



Research Article

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy based on Beck's Pattern on Clinical Syndrome and Life Satisfaction in Patients with Major Depression

Hassan Sarabandi ^{1, }, Hassan Toozandehjani ², Hamid Nejat ^{3,*, }

¹ PhD Student of Psychology, Islamic Azad University, Neyshabur Branch, Neyshabur, Iran

² Associate Professor, Department of Psychology, School of Humanities, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

³ Assistant Professor, Department of Counseling and Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran

* **Corresponding author:** Hamid Nejat, Assistant Professor, Department of Counseling and Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran. E-mail: hnejat54@yahoo.com

DOI: [10.21859/nkjmd-110106](https://doi.org/10.21859/nkjmd-110106)

How to Cite this Article:

Sarabandi H, Toozandehjani H, Nejat H. The Effectiveness of Beck-based Cognitive-Behavioral Therapy on Clinical Symptoms and Life Satisfaction in Patients with Major Depression. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2019; **11**(1):44-50. DOI: 10.21859/nkjmd-110106

Received: 30 Dec 2018

Accepted: 18 Mar 2018

Keywords:

Cognitive-behavioral Therapy
Clinical Symptoms
Life Satisfaction
Depression

Abstract

Introduction: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of Cognitive-behavioral therapy based on Beck's pattern on clinical syndrome and life satisfaction in patients with major depression

Methods: This randomized clinical trial was performed on 24 patients with depression. Patients were randomly assigned into two groups of cognitive-behavioral therapy and control. Cognitive-behavioral therapy based on Beck's pattern was conducted in twelve nine-minute sessions twice a week, and the control group was not trained in any kind of training. Beck & Diener questionnaires were used respectively before, after and two months after the intervention to diagnose depression and life satisfaction. Statistical analysis was performed using SPSS-21 software.

Results: A total of 24 patient had inclusion criteria that twelve patient were randomly assigned to each group. The frequency of men in the treatment and control group was 50.0% and 33.3%, respectively. In related to depression and life satisfaction, the results of T-test showed a significant difference between the two groups after the intervention and two months later (P -value<0.05). The results repeated measure showed that in the cognitive-behavioral group there is a significant relationship in related to depression and life satisfaction over time.

Conclusions: The results of this study showed that cognitive-behavioral therapy has a positive effect on depression and life satisfaction in patients with major depression.



بررسی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی بک بر نشانگان بالینی و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

حسن سراپندی^۱، حسن توزنده جانی^۲، حمید نجات^۳ ^{id}

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

^۲ دانشیار، دکتری روانشناسی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

^۳ استادیار، گروه مشاوره و روانشناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران

* نویسنده مسئول: حمید نجات، استادیار، گروه مشاوره و روانشناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران. ایمیل:

hnejat54@yahoo.com

DOI: 10.21859/nkjms-110106

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۰۹	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۲۲	مقدمه: این مطالعه با هدف بررسی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی بک بر نشانگان بالینی و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد.
واژگان کلیدی:	روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده بر روی ۲۴ نفر از بیماران دارای افسردگی اساسی انجام شد. بیماران به صورت تصادفی بلوکی در دو گروه درمان شناختی رفتاری و کنترل تقسیم شدند. درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی بک در دوازده جلسه نود دقیقه‌ای و دو بار در هفته برگزار شد و گروه کنترل تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفت. جهت اندازه گیری افسردگی و رضایت از زندگی به ترتیب از پرسشنامه‌های بک و دینر قبل، بعد و دو ماه بعد از مداخله استفاده گردید. آنالیز آماری با استفاده از نرم افزار SPSS-21 صورت گرفت.
درمان شناختی-رفتاری نشانگان بالینی رضایت از زندگی افسردگی	یافته‌ها: در کل ۲۴ نفر معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند که در هر گروه ۱۲ نفر به طور تصادفی قرار گرفتند. فراوانی مردها در گروه درمان و کنترل به ترتیب ۵۰/۰ و ۳۳/۳ درصد بود. میزان افسردگی و رضایت از زندگی بین دو گروه، بعد از مداخله و دو ماه بعد تفاوت آماری معنی داری داشت ($P > 0.05$). نتایج آزمون Repeated measure نشان داد در گروه درمان شناختی رفتاری از نظر افسردگی و رضایت از زندگی رابطه معنی داری در طول زمان وجود دارد.
	نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد درمان شناختی رفتاری تأثیر مثبتی بر افسردگی و رضایت از زندگی در بیماران دارای افسردگی اساسی دارد.

مقدمه

درمانی کوتاه مدت است. این روش درمانی احساسات و رفتارهای بیماران را از طریق تغییر الگوهای فکری و باورهایشان تغییر می‌دهد. در حقیقت اساس درمان رفتار شناختی این است که نوع تفکر و الگوهای فکری و شناختی ما از محیط اطراف و البته تفسیر شخصی ما از اتفاقات زندگی، باعث بروز رفتارها و احساسات ما می‌شود و به طور کلی ما هر طور که فکر کنیم، همان‌طور هم احساس می‌کنیم و رفتارهای ما متناسب با همان افکار و احساسات شکل می‌گیرند [۱۰]. [۱۱]. اثرات CBT در مطالعه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج مثبتی را گزارش کرده‌اند [۱۲، ۱۳]. همچنین برخی از مطالعه‌ها CBT را با داروهای ضد افسردگی مورد بررسی قرار داده و نتایج آنها نشان داده است اثر CBT می‌تواند با این داروها قابل مقایسه باشد [۱۴، ۱۵].

بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان می‌باشد، پس

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که با نشانه‌های غم و اندوه، از دست دادن علاقه و لذت، احساس گناه، کاهش اشتها، اختلال در خواب و کاهش تمرکز تشخیص داده می‌شود. افسردگی می‌تواند به صورت طولانی یا عود کننده بروز نموده و توانایی‌های فرد را برای انجام کارهای روزانه مختل نماید [۱]. همچنین افسردگی در مراحل شدید می‌تواند باعث خودکشی و مرگ شود [۲، ۳]. شیوع عمری این اختلال در جمعیت عمومی بین ۱۰ تا ۱۵ درصد برآورد شده است [۴]. علاوه بر آن برآورد شده است که ۳۰۰ میلیون نفر در تمامی سنین از افسردگی در سال ۲۰۱۸ رنج ببرند [۵]. در حال حاضر افسردگی اساسی در رتبه چهارم بار بیماری‌ها در جهان است و پیش بینی می‌شود در سال ۲۰۳۰ به رتبه دوم بار بیماری‌ها برسد [۶]. روش‌های مختلف روان درمانی جهت درمان افسردگی وجود دارد. از شایع‌ترین این روش‌ها می‌توان به درمان شناختی-رفتاری (CBT)، درمان‌های حل مسئله، درمان‌های رفتاری و بین فردی اشاره نمود [۷-۹]. درمان شناختی رفتاری یکی از شایع‌ترین روش‌های درمان افسردگی است که یک روش

و آنها آلفای کرونباخ $0/91$ را برای تأیید روایی و پایایی پرسشنامه خود گزارش کرده‌اند [۲۲].

۲) پرسشنامه رضایت از زندگی دینر (SWLS): این پرسشنامه توسط دینر و همکاران در سال ۱۹۸۵ تهیه و دارای ۵ سؤال است. پاسخ دادن به آن با لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است. اعتبار سنجی این پرسشنامه در ایران توسط بیانی و همکاران بر روی ۱۰۹ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزاد شهر انجام شد که روایی و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ $0/83$ و با روش بازآزمایی $0/69$ به دست آمد.

۳) پرسشنامه سنجش افکار خودکشی بک: این پرسشنامه دارای ۱۹ سؤال جهت شناسایی و اندازه‌گیری نگرش و رفتار برای خودکشی تهیه شده است. نمره دهی آن بین ۰ تا ۳۸ در یک مقیاس ۰ تا ۲ است. این پرسشنامه با آلفای کرونباخ بالای $0/9$ از پایایی بالایی برخوردار است. نمره ۰ تا ۵ عدم وجود افکار خودکشی، ۶-۱۹ افکار خودکشی و ۲۰ تا ۳۸ آمادگی جهت خودکشی را نشان می‌دهد [۲۳].

برای تشخیص افسردگی در افراد که به مرکز روانشناختی شمیم در بازه زمانی مورد نظر مراجعه کردند از پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم و بر اساس معیارهای DSM-5 استفاده شد. سپس ۲۴ نفر از افرادی که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند به طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه مداخله تحت آموزش با روش درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی بک و گروه کنترل تحت هیچ گونه روش درمانی قرار نگرفت. درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی بک در دوازده جلسه نود دقیقه‌ای و دو بار در هفته برگزار شد. در هر دو گروه در جلسه اول پیش‌آزمون و در جلسه آخر پس‌آزمون توسط پرسشنامه افسردگی بک گرفته شد و دو ماه بعد مورد بررسی دوباره با این پرسشنامه قرار گرفتند. تمامی جلسات ساختارمند بود به نحوی که هر جلسه دارای هدف خاصی بوده و در آخر هر جلسه تکالیفی برای انجام دادن در خانه داده می‌شد. در کل ساختار درمان در طول جلسات شامل، ارزیابی، معرفی درمان به بیمار و آشنایی با منطق درمان، بکارگیری فنون و مداخلات شناختی - رفتاری، پیشگیری از عود و پیگیری درمان بود. پس از اتمام مطالعه درمان در گروه کنترل شروع شد. همچنین در حین مطالعه گروه کنترل ضمن ارتباط با خانواده آنها به صورت غیر مستقیم تحت کنترل قرار گرفتند.

تصادفی سازی بر اساس بلوکی جایگشتی صورت گرفت. بر این اساس به صورت تصادفی ۶ بلوک برای بیماران اختصاص داده شد که در هر بلوک ۲ نفر از گروه CBT و ۲ نفر از گروه کنترل قرار گرفتند. برای توصیف متغیرهای کمی از میانگین (انحراف معیار) و برای متغیرهای کیفی از گزارش فراوانی (درصد) استفاده شد. برای بررسی رابطه بین متغیرهای کمی از آزمون T-test مستقل و برای بررسی رابطه بین متغیرهای کیفی از آزمون کای اسکور یا آزمون دقیق فیشر استفاده شد. همچنین از آنالیز Repeated measure جهت آنالیز داده‌ها در طول زمان در درون گروه‌ها استفاده گردید. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 انجام و مقدار $P > 0/05$ از نظر آماری معنی‌دار تلقی شد.

کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگیشان استوار است [۱۶]. براساس یافته‌های مطالعه‌های پیشین رضایت از زندگی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روان است و عدم رضایت از زندگی به وضعیت سلامتی ضعیف، علائم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی و وضعیت ضعیف اجتماعی بستگی دارد [۱۷]. تأثیر روش درمان شناختی رفتاری در بهبود رضایت از زندگی در مطالعه‌های مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است که برخی از این مطالعه‌ها اثر مثبت [۱۸، ۱۹] و برخی دیگر اثر منفی این روش درمانی در بهبود کیفیت زندگی را گزارش کرده‌اند [۲۰]؛ با این حال که برخی از مطالعه‌ها انجام شده در دنیا اثر مثبت درمان شناختی رفتاری را بر روی افسردگی در جمعیت‌های مختلف نشان داده‌اند. اما از آنجایی که شیوع افسردگی در ایران در طی سال‌های گذشته بیشتر شده است بنابراین نیاز به مطالعه‌های کارآزمایی بیشتری در این باره در کشور است. از این رو این مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی شده با هدف بررسی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی بک بر نشانگان بالینی و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده با هدف بررسی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی بک بر نشانگان بالینی و رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل همه مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره روانشناختی شمیم شهر بجنورد در بازه زمانی سه ماه بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل افراد دارای سن ۱۸ تا ۵۰ سال، افراد دارای نمره افسردگی بالاتر از ۱۹ در تست افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) و افراد دارای حداقل مدرک دیپلم بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل داشتن افکار خودکشی با نمره بالاتر از ۶ در پرسشنامه سنجش افکار خودکشی بک، داشتن اختلالات روانی عمده از جمله اختلال شخصیت، اعتیاد به مواد مخدر و الکل، داشتن غیبت بیش از دو جلسه، دریافت درمان‌های روانشناختی و دارویی دیگر همزمان با پژوهش بود. حجم نمونه در این مطالعه با توجه به مطالعات قبلی در هر گروه ۱۲ نفر برآورد شد. قبل از انجام مطالعه از تمامی شرکت‌کنندگانی که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند موافقت آگاهانه به صورت کتبی کسب شد. این پژوهش با کد IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1397.008 در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی - واحد نیشابور تأیید و در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران با کد IRCT20181016041364N1 ثبت شد. در این مطالعه از پرسشنامه‌های زیر استفاده گردید.

۱) پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II): این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است [۲۱]. این پرسشنامه دارای ۲۱ سؤال در یک طیف لیکرت چهار گزینه‌ای است طوری که نمره بیشتر نشان دهنده شدت بیشتر افسردگی است. اعتبار سنجی ورژن فارسی این پرسشنامه در ایران توسط دکتر دابسون و محمد خانی در سال ۱۳۸۶ بر روی ۳۵۴ نفر مبتلا به افسردگی اساسی انجام شده است

یافته‌ها

در کل از ۶۲ نفری که در بازه زمانی مورد نظر به مرکز روانشناختی شمیم مراجعه کردند ۲۴ نفر معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند. در هر گروه ۱۲ نفر به طور تصادفی قرار گرفتند همچنین در طول مطالعه هیچ یک از افراد از مطالعه خارج نشدند. فراوانی مردها در گروه CBT و کنترل به ترتیب ۵۰/۰ و ۳۳/۳ درصد بود. گروه سنی بین ۱۸ تا ۳۲ بیشترین فراوانی را در گروه CBT دارا بود و در گروه کنترل فراوانی هر دو گروه سنی باهم برابر بود. در هر دو گروه بیشتر افراد متأهل و بالای دیپلم بودند. در ابتدای مطالعه در هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی تفاوت آمار معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد ($P < 0/05$) (جدول ۱). در ارتباط با افسردگی نتایج آزمون T-test تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه قبل از انجام مطالعه نشان نداد که نشان دهنده همسان بودن گروه‌ها در ابتدای مطالعه است ($P = 0/59$). اما این آزمون تفاوت آماری معنی داری را بین دو گروه، بعد از مداخله و دوماه بعد

آن نشان داد ($P > 0/05$) (جدول ۲). در ارتباط با رضایت زندگی نتایج آزمون T-test تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه قبل از انجام مطالعه نشان نداد که نشان دهنده همسان بودن گروه‌ها در ابتدای مطالعه است ($P = 0/85$). اما این آزمون تفاوت آماری معنی داری را بین دو گروه، بعد از مداخله و دو ماه بعد آن نشان داد ($P > 0/05$) (جدول ۳). از نظر افسردگی نتایج آزمون Repeated measure نشان داد در گروه CBT اختلاف معنی داری در طول زمان وجود دارد ($P = 0/001$) اما در گروه کنترل با گذشت زمان تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P = 0/071$) (جدول ۴). از نظر رضایت زندگی نتایج آزمون Repeated measure نشان داد در گروه CBT اختلاف معنی داری در طول زمان وجود دارد ($P = 0/001$) اما در گروه کنترل با گذشت زمان تفاوت معنی داری یافت نشد ($P = 0/07$) (جدول ۵).

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک و جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه

متغیر	فراوانی گروه رفتاری-شناختی (%)	فراوانی گروه کنترل (%)	P-value
جنس			0/19
مرد	۶ (۵۰/۰)	۴ (۳۳/۳)	
زن	۶ (۵۰/۰)	۸ (۶۶/۶)	
سن			0/50
۱۸-۳۲	۷ (۵۸/۳)	۶ (۵۰/۰)	
۳۳-۴۰	۵ (۴۱/۶)	۶ (۵۰/۰)	
وضعیت تأهل			0/54
مجرد	۵ (۴۱/۶)	۳ (۲۵/۰)	
متأهل	۷ (۵۸/۳)	۹ (۷۵/۰)	
وضعیت تحصیلات			0/57
کمتر از دیپلم	۵ (۴۱/۶)	۴ (۴۱/۶)	
بیشتر از دیپلم	۷ (۵۸/۳)	۸ (۶۶/۶)	

جدول ۲: مقایسه میانگین افسردگی قبل، بعد و دو ماه بعد از مداخله بین دو گروه شناختی رفتاری و کنترل

مداخله	گروه رفتاری-شناختی	گروه کنترل	P-value
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
قبل از مداخله	۷/۳۵ \pm ۳۱/۹۰	۶/۱۵ \pm ۳۰/۴۰	0/59
بعد از مداخله	۵/۰۰ \pm ۲۳/۵۵	۷/۰۰ \pm ۳۲/۰۰	0/006
دو ماه بعد	۵/۵۰ \pm ۲۶/۰۰	۷/۷۰ \pm ۳۲/۸۰	0/02

جدول ۳: مقایسه میانگین رضایت از زندگی قبل، بعد و دو ماه بعد از مداخله بین دو گروه شناختی رفتاری و کنترل

مداخله	گروه رفتاری-شناختی	گروه کنترل	P-value
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
قبل از مداخله	۲/۲۸ \pm ۱۰/۶۴	۲/۴۸ \pm ۱۰/۸۱	0/85
بعد از مداخله	۲/۷۴ \pm ۱۳/۸۲	۲/۲۷ \pm ۹/۸۱	0/001
دو ماه بعد	۴/۱۳ \pm ۱۲/۹۴	۲/۲۵ \pm ۹/۴۵	0/01

جدول ۴: تغییر میانگین افسردگی در دو گروه درمان شناختی رفتاری و کنترل در طول زمان

گروه‌ها	قبل	بعد	دو ماه بعد	P-value
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
درمان شناختی-رفتاری	۳/۱۹۰ \pm ۷/۳۵	۲۳/۵۵ \pm ۵/۰۰	۲۶/۰۰ \pm ۵/۵۰	0/001
گروه کنترل	۳۰/۴۰ \pm ۶/۱۵	۳۲/۰۰ \pm ۷/۰۰	۳۲/۸۰ \pm ۷/۷۰	0/071

جدول ۵: تغییر میانگین رضایت از زندگی در دو گروه درمان شناختی رفتاری و کنترل در طول زمان

گروه‌ها	قبل	بعد	دو ماه بعد	P-value
درمان شناختی-رفتاری	۱۰/۶۴±۲/۲۸	۱۳/۸۲±۲/۷۴	۱۲/۹۴±۴/۱۳	۰/۰۰۱
گروه کنترل	۱۰/۸۱±۲/۴۸	۹/۸۱±۲/۲۷	۹/۴۵±۲/۲۵	۰/۰۰۷

بحث

این مطالعه مداخله‌ای با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری (CBT) بر نشانگان بالینی و رضایت از زندگی بیماران دارای افسردگی اساسی انجام شد. نتایج آماری T-test برای متغیرهای افسردگی و رضایت از زندگی نشان داد بعد از انجام مداخله و دو ماه بعد از آن بین دو گروه CBT و کنترل تفاوت آماری معنی داری وجود دارد. همچنین نتایج آنالیز Repeated measure نشان داد در طول زمان از نظر افسردگی و رضایت از زندگی در گروه CBT تفاوت آماری معنی داری وجود دارد. تأثیر درمان شناختی رفتاری در درمان افسردگی اساسی در مطالعه‌های مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است و این مطالعه‌ها نتایج متفاوتی را گزارش نموده‌اند. در مطالعه‌های سیستماتیک ریویو و متاآنالیز که در سال‌های اخیر انجام شده و اختلال‌های افسردگی را مورد بررسی قرار داده‌اند، یافته‌های این مطالعه‌ها نشان داد CBT در درمان افسردگی اساسی تأثیر مثبتی نسبت به سایر روش‌ها می‌تواند داشته باشد [۲۴، ۲۵]. در مطالعه‌های که تأثیر درمان شناختی رفتاری را با سایر روش‌های روان درمانی در بیماران دارای افسردگی و سایر اختلال‌های روانی مورد بررسی قرار داده بودند تأثیر معنی داری بعد از درمان و در دوره پیگیری بین گروه CBT و سایر روش‌های روان درمانی در درمان افسردگی و سایر اختلال‌های روانی پیدا شد [۱۳، ۲۶]. نتایج این مطالعه‌ها با نتایج مطالعه ما همسو است.

در برخی مطالعه‌های که CBT را با داروهای ضد افسردگی مقایسه کرده بودند اثرات بهتری را برای CBT نسبت به این داروهای گزارش کرده‌اند [۲۷، ۲۸]. همچنین نتایج مطالعه‌های دیگر در این باره نشان داد CBT در مقایسه با درمان دارویی می‌تواند اثر مشابهی در درمان افسردگی داشته یا درمان دارویی همراه با CBT اثر بهتری در مقایسه با CBT به تنهایی داشته باشد [۲۹، ۳۰]. این نتایج می‌تواند به این معنی باشد که CBT می‌تواند عملکرد بهتر و مشابه در درمان افسردگی اساسی نسبت به داروهای ضد افسردگی داشته یا حتی CBT می‌تواند همراه با درمان دارویی در درمان افسردگی اثر بهتری داشته باشد. در برخی مطالعه‌های دیگر اثر CBT جهت درمان افسردگی در سایر بیماری‌ها نیز مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج آنها با مطالعه ما همسو است. در مطالعه کارآزمایی بالینی که در برزیل انجام شد تأثیر CBT با درمان معمول جهت درمان افسردگی در بیماران دارای end-stage renal disease مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن نشان داد CBT نسبت به درمان معمول در درمان افسردگی بیماران دارای end-stage renal disease می‌تواند موثرتر باشد [۳۱].

در مطالعه‌ای که توسط طوسی و امیری انجام شد تأثیر CBT در درمان افسردگی و رضایت از زندگی مادرانی که کودکان آنها در بیمارستان روانی بستری بودند مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های این مطالعه نشان داد پس از مداخله افسردگی در گروه درمان با CBT در مقایسه با گروه کنترل به طرز معنی داری کمتر است [۳۲]. در کل با توجه به نتایج این مطالعه‌ها می‌توان گفت CBT به طرز واضحی مهارت حل مسئله

را در افراد افسرده می‌تواند افزایش دهد و منجر به این شود که این افراد در برخورد با چالش‌های پیش رو بهتر عمل کنند. اما در برخی مطالعه‌های دیگر CBT نسبت به سایر روش‌ها در درمان افسردگی اساسی مؤثر نبوده است که نتایج آن با مطالعه ما همسو نیست [۳۳]. در مطالعه‌های که توسط Elkin و همکاران در سال‌های ۱۹۸۹ و ۱۹۹۵ انجام شد CBT با روش‌های درمانی دیگر مورد بررسی قرار گرفتند که در پایان مطالعه تفاوت معنی داری بین گروه‌های درمانی یافت نشد [۳۴، ۳۵]. همچنین در مطالعه که توسط پارکر انجام شد اثر CBT را در درمان افسردگی مورد بررسی قرار داده بود تأثیر CBT را بهتر از روش‌های دیگر مشاهده نکرد [۳۶].

در ابتدا این مطالعه بین گروه CBT و کنترل تفاوت معنی داری از نظر رضایت زندگی وجود نداشت اما پس از مداخله بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری یافت شد. این نتایج در ارتباط با نتایج مطالعه‌های است که در این باره انجام شده و نشان می‌دهد CBT تأثیر مثبتی در بهبودی کیفیت زندگی افراد دارای افسردگی دارد [۳۷، ۳۸]. این نتایج نشان دهنده این است بیماران گروه CBT نسبت به گروه مقایسه از فعالیت‌های اجتماعی خود بیشتر راضی بوده و کمتر از جامعه دوری کرده‌اند. عدم رضایت زندگی در گروه مقایسه می‌تواند ناشی از ضعف سلامتی، افسردگی، مشکلات شخصیتی و وضعیت اجتماعی باشد [۱۷]. رضایت از زندگی شامل ابعاد مختلفی از زندگی فردی مانند ارتباطات اجتماعی، سلامت روان و فعالیت‌های روزانه است که مشخص شده است افراد افسرده در این ابعاد دارای اختلال هستند [۳۹] از این رو جهت بهبودی و افزایش رضایت زندگی باید علاوه بر افزایش مداخله‌ها در حیطه سلامت روان در سایر حیطه‌ها نیز مداخله‌های موثری صورت داد. از تفاوت قوت این مطالعه می‌توان به عدم خروج و مراجعه به موقع بیماران در طول مطالعه اشاره نمود. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان نخست به وارد شدن بیماران تنها از یک مرکز و در نتیجه عدم تعمیم نتایج برای همه جمعیت، دوم به عدم امکان انجام کور سازی و آگاهی بیماران و درمانگران از قرار گرفتن در گروه‌های مطالعه اشاره نمود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد درمان شناختی رفتاری تأثیر مثبتی بر افسردگی و رضایت از زندگی در بیماران دارای افسردگی اساسی دارد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع دکتری رشته روانشناسی عمومی با شماره پایان نامه ۹۶-۲۵۷ دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور است. در اینجا از کلیه افرادی که در تهیه و به اتمام رساندن این پایان نامه ما را یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

References

1. WHO. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2017.
2. Cuijpers P, Smit F. Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *J Affect Disord*. 2002;72(3):227-36. [pmid: 12450639](#)
3. Large M. Study on suicide risk assessment in mental illness underestimates inpatient suicide risk. *BMJ*. 2016;532:i267. [doi: 10.1136/bmj.i267](#) [pmid: 26792370](#)
4. Lepine JP, Briley M. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2011;7(Suppl 1):3-7. [doi: 10.2147/NDT.S19617](#) [pmid: 21750622](#)
5. WHO. Key facts about depression 2018 Geneva: World Health Organization; 2018 [updated 2018; cited 2018]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
6. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3(11):e442. [doi: 10.1371/journal.pmed.0030442](#) [pmid: 17132052](#)
7. Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G. Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *Br J Psychiatry*. 2010;196(3):173-8. [doi: 10.1192/bjp.bp.109.066001](#) [pmid: 20194536](#)
8. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, van Straten A. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2011;168(6):581-92. [doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10101411](#) [pmid: 21362740](#)
9. Barth J, Munder T, Gerger H, Nuesch E, Trelle S, Znoj H, et al. Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001454. [doi: 10.1371/journal.pmed.1001454](#) [pmid: 23723742](#)
10. Muller F, Sasse K, Beck E. [Influence of different components of stored blood on the infectivity of *Treponema pallidum* (Nichols Strain) (author's transl)]. *Immun Infekt*. 1978;6(5):199-202. [pmid: 359455](#)
11. Dush DM, Hirt ML, Schroeder HE. Self-statement modification in the treatment of child behavior disorders: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 1989;106(1):97-106. [pmid: 2667011](#)
12. Barlow DH. Psychological treatments. *Am Psychol*. 2004;59(9):869-78. [doi: 10.1037/0003-066X.59.9.869](#) [pmid: 15584821](#)
13. Tolin DF. Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(6):710-20. [doi: 10.1016/j.cpr.2010.05.003](#) [pmid: 20547435](#)
14. Weitz ES, Hollon SD, Twisk J, van Straten A, Huibers MJ, David D, et al. Baseline Depression Severity as Moderator of Depression Outcomes Between Cognitive Behavioral Therapy vs Pharmacotherapy: An Individual Patient Data Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(11):1102-9. [doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.1516](#) [pmid: 26397232](#)
15. DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR, Salomon RM, et al. Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(4):409-16. [doi: 10.1001/archpsyc.62.4.409](#) [pmid: 15809408](#)
16. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol*. 2000;53(1):1-12. [doi: 10.1016/s0895-4356\(99\)00123-7](#) [pmid: 10693897](#)
17. Nasiri B, Fesharaki M, Badvi F, Bakhtiyari A. Life Expectancy Life Satisfaction and Mental Health among Women in Turkey. *Women Stud*. 2012;2(2):133-55.
18. Bennebroek Evertsz F, Sprangers MAG, Sitnikova K, Stokkers PCF, Ponsioen CY, Bartelsman J, et al. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on quality of life, anxiety, and depressive symptoms among patients with inflammatory bowel disease: A multicenter randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2017;85(9):918-25. [doi: 10.1037/ccp0000227](#) [pmid: 28857595](#)
19. Telch MJ, Schmidt NB, Jaimez TL, Jacquin KM, Harrington PJ. Impact of cognitive-behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients. *J Consult Clin Psychol*. 1995;63(5):823-30. [pmid: 7593876](#)
20. Riyahi N, Ziaee M, Dastjerdi R. The Effects of Cognitive Behavioral Therapy on Quality of Life Among Patients with Hepatitis B. *Mod Care J*. 2018;15(3). [doi: 10.5812/modernc.82748](#)
21. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess*. 1996;67(3):588-97. [doi: 10.1207/s15327752jpa6703_13](#) [pmid: 8991972](#)
22. Dobson Kate Stephen M. Psychometric Co-ordinates of Beck Depression Inventory in patients with major depressive disorder during Relapse. 2007.
23. Anisi J, Fathiashtei A, Salimi H, Ahmadi-noodeh K. Assessment of Beck scale of suicide thoughts in soldiers. *J Mil Med*. 2005;23(7):33-7.
24. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E, Reijnders M, Huibers MJ. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*. 2016;15(3):245-58. [doi: 10.1002/wps.20346](#) [pmid: 27717254](#)
25. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res*. 2012;36(5):427-40. [doi: 10.1007/s10608-012-9476-1](#) [pmid: 23459093](#)
26. Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord*. 1998;49(1):59-72. [doi: 10.1016/s0165-0327\(97\)00199-7](#) [pmid: 9574861](#)
27. Rush AJ, Beck AT, Kovacs M, Hollon S. Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cogn Ther Res*. 1977;1(1):17-37. [doi: 10.1007/bf01173502](#)
28. Blackburn IM, Bishop S, Glen AI, Whalley LJ, Christie JE. The efficacy of cognitive therapy in depression: a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *Br J Psychiatry*. 1981;139:181-9. [pmid: 7317698](#)
29. Haby MM, Tonge B, Littlefield L, Carter R, Vos T. Cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy and selective serotonin reuptake inhibitors for major depression in children and adolescents. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004;38(8):579-91. [doi: 10.1080/j.1440-1614.2004.01421.x](#) [pmid: 15298580](#)
30. Chan E-H. Efficacy of cognitive-behavioral, pharmacological, and combined treatments of depression: A meta-analysis. ProQuest Information & Learning; 2006.
31. Duarte PS, Miyazaki MC, Blay SL, Sesso R. Cognitive-behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients. *Kidney Int*. 2009;76(4):414-21. [doi: 10.1038/ki.2009.156](#) [pmid: 19455196](#)
32. Toosi K, Amiri M. The efficacy of cognitive-behavioral therapy on depression and life satisfaction in mothers with children admitted to psychiatric hospital. *J Fundam Ment Health*. 2018;20(4):263-70.
33. Cuijpers P, van Straten A, Driessen E, van Oppen P, Bockting C, Andersson G. Depression and Dysthymic Disorders. 2012. [doi: 10.1002/9781118156391.ebcp002011](#)
34. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(11):971-82; discussion 83. [pmid: 2684085](#)
35. Elkin I, Gibbons RD, Shea MT, Sotsky SM, Watkins JT, Pilkonis PA, et al. Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol*. 1995;63(5):841-7. [pmid: 7593878](#)

36. Parker JC, Smarr KL, Slaughter JR, Johnston SK, Priesmeyer ML, Hanson KD, et al. Management of depression in rheumatoid arthritis: a combined pharmacologic and cognitive-behavioral approach. *Arthritis Rheum.* 2003;49(6):766-77. doi: [10.1002/art.11459](https://doi.org/10.1002/art.11459) pmid: [14673962](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14673962/)
37. Delsignore A, Weidt S, Emmerich J, Rufer M. Life satisfaction in patients with social anxiety disorder: Impact of cognitive-behavioral group therapy. *Partnership.* 2012:46-56.
38. Kolovos S, Kleiboer A, Cuijpers P. Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2016;209(6):460-8. doi: [10.1192/bjp.bp.115.175059](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.175059) pmid: [27539296](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27539296/)
39. Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(1):13-7. pmid: [14757297](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14757297/)