

مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی فراشناختی و آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر افسردگی، کیفیت زندگی، سبک پاسخ‌دهی نشخواری و فراشناخت‌های زنان مطلقه

بی‌بی زهره رضوی‌زاده تبادکان^(۱)، دکتر حسین شاره^(۲)

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی فراشناختی و آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر افسردگی، کیفیت زندگی، سبک پاسخ‌دهی نشخواری و باورهای فراشناختی زنان مطلقه بود. **روش:** در این تحقیق تجربی، از نوع طرح‌های تک‌عاملی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون، ۲۴ زن مطلقه ارجاع‌شده جهت درمان افسردگی به‌طور تصادفی در دو گروه گمارده شدند (گروه درمان فراشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی). افراد گروه درمان فراشناختی، ۸ جلسه گروه‌درمانی فراشناختی و افراد گروه مهارت‌های زندگی، ۸ جلسه برنامه‌ی آموزشی مهارت‌های زندگی را دریافت کردند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II)، پرسشنامه باورهای فراشناختی - ۳۰ سوالی (MCQ-30)، سبک پاسخ‌دهی نشخواری (RRS) و کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت - فرم کوتاه (WHOQOL-BREF)، در دو مرحله پیش از درمان و پس از درمان، گردآوری شدند. دو پرسشنامه اثرگذاری کلی بالینی (CGI) و رضایت از درمان (CSQ) نیز در پایان مداخلات توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. **یافته‌ها:** گروه‌درمانی فراشناختی، در مقایسه با آموزش گروهی مهارت‌های زندگی، باعث بهبود معنادار باورهای مثبت درباره نگرانی ($p=0/03$)، بهبود بالینی کلی ($p=0/01$)، شاخص تأثیر ($p=0/03$) و رضایتمندی از درمان ($p=0/04$) شد. در سایر متغیرها تفاوت معناداری بین دو گروه دیده نشد. **نتیجه‌گیری:** گروه درمانی فراشناختی باعث بهبود باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی، بهبود بالینی کلی و رضایت از درمان بیشتر در زنان مطلقه شد.

کلیدواژه: زنان مطلقه؛ افسردگی؛ کیفیت زندگی؛ گروه درمانی؛ فراشناخت؛ مهارت زندگی

[دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۷/۲؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۲/۲۲]

۱۰۸
108

مقدمه

طلاق بوده‌ایم و بر طبق آخرین آمارها، فراوانی طلاق در ایران ۱۱/۲ درصد بوده است که رقم بسیار بالایی است (۳). اگرچه پیامدهای منفی طلاق هر دو نفر را گرفتار می‌سازد، با توجه به تحقیقات انجام‌شده در این مورد، آسیب‌پذیری زنان متعاقب طلاق بیشتر از مردان است (۵،۴،۱). از بین مشکلات پس از طلاق، مشکلات اقتصادی و احساس اضطراب و افسردگی (هر یک در ۴۱ درصد موارد) بیشترین مشکلات افراد، مخصوصاً زنان، بوده‌اند (۶). از این رو یکی از مهم‌ترین تأثیراتی که طلاق بر زوج می‌گذارد، آثار روان‌شناختی آن

طلاق بدعتی اجتماعی است و به‌عنوان ابزاری اجتماعی در مواجهه با شکست در ازدواج به کار گرفته می‌شود (۱). طبق گزارش مرکز ملی آمار و ارقام بهداشتی ایالات متحده، در چهل سال گذشته، شمار روابط منجر به طلاق تقریباً سه برابر شده است (۲). طبق تحقیقات دفتر امور آسیب‌دیدگان سازمان بهزیستی، طلاق در ایران نیز نسبت به گذشته افزایش یافته است، به‌طوری‌که رشد طلاق تا سال ۱۳۷۹ آرام و تقریباً ثابت بوده، اما از سال ۱۳۸۰ تاکنون شاهد سیر صعودی و چشمگیر

^(۱) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تربت جام؛ ^(۲) دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه حکیم سبزواری. سبزواری، توحیدشهر، پردیس

دانشگاه حکیم سبزواری. دورنگار: ۰۵۱-۴۴۴۱۰۴۶۰ (نویسنده مسئول) E-mail: hsharreh@yahoo.com.au

می شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است. این نشانگان موجب تداوم غمگینی و باورهای منفی می شود و به دوره‌های افسردگی می انجامد (۱۷). مطالعات انجام شده در مورد فراشناخت نشان می دهد که نشخوار فکری با آسیب پذیری به خلق افسرده، شروع دوره‌های افسردگی و تشدید و طولانی شدن این دوره‌ها مرتبط است (۲۰-۱۸). در مدل فراشناختی، به منظور کاهش نشخوار فکری و نگرانی، افزایش کنترل انعطاف پذیر توجه و افزایش آگاهی فراشناختی، از فنون آموزش توجه^۴ و ذهن آگاهی گسلیده^۵ استفاده می شود. فن آموزش توجه به منظور هدایت مجدد توجه به موضوعاتی غیر از نگرانی و نشخوار فکری در جهت متوقف کردن نشانگان شناختی-توجهی و تقویت برنامه‌های فراشناختی استفاده می شود. ذهن آگاهی گسلیده به شیوه‌ای اطلاق می شود که افراد از راه آن با شناخت خود ارتباط برقرار می کنند و بر سبک توجه و تفکر خود به شکل منعطفی تسلط می یابند. این فن به منظور تأثیرگذاری بر نشانگان شناختی-توجهی و کمک به کسب دانش فراشناختی جدید طراحی شده است (۱۷). این فنون در درمان اختلالاتی مانند افسردگی عمده (۲۱،۲۲)، حملات وحشت زدگی و فوبی اجتماعی (۲۳،۲۴)، خودبیمارپنداری (۲۵)، اضطراب فراگیر (۲۶)، اختلال وسواسی-اجباری (۲۷،۲۸) و اختلال استرس پس از سانحه (۲۹) مؤثر بوده است. پژوهش‌های انجام شده در مورد اثربخشی فنون درمان فراشناختی بر افسردگی، باورهای فراشناختی و افکار نشخواری (۲۱-۲۷، ۲۹-۳۳) به کارایی این فنون اشاره کرده‌اند. پژوهشی که به بررسی تأثیر این نوع درمان بر افسردگی و کیفیت زندگی افراد افسرده پرداخت، حاکی از آثار مثبت درمانی بر هر دو بعد بود (۳۴). همچنین، در پژوهشی بر روی افراد افسرده غیربالینی مشخص شد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی که از فنون مشابهی استفاده می کند، کیفیت زندگی را افزایش و افسردگی را کاهش می دهد (۳۵).

در ارتباط با مسائل و مشکلات زنان مطلقه تحقیقاتی انجام شده است که در مجموع حاکی از تأثیر آموزش گذشت بر سازگاری زنان مطلقه (۳۶)، آموزش مهارت‌های زندگی بر

است که مواردی از قبیل افسردگی، اضطراب و احساس تنهایی را شامل می شود (۷).

برای تمام افراد سلامت روانی، جسمی، اجتماعی و معنوی اجزای ضروری حیات هستند که کاملاً در هم آمیخته و به شدت به هم وابسته‌اند (۸). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO)^۱، مهارت‌های زندگی، توانایی رفتار به شکل مثبت و سازگارانه است که افراد را برای مقابله مؤثر با خواسته‌ها و چالش‌های روزمره آماده می کند (۹). مهارت‌های زندگی گروهی از مهارت‌های روانی و مهارت‌های بین فردی هستند که در تصمیم‌گیری آگاهانه، حل مسائل، تفکر انتقادی و تفکر خلاق، ارتباط مؤثر، ایجاد روابط سالم، همدردی با دیگران، مدیریت و کنار آمدن با زندگی خود به یک شیوه سالم و مولد به افراد کمک می کند (۹). پژوهش‌ها نشان می دهد که آموزش مهارت‌های زندگی به شادکامی، بهبود کیفیت زندگی^۲ (۱۰)، کاهش افسردگی، مشکلات اجتماعی و اشتغال ذهنی با بیماری و مرگ (۱۱) و افزایش سلامت روان (۱۲) منجر می شود.

از سوی دیگر، در دنیای امروز ارتقاء کیفیت زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. منظور از کیفیت زندگی فاصله بین انتظارات و تجربیات افراد از واقعیت‌های زندگی است (۱۳، ۱۴). 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 می کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و مسائل مهم برای آنها است (۱۵). در بین پژوهشگران، سازه کیفیت زندگی از عوامل عینی (کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی) و عوامل ذهنی (بهبودی درونی) متأثر است. عوامل عینی شامل سطح 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 می آید. با توجه به این عوامل، به نظر می رسد زنان مطلقه کیفیت زندگی پایین تری را تجربه می کنند (۱۶).

رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناخوشی هیجانی گرفتار می شوند که فراشناخت‌های آنان به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی منجر می شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می شود. این الگو نشانگان شناختی-توجهی (CAS)^۳ خوانده

1- World Health Organization
2- quality of life
3- cognitive attentional syndrome
4- attention training technique
5- detached mindfulness

اضطراب زنان مطلقه (۳۷)، آموزش خودمتمایزسازی بر مشکلات روانی زنان مطلقه (۳۸) و روان‌درمانی شناختی- رفتاری مذهب‌محور بر افسردگی زنان مطلقه (۳۹) است. از آنجا که درمان فراشناختی در درمان مشکلات روان‌شناختی رویکرد جدیدی به‌شمار می‌آید و اجرای این شیوه درمانی به‌صورت گروهی در تحقیقات کمتر به چشم می‌خورد، انجام پژوهش در مورد گروه‌درمانی فراشناختی در زنان مطلقه و مقایسه اثربخشی آن با آموزش گروهی مهارت‌های زندگی که نقشی اساسی در ارتقاء کیفیت زندگی دارد، ضروری به نظر می‌رسد تا با کمک بتوان به راهکاری مؤثرتر برای کاهش تأثیرات منفی طلاق بر زنان و تأمین بیشتر بهداشت روانی آنها دست یافت. از این رو، در این تحقیق به مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی فراشناختی و آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر افسردگی، باورهای فراشناختی، سبک پاسخ‌دهی نشخواری و کیفیت زندگی زنان مطلقه پرداخته شد.

روش

پژوهش حاضر، یک طرح تجربی، از نوع طرح‌های تک‌عاملی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج به طرح، تعداد ۲۴ زن مطلقه مراجعه‌کننده و ارجاع‌شده به مراکز مشاوره شهرستان بجنورد، پس از اجرای مصاحبه بالینی جهت تشخیص و غربالگری اختلالات روانپزشکی توسط پژوهشگر، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی، به دو گروه درمان فراشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی گمارده شدند. دو نفر از آزمودنی‌ها از گروه درمان فراشناختی و سه نفر از گروه آموزش مهارت‌های زندگی، جلسات را تا پایان ادامه ندادند. معیارهای ورود به طرح عبارت بود از: وجود اختلالات خلقی (اختلال افسردگی)، نداشتن سابقه روان‌درمانی، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش بر اساس رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، داشتن حداقل تحصیلات در سطح سیکل و داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال. معیارهای خروج از طرح نیز عبارت بود از: دارا بودن ملاک‌های کامل اختلالات روانپزشکی دیگر در محور ۱، منطبق بر متن بازنویسی‌شده ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، داشتن علایم روان‌پریشی و ازدواج در طول اجرای طرح. به‌منظور رعایت اخلاق پژوهش، کسب موافقت از کلیه بیماران جهت شرکت در طرح پژوهشی و نیز

عدم آگاهی مراجعان از مقایسه شرایط آنان با گروه دیگر، مورد نظر قرار گرفت.

جهت گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱) پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II): این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه را که نشان‌دهنده شدت افسردگی اوست، بر می‌گزیند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد و به این ترتیب، نمره کل پرسشنامه از صفر تا ۶۳ است. نقاط برش پیشنهادشده برای این پرسشنامه به این ترتیب هستند: افسردگی جزئی ۰-۱۳، افسردگی خفیف ۱۴-۱۹، افسردگی متوسط ۲۰-۲۸ و افسردگی شدید ۲۹-۶۳. در راهنمای BDI-II نقطه برش برای فقدان افسردگی تعیین نشده است. ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه در فاصله یک هفته ۰/۹۳ (۴۰) و ضریب همسانی درونی این آزمون بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (۴۱). در نمونه ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ و ضریب پایایی بین دو نیمه آن ۰/۹۱ به‌دست آمده است (۴۲).

۲) پرسشنامه باورهای فراشناختی - ۳۰ سؤال (MCQ-30): این پرسشنامه یک مقیاس ۳۰ سؤال خودگزارشی است که حیطه‌های فراشناختی زیر را اندازه‌گیری می‌کند: ۱) باورهای مثبت درباره نگرانی، ۲) باورهای منفی درباره نگرانی که با کنترل‌ناپذیری و خطر مرتبط هستند، ۳) اطمینان شناختی ضعیف، ۴) لزوم کنترل افکار، و ۵) خودآگاهی شناختی. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت (۱=موافق نیستم تا ۴=خیلی زیاد موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ است و پایایی آن با روش بازآزمایی برای نمره کل، پس از یک دوره ۱۸ تا ۲۲ روزه، ۰/۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (۴۳). در یک نمونه ایرانی ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷، و ضریب پایایی بازآزمایی آن در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده‌مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ به‌دست آمده است (۴۴). در پژوهش دیگری، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۴ بود (۴۵). در پژوهش حاضر از این پرسشنامه

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
2- Beck Depression Inventory-II
3- Metacognations Questionnaire

(۵) مقیاس اثرگذاری کلی بالینی (CGI): این ابزار ارزیابی استاندارد که در سال ۱۹۷۶ توسط گای^۵ طراحی شده است و به درمانگر اجازه می‌دهد که شدت بیماری، تغییر در طول زمان و اثربخشی درمان را با توجه به وضعیت بالینی بیمار و شدت عوارض جانبی محاسبه کند (۵۴). CGI دارای سه خرده‌مقیاس شدت ناخوشی، بهبود کلی و شاخص تأثیر است. دو خرده‌مقیاس اول بر اساس یک مقیاس لیکرتی هفت‌تایی درجه‌بندی می‌شوند که نمرات پایین نشانگر شدت ناخوشی کمتر و بهبود کلی بیشتر است. مقیاس سوم بر اساس مکان‌یابی یک نمره بر روی یک ماتریکس آثار درمانی در مقابل عوارض جانبی است و دامنه نمرات از صفر (بهبود مشخص و بدون عوارض جانبی) تا ۴ (بدون تغییر یا بدتر شدن و عوارض جانبی فراتر از آثار درمانی) است. پایایی این سه خرده‌مقیاس، به ترتیب، ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۷۸ گزارش شده است. بررسی روایی همزمان، توسط همبستگی مثبت و معنادار این مقیاس با مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون (HRS) و نشان داده شده است (۵۵). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۹ بود و روایی محتوایی آن توسط چند روان‌شناس بالینی و روانپزشک تأیید شد.

(۶) پرسشنامه رضایت بالینی (CSQ): این پرسشنامه با هدف ارزیابی دیدگاه‌های مراجع از کیفیت خدماتی که در طول دوره درمان دریافت کرده است، توسط لارسن^۸ و همکاران طراحی شده است (۵۶). این مقیاس شامل هشت سؤال بر روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت است. نمرات بالا نشانه رضایت بیشتر بیماران از درمان است. ضریب آلفای کرونباخ برای اندازه‌گیری همسانی درونی ۰/۹۳ و روایی سازه و محتوایی خوبی نیز برای این پرسشنامه گزارش شده است (۵۷). در پژوهش حاضر پایایی نسخه فارسی CSQ، با روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ بود.

به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، در ابتدای درمان گروهی، پرسشنامه‌های افسردگی بک-ویرایش دوم، باورهای فراشناختی ۳۰ سؤالی، سبک پاسخ‌دهی نشخواری و کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، به‌عنوان پیش‌آزمون، اجرا

به‌منظور اندازه‌گیری باورهای فراشناختی پیش از جلسه اول و در پایان درمان استفاده شد.

(۳) مقیاس سبک پاسخ‌دهی نشخواری (RRS): این مقیاس خود گزارشی توسط نولن-هوکسما^۲ و مارو^۳ ساخته شده است و تمایل افراد به نشخوار را در پاسخ به خلق افسرده می‌سنجد (۴۶). این مقیاس دارای ۲۲ سؤال با پاسخ‌های چهارگزینه‌ای لیکرت است. نمرات مقیاس بین ۲۲ تا ۸۸ قرار می‌گیرد و نمرات بالا بیانگر تمایل بیشتر به پاسخ‌دهی نشخواری در بیماران است. همبستگی بازآزمایی برای RRS ۰/۶۷ گزارش شده است (۴۷). همچنین، بر پایه یافته‌های پژوهشی، این مقیاس آسیب‌پذیری افراد را نسبت به افسردگی نشان می‌دهد و پیش‌بینی‌کننده یک دوره بالینی افسردگی است (۴۷، ۴۸). این مقیاس توسط باقری‌نژاد و همکاران به فارسی ترجمه شده است و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ گزارش شده است (۴۹). در پژوهشی دیگر، ضریب آلفای کرونباخ به‌دست آمده در نمونه ایرانی ۰/۹۰ بوده است (۵۰).

(۴) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت - فرم کوتاه (WHOQOL-BREF): این پرسشنامه ۲۶ سؤالی در سال ۱۹۹۶ توسط سازمان جهانی بهداشت ساخته و در کشورهای مختلف بررسی شده است. این ابزار با ۲۴ سؤال، جنبه‌های مثبت و منفی کیفیت زندگی را در چهار حیطه اصلی سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیط زندگی می‌سنجد. این ابعاد، به ترتیب، دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال است. دو سؤال اول به هیچ یک از ابعاد تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی می‌کند (۵۱). نمره‌گذاری سؤالات بر اساس درجه‌بندی پنج‌تایی لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است که نمره ۱ درک منفی و کم و نمره ۵ درک مثبت و بالا را نشان می‌دهد (۵۲). مشخصات روان‌سنجی نسخه ایرانی این پرسشنامه نشان داده است که می‌توان از این پرسشنامه در فرهنگ ایرانی استفاده کرد. در زبان فارسی، ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله دو هفته در چهار بعد از ۰/۷۵ تا ۰/۸۴ بود. روایی تفکیکی این پرسشنامه با اختلاف امتیاز افراد سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف نشان داده شده است. به‌طوری‌که در حیطه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی تفاوت معنی‌داری بین گروه بیمار و گروه سالم دیده شده است که دال بر قدرت تمایز ابزار در این حیطه‌ها است (۵۳).

- 1- Rumination Response Styles
- 2- Nolen-Hoeksemas
- 3- Morrow
- 4- World Health of Organization Quality of Life-BREFF
- 5- Guy
- 6- Hamilton Rating Scale for Depression
- 7- Clinical Satisfaction Questionnaire
- 8- Larsen

شد. سپس مداخله درمانی صورت گرفت. پس از پایان مداخله نیز، علاوه بر ابزارهای پیش‌آزمون، به‌منظور بررسی رضایت مراجعان از درمان و ارزیابی بهبود کلی آنها از پرسشنامه‌های رضایت بالینی (CSQ) و مقیاس اثرگذاری کلی بالینی (CGI) استفاده شد.

درمان فراشناختی توسط پژوهشگر در هشت جلسه ۹۰-۱۲۰ دقیقه‌ای، بر مبنای کتاب راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی (۱۷)، اجرا شد. در هر جلسه اصول اساسی گروه درمانی رعایت می‌شد و با بررسی تکالیف جلسه قبل شروع و با ارائه تکالیف برای جلسه بعد و بازخورد دادن به اتمام می‌رسید. شرح جلسات به این صورت بود: *جلسه اول:* آزمودنی‌ها ابزارهای پژوهش را کامل کردند و بعد از آشنایی مراجعان با یکدیگر، قوانین گروه تدوین شد. مشکلات بر اساس مدل فراشناختی صورت‌بندی شدند و فنون آموزش توجه با هدف کسب آگاهی و کنترل انعطاف‌پذیر بر تفکر نشخواری آموزش داده شد. *جلسه دوم:* تکنیک ذهن‌آگاهی گسلیده، با هدف آگاهی بیماران از برانگیزاننده‌های نشخوار فکری بدون انجام تحلیل مفهومی آن، اجرا شد و سپس با اجرای فن تعویق فکری از مراجعان درخواست شد کنترل‌پذیر بودن نشخوار فکری خود را بسنجند. *جلسه سوم:* این جلسه شامل آموزش نحوه شناسایی برانگیزاننده‌های نشخوار فکری و آزمون تعدیل با هدف چالش با فراشناخت‌های مربوط به کنترل‌ناپذیری بود. *جلسات چهارم و پنجم:* با تحلیل مزایا و معایب، نشخوار فکری و باورهای مثبت در مورد آن به چالش کشیده شد، ضمن اینکه از فنون ذهن‌آگاهی گسلیده در جلسات استفاده و به‌عنوان تکالیف خانگی به بیماران توصیه شد. *جلسه ششم:* باورهای مفید درباره هیجانات، بررسی شد و مورد چالش قرار گرفت و به این منظور، آزمایش تعدیل نشخوار فکری نیز اجرا شد. *جلسه هفتم:* این جلسه شامل تدوین برنامه جدید برای پیشگیری از عود بود. *جلسه هشتم:* طرح کلی درمان با هدف جلوگیری از عود مرور شد، برانگیزاننده‌های آتی پیش‌بینی و واکنش مناسب در برابر آنها به بیماران آموزش داده شد و ابزارهای پژوهش مجدداً تکمیل شد.

در گروه آموزش مهارت‌های زندگی، در *جلسه اول* تکمیل ابزارهای پژوهش، معارفه بین اعضای گروه و تدوین قوانین گروه انجام شد. سپس گروه با ۱۰ مهارت زندگی آشنا شدند و درباره نتایج حاصل از آموزش این مهارت‌ها در

گروه‌های مختلف اجتماعی بحث شد؛ آموزش مهارت خودآگاهی در *جلسه دوم*؛ آموزش مهارت روابط بین فردی و ارتباط مؤثر در *جلسه سوم*؛ آموزش مهارت مقابله با تنش و هیجان در *جلسه چهارم*؛ آموزش مهارت حل مسأله و تصمیم‌گیری در *جلسه پنجم*؛ آموزش مهارت تفکر خلاق و تفکر نقادانه در *جلسه ششم*؛ آموزش مهارت همدلی در *جلسه هفتم* و پاسخ‌گویی به سؤالات بیماران و اجرای مجدد پرسشنامه‌ها در *جلسه هشتم* انجام شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-20^۱ انجام شد. برای بررسی فرض تبعیت توزیع داده‌ها از توزیع طبیعی، از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف^۲ استفاده شد که در هیچ موردی رد این فرض را نشان نداد. برای بررسی همگنی خطای واریانس‌های متغیرهای افسردگی و سبک پاسخ‌دهی نشخواری از آزمون لوین^۳ و جهت بررسی فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس متغیرهای کیفیت زندگی و باورهای فراشناختی (که هر کدام چند مؤلفه دارند) از آزمون ام‌باکس^۴ استفاده شد و نتایج نشان داد که مفروضات تحلیل کوواریانس چندمتغیره محقق شده است. پس از تحقق مفروضات، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای مقایسه افسردگی و سبک پاسخ‌دهی و از تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه کیفیت زندگی و باورهای فراشناختی دو گروه استفاده شد. خطای آلفا برابر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

تحلیل شاخص‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که تفاوت بین زنان مطلقه در گروه درمان فراشناختی و گروه آموزش مهارت‌های زندگی از نظر سن ($t=1/24, p=0/24$)، سطح تحصیلات ($\chi^2=1/60, p=0/60$)، تعداد فرزندان ($\chi^2=1/03, p=0/60$) و سال‌های جدایی از همسر ($t=-0/59, p=0/56$) معنادار نبوده و دو گروه همگن بودند.

در *جدول ۱* میانگین‌های متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه درمان فراشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی آورده شده است. میانگین پس‌آزمون افسردگی و سبک پاسخ‌دهی نشخواری، باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل‌ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی

1- Statistical Package for the Social Sciences- version 20
2- Kolmogorov-Smirnov's test 3- Levene's test
4- Box's M

($F=1/93$ ، $p=0/10$ ، اندازه اثر $=0/13$ ، توان آزمون $=0/25$). با وجود این، نتایج آزمون t وابسته نشان داد که تفاوت آماری معناداری میان میانگین پیش آزمون و پس آزمون افسردگی در گروه درمان فراشناختی ($t=4/55$ ، $p=0/003$) و آموزش مهارت‌های زندگی ($t=3/82$ ، $p=0/007$) وجود داشت. بنابراین، چنین استنباط می‌شود که درمان گروهی فراشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی شدت افسردگی زنان مطلقه را کاهش داده، اما تفاوت بین دو نوع روش درمانی در این مورد معنادار نبود.

و خودآگاهی شناختی در گروه درمان فراشناختی نسبت به پیش آزمون کاهش نشان داد. در سلامت جسمانی و روانی، روابط با دیگران و نیاز به کنترل افکار، نمرات پس آزمون گروه درمان فراشناختی نسبت به پیش آزمون افزایش یافت. در گروه آموزش مهارت‌های زندگی نیز، جز در باورهای مثبت درباره نگرانی، در سایر متغیرها میانگین پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافت. تفاوت دو گروه درمان فراشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی در افسردگی، با حذف اثر پیش آزمون، معنادار نبود.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اصلی پژوهش در دو گروه درمان فراشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس آزمون میانگین (انحراف معیار)
افسردگی	درمان فراشناختی	۲۸/۹ (۹/۵)	۱۴/۵ (۸/۲)
	مهارت‌های زندگی	۲۷/۳ (۱۱/۶)	۱۸/۶ (۱۴/۸)
	درمان فراشناختی	۵۸/۱ (۱۲/۱)	۵۵/۵ (۱۲/۴)
سبک پاسخ‌دهی نشخواری	مهارت‌های زندگی	۶۲/۱ (۱۱/۳)	۵۴/۹ (۱۲/۷)
	کیفیت زندگی		
	سلامت جسمانی	درمان فراشناختی	۲۳/۵ (۵/۰)
سلامت روانی	مهارت‌های زندگی	۲۵/۴ (۲/۴)	۲۲/۶ (۲/۸)
	درمان فراشناختی	۱۳/۱ (۶/۰)	۱۵/۸ (۵/۰)
شرایط محیط زندگی	مهارت‌های زندگی	۱۹/۰ (۲/۵)	۱۷/۵ (۳/۳)
	درمان فراشناختی	۸/۴ (۳/۰)	۸/۴ (۱/۹)
روابط با دیگران	مهارت‌های زندگی	۱۱/۰ (۱/۶)	۱۰/۰ (۲/۳)
	درمان فراشناختی	۲۰/۴ (۶/۳)	۲۳/۵ (۴/۹)
مهارت‌های زندگی	درمان فراشناختی	۲۲/۴ (۴/۹)	۲۲/۰ (۴/۶)
	باورهای فراشناختی		
باورهای مثبت درباره نگرانی	درمان فراشناختی	۱۳/۹ (۶/۶)	۹/۳ (۴/۰)
	مهارت‌های زندگی	۱۳/۹ (۳/۳)	۱۴/۴ (۴/۸)
کنترل‌ناپذیری و خطر	درمان فراشناختی	۱۸/۴ (۲/۵)	۱۸/۰ (۴/۸)
	مهارت‌های زندگی	۱۸/۳ (۳/۲)	۱۷/۴ (۴/۴)
اطمینان شناختی	درمان فراشناختی	۱۵/۴ (۵/۶)	۱۴/۵ (۳/۹)
	مهارت‌های زندگی	۱۴/۱ (۱/۹)	۱۳/۶ (۳/۴)
نیاز به کنترل افکار	درمان فراشناختی	۱۷/۱ (۴/۰)	۱۸/۰ (۳/۷)
	مهارت‌های زندگی	۱۴/۹ (۳/۰)	۱۴/۱ (۲/۷)
خودآگاهی شناختی	درمان فراشناختی	۱۶/۴ (۳/۵)	۱۵/۰ (۳/۱)
	مهارت‌های زندگی	۱۷/۶ (۴/۲)	۱۷/۰ (۲/۲)

مهارت‌های زندگی ($p > 0/05$) معنادار نبود. بنابراین، درمان فراشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی، بر کیفیت زندگی زنان مطلقه اثرگذار نبودند.

تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده باورهای فراشناختی دو گروه درمان فراشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی در پس‌آزمون از نظر آماری معنادار بود ($t = 0/02$ ، لامبدای ویلکز، $p = 0/0003$). نتایج **جدول ۳** جهت بررسی تفاوت دو گروه درمان فراشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی در باورهای فراشناختی نیز نشان می‌دهد که تفاوت دو گروه درمان فراشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی تنها در باورهای مثبت درباره نگرانی معنادار بود ($p = 0/005$). آزمون t وابسته نشان داد که تنها تفاوت میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون باورهای مثبت درباره نگرانی در گروه درمان فراشناختی معنادار بود ($t = 2/70$ ، $p = 0/03$). بنابراین، درمان گروهی فراشناختی بر میزان باورهای مثبت درباره نگرانی تأثیرگذار بوده، اما آموزش مهارت‌های زندگی بر روی هیچ‌کدام از باورهای فراشناختی مؤثر نبوده است.

در مورد سبک پاسخ‌دهی نشخواری نیز تفاوت دو گروه درمان فراشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی با، حذف اثر پیش‌آزمون، معنادار نبود ($F = 0/75$ ، $p = 0/20$ ، اندازه اثر $= 0/06$ ، توان آزمون $= 0/13$). نتایج آزمون t وابسته نشان داد که تفاوت میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون سبک پاسخ‌دهی نشخواری در گروه درمان فراشناختی معنادار نبود ($t = 0/77$ ، $p = 0/50$)، اما این تفاوت در گروه آموزش مهارت‌های زندگی از لحاظ آماری معنادار بود ($t = 3/14$ ، $p = 0/02$). بر این اساس، درمان گروهی فراشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی میزان پاسخ‌دهی نشخواری زنان مطلقه را کاهش داد، اما تفاوت‌های بین گروهی در این زمینه معنادار نبود.

مطابق **جدول ۲**، تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده کیفیت زندگی دو گروه درمان فراشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی در پس‌آزمون از نظر آماری معنادار نبود ($t = 1/69$ ، لامبدای ویلکز، $p > 0/05$). نتایج آزمون t وابسته نیز نشان داد که تفاوت میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ابعاد کیفیت زندگی در هیچ‌کدام از دو گروه درمان فراشناختی ($p > 0/05$) و آموزش

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره تفاوت ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه درمان فراشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی با حذف اثر پیش‌آزمون

متغیرها	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
سلامت جسمانی	0/16	0/35	0/02	0/07
سلامت روانی	2/90	0/08	0/19	0/28
شرایط محیط زندگی	3/34	0/06	0/25	0/38
روابط با دیگران	0/67	0/22	0/06	0/12

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره تفاوت باورهای فراشناختی در دو گروه درمان فراشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی با حذف اثر پیش‌آزمون

متغیرها	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
باورهای مثبت درباره نگرانی	8/21	0/005	0/47	0/72
کنترل‌پذیری و خطر	2/59	0/07	0/22	0/30
اطمینان شناختی	0/81	0/20	0/08	0/12
نیاز به کنترل افکار	2/05	0/09	0/18	0/25
خودآگاهی شناختی	0/54	0/24	0/05	0/10

جدول ۴- نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه اثرگذاری کلی بالینی و رضایت از درمان بین دو گروه درمان فراشناختی و مهارت‌های زندگی، در پایان مطالعه

شاخص	گروه	میانگین (انحراف معیار)	t	درجات آزادی	سطح معناداری
اثرگذاری کلی					
شدت ناخوشی	درمان فراشناختی	۲/۴ (۰/۵)	۰/۸۶	۱۷	۰/۴۱
	مهارت‌های زندگی	۲/۱ (۰/۶)			
بهبود کلی	درمان فراشناختی	۲/۸ (۰/۵)	۲/۸۲	۱۷	۰/۰۱*
	مهارت‌های زندگی	۳/۶ (۰/۷)			
شاخص تأثیر	درمان فراشناختی	۲/۱ (۰/۸)	۳/۶۰	۱۷	۰/۰۰۳**
	مهارت‌های زندگی	۰/۹ (۰/۵)			
رضایت از درمان	درمان فراشناختی	۲۵/۳ (۲/۵)	۲/۲۲	۱۷	۰/۰۴*
	مهارت‌های زندگی	۲۱/۰ (۴/۸)			

*p<۰/۰۵; **p<۰/۰۱

افسردگی (۲۱-۲۷، ۲۹-۳۳) و سبک پاسخ‌دهی نشخواری (۳۲، ۳۳) اشاره کرده‌اند. بر اساس رویکرد فراشناختی، افسردگی بر اثر فعال شدن نشخوار فکری و الگوهای پاسخ‌دهی ناسازگارانه تداوم یافته و تشدید می‌شود. یک برانگیزاننده رایج این فرایندها فکر منفی درباره خود، آینده یا جهان یا نشانه‌هایی مانند احساس خستگی، بی‌انگیزه بودن یا غمگینی است. این الگوی نشخوار فکری نشانه نشانگان شناختی-توجهی است که در آن، توجه معطوف به خود افزایش یافته است. در این رویکرد درمانی، فن آموزش توجه با هدف افزایش کنترل اجرایی و متوقف کردن پردازش مداوم معطوف به خود طراحی شده است که به متمرکز کردن مجدد توجه بر موقعیت، افزایش دسترسی به اطلاعات غیرتأییدی و تصحیح راهبردهای توجهی مضر در موقعیت‌های مختلف کمک می‌کند (۱۷). یافته‌های پژوهش در مورد استفاده از این فن در آموزش به افراد برای کنترل افکار نشخواری و در نتیجه، کاهش علائم افسردگی ناشی از آن، با یافته‌های مدل فراشناختی هماهنگ است. بر اساس نتایج یک مطالعه دیگر، آموزش مهارت‌های زندگی نیز بر کاهش علائم افسردگی اثربخش بوده است (۱۱). آموزش مهارت‌های زندگی، فرد را قادر می‌سازد تا دانش، ارزش و بازخوردهای خود را به توانایی‌های بالفعل تبدیل کند و راه رسیدن به سبک جدیدی در زندگی است؛ به طوری که با آموختن مهارت‌های زندگی می‌توان زندگی موفق‌تری را تجربه کرد (۱۱). در این پژوهش، به نظر می‌رسد آموزش این توانمندی‌ها به افراد و نیز شرکت در جلسات گروهی و

در پژوهش حاضر، اثرگذاری کلی بالینی و رضایت از درمان زنان مطلقه در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج در **جدول ۴** آمده است. همان‌طور که دیده می‌شود، میان دو گروه درمان فراشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی در شدت ناخوشی تفاوت معناداری وجود نداشت، اما در بهبود کلی (p=۰/۰۱) و شاخص تأثیر (p=۰/۰۰۳) تفاوت معنادار بود. مقایسه میانگین‌ها گویای آن است که در بهبود کلی، گروهی که درمان فراشناختی را دریافت کرده بودند، نمرات کمتری داشتند؛ بدین معنی که بهبود کلی در این گروه بیشتر بوده است. در شاخص تأثیر نیز گروه درمان فراشناختی میانگین بالاتری داشت؛ بدین معنی که تأثیر درمان فراشناختی بر بهبود کلی بیشتر بوده است. مقایسه رضایتمندی از درمان در دو گروه نیز نشان داد که زنان مطلقه در گروه درمان فراشناختی رضایتمندی بیشتری از درمان داشتند.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی فراشناختی و آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر افسردگی، باورهای فراشناختی، سبک پاسخ‌دهی نشخواری و کیفیت زندگی زنان مطلقه بود. همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد، هر دو روش درمانی باعث بهبود نمرات مراجعان در شدت علائم افسردگی و سبک پاسخ‌دهی نشخواری در مرحله پس‌آزمون شدند، اما بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. چندین تحقیق به اثربخشی درمان فراشناختی بر

بهره‌مندی از آثار مثبت بهبود سایر افراد هم‌گروه به کاهش علائم افسردگی در گروه دوم کمک کرده است.

با وجود یافته‌های تحقیقاتی مبنی بر اثربخشی درمان فراشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی (۳۴،۱۰)، تحقیق حاضر نیز نشان می‌دهد که درمان فراشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی به‌صورت گروهی در مورد زنان مطلقه تا حدی باعث بهبود این متغیرها می‌شود، اما این تغییرات از لحاظ آماری معنادار نیست. از آنجایی که ۸۵ درصد زنان شرکت‌کننده در این طرح سرپرست خانواده بودند و سطح درآمد پایینی داشتند، و با توجه به اینکه سطح درآمد، شرایط کاری و امنیت و جایگاه اقتصادی - اجتماعی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی افراد است، معنی‌دار نبودن تغییر در این متغیر دور از ذهن نیست.

نتایج همچنین نشان داد که گروه‌درمانی فراشناختی در مقایسه با آموزش گروهی مهارت‌های زندگی باعث ایجاد تغییراتی در باورهای فراشناختی در پس‌آزمون می‌شود، گرچه این تغییرات فقط در بعد باورهای مثبت درباره نگرانی معنادار شده است. به‌نظر می‌رسد این نتیجه با یافته‌های سایر پژوهش‌ها در این زمینه (۳۱-۳۳) همسو باشد. باورهای فراشناختی مثبت باعث تفکر مداوم درباره معنی و علل علائم و شرایط زندگی فرد می‌شود و این فرایند مداوم موجب تداوم و تشدید علائم افسرده‌ساز خواهد شد. در نتیجه تداوم علائم و عوامل روانی - اجتماعی، باورهای فراشناختی منفی نیز فعال یا تقویت می‌شوند و این باورها باعث کاهش آگاهی از فرایند نشخوار فکری شده، توجه شخص به آن معطوف نمی‌شود و در عوض، شخص خود افسردگی را خطر عمده قلمداد می‌کند. در رویکرد فراشناختی، تغییر این باورها ضروری است، چون عامل اصلی در گیر شدن فرد در فرایند نشخوار فکری در پاسخ به برانگیزاننده‌ها محسوب می‌شوند (۱۷). در این طرح، از جلسه سوم به‌صورت مستقیم این باورها مورد چالش قرار گرفتند که نتایج با یافته‌های مدل فراشناختی هماهنگ است.

نتایج حاصل از پرسشنامه‌های CGI و CSQ در این پژوهش نشانگر بهبود کلی و رضایت بیشتر افراد از درمان گروهی فراشناختی، در مقایسه با گروه آموزش مهارت‌های زندگی، است. هدف از کاربرد پرسشنامه CGI بررسی تغییرات دیده‌شده در مراجعان بود و نتایج نشان می‌دهد شدت تغییرات در گروه درمان فراشناختی، نسبت به گروه

مهارت‌های زندگی، به‌طور معناداری بیشتر و بهبود مطلوب‌تر است. همچنین، در پرسشنامه CSQ که رضایت درونی شرکت‌کنندگان از مسیر درمان و دستیابی به اهداف درمانی را می‌سنجد، آزمودنی‌های گروه درمان فراشناختی، نسبت به آزمودنی‌های گروه آموزش مهارت‌های زندگی، رضایت بیشتری ابراز کردند. با توجه به اینکه بسیاری از پژوهشگران و درمانگران معتقدند که بررسی بهبود و رضایتمندی شاخص دقیق‌تری از اثربخشی مداخلات درمانی، در مقایسه با شاخص‌های آماری است (۵۴، ۵۸، ۵۹)، در مجموع به‌نظر می‌رسد گروه‌درمانی فراشناختی نسبت به آموزش مهارت‌های زندگی اثربخش‌تر باشد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بوده است. از جمله حجم کم نمونه و مشکل در دسترسی به نمونه وسیع‌تر که باعث ایجاد محدودیت‌هایی در زمینه غربالگری شد، امکان تعمیم داده‌های حاصل از این پژوهش را محدود می‌کند. داده‌های این تحقیق در یک بازه کوتاه از زمان جمع‌آوری شده و بنابراین، قضاوت دقیق‌تر در این زمینه به جمع‌آوری داده‌ها در یک بازه زمانی طولانی‌تر بستگی دارد. انجام تحقیق بر روی زنان مطلقه شهر بجنورد تعمیم یافته‌ها به مردانی که از همسرانشان جدا شده‌اند و یا آزمودنی‌هایی که در سایر مناطق جغرافیایی زندگی می‌کنند، را محدود می‌کند. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش خروج افرادی با تحصیلات کمتر از سیکل از پژوهش بود. در حالی که این گروه ممکن است با مسائل متفاوتی دست‌وپنجه نرم کنند. در نتیجه، نتایج قابل به این افراد تعمیم نیست. استفاده از آزمودنی‌هایی که قبل از مداخله نمرات آنها در بالاترین سطح افسردگی بوده است، ممکن است احتمال رگرسیون به سمت میانگین را مطرح سازد، هر چند که احتمالاً این موضوع با وجود گروه شاهد خدشه‌ای به نتایج پژوهش وارد نمی‌کند.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی مطالعات پیگیری به‌منظور مشخص کردن پایداری تأثیرات درمانی انجام پذیرد. همچنین، انجام تحقیق با نمونه‌های مرد، دارای تحصیلات کمتر از سیکل و به‌صورت گسترده‌تر در سایر مناطق جغرافیایی زمینه‌ساز بستری مناسب برای مقایسه بهتر و افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج می‌شود.

در مجموع، نتایج این مطالعه نشان داد درمان گروهی فراشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی به بهبود افسردگی،

- to life and sociability focusing on search for meaning in life in divorced women. *Soc Behav Sci.* 2010; 5:1650-64.
5. Bahrami F, Sodani M, Mehrabizadeh Honarmand M. The Effect of Gestalt Therapy on self-esteem, depression and loneliness of depressed divorced womans. *Sociolo Psychol women stud.* 2010; 8(1):129-45. [Persian]
 6. Harmoon H, Mirghafori H, Zare Ahmad Abad H. Study of Effective Internal and External Factors on Women's Entrepreneurial. *J Woman Culture.* 2011; 2 (8):9-22. [Persian]
 7. Amato P. The consequences of divorce for adults and children. *J Marriage Fam.* 2000; 62(4):1269-87.
 8. World Health Organization. Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. Geneva: WHO, 2005.
 9. World Health Organazation. Skills for health: skills-based health education including life skills: an important component of a child- friendly/ health-promoting school. Geneva: WHO, 2003.
 10. Mahdavi Haji T, Mohammadkhani SH, Hahtami M. The effectiveness of life skills training on happiness, quality of life and emotion regulation. *Soc Behav Sci.* 2011; 30:407- 11.
 11. Amiri Baramkoochi A. Training life skills for decreasing depression. *J Iran Psychologists.* 2009; 5(20):197-306. [Persian]
 12. Gate Zadeh A. Effectiveness of training life skills on mental health of female students. *J Woman Culture.* 2011; 3(9):111-9. [Persian]
 13. Nasiri M, Mokhtari N, Mashof T, et al. Determinants of quality of life for hemodialysis patients from the perspective of patients and nurses. *J Guilan U Med Sci.* 2003; 4(6-7):27-32. [Persian]
 14. Shafipor V, Jafary H, Shafipor L. Relationship between stress intensity quality of life in hemodialysis patients in Saricity hospitals in 2007. *J Med Sci Sabzevar.* 2007; (3)16:155-60. [Persian]
 15. WHOQOL-DIS Group. The Quality of Care and Support (QOCS) for people with disability scale: Development and psychometric properties. *Res Dev Disabil.* 2011; 32:1212-25.

باورهای فراشناختی، سبک پاسخ‌دهی نشخواری و کیفیت زندگی زنان مطلقه منجر می‌شوند. یافته‌های حاصل از دو پرسشنامه CGI و CSQ حاکی از بهبود و رضایتمندی بیشتر آزمودنی‌های گروه درمان فراشناختی است. علی‌رغم مشکلات فراوانی که زنان مطلقه با آنها مواجه هستند، به‌نظر می‌رسد تاکنون انجام پژوهش‌های مداخله‌ای به‌صورت درمان گروهی فراشناختی در این گروه خاص در حداقل خود بوده است و تحقیق حاضر از جمله نخستین مطالعات در این زمینه است. به‌علاوه، در پژوهش حاضر همزمان از شاخص‌های آماری و بالینی (بررسی بهبود و رضایتمندی) برای بررسی اثربخشی درمان استفاده شد که نقطه قوتی برای این مطالعه، در مقایسه با دیگر پژوهش‌ها، است. همچنین، با توجه به اینکه تاکنون تحقیق مشابهی بر روی نمونه ایرانی صورت نگرفته است، نتایج این پژوهش نشان‌دهنده اثربخشی درمان گروهی فراشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی بر روی افسردگی، باورهای فراشناختی، سبک پاسخ‌دهی نشخواری و کیفیت زندگی در یک نمونه از زنان مطلقه ایرانی است.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از سرپرستان محترم تمام مراکز مشاوره‌ای که در اجرای این طرح همکاری داشتند، سازمان بهزیستی شهرستان بجنورد که ما را از حمایت‌های خود بهره‌مند ساختند و کلیه بانوان شرکت‌کننده در طرح، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

[این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد نویسنده اول، به راهنمایی نویسنده دوم، است].

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. Pothen S. Divorce, Its Causes and Consequences in Hindu Society. New Delhi: House; 1987.
2. Young ME, Long LL. Counselling and Therapy for Couples. New York: Guilford Press; 1988.
3. Honarian M, Unesi J. Study of divorce in family courts of Tehran. *Stud Clin Psychol.* 2011; 1(3):125-53. [Persian]
4. Farghdani A, Navabinejad S, Shafiabady AD. Designing a model based on mindfulness, nonexistent resistance

16. Lambert M, Naber D. Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *CNS Drugs*. 2004; 18:5-17.
17. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press; 2009.
18. Lyubomirsky S, Tkach C. The consequences of dysphoric rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. Chichester, UK: Wiley; 2004.
19. Nolen- Hoeksema S. The response styles theory. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. Chichester, UK: Wiley; 2004.
20. Ataie S, Fata L, Ahmadi A. Rumination and cognitive behavioral avoidance in depressive and social anxiety disorders: comparison between dimensional and categorical approaches. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2014; 19(4):283-95. [Persian].
21. Papageorigiou C, Wells A. Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cogn Behav Pract*. 2000; 7:407-13.
22. Ashouri A, Atef Vahid M K, Gharaee B, Rasoulia M. Effectiveness of meta- cognitive and cognitive-behavioral therapy in patients with major depressive disorder. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2013; 7(2):24-4.
23. Wells A, White J, Carter K. Attention training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clin Psychol Psychot*. 1997; 4:226-32.
24. Papageorigiou C, Wells A. Meta-cognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cogn Behav Pract*. 2001; 8: 160-4.
25. Wells A, Papageorigiou C. Social phobia: Effects of external attention focus on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behav Ther*. 1998; 29:357-70.
26. Wells A. Meta- cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorders. *Behav Cogn Psychother*. 1995; 23:273-80.
27. Fisher PL, Wells A. Experimental modification of beliefs in obsessive- compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behav Res Ther*. 2007; 43:821-9.
28. Shareh H, Gharaee B, Atef Vahid M K. Comparison between metacognitive therapy and combined therapy in the improvement of thought control strategies and stop signal criteria in obsessive compulsive disorder. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2011; 17(3):199-207. [Persian]
29. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: Apreliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther Exp Psy*. 2004; 35:307-18.
30. Siegle GJ, Ghinassi F, Thase ME. Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive Ther Res*. 2007; 3:235-62.
31. Wells A, Fisher PL, Mayers S, Wheatley J, Patel T, Brewin C. (in press). An open trial of metacognitive therapy in the treatment of major depressive disorder. Manuscript in preparation.
32. Dargahian R, Mohammad Khani SH, Hasani J, Shams J. Effect of group metacognitive therapy on depression symptoms and rumination. *Stud Clin Psychol*. 2011; 3(11):81-103. [Persian]
33. Hassanvandi S, Valizadeh M, Mehrabizadeh Honarmand M. Effect of group metacognitive therapy on depression symptoms and rumination. *J Fund Ment Health*. 2013; 15(57):432-42. [Persian]
34. Parhoon H, Moradi A, Hatami M, Parhoon K. Comparison of the Brief Behavioral Activation Treatment and Meta-cognitive Therapy in the Reduction of the Symptoms and in the Improvement of the Quality of life in the Major Depressed Patients. *Rech Psychol Health*. 2012; 6(4):36-52. [Persian]
35. Kavyani H, Hatami N, Shafiabadi A. The Impact of Mindfulness- Based Cognitive Therapy on the Quality of Life in Non- Clinically Depressed People. *Adv Cognitive Sci*. 2008; 10(4):39-48. [Persian]
36. Khojastemehr R, Shokrkon R, Aman Elahi Fard A. Investigating social skills as predictor of success and failure of the marital relationship in the normal couples and those applying for divorce. *J Psychol*. 2007; 2(6):33-52. [Persian]
37. Zahtab Najafi A, Salemi S. Effectiveness of life skills training to decreasing anxiety of divorced women. *J Woman Culture*. 2012; 4(3):85-93. [Persian]
38. Shakibae T, Smaili M, Karami A. The Examination of the Effects of Self differentiation Training on

- Reducing Psychological Problems of Women. *Psychol Educ Sci.* 2008; 2(7):116-31. [Persian]
39. Hamid N, Beshlideh K, Aedi Bayghi M, Dehghanizadeh Z. A Study of the Effect of Religious-Based Cognitive-Behavior Therapy on Depression in Divorced Women. *J Fam Couns Psychother.* 2011; 1:54-64. [Persian]
40. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck depression inventory manual. 2nd ed. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
41. Steer RA, Clark DA, Beck AT, Ranieri WF. Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: the BDI- II versus the BDI- IA. *Behav Res Ther.* 1999; 37:183-90.
42. Fata L, Birashk B, Atefvahid M, Dabson K. Meaning Assignment Structures/ Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2005; 11(3):312-26. [Persian]
43. Wells A, Cartwright- Hatton S. A short form of the metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ 30, *Behav Res Ther.* 2004; 42(4):385-96.
44. Shirin Zadeh Dastgiri S, Goodarzi M, Mirjafari A. study of factor structure, validity and reliability of metacognition questionnaire- 30. *J Psychol.* 2008; 12(4):445-61. [Persian]
45. Shareh H. Meta-cognitive therapy, fluvoxamine and combined treatment in treating Iranian patients with obsessive- compulsive disorder. Ph.D. thesis, clinical psychology, Tehran: Tehran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute, Tehran, Iran; 2010. [Persian]
46. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood, *Cognition Emotion.* 1993; 61:115-21.
47. Luminet O. Measurement of depressive rumination and associated constructs. In: C. Papageorgiou, A. Wells, (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment.* Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd; 2004.
48. Treynor W, Gonzalez R, Nolen- Hoeksema S. Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognit Ther Res.* 2003; 27(3):247-59.
49. Bagherinejad M, Salehi Fadardi J, Tabatabaei SM. The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian university students. *J Educ Psychol Stu.* 2010; 11(1):28-38.
50. Mansouri A, Farnam A, Bakhshipour Roodsari A, Mahmood Aliloo M. The comparison of rumination in patients with major depression disorder, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. *J Sabzevar U Med Sci.* 2010; 17(3):189-95. [Persian]
51. WHOQOL group. WHOQOL-brief introduction, administration and scoring, field trial version. World Health Organization. 1996. Geneva.
52. Masaeli N, Attari A, Molavi H, Najafi M, Siavash M. Normative data and psychometric properties of the quality of life questionnaire for patients with diabetes mellitus. *J Semnan U Med Sci.* 2010; 11(4):263-70. [Persian]
53. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Quality of Life of Tehran's Population by WHOQOL-BREF questionnaire in 2005. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2006; 4(4):1-12. [Persian]
54. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology-Revised. US: Rockville, MD. 1976; 218-22.
55. Rush J, et al. *Psychiatric Measures*, APA, Washington DC: 2000.
56. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Eval Program Plann.* 1979; 2:197-207.
57. McMurtry SL, Hudson WW. The Client Satisfaction Inventory: Results of an initial validation study, *Res Social Work Prac.* 2000; 10:663-44.
58. Barlow DH, Hersen M. *Single case experimental designs strategies for studying behavior change.* Second Edition. New York: Pergamon Press. 1984.
59. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull.* 1992; 112(1):155-59.

Original Article

To Compare the Effectiveness of the Metacognitive Group Therapy and the Group Training of the Life Skills on Improving the Depression, Quality of Life, The Style of Ruminative Response and Metacognitions in the Divorced Women

Abstract

Objectives: The aim of this study was to investigate the effectiveness of metacognitive group therapy and the group training of the life skills on depression, quality of life, the style of ruminative responding, and metacognitive beliefs of the divorced women. **Methods:** In this quasi-experimental study with uni-variable pre-test post-test design, 24 divorced women who referred for treatment of depression were randomly assigned to one of the two therapeutic groups (meta-cognitive therapy and life skills training). The patients of the metacognitive group therapy received 8 sessions of treatment and also patients in the group of life skills received the 8 sessions of educational program for life skills. Data were gathered in two stages of pre-treatment and post-treatment by using of Beck Depression Inventory-2nd edition (BDI-II), Metacognitive Questionnaires-30 (MCQ-30), Ruminative Responses Scale (RRS), and World Health Organization Quality of Life-short form (WHOQOL-BREF). Two questionnaires of The Clinical Global Impressions Index (CGI) and Clinical Satisfaction Questionnaire (CSQ) were completed by the participants at the end of interventions. **Results:** Data showed that metacognitive group therapy significantly improved positive beliefs about worry ($p=0.03$), general clinical improvement ($p=0.01$) and impression index ($p=0.003$), and also clinical satisfaction ($p=0.04$). Yet, there was not any meaningful difference between two groups in the other variables. **Conclusion:** Metacognitive group therapy improved the positive beliefs about worry, general clinical improvement, and clinical satisfaction in divorced women.

Key words: divorced women; depression; quality of life; group therapy; metacognition; life skills

[Received: 24 September 2014; Accepted: 12 May 2015]

*Bi bi Zohreh Razavizadeh Tabadkan^a, Hossein Shareh**

* Corresponding author: Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran, IR.

Fax: +9851-44410460

E-mail: hsharreh@yahoo.com.au

^a Islamic Azad University of Torbat jam, Torbatjam, Iran.