مشکل جنسی بحث گروهی و ارائه فعالیت‌های تکمیلی.
جلسه یازدهم	پیگیری مداخلات صورت گرفته و پرسش و پاسخ زوجین و درمانگر.
جلسه دوازدهم	جمع‌بندی بازخوردها و بیان احساسات و بحث اختتامیه.

جدول ۲) پروتکل رویکرد گاتمن و همکاران در سال (۱۹۹۶)

جلسه اول	معارفه و بیان چهار چوب‌های برنامه: آشنایی اعضاء و بیان منطبق و اهداف جلسات آموزشی. عقد قرارداد و گرفتن تعهد برای شرکت منظم و مشارکت
جلسه دوم	عشق و صمیمیت در زندگی و کشف نقاط نقاط قوت و نیاز به رشد: کاهش شدت عشق در طول زمان، بررسی عواملی که روابط زناشویی تحت تأثیر قرار می‌دهد، عوامل تداوم یک ازدواج استفاده از مهارت‌ها برای یادگیری اعضاء جهت کشف نقاط قوت و ضعف
جلسه سوم	مهارت‌های ابراز کردن و گوش دادن فعال و آموزش حل تعارض: آموزش تکنیک‌های ابراز کردن و گوش دادن سازنده، بحث در گفتگوها و تعریف و تمجیدهای روزانه، مدل‌سازی گوش دادن درک طبیعی بودن تعارض زناشویی، استخراج شیوه‌های متداول برخورد با تعارض در بین شرکت‌کنندگان.
جلسه چهارم	آموزش حل مسئله: تأثیر نگرش به خود در چگونگی حل مسئله، شناسایی فرآیند حل مسئله، مراحل فرآیند حل مسئله، عوامل بازدارنده حل مسئله.
جلسه پنجم	بهبود ارتباط جنسی: بررسی تکلیف جلسه قبل، بیان اهمیت روابط جنسی، بیان چرخه مسائل جنسی، عوامل بازدارنده رابطه صحیح جنسی.
جلسه ششم	مدیریت مالی و ارزش‌ها و عقاید مذهبی: گفتگو در مورد مسائل مالی خانواده، گفتگو گروهی در مورد جایگاه پول در خانواده، تعیین اهداف مالی بلندمدت و کوتاه‌مدت، احساسات و نگرش‌های افراد درباره اعتقادات و اعمال مذهبی عقاید مذهبی و ارزش‌های خانواده، تربیت فرزندان بر اساس باورها.
جلسه هفتم	خانواده فعلی و اصلی و نقش والد فرزندی: آموزش تعادل در جدایی و باهم بودن، معرفی ابعاد صمیمیت و انعطاف‌پذیری، بررسی ویژگی‌های خانواده متعادل، تغییرات خانواده در واکنش نسبت به بحران چگونگی رفتار با کودکان، کاهش دادن رفتار نامطلوب کودکان
جلسه هشتم	اختتامیه گروه: جمع‌بندی و بیان چکیده‌ای از دریافت‌های نشست‌های پیشین و بررسی احساس و نگرش افراد نسبت به جلسات گروه مورد بررسی قرار گرفت و همچنین بررسی احساس اعضاء نسبت به اتمام گروه گردید.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر که در گروه آزمایش (۱)، رویکرد گاتمن، زنان دارای ۲۰ تا ۲۵ سال، ۲۶ تا ۳۰ سال، ۳۱ تا ۳۵ سال و ۳۶ تا ۴۰ سال هر کدام به ترتیب (۱۱/۱، ۶/۷، ۶/۷ و ۸/۹) درصد و در گروه آزمایش (۲)، رفتار درمانی شناختی، هر کدام به ترتیب (۱۳/۳، ۸/۹، ۴/۴ و ۶/۷) درصد و در گروه کنترل، به ترتیب (۸/۹، ۱۳/۳، ۶/۷ و ۴/۴) درصد از حجم نمونه آماری را به خود اختصاص داده‌اند. در خصوص توزیع

رویکرد گاتمن طی دوازده جلسه به صورت گروهی انجام شد. مدت زمان هر جلسه حدود ۱۲۰ دقیقه به طول انجامید. ساختار جلسات از کتاب ده اصل موفقیت در ازدواج و زناشویی گاتمن (۳۴) استفاده گردید و به صورت هفته‌ای سه جلسه انجام گرفت در طول جلسات یک نفر به عنوان دستیار پژوهش جهت توزیع فرم‌های لازم در مداخله‌ها بین زنان افسرده و کمک به آن‌ها حضور داشت. محتوای جلسات هر یک از این مداخله‌ها به تفکیک در جدول ۱ و ۲ ارائه گردید.

به ترتیب (۱۱/۱، ۲۰ و ۲/۲) درصد از حجم نمونه آماری را به خود اختصاص داده‌اند. جدول ۳ میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون را در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. بر این اساس میانگین نمره ابعاد شفقت‌ورزی و روشن‌سازی افکار در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است.

فراوانی پاسخ دهندگان بر حسب متغیر تحصیلات یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که در گروه آزمایش (۱، رویکرد گاتمن)، زنان دارای مدرک فوق دیپلم، کارشناسی و کارشناسی ارشد هر کدام به ترتیب (۸/۹، ۱۷/۸، ۶/۷) درصد و در گروه آزمایش (۲، رفتار درمانی شناختی)، هر کدام به ترتیب (۱۱/۱، ۱۵/۵ و ۶/۷) درصد در گروه کنترل، هر کدام

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در سه گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون
		انحراف معیار	میانگین	
مهربانی با خود	گروه آزمایش (۱، گاتمن)	۲/۰۵	۰/۹۶۳	۳/۶۰
	گروه آزمایش (۲، رفتاری شناختی)	۲/۳۲	۰/۸۶۸	۳/۲۰
	گروه کنترل	۲/۲۵	۰/۳۴۲	۲/۸۵
قضاوت و داوری نسبت به خود	گروه آزمایش (۱، گاتمن)	۳/۸۳	۰/۲۷۱	۲/۶۸
	گروه آزمایش (۲، رفتاری شناختی)	۳/۷۲	۰/۷۹۹	۳/۴۰
	گروه کنترل	۳/۵۳	۰/۴۳۲	۳/۳۷
انزوا	گروه آزمایش (۱، گاتمن)	۴/۰۵	۰/۴۸۴	۲/۲۵
	گروه آزمایش (۲، رفتاری شناختی)	۳/۶۸	۰/۵۶۳	۳/۰۰
	گروه کنترل	۴/۱۰	۰/۵۴۹	۳/۸۸
هماندسازی افراطی	گروه آزمایش (۱، گاتمن)	۳/۰۵	۰/۵۲۸	۲/۵۱
	گروه آزمایش (۲، رفتاری شناختی)	۴/۰۷	۰/۸۴۸	۲/۰۵
	گروه کنترل	۳/۴۶	۰/۵۹۷	۳/۲۷
انسانیت مشترک	گروه آزمایش (۱، گاتمن)	۱/۹۱	۰/۳۴۹	۳/۵۲
	گروه آزمایش (۲، رفتاری شناختی)	۲/۱۵	۰/۷۶۰	۳/۲۳
	گروه کنترل	۲/۲۷	۰/۹۸۴	۳/۰۱
بهو شیاری	گروه آزمایش (۱، گاتمن)	۲/۲۳	۰/۲۷۵	۳/۲۰
	گروه آزمایش (۲، رفتاری شناختی)	۲/۵۵	۰/۹۶۹	۳/۰۲
	گروه کنترل	۲/۴۸	۰/۵۰۴	۲/۷۲
روشن‌سازی افکار	گروه آزمایش (۱، گاتمن)	۳/۲۵	۰/۷۲۵	۲/۱۵
	گروه آزمایش (۲، رفتاری شناختی)	۳/۸۲	۰/۵۵۷	۲/۹۹
	گروه کنترل	۳/۱۵	۰/۶۱۲	۲/۸۴

پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت زیادی با هم پیدا کرده‌اند، اما روشن‌سازی افکار در گروه کنترل کاهش چندانی نداشته است.

پیش از بررسی تحلیلی نتایج، در رابطه با پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از مدل آماری تحلیل کوواریانس اطمینان حاصل شد. پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس (فرض نرمال بودن داده‌ها، همگنی واریانس گروه‌ها و بررسی همگنی رگرسیون) تأیید شده است، لذا به همین منظور از این آزمون می‌توان استفاده کرد. در ادامه طبق جدول ۴ با استفاده از آزمون لوین فرض برابری واریانس گروه آزمایش

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین «مهربانی با خود» و «انسانیت مشترک» و «بهوشیاری» در پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت زیادی با هم پیدا کرده‌اند. اما میانگین «شفقت‌ورزی» و انسانیت مشترک و بهوشیاری گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل افزایش یافته است، همچنین میانگین «قضاوت و داوری نسبت به خود»؛ «انزوا» و «هماندسازی افراطی» در پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش نیز تفاوت زیادی با هم پیدا کرده‌اند، اما قضاوت و داوری نسبت به خود در گروه کنترل کاهش چندانی نداشته است. در مقیاس «روشن‌سازی افکار» نیز در

و کنترل در متغیر شفقت‌ورزی و روشن‌سازی افکار در سطح ۰/۰۵ معنادار نشد، بنابراین استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مجاز بود.

جدول ۴) آزمون همسانی واریانس گروه‌ها شفقت‌ورزی و روشن‌سازی افکار

مؤلفه	نوبت آزمون	آزمون لوین	Df1	Df2	معنی‌داری
مهربانی با خود	پیش‌آزمون (گاتمن)	۰/۰۸۸	۲	۴۲	۰/۷۶۹
	پیش‌آزمون (رفتاری - شناختی)	۰/۷۸۸	۲	۴۲	۰/۳۸۲
قضاوت و داوری نسبت به خود	پیش‌آزمون (گاتمن)	۰/۶۷۲	۲	۴۲	۰/۴۱۹
	پیش‌آزمون (گاتمن)	۰/۵۲۸	۲	۴۲	۰/۴۷۳
انزوا	پیش‌آزمون (رفتاری - شناختی)	۰/۱۰۴	۲	۴۲	۰/۷۵۰
	پیش‌آزمون (گاتمن)	۰/۲۱۵	۲	۴۲	۰/۶۴۶
هماندسازی افراطی	پیش‌آزمون (گاتمن)	۳/۶۳۷	۲	۴۲	۰/۰۶۷
	پیش‌آزمون (رفتاری - شناختی)	۰/۰۷۸	۲	۴۲	۰/۷۸۲
انسانیت مشترک	پیش‌آزمون (گاتمن)	۱/۱۷۱	۲	۴۲	۰/۲۸۸
	پیش‌آزمون (گاتمن)	۰/۶۴۷	۲	۴۲	۰/۴۲۸
بهوشیاری	پیش‌آزمون (رفتاری - شناختی)	۰/۰۳۶	۲	۴۲	۰/۸۵۱
	پیش‌آزمون (گاتمن)	۰/۵۸۶	۲	۴۲	۰/۴۵۰
روشن‌سازی افکار	پیش‌آزمون (گاتمن)	۰/۴۶۰	۱	۲۸	۰/۵۰۳
	پیش‌آزمون (رفتاری - شناختی)	۰/۳۷۴	۱	۲۸	۰/۵۴۶

که رویکرد رفتار شناختی و رویکرد گاتمن بر روشن‌سازی افکار تأثیر دارد، تأیید می‌شود. میزان تأثیر آموزش گاتمن بر روشن‌سازی افکار در مرحله پس‌آزمون، ۰/۶۶۷ و میزان تأثیر آموزش رویکرد رفتار شناختی بر روشن‌سازی افکار در مرحله پس‌آزمون، ۰/۶۵۰ می‌باشد که میزان آموزش رویکرد گاتمن تأثیر بیشتری از آموزش رفتار درمانی شناختی دارد.

نتایج تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که بین گروه‌ها از نظر متغیرهای ابعاد شفقت‌ورزی تفاوت معناداری وجود دارد. این به این معناست که آموزش با رویکرد گاتمن و رفتاری توانسته است در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، موجب افزایش (مهربانی با خود (۰/۱۷۷)؛ انسانیت مشترک (۰/۱۷۰)؛ بهوشیاری (۰/۰۴۶) و موجب کاهش (قضاوت و داوری نسبت به خود (۰/۱۴۷)؛ انزوا (۰/۳۳۲)؛ همانندسازی افراطی (۰/۱۲۷) گردید.

در ادامه آزمون عدم یکسانی ماتریس کوواریانس دو گروه برای متغیر شفقت‌ورزی از طریق آزمون ام‌باکس بررسی شد. نتایج این تحلیل نشان‌دهنده ناهمسانی ماتریس واریانس کوواریانس گروه‌ها است و با توجه به اینکه اجرای روش تحلیل تشخیصی مبتنی بر روش نابرابری ماتریس کوواریانس گروه‌ها است، این شرط نیز برقرار است. برای متغیر روشن‌سازی افکار با توجه به اینکه ابعادی نداشتند، از آزمون ام‌باکس استفاده نشد.

تأثیر آموزش رویکرد رفتار شناختی و رویکرد گاتمن بر روشن‌سازی افکار در زنان متأهل افسرده در مرحله پس‌آزمون افزایش چشمگیری داشته است. اما به منظور حذف تأثیرات پیش‌آزمون، از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج حاکی از آن بود که بین روشن‌سازی افکار در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. لذا این فرض

جدول ۵) نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره بین گروه‌ها بر ابعاد شفقت‌ورزی

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	مقدار F	sig	اتا
مهربانی با خود	۷/۹۴۳	۲/۹۴۳	۰/۰۴۵	۰/۱۷۷
قضاوت و داوری نسبت به خود	۵/۳۷۷	۲/۳۵۰	۰/۰۸۶	۰/۱۴۷
انزوا	۱۴/۵۰۹	۶/۷۷۸	۰/۰۰۱	۰/۳۳۲
هماندسازی افراطی	۱۳/۴۲۲	۵/۲۷۵	۰/۰۰۴	۰/۲۷۸
انسانیت مشترک	۹/۴۴۴	۲/۷۹۲	۰/۰۴۹	۰/۱۷۰
بهوشیاری	۱/۳۹۰	۰/۶۶۰	۰/۵۸۱	۰/۰۴۶

جدول ۶) نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه دو به دوی گروه‌ها در ابعاد شفقت‌ورزی

متغیرها	گروه i	گروه j	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد میانگین	معناداری
مهربانی با خود	رفتار درمانی - شناختی	گاتمن	-۰/۷۴۷	۰/۳۵۹	۰/۱۳۲
	کنترل	گاتمن	۰/۴۰۰	۰/۳۵۹	۱/۰۰۰
	رفتار درمانی - شناختی	کنترل	-۰/۳۴۷	۰/۳۶۰	۱/۰۰۰
قضاوت و داوری نسبت به خود	رفتار درمانی - شناختی	گاتمن	۰/۶۹۳	۰/۳۲۱	۰/۱۱۱
	کنترل	گاتمن	۰/۵۵۳	۰/۳۲۲	۰/۲۷۹
	رفتار درمانی - شناختی	کنترل	۰/۱۴۰	۰/۳۲۲	۱/۰۰۰
انزوا	رفتار درمانی - شناختی	گاتمن	۱/۶۳۳	۰/۲۶۸	۰/۰۰۰۱
	کنترل	گاتمن	۱/۱۵۰	۰/۲۶۸	۰/۰۰۰۱
	رفتار درمانی - شناختی	کنترل	۰/۴۸۳	۰/۲۶۸	۰/۲۳۶
هماندسازی افراطی	رفتار درمانی - شناختی	گاتمن	۰/۷۵۰	۰/۳۴۲	۰/۱۰۲
	کنترل	گاتمن	-۰/۴۶۷	۰/۳۴۲	۰/۵۴۰
	رفتار درمانی - شناختی	کنترل	۱/۲۲	۰/۳۴۲	۰/۰۰۳
انسانیت مشترک	رفتار درمانی - شناختی	گاتمن	-۰/۵۰۰	۰/۴۱۱	۱/۰۰۰
	کنترل	گاتمن	-۰/۵۰۰	۰/۴۱۰	۰/۶۹۱
	رفتار درمانی - شناختی	کنترل	۰/۰۰۰	۰/۴۱۰	۱/۰۰۰
بهبودی	رفتار درمانی - شناختی	گاتمن	-۰/۴۸۳	۰/۳۰۰	۰/۳۴۵
	کنترل	گاتمن	-۰/۲۰۰	۰/۳۰۰	۱/۰۰۰
	رفتار درمانی - شناختی	کنترل	-۰/۲۸۳	۰/۳۰۰	۱/۰۰۰

گاتمن و گروه کنترل در متغیر روشن‌سازی افکار تفاوت معنی‌دار وجود دارد. آزمون تعقیبی ارائه شده در جدول ۸ تفاوت بین گروه‌ها را نشان می‌دهد. اما برای متغیر شفقت‌ورزی به دلیل اینکه دارای دو بعد مثبت و منفی می‌باشد نمی‌توان به عنوان یک متغیر کل در نظر گرفت و در جدول بالا آورد.

چنانچه در جدول ۶ مشاهده می‌شود از ابعاد شفقت‌ورزی بین گروه‌های درمان شناختی - رفتاری و رویکرد گاتمن به لحاظ انزوا تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین تفاوت بین گروه کنترل و رویکرد گاتمن به لحاظ انزوا معنادار است. همچنین در همانندسازی افراطی تفاوت بین گروه کنترل و درمان شناختی - رفتاری معنادار است.

نتایج مندرج در جدول ۷ نشان می‌دهد که بین متغیرها بر حسب رویکردهای رفتاری درمانی - شناختی و رویکرد

جدول ۷) تحلیل واریانس تک متغیره بین گروه‌ها در روشن‌سازی افکار

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
منبع گروه	۵/۹۳۴	۲	۲/۹۶۷	۱۴/۲۸۱	۰/۰۰۰۱

جدول ۸) نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه دو به دوی گروه‌ها

متغیرها	گروه i	گروه j	تفاوت میانگین‌ها	معناداری
روشن‌سازی افکار	رفتار درمانی - شناختی	گاتمن	۰/۶۷۸	۰/۰۰۰۱
	کنترل	گاتمن	-۰/۱۶۰	۱/۰۰۰
	رفتار درمانی - شناختی	کنترل	-۰/۸۳۸	۰/۰۰۰۱

کرده‌اند و همچنین گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد اما بین رویکرد گاتمن و کنترل تفاوت وجود ندارد.

نتایج مندرج در جدول ۸ نشان می‌دهد بین نمرات روشن‌سازی افکار پاسخگویان که رویکرد رفتار درمانی - شناختی را دریافت کردند با کسانی که گاتمن دریافت

بحث

سلامت زنان از مهم‌ترین اولویت‌های سلامت جامعه و از شاخص‌های توسعه‌یافتگی کشورها است. چرا که زنان به دلیل شرایط ویژه فیزیولوژیک در دوره‌های مختلف زندگی در معرض آسیب‌پذیری بیشتری در مقایسه با مردان هستند. ارائه مهارت‌های رفتاردرمانی شناختی و رویکرد گاتمن به زنان و افزایش شفقت‌ورزی و روشن‌سازی افکار در کاهش آثار منفی افسردگی ناشی از این اختلالات اهمیت داشته و بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی را به همراه دارد. بهره‌مندی از مهارت‌های رسمی و غیر رسمی سبب می‌شود احساس شفقت‌ورزی و روشن‌سازی افکار در زنان افزایش یابد و از افسردگی کمتری رنج برند (۳۵). از سوی دیگر طبق آمار زنان ایرانی (۳) الی (۴) برابر بیشتر از حد معمول دچار این بیماری می‌شوند. از این رو با شناخت علائم افسردگی در زنان می‌توان در بسیاری از موارد از بروز بیماری‌های روانی پیشگیری کرد. البته ناگفته نماند که بسیاری از زنان تمایل چندانی به شناخت اختلالات روانی خود ندارند. در حالی که در بسیاری از موارد آگاهی از نشانه‌های این اختلالات و پروسه درمان آن‌ها، می‌تواند کمک بزرگی به داشتن یک زندگی روانی سالم باشد (۳۶).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شفقت‌ورزی و روشن‌سازی افکار در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری افزایش یافته است. البته شایان ذکر است که درمان با رویکرد گاتمن در ابعاد شفقت‌ورزی و روشن‌سازی افکار نسبت به درمان مبتنی بر رفتار درمانی شناختی اثرگذارتر بوده است. همان‌گونه که پیشتر مطرح گردید، پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند افرادی که شفقت‌ورزی بالاتری دارند، احتمال ابتلا به افسردگی در آن‌ها کاهش می‌یابد.

یافته‌های حاصل شده در این مطالعه با نتایج پژوهش‌های قاسمی، گودرزی، غضنفری (۳۷)، همسو می‌باشد. که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به عنوان گزینه درمانی مناسبی جهت بهبود مهارت‌های ذهن‌آگاهی، تنظیم شناختی هیجان و آمادگی برای تجربه شرم و گناه افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط به کار رود. همچنین با نتایج رضوانی سجادیان (۳۸)، در نقش میانجی شفقت خود در تأثیر ویژگی‌های شخصیتی بر عملکردهای روانشناختی مثبت در

دانشجویان دختر نتایج تحلیل مسیر نشان داد که شفقت خود، نقش میانجی در تأثیر ویژگی‌های شخصیتی روان‌نژندی و برونگرایی بر عملکردهای روانشناختی مثبت دارد. نتایج این پژوهش می‌تواند به مدیران دانشگاه‌ها در پیشبرد برنامه‌های آموزشی در راستای افزایش شفقت خود و عملکردهای روانشناختی مثبت در دانشجویان و بهبود عملکرد تحصیلی آنان، کمک کند.

نف و همکاران (۳۹)، در پژوهش خود بر اساس رویکرد گاتمن بین گذشت و کیفیت زندگی در بین زوجین نشان دادند، که بین گذشت، شفقت‌ورزی و کیفیت رابطه زناشویی در زنان یک مسیر دو طرفه وجود دارد، در حالی که جهت این رابطه برای مردان فقط از کیفیت رابطه زناشویی به سمت مؤلفه گذشت بود. لذا شناخت این قابلیت‌ها در زنان افسرده می‌تواند کمک شایانی به توسعه و افزایش کارایی و درمان آن‌ها داشته باشد. در چند مطالعه آزمایشی مشخص شده است که شفقت‌ورزی یک سازه مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت‌های ناراحت‌کننده است. رفتار درمانی شناختی و رویکرد گاتمن برای زنان افسرده‌ای که شفقت‌ورزی با خود ندارند و روشن‌سازی افکار آنان نیز در ارتباطات زناشویی ضعیف می‌باشد، در الگوی درمان متمرکز بر شفقت‌ورزی بین فرآیندهای مؤثر در تجربه شفقت و هیجان و برانگیختگی سیستم نوروفیزیولوژی، به خصوص آن‌هایی که با رفتارهای اجتماعی در ارتباط‌اند، به واسطه دو بعد اشتیاق و التیام، پیوند برقرار شده است.

هرچه افراد شفقت‌ورزی و نیز کنترل بر محیط زندگی خود داشته باشند، احساس رضایت درونی، خودکارآمدی و خودباوری آن‌ها بیشتر و از بهزیستی روانی مطلوب‌تری برخوردار می‌شوند و برعکس افرادی که از افسردگی اساسی یا افسردگی ناشی از موقعیت‌های استرس‌آفرین زندگی رنج می‌برند، از آنجا که فاقد مهارت‌های شناختی و رفتاری و غنی‌سازی روابط زناشویی در کنترل رویدادهای استرس‌زا می‌باشند بیشتر دچار ناکامی و ناکارآمدی می‌شوند که غالباً این‌گونه افراد به دیده تردید به توانایی خود می‌نگرند و همواره نگران ارزیابی‌های منفی دیگران در مورد خود و رفتارهای خویش می‌باشند. در واقع می‌توان گفت که عدم شفقت‌ورزی یکی از مهم‌ترین عواملی است که با افزایش احتمال ابتلا به افسردگی همراه می‌باشد. از آنجا که بیماری

قدرتش را با او شریک می‌شود، این رفتار به رابطه پایدارتری منجر خواهد شد.

آموزش رویکرد گاتمن باعث می‌شود که زنان متأهل مهارت‌های ارتباطی شامل صحبت کردن و گوش دادن صحیح، پذیرش مسئولیت احساسات و رفتارهای خویش، عدم قضاوت و پیشداوری، سرزنش نکردن طرف مقابل و احترام به یکدیگر، مهارت حل تعارض، مهارت تغییر رفتار خود و کمک به تغییر رفتار همسر و غیره را بیاموزند و افکار منفی که در زمینه‌های مختلف دارند را از خود دور کنند. فرآیند درمان با رویکرد گاتمن به افراد کمک می‌نماید تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و هر زمان که لازم بود تغییر یا پافشاری نماید و در واقع این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه‌های متناسب با موقعیت است، در حوزه‌هایی که قابل تغییر مثل رفتار آشکار می‌باشد، بر تغییر متمرکز و در حوزه‌هایی که تغییر امکان‌پذیر نیست نظیر افسردگی اساسی، بر پذیرش و تمرین‌های غنی‌سازی روابط زناشویی تمرکز دارد (۴۲).

همین افزایش انعطاف‌پذیری بیمار در سایه آموزش‌های رویکرد گاتمن که شامل (عشق و صمیمیت در زندگی و کشف نقاط قوت و نیاز به رشد، مهارت‌های ابراز کردن و گوش دادن فعال و آموزش حل تعارض، آموزش حل مسئله، بهبود ارتباط جنسی، مدیریت مالی و ارزش‌ها و عقاید مذهبی و خانواده فعلی و اصلی و نقش والد فرزندی) یکی دیگر از علل تداوم درمان است که در این مطالعه هم این نتیجه حاصل گردید. فردی که عشق و صمیمیت در زندگی و کشف نقاط قوت و نیاز به رشد دارد، از رویدادهای ناخواسته اجتناب نمی‌نماید و سعی در کنترل و تغییر آن‌ها دارد، لذا انرژی خود را به جای مقابله با اجتناب از رویدادهای ناخواسته، صرف ارزش‌ها آموزش‌ها و کیفیت زندگی می‌نماید مزیت عمده این روش نسبت به رفتار درمانی شناختی، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است، البته باید دانست اغلب افراد مبتلا به بیماری افسردگی نیازمند تغییرات رفتاری و سبک زندگی در حد بسیار وسیعی هستند تا بتوانند سلامتی خود را حفظ نمایند. تحلیل‌ها نشان می‌دهد، مهارت‌های ابراز کردن و گوش دادن فعال و آموزش حل تعارض، آموزش حل مسئله، بهبود ارتباط جنسی، مدیریت

افسردگی، یک بیماری طولانی مدت و زمینه‌ساز بسیاری از اختلال‌های جسمی مزمن است، درمان مبتنی بر رفتار درمانی شناختی با رویکرد گاتمن به افراد کمک می‌کند تا در موقعیت‌هایی که افراد حالت‌های افسردگی زیادی را تجربه می‌کنند با کمک ابزاری به نام بینش و آگاهی در طول فرآیند درمان، راه‌های مقابله با آن را بیاموزند. در درمان مبتنی بر رفتار درمانی شناختی و رویکرد گاتمن، تمام تلاش درمانگر، ایجاد و پرورش زندگی مبتنی بر ارزش‌گذاری به خود است که طبق آن به مراجع کمک می‌نماید تا شیوه مطلوب زندگی کردن را بیاموزد و به انجام آن شیوه بپردازد. یکی از راه‌های افزایش بهبود کیفیت زندگی و روابط میان فردی آموزش مهربانی با خود، انسانیت مشترک و بهوشیاری در بین زوجین می‌باشد. رویکرد گاتمن در ازدواج سهم بزرگی را در رشد و بالندگی میلیون‌ها زوج به خود اختصاص داده و همچنین در این غنی‌سازی عناصر فعلی موجود در یک رابطه ارتقاء یافته و در کیفیت آن تغییر ایجاد می‌کند. هدف از این تغییر بهبود روابط زناشویی و افزایش شفقت‌ورزی و کاهش افسردگی در بین زوجین می‌باشد. لذا کاهش افسردگی این بیماران در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی، به عنوان یکی از مهم‌ترین اهداف درمان تلقی می‌شود.

همچنین نتایج نشان داد که میزان روشن‌سازی افکار در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری افزایش یافته است. البته شایان ذکر است که رویکرد گاتمن نسبت به درمان مبتنی بر رفتار درمانی شناختی اثرگذارتر بوده و با نتایج پژوهش‌های گرتنر (۴۰)، همسو می‌باشد. پژوهش‌ها حاکی از آن بودند که تحریف شناختی افکار و تفکر قطعی‌نگر یکی از عوامل ایجادکننده افسردگی است، همچنین نتایج پژوهش رینشاو و همکاران (۴۱)، با مطالعه حاضر همراستا و نشان از این امر دارند که زوج‌هایی که گرایش دارند تا بر جنبه‌های روشن‌سازی افکار مثبت همسر تمرکز کنند و روی جنبه‌های منفی تمرکز کمتری دارند، زندگی شادتر، رضایتمندی بیشتر و روابط پایدارتری دارند. یافته‌های دیگر تحقیق رینشاو و همکاران نشان داد که عدم کنترل رفتارها و افکار منفی، باعث تیرگی رابطه و اضمحلال تدریجی آن می‌شود، همچنین این تحقیق ادعان داشت هنگامی که شوهر تأثیر و نفوذ همسرش را می‌پذیرد و

منابع

1. Boskabady MH, Shafei MN, Saberi Z, Amini S. Pharmacological effects of *Rosa damascena*. Iranian Journal of Basic Medical Sciences. 2011; 14 (4): 295-307.
2. Dolati K, Rakhshandeh H, Shafei MN. Evaluation of antidepressant effect of ethanolic extract of *Rosa damascena* using forced swimming test. Avicenna Journal of Phytomedicine. 2011; 2(1): 46-51.
3. Hao CW, Lai WS, Ho CT, Sheen LY. Antidepressant-like effect of lemon essential oil is through a modulation in the levels of norepinephrine, dopamine, and serotonin in mice. Use of the tail suspension test. Journal of Functional Foods. 2013; 5 (3): 370-379.
4. Soltanzadeh M, Malekpour M, Neshat Doost HT. The Relationship between Physical Pleasure and Positive and Negative Emotion in Isfahan University Students. Psychological studies. 2008; 4 (1): 31-46.
5. Tarkhan M. The Effectiveness of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Negative Automatic Thoughts, Aggression and Dysfunctional Attitudes of Aggressive Students. Psychological Studies Faculty of Education and Psychology. 2018; 2(14):162-170.
6. Zahmatkesh V, Zamani R. The relationship between automatic positive and negative thoughts and depression. Psychology and Educational Sciences. 2007; 37(3): 21-40.
7. Johnson W, Krueger RF. How money buys happiness: Genetic and envier mental processes linking finances and life satisfaction, Journal of personality and Social psychology. 2006; 9 (4): 680-691
8. Ardel M. Development and empirical assessment of a three-dimensional wisdom scale. Research on Aging. 2003; 25(3): 275-324.
9. White BA, Gordon H, Guerra RC. Callous-unemotional traits and empathy in proactive and reactive relational aggression in young women. Personality and Individual Differences. 2015; 75(1): 185-9.
10. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. Self and Identity. 2003; 2(6): 223-250.
11. Neff, KD, Rude SS, Kirkpatrick KL. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. Journal of Research in Personality. 2007; 41(90): 89-66.
12. Neff KD, Germer C. Self-Compassion and Psychological Wellbeing. In J, Doty (Ed.) Oxford Handbook of Compassion Science. 2017; 144(7): 485-96.
13. Neff KD. The science of self-compassion, In C.Germer & R.Siegel (Eds.), Compassion and Wisdom in Psychotherapy. New York Guilford Press. 2012; 3(4): 751-8.

مالی و ارزش‌ها و عقاید مذهبی و نقش (والد فرزندی) نسبت به درمان‌های سنتی در دامنه بسیار وسیعی از مشکلات روانشناختی و بیماری‌های جسمانی برتری دارد (۴۴).

در این مطالعه نیز این نکته آشکارا دانش محققین را در زمینه نقش تغییر رفتار در افراد مبتلا به افسردگی افزایش می‌دهد و بار دیگر درمانگران را به این واقعیت می‌رساند که مداخله‌های روانشناختی نقش بسیار مهمی در پیشگیری و درمان بیماری‌های روانی از جمله اختلالات افسردگی ایفا می‌نماید. از محدودیت‌های این مطالعه جامعه آماری محدود به مراکز خدمات مشاوره پیوند انجمن اولیا و مربیان آموزش و پرورش استان البرز شهرستان کرج بودند و مردان را در بر نگرفته، از این رو امکان تعمیم نتایج را با محدودیت روبه‌رو می‌کند، همچنین در این پژوهش از داده‌های پرسشنامه استفاده شده که ممکن است فرد تمایلی برای بهتر نشان دادن خود داشته باشد. با توجه به نتایج پیشنهاد می‌شود اثربخشی مداخله در درمان رفتار شناختی و گاتمن در مردان افسرده نیز بررسی شود، همچنین در پژوهش‌های آتی به بررسی تأثیر آموزش با رویکرد گاتمن بر شفقت‌ورزی، روشن‌سازی افکار در میان سایر زوجین و گروه‌های جامعه پرداخته شود و سایر عوامل مؤثر بر شفقت‌ورزی و روشن‌سازی افکار بررسی گردد. همچنین به مشاوران خانواده و زوج درمانگران توصیه می‌شود از روش گاتمن به منظور کاهش تعارضات و مشکلات ارتباطی زوجین و همچنین افزایش رضایت زناشویی و حس خوشبختی همسران و تحکیم بنیان خانواده استفاده شود. در نهایت به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که از پژوهش‌های کیفی و آمیخته برای بررسی این موضوع استفاده نمایند. با توجه به مزایای آموزش رویکرد گاتمن در کاهش افسردگی و ارتقای بهزیستی روانشناختی زوجین جوان بهتر است این روش در کنار روش‌های دیگر آموزش داده شود و ارتباط مؤثر در بین بسیاری از افراد که به عنوان ضروری‌ترین مهارت برای روابط به شمار می‌آید مطرح گردد.

در پایان از ریاست محترم کلینیک مشاوره پیوند آموزش و پرورش استان البرز جناب آقای دکتر سهرابی و تمامی مراجعین زن متأهل افسرده که در مطالعه حاضر مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

27. Hatami Shahrababak H, Motahhari Nejad H. Behavioral and Cognitive Approaches of the Third Wave in the Treatment of Depression. International Conference on Psychology and Culture of Life. 2015;
28. Azimifar SH, Fatehizadeh M, Bahrami F, Ahmadi S, Abedi A. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment based therapy on increasing marital happiness of dissatisfied couples. *Cognitive Psychology and Psychiatry*. 2016; 3(2):56-81.
29. Freeman A. Encyclopedia of cognitive behavior therapy. New York: Springer press. 2015.
30. WatankhahAmjad F, MohammadzadehAsl S. The Effectiveness of Marital Enrichment Training with Guttman's Approach to MDD Depressive Disorder and Psychological Well-Being of Young Couples .4th Iranian Conference on Educational Science and Technology, Social Studies and Psychology, Tehran, IranSam Iranian Knowledge and Technology Development Conferences. 2015; 13(5):75-89.
31. Burgess E, Haaga D. AThe positive automatic thoughts questionnaire (ATQ-P) and the automatic thoughts questionnaire—Revised (ATQ-RP): Equivalent measures of positive thinking. *Cognitive Therapy and Research*. 1994; 18(1):23-15.
32. Khosravi P, Sadeghi M, Yabandeh M. Self-compassion scale (SCS) psychometric adequacy. *Psychological Methods and Models*, 2013; 3 (13): 47-58.
33. Besco MR, Wright J, Sharp M. Cognitive Therapy Training Translated by Hamidpour Hassan and Ghasemzadeh Habibollah. 2014; 8(25): 1-6.
34. Guttman J, Shartz J, Guttman Mardi Khai. 1996. Ten Principles of Guttman Couples Therapy Translated by Zahra Kar Kianoosh and Lavafpour Nouri, Farshad Izadi Ajri Blue, Ahmad.2018: Ten Principles of Guttman Couples Therapy.
35. Shyaheh S, Coombes L. The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. *International Journal of Nursing Studies*. 2004; 4(1):573-579.
36. Alizadeh Z, Kikhaoni S .The relationship between depression, anxiety and stress of married housewives referred to counseling centers in Ilam. The second national conference on new studies and research in the field of educational sciences and psychology in Iran. 2016.
37. Rezaei F .Principles of Jung Analytical Psychology. Sixth Edition Arjmand Publications. 2018.
38. Nejad SA, Oveysi A, Sarichloo S, Ibrahim M, Jourabchi Z. The effect of group cognitive-behavioral counseling on depression during pregnancy: a controlled clinical trial. *Iranian Journal of Obstetrics .Gynecology and Infertility*, 2018; 21 (2): 48-59.
14. Crocker J, Luhtanen R, Cooper ML, Bouvrette SA. Contingencies of self-worth in college students: Measurement and theory. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2018; 85(13): 894-908.
15. Neff KD, Hseih Y, Dejithirat K. Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*. 2005; 4(5): 263-287.
16. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology an introduction. *American Psychologist*. 2000; 55(1): 5-14.
17. Gilbert P. Irons C. Therapies for shame and self-attacking using cognitive. Behavioral emotional imagery and compassionate mind training. In P, Gilbert (Ed.), *Compassion and use in psychotherapy in dJ Nephrol*. 2005; 22(4): 251–6.
18. Khosrow JM, Sotoudeh Navaroudi S, Zeinali SH. The effect of group cognitive-behavioral therapy on reducing depression and increasing marital satisfaction in married women referred to counseling centers in Rasht. *Women and Health*, 2010; 1(3): 55-72.
19. Abbasi Borandagh S, Kimiaei SA, Ghanbari Hashemabadi B. Study and Comparison of the Effectiveness of Behavioral-Behavioral and Behavioral-Cognitive Couples Treatment on Communication Beliefs of Divorced Couples. 2011; 8(31):54-70.
20. Nazari V, Mohammad Khani P, Dolatshahi B. Comparative efficacy of cognitive-behavioral marital therapy and enhanced behavioral marital therapy combined increase in marital satisfaction. *New Psychol Res*. 2011; 6(22):143-169.
21. Epstein NB, Baucom DH, LaTaillade JJ, Kirby JS. Cognitive behavioral couple therapy. In: Gurman AS, ed. *Clinical handbook of couple therapy*. New York: Guilford Press. 2008; 9(17):31-72.
22. Cohen S, O'Leary KD, Foran H. A randomized clinical trial of a brief, problem-focused couple therapy for depression. *Behav Ther*. 2010; 41(4):433-46.
23. Bodenmann G, Charvoz L, Cina A, Widmer K. Prevention of marital distress by enhancing the coping skills of couples: 1-year follow-up-study. *Swiss Journal of Psychology*. 2006; 60(1):310-310.
24. Khojasteh Mehr R, Shiralinia KH, Rajabi GHR, Bashlide Q. Effectiveness of Cognitive–Behavioral Couple Therapy on Depression Reduction and Enhancing Emotional Regulation in Distressed Couples. *Jundishapur Sci Med*. 2014; 13(2):201-212.
25. Fotuhi Bonab S, Hosseini Nasab S, Hashemi Nosratabad T. The effectiveness of cognitive-behavioral. Islamic and reciprocal behavior analysis couples on the self-knowledge of incompatible couples. *Psychological Studies*. 2011; 7(2): 37-58.
26. Murgolin G, Weiss R. LComparative Evolution of Guttman's Marital Enrichment Therapy on Couples' Marital Relationships. *J Adv Nurs*. 1978; 50(5): 518–27.

39. Neff KD, Hseih Y, Dejithirat K. Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*. 2015; 10(4): 263-287.
40. Congress of Psychotherapy. Asian Summit in the Context of Cultural Values. Tehran: Secretariat of the International Congress of Psychotherapy. 2016; 10(1): 117-139.
41. Rezaei N, Sohrabi A, Paydar AZ. The effectiveness of compassion-based therapy on improving depression in borderline patients with a history of self-harm. 9th International Congress on Psychotherapy (Asian Summit in the Context of Cultural Values). 2016. 19(4):44-55.
42. Gretner M. Relationship between Deterministic Thinking and General Health. *Applied Psychology*. 2016; 2(6):38-47.
43. Renshaw KD, Blais RK, Smith TW. Components of negative affectivity and marital satisfaction: The importance of actor and partner anger. *Journal of research in personality*. 2010; 44(3): 328-34.
44. Mohammadi M, Zaharakar K, Jahangiri J, Davarnia R, Shakermi M, Morshedi M. Evaluation of the effectiveness of Guttman model-based educational intervention on women's marital intimacy. *Ardabil Health*. 2017; 8 (1): 74-84.

