

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال پانزدهم شماره ۵۷ بهار ۱۳۹۹

## مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و شناختی-رفتاری بر افسردگی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان مطلقه افسرده

آرمان عزیزی<sup>۱</sup>، انور دست‌باز<sup>۲\*</sup>، صالح حسینی<sup>۳</sup>، محمدرضا عابدی<sup>۴</sup>

۱-دکتری مشاوره دانشگاه اصفهان

۲-دکتری مشاوره دانشگاه اصفهان

۳-کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه کردستان

۴-استاد گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۸/۲۰

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۳/۱۳

### چکیده

زنان مطلقه فشار روانی و عواطف منفی بیشتری را تحمل می‌کنند و زندگی‌شان سرشار از تنش است. هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان فراشناخت و شناختی-رفتاری بر افسردگی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی در زنان مطلقه‌ی افسرده بود. پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مطلقه‌ی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در سال ۱۳۹۷ شهرستان سنندج بودند. از این تعداد نمونه‌ای ۴۵ نفر به صورت تصادفی در سه گروه درمان فراشناخت، درمان شناختی- رفتاری و گروه کنترل، جایگزین شدند. در ابتدا در هر سه گروه پرسشنامه افسردگی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی اجرا شد. سپس گروه آزمایش اول طی ۸ جلسه ۲ ساعته درمان فراشناخت و گروه آزمایش دوم طی ۸ جلسه ۲ ساعته درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند و گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. سپس هر از سه گروه پس‌آزمون اجرا شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کورایانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان دادند که هر دو روش تأثیر مطلوبی بر ارتقاء کیفیت زندگی و تاب‌آوری همچنین کاهش افسردگی زنان مطلقه داشته‌اند، اما درمان فراشناخت نسبت به درمان شناختی- رفتاری، در کیفیت زندگی تأثیر بیشتری داشت اما در افسردگی و تاب‌آوری بین دو روش درمانی تفاوت معنی‌دار یافت نشد.

**کلیدواژه:** فراشناخت؛ شناختی- رفتاری؛ کیفیت زندگی؛ تاب‌آوری؛ طلاق

## مقدمه

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 موجبات شادی نسل بعد را فراهم نماید. زنان مطلقه علاوه بر به دوش کشیدن بار مسئولیت مردان، باید نگاه تلخ جامعه به خود را نیز متحمل شوند که اغلب به دنبال آن دچار سرخوردگی، یاس و ناامیدی می‌گردند (عبادی، سودانی، فقیهی و حسین پور، ۱۳۸۹). طلاق که یک معضل سلامت عمومی در نهاد اجتماعی خانواده محسوب می‌شود (لاول و اسموک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲) پدیده‌ای استرس‌زا است و آسیب‌پذیری افراد، به‌خصوص زنان را به مشکلات جسمانی و روان‌شناختی دو برابر می‌کند (گاهلر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶) و پیامدهای منفی همچون نقص سیستم ایمنی، اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی، سوءمصرف مواد، خودکشی، تغییر در سبک زندگی و خود پنداره، تغییر در روابط اجتماعی را در پی دارد (گارنر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸) و علاوه بر سیستم خانواده، سیستم اجتماع را نیز درگیر می‌کند (گاتمن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴) یکی از اختلالات روان‌شناختی که زنان مطلقه با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند، افسردگی (موری و لویز<sup>۵</sup>، ۱۹۹۷) و تغییر در کیفیت زندگی آن‌ها 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 (کاپلان<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). باوجود اینکه افسردگی در تمام گروه‌ها مشاهده می‌شود اما برخی از گروه‌ها نسبت به دیگران آسیب‌پذیرترند و می‌توان گفت که شیوع کلی افسردگی در زنان نسبت به مردان بیشتر است (گازال<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۳) و این آمار در زنان مطلقه چند برابر می‌شود (میرس<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱). در راستای بروک و کیم<sup>۹</sup> (۱۹۹۲) نشان دادند که شکست در روابط زناشویی و طلاق در مردان و زنان با میزان بالای افسردگی اساسی در آنان همراه است. لورنز، سیمونز، کانگر، الدر، جانسون و کوا<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۷) در پژوهش خود نشان دادند که زنان مطلقه به نسبت زنان غیرمطلقه به‌طور معنی‌دار افسردگی بیشتری دارند. بر اساس نتایج اندرسون<sup>۱۱</sup> و همکاران (۲۰۰۳)، زنان مطلقه حتی چند سال بعد از طلاق تمایل زیادی به افسرده شدن دارند.

همان‌طور که ذکر شد افرادی که فرایند طلاق را تجربه کرده‌اند میزان آسیب‌پذیری و افسردگی در آن‌ها شایع است در این راستا با توجه به فشار روانی حاصل طلاق یکی از مواردی که می‌توان در این شرایط پر از تنش کمک کننده باشد، تاب‌آوری<sup>۱۲</sup> است (والر<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۱). تاب‌آوری، ظرفیت مقابله مؤثر با استرس، فشار روانی و چالش‌های روزمره است تا بتوان خود را از یأس، اشتباه، آسیب و ناراحتی محفوظ داشت و باعث می‌شود که افراد برای خود اهداف واقع‌بینانه و منطقی تعیین کنند، به حل مسئله بپردازند، با دیگران تعامل منطقی و مناسب داشته باشند و برای خود و دیگران ارزش قائل شوند. افرادی که دارای سطوح بالایی از تاب‌آوری هستند از آنجایی که توان بیشتری در غلبه بر محرک‌های استرس‌زا دارند، در نتیجه استرس کمتری تجربه می‌کنند (کانر و دویدسون<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۳).

<sup>1</sup> Lavelle & Smock

<sup>2</sup> Gahler

<sup>3</sup> Garner

<sup>4</sup> Gottman

<sup>5</sup> Murray, & Lopez

<sup>6</sup> Kaplan, Sadock,., Sadock,., Ruiz, Pataki & Sussman

<sup>7</sup> Gazal, Souza, Fucolo, Wiener, Silva, Pinheiro, & Kaster

<sup>8</sup> Myers

<sup>9</sup> Bruce, & Kim

<sup>10</sup> Johnson & Chao

<sup>11</sup> Anderson, Saunders, Yoshihama, Bybee, & Sullivan,

<sup>12</sup>. resilience

<sup>13</sup>. Waller

<sup>14</sup>. Connor & Davidson

در واقع تاب‌آوری را "یک فرآیند، توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده"، تعریف نموده‌اند (گارمزی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱). به بیان دیگر تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است. البته تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی، در شرایط خطرناک است. پس تاب‌آوری در شرایط سخت و استرس‌آور قدرت مقابله فرد را افزایش می‌دهد (والر، ۲۰۰۱).

در دنیای امروز همراه با افزایش تاب‌آوری به‌عنوان متغیر مهم در فرایند سازگاری، ارتقاء کیفیت زندگی نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. منظور از کیفیت زندگی فاصله بین انتظارات و تجربیات افراد از واقعیت‌های زندگی است (نصیری و همکاران، ۲۰۰۳). 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 (شفیع پور و همکاران، ۲۰۰۷). در بین پژوهشگران، سازه کیفیت زندگی از عوامل عینی (کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی) و عوامل ذهنی (بهبودی درونی) متأثر است. عوامل عینی شامل 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. با توجه به این عوامل، به نظر می‌رسد زنان مطلقه کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه می‌کنند (لوکاس کاراسکو و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). افسردگی یک عامل پیش‌بین قوی بر آسیب کیفیت زندگی بزرگسالان محسوب می‌شود (داسیلوا لیما<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۷) 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 (چاچامویچ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۸).

از آنجایی که درمان افسردگی همواره با بهبود کیفیت زندگی و افزایش تاب‌آوری در افراد همراه بوده است توجه و رسیدگی خاص به بهداشت روانی افراد و اقدامات درمانی مناسب، مسأله 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 فراشناختی و شناختی-رفتاری اشاره نمود. درمان شناختی- رفتاری که از دهه ۱۹۷۰ برای درمان انواع بیماران افسرده مطرح شده است، یکی از این رویکردهاست که برای درمان انواع بیماران افسرده که کیفیت زندگی‌شان کاهش پیدا کرده مطرح شده و سودمندی آن در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است. به‌طور مثال؛ یعقوبی نصرآبادی و همکاران (۱۳۸۲) 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. علی پور و همکاران (۱۳۸۸) نیز در پژوهشی دیگر، به این نتیجه رسیدند که درمانگری شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی، اضطراب و کاهش قند خون ناشتای زنان متأهل افسردگی دیابتی مؤثر است. همچنین طلائی و همکاران (۱۳۹۳) 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؛ به طوری که می‌توان گفت درمان شناختی- رفتاری گروهی بر بهبود افسردگی و کاهش مشکلات روان‌شناختی زنان نابارور مؤثر است. به‌علاوه یوسفی (۱۳۹۱) در تحقیقی به این نتیجه رسیده که شناخت درمانی مذهب محور در کاهش افسردگی مؤثرتر از معنا درمانگری است. خالدیان و همکاران (۱۳۹۳) نیز در پژوهش خود نشان دادند درمان گروهی شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی افراد معتاد مؤثر بود.

روش شناختی- رفتاری، رویکردی فعال، جهت‌بخش، محدود و از لحاظ زمانی سازمان‌یافته است که طبق آن عاطفه و رفتار فرد عمدتاً برحسب ساخت‌یابی او از جهان‌ش تعیین می‌شود (لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۴) و به‌طور ویژه در درمان افسردگی مؤثر بوده

1. Garnezy

2. Lucas-Carrasco, Eser, Hao, McPherson, Green, Kullmann, & Group

3. da Silva Lima, & de Almeida Fleck

4. Chachamovich, Fleck, Laidlaw & Power

است؛ چرا که این درمان با تمرکز بر افکار و اعتقادات ناسازگاری که باعث آغاز و حفظ افسردگی شده‌اند، باعث بهبود افسردگی می‌شود (کوینگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). همچنین در درمان بسیاری از اضطراب‌ها موفق بوده است (زایفرت و بکر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸).

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 (فیلی و همکاران، ۱۳۹۱). 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) معرفی شد (لاریجانی و همکاران، ۱۳۹۳).

نظریه‌ی جدید دیگری که در سالیان اخیر در حیطه‌ی درمان افسردگی و بهبود کیفیت زندگی مطرح شده است، رویکرد فراشناخت می‌باشد که درون‌مایه‌ی اصلی آن از رویکرد شناختی بر گرفته شده است. ولز و متیوس<sup>۳</sup> (۱۹۹۴) 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 تجدید نظر قرار می‌دهند. بنابراین آنچه دارای اهمیت است و آنچه مورد نیاز است، یک چارچوب شناختی کامل برای بازنمایی تعامل بین دانش خود و آشفته‌گی هیجانی است. بنابراین درمان فراشناختی افسردگی بر کاهش فرایندهای شناختی غیرسودمند و تسهیل سبک‌های فراشناختی پردازش، تمرکز دارد. علاوه بر این، فراشناخت مشتمل بر فنونی برای چالش با باورهای فراشناختی منفی (در مورد غیرقابل کنترل بودن افکار افسرده کننده) و باورهای فراشناختی مثبت (در مورد ضرورت انجام نشخوار فکری برای مقابله و یافتن پاسخ) می‌باشد و با تکنیک‌های آموزش توجه ترکیب می‌شود (ولز، ۲۰۰۸). بنابراین این درمان در عین کوتاه بودن بیشتر مبتنی بر راهبردها و فرایندهایی است که شناخت‌ها را ارزیابی، کنترل و نظارت می‌کنند (ولز، ۲۰۰۹).

مطالعات در مورد فراشناخت نشان می‌دهد که نشخوار فکری با آسیب‌پذیری به خلق افسرده، شروع دوره‌های افسردگی و تشدید و طولانی شدن این دوره‌ها مرتبط است (نولن و همکاران، ۲۰۰۴؛ لیوبومیرسکی و تچ، ۲۰۰۴؛ به نقل از عطایی و احمدی، ۲۰۱۴). پژوهش‌ها دیگر همچنین نشان می‌دهد که استفاده از درمان فراشناختی برای اختلال‌هایی مثل اضطراب فراگیر (ولز، ۲۰۰۶ و کینگ)، فوبی اجتماعی (ولز و پاپاجورجیو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱)، استرس پس از سانحه (ولز و سمبی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴؛ ولز و کولبریو، ۲۰۰۸)، اختلال وسواس جبری (سیمونز، اشنايدر، هرترز، ۲۰۰۶؛ فیشر و ولز، ۲۰۰۸) و اختلال افسردگی (ولز و همکاران، ۲۰۰۸؛ پاپاگنوریو و ولز، ۲۰۰۰؛ ولز و سمبی، ۲۰۰۴؛ حسونندی و همکاران، ۲۰۱۳)، مؤثر واقع شده است.

پرهون و همکاران (۲۰۱۲) طی پژوهشی به بررسی تأثیر فراشناخت درمانی بر افسردگی و کیفیت زندگی افراد افسرده پرداختند که نتایج حاکی از آثار مثبت درمانی بر هر دو بعد بود همچنین پژوهش کاویانی و همکاران (۲۰۰۸) مشخص کرد که این فنون بر روی افراد افسرده کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش و افسردگی را کاهش می‌دهد. نتایج پژوهش درگاهیان و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که درمان فراشناختی با کاهش میزان نشخوار فکری، توجه معطوف به خود، باورهای فراشناختی منفی و مثبت در کاهش علائم افسردگی اساسی مؤثر است و مداخلات درمانی ایجاد شده آن‌ها در پیگیری دوماهه پایدار باقی می‌ماند.

نتایج پژوهش‌های دیگر نیز حاکی از تأثیر معنادار فراشناخت درمانی در افزایش کیفیت زندگی بود (رحمانی و همکاران، ۲۰۱۴؛ شاکری و همکاران، ۲۰۱۵). رحمانی و همکاران (۲۰۱۴) طی پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و ذهن آگاهی بر کاهش استرس و افزایش کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند که گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری با

<sup>1</sup> Koenig.

<sup>2</sup> Zayfert & Becker

<sup>3</sup> Wells & Matthews

<sup>4</sup> Papageorgiou

<sup>5</sup> Sembi

کاهش استرس و افزایش کیفیت زندگی روبه‌رو شدند و بین گروه‌های آزمایش، تفاوت معناداری وجود نداشت. در پژوهشی دیگر رضوی زاده و همکاران (۲۰۱۴) به این نتیجه رسیدند که هر دو روش گروه‌درمانی فراشناختی و آموزش گروهی مهارت‌های زندگی، باعث کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی شدند. علاوه بر این شاکری و همکاران (۲۰۱۵) ضمن پژوهشی درباره اثربخشی درمان فراشناختی بر علایم افسردگی و کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند که درمان فراشناختی به‌طور معناداری باعث کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش کیفیت زندگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شد.

از آنجا که شالوده و بنیان خانواده و جوامع در درجه اول، به سلامت زنان آن جامعه بستگی دارد لذا پیشگیری از پیامدهای منفی طلاق، برای ارتقاء سلامت آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد و همچنین با توجه به این‌که اثربخشی دو مدل درمان شناختی-رفتاری و درمان فراشناختی بر افسردگی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی به‌ویژه در زنان مطلقه 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، به همین دلیل مطالعه حاضر درصدد است تا میزان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان فراشناختی بر نشانه‌های افسردگی زنان مطلقه 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 هر کدام از آن‌ها بر افسردگی و کیفیت زندگی باشد.

## روش

پژوهش حاضر شبه آزمایشی، پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بودند از کلیه زنان مطلقه که در سال ۱۳۹۷ برای درمان افسردگی به مراکز مشاوره شهر سمنان مراجعه کرده بودند. برای انتخاب نمونه از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد بدین ترتیب که سه مرکز مشاوره از بین کلیه مراکز مشاوره شهر سمنان انتخاب و پس از اعلام فراخوان برای شرکت در طرح درمانی ۴۵ 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 فراشناختی، درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل، جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به طرح درمانی عبارت بودند از تشخیص افسردگی بر اساس انجام مصاحبه تشخیصی روان‌شناختی، قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، دارا بودن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی. ملاک‌های خروج از طرح درمانی عبارت بودند از دریافت درمان‌های دارویی و روان‌شناختی در شش ماه گذشته، سوءمصرف مواد یا الکل و وجود اختلالات شخصیتی و روانی به‌غیر از افسردگی. لازم به ذکر است که تا مرحله پس‌آزمون از هر گروه سه نفر ریزش کردند و در انتها در هر گروه ۱۲ نفر با پژوهشگر همکاری کردند.

## ابزار پژوهش

**پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF):** این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی ۲۶ سؤالی است که چهار حیطه کیفیت زندگی جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی 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 (نصیری، ۱۳۸۵). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در ایران توسط نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵) در حیطه‌های جسمانی، روانی و محیطی بالای ۰/۷ و در حیطه روابط اجتماعی ۰/۵۵ گزارش شده است.

<sup>1</sup> Major Depressive Disorder

**۲. پرسشنامه افسردگی بک:** 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، خود سرزنشی، 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>۱</sup> (۱۹۸۸) 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 (۱۳۸۲) 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 باز آزمایی ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شده است.

**۳. مقیاس تاب‌آوری کانر- دیوید سون:** این پرسشنامه ۲۵ گویه در یک مقیاس ۵ نقطه‌ای دارد. در این پرسشنامه حداکثر نمره ۱۰۰ و حداقل نمره صفر می‌باشد و نمره‌ی هر آزمودنی برابر مجموع نمرات از هر یک از سؤالات است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، پایایی آزمون باز آزمون این پرسشنامه روی ۲۴ بیمار GAD و PTSD را ۰/۸۷ گزارش کردند. روایی همگرای این پرسشنامه با استفاده از پرسشنامه‌ی سرسختی کوباسا روی ۳۰ نفر از بیماران روانپزشکی انجام شده و نتایج نشان داد که پرسشنامه‌ی تاب‌آوری با پرسشنامه‌ی سرسختی کوباسا ۰/۸۳ ارتباط دارد، ولی با استرس ادراک شده ۰/۷۶- رابطه دارد و نشان می‌دهد که سطح بالای تاب‌آوری با استرس تجربه‌شده‌ی پایین ارتباط دارد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). به‌طور کلی نتایج نشان از پایایی و روایی مطلوب پرسشنامه‌ی تاب‌آوری را نشان می‌دهد. پرسشنامه‌ی تاب‌آوری در ایران توسط محمدی (۱۳۸۵) هنجاریابی شده است و نتایج نشان داد که این پرسشنامه از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برخوردار است. در مورد روایی آن با استفاده از روش تحلیل عاملی، محاسبه‌ی هر نمره با نمره‌ی کل نشان داده که به‌جز سه سؤال، ضرایب سؤالات دیگر بین ۰/۱۴ تا ۰/۶۴ بود. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد.

### روش اجرای پژوهش

در ابتدا در هر سه گروه پرسشنامه افسردگی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی اجرا شد. سپس گروه درمان فراشناخت طی ۸ جلسه ۲ ساعته و گروه درمان شناختی- رفتاری طی ۸ جلسه ۲ ساعته تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. در انتها نیز در هر سه گروه پس‌آزمون‌ها اجرا شد و داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کورایانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. لازم به ذکر است محتوای جلسات درمانی شناختی رفتاری براساس فرمت درمان شناختی رفتاری هاوتون، کرک، سالکوسکیس، میلر و کلارک<sup>۲</sup> (۱۳۸۷)، موناخ، آگویلار و گازمن<sup>۳</sup> (۲۰۰۷)، داتیلیو<sup>۴</sup> (۲۰۱۰) بر مبنای مهارت‌های تغییر باورها و شناخت‌های معیوب و آموزش مهارت‌های ارتباطی جهت مقابله با آسیب‌های شناختی و اجتماعی زنان مطلقه به‌صورت زیر تدوین شد. در ادامه محتوای جلسات درمانی شناختی- رفتاری در جدول (۱) به‌صورت خلاصه ذکر شده است.

<sup>1</sup> Beck, Steer & Garbin

<sup>2</sup> Hawton, Salkovskis, Kirk & Clark

<sup>3</sup> Muñoz, Aguilar & Guzmán

<sup>4</sup> Dattilio

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

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 اعضاء در زمینه خودآگاهی و شناخت خصوصیات، نیازها، خواسته‌ها، اهداف، 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 خود آیند، 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 (طلاق) و سعی در تغییر اسنادهای نادرست
پنجم	آشنایی با مهارت حل مسئله	بررسی تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد تأثیر تغییر اسنادها در احساسات، افکار و رفتار درمان‌جویان، آموزش مهارت حل مسئله شامل تعریف مشکل، ارائه راه‌حل‌های جایگزین، ارزیابی راه‌حل‌ها، انتخاب و اجرای راه‌حل انتخابی و ارزیابی راه‌حل انتخابی اجراشده	بررسی یکی از مشکلاتی که درمان‌جو با آن مواجه است و اجرای مهارت حل مسئله در مورد آن
ششم	آشنایی با مهارت‌های ارتباطی و مذاکره	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد تأثیر به‌کارگیری مهارت حل مسئله 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 جرئت‌مندانه در طول هفته و بررسی پیامدهای آن
هشتم	بررسی تغییرات سازنده و تثبیت و تحکیم آن‌ها، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون	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، دریافت بازخورد از درمان‌جویان، اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسات درمانی	

در جدول (۲) محتوای جلسات درمانی فراشناخت براساس فرمت ولز و متیوس (۱۹۹۴) و کابات-زین (۲۰۰۳) با تمرکز بر ذهن آگاهی و گسلش و چالش با افکار های منفی و نشخوارهای ذهنی تدوین شده است .

جدول (۲) شرح جلسات درمان فراشناخت

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، اجرای پیش‌آزمون	تدوین فرمول‌بندی موردی، معرفی مدل و نامدسازی، شناسایی و نام‌گذاری دوره‌های نشخوار فکری (افزایش فراآگاهی) و آشنایی کامل با انواع تعارض	-
دوم	آشنایی اعضا با اختلال کاستی توجه- فزون کنشی	معرفی و تمرین ذهن آگاهی گسلیده، معرفی به تعویق انداختن نشخوار فکری به‌عنوان آزمایشی برای تغییر باور کنترل ناپذیری	تمرین فن آموزش توجه و بررسی سطح فعالیت و مقابله‌های اجتنابی با تعارض زناشویی
سوم	به چالش کشیدن راهبردها	شناسایی برانگیزاننده‌ها و به‌کارگیری ذهن آگاهی گسلیده، چالش با فراشناخت‌های مربوط به کنترل ناپذیری تعارض زناشویی	تمرین فن آموزش توجه و بررسی سطح فعالیت و مقابله‌های اجتنابی با تعارض زناشویی.
چهارم	شناسایی و مهار نشخوارهای ذهنی	وارسی به‌کارگیری به تعویق انداختن نشخوار فکری و تقویت ذهن در مورد حداقل ۷۵٪ از برانگیزاننده‌ها و اقدامات همسران و بیش از دو دقیقه طول نکشیدن دوره‌های نشخوار فکری، چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری،	تمرین فن آموزش توجه
پنجم	مهار نشخوارهای فکری	وارسی کاربرد گسترده و پایدار ذهن آگاهی گسلیده، ادامه چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری، بررسی سطح فعالیت همسران و ارائه توصیه‌هایی برای بهبود آن	تمرین فن آموزش توجه.
ششم	زدایش باورهای منفی	بررسی و چالش با باورهای منفی درباره هیجان / افسردگی،	تمرین فن آموزش توجه با افزایش سطح دشواری
هفتم	مهار بازگشت علائم	کار بر روی تدوین برنامه‌های جدید، بررسی و تغییر ترس از بازگشت علائم	تمرین فن آموزش توجه با افزایش سطح دشواری
هشتم	استفاده از برنامه‌های جدید	کار بر روی باورهای فراشناختی باقیمانده، پیش‌بینی برانگیزاننده‌های آتی و بحث درباره نحوه استفاده از برنامه‌های جدید برای خود و همسر، برنامه‌ریزی جلسه‌های تقویتی برای آن‌ها.	انجام برنامه جلسه‌های تقویتی

## یافته‌ها

با توجه به اینکه طرح پژوهش حاضر از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود، برای تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. در پژوهش حاضر میانگین سن شرکت‌کنندگان ۳۵/۲۴ سال (انحراف معیار ۴/۳۴) بود از نظر تحصیلات ۸ نفر زیر دیپلم، ۲۰ نفر دیپلم و ۴ نفر کاردانی و ۴ نفر کارشناسی بودند. در جدول (۳) داده‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های مختلف ارائه شده است.



## جدول (۳) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
افسردگی	شناختی - رفتاری	۵۸/۶ (۹/۳)	۴۷/۶ (۷/۸)
	فراشناخت	۵۷/۴ (۸/۹)	۴۸/۹ (۸/۳)
	کنترل	۵۶/۸ (۹/۲)	۵۷/۲ (۹/۵)
تاب‌آوری	شناختی - رفتاری	۵۳ (۷/۷)	۷۴ (۹/۸)
	فراشناخت	۵۲ (۷/۳)	۷۶ (۱۰/۲)
	کنترل	۵۹ (۸/۴)	۶۰/۵ (۸/۷)
کیفیت زندگی	شناختی - رفتاری	۵۵ (۸/۷)	۷۳ (۱۰/۸)
	فراشناخت	۵۷ (۸/۳)	۷۸/۴۸ (۱۱/۳)
	کنترل	۶۰ (۹/۴)	۶۲/۵ (۹/۷)

جدول (۳) نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی در گروه‌های شناختی رفتاری و فراشناخت با گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت قابل ملاحظه‌ای دارند. برای تحلیل داده‌ها، از تحلیل کواریانس چند متغیره (لامبدای ویلکس) استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون پیش‌فرض‌های آزمون اجرا شده است که در ادامه ذکر می‌شود. آزمون همسانی واریانس‌های لوین نشان داد سطوح معنی‌داری بین ۰/۲۰۳ تا ۰/۸۷۵ قرار دارد و معنی‌دار نیست ( $p > ۰/۰۵$ )، لذا فرض همسانی واریانس‌ها برقرار است. مقادیر چولگی در بازه ۰/۵۵ تا ۱/۱۳ و مقادیر کشیدگی در بازه ۱/۰۳ تا ۱/۹۲ قرار دارد و بررسی توزیع داده‌ها با نمودار Q-Q نرمال نشان داد که داده‌ها به خطوط قطری نزدیک‌اند و می‌توان توزیع را نرمال در نظر گرفت. نتایج کرویت بارتلت مبنی بر ماتریس باقی‌مانده<sup>۱</sup>، در پس‌آزمون معنی‌دار ( $p < ۰/۰۰۱$ ) به دست آمد و نشان داد همبستگی بین متغیرهای وابسته معنی‌دار است و امکان استفاده از روش‌های تحلیل واریانس چند متغیره فراهم است.

جدول (۴) نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره (لامبدای ویلکس) افسردگی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و

## کنترل

متغیرهای پژوهش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
پیش‌آزمون افسردگی	۲۴۸	۲	۱۲۴	۹/۱۷	۰/۰۷۲	۰/۳۹	۰/۵۹
پیش‌آزمون تاب‌آوری	۱۶۷/۸	۲	۸۳/۹	۴/۶۸	۰/۱۲۳	۰/۲۱	۰/۳۳
پیش‌آزمون کیفیت زندگی	۳۹۰	۲	۱۹۵	۱۱/۱۲	۰/۰۶	۰/۳۸	۰/۵۵
گروه‌ها	۴۳۲۷/۸	۲	۲۱۶۳/۹	۹۷/۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸	۱

همان‌طور که در جدول (۴) قابل ملاحظه است، هیچ‌کدام از متغیرهای کنترل شده (پیش‌آزمون‌ها) تأثیر معناداری بر نمرات پس‌آزمون ندارد. ولی تأثیر چندگانه عضویت گروهی (متغیر مستقل) معنی‌دار است ( $P < ۰/۰۰۱$ ). این بیانگر اختلاف معناداری بین گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات پس‌آزمون است. مجذور اتا برای عضویت گروهی برابر با ۰/۷۸ و توان آن برابر با ۱ به دست آمد که این نشان‌دهنده مطلوبیت میزان اثربخشی و کفایت حجم نمونه است. در جدول زیر به صورت دقیق میزان تأثیر گروه‌های آزمایش در متغیرهای وابسته نشان داده شده است.

<sup>1</sup>. Residual SSCP matrix

جدول (۵) تأثیر دو روش آزمایشی بر افسردگی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون

گروه	متغیر	B	خطای استاندارد	t	سطح معنی‌داری
شناختی رفتاری	افسردگی	۳/۴۷	۰/۸۸۷	۳/۹۱	۰/۰۰۰۱
	تاب‌آوری	۴/۶۸	۰/۹۰۱	۵/۱۹	۰/۰۰۰۱
	کیفیت زندگی	۳/۱۱	۰/۹۸۵	۳/۲۵	۰/۰۰۲
فراشناخت	افسردگی	۴/۴۸	۰/۸۳۵	۵/۲۱	۰/۰۰۰۱
	تاب‌آوری	۳/۵۲	۰/۹۲۵	۳/۸۰	۰/۰۰۰۱
	کیفیت زندگی	۴/۱۲	۰/۸۵۶	۵/۲۳	۰/۰۰۰۱

جدول (۵) بیانگر آن است تأثیر درمان شناختی رفتاری و درمان فراشناخت بر افسردگی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان مطلقه معنادار است ( $P < 0.01$ ). برای مقایسه بین گروه‌ها درمان و کنترل از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شده است که در جدول زیر می‌شود.

جدول (۶) نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه زوجی گروه‌های مختلف

متغیر	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین‌های I-J	انحراف استاندارد	سطح معنی‌داری
افسردگی	شناختی رفتاری	فراشناخت	-۱/۳	۰/۹۱۸	۰/۲۸۳
	شناختی رفتاری	کنترل	**۱۰/۴-	۰/۹۰۵	۰/۰۰۰۱
	فراشناخت	کنترل	**۸/۳-	۰/۹۳۰	۰/۰۰۰۱
تاب‌آوری	شناختی رفتاری	فراشناخت	۲	۰/۸۷۹	۰/۰۷۸
	شناختی رفتاری	کنترل	**۱۳/۵	۱/۵۶	۰/۰۰۰۱
	فراشناخت	کنترل	**۱۵/۵	۱/۷۸	۰/۰۰۰۱
کیفیت زندگی	شناختی رفتاری	فراشناخت	**۵/۴۸-	۲/۲۹	۰/۰۲۱
	شناختی رفتاری	کنترل	**۲۱/۶۴	۲/۳۱	۰/۰۰۰۱
	فراشناخت	کنترل	**۲۷/۱۲	۲/۲۹	۰/۰۰۰۱

با توجه به جدول (۶) تفاوت معناداری بین گروه شناختی رفتاری و گروه فراشناخت با گروه کنترل در نمرات افسردگی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری معنی‌دار بوده است ( $P < 0.05$ ). این نتیجه در بیانگر تأثیر دو روش مشاوره شناختی - رفتاری و فراشناخت بر متغیرهای پژوهش است. در مقایسه بین دو روش درمانی شناختی - رفتاری و فراشناخت باهم دیگر در افسردگی و تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود نداشته است اما در کیفیت زندگی میزان تأثیر روش درمانی فراشناخت مؤثرتر بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

در بخش اول پژوهش یعنی تأثیر درمان فراشناخت و شناختی - رفتاری بر افسردگی یافته‌ها حاکی از این بود که مشاوره گروه مبتنی بر هر دو رویکرد پژوهشی باعث کاهش میزان افسردگی زنان مطلقه شده است نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های مختلفی مانند ولز، فیشر و همکاران (۲۰۰۸)؛ پاپاگئوریو و ولز (۲۰۰۰)؛ ولز و سمبی (۲۰۰۴)؛ جوهنسن و فراینگ<sup>۱</sup> (۲۰۱۵)، حسونندی و همکاران (۲۰۱۳)، کاویانی و همکاران (۲۰۰۸) همسو بوده است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت درمان فراشناخت با افزایش آگاهی نسبت به زمان حال و توجه به اینجا و اکنون از طریق نگاه کردن به افکار به‌جای درگیری در افکار، گسلس و جدای از فکرهای منفی

<sup>۱</sup> . Johnsen & Friberg

گذشته بر نظام شناختی و نحوی پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد و باعث کاهش نشخوارهای ذهنی در افراد افسرده می‌شود (تیزدل و همکاران، ۲۰۱۰). در نتیجه افراد را به تماشای افکار منفی به‌جای درگیری افکار منفی تشویق می‌کند با تأکید بر رفتارهای که هم‌اکنون کارساز است، زمینه بهبود هیجان‌های مثبت را در آن‌ها ایجاد می‌کند. در نهایت شایستگی و توانایی برای تغییر ستوده می‌شود تا بتواند به بازسازی زندگی خود بپردازد و از افسردگی و نشخوار ذهنی فاصله بگیرد (سگال و تیسدل (۲۰۱۸). در مشاوره گروه مبتنی بر شناختی رفتاری نیز افراد تشویق می‌شوند، نشخوارهای ذهنی و خطاهای ذهنی خویش را کشف کنند و با افکار مثبت و سازنده جایگزین نمایند. این نکته با نتایج حاضر در مورد تأثیر درمان فراشناختی و درمان شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی تأیید می‌شود.

در بخش دوم این پژوهش یعنی تأثیر درمان فراشناختی و شناختی - رفتاری بر تاب‌آوری زنان مطلقه، یافته‌ها حاکی از این بود که مشاوره گروه مبتنی بر هر دو رویکرد باعث افزایش میزان تاب‌آوری زنان مطلقه شده است نتایج این پژوهش با یافته‌های کاوادگ و جانس (۲۰۱۴)، سیگل (۲۰۰۹)، نریمانی و همکاران (۱۳۹۱) و صدقی و چراغی (۱۳۹۷) هم سو بوده است. در تبیین نظری این نتایج می‌توان گفت

درمان فراشناختی از طریق چهار مکانیسم تنظیم توجه، آگاهی بدن، تنظیم هیجان و تغییرات در دیدگاه افراد زمینه‌ای ایجاد می‌کند که افراد به‌جای درگیر در سیکل معیوب رفتارهای نامناسب و تخریب‌کننده به رفتارهای سازنده و متمرکز در زندگی‌شان بپردازند و در نتیجه دامنه رفتارهای سازنده افراد در برخورد با شرایط سخت را توسعه می‌دهد (والس و همکاران، ۲۰۱۸)، چنین فرایندی سبب توانمندسازی و افزایش میزان تاب‌آوری آن‌ها می‌شود.

در مشاوره گروهی مبتنی بر شناختی - رفتاری نیز با تمرکز بر واقعیت‌ها موجود همچنین عدم رد یا انکار موضوعات و مشکلات مختلف، خطای شناختی اغراق در امور را کاهش می‌دهد و در نتیجه مشکلات را آن‌چنان که هستند در نظر می‌گیرند؛ نه آن‌گونه که تحت تأثیر شرایط مختلف برای خود تفسیرهای منفی می‌کنند، اگر با درک درست و واقع‌بینانه از مشکلات و به‌جای نادیده انگاشتن نواقص خود، آن‌ها را به‌وضوح مشاهده کنند، افراد از ناامیدی مطلق رها شده و با ملایمت خود را برای ایجاد تغییرات سازنده تشویق می‌کنند (وانگ و همکاران، ۲۰۱۸). در نتیجه چنین فرایندی زمینه مناسب برای تقویت میزان تاب‌آوری آن‌ها فراهم می‌شود.

اما در بخش سوم این پژوهش یعنی تأثیر درمان فراشناختی و شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی زنان مطلقه، یافته‌ها حاکی از این بود که مشاوره گروهی مبتنی بر هر دو رویکرد باعث افزایش میزان کیفیت زندگی زنان مطلقه شده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های پرهون و همکاران (۲۰۱۲)، کاویانی و همکاران (۲۰۰۸)، رحمانی و همکاران (۲۰۱۴) شاکری و همکاران (۲۰۱۵)، رضوی زاده و همکاران (۲۰۱۴) هم‌خوانی داشته است. در مقایسه تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر این دو رویکرد بر کیفیت زندگی زنان مطلقه یافته‌ها حاکی از آن بودند مشاوره گروهی مبتنی بر رویکردهای درمانی فراشناختی تأثیر بیشتر از مشاوره گروهی مبتنی بر شناختی-رفتاری داشته است.

در تبیین این نتیجه که روش درمان فراشناختی نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی تأثیر بیشتری داشته است می‌توان گفت با توجه به نظر ولز و متیوس<sup>۱</sup> (۱۹۹۴) که بیان کردند دیدگاه فراشناختی به شناخت‌های معیوب به‌عنوان اطلاعات نامربوطی می‌نگرد و این عقیده که درمانگر می‌تواند آن‌ها را از ذهن بیمار پاک کند و به‌جای آن فرضیات واقعی‌تری را جایگزین کند، نمی‌تواند سودمندتر باشد زیرا، مردم‌باورها 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 مراجعان به تعبیر و تفسیر باورهای ناسازگار بپردازند و آنچه مورد نیاز است، یک چارچوب شناختی کامل برای بازنمایی تعامل بین دانش خود و آشفته‌گی هیجانی است. بنابراین درمان فراشناختی زمینه مساعدی برای افزایش کیفیت زندگی

<sup>1</sup> Wells, & Matthews

فراهم می‌نماید. هرچند که رویکرد شناختی رفتاری هم زمینه برای کاهش شناخت‌های معیوب و رفتارهای ناسازگار ایجاد می‌کند اما رویکرد شناختی رفتاری با تأکید بیشتر بر ذهن آگاهی و رفتارهای سازنده میزان تأثیر بیشتر بر کیفیت زندگی دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، به این دلیل که روش فراشناخت کارایی بیشتری در مقایسه با روش شناختی-رفتاری بر میزان کیفیت زندگی داشته است، پس برای بهبود ارتقای کیفیت زندگی زنان مطلقه روش فراشناخت 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 فراشناخت کارایی بیشتری برای ارتقاء کیفیت زندگی، تاب‌آوری 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

- پرهون، هادی؛ مرادی، علیرضا؛ حاتمی، محمد؛ پرهون، کمال (۱۳۹۲). مقایسه‌ی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت و درمان فراشناختی بر کاهش شدت نشانه‌ها و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی، *پژوهش در سلامت روان شناختی*، (۴) ۶، ۵۲-۳۶.
- خالدیان، محمد؛ حمید کمر زرین و عسگر جلالیان. (۱۳۹۳). «اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی در افراد معتاد». *اعتیاد پژوهی*، (۲۹) ۸۸۸-۷۸.
- درگاهیان، ریحانه؛ شهرام محمدخانی، جعفر حسنی و جمال شمس. (۱۳۹۰). «اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و علائم افسردگی». *مطالعات روانشناسی بالینی*، (۳) ۱۰۳، ۸۱-۸۱.
- رضوی زاده تبادکان، بی‌بی زهره؛ شاره. (۲۰۱۵). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی فراشناختی و آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر افسردگی، کیفیت زندگی، سبک پاسخ‌دهی نشخواری و فراشناخت‌های زنان مطلقه. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۱ (۲) ۲۰-۱۰۸.
- طلائی، علی؛ سید علی کیمیایی، مهدیه برهانی مغانی، فاطمه محرری، اندیشه طلائی و راشین خانقائی (۱۳۹۳). «بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی بر افسردگی زنان نابارور». *زنان، مامایی، نازائی ایران*، (۹۴) ۱۷، ۹-۱.
- عبادی، ندا؛ سودانی، منصور؛ فقیهی، علینقی؛ حسین پور، محمد. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی آموزش مثبت نگری با تأکید بر آیات قرآنی برافزایش امید به زندگی زنان مطلقه شهر اهواز. *یافته‌های نو در روانشناسی*؛ ۸۴-۷۱.
- علی پور، احمد؛ غلامعلی افروز و ژینوس ولیبی (۱۳۸۸). تأثیر درمان‌گری شناختی- رفتاری بر افسردگی، سلامت عمومی و سازگاری زنان متأهل افسرده دیابتی. «*پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه پیام نور*».
- فیلی، علیرضا؛ برجلی، احمد؛ سهرابی، اسمرود؛ فرامرز، فرخی نورعلی (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روش درمان شناختی-رفتاری با روش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن تیزدل بر نشخوار فکری زنان نابارور افسرده. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج*، (۶۷) ۱۷، ۲۱-۱۴.
- کاپلان، سادوک، بنجامین؛ جیمز سادوک، ویرجینیا آلکوت و پدرو روئیز (۱۳۹۴). *خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک؛ علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی*. جلد اول، ویراست یازدهم. تهران: ارجمند.
- لاریجانی، زرین سادات؛ حسنی، فریبا؛ محمدخانی، پروانه؛ محمودی، غلامرضا؛ سپاه منصور، مزگان (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی در دانشجویان با نشانه‌های افسردگی، باورهای فراشناختی مثبت و منفی درباره نشخوار فکری و تجربه‌های اجتناب، *مطالعات روان شناختی*، (۲) ۵۰، ۲۷-۱۰.
- لطفی کاشانی، فرح، بهزادی، صفیه، یاری؛ مرسده. (۲۰۱۳). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کیفیت زندگی و اضطراب بیماران روده تحریک پذیر. *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران*، ۲۲، ۳۰۶-۳۰۱.
- نیرمانی، مریم، زاهد، علی، و گل پور، رها. (۱۳۹۱). رابطه ذهن آگاهی و سبک مقابله و هوش هیجانی با سلامت روان دانشجویان. *فصلنامه علوم تربیتی*، (۱۹) ۵، ۹۱-۱۰۵.
- هاوتون، کیت؛ کرک، جوان؛ سالکوسکیس، پال و کلارک، دیوید میلر. (۱۳۸۷). *رفتاردرمانی شناختی (راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی)*. ترجمه حبیب الله قاسم زاده، جلد اول. تهران: نشر ارجمند.

یعقوبی نصرآبادی، محمد؛ محمدکاظم عاطف وحید و غلامحسین احمدزاده (۱۳۸۲). «تأثیر گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال خلقی». *روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، (۲)، ۹۶۴-۵۶.

یوسفی، ناصر. (۱۳۹۱). تأثیر شناخت درمانی مذهب محور و معنادارمانگری بر کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری دانشجویان. *فرهنگ مشاوره و روان درمان (۱۰/۳)*، ۵۷-۷۸.

- Anderson, D.K., Saunders, D.G., Yoshihama, M., Bybee, D.I., & Sullivan, C.M. (2003). Long-term Trends in Depression among Women Separated from Abusive Partners. *Violence against Women*, 9, 807-838
- Ashouri, A., Vahid, M. K. A., Gharaee, B., & Rasoulilian, M. (2013). Effectiveness of meta-cognitive and cognitive-behavioral therapy in patients with major depressive disorder. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 7(2), 24.
- Ataie, S., Fata, L., & Ahmadi Abhari, A. (2014). Rumination and Cognitive Behavioral Avoidance in Depressive and Social Anxiety Disorders: Comparison between Dimensional and Categorical Approaches. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 19(4), 283-295. [Persian].
- Bruce, M.L., & Kim, K.M. (1992). Differences in the effects of divorce on major depression in men and women. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 914- 917.
- Cavanagh, K., Strauss, C., Forder, L., & Jones, F. (2014). Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help? A systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. *Clinical psychology review*, 34(2), 118-129.
- Chachamovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K., & Power, M. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *The Gerontologist*, 48(5), 593-602.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Da Silva Lima, A. F. B., & de Almeida Fleck, M. P. (2007). Sub syndromes depression: an impact on quality of life? *Journal of affective disorders*, 100(1), 163-169.
- Dattilio, F. M. (2010). *Cognitive-behavioral therapy with couples and families: a comprehensive guide*. New York: Guilford Press.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: a test of the metacognitive model. *Behavior research and Therapy*, 43(6), 821-829.
- Gahler, M., (2006). 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*; 14(4): 372-82
- Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American behavioral scientist*, 34(4), 416-430.
- Garner, C. N. (2008). *The reality of divorce: A study of the effects of divorce on parents and their children*. Liberty University, Fortified Marriages Ministry.
- Gazal, M., Souza, L. D., Fucolo, B. A., Wiener, C. D., Silva, R. A., Pinheiro, R. T., ... & Kaster, M. P. (2013). The impact of cognitive behavioral therapy on IL-6 levels in unmedicated women experiencing the first episode of depression: a pilot study. *Psychiatry research*, 209(3), 742-745.
- Gottman, J. M. (2014). *What predicts divorce: The relationship between marital processes and marital outcomes?* Psychology Press.
- Hasanvandi, S., Valizadeh, M., & Mehrabizadeh, M. (2013). Effect of group metacognitive therapy on depression symptom and rumination. *Fundament. Ment. Health J*, 15(۵۷)، ۴۳۲-۴۲. [Persian]
- Hawton C., (2003) Therapy for psychiatric problems. Trans Ghasem zadeh H. Tehran: Arjmand; 314-47. [Persian]
- Johnsen, T. J., & Friberg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(4), 747.
- Kabat – zin, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P., Pataki, C. S., & Sussman, N. (2015). *Sipnosis de psiquiatría: ciencias de la conducta, psiquiatría clínica*.

- Kaviani, H., Hatami, N., & Shafieabadi, A. E. (2008). The impact of mindfulness-based cognitive therapy on the quality of life in non-clinically depressed people. *Advances in Cognitive Science*. [Persian]
- Koenig, H. G. (2012). Religious versus conventional psychotherapy for major depression in patients with chronic medical illness: rationale, methods, and preliminary results. *Depression research and treatment*, 67(4), 623-657.
- Lav, B., & Smokk, P. J. (2012). Women's risk of health insurance loss. *Journal of health and social behavior*, 53(4), 413-431.
- Lorenz, F. O., Simons, R. L., Conger, R. D., Elder, G. H., Jr., Johnson, C., & Chao, W. (1997). Married and recently divorced mothers' stressful events and distress: Testing change across time. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 219-232.
- Lucas-Carrasco, R., Eser, E., Hao, Y., McPherson, K. M., Green, A., Kullmann, L., & Group, T. W. D. (2011). The Quality of Care and Support (QOCS) for people with disability scale: development and psychometric properties. *Research in developmental disabilities*, 32(3), 1212-1225.
- Lyubomirsky, S., Tkach, C., & Sheldon, K. M. (2004). Pursuing sustained happiness through random acts of kindness and counting on's success: Results of two six-week interventions. *Unpublished raw data*.
- Muñoz, R. F., Aguilar, S. G., & Guzmán, J. (2007). *Treatment manual for cognitive-behavioral therapy for the treatment of depression. Based on the group therapy manual for cognitive-behavioral treatment of depression*. San Francisco: General Hospital, Depression Clinic.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *The lancet*, 349(9063), 1436-1442.
- Myers DC (2011). *Psychology*, 6th Ed, New York: Worth Publishing.
- Nasiri M, Mokhtari N, Mashof T, et al (2003). Determinants of quality of life for hemodialysis patients from the perspective of patients and nurses. *J Guilan U Med Sci.*; 4(6-7):27-32. [Persian]
- Nolen-Hoeksema, S. U. S. A. N. (2004). The response styles theory. *Depressive rumination*, 107-24.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2000). Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 407-413.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). Depressive rumination. *Nature, theory and treatment*.
- Pillai, M. (2012). Efficacy of cognitive-behavioral therapy (CBT) on depressed spouses of cancer patients in an adjuvant care setting. *Journal of pharmacy and Biological sciences (IOSR Jpbs) ISSN*, 2278-3008.
- Rahmani, S., Talepasand, S., & Ghanbary-Motlagh, A. (2014). Comparison of Effectiveness of the Metacognition Treatment and the Mindfulness-Based Stress Reduction Treatment on Global and Specific Life Quality of Women with Breast Cancer. *Iranian journal of cancer prevention*, 7(4), 184-196.
- Segal, Z. V., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.
- Shafipor V, Jafary H, Shafipor (۲۰۰۷) L. Relationship between stress intensity quality of life in hemodialysis patients in Saricity hospitals in 2007. *J Med Sci Sabzevar.*; (3)16:155-60. [Persian]
- SHAKERI, M., PARHOON, H., MOHAMMADKHANI, S., HASANI, J., & PARHOON, K. (2015). EFFECTIVENESS OF META-COGNITIVE THERAPY ON DEPRESSIVE SYMPTOMS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSION DISORDER.
- Siegel, R. D. (2009). *The mindfulness solution: Everyday practices for everyday problems*. New York: Guilford Press.
- Stafford, L., Berk, M., Reddy, P., & Jackson, H. J. (2007). Comorbid depression and health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *Journal of psychosomatic research*, 62(4), 401-410.
- Vander Heiden C, Muris P, Vander Molen HT (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behav Res Thera*. 50(2): 100-109.
- Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 290-297.
- Wang, S. B., Wang, Y. Y., Zhang, Q. E., Wu, S. L., Ng, C. H., Ungvari, G. S., ... & Xiang, Y. T. (2018). Cognitive behavioral therapy for post-stroke depression: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 235, 589-596.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Behavior Research and Therapy*, 39, 713-720.

- Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(4), 307-318.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 291-300.
- Wells, A., fisher, p., Samuel M. Trishnapatel.Chris & brew in (2008). Meta- cognitive therapy in Recurrent and persistent Depression.
- Zayfert, C., & Becker, C. B. (2019). Cognitive-behavioral therapy for PTSD: A case formulation approach. Guilford Press.

