

مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه حل مدار، شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه

آرمان عزیزی^۱، سیمین قاسمی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۰۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۱۶

چکیده

با توجه به افزایش میزان طلاق و تأثیر منفی آن بر کیفیت زندگی زنان مطلقه، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان راه حل محور، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه انجام شد. در این پژوهش از طرح شبه آزمایشی با پیش آزمون-پس آزمون استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مطلقه شهر سنندج در سال ۱۳۹۵ بود که جهت درمان افسردگی به مراکز مشاوره این شهر مراجعه کرده بودند. نمونه آماری شامل ۴۸ نفر بودند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس از بین کسانی که به فراخوان پژوهشگر پاسخ مثبت داده بودند و پس از انجام مصاحبه روانشناختی، تشخیص افسردگی گرفته بودند انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در ۴ گروه درمان راه حل محور، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان شناختی- رفتاری و گروه کنترل، جایگزین شدند. هر گروه آزمایش ۹ جلسه درمانی ۲ ساعته دریافت کردند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) بود و داده‌ها با تحلیل کواریانس چندگانه در SPSS ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تحقیق نشان داد که بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین مقایسه گروه‌های درمانی حاکی از آن بود که درمان شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی و ارتقاء کیفیت زندگی نسبت به درمان راه حل محور و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، موثرتر است ($P < 0/01$). براساس نتایج به‌دست آمده درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه حل محور می‌توانند باعث کاهش نشانه‌های افسردگی و بهبود کیفیت زندگی زنان مطلقه شوند.

۱. دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه اصفهان، پست الکترونیکی: Armanazizi2020@gmail.com

۲. دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه اصفهان (نویسنده مسئول)،

پست الکترونیکی: ghasemi.svv@gmail.com

واژگان کلیدی: افسردگی، کیفیت زندگی، زنان مطلقه، درمان راه حل محور، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری

مقدمه

طلاق عامل فروپاشی بنیادی‌ترین بخش جامعه یعنی خانواده است (ملک محمودی، ۱۳۸۱). طلاق، تعادل عاطفی و روانی اعضای خانواده را از بین می‌برد و با توجه به استرس شدیدی که ایجاد می‌کند می‌تواند باعث بروز بسیاری از اختلالات روانی مخصوصاً در زنان شود (قدوسی، ۱۳۷۹). افزایش سوء مصرف مواد، مشکلات روحی و روانی و پرداختن به جرائم مختلف (مولوی گنجه و تقوی، ۱۳۸۹؛ ریاحی، علیوردی نیا و بهرامی کاکاوند، ۱۳۸۶)، آسیب دیدن روابط اجتماعی به دلیل احساس عدم امنیت اجتماعی (رستمی، رضایی، حسینی و گازرانی، ۱۳۸۸)، افسردگی (صادقی، سهرابی، دلاور، برجلی و صادقی، ۱۳۸۹)، اختلال هراس (رولون و مارتینو^۱، ۱۹۹۷) و بی‌خوابی (هاجاک^۲، ۲۰۰۱) همه از مشکلات و مسایلی هستند که زنان مطلقه را درگیر خود می‌کنند.

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی، یعنی درک فرد از وضعیت کنونی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظرش (بولینگ و زهاوا^۳، ۲۰۰۴). براساس تعریف ارائه شده بسیاری از زنان مطلقه از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نیستند. شلدون^۴ (۲۰۰۰)، به نقل از راپلی^۵ (۲۰۰۳) معیارهایی مانند کامیابی، رضایت، بی‌کاری اندک، بهزیستی روان‌شناختی، لذت از زندگی و آزادی را از نشانه‌های کیفیت زندگی معرفی می‌نماید. این در حالی است که طبق تحقیق مطیع (۱۳۷۸)؛ به نقل از فرزادفر، (۱۳۸۵) زنان مطلقه به دلیل فشارهای اجتماعی و اقتصادی، زندگی محدود و دردناکی دارند که درماندگی، عدم شادی و افسردگی از ویژگی‌های بارز آن است. طبق

۱. Rouillon & Martineau

۲. Hajak

۳. Bowling & Zahava

۴. Sheldon

۵. Rapley

نتایج تحقیق حفاریان (۱۳۸۸) میانگین نمرات تمامی ابعاد کیفیت زندگی (سلامت فیزیکی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی) زنان مطلقه به طور معناداری کمتر از زنان غیر مطلقه است. یکی از مشکلات عمده ای که زنان مطلقه با آن دست و پنجه نرم می کنند، افسردگی است. نتایج تحقیقات نشان داده است که زنان مطلقه نسبت به زنان متأهل بیشتر دچار افسردگی می شوند (لورنز، سیمونز، کنگر، الدر، جانسون و چائو^۱، ۱۹۹۷؛ اندرسون، ساندرز، یوشیهاما، بایبی و سولیوان^۲، ۲۰۰۳؛ عبدالخدییر و بیفولکا^۳، ۲۰۱۱). افسردگی، اختلال در نظام روانی-زیستی است که هیجانها، افکار، رفتار و عملکرد جسمانی را در بر می گیرد. مولفه های هیجانی افسردگی شامل احساس غم و اندوه، ناتوانی در لذت بردن، ملال، احساس گناه، تحریک پذیری و ناامیدی است. علائم جسمانی افسردگی عبارتند از خودبیمارپنداری، بیخوابی و پرخوابی، کاهش یا افزایش وزن، اسهال یا یبوست، خستگی، فرسودگی و کاهش لیبدو و تغییرات رفتاری افسردگی عبارت است از انزوا و گوشه گیری از اجتماع، کناره گیری از شغل و حرفه و فعالیت های لذت بخش (برنز و بک^۴، ۱۹۷۸). بدین ترتیب افسردگی در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی شخص اختلال ایجاد می کند (کاپلان و سادوک^۵، ۱۳۸۷) و در افراد مطلقه مانع از سازگاری پس از طلاق می شود (بلالی، اعتمادی، فاتحی زاده، ۱۳۹۰).

مداخلات درمانی متعددی برای کاهش علائم افسردگی و همچنین بهبود کیفیت زندگی افراد به کار گرفته شده است که از آن جمله می توان به درمان راه حل محور، درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. درمان راه حل محور بر این فرض استوار است که افراد، سالم و باکفایت هستند و از توانایی لازم برای ایجاد راه حل هایی که می تواند زندگی آنها را بهبود بخشد، برخوردار هستند (پروچاسکا و نورکراس^۶، ۱۳۸۷) فقط باید به آنها کمک کرد تا از اشتغال ذهنی به شکست هایشان

۱. Lorenz, Simons, Conger, Elder, Johnson & Chao
۲. Anderson, Saunders, Yoshihama, Bybee, & Sullivan
۳. Abdul Kadir & Bifulco
۴. Burns & Beck
۵. Kaplan & Sadock
۶. Prochaska & Norcross

خلاص شوند و به توانایی‌های خود جانی دوباره ببخشند (نیکلز^۱، ۱۳۹۳). درمانگران راه حل محور به جای گفتگو درباره مشکل و تبیین آن، طرفدار گفتگو بر سر راه‌حل‌ها هستند (گلدنبرگ و گلدنبرگ^۲، ۱۳۸۹). درمان راه حل محور به مراجع کمک می‌کند تا به جای تأکید بر مشکلات، به توسعه موارد استثناء یعنی راه‌حل‌های موثری که قبلاً مراجع آنها را بکار برده است، بپردازد (نیکلز، ۱۳۹۳). از آنجا که درمان راه حل محور طوری طراحی شده که کوتاه مدت باشد، درمانگر با نقش فعال خود سعی می‌کند هرچه سریع‌تر تمرکز را از مشکلات به راه‌حل‌ها، تغییر دهد. درمانگر به آرامی ولی مصرانه درمانجو را به سمت جستجوی توانایی‌ها و پیدا کردن راه‌حل‌ها، هدایت می‌کند بنابراین راهبرد اساسی، برانگیختن ابتکار عمل درمانجوست تا بتواند توانایی‌های خود را تشخیص دهد (هویت^۳، ۲۰۰۰). فرایند درمان راه‌حل‌محور معمولاً شامل پنج مرحله است: ۱) مشخص کردن مشکل و هدف (۲) شناسایی و افزایش استثنائات (۳) مداخلات یا وظایف طراحی شده برای شناسایی و افزایش استثنائات (۴) ارزیابی تأثیر مداخلات (۵) ارزیابی دوباره مشکل و هدف (گاترمن و رودز^۴، ۲۰۰۵).

تحقیقات نشان داده است که درمان راه حل محور بر افزایش مهارت‌های ارتباطی (مود^۵، ۲۰۰۰)، بهبود افسردگی (ردی، تیرومورسی، ویجایلاکشمی و حمزا^۶، ۲۰۱۵؛ دشتی زاده، ساجدی، محمدنظری، داورنیا و شاکرمی، ۱۳۹۴)، درمان اسکیزوفرنی مزمن (ایکس، والش، مارکوسکی، کین و سانسون^۷، ۱۹۹۷)، کاهش گرایش به طلاق (داوودی، اعتمادی و بهرامی، ۱۳۹۰)، کاهش تعارضات زناشویی (قمری، ۱۳۸۸؛ صحت، صحت، خانجانی، محبی و شاه سیاه، ۱۳۹۳)، کاهش فرسودگی زناشویی و میل به طلاق (محمدنظری، رسولی، داورنیا، حسینی و بابایی گرمخانی، ۱۳۹۴) موثر بوده است.

-
۱. Nichols
 ۲. Goldenberg
 ۳. Hoyt
 ۴. Guterma & Rudes
 ۵. Mudd
 ۶. Reddy, Thirumoorthy, Vijayalakshmi & Hamza
 ۷. Eakes, Walsh, Markowski, Cain & Swanson

درمان شناختی- رفتاری یکی دیگر از رویکردهایی است که در درمان افسردگی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این درمان بر پیوستگی افکار، احساسات و رفتار تأکید می‌شود. در این رویکرد اعتقاد بر این است که افراد با بازسازی افکار می‌توانند با فشارهای روانی مقابله کنند. در واقع در این رویکرد افراد تشویق می‌شوند تا با توجه به افکار خود آیند منفی و شناسایی تحریف‌های شناختی و به چالش کشیدن آنها و در ادامه با بازسازی افکار، احساسات بهتری را تجربه کنند و رفتارهای مناسبتری از خود بروز دهند (پروچاسکا و نورکراس، ۱۳۸۷).

نتایج تحقیقاتی که به بررسی اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری پرداخته‌اند، نشان می‌دهد که این رویکرد بر مدیریت اضطراب، افسردگی و افزایش رضایت از سطح زندگی (مک‌هاگ، هیرون و اتو^۱، ۲۰۱۰)، بهبود علایم خلقی و اضطرابی، افزایش تحمل و بهبود کیفیت زندگی بیماران (سوگرم، نیچ و کارول^۲، ۲۰۱۰)، بهبود ارتباط با اطرافیان، کاهش افسردگی (اوسیلا، هپنر، موناز، وو و واتکینز^۳، ۲۰۰۹)، افزایش رضایت از زندگی (دریسن و هولون^۴، ۲۰۱۱) و تقویت خودپنداره زنان پس از طلاق (نیلی احمدآبادی، آرین و سعدی پور، ۱۳۹۴) موثر است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله زمینه‌گرای کارکردی بر مبنای نظریه چارچوب رابطه است. در این رویکرد اعتقاد بر این است که رنج انسان از انعطاف‌ناپذیری روان شناختی او حاصل می‌شود که با آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای تقویت می‌شود. بدین ترتیب که افراد سعی می‌کنند از مواجهه با بسیاری از هیجانات، احساسات یا افکار آزاردهنده اجتناب کنند یا آنها را تغییر دهند در حالیکه این تلاش‌ها بی‌تأثیر بوده و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد سعی داشته از آنها اجتناب کند (هیز، استروسال، ویلسون^۵، ۲۰۰۴). در این رویکرد هدف، ایجاد

۱. McHugh, Hearon & Otto

۲. Sugarman, Nich & Carroll

۳. Osilla, Hepner, Muñoz, Woo & Watkins

۴. Driessen & Hollon

۵. Hayes, Strosahl & Wilson

انعطاف‌پذیری روانشناختی از طریق ۶ فرایند پذیرش^۱، گسلش^۲، خود به عنوان زمینه^۳، ارتباط با زمان حال^۴، ارزش‌ها^۵ و عمل متعهدانه^۶ به ارزش‌ها است. انعطاف‌پذیری روانشناختی یعنی فرد این توانایی را داشته باشد که بتواند به جای غرق شدن در گذشته و آینده، در زمان حال زندگی کند و ارزش‌ها و اهداف خود را شناسایی کند و به جای اجتناب از افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها یا امیال آزاردهنده، رفتاری را در پیش بگیرد که با ارزش‌ها و اهدافش هماهنگ باشد (هیز و استروسال، ۲۰۱۰).

نتایج تحقیقات نشان داده است که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش رضایتمندی زناشویی و کاهش اضطراب میان فردی و روانشناختی (پترسون، ایفرت، فینگولد و داویدسون^۷، ۲۰۰۹) کاهش پریشانی زوجین (امان‌اللهی، حیریان فرد، خجسته مهر و ایمانی، ۱۳۹۳) بهزیستی روانشناختی، هیجانی و رضایت زناشویی (نریمانی و بخشایش، ۱۳۹۳) کاهش افسردگی و افکار خودکشی (روبین، والسر، گارورت، کارلین، تروکی و دانیلی^۸، ۲۰۱۵) پذیرش درد و اضطراب (انوری، ابراهیمی، نشاط دوست، افشار و عابدی، ۱۳۹۳)، وسواس فکری عملی (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲؛ توهیگ و ویتال^۹، ۲۰۰۸)، افسردگی (حر، آقایی، عابدی و عطاری، ۱۳۹۲)، اختلالاتی نظیر سایکوز (باچ^{۱۰} و هیز، ۲۰۰۲)، بیماری‌های روانی و جسمی (مانتوانی، سیمپسون، فالون، روسی و لیسانبای^{۱۱}، ۲۰۱۱)، کمک به بیماران دارای درد مزمن (جانستون، فوستر، شان، استارکی و جانسون^{۱۲}، ۲۰۱۰)، کاهش علائم اضطراب فراگیر (مژدهی، اعتمادی و فلسفی‌نژاد، ۱۳۹۰) و ارتقاء کیفیت زندگی (ابراهیمی، رضائیان، خوروش و ضرغام، ۱۳۹۲) موثر است.

۱. Acceptance
۲. Defusion
۳. Self as a context
۴. Contact with present moment
۵. Values
۶. Committed action
۷. Peterson, Eifert, Feingold & Davidson
۸. Robyn, Walser, Garvert, Karlin, Trocke & Danielle
۹. Twohig & whittal
۱۰. Bach
۱۱. Mantovani, Simpson, Fallon, Rossi & Lisanby
۱۲. Johnston, Foster, Shennan, Starkey & Johnson

با توجه به افزایش طلاق و به تبع آن افزایش زنان مطلقه‌ای که با مشکلات عدیده‌ای در خانواده و در سطح اجتماع مواجه هستند و لزوم توجه به سلامت روان این زنان به عنوان قشری از جامعه که در معرض آسیب هستند، تحقیق حاضر سعی داشت اثربخشی سه رویکرد راه حل محور، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری را بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی زنان مطلقه مورد بررسی و مقایسه قرار دهد. جهت دستیابی به این هدف فرضیه‌های زیر تدوین و مورد بررسی قرار گرفت:

۱. بین میانگین نمرات افسردگی در گروه درمان راه حل محور، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی - رفتاری و گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت وجود دارد.
۲. بین میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه درمان راه حل محور، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی - رفتاری و گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت وجود دارد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر شبه آزمایشی، پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بودند از کلیه زنان مطلقه که در سال ۱۳۹۵ برای درمان افسردگی به مراکز مشاوره شهر سنندج مراجعه کرده بودند. برای انتخاب نمونه از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد بدین ترتیب که سه مرکز مشاوره از بین کلیه مراکز مشاوره شهر سنندج انتخاب و پس از اعلام فراخوان برای شرکت در طرح درمانی ۶۰ نفر از کسانی که مایل به شرکت در طرح درمانی بودند و طی انجام مصاحبه روانشناختی، تشخیص افسردگی اساسی^۱ دریافت کرده بودند، به صورت تصادفی در چهار گروه درمان راه حل محور، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی - رفتاری و گروه کنترل، جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به طرح درمانی عبارت بودند از تشخیص افسردگی براساس 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

۱. Major Depressive Disorder

بودند از دریافت درمان‌های دارویی و روانشناختی در شش ماه گذشته، سوء مصرف مواد یا الکل و وجود اختلالات شخصیتی و روانی به غیر از افسردگی. لازم به ذکر است که تا مرحله پس‌آزمون ۳ نفر از هر گروه ریزش کردند و در انتها در هر گروه ۱۲ نفر با پژوهشگر همکاری کردند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF): این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی ۲۶ سوالی 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.

پرسشنامه افسردگی بک: پرسشنامه افسردگی بک یک ابزار خودگزارشی است که شامل ۲۱ گویه است و هر گویه یک جنبه خاص از افسردگی را می‌سنجد که عبارتند از غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، انتظار تنبیه، دوست نداشتن خود، خودسرزنی، افکار خودکشی، گریه کردن، بی‌قراری، کناره‌گیری اجتماعی، بی‌تصمیمی، بی‌ارزشی، از دست دادن انرژی، تغییر در الگوی خواب، تحریک پذیری، تغییر در اشتها، اشکال در تمرکز، خستگی پذیری و کاهش علاقه جنسی. بک، استیر و گاربین^۱ (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

۱. Beck, Steer & Garbin

در جامعه بزرگسالان ایرانی ۰/۷۸ و اعتبار آن را ۰/۸۴ و همچنین ثبات درونی آن را ۰/۸۳ گزارش کرده است همچنین روایی پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی و بازآزمایی ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شده است.

روش اجرای پژوهش

در ابتدا در هر چهار گروه پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه کیفیت زندگی اجرا شد. سپس گروه درمان راه حل محور، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان شناختی- رفتاری طی ۹ جلسه ۲ ساعته تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. در انتها نیز در هر چهار گروه پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه کیفیت زندگی دوباره اجرا شد و داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کورایانس چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

محتوای جلسات درمانی و منابع مورد استفاده به صورت خلاصه به شرح زیر بود:
فرمت جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مبنای راهنمای درمانی هریس (۲۰۰۷) تدوین شد.

جدول ۱. شرح جلسات درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش

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 درمانجویان	مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط درمانجویان
دوم	آشنایی اعضا با اختلال افسردگی	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره اهداف درمانجویان، ارائه توضیحاتی درباره اختلال افسردگی، نشانه‌ها و پیامدهای آن	مشخص کردن تأثیرات افسردگی در زندگی شخصی و اجتماعی خود توسط درمانجویان
سوم	بررسی راهبردهای کنترلی ناکارآمد و ایجاد درماندگی خلاق	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیرات افسردگی در زندگی درمانجویان، بررسی راهبردهای کنترلی که افراد برای مقابله با افسردگی بکار برده‌اند و بررسی کارآمدی و	مشخص کردن راهبردهای کنترلی و تأثیر آنها در زندگی شخصی و اجتماعی

	<p>ناکارآمدی این راهبردها، کمک به درمانجویان در جهت پی‌بردن به بهبودی راهبردهای کنترلی با استفاده از استعاره شخص در چاه</p>	
<p>اجرای تمرینات ذهن آگاهی در طول هفته و بررسی تأثیر آنها در زندگی شخصی و اجتماعی</p>	<p>بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره بهبودی راهبردهای کنترلی، توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و پیامدهای آن، معرفی ذهن آگاهی و پذیرش، آموزش گام‌های پذیرش، تمرین پذیرش افکار و احساسات</p>	<p>چهارم آموزش ذهن آگاهی و پذیرش</p>
<p>تمرین گسلش شناختی در طول هفته و بررسی تأثیر آن در زندگی شخصی و اجتماعی</p>	<p>توضیح آمیختگی شناختی و بیان ارتباط مشترک احساسات، کارکردهای شناختی و رفتار قابل مشاهده، آموزش گسلش شناختی و فاصله گرفتن از افکار و مشاهده‌گری افکار بدون قضاوت و عمل مستقل از تجارب ذهنی با استفاده از استعاره قطار</p>	<p>پنجم آموزش گسلش شناختی</p>
<p>تمرین آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند و بررسی تأثیر آن در زندگی شخصی و اجتماعی</p>	<p>بررسی تکالیف جلسه قبل و بررسی تأثیر تمرین گسلش شناختی در زندگی درمان‌جویان، توضیح مفاهیم نقش، زمینه و انواع خود و حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده‌گر با استفاده از استعاره صفحه شطرنج</p>	<p>ششم آشنایی با خود به عنوان زمینه</p>
<p>مشخص نمودن ارزش‌ها و اولویت‌بندی آنها در ده حیطه خانواده، ازدواج، روابط دوستانه، شغل و حرفه، تحصیلات و رشد شخصی، تفریح و سرگرمی، معنویت، زندگی اجتماعی، محیط زیست و طبیعت و سلامتی</p>	<p>بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیر مشاهده‌گری افکار در زندگی درمانجویان، توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر</p>	<p>هفتم تصریح ارزش‌ها</p>
<p>شناسایی و اجرای طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و بررسی تأثیر آن</p>	<p>بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد ارزش‌ها و موانع عمل بر طبق آنها، ایجاد الگوهای منعطف رفتاری منطبق با ارزش‌ها و</p>	<p>هشتم ایجاد تعهد برای عمل در راستای ارزش‌ها</p>

ایجاد تعهد به عمل در راستای اهداف و ارزش‌ها و گذر از موانع با استفاده از استعاره اجتماعی مسافران در اتوبوس	در زندگی شخصی و اجتماعی
بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره پیامدهای عمل بر اساس ارزش‌ها، بررسی تغییرات سازنده در طول دوره درمانی و چگونگی تثبیت و تحکیم آنها، ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و دریافت بازخورد از درمانجویان، اجرای پس آزمون و اتمام جلسات درمانی	جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون نهم

فرمت جلسات درمانی راه حل محور با توجه به منابع مربوط به این رویکرد درمانی، شامل والتر و پلر^۱ (۱۹۹۲)، مود^۲ (۲۰۰۰)، لیپچیک^۳ (۲۰۰۲) و نلسون و توماس^۴ (۲۰۰۷)، تدوین شد.

جدول ۲. شرح جلسات درمان راه حل محور

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، اجرای پیش آزمون	معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات گروه آموزشی، اجرای پیش آزمون	مشخص کردن موارد مثبتی که درمانجویان تمایل دارند در زندگی آنها تداوم یابد
دوم	تبدیل مشکل به اهداف قابل دسترس	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره موارد مثبتی که در زندگی درمانجویان وجود دارد، ترغیب درمانجویان در بیان آنچه که می‌خواهند به جای تمرکز بر مشکل، تعیین اهداف ملموس، عینی، مثبت و عملی	شناسایی اهداف مشخص عینی و ملموس به جای تمرکز بر افسردگی و شرایط نامساعد پس از طلاق
سوم	بررسی راه‌حل‌های	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره	مشخص کردن کارهایی که پس

۱. Walther & peller

۲. Mudd

۳. Lipchik

۴. Nelson & Thomas

برطرف کننده شکایات	اهداف درمانجویان، تدوین راه‌حل‌ها با بررسی تغییراتی که در صورت حل مشکلات در زندگی درمانجویان اتفاق می‌افتد	از رفع مشکل درمانجویان تمایل دارند انجام دهند
بررسی میزان تعهد و چهارم درمانجویان	بررسی تکالیف جلسه قبل و مرور اهداف درمانجویان، استفاده از مقیاس‌بندی برای ارزیابی میزان تعهد و امیدواری افراد برای حل مشکل	مشخص کردن اینکه درمانجویان چگونه متوجه می‌شوند که در مقیاس‌های مطرح شده در جلسه پیشرفت کرده‌اند، در صورت پیشرفت چه چیزی تغییر می‌کند و چگونه می‌توانند این تغییرات را ایجاد کنند
پنجم یافتن یک داستان مثبت با بررسی استثناها	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد چگونگی ایجاد تغییرات، کمک به درمانجویان در جهت یافتن استثناها یعنی مواردی که توانسته‌اند بر افسردگی غلبه کنند یا از کارکرد بهتری برخوردار باشند، ایجاد امید در جهت تغییر و مقابله با مشکل	شناسایی مواقعی که افسردگی وجود ندارد و یا از شدت کمتری برخوردار است
ششم آموزش راه‌حل‌یابی در موقعیت‌های مختلف با استفاده از سوال معجزه	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره استثناها و برجسته‌سازی راه‌حل‌های مناسب، پرسیدن سوال معجزه و ترغیب درمانجویان به بیان توانمندی‌ها و تقویت آنها	تفکر در مورد سوال معجزه و شناسایی راه‌حل‌های موثر
هفتم یافتن راه‌های متفاوت برای احساس، تفکر و رفتار	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره پاسخ درمانجویان به سوال معجزه، تأکید بر عملی کردن راه‌حل‌ها با استفاده از واژه "به جای" و جایگزین کردن افکار، احساسات و رفتار مناسب به جای افکار، احساسات و رفتار مشکل‌ساز	یافتن افکار، احساسات و رفتارهایی متفاوت از آنچه که تا به حال وجود داشته است و بررسی تأثیر آن در زندگی شخصی و اجتماعی
هشتم بررسی تغییرات سازنده و تثبیت و تحکیم آنها	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره افکار، احساسات و رفتارهای جایگزین و تأثیر آنها در زندگی درمانجو، بررسی تغییرات سازنده‌ای که در طول جلسات درمانی اتفاق افتاده است، برجسته‌سازی قابلیت‌ها و توانمندی‌های درمانجویان، بحث در مورد چگونگی تثبیت	یادداشت نکات مثبت و نقطه ضعف‌های درمانگر، روش آموزشی و طرح پژوهشی

تغییرات ایجاد شده

ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی، بحث درباره	
نکات مثبت و نقطه ضعف‌های درمانگر و طرح	جمع‌بندی جلسات،
درمانی و دریافت بازخورد از درمانجویان،	اجرای پس‌آزمون
اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسات درمانی	نهم

با توجه به آسیب‌هایی که پس از طلاق زنان مطلقه را تهدید می‌کند نظیر پایین آمدن حرمت نفس، احساس بی‌ارزشی، احساس شکست و ناکامی (باسکیانو^۱، ۱۳۷۷)، احساس گناه (اونس^۲، ۲۰۰۰؛ به نقل از عنایت‌زاده)، افسردگی، سرخوردگی، نارضایتی از زندگی (صدرالاشرفی، خنکدار طارسی، شمخانی و یوسفی افراشته، ۱۳۹۱)، عدم دریافت حمایت‌های اجتماعی (گاهلر^۳، ۲۰۰۶)، از دست دادن حمایت خانواده، طرد اجتماعی (محبی، ۱۳۸۰)، کشمکش‌های متعدد فردی و بین فردی، هویت آشفته، فقدان امید، مشکلات جدی در شبکه اجتماعی و شغلی (برک^۴، ۱۳۸۶) مشکل در سازگاری با فرزندان (گیسون و دانیگیون^۵، ۲۰۰۶) و احساس گم‌گشتگی (سعیدیان، ۱۳۸۸) و با مرور متون مربوط به درمان شناختی رفتاری نظیر هاوتون، کرک، سالکووسکیس، میلر و کلارک^۶ (۱۳۸۷)، مونا، آگویلار و گازمن^۷ (۲۰۰۷)، داتیلیو^۸ (۲۰۱۰) و... فرمت جلسات درمانی شناختی رفتاری، بر مبنای مهارت‌های تغییر باورها و شناخت‌های معیوب و آموزش مهارت‌های ارتباطی جهت مقابله با آسیب‌های شناختی و اجتماعی زنان مطلقه به صورت زیر تدوین شد.

۱. Basciano
۲. Owens
۳. Gahler
۴. Berk
۵. Gibson & Danigion
۶. Hawton, Salkovskis, Kirk & Clark
۷. Muñoz, Aguilar & Guzmán
۸. Dattilio

جدول ۳. 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 اعضا 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 خودآیند، تحریف‌های 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 مسأله	بررسی تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد تأثیر تغییر اسنادها در احساسات، افکار و رفتار درمانجویان، آموزش مهارت حل مسأله شامل تعریف مشکل، ارائه راه حل‌های جایگزین، ارزیابی راه حل‌ها، انتخاب و اجرای راه حل انتخابی و ارزیابی راه حل انتخابی اجرا شده	بررسی یکی از مشکلاتی که درمانجو با آن مواجه است و اجرای مهارت حل مسأله در مورد آن
ششم	آشنایی با مهارت‌های ارتباطی و مذاکره	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد تأثیر بکارگیری مهارت حل مسأله در زندگی شخصی و اجتماعی، تعریف ارتباط و عناصر آن، آشنایی اعضا با مهارت ارتباط موثر و ویژگی‌های آن و آموزش شیوه‌های موثر مذاکره و رفع اختلاف	تمرین ارتباط موثر در طول هفته و بررسی پیامدهای آن

تمرین مهارت رفتار جرأت‌مندانه در طول هفته و بررسی پیامدهای آن	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد تأثیر بکارگیری شیوه‌های ارتباط موثر در زندگی شخصی و اجتماعی، آشنایی درمانجویان با رفتار جرأت‌مندانه و انجام فعالیت‌های عملی و ایفای نقش در جهت آموزش این مهارت	آشنایی با رفتار جرأت‌مندانه	هفتم
یادداشت نکات مثبت و نقطه ضعف‌های درمانگر، روش آموزشی و طرح پژوهشی	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیر بکارگیری رفتار جرأت‌مندانه در زندگی شخصی و اجتماعی درمانجویان، بررسی تغییرات سازنده‌ای که در طول جلسات درمانی اتفاق افتاده است، برجسته سازی موفقیت‌های درمانجویان، بحث در مورد چگونگی تثبیت تغییرات ایجاد شده	بررسی تغییرات سازنده و تثبیت و تحکیم آنها	هشتم
	ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و مرور کلی مهارت‌های آموزش داده شده، بحث درباره نکات مثبت و نقطه ضعف‌های درمانگر و طرح درمانی و دریافت بازخورد از درمانجویان، اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسات درمانی	جمع بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون	نهم

یافته‌ها

باتوجه به اینکه طرح پژوهش حاضر از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون باگروه کنترل بود، برای تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست آمده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است. یکی از این پیش‌فرض‌ها، نرمال بودن توزیع نمرات است. برای بررسی این پیش‌فرض از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج حاصل از بررسی این پیش‌فرض در مورد نمرات متغیرهای پژوهش در یک گروه آزمایش در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن نمرات متغیرهای پژوهش

سطح معناداری	مقدار Z	سطح معناداری	مقدار Z	پیش آزمون	پس آزمون
۰/۸۳۰	۱/۱۲	۰/۷۶	۰/۶۶۸	پیش آزمون	پس آزمون
۰/۷۸۲	۰/۶۵۴	۰/۷۴۷	۰/۶۵۲	پیش آزمون	پس آزمون
۰/۸۳۰	۰/۶۱۹	۰/۰۸	۱/۲۴	پیش آزمون	پس آزمون
۰/۷۸	۰/۶۵۰	۰/۷۶۵	۱/۰۲	پیش آزمون	پس آزمون
۰/۹۷۷	۰/۴۷۸	۰/۱۷	۱/۱۰	پیش آزمون	پس آزمون
۰/۸۱۷	۰/۶۳۳	۰/۸۳۳	۱/۱۶	پیش آزمون	پس آزمون
۰/۹۸	۰/۴۷۱	۰/۷۸	۰/۶۵۵	پیش آزمون	پس آزمون
۰/۸۸۳	۰/۵۸۵	۰/۹۸۹	۰/۸۴۱	پیش آزمون	پس آزمون
۰/۸۵۹	۰/۶۰۳	۰/۸۳۴	۰/۶۲۲	پیش آزمون	پس آزمون
۰/۸۱۰	۰/۵۹۸	۰/۴۲۹	۰/۸۷۵	پیش آزمون	پس آزمون
۰/۸۴۲	۰/۶۰۲	۰/۰۶۹	۱/۵۲	پیش آزمون	پس آزمون
۰/۸۱۶	۰/۶۳۴	۰/۴۲۲	۰/۸۷۹	پیش آزمون	پس آزمون

همان طور که مشاهده می‌شود، از آنجایی که مقادیر آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای متغیرهای حیطه جسمی، حیطه روانشناختی، حیطه روابط اجتماعی، حیطه محیطی و مقیاس کلی کیفیت زندگی و مقیاس کلی افسردگی در هیچ یک از مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل معنادار نمی‌باشند ($P > 0/05$) می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها نرمال است. پیش فرض بعدی که بررسی می‌شود پیش فرض همگنی واریانس‌ها است. بدین منظور از آزمون لون استفاده شد. نتایج این آزمون برای متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون لون: همگنی واریانس‌ها

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
حیطه پیش آزمون	۱/۷۱	۳	۴۸	۰/۱۷۷
جسمی پس آزمون	۰/۳۵۸	۳	۴۸	۰/۷۸۳
حیطه پیش آزمون	۱/۲۱	۳	۴۸	۰/۳۱۳
روانشناختی پس آزمون	۱/۱۱	۳	۴۸	۰/۳۲۰
حیطه روابط پیش آزمون	۰/۷۰۸	۳	۴۸	۰/۵۵۲
اجتماعی پس آزمون	۰/۳۵۷	۳	۴۸	۰/۷۸۴
حیطه پیش آزمون	۰/۷۸۱	۳	۴۸	۰/۵۱۰
محیطی پس آزمون	۰/۸۷۴	۳	۴۸	۰/۴۶۱
مقیاس کلی پیش آزمون	۰/۵۴۱	۳	۴۸	۰/۶۵۷
کیفیت زندگی پس آزمون	۲/۰۳	۳	۴۸	۰/۱۲۲
مقیاس کلی پیش آزمون	۰/۵۳۰	۳	۴۸	۰/۶۶۴
افسردگی پس آزمون	۰/۵۶۴	۳	۴۸	۰/۶۴۲

همان طور که مشاهده می‌شود، مقادیر آماره F که نشان دهنده مقدار آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل است، در هیچ یک از مراحل پیش آزمون و پس آزمون معنادار نیست ($P > 0/05$). با توجه به این نتیجه پیش فرض برابری واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود. با توجه به اینکه مهمترین پیش فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است، نتایج اجرای این آزمون در جدول ۶ و ۷ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها در متغیر کلی کیفیت زندگی

منبع	Df	Ms	F	Sig.	Eta	power
پیش آزمون	۱	۱۲۳۶/۲۶	۳۶/۲۵	۰/۰۰۰	۰/۴۳۱	۱/۰۰۰
گروه	۳	۱۷۶۳/۱۷	۵۱/۷۰	۰/۰۰۰	۰/۷۶۷	۱/۰۰۰
خطا	۴۷	۳۴/۱۰				
کل	۵۲					

همان گونه که مشاهده می شود با توجه به کنترل اثر پیش آزمون بر پس آزمون تفاوت میان گروه ها در پس آزمون کیفیت زندگی از لحاظ آماری معنادار است ($\text{Sig.} = ۰/۰۰۰$) بدین معنا که هر سه رویکرد درمانی اثربخش بوده اند.

جدول ۷. نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین ها در متغیر کلی افسردگی

منبع	Df	Ms	F	Sig.	Eta	power
پیش آزمون	۱	۲۶۶/۱۶	۵۰/۱۹	۰/۰۰۰	۰/۵۱۶	۱/۰۰۰
گروه	۳	۲۲۵/۸۴	۴۲/۵۹	۰/۰۰۰	۰/۷۳۱	۱/۰۰۰
خطا	۴۷	۵/۳۰				
کل	۵۲					

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول شماره ۷ مشخص می شود که هر سه رویکرد درمانی بر کاهش افسردگی موثر بوده اند ($\text{Sig.} = ۰/۰۰۰$).

در ادامه برای بررسی این فرضیه که بین میانگین نمرات کیفیت زندگی و افسردگی در چهار گروه درمان راه حل محور، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری و گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

جدول ۸. آزمون تعقیبی LSD به منظور تعیین تأثیر روش موثرتر بر کیفیت زندگی

گروه I	گروه های J	تفاوت میانگین های I-J	انحراف استاندارد	Sig.
	cbt	-۵/۴۸	۲/۲۹	۰/۰۲۱
Sft	Act	۵/۲۲	۲/۲۹	۰/۰۲۸
	control	۲۱/۶۴	۲/۳۱	۰/۰۰۰
	sft	۵/۴۸	۲/۲۹	۰/۰۲۱
cbt	Act	۱۰/۷۰	۲/۲۹	۰/۰۰۰
	control	۲۷/۱۲	۲/۲۹	۰/۰۰۰
	sft	-۵/۲۲	۲/۲۹	۰/۰۲۸
act	Cbt	-۱۰/۷۰	۲/۲۹	۰/۰۰۰
	Control	۱۶/۴۲	۲/۲۹	۰/۰۰۰

۰/۰۰۰	۲/۳۱	-۲۱/۶۴	Sft	
۰/۰۰۰	۲/۲۹	-۲۷/۱۲	Cbt	control
۰/۰۰۰	۲/۲۹	-۱۶/۴۲	Act	

همان گونه که مشاهده می‌شود با وجود اینکه هر سه روش تاثیر مطلوبی بر ارتقاء کیفیت زندگی زنان مطلقه داشته‌اند، اما روش درمان شناختی- رفتاری نسبت به دو روش درمان دیگر تاثیر بیشتری داشته است.

جدول ۹. آزمون تعقیبی LSD به منظور تعیین تاثیر روش موثرتر بر افسردگی

Sig.	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین های I-J	گروه‌های J	گروه I
۰/۲۸۳	۰/۹۱۸	۰/۹۹۷	cbt	sft
۰/۵۸۷	۰/۹۰۴	۰/۵۰۷	Act	sft
۰/۰۰۰	۰/۹۰۵	-۸/۱۹	control	sft
۰/۲۸۳	۰/۹۱۸	-۰/۹۹۷	sft	cbt
۰/۱۱۰	۰/۹۲۳	-۱/۵۰	Act	cbt
۰/۰۰۰	۰/۹۳۰	-۹/۱۹	control	cbt
۰/۵۷۷	۰/۹۰۴	۰/۵۰۷	sft	act
۰/۱۱۰	۰/۹۲۳	۱/۵۰۵	Cbt	act
۰/۰۰۰	۰/۹۰۴	-۷/۶۹	Control	act
۰/۰۰۰	۰/۹۰۵	۸/۱۹	Sft	control
۰/۰۰۰	۰/۹۳۰	۹/۱۹	Cbt	control
۰/۰۰۰	۰/۹۰۴	۷/۶۹	Act	control

همان گونه که از مشاهده نتایج مشخص می‌شود با وجود اینکه هر سه روش تاثیر مطلوبی بر افسردگی داشته‌اند، اما روش درمانی شناختی- رفتاری نسبت به دو روش درمان دیگر تاثیر بیشتری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه حل محور، شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه انجام شد. نتایج نشان داد که هر سه رویکرد بر کاهش افسردگی و ارتقا کیفیت زندگی زنان مطلقه موثر بوده‌اند. همچنین مقایسه نتایج پس از آزمون سه گروه آزمایش نشان داد که اثربخشی رویکرد شناختی- رفتاری نسبت به دو رویکرد دیگر بیشتر بوده است.

در تبیین نتایج این تحقیق می‌توان گفت شکست در زندگی زناشویی، نشخوار فکری و مشغولیت ذهنی زنان مطلقه به زندگی زناشویی گذشتگان، هیجانات منفی و نگرانی آنها نسبت به آینده باعث ایجاد فشارهای روانی و اختلالاتی مانند افسردگی، بیماری‌های جسمی و روابط اجتماعی نامناسب می‌شود که همه این موارد کیفیت زندگی آنها را کاهش می‌دهد. در درمان راه حل محور به جای تمرکز بر علل ایجاد مشکل، بر شناسایی راه حل‌ها تأکید می‌شود. در درمان افسردگی با رویکرد راه حل محور به مراجع کمک می‌شود تا استثناها و لحظاتی که فرد افسرده نیست یا شدت افسردگی کمتر است را شناسایی و تقویت کند؛ بدین ترتیب فرد متوجه می‌شود که افسردگی یک اتفاق دائمی و همیشگی نیست و فرد از توانایی و منابع لازم جهت برخورد مناسب با افسردگی و تبعات آن برخوردار است و همین امر باعث تغییرات شناختی بزرگی در فرد می‌شود که می‌تواند محرکی باشد برای ایجاد تغییرات بیشتر و موثرتر و به دنبال آن کیفیت زندگی نیز ارتقا پیدا می‌کند. نتایج بدست آمده از اثربخشی رویکرد راه حل محور در این تحقیق با نتایج تحقیق ردی و همکاران (۲۰۱۵) و دشتی زاده و همکاران (۱۳۹۴) همخوانی دارد.

در رویکرد مبتنی بر تعهد و پذیرش انعطاف ناپذیری روانشناختی و اجتناب از پذیرش احساسات و افکار آزاردهنده منجر به تقویت این احساسات و افکار و آزار دهندگی بیشتر آنها می‌شود. در این رویکرد به فرد کمک می‌شود تا به جای زندگی در گذشته و آینده، تمرکز خود را متوجه زمان حال سازد و بتواند ارزش‌های خود را شناسایی کند و حتی با وجود افکار و احساسات آزاردهنده، مطابق ارزش‌ها و اهداف خود عمل کند. در واقع فرد

یاد می‌گیرد به جای تلاش برای کنترل رویدادهای درونی آنها را بپذیرد و در جهت رسیدن به اهداف و ارزش‌های خود گام بردارد بدین ترتیب عملکرد کلی فرد در سطح فردی و خانوادگی بهبود می‌یابد. زنان مطلقه تحت درمان با این رویکرد می‌آموزند که به جای غرق شدن در زندگی زناشویی از دست رفته خود و سختی‌ها و دشواری‌هایی که ممکن است در آینده با آن مواجه شوند، اهداف منطبق بر ارزش‌های خود را شناسایی کنند و حتی با وجود افکار و احساسات فرساینده‌ای که موجب افسردگی فرد و کاهش کیفیت زندگی او می‌شوند، متعهدانه به اهداف خود پایبند باشند تا بتوانند بهتر و کارآمدتر زندگی و شرایط خود را مدیریت کنند و در کنار آرامش روانی و جسمانی و روابط اجتماعی بهتر از زندگی سالم‌تر و شاداب‌تری برخوردار شوند. نتایج بدست آمده با نتایج تحقیق روبین و همکاران (۲۰۱۵)، حر و همکاران (۱۳۹۲)، ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۲) هماهنگی دارد.

در درمان افسردگی با رویکرد شناختی-رفتاری، شناخت‌های ناکارآمد افراد، هیجاناتی نظیر اضطراب، نگرانی و حالات خلقی ناپایدار و رفتارهای ناشی از شناخت‌های معیوب و هیجانات منفی مورد توجه قرار می‌گیرند. در این رویکرد، به فرد کمک می‌شود تا بتواند باورهای نادرست درباره خود، دنیا و آینده را شناسایی و اصلاح کند و به دنبال آن از بوجود آمدن هیجانات و رفتارهای منفی جلوگیری کند. به همین ترتیب زنان مطلقه با شناسایی و به چالش کشیدن افکار ناکارآمد خود درباره شکست‌ها و ناکامی‌هایشان و آینده‌ای که در پیش رو دارند و جایگزین کردن آنها با افکار سازنده، آرامش روانی و جسمی بیشتری را تجربه کنند و می‌توانند بهتر با دیگران ارتباط برقرار کنند؛ در نتیجه افسردگی، کاهش و کیفیت زندگی بهبود می‌یابد. نتایج بدست آمده از اثربخشی رویکرد شناختی-رفتاری در این تحقیق با نتایج تحقیق مک‌هاگ، هیرون و اتو (۲۰۱۰)، سوگرمن، نیک و کارول (۲۰۱۰)، اوسیلا و همکاران (۲۰۰۹)، همخوانی دارد.

نتایج تحقیق حاضر نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری نسبت به دو درمان دیگر در درمان افسردگی و ارتقاء کیفیت زندگی زنان مطلقه موثرتر بوده است. نتایج به دست

آمده با نتایج تحقیق واتکینز^۱ و همکاران (۲۰۰۷) همخوانی دارد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت زنان مطلقه پس از طلاق از لحاظ فردی، خانوادگی و اجتماعی با آسیب‌های فراوانی روبرو هستند. دید منفی جامعه نسبت به زنان مطلقه، سرزنش‌ها، تهمت‌ها، توهین و تحقیر و طرد از طرف خانواده، دوستان و آشنایان و به‌دنبال آن انزوای اجتماعی می‌تواند باعث ایجاد احساس بی‌کفایتی، عدم شایستگی، از بین رفتن عزت نفس، ایجاد خودپنداره منفی، احساس گناه، خجالت، شرم و سرافکنندگی، ناامیدی، یاس، درماندگی، خشم و عصبانیت، انتقامجویی، اضطراب و ترس از آینده شود به بیان دیگر شناخت‌های معیوب و نگرش‌های منفی نسبت به خود و اتفاقی که رخ داده است در کنار نداشتن مهارت‌های ارتباطی لازم در جهت رفع مشکلات خانوادگی و اجتماعی و همچنین مشکلات اشتغال، مسکن مناسب و مسائل اقتصادی و عدم دریافت حمایت‌های مالی و عاطفی می‌تواند باعث بروز آسیب‌های روانی مانند افسردگی، اضطراب و بیماری‌های جسمانی مزمنی شود که کیفیت زندگی این زنان را از لحاظ جسمی، روانشناختی، اجتماعی و محیطی تنزل دهد. بررسی موارد ذکر شده و توجه به فرهنگ جامعه ایرانی و تأثیر عمیقی که زندگی خانوادگی و دید اجتماعی نسبت به زنان مطلقه بر سلامت روان و کیفیت زندگی این زنان دارد، اهمیت توجه به مهارت‌های ارتباطی در کنار مهارت‌های شناختی را مشخص می‌سازد. از بین سه رویکردی که در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفته است، تنها درمان شناختی- رفتاری همانطور که به بازسازی شناختی افکار و باورهای معیوب می‌پردازد و به زنان مطلقه کمک می‌کند تا عزت‌نفس از دست رفته خود را دوباره بدست آورند و از احساس گناه و یا حس خشم و عصبانیت نسبت به خودشان، همسر سابقشان، اطرافیان و بطور کلی شکستی که در زندگی زناشویی داشته‌اند رهایی یابند به همان میزان سعی می‌کند تا با آموزش مستقیم مهارت‌هایی نظیر مهارت حل مساله، مذاکره، حل تعارض و کنترل خشم به زنان مطلقه کمک کند تا بتوانند در مقابل مشکلات و مسایل خانوادگی و اجتماعی بهترین عکس‌العمل را نشان دهند و بدین ترتیب از روابط مسالمت‌آمیز و حمایت

۱. Watkins

خانواده، دوستان و سایر افراد جامعه برخوردار شوند. همین حمایت، پشتیبانی و ارتباطات موثر، خلاء عاطفی و روانی ناشی از طلاق را تا حدود زیادی پر خواهد کرد و به زنان مطلقه این توانایی را می‌دهد که موثرتر با استرس‌ها و فشارهای زندگی پس از طلاق برخورد کنند. بدین ترتیب نه تنها کوشش خود فرد، بلکه کمک و همیاری حامیان این افراد می‌تواند عاملی باشد در جهت توانمندسازی این زنان برای سازگاری پس از طلاق و در امان ماندن از بسیاری از آسیب‌های روانی، جسمانی و اجتماعی.

با توجه به افزایش نرخ طلاق و آسیب‌پذیری زنان مطلقه، ارگان‌ها و نهادهای فرهنگی اجتماعی نظیر صدا و سیما، شهرداری، بهزیستی، کمیته امداد و مراکز مشاوره می‌توانند با استفاده از نتایج این تحقیق و ارائه برنامه‌های آموزشی در قالب سه رویکرد مطرح شده به کاهش آسیب‌های روانی زنان مطلقه و ارتقاء کیفیت زندگی آنان کمک کنند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از نمونه در دسترس اشاره کرد. همچنین با توجه به اینکه جامعه آماری پژوهش حاضر، زنان متأهل بین ۲۰ تا ۵۰ سال اهل شهر سنندج بودند، نتایج به دست آمده از قابلیت تعمیم کافی برخوردار نیست. انجام پژوهش در جامعه پژوهشی معرف‌تر می‌تواند تعمیم‌پذیری بیشتری به دنبال داشته باشد. در این راستا پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جامعه مردان و همچنین در سایر شهرهای کشور انجام شود و شباهت‌ها و تفاوت‌های نتایج آن تحقیقات با نتایج تحقیق حاضر مورد بررسی قرار گیرد.

در انتها پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از کلیه بانوانی که در این تحقیق مشارکت داشتند، تشکر و سپاسگزاری نمایند.

منابع

ابراهیمی، امراله؛ رضائیان، معصومه؛ خوروش، مهدی و ضرغام، مهتاب. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر پذیرش درد، کیفیت زندگی و کاهش اضطراب مرتبط با درد در بیماران مبتلا به دردهای مزمن لگن. پنجمین

- کنگره سایکوسوماتیک. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان چهارمحال و بختیاری.
- امان‌اللهی، عباس؛ حیریان‌فرد، نرگس؛ خجسته‌مهر، رضا و ایمانی، مهدی. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در درمان پریشانی زوج‌ها. دو فصلنامه مشاوره کاربردی، ۴(۱)، ۱۰۵-۱۲۰.
- باسکیانو، کریستینا. (بی‌تا). قبل از تنهایی. ترجمه مهدی قراچه‌داغی. (۱۳۷۷). تهران: نشر اوحدی.
- برک، لورا ای. (۱۳۸۶). روانشناسی رشد. ترجمه: یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات ارسباران.
- بلالی، طیبه؛ اعتمادی، عذرا و فاتحی‌زاده، مریم‌السادات. (۱۳۹۰). بررسی رابطه عوامل روانشناختی و جمعیت‌شناختی پیش‌بینی‌کننده سازگاری پس از طلاق در زنان مطلقه شهر اصفهان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۲(۵)، ۳۳-۵۷.
- انوری، محمد حسن؛ ابراهیمی، امراله؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر؛ افشار، حمید و عابدی، احمد. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد (ACT) بر پذیرش درد، اضطراب مرتبط با درد و شدت درد بیماران مرد مبتلا به درد مزمن. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۳۲(۲۹۵)، ۱-۱۰.
- پروچاسکا، جیمز. و نورکراس، جان. (۲۰۰۷). نظریه‌های روان‌درمانی. ترجمه ی. سید محمدی. (۱۳۸۷). تهران: رشد
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمد رضا. (۱۳۹۲). کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. فیض، ۱۷(۳)، ۲۷۵-۲۸۶.
- حر، مریم؛ آقایی، اصغر؛ عابدی، احمد و عطاری، عباس. (۱۳۹۲). تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱(۲)، ۱۲۸-۱۲۱.

- حفاریان، لیلا. (۱۳۸۶). مقایسه عزت نفس، شادمانی، کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان مطلقه و غیر مطلقه شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان.
- داوودی، زهرا؛ اعتمادی، عذرا و بهرامی، فاطمه. (۱۳۹۰). رویکرد کوتاه مدت راه حل محور برای کاهش گرایش به طلاق در زنان و مردان مستعد طلاق. فصلنامه رفاه اجتماعی. ۱۱(۴۳)، ۱۲۱-۱۳۴.
- دشتی زاده، نسرين؛ ساجدی، هاله؛ محمدنظری، علی؛ داورنیا، رضا و شاکرمی، محمد. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور (SFBT) بر کاهش نشانگان افسردگی زنان. مجله بالینی پرستاری و مامایی. ۴(۳)، ۶۷-۷۸.
- رستمی، رضا؛ رضایی، سعید؛ حسینی، سیده بنفشه و گازرانی، فاطمه. (۱۳۸۸). سبک دلبستگی زوجین در حال طلاق. مهندسی فرهنگی، شماره های ۳۷ و ۳۸، ۵۴-۴۶.
- ریاحی، محمد اسماعیل؛ علیوردی نیا، اکبر و بهرامی کاکاوند، سیاوش. (۱۳۸۶). تحلیل جامعه شناختی میزان گرایش به طلاق. پژوهش زنان، ۵(۳)، ۱۴۰-۱۰۹.
- سعیدیان، فاطمه. (۱۳۸۸). بررسی عزت نفس در زنان سرپرست خانوار. مجموعه مقالات دومین همایش توانمندسازی و توان افزایی زنان سرپرست خانوار، ۲۲۵-۲۰۱.
- صادقی، سعید؛ سهرابی، فرامرز؛ دلاور، علی؛ برجعلی، احمد و صادقی، غلامرضا. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی تلفیق دارو درمانی و شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی زنان مطلقه شهر اصفهان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۲۸(۱۱۲)، ۶۷۸-۶۶۱.
- صدرالاشرفی، مسعود؛ خنکدار طارسی، معصومه؛ شمخانی، اژدر و یوسفی افراشته، مجید. (۱۳۹۱). آسیب شناسی طلاق (علل و عوامل) و راهکارهای پیشگیری از آن. فصلنامه مهندسی فرهنگی، ۷۳، ۵۳-۲۶.
- صحت، فاطمه؛ صحت، نرگس؛ خانجانی، سحر؛ محبی، سیامک و شاه سیاه، مرضیه. (۱۳۹۳). تأثیر رویکرد کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش تعارضات زناشویی شهر قم. مجله تحقیقات نظام سلامت. ۱۰(۲)، ۲۶۸-۲۷۵.

- فرزادفر، منیره. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش شادمانی به شیوه فوردایس بر کاهش افسردگی زنان بی سرپرست شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزد اسلامی واحد خوراسگان.
- فتی، لادن. (۱۳۸۲). ساختارهای معناگذاری حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چهارچوب مفهومی. پایان‌نامه دکتری روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- قدوسی، آرش. (۱۳۷۹). بررسی شیوع و شدت افسردگی در زنان در شرف طلاق، خلاصه مقالات نخستین همایش سراسری علل و پیامدهای طلاق، سازمان بهزیستی استان اصفهان.
- قمری، محمد. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی مشاوره راه حل محور در کاهش ابعاد مختلف تعارض زناشویی زوج‌های هر دو شاغل. مجله خانواده پژوهی، ۵(۱۹)، ۳۵۹-۳۴۷.
- کاپلان، هارولد آی و سادوک، بنیامین جی. (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی. ترجمه فرزین رضاعی. (۱۳۸۷). تهران: ارجمند.
- گلدنبرگ، ایرنه و گلدنبرگ، هربرت. (۲۰۰۰). خانواده درمانی. ترجمه حمید رضا حسین شاهی برواتی و همکاران. (۱۳۸۹). تهران: نشر روان.
- محبی، سیده فاطمه. (۱۳۸۰). آسیب‌شناسی اجتماعی زنان - طلاق، فصلنامه کتاب زنان، ۱۲، ۲۲-۸.
- محمدنظری، علی؛ رسولی، محسن؛ داورنیا، رضا، حسینی، امین و بابایی گرمخانی، محسن. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر فرسودگی زناشویی و میل به طلاق در زنان متأهل. نشریه روان پرستاری، ۳(۳)، ۴۱-۵۲.
- مژدهی، محمد رضا؛ اعتمادی، احمد و فلسفی نژاد، محمدرضا. (۱۳۹۰). بررسی میانجی‌های درمانی و اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۲(۷)، ۳۰-۲.
- مولوی گنجی، سجاد و تقوی زاده، مهدی. (۱۳۸۹). بررسی نقش عوامل جامعه شناختی بر بروز طلاق در زندانیان زندان مرکزی رشت. اصلاح و تربیت، ۹۹، ۳۷-۳۳.

- ملک محمودی الیگودرزی، امیر. (۱۳۸۱). پس از طلاق. اصفهان: شهید حسین فهمیده.
- نریمانی، محمد و بخشایش، رباب. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی، هیجانی و رضایت زناشویی زوجین در معرض طلاق. فصلنامه پژوهش‌های مشاوره، ۱۳(۵۲)، ۱۰۸-۱۲۲.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نایینی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴)، ۱-۱۲.
- نصیری، حبیب‌الله. (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و تهیه نسخه‌ی ایرانی آن. سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران: دانشگاه علم و صنعت.
- نیکولز، مایکل. (۲۰۰۲). خانواده درمانی (مفاهیم و روشها). ترجمه محسن دهقانی و همکاران. (۱۳۹۳). تهران: نشر دانژه.
- نیلی احمدآبادی، زهرا؛ آرین، خدیجه و سعدی پور، اسماعیل. (۱۳۹۴). بررسی راهبردهای توانمندسازی مبتنی بر بازسازی شناختی - رفتاری بر تقویت خودپنداره زنان پس از طلاق شهر تهران. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۶(۲۱)، ۳۹-۶۶.
- هاوتون، کیت؛ کرک، جوان؛ سالکووسکیس، پال و کلارک، دیوید میلر. (۱۹۸۷). رفتاردرمانی شناختی (راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی). ترجمه حبیب‌الله قاسم زاده. (۱۳۸۷). جلد اول. تهران: نشر ارجمند.

Abdul Kadir, N., & Bifulco, A. (۲۰۱۱). Vulnerability, life events and depression amongst Moslem Malaysian women: comparing those married and those divorced or separated. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, ۴۶, ۸۵۳-۸۶۲.

Anderson, D. K., Saunders, D. G., Yoshihama, M., Bybee, D. I., & Sullivan, C. M. (۲۰۰۳). Long-term Trends in Depression among Women Separated from Abusive Partners. *Violence against Women*, ۹, ۸۰۷-۸۳۸.

- Bach, P., & Hayes, S. C. (۲۰۰۲). The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consult Clinical Psychology*, ۷۰(۵), ۱۱۲۹-۱۱۳۹.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (۱۹۸۸). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, ۸, ۷۷-۱۰۰.
- Bowling, A., & Zahava, G. (۲۰۰۴). An Integrational model of quality of life in older age. Results from the ESRC/MRC HSRC quality of life survey in Britain. *Social Indicators Research*, ۶۹, ۱-۳۶.
- Burns, D. D., & Beck, A. T. (۱۹۷۸). *Cognitive behavior modification of mood disorders*. In J. P. Foreyt & D. P. Rathjen (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Research and application*. New York, NY: Plenum Press.
- Dattilio, F. M. (۲۰۱۰). *Cognitive-behavioral therapy with couples and families: a comprehensive guide*. New York: Guilford Press.
- Driessen, E., & Hollon, S. D. (۲۰۱۱). Motivational Interviewing From a Cognitive Behavioral Perspective. *Cognitive and Behavioral Practice*, ۱۸(۱), ۷۰-۷۳.
- Eakes, G., Walsh, S., Markowski, M., Cain, H., & Swanson, M. (۱۹۹۷). Family-centered brief solution-focused therapy with chronic schizophrenia: A pilot study. *Journal of Family Therapy*, ۱۹(۲), ۱۴۵-۱۵۸.
- Gahler, M. (۲۰۰۶). To divorce is to die a bit: A longitudinal study of marital disruption and psychological distress among Swedish women and men. *The Family Journal*, ۱۴, ۳۷۲-۳۸۲.
- Guterman, J. T., & Rudes, J. A. (۲۰۰۵). Solution-focused approach to rational-emotive behavior therapy: Toward a theoretical integration. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, ۲۳(۳), ۲۲۳-۲۴۴.
- Harris, R. (۲۰۰۷). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Introductory Workshop Handout*. Available from: <http://www.actmindfully.com.au>
- Hajak, G. (۲۰۰۱). Epidemiology of severe insomnia and its consequences in Germany. *European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, ۲۵۱(۲), ۴۹-۵۶.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. (۲۰۰۴). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, ۵۴, ۵۵۳-۷۸.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (۲۰۱۰). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer science and business media Inc.

- Hoyt, M. F. (۲۰۰۰). *Some stories are better than others*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N., & Johnson, A. (۲۰۱۰). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, ۲۶(۵), ۳۹۳-۴۰۲.
- Lipchik, E. (۲۰۰۲). *Beyond technique in solution-focused therapy*. New York: Guilford press.
- Lorenz, F. O., Simons, R. L., Conger, R. D., Elder, G. H., Jr., Johnson, C., & Chao, W. (۱۹۹۷). Married and recently divorced mothers' stressful events and distress: Tracing change across time. *Journal of Marriage and the Family*, ۵۹, ۲۱۹-۲۳۲.
- Mantovani, A., Simpson, H. B., Fallon, B. A., Rossi, S., & Lisanby, S. H. (۲۰۱۰). Randomized sham controlled trial of repetitive transcranial magnetic stimulation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, ۱۳(۲), ۲۱۷-۲۲۷.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (۲۰۱۰). Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, ۳۳(۳), ۵۱۱-۵۲۵.
- Mudd, J. (۲۰۰۰). *Solution-focused therapy and communication skills training; An intergrated approach to couple therapy*. Thesis submitted to the faculty of the Virginia Polytechhnic institute and state university in partial fulfillment of the requirements of the degree of master of science.
- Muñoz, R. F., Aguilar, S. G., & Guzmán, J. (۲۰۰۷). *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.
- Nelson, T.S., & Thomas, F.N., (۲۰۰۷). *Handbook of solution-focused brief therapy: Clinical applications*. Binghampton. New York: Haworth Press.
- Osilla, K. C., Hepner, K. L., Muñoz, R. F., Woo, S., & Watkins, K. (۲۰۰۹). Developing an Integrated treatment for substance use and depression using cognitive-behavioral therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, ۳۷(۴), ۴۱۲-۴۲۰.
- Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (۲۰۰۹). using acceptance and commitment therapy to treat distress couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavior Practice*, ۱۶, ۴۳۰-۴۴۲.
- Rapley, M. (۲۰۰۳). *Quality of life research: A critical introduction*. Sage Publication: London.

- Reddy, P. D., Thirumorthy, A., Vijayalakshmi, P., & Hamza, M. A. (۲۰۱۵). Effectiveness of solution-focused brief therapy for an adolescent girl with moderate depression. *Indian Journal of Psychological Medicine*, ۳۷(۱), ۸۷-۹.
- Robyn, D., Walser, D. W., Garvert, E., Karlin, M., Trocke, I., & Danielle, M. (۲۰۱۵). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in veterans. *Behavior Research and Therapy*, ۷۴, ۲۵-۳۱.
- Rouillon, F. & Martineau, C. (۱۹۹۷). Epidemiology of panic disorder. *Biological Psychology*, ۲۴(۱), ۱۹-۲۸.
- Sugarman, D. E., Nich, C., & Carroll, K. M. (۲۰۱۰). Coping strategy use following computerized cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, ۲۴(۴), ۶۸۹-۶۹۵.
- Twohig, M. P., & Whittal, M. L. (۲۰۰۸). *An evaluation of mechanisms of action in ACT, CT, and RFT forced*. Paper presented at the Annual Conference of the Association for Behavior Analysis, May ۲۴-۲۷, Chicago, IL.
- Walther, J., & Peller, J. E. (۱۹۹۲). *Becoming solution-focused in brief therapy*. New York: Bruner/Mazel.
- Watkins, E., Scott, J., Wingrove, J., Rimes, K., Bathurst, N., Steiner, H., Kennell Webb, S., Moulds, & Malliaris, Y. (۲۰۰۷). Rumination-focused cognitive Therapy for residual depression: a case series. *Behaviour Research and Therapy*, ۴۵, ۲۱۴۴-۲۱۵۴.

Archive of SID