

اثربخشی درمان مختصر شناختی-رفتاری (CBT) بر افسردگی، میل به خودکشی و تعارضات زناشویی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۰۲

کد مقاله: ۲۸۲۷۱

سیمما جمشیدیان قلعه سفیدی^۱، نورالله شیخ پور^۲

چکیده

افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی است که پیامدهایی همچون کاهش عملکرد فردی، افزایش افکار خودکشی و اختلال در روابط زناشویی دارد. درمان شناختی-رفتاری (CBT) یکی از رویکردهای مبتنی بر شواهد است که با اصلاح افکار ناکارآمد و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، نقش مهمی در کاهش مشکلات هیجانی دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مختصر CBT بر افسردگی، میل به خودکشی و تعارضات زناشویی زنان متأهل انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ۳۰ زن متأهل به‌صورت در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزارها شامل پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس افکار خودکشی بک و پرسشنامه تعارضات زناشویی بود. گروه آزمایش طی هشت جلسه درمان مختصر CBT دریافت کرد. داده‌ها با تحلیل کوواریانس بررسی شد. نتایج نشان داد CBT موجب کاهش معنادار افسردگی، میل به خودکشی و تعارضات زناشویی شد. این یافته‌ها نشان می‌دهد CBT می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای کوتاه‌مدت و کارآمد در مراکز بهداشتی مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، افسردگی، میل به خودکشی، تعارضات زناشویی، زنان متأهل

۱ - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، simajam88@gmail.com

۲ - دکتری تخصصی مشاوره، Nsheykhpoor@yahoo.com

۱- مقدمه

خانواده یکی از اساسی‌ترین نهادهای اجتماعی است که بر پایه ازدواج شکل می‌گیرد و نقش مهمی در تأمین امنیت روانی، عاطفی و اجتماعی افراد ایفا می‌کند. ایجاد و حفظ روابط صمیمانه و پایدار با دیگران از نیازهای بنیادی انسان به شمار می‌رود (اصلانی و همکاران، ۱۳۹۴). با این حال، خانواده همواره در معرض تنش‌ها و مشکلاتی قرار دارد که می‌تواند عملکرد آن را مختل سازد. مشکلات خانوادگی مجموعه‌ای از مسائل و رویدادهایی است که یک یا چند عضو خانواده و در نهایت کل نظام خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. زوجین به دلایل مختلفی از جمله شناخت ناکافی از یکدیگر، انتظارات غیرواقع‌بینانه از ازدواج، مشکلات اقتصادی، اجتماعی و اخلاقی، تعارض‌ها و مشکلات متعددی را در زندگی زناشویی تجربه می‌کنند (کیان‌زاد و همکاران، ۱۴۰۰).

یکی از مهم‌ترین مشکلات روان‌شناختی در زنان متأهل، اختلال افسردگی اساسی است. افسردگی اساسی به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی، بار اقتصادی، هیجانی و اجتماعی قابل توجهی را برای فرد، خانواده و جامعه به همراه دارد (گیرینبرگ و همکاران، ۲۰۱۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان شناختی - رفتاری می‌تواند در کاهش علائم افسردگی و بهبود عملکرد بین‌فردی مؤثر باشد. دوراس، خفیف، لوتوفونو و سرافیم (۲۰۲۰) گزارش کردند که زوج‌درمانی شناختی - رفتاری موجب کاهش علائم افسردگی و اضطراب و همچنین افزایش سازگاری و مهارت‌های اجتماعی زناشویی می‌شود. همچنین، کیان‌زاد، نشاط‌دوست، مهرابی و موسوی (۱۴۰۰) نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری مختصر موجب کاهش افسردگی، افکار خودکشی و راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان در زنان اقدام‌کننده به خودکشی شده است.

از دیگر مشکلات مهم در زنان متأهل، افکار و تمایلات خودکشی‌گرایانه است. خودکشی و رفتارهای مرتبط با آن، از جمله افکار خودکشی، برنامه‌ریزی و اقدام به خودکشی، یکی از معضلات جدی حوزه سلامت روان محسوب می‌شود. میل به خودکشی به هرگونه اندیشه خودتخریبی اشاره دارد و طیفی از افکار مبهم درباره پایان دادن به زندگی تا اقدام کامل به خودکشی را دربرمی‌گیرد (سو و همکاران، ۲۰۲۱؛ هامر و همکاران، ۲۰۲۲). رفتارهای خودکشی‌گرایانه از مهم‌ترین نگرانی‌های بهداشت عمومی در سراسر جهان است و ضرورت استفاده از درمان‌های مؤثر برای کاهش خطر خودکشی را دوچندان کرده است (باستوز و همکاران، ۲۰۱۹). در این زمینه، رستمی، آزاد و رحمتی (۱۴۰۰) نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری کوتاه‌مدت موجب کاهش معنادار افکار خودکشی در سربازان وظیفه می‌شود. همچنین، زمستانی، یوسفی و کشاورزی (۱۳۹۴) دریافتند که گروه‌درمانی شناختی - رفتاری همراه با آموزش خانواده، علائم افسردگی، افکار خودکشی‌گرا و راهبردهای منفی تنظیم هیجان را کاهش می‌دهد و آثار درمان در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی می‌ماند. افزون بر این، دایفنبج، رود، مرلینگ و دیویس (۲۰۲۱) گزارش کردند که درمان شناختی - رفتاری مختصر می‌تواند در کاهش افکار و رفتارهای خودکشی‌گرایانه بیماران بستری مؤثر باشد.

علاوه بر افسردگی و افکار خودکشی، تعارضات زناشویی نیز از مشکلات شایع در زندگی مشترک محسوب می‌شود. تعارض زناشویی زمانی شکل می‌گیرد که میان زوجین ناسازگاری، تفاوت یا عدم توافق وجود داشته باشد (ویلسون و همکاران، ۲۰۱۷). وجود تعارضات زناشویی می‌تواند سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار دهد و زمینه‌ساز بروز مشکلاتی نظیر افسردگی، اختلالات رفتاری و رفتارهای خودکشی‌گرایانه شود (مدیگان و همکاران، ۲۰۱۷؛ بداسو و همکاران، ۲۰۲۱). در مقابل، روابط زناشویی سالم و عاری از تعارض می‌تواند موجب افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان زوجین شود (اراس و همکاران، ۲۰۱۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهد زوج‌هایی که توانایی بیان و مدیریت تفاوت‌های خود را ندارند، رضایت زناشویی کمتری را تجربه می‌کنند و بیشتر در معرض مشکلات روان‌شناختی قرار دارند (بوهرلر و همکاران، ۲۰۲۰).

مطالعات مختلف اثربخشی مداخلات شناختی - رفتاری را در کاهش تعارضات زناشویی تأیید کرده‌اند. نوربخش باغبادرانی و لطیفی (۱۴۰۰) نشان دادند که درمان تلفیقی شناختی - رفتاری و ذهن‌آگاهی موجب کاهش معنادار اضطراب و تعارضات زناشویی در زنان دارای حسادت بیمارگون می‌شود. همچنین، پارسه، نادری و مهرابی‌زاده هنرمند (۱۳۹۴) گزارش کردند که خانواده‌درمانی شناختی - رفتاری باعث کاهش تعارضات زناشویی و افزایش رضایت جنسی زوجین شده و آثار آن در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است. افزون بر این، اوگودی، نوانخو و جوکو (۲۰۲۲) نیز اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را در مدیریت تعارضات زناشویی زوجین تأیید کردند.

درمان شناختی - رفتاری (CBT) یکی از مؤثرترین رویکردهای روان‌درمانی کوتاه‌مدت است که بر اصلاح افکار ناکارآمد و تغییر الگوهای رفتاری ناسازگار تأکید دارد. این رویکرد با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر بازسازی شناختی و فعال‌سازی رفتاری، به بهبود علائم افسردگی، کاهش افکار خودکشی و ارتقای عملکرد فردی و بین‌فردی کمک می‌کند (بک، ۲۰۱۹؛ هانگ و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که CBT علاوه بر درمان افسردگی، در پیشگیری از افسردگی در افراد در معرض خطر نیز مؤثر است (سانتوفت، ۲۰۱۹). از آنجا که مشکلاتی نظیر افسردگی، افکار خودکشی و تعارضات زناشویی می‌توانند کیفیت زندگی زنان متأهل را به شدت تحت تأثیر قرار دهند، استفاده از مداخلات کوتاه‌مدت و کم‌هزینه‌ای مانند درمان شناختی - رفتاری ضروری به نظر می‌رسد.

بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که تاکنون مطالعه‌ای درباره اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مختصر بر اختلال افسردگی اساسی، میل به خودکشی و تعارضات زناشویی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهرستان مبارکه انجام نشده است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مختصر بر اختلال افسردگی اساسی، میل به خودکشی و تعارضات زناشویی زنان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شهرستان مبارکه انجام شد.

هدف کلی پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مختصر بر اختلال افسردگی اساسی، میل به خودکشی و تعارضات زناشویی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شهرستان مبارکه است. همچنین، اهداف اختصاصی پژوهش شامل بررسی اثربخشی این مداخله بر کاهش افسردگی اساسی، کاهش میل به خودکشی و کاهش تعارضات زناشویی زنان می‌باشد.

بر این اساس، فرضیه اصلی پژوهش عبارت است از اینکه درمان شناختی - رفتاری مختصر بر اختلال افسردگی اساسی، میل به خودکشی و تعارضات زناشویی زنان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شهرستان مبارکه اثربخش است. همچنین، فرضیه‌های فرعی پژوهش بیان می‌کند که این مداخله بر کاهش افسردگی اساسی، کاهش میل به خودکشی و کاهش تعارضات زناشویی زنان متأهل اثربخش است.

۲- روش پژوهش

تحقیق حاضر یک تحقیق کاربردی بود. روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. در این پژوهش روش درمانی شناختی رفتاری به عنوان متغیر مستقل و اختلال افسردگی اساسی و میل به خودکشی و تعارضات زناشویی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. روش اجرای پژوهش به صورت حضوری و پر کردن پرسشنامه‌ها بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش ۲۰۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شهرستان مبارکه در سال ۱۴۰۱ بود.

در این تحقیق ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و به طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه کنترل و ۱۵ نفر در گروه آزمایش جایگزین شدند. روش نمونه‌گیری و انتخاب نمونه معرف از جامعه در پژوهش حاضر از طریق نمونه‌گیری در دسترس بود. براین اساس برای این افراد منتخب شرایط جلسات توضیح داده شد. البته، پیش از ارائه آموزش‌ها پرسشنامه‌های مربوطه به وسیله افراد تکمیل شد (هر دو گروه). این برنامه آموزشی مدت ۹ جلسه حدود ۱/۵ ساعت به طول انجامید. در آخرین جلسه پرسشنامه‌های فوق توسط افراد مجدداً تکمیل شد. پرسشنامه تعارضات زناشویی (R-MCQ) - مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) - پرسشنامه افسردگی بک

پرسشنامه تعارض زناشویی: یک ابزار ۵۴ سؤالی است که برای سنجیدن تعارضات زن و شوهری توسط بوسستانی پور و ثنائی ذاکر در سال ۲۰۱۲ ساخته شده است. این پرسشنامه هشت بعد از تعارضات را می‌سنجد که عبارتند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر و کاهش ارتباط مؤثر. الفای کرونباخ ابتدا برای کل و برای هریک از خرده مقیاس‌های به دست آمده و ۸ خرده مقیاس آن از این قرار است: کاهش همکاری، ۰/۷۱؛ کاهش رابطه جنسی، ۰/۶۱؛ افزایش واکنش‌های هیجانی، ۰/۷۰؛ افزایش جلب حمایت فرزندان، ۰/۳۳؛ افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، ۰/۸۶؛ کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، ۰/۸۹؛ جدا کردن امور مالی از یکدیگر، ۰/۷۱ و کاهش ارتباط مؤثر، ۰/۶۹. همچنین این پرسشنامه از روایی خوبی برخوردار است. در مرحله تحلیل محتوای آزمون، پس از اجرای مقدماتی و محاسبه همبستگی هر سؤال با کل پرسشنامه و مقیاس‌های آن، به دلیل همبستگی هر سؤال با کل پرسشنامه و مقیاس‌های آن، به دلیل همبستگی مناسب سؤالات، هیچ سؤالی حذف نشد (۱۵۰). در پژوهش بخشی پور، اسدی، کیانی، شیر علی پور و احمد دوست همسانی درونی (به روش آلفای کرونباخ) برای کل مقیاس‌های این پرسشنامه برابر ۰/۹۰ به دست آمد و برای ۸ خرده مقیاس به صورت زیر بوده است: کاهش همکاری، ۰/۷۹؛ کاهش رابطه جنسی، ۰/۶۹؛ افزایش واکنش‌های هیجانی، ۰/۷۲؛ افزایش جلب حمایت فرزندان، ۰/۵۶؛ افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، ۰/۷۸؛ کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، ۰/۸۰؛ جدا کردن امور مالی از یکدیگر، ۰/۷۰ و کاهش ارتباط مؤثر، ۰/۷۵ (۱۵۱). در پژوهشی با کاربرد روش الفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۶ برآورد شده است (۱۵۰).

مقیاس بک (۱۹۶۱): برای افکار خودکشی یکی از ابزارهای مورداستفاده در مطالعات مربوط به افکار خودکشی است، شامل ۱۹ پرسش است که هر پرسش از صفر تا دو نمره می‌گیرد، بنابراین جمع نمرات از صفر تا ۳۸ متغیر است. همبستگی درونی این آزمون ۰/۸۹ و پایایی باز آزمایی آن ۰/۸۳ گزارش شده است (۱۱۳). اعتبار همزمان این آزمون با مقیاس سنجش خطر خودکشی ۰/۶۹ بوده است. نمره‌گذاری نهایی این آزمون بین ۰ تا ۳ فاقد افکار خودکشی، ۴ تا ۱۷ دارای افکار خودکشی و ۱۲ تا ۳۸ دارای افکار خودکشی پرخطر. این آزمون در ایران ترجمه و مطالعات مقدماتی برای اجرای آن در مرکز مطالعات شناخت و رفتار بیمارستان روزبه انجام شد که اعتبار و پایایی آن بالا ارزیابی شده است (۱۱۳).

پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تدوین شد. در سال ۱۹۹۶، بک و همکارانش برای تحت پوشش قرار دادن دامنه وسیعی از نشانه‌ها و برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های افسردگی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، یک تجدیدنظر اساسی در آن انجام دادند. در این فرم تجدیدنظرشده، به منظور انعکاس نشانه‌هایی که با افسردگی شدیدتر همراه هستند (مثل تشویش، احساس بی‌ارزشی، اشکال در تمرکز، از دست دادن انرژی)، چهار ماده آن تغییر داده شد. همچنین برای نشان دادن کاهش اشتها و خواب، در دو ماده آن تجدیدنظر به عمل آمد. به علاوه، متن یا جمله‌بندی بسیاری از ماده‌های دیگر تغییر یافت. پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ سوال است که به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده‌های آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند (۳۳). به عبارت دیگر، این مواد و وزن‌های آن‌ها به طور منطقی انتخاب شده‌اند. محتوای این پرسش‌نامه، به طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تاکید دارد. پرسشنامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است. به این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. پاسخ‌دهندگان به این آزمون، برای درک ماده‌های آن باید حداقل در سطح کلاس پنجم یا ششم توانایی خواندن داشته باشند. آن‌ها باید به هر ماده بر مبنای یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از صفر تا سه پاسخ دهند. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست می‌آید. نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن سطح کلی افسردگی به کار بست: ۰ تا ۱۳: هیچ یا کمترین افسردگی، ۱۴ تا ۱۹: افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸: افسردگی متوسط، ۲۹ تا ۶۳: افسردگی شدید (۳۳).

گردآوری اطلاعات در دو سطح صورت گرفت: سطح میدانی و سطح کتابخانه‌ای. ابتدا و در سطح کتابخانه‌ای به مطالعه منابع مورد نظر پرداخته شد و سپس در سطح میدانی با پرسشنامه‌های مربوط به متغیرهای پژوهش اقدام به جمع‌آوری کمی متغیرها شد. در انتها بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها به تجزیه تحلیل داده‌ها و بحث و بررسی پرداخته شد. قبل از ارائه پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات، به صورت انفرادی نمونه مدنظر با دریافت توضیحات لازم در خصوص اهداف و چگونگی پژوهش، در جریان پژوهش قرار گرفت و ارتباط لازم با آنها برقرار شد. پس از کسب رضایت نامه کتبی از بیماران برای شرکت در مداخله، پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها ارائه شد تا آن را تکمیل کنند. در مرحله بعدی، گروه آزمایش درمان مختصر شناختی رفتاری را به مدت ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی در قالب جلسات گروهی دریافت کرد. گروه کنترل ملاقات‌هایی با آزمونگر داشتند، ولی درمان فعال و مشخصی روی آنها اجرا نشد. پس از اتمام مداخلات، بلافاصله اقدام به جمع‌آوری داده‌های پس‌آزمون انجام خواهد شد. در ضمن اطمینان دهی درباره محرمانه ماندن اطلاعات و آماده کردن افراد نمونه تحقیق از لحاظ روحی و روانی برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی این پژوهش بود.

جدول ۱: پروتکل درمان شناختی رفتاری CBT، بک و همکاران ۱۹۷۹

جلسه	شرح
اول	- تعیین دستور جلسه - بررسی خلق بیمار با آزمون‌های عینی - مرور مختصری بر مشکل فعلی مراجع - تعیین انتظارات مراجع از درمان - آموزش مراجع در مورد انتظاراتش - مشخص کردن تکلیف - جمع بندی و خلاصه جلسه - بازخورد: گرفتن بازخورد از مراجع و بازخورد دادن به او
دوم	- بررسی مختصر خلق بیمار و ایجاد انگیزه مجدد - پل زدن به جلسه قبل، بررسی درک مراجع و برداشت او از جلسه قبل، خلاصه ای از اتفاقات هفته گذشته - مرور تکلیف جلسه قبل - الف: تمثیل سطوح اقیانوس - ب: آموزش الگوی ABC - آموزش و شناسایی فکر خودآیند و مفهوم سازی آن

-تمرین:افکارخودآیند مرتبط با گروه درمانی -تمرین جدول یادداشت روزانه افکار ناکارآمد -آموزش و شناسایی تحریف های شناختی -تمرین:مطالعه لیست تحریف های شناختی -تعیین کردن تکلیف برای هفته جاری:تکمیل جدول یادداشت روزانه افکار ناکارآمد و مرور تحریف های شناختی -جمع بندی و خلاصه کردن جلسه -بازخورد:گرفتن بازخورد از مراجع و بازخورد دادن به او	
-بررسی مختصر هفته گذشته و خلق بیمار و ایجاد انگیزه مجدد -پل زدن به جلسه قبل -مرور تکلیف جلسه قبل و بررسی تکلیف -آموزش پیکان نزولی -تمرین پیکان نزولی -آموزش نقشه شناختی -تمرین نقشه شناختی تعیین تکلیف هفته جاری:جدول یادداشت روزانه افکار ناکارآمد و نوشتن چند پیکان نزولی و ترسیم چند نقشه شناختی -جمع بندی و خلاصه کردن جلسه -بازخورد	سوم
-بررسی مختصر هفته گذشته و خلق بیمار و دادن انگیزه مجدد -پل زدن به جلسه قبل -مرور مشکل در تکلیف جلسه قبل -بررسی تکلیف -توضیح دادن باور هسته ای و مفهوم سازی آن -آموزش تهیه فهرست باورها -طرح شش سوال مهم مربوط به باورها -آموزش تهیه فهرست رتبه بندی پریشانی ذهنی -تمرین تهیه فهرست رتبه بندی پریشانی ذهنی -تعیین تکلیف هفته جاری:ادامه جدول یادداشت روزانه افکار ناکارآمد و مرور شش سوال مهم مربوط به باور -جمع بندی و خلاصه کردن -بازخورد	چهارم
-بررسی مختصر هفته گذشته و خلق بیمار و ایجاد انگیزه -پل زدن به جلسه قبل -مرور تکلیف جلسه قبل -آموزش و تمرین ۳جمله مربوط به مثلث شناختی -آموزش مثال بابانوئل -آموزش و تمرین فهرست باورهایی که تغییر کرده اند -آموزش مثال هیولای دریاچه -آموزش تحلیل عینی -تمرین تحلیل عینی -تعیین تکلیف جلسه جاری :ادامه جدول یادداشت روزانه افکار ناکارآمد و مرور تحلیل عینی در طول هفته -جمع بندی و خلاصه و بازخورد	پنجم
-بررسی مختصر هفته گذشته،خلق بیمار و ایجاد انگیزه مجدد -پل زدن به هفته گذشته -مرور تکلیف جلسه قبل -بررسی تکالیف -آموزش تحلیل همسانی -تمرین تحلیل همسانی -آموزش و تمرین تحلیل سودمندی -تعیین تکلیف برای هفته جاری:ادامه تکلیف جدول یادداشت روزانه افکار ناکارآمد،تحلیل سودمندی و تحلیل همسانی -جمع بندی و خلاصه و بازخورد	ششم
-بررسی مختصر هفته گذشته،خلق بیمار و ایجاد انگیزه مجدد -پل زدن به جلسه قبل -مرور تکلیف جلسه قبل و بررسی تکلیف -آموزش تحلیل منطقی	هفتم

-تمرین تحلیل منطقی -آموزش اصلاح و تغییر فرضیات و قوانین از طریق جملات-ترسیم قراردادی شخصی -تعیین کردن تکلیف برای هفته جاری: ادامه دادن جدول یادداشت روزانه افکار ناکارآمد -مرور تحلیل منطقی و نوشتن جایگزین های فرض های ناکارآمد گذشته به شکل قراردادی شخصی -جمع بندی و خلاصه کردن جلسه	
-بررسی مختصر هفته گذشته، خلق بیمار و ایجاد انگیزه مجدد -پل زدن به جلسه قبل -مرور تکلیف جلسه قبل و بررسی تکلیف -آموزش تهیه سلسله مراتب پریشانی -تمرین تهیه سلسله مراتب پریشانی -آموزش باورهای مخالف جایگزین -جمع بندی و خلاصه کردن جلسه	هشتم و نهم

۳- یافته ها

۳-۱- روش ها و ابزار تجزیه و تحلیل داده ها

بودن داده ها صورت گرفته است تا امکان استفاده از آزمون های آماری استنباطی پارامتریک مشخص شود. سپس فرضیه های پژوهش آزمون شد. در این پژوهش از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف^۱ برای آزمون نرمال بودن داده ها استفاده شده است. اگر توزیع داده ها نرمال باشد می توان از آزمون های آماری استنباطی استفاده کرد. داده ها توسط آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره (آنکوا) و تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) در نسخه ۲۴ نرم افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شد.

۳-۲- آماره های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد تعارضات زناشویی، افسردگی و میل به خودکشی

پس آزمون		پیش آزمون		مقیاس	گروه
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۹/۰۹	۱۰۷/۰۶	۲۲/۲۷	۱۳۷/۸۰	تعارضات زناشویی	آزمایش
۴/۴۹	۲۸/۲۰	۱۴/۲۱	۶۰/۷۳	افسردگی	
۴/۵۴	۲۴/۶۰	۸/۲۰	۳۹/۴۶	میل به خودکشی	
۱۵/۸۹	۱۳۷/۵۳	۱۶/۷۱	۱۲۹/۲۶	تعارضات زناشویی	کنترل
۸/۴۴	۵۳	۸/۱۵	۵۵/۴۰	افسردگی	
۴/۷۹	۳۴/۶۶	۵/۹۸	۳۶/۰۶	میل به خودکشی	

نتایج جدول میانگین نمره گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون را نشان می دهد، در حالی که، پس آزمون میانگین نمره تعارضات زناشویی گروه آزمایش، کاهش و بهبود داشته است اما در گروه کنترل، در میانگین این نمرات بهبود مشاهده نشد. داده های توصیفی ابعاد نه گانه تعارضات زناشویی نیز در جدول ارائه شده است. همچنین نتایج جدول میانگین نمره افسردگی گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون را نشان می دهد، در حالی که پس آزمون میانگین نمره افسردگی گروه آزمایش، افزایش و بهبود داشته است اما در گروه کنترل، در میانگین این نمرات بهبود مشاهده نشد. همچنین نتایج جدول میانگین نمره میل به خودکشی گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون را نشان می دهد، در حالی که پس آزمون میانگین نمره میل به خودکشی گروه آزمایش، افزایش و بهبود داشته است اما در گروه کنترل، در میانگین این نمرات بهبود مشاهده نشد.

۳-۳- یافته های استنباطی

پیش فرض همگنی کوواریانس از طریق آزمون M باکس بررسی شد و معلوم گردید که ماتریس های کوواریانس همگن هستند ($F = 1/39, P > 0/05$).

^۱.Kolmogorov-Smirnov

جدول ۳- آزمون ام باکس برای برقراری همگنی ماتریس کواریانس

۳۸/۳۰۲	ام باکس
۱/۳۹۷	F
۲۱	DF1
۲۸۸۳/۵۵۱	DF2
۰/۱۰۸	Sig

از آزمون کولموگراف-اسمیرنف نیز برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد، که نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون با توزیع نرمال وجود ندارد. از این رو فرض نرمال بودن توزیع نمرات تأیید شد. علاوه بر این برای بررسی همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون پیش فرض برابری واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش مورد تأیید است. برای بررسی همگنی شیب رگرسیون از سطح معناداری تعامل گروه و پیش‌آزمون‌ها استفاده شد که با توجه به نتایج به دست آمده مفروضه‌های همگنی شیب رگرسیون رد نشد.

جدول ۴- نتایج آزمون تک نمونه ای کالموگروف-اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش

مؤلفه	گروه	Z	DF	سطح معناداری
تعارضات زناشویی	گروه آزمایش	۰/۰۸۱	۲۱	۰/۱۴۷
	گروه کنترل	۰/۱۰۳	۲۱	۰/۱۳۹
افسردگی	گروه آزمایش	۰/۰۹۸	۲۱	۰/۲۲۴
	گروه کنترل	۰/۶۴۶	۲۱	۰/۱۲۰
میل به خودکشی	گروه آزمایش	۰/۲۱۰	۲۱	۰/۱۲۹
	گروه کنترل	۰/۶۳۲	۲۱	۰/۱۵۲

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در تمامی زیرمقیاس‌ها در مرحله پس‌آزمون تأیید می‌گردد. به دلیل اینکه پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات تأیید شده است و حجم نمونه دو گروه آزمایش و کنترل برابر است ($n=15$) استفاده از تحلیل کواریانس بلامانع است.

جدول ۵- نتایج آزمون لوین در بررسی تساوی برابری واریانس گروه‌ها در جامعه

متغیرها	مراحل اجرا	Fضرب	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
تعارضات زناشویی	پس‌آزمون	۵۴۳/۱	۳	۲۶	۰/۱۲۳
افسردگی	پس‌آزمون	۱/۰۹۸	۳	۲۶	۰/۳۵۹
میل به خودکشی	پس‌آزمون	۲/۶۵۱	۳	۲۶	۰/۲۰۳

همچنین برای استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری باید روابط بین متغیرهای وابسته خطی باشد که در این تحقیق این فرض نیز مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. با تأیید مفروضه‌های فوق، امکان تحلیل کواریانس فراهم گردید، در جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره ارائه شده است.

جدول ۶- تحلیل کواریانس چندمتغیره برای مقایسه میانگین‌های تعارضات زناشویی، افسردگی و میل به خودکشی در

پس‌آزمون

آزمون‌ها	مقادیر	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	Sig	اندازه اثر
اثر پیلاپی	۰/۸۹	۳۳/۶۶۰	۶	۲۳	۰/۰۰۰	۰/۳۹
لامبدای ویلکز	۰/۱۰۲	۳۳/۶۶۰	۶	۲۳	۰/۰۰۰	۰/۳۹
اثر هتلینک	۸/۷۸۱	۳۳/۶۶۰	۶	۲۳	۰/۰۰۰	۰/۳۹
بزرگترین ریشه روی	۸/۷۸۱	۳۳/۶۶۰	۶	۲۳	۰/۰۰۰	۰/۳۹

همان‌طور که نتایج جدول نشان می‌دهد، نتیجه‌ی تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیره حاکی از آن است که آماره لامبدای ویلکز معنادار است. یعنی با کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت دو گروه از لحاظ متغیر ترکیبی معنی‌دار است ($P<0/01$). مجذور اتا نیز نشانگر این است که ۳۹ درصد از واریانس ترکیب نمره‌های پس‌آزمون تعارضات زناشویی، افسردگی و میل به خودکشی توسط درمان مختصر CBT تبیین می‌شود.

جدول ۷- تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مقایسه میانگین‌های تعارضات زناشویی، افسردگی و میل به خودکشی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	sig	اندازه اثر
مداخله آموزشی	تعارضات زناشویی	۳۹۶۳۹۰/۱۳۳	۱	۳۹۶۳۹۰/۱۳۳	۲۰۶۴/۸۸۲	۰/۰۰۰	۰/۴۵
	افسردگی	۴۹۴۵۰/۸۰۰	۱	۴۹۴۵۰/۸۰۰	۱۰۸۱/۳۹۸	۰/۰۰۰	۰/۳۸
	میل به خودکشی	۲۵۵۷۹/۲۰۰	۱	۲۵۵۷۹/۲۰۰	۱۰۴۹/۷۶۲	۰/۰۰۰	۰/۴۱
پیش‌آزمون	تعارضات زناشویی	۱۲۳۳۲/۱۳۳	۱	۱۲۳۳۲/۱۳۳	۶۴/۳۰۵	۰/۰۰۰	۰/۱۰
	افسردگی	۴۶۱۲/۸۰۰	۱	۴۶۱۲/۸۰۰	۱۰۰/۷۸۳	۰/۰۰۰	۰/۳۱
	میل به خودکشی	۸۹۶/۵۳۳	۱	۸۹۶/۵۳۳	۳۶/۷۹۳	۰/۰۰۰	۰/۲۰
خطا	تعارضات زناشویی	۸۴۴۷/۳۳۳	۲۸	۳۰۱/۶۹۰	-	-	-
	افسردگی	۳۷۶۰/۵۳۳	۲۸	۱۳۴/۳۰۵	-	-	-
	میل به خودکشی	۱۴۴۲/۶۶۷	۲۸	۵۱/۵۲۴	-	-	-

همان‌طور که نتایج جدول نشان می‌دهد، تفاوت معنی‌داری بین نمرات پس‌آزمون تعارضات زناشویی ($F=2064/882$) وجود دارد ($P=0/01$). که نشان‌دهنده اثربخشی معنادر درمان مختصر CBT بر کاهش تعارضات زناشویی در پس‌آزمون گروه مورد مداخله می‌باشد. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مختصر CBT بر کاهش تعارضات زناشویی مورد تأیید است. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد، تفاوت معنی‌داری بین نمرات پس‌آزمون افسردگی ($F=1081/398$) وجود دارد ($P=0/01$). که نشان‌دهنده اثربخشی معنادر درمان مختصر CBT بر کاهش افسردگی در پس‌آزمون گروه مورد مداخله می‌باشد. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مختصر CBT بر کاهش افسردگی مورد تأیید است. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد، تفاوت معنی‌داری بین نمرات پس‌آزمون میل به خودکشی ($F=1049/762$) وجود دارد ($P=0/01$). که نشان‌دهنده اثربخشی معنادر درمان مختصر CBT بر کاهش میل به خودکشی در پس‌آزمون گروه مورد مداخله می‌باشد. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مختصر CBT بر کاهش میل به خودکشی مورد تأیید است.

۴- بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مختصر CBT بر اختلال افسردگی اساسی و میل به خودکشی و تعارضات زناشویی در زنان متاهل مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شهرستان مبارکه بود. نتایج پژوهش با توجه به کاهش میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه نمونه نسبت به میانگین نمرات آزمون نهایی نشان می‌دهد: درمان مختصر CBT به طور معناداری بر کاهش اختلال افسردگی اساسی و میل به خودکشی و تعارضات زناشویی زنان متاهل مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شهرستان مبارکه اثربخش بوده است. این نتایج معنادار در گروه گواه مشاهده نشد.

فرضیه‌های پژوهش حاضر مشتمل بر موارد زیر است:

در باب اثربخشی درمان مختصر شناختی رفتاری بر اختلال افسردگی اساسی زنان متاهل مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شهرستان مبارکه اثر معکوس و منفی داشته؛ و باعث کاهش نمره اختلال افسردگی اساسی زنان متاهل مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شهرستان مبارکه شد.

نتایجی که از تحلیل داده‌های پژوهش به دست آمد، نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر اختلال افسردگی اساسی وجود دارد. با بررسی میزان میانگین این متغیر در مورد گروه آزمایش در آزمون اولیه (پیش‌آزمون) و آزمون نهایی (پس‌آزمون)، مشخص می‌گردد که اجرای درمان مختصر شناختی رفتاری موجب کاهش میانگین نمرات آزمودنی‌ها در آزمون نهایی یا پس‌آزمون شده است. این نتیجه بدان معنی است که درمان مختصر شناختی رفتاری باعث کاهش اختلال افسردگی اساسی در زنان متاهل مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شهرستان مبارکه شد.

نتایج پژوهش در رابطه با فرضیه اول با چندین مطالعه مانند (کیانزاد، نعمتی، ایزانلو، رحیمی) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته باید چنین بیان داشت که روش شناختی رفتاری بیش از سایر روش‌های درمانی روانشناختی بر روی افسردگی موثر است و نتایج درمانی پایدارتری دارد (لو و همکاران، ۲۰۲۱). مزایای بسیار درمانی شناختی رفتاری مثل آموزش داشتن یک زندگی منطقی، سالم، هدفمند و انعطاف‌پذیر، مهارت‌های ارتباطی، آرام‌سازی عضلانی، شفاف‌سازی و اولویت‌بندی اهداف، شناسایی افکار و احساسات منفی و مقابله و جایگزینی آنها با افکار و احساسات مثبت، مدیریت خشم، ابراز وجود، بازسازی شناختی، طرح ریزی و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های روزانه زندگی، حل مساله، شناسایی منابع حمایتی و بازخورد مثبت از جمله عواملی هستند که باعث کاهش افسردگی می‌شوند (چهارووا و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت با تغییر فکر و اندیشه آگاهانه و باور بیمار نسبت به شکست، حوادث دردناک و احساس درماندگی توسط درمان شناختی- رفتاری

می‌توان به بهبود افسردگی کمک کرد. در درمان افسردگی ابتدا باید به افکار ناخودآگاهی که در دشواری‌ها و شرایط سخت و دردناک به ذهن فرد هجوم می‌آورد توجه نمود. این افکار ناخودآگاه همان جملات کوتاهی هستند که بلافاصله و فوری در شرایط سخت به ذهن فرد رخنه می‌کند. در مرحله اول درمان افسردگی با رویکرد شناختی- رفتاری درمانگر باید به فرد یاد دهد که از افکار ناخودآگاه خود در شرایط سخت و دردناک آگاه شود و آنها را شناسایی کند. برای مقابله با افسردگی در رویکرد شناختی- رفتاری باید با افکار خودآیند از طریق خلاف آن فکر برخورد شود. لذا شناخت درمانی می‌تواند یک روش مؤثر برای جلوگیری از بروز افکار منفی و مایوس کننده باشد و از روش شناختی درمانی برای درمان افسردگی به عنوان یک ابزار سنجش برای به چالش کشیدن افکار منفی، نا امید کننده، دلسرد و دردناک استفاده نمود. در این رویکرد درمانگر باید به بیماران آموزش دهد که موقع افسردگی، فرایندهای فکری خود را به دقت بررسی کند و خطاهای فکری افسرده کننده خود را بیابد و آنها را تصحیح کند. در واقع با درمان شناختی، بیمار می‌آموزد که افکار منفی خود را تشخیص و تصحیح کند. با گذشت زمان بیمار قادر است تا باورهای عمیق خود را کشف و تصحیح کند و همین افکار منفی که در آخر منجر به افسردگی می‌شوند را از بین ببرد. در طول جلسات درمانگر باید به صورت منظم، ابزار درمانی را به بیمار آموزش دهد، سپس در بین جلسات، بیمار تکالیفی را انجام دهد، تکالیف کمک می‌کند تا فرد یاد بگیرد که چگونه به درخواست ابزارها برای حل مشکلات خود اقدام کند، بیمار تغییرات کوچک در تفکر و رفتار خود را هر روز می‌بیند و در طول زمان این تغییرات منجر به بهبود پایدار در خلق و خو و دیدگاهشان به مسائل مختلف می‌شود. بنابراین درمان مختصر شناختی رفتاری می‌تواند اختلال افسردگی اساسی را در فرد کاهش دهد.

علاوه بر این درمان مختصر شناختی رفتاری بر میل به خودکشی زنان متاهل مراجعه کننده به مرکز بهداشت شهرستان مبارکه اثر معکوس و منفی داشته؛ و باعث کاهش نمره میل به خودکشی زنان متاهل مراجعه کننده به مرکز بهداشت شهرستان مبارکه شد.

نتایجی که از تحلیل داده‌های پژوهش به دست آمد، نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر میل به خودکشی وجود دارد. با بررسی میزان میانگین این متغیر در مورد گروه آزمایش در آزمون اولیه (پیش‌آزمون) و آزمون نهایی (پس‌آزمون)، مشخص می‌گردد که اجرای درمان مختصر شناختی رفتاری موجب کاهش میانگین نمرات آزمودنی‌ها در آزمون نهایی یا پس‌آزمون شده است. این نتیجه بدان معنی است که درمان مختصر شناختی رفتاری باعث کاهش میل به خودکشی در زنان متاهل مراجعه کننده به مرکز بهداشت شهرستان مبارکه شد.

نتایج پژوهش در رابطه با فرضیه دوم با چندین مطالعه مانند (رستمی، عباس پور، زمانی، باستو) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که ساختار درمان شناختی رفتاری مختصر با استفاده از یک رویکرد مرحله ای و بر پایه مدل آسیب‌پذیری سیال FVT خودکشی است و با تمرکز بر ایجاد تغییر در سبک شناختی و ایجاد بینش نسبت به سوگیری‌های شناختی و درک ارتباط افکار، هیجانات و رفتار، منجر به کاهش میل به خودکشی در افراد می‌گردد (برایان و همکاران، ۲۰۱۸). برایان و همکاران، ۲۰۱۶). مطابق با این مدل، باورهای هسته‌ای خودکشی از جمله عدم اشتیاق، سنگینی ادراک شده، نفرت از خود، درک نقص و شرم در طولانی مدت، آسیب‌پذیری مداوم در برابر اقدامات انتحاری را موجب می‌شود و بر طبق پژوهش‌ها این باورها اقدام به خودکشی در آینده را بهتر از افکار خودکشی، سابقه اقدام به خودکشی و پریشانی عاطفی پیش‌بینی می‌کند (برایان و همکاران، ۲۰۱۸). برایان و همکاران، ۲۰۱۲). در واقع سوگیری‌های شناختی با خطر افکار و اقدام به خودکشی در آینده همراه است (چا و همکاران، ۲۰۱۰). به منظور هدف قرار دادن مؤثر این آسیب‌پذیری‌های شناختی، بیماران ابتدا باید بیاموزند که چگونه این باورها را شناسایی کرده و تأثیر اتوماتیک آنها را در عواطف و اعمالشان تشخیص دهند. بنابراین تمرکز بر ارزیابی مجدد شناختی یک توانش متداول در بین درمان‌های موفق است که تلاش‌های خودکشی را کاهش می‌دهند (رود و همکاران، ۲۰۱۵). لیندهان و همکاران، ۱۹۹۳). درمان شناختی رفتاری مختصر در فاز دوم بر ایجاد این مهارت متمرکز است و با دادن تمرینات شناختی چون فلش رو به پایین، کاربرگ‌های ABC، برگه سؤالات چالش برانگیز و کاربرگ تفکر مسئله‌مدار بر توانمندسازی بیمار در این خصوص تأکید دارد. همچنین در حوزه رفتاری، این درمان با قرار دادن تمرینات رفتاری فعالسازی و بازبینی فعالیت و برنامه‌ریزی، سعی در بهبود علایم خودکشی در این افراد دارد (برایان و همکاران، ۲۰۱۸).

در تبیین دیگری برای این یافته می‌توان گفت، هنگامی که حالت خودکشی توسط یک عامل استرس‌زا تحریک شود، سیستم اعتقاد به خودکشی فعال می‌شود که می‌تواند شامل افکار فعال مرگ و ناامیدی باشد. همانطور که اشاره شد مدل آسیب‌پذیری سیال یک چارچوب شناختی رفتاری برای مفهوم‌سازی حالت‌های خودکشی است که براساس نظریه حالت کلی‌تر روانشناسی بیماری بک بنا شده است. این درمان در فاز اول به روشی توالی می‌شود که درک عمیقی از پیدایش حالت خودکشی را ترویج می‌کند و بر غیرفعال کردن آن متمرکز است، بنابراین عوامل خطر و محافظ از لحاظ ساختاری با استفاده از مفهوم حالت خودکشی (شناختی، رفتاری، عاطفی، فیزیکی) برای بیمار شفاف‌سازی می‌شود که در ایجاد انعطاف شناختی و احساس خودکارآمدی بیمار نقش مهمی دارد (برایان و همکاران، ۲۰۱۸). در این مدل باور بر این است که سیستم اعتقاد به خودکشی نشانگر بروز آسیب‌پذیری روانی در دو مکانیسم اساسی در رفتار خودکشی است: عدم انعطاف‌پذیری شناختی و نقص در تنظیم هیجانات. بنابراین هر دو این

مکانیسم‌ها باید به اندازه کافی هدفمند شوند تا از انتقال فکر خودکشی به عمل جلوگیری شود و تمرکز فقط روی یک (یا چند مؤلفه) سیستم اعتقاد به خودکشی ممکن است ناکافی باشد (برایان و همکاران، ۲۰۱۸).

همچنین درمان مختصر شناختی رفتاری بر تعارضات زناشویی زنان متاهل مراجعه کننده به مرکز بهداشت شهرستان مبارکه اثر معکوس و منفی داشته؛ و باعث کاهش نمره تعارضات زناشویی زنان متاهل مراجعه کننده به مرکز بهداشت شهرستان مبارکه شد.

نتایجی که از تحلیل داده‌های پژوهش به دست آمد، نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر تعارضات زناشویی وجود دارد. با بررسی میزان میانگین این متغیر در مورد گروه آزمایش در آزمون اولیه (پیش‌آزمون) و آزمون نهایی (پس‌آزمون)، مشخص می‌گردد که اجرای درمان مختصر شناختی رفتاری موجب کاهش میانگین نمرات آزمودنی‌ها در آزمون نهایی یا پس‌آزمون شده است. این نتیجه بدان معنی است که درمان مختصر شناختی رفتاری باعث کاهش تعارضات زناشویی در زنان متاهل مراجعه کننده به مرکز بهداشت شهرستان مبارکه شد.

نتایج پژوهش در رابطه با فرضیه سوم با چندین مطالعه مانند (نوربخش، شکراله زاده، نعمتی، پارسه، زمستانی) همسو می‌باشد.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت مهارت‌های شناختی به بررسی و اصلاح انتظارات و افکار غیرواقع‌بینانه زوجین می‌پردازد. این باورها، انتظارات، برداشتها و اسنادهای مخرب و غیرمنطقی روابط زناشویی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (سورس و همکاران، ۲۰۲۱). لذا آموزش‌های شناختی به اصلاح برداشتها و اسنادهای غلط زن و شوهر از رفتار یکدیگر شده و باعث رفع سوءتفاهم، کاهش رنجش و خشم و توجه به جنبه‌های مثبت رفتار یکدیگر می‌شود. برخی از زوجین بعد از گذشت ماه‌های اولیه زندگی به علت درگیر شدن در مسائل و مشکلات زندگی و یا عدم اعتقاد به ضرورت و تأثیر مهارت‌های رفتاری، عملاً به کاهش تقویت‌کننده‌ها کمک می‌کنند. از سوی دیگر، بروز تعارضات و رنجش‌ها و حل نشدن آنها باعث افزایش دلخوری و احساسات منفی و در نتیجه عدم تمایل به انجام رفتارهای خوشایند و افزایش رفتارهای منفی مثل بی‌توجهی، سرزنش و تحقیر می‌شود. علاوه بر این، در تبیین این موضوع عدم شناخت دقیق همسران از یکدیگر و تفاوت‌های فردی در تقویت و تنبیه را نیز نباید نادیده گرفت (پنتل و همکاران، ۲۰۲۱). بسیاری از همسران به علت نوع رابطه نسبت به آنچه برای طرف مقابل تقویت یا تنبیه است، آگاهی ندارند. همچنین، مشکلات مربوط به تعارضات زوجین، به طور اولیه نتیجه شکست در برقراری روابط صحیح است، توانایی زوجین در برقراری ارتباط مؤثر به انتقال روشن، صحیح و مؤثر افکار، احساسات، نیازها و خواسته‌هایشان بستگی دارد (بوفارد و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین درمان شناختی- رفتاری مختصر با استفاده از تکنیک‌ها و روش‌های درمانی مختلف باعث کاهش تعارضات زناشویی می‌گردد.

همچنین می‌توان گزارش نمود که روش شناختی- رفتاری مهارت محور است و سعی دارد که مهارت‌های شناختی، حل مسأله و تعارض، برقراری ارتباط و اصول رفتار و مبادله درست را به زوجین آموزش دهد. اصولاً شناخت و رفتار دو مؤلفه اساسی تعاملات متقابل به ویژه تعاملات زناشویی هستند. برخی از افراد انتظارات، باورها و تصورات خیالی مربوط به نقش خود و همسرشان را در پیوند زناشویی وارد می‌کنند که متأسفانه بسیاری از این انتظارات شدیداً غیرواقع‌بینانه هستند و از اینرو سبب گسترش ناامیدی، بی‌اعتمادی و پرخاشگری می‌شوند. در همین رابطه، خطاهای شناختی عنصر مزاحمی هستند که در بسیاری از تعاملات زناشویی وارد می‌شوند. انتزاع انتخابی، شخصی‌سازی، استنباط دلبخواهی، تفکر همه یا هیچ، تعمیم مفرط، فاجعه‌سازی، و موارد دیگر، از جمله خطاهایی هستند که ممکن است یک یا هر دو زوج آن را مبنای رابطه زناشویی خویش قرار دهند. علاوه بر تأثیر شناخت بر روابط و بر رفتار، شیوه رفتار متقابل زوجین نیز تأثیر عمده‌ای بر رضایت زناشویی آنان دارد. طبق الگوی تبادل رفتار که درمان رفتاری زوجین بر آن استوار است، اختلاف‌های زناشویی تا حد زیادی پیامد میزان تقویت و یا تنبیه اعمال شده، از طرف زوجین نسبت به هم و هر رابطه تقویت و تنبیهی که هر زوج از خودشان نشان می‌دهند، در نظر گرفته می‌شود (کارپوتاکي و همکاران، ۲۰۲۱).

اصولاً در درمان شناختی- رفتاری، زوجین تشویق می‌شوند که شاهد تفسیرهای خود از حوادث زندگی زناشویی باشند و مهارت‌هایی را بیاموزند تا بتوانند اعتبار این تفسیرها را از طریق گردآوری و پردازش اطلاعات مورد آزمایش قرار دهند؛ علاوه بر این مداخله‌ی ویژه‌ای صورت می‌گیرد که بخشی از آنها بدین ترتیب است: پیشنهاد دادن درباره چگونگی بیان تجربه‌های درونی که احتمالاً هرگز اظهار نشده‌اند؛ ترغیب زوجها به یادآوری احساسات مثبتی که از تفاوت‌های رفتاری آنها نشأت می‌گیرد؛ آموزش زوجها درباره چگونگی بیان کردن و گوش دادن به تجربه‌ها و احساسات درونی یکدیگر؛ چارچوب‌بندی مجدد مسأله، با اشاره به اینکه تفاوت‌های رفتاری، نتیجه تاریخچه یادگیری متفاوت آنهاست، تا آنچه هر یک نسبت به دیگری انجام می‌دهند؛ آموزش نحوه صحیح انتقاد کردن از یکدیگر و غیره. موارد فوق و فعالیت‌هایی از این دست، آموزش‌هایی هستند که به آزمودنی‌ها منتقل می‌شوند و همه این فعالیت‌ها، درمان شناختی- رفتاری را توجیه می‌کنند. تأکید این رویکرد بر جنبه‌های رفتاری، ارتباطی و حل مشکل است. در درمان رفتاری بکارگیری اصول درمان رفتاری مثل تبادل رفتاری، تقویت و تنبیه باعث اصلاح رفتار و جلوگیری از

منابع

شکل‌گیری تعاملات نامناسب و بروز تعارض در روابط زوجین می‌شود. زندگی اغلب زوج‌ها به دلیل فقدان مهارت‌های ارتباطی و سبک ارتباطی ناسالم به یک رابطه موازی و بدون صمیمیت تبدیل می‌شود (استارکس و همکاران، ۲۰۲۱). استفاده از مراحل مدون در حل تعارضات زناشویی و مدیریت تعارض از شاخصه‌های این نوع آموزش است که مسلماً باعث کاهش تعارض زوجین می‌شود. پژوهش حاضر مانند هر پژوهش دیگری مشکلات عدیده‌ای نظیر شیوع بیماری کوید-۱۹ و بحران کرونا (خود عامل تشدید کننده افکار خودکشی می‌باشد) و محدود بودن نتایج پژوهش به گروه و منطقه جغرافیایی خاص (جامعه زنان متأهل مراجعه کننده به مرکز بهداشت شهرستان مبارکه)، عدم برگزاری مرحله پیگیری و تعداد کم نمونه پژوهش مواجه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که نظیر این پژوهش در جامعه آماری دیگر، سایر مناطق جغرافیایی، با حجم نمونه بیشتر و با برگزاری مرحله پیگیری انجام گردد تا سبب افزایش تعمیم یافته‌ها شود.

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر که به اثربخشی درمان مختصر شناختی رفتاری پرداخته شد و انتظار و پیش‌بینی بر این بود که اثربخشی درمان مختصر شناختی رفتاری بر اختلال افسردگی اساسی و میل به خودکشی و تعارضات زناشویی زنان متأهل مراجعه کننده به مرکز بهداشت شهرستان مبارکه تاثیر داشته باشد. به‌صورتی که اختلال افسردگی اساسی و میل به خودکشی و تعارضات زناشویی را کاهش دهد. درنهایت هر سه فرضیه پژوهش تأیید شدند و پژوهشگر نتیجه گرفت که این درمان بر جامعه زنان متأهل مراجعه کننده به مرکز بهداشت شهرستان مبارکه اثر مطلوبی دارد.

- اصلانی خالد، جامعی معصومه، و رجبی غلامرضا. (۱۳۹۴) اثربخشی آموزش تصویرسازی ارتباطی بر کیفیت روابط زناشویی زوج‌ها. فصلنامه روانشناسی کاربردی؛ ۹ (۳۶)، ۳۷-۵۳.
- امید علی، محمدخانی پروانه، دولتشاهی پرویز، پورشهباز عباس (۱۳۸۷). اثربخشی درمان ترکیبی روش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی و درمان رفتاری - شناختی بر نشانگان روان پزشکی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. دومه نامه علمی - پژوهشی فیض. ۱۲ (۲): ۱۴-۹.
- پارسه معصومه، نادری فرح، مهرابی‌زاده هنرمند مهناز (۱۳۹۴). اثربخشی خانواده درمانی شناختی - رفتاری بر تعارضات زناشویی و رضایت جنسی در زوجین مراجعه کننده به مراکز روان شناختی. دستاوردهای روانشناسی بالینی. ۱ (۱)، ۱۲۵-۱۴۸.
- رحیمی چنگیز (۱۳۹۵). اثر درمان های شناختی - رفتاری فردی و گروهی بر کاهش میزان افسردگی و افزایش میزان بازده قلبی در بیماری کرونر قلب. مجله دست آوردهای روان شناختی. ۲۳ (۱)، ۲۲-۱.
- رستمی محمد، آزاد اسفندیار، رحمتی فاطمه (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش افکار خودکشی سربازان وظیفه. مجله طب نظامی. ۲۳ (۶)، ۵۰۷-۴۹۹.
- زمانی نرگس، احمدی وحید، عطایی مغالو وحید، میرشکار ساره (۱۳۹۳). مقایسه میزان اثربخشی دو روش رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی بر بهبود علائم رفتارهای تکانشی بیماران دچار افسردگی اساسی دارای افکار خودکشی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ۲۲ (۵)، ۵۴-۴۵.
- زمستانی مهدی، یوسفی ناصر، کشاورزی سارا (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی همراه با آموزش خانواده بر مؤلفه‌های مرتبط با خودکشی در دختران اقدام کننده به خودکشی. مشاوره و روان درمانی خانواده. ۵ (۳)، ۱۰۷-۱۲۰.
- عباس پور ذبیح اله، خجسته مهر رضا، رجبی غلامرضا، عالی پور سیروس، عطاری یوسفعلی، حسن رحمانی علی (۱۳۹۳). اثربخشی درمان های شناختی رفتاری خانواده - محور و راهل - محور بر افکار خودکشی گریانه، علائم افسردگی، پیوستگی و انطباق پذیری خانوادگی اقدام کنندگان به خودکشی. مشاوره و روان درمانی خانواده. ۴ (۲)، ۱۸۵-۲۲۷.
- کیان زاد سپیده، نشاط دوست حمیدطاهر، مهرابی حسینعلی، موسوی سیدغفور (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مختصر بر افسردگی، افکار خودکشی و تنظیم شناختی هیجان در زنان اقدام کننده به خودکشی. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی. ۲۰ (۱۰۶): ۱۷۶۷-۱۷۸۶.
- محمدخانی پروانه، دابسون کیت، حسینی غفاری فاطمه، مومنی فرشته (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، درمان نوین شناختی رفتاری مبتنی بر پیشگیری و درمان معمول بر علائم افسردگی و سایر علائم روان پزشکی. روان شناسی بالینی. ۳ (۱)، ۱۹-۲۶.
- نعمتی سوگلی تپه فاطمه، محمدی فر محمدعلی، خالدیان محمد (۱۳۹۶). تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر تعارض زناشویی و سازگاری زناشویی افراد معتاد. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی. ۱۱ (۴۳)، ۳۰-۱۱.
- نوربخش باغبادرانی سعیده، لطیفی زهره (۱۴۰۰). اثربخشی درمان تلفیقی شناختی رفتاری - ذهن آگاهی بر تعارض زناشویی و اضطراب زنان دارای حسادت بیمارگون. پژوهش های مشاوره. ۲۰ (۷۹): ۲۴۹-۲۲۸.
- Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. Guilford press; 1993.
- Beck AT. A 60-year evolution of cognitive theory and therapy. Perspectives on Psychological Science. (2019) Jan;14(1):16-20.

- Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive health*. 2021 Dec;18(1):1-23.
- Bouffard S, Giglio D, Zheng Z. Social media and romantic relationship: Excessive social media use leads to relationship conflicts, negative outcomes, and addiction via mediated pathways. *Social Science Computer Review*. (2022) Dec; 40(6):1523-41.
- Bryan CJ, Clemans TA, Hernandez AM. Perceived burdensomeness, fearlessness of death, and suicidality among deployed military personnel. *Personality and Individual Differences*. (2012) Feb 1;52(3):374-9.
- Bryan CJ, Rudd MD, Peterson AL, Young-McCaughan S, Wertenberger EG. The ebb and flow of the wish to live and the wish to die among suicidal military personnel. *Journal of affective disorders*. (2016) Sep 15; 202: 58-66.
- Bryan CJ, Rudd MD. Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention. Guilford Publications; (2018) Aug 17.
- Bryan CJ, Rudd MD. Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention. Guilford Publications; (2018) Aug 17.
- Bryan CJ, Rudd MD. Nonlinear change processes during psychotherapy characterize patients who have made multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. (2018) Aug; 48(4):386-400.
- Ciharova M, Furukawa TA, Efthimiou O, Karyotaki E, Miguel C, Noma H, Cipriani A, Riper H, Cuijpers P. Cognitive restructuring, behavioral activation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of adult depression: A network meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. (2021) Jun; 89(6): 563
- Diefenbach GJ, Rudd MD, Merling LF, Davies C, Katz BW, Tolin DF. Brief cognitive-behavioral therapy for suicidal inpatients. *Cognitive and Behavioral Practice*. (2021) May 1;28(2):224-40.
- Durães RS, Folquitto CT, Serafim AD. Cognitive-behavioral therapy combined with mindfulness for a case of severe sleep Bruxism and social anxiety in an elderly woman: A single case study for 6-month follow-up. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. (2020);24(5):1145-55.
- Harmer B, Lee S, Duong TV, Saadabadi AS. StatPearls Publishing; Treasure Island, FL, USA: (2022). Suicidal Ideation.[Abstract][Google Scholar].
- Karyotaki E, Efthimiou O, Miguel C, genannt Bempohl FM, Furukawa TA, Cuijpers P, Riper H, Patel V, Mira A, Gemmil AW, Yeung AS. Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA psychiatry*. 2021 Apr 1; 78(4):361-71.
- Lawler-Row KA, Younger JW, Piferi RL, Jones WH. The role of adult attachment style in forgiveness following an interpersonal offense. *Journal of Counseling & Development*. (2006) Oct;84(4):493-502.
- Liu W, Li G, Wang C, Wang X, Yang L. Efficacy of sertraline combined with cognitive behavioral therapy for adolescent depression: a systematic review and meta-analysis. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*. 2021 Dec 28; (2021).
- Madigan S, Plamondon A, Jenkins JM. Marital Conflict Trajectories and Associations With Children's Disruptive Behavior. *J Marriage Fam*. (2017) Apr 1; 79(2): 437-50.
- Nock MK, Park JM, Finn CT, Deliberto TL, Dour HJ, Banaji MR. Measuring the suicidal mind: Implicit cognition predicts suicidal behavior. *Psychological science*. (2010) Apr;21(4):511-7.
- Ogbode OE, Nwankwo OC, Njoku JU. Effects of Cognitive Behavioural Therapy on Marital Conflict among Married Persons in Bonny Island, Rivers State Nigeria. (2022).
- Pentel KZ, Baucom DH, Weber DM, Wojda AK, Carrino EA. Cognitive-behavioral couple therapy for same-sex female couples: A pilot study. *Family process*. 2021 Dec; 60(4):1083-97.
- Soares VN, Yoshida HM, Magna TS, Sampaio RA, Fernandes PT. Comparison of exergames versus conventional exercises on the cognitive skills of older adults: a systematic review with meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. (2021) Nov 1;97: 104485
- Starks TJ, D Kyre K, B Cowles C, Castiblanco J, Washington C, N Parker J, M Kahle E, Stephenson R. A full-factorial randomized controlled trial of adjunct couples HIV testing and counseling components addressing drug use and communication skills among sexual minority male couples. *BMC Public Health*. (2021) Dec;21:1-0.
- Trivedi D. Cochrane Review Summary: psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Primary health care research & development*. 2014 Jul;15(3):231-3.