

مقاله‌ی پژوهشی

اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی گروهی کوتاه‌مدت بر نشانه‌های افسردگی، ابرازگری هیجانی، مهارت‌های اجتماعی و کیفیت زندگی دانشجویان افسرده

خلاصه

مقدمه: اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی در بین دانشجویان محسوب می‌شود که جنبه‌های مختلف زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر روان‌درمانی بین‌فردی گروهی کوتاه‌مدت بر نشانه‌های افسردگی، ابرازگری هیجانی، مهارت‌های اجتماعی و کیفیت زندگی دانشجویان انجام شد.

روش کار: این کارآزمایی بالینی در بازه‌ی زمانی مهر تا اسفند ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه‌ی آماری را دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد تشکیل می‌دادند. ۲۴ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس از میان دانشجویان مراجعه‌کننده به کلینیک دانشگاه فردوسی مشهد با شکایت افسردگی، انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۱۲ نفری شاهد و آزمون تقسیم شدند. گروه آزمون تحت ۸ جلسه‌ی هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای روان‌درمانی بین‌فردی کوتاه‌مدت قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های افسردگی بک-۲، کیفیت زندگی (WHOQOL)، ابرازگری هیجانی (EEQ)، مهارت‌های اجتماعی (SSI) و جمعیت‌شناختی بود. داده‌ها با کوواریانس چندمتغیره به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نمره‌ی کلی افسردگی در گروه آزمون به طور معنی‌داری نسبت به گروه شاهد کاهش یافته بود ($P=0/004$). همچنین، نمرات تمام شاخص‌های ابرازگری هیجانی ($P=0/031$)، خرده‌مقیاس‌های بیانگری هیجانی، بیانگری اجتماعی، حساسیت هیجانی، کنترل هیجانی و کنترل اجتماعی پرسش‌نامه‌ی مهارت‌های اجتماعی ($P=0/047$) و حیطه‌های سلامت روان‌شناختی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی به طور معنی‌داری در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد افزایش یافت ($P=0/023$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد روان‌درمانی بین‌فردی کوتاه‌مدت می‌تواند به عنوان یک رویکرد درمانی اثربخش در کاهش نشانگان افسردگی و بهبود در مولفه‌های کیفیت زندگی، ابرازگری هیجانی و مهارت‌های اجتماعی در نظر گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، روان‌درمانی، کیفیت زندگی، مهارت‌های

اجتماعی، هیجان

جواد نظافت فریزی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه

فردوسی مشهد، مشهد، ایران

*علی مشهدی

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی

مشهد، مشهد، ایران

سیدامیر امین یزدی

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی

مشهد، مشهد، ایران

فاطمه نوفرستی

کارشناسی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی

مشهد، مشهد، ایران

*مؤلف مسئول:

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی

مشهد، مشهد، ایران

mashhadi@um.ac.ir

تاریخ وصول: ۹۳/۰۹/۰۴

تاریخ تایید: ۹۴/۰۶/۱۵

پی‌نوشت:

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد با کد IRCT 2015081723664N1 و تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه فردوسی مشهد بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از تمامی مسئولین و دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش تقدیر و تشکر می‌گردد.

مقدمه

فردی از جمله درمان‌های موثر برای افسردگی محسوب می‌گردد. این درمان منجر به کاهش پیامدهای افسردگی در زنان زندانی (۱۳)، کاهش علائم افسردگی و احساس تنهایی در دانشجویان دختر افسرده (۷)، کاهش علائم افسردگی همسران افراد معتاد (۸) و مادران افسرده طبقه‌ی اجتماعی-اقتصادی پایین (۱۴)، کاهش نشانه‌های افسردگی و رفتارهای مصرف‌الکل در زنان افسرده‌ی الکلی (۱۵)، کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی و مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان (۱۶) شده است. در فراتحلیلی که درباره‌ی روان‌درمانی بین‌فردی بر روی افسردگی صورت گرفت، اثربخشی آن هم به عنوان یک درمان مستقل و هم در ترکیب با دارودرمانی به اثبات رسید (۱۷).

روان‌درمانی بین‌فردی^۱ (IPT)، نوعی روان‌درمانی کوتاه‌مدت است که تمرکز اصلی آن بر ساختار، زمینه و مهارت‌های بین‌فردی است (۱۲). زمینه‌ی نظری این درمان رویکرد روانی-زیستی مایر، مکتب بین‌فردی سالیوان و نظریه‌ی دلبستگی بالبی است. بنابراین، تاکید اصلی آن بر روابط بین خلق و رویدادهای بین‌فردی می‌باشد. نتایج مطالعات مختلفی که در زمینه‌ی رشد کودک، حیوانات و یا در حوزه‌ی ابراز هیجان، حمایت اجتماعی و رویدادهای زندگی صورت گرفته، اهمیت این رابطه را برجسته کرده است. به عنوان نمونه، پیشامدهای آشفته‌کننده و تنش‌های روانی-اجتماعی ممکن است پیش‌بینی‌کننده‌ی افسردگی باشند در صورتی که داشتن روابط صمیمانه با دیگران می‌تواند به عنوان یک عامل حمایتی در مقابل افسردگی عمل کند. بر همین اساس، در روان‌درمانی بین‌فردی، فرض بر این است که چند عامل (ژنتیکی و محیطی) در بروز افسردگی نقش دارند و به همین دلیل این نوع درمان بر بافت روانی-اجتماعی و بین‌فردی بیمار تاکید می‌کند (۱۸).

در پژوهشی که توسط تالبوت^۲ و همکاران صورت گرفت، روان‌درمانی بین‌فردی برای زنان افسرده با سابقه‌ی سوءاستفاده‌ی جنسی مطالعه شد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان‌دهنده‌ی این بود که زنان تحت درمان IPT کاهش بیشتری در علائم افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و شرم را نسبت به گروه دیگر داشتند (۱۹). اسکراما^۳ و همکاران در پژوهشی دیگر، اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی به همراه دارو بر روی بیماران افسرده‌ی مزمن را بررسی کردند. نتایج حاکی از آن بود که بیماران تحت درمان IPT کاهش قابل ملاحظه‌ای در علائم افسردگی و عملکرد بهتری نسبت به بیماران گروهی که دارو مصرف می‌کردند، نشان دادند (۲۰). نتایج مطالعه‌ی سلیمانی و همکاران بر روی دانشجویان نیز نشان‌دهنده‌ی این بود که روان‌درمانی بین‌فردی کوتاه‌مدت توانست

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی در بین دانشجویان محسوب می‌شود (به نقل از ۱). بر اساس مطالعات متعدد، افسردگی از متغیرهای بالینی است که علت بسیاری از مراجعات به کلینیک‌های روان‌شناختی دانشگاه‌ها است و سهم زیادی از شکایات بالینی دانشجویان را به خود اختصاص می‌دهد (۲). بررسی‌ها نشان می‌دهند که در کشورهای مختلف، شیوع این اختلال در بین دانشجویان در حال افزایش است (۳،۴). در پژوهش‌های انجام شده در ایران در خصوص افسردگی، شیوع آن در میان دانشجویان بین ۶۶-۳۶ درصد و در بین افراد عادی ۲۵-۱۵ درصد تخمین زده شده است (۵).

افسردگی، موقعیتی ناتوان‌کننده است که همه‌ی جنبه‌های زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. به گونه‌ای که به روابط شخصی و خانوادگی فرد، سازگاری شغلی و سلامت عمومی وی آسیب می‌زند (۶). این اختلال یک حالت هیجانی است که با خلق افسرده، احساس گناه، کاهش انرژی و علاقه به فعالیت‌های روزمره، مشکل در ارتباطات و عقب‌نشینی از دیگران مشخص می‌گردد (۷،۸). به عبارت دیگر، اختلال افسردگی را می‌توان به عنوان یکی از قدرتمندترین عوامل ناکارآمدکننده زندگی انسان در نظر گرفت (۹). بر اساس پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی، در صورت عدم انجام اقدامات ضروری تا سال ۲۰۲۰ افسردگی، مشکل اصلی سلامت روان خواهد شد (به نقل از ۵). محققان عنوان داشته‌اند که این اختلال نه تنها به عنوان یک عامل روان‌شناختی، ساختار روانی فرد را آشفته می‌سازد بلکه محیط بیرون و روابط بین‌فردی وی را نیز دستخوش تغییر می‌کند (۹). با نگاهی به ادبیات پژوهشی که در رابطه با افسردگی نگاشته شده است، چند مولفه را می‌توان یافت که تحت تاثیر این اختلال قرار می‌گیرند. این مولفه‌ها عبارتند از: مهارت‌های اجتماعی فرد که در آن، فرد افسرده، کارآیی اجتماعی خود را از دست داده و نمی‌تواند به سطح کنش‌وری اجتماعی مناسبی در روابط بین‌فردی برسد (۱۰). مولفه‌ی دیگر کیفیت زندگی است که بنا بر اعلام سازمان بهداشت جهانی از مهم‌ترین ارکان زندگی بشر به حساب می‌آید و پرداختن به آن از وظایف اصلی مسئولین حوزه‌ی سلامت می‌باشد. مولفه‌ی سوم، ابراز‌گری هیجانی است. ابراز هیجان، مولفه‌ی مهمی است که روان‌شناسان، بهداشت روانی افراد را وابسته به آن می‌دانند و تعدادی از نظریه‌پردازان، اعتقاد دارند که افراد افسرده به دلیل ضعف در این مولفه، دچار این اختلال بالینی می‌شوند (۱۱).

امروزه درمان‌های متعددی برای افسردگی وجود دارند اما تعداد کمی از آن‌ها توانسته‌اند در آزمایش‌های بالینی، اثربخشی خود را به اثبات برسانند (۱۲). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که روان‌درمانی بین

¹Interpersonal Psychotherapy

²Talbot

³Schramm

پژوهش تعداد ۲۴ نفر واجد شرایط که در تکمیل پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک ۲، نمره‌ی بالاتر از ۱۴ را کسب کرده بودند با کسب رضایت کتبی به عنوان نمونه‌ی پژوهش به صورت تصادفی ساده (شیوه‌ی قرعه‌کشی) در دو گروه آزمون و شاهد (در هر گروه ۱۲ نفر) قرار گرفتند. پرسش‌نامه‌ی ابرازگری هیجانی (EEQ)، مهارت‌های اجتماعی (SSI) و کیفیت زندگی (WHOQOL) قبل و بعد از مداخله بر روی دو گروه اعمال شد.

گروه آزمون توسط پژوهشگر کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی که در این زمینه مهارت لازم را دیده بود و بر اساس دفترچه‌ی راهنمای روان-درمانی بین فردی با این درمان آشنا شده بود به مدت ۸ جلسه‌ی هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش درمان روان‌درمانی بین فردی قرار گرفتند. به دلیل رعایت اصول علمی گروه شاهد در طی دوره پژوهش نباید رها شوند بلکه باید تحت نظارت و کنترل پژوهش بوده و به دور از متغیر مستقل باشند تا تاثیر این متغیر بر روی گروه آزمون به طور دقیق‌تری مورد بررسی قرار گیرد. با این هدف گروه شاهد نیز توسط پژوهشگر به طور هم‌زمان تحت ۸ جلسه‌ی هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای آموزش شیوه‌های مطالعه‌ی موثر قرار گرفتند.

پس از پایان جلسات آموزش و اجرای پس‌آزمون برای هر دو گروه در پایان پژوهش برای رعایت اصول اخلاقی، برای گروه شاهد نیز جلسات گروهی آموزش روان‌درمانی بین فردی برگزار شد. نتایج با تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹ تجزیه و تحلیل شد.

ابزار پژوهش

الف- پرسش‌نامه افسردگی بک ۲ (BDI-II)^۱: این پرسش‌نامه از معمول‌ترین مقیاس‌های اندازه‌گیری افسردگی است که توسط بک و همکارانش در سال ۱۹۶۱ تهیه و در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت. پرسش‌نامه‌ی بک دارای دو فرم بلند ۲۱ ماده‌ای و فرم کوتاه ۱۳ ماده‌ای است. در این پژوهش فرم بلند مورد استفاده قرار گرفت. پاسخ‌های سئوالات بین ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند و نقاط برش به این صورت می‌باشد: ۰ تا ۱۳=افسردگی جزئی، ۱۴ تا ۱۹=افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸=افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳=افسردگی شدید. این پرسش‌نامه با مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون^۲ (HRSD) همبستگی ۰/۷۱ و پایایی^۳ بازآزمایی یک هفته‌ای آن ۰/۹۳ است. همسانی درونی این پرسش‌نامه نیز ۰/۹۱ است (به نقل از ۲۳). در مطالعه‌ای که به منظور تعیین اعتبار و پایایی نسخه تجدید نظر شده‌ی پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک بر

کاهشی معنی‌دار در علائم افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد دانشجویان به وجود آورد (۲۱).

با توجه به این که افسردگی با تحت تاثیر قرار دادن هیجان و ابراز آن سطح کنش‌وری و خلق فرد را از حالت طبیعی به حالت افسرده تغییر می‌دهد و با در نظر گرفتن این که ابراز هیجان یکی از مولفه‌های اصلی مهارت اجتماعی (۲۲) محسوب می‌گردد، می‌توان گفت با تغییر ابراز هیجان، عملکرد فرد در محیط‌های اجتماعی نیز مختل می‌شود. از آن جا که ارتباطات اجتماعی یکی از ابعاد کیفیت زندگی به شمار می‌آیند، به نظر می‌رسد افسردگی، کیفیت زندگی را نیز تحت تاثیر قرار دهد. با توجه به این که در روان‌درمانی بین فردی، روابط که از عوامل زیربنایی موثر در شکل‌دهی افسردگی به شمار می‌روند، مورد توجه قرار می‌گیرند، هدف این پژوهش بررسی تاثیر روان‌درمانی بین فردی گروهی کوتاه‌مدت در کاهش علائم افسردگی دانشجویان از طریق افزایش مهارت‌های ارتباطی و چگونگی ابراز هیجان و به تبع آن افزایش کیفیت زندگی در نظر گرفته شد.

روش کار

این کارآزمایی بالینی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه شاهد و آزمون با تایید دانشگاه فردوسی مشهد در سال ۱۳۹۳ اجرا گردید و با کد IRCT2015081723664N1 در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی به ثبت رسیده است. جامعه‌ی آماری پژوهش دانشجویان مراجعه‌کننده به کلینیک دانشگاه فردوسی مشهد می‌باشند که با شکایت افسردگی مراجعه کردند. ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل: ۱- دارا بودن نشانگان افسردگی و داشتن حداقل نمره‌ی ۱۴ در پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک ۲، ۲- حداقل سن ۱۸ سال، ۳- اشتغال به تحصیل در دانشگاه، ۴- قرار نداشتن هم‌زمان تحت درمان‌های روان‌پزشکی (دارویی) و روان‌شناختی و درمان‌های روان‌شناختی قبلی را می‌بایست تا یک ماه قبل از ورود به درمان به اتمام رسانده باشد، ۵- بیمار نباید تشخیص اختلال سایکوتیک داشته یا مبتلا به اختلال روانی ارگانیک باشد.

خودکشی، مصرف دارو، ابتلا به بیماری جسمی حاد، ناسازگاری و درگیری با اعضای گروه، ابتلا به بیماری قبلی و فعلی روان‌پزشکی جز مورد تحت بررسی و غیبت بیشتر از دو جلسه در جلسات گروهی از جمله ملاک‌های خروج بودند.

نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. به این ترتیب که از روی لیست افراد مراجعه‌کننده (با شکایت افسردگی) به کلینیک جهت مشاوره و درمان تعداد ۴۰ نفر انتخاب و از آن‌ها جهت شرکت در پژوهش دعوت شد. پس از مراجعه ۴۰ نفر و تکمیل ابزار پژوهش (پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک ۲) و تکمیل فرم رضایت‌نامه و آگاهی کامل از شرکت در

¹Beck Depression Inventory

²Hamilton Rating Scale for Depression

³Reliability

کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده‌مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. در پژوهشی به منظور استانداردسازی این پرسش‌نامه در ایران، دامنه‌ی ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۵۲ و ۰/۸۴ گزارش شد (۲۸). هم‌چنین ضریب آلفای کرونباخ مقیاس کیفیت زندگی در مطالعه بر روی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه به ترتیب برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌ها ۰/۸۸، ۰/۷۰، ۰/۷۷ و ۰/۶۵ و برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۷۷ به دست آمد (۲۹).

لازم به ذکر است که در این پژوهش در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ استفاده گردید.

نتایج

نمونه‌ی مورد نظر در این مطالعه، شامل ۲۴ نفر (۱۲ نفر گروه آزمون، ۱۲ نفر گروه شاهد) و میانگین سنی آنان ۲۱ سال با انحراف معیار ۲ سال بود. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانشجویان

گروه	تاهل	فراوانی	درصد	جنسیت	فراوانی	درصد
آزمون	مجرد	۱۰	۰/۸۴	مرد	۲	۰/۱۶
شاهد		۹	۰/۸۳		۳	۰/۲۵
آزمون	متاهل	۲	۰/۱۶	زن	۱۰	۰/۸۴
شاهد		۳	۰/۱۷		۹	۰/۷۵

برای بررسی اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی کوتاه‌مدت، جدول آزمون‌های چندگانه را به منظور ارزیابی اثر چند متغیری گروه درمانی بر شاخص‌های افسردگی، ابرازگری هیجانی، مهارت‌های اجتماعی و کیفیت زندگی مورد بررسی قرار می‌دهیم. به دلیل آن که آزمون M باکس معنی‌دار نشده است، از مولفه‌ی لامبدای ویلکز استفاده شده است. این مولفه اطلاعاتی در زمینه‌ی نبود تفاوت بین متغیرهای مستقل (گروه-ها) در جامعه‌ی مورد مطالعه ارزیابی می‌کند. مقدار لامبدای ویلکز برای افسردگی ۰/۹۲، ابرازگری هیجانی ۰/۵۵، مهارت‌های اجتماعی ۰/۳۲ و کیفیت زندگی ۰/۴ است. با توجه به مقادیر F و P بین دو گروه از نظر ترکیب متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌دار وجود دارد و $P=۰/۰۰۴$ و $P=۰/۴۲$ $F(۱۱۳)$ و $P=۰/۰۳۱$ ، $F(۳)$ و $P=۰/۵۵$ و $F(۱۱۳)$ و $P=۰/۰۳۲$ $F(۶)$ و $P=۰/۰۲۳$ و $F(۴)$ و $P=۰/۰۴$ است.

جدول ۲- آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثر

متغیر مستقل بر پس‌آزمون متغیرهای افسردگی، ابرازگری هیجانی، مهارت اجتماعی و کیفیت زندگی

روی ۳۵۴ فرد مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد (۲۴).

ب- پرسش‌نامه‌ی ابرازگری هیجانی (EEQ): پرسش‌نامه‌ی مذکور شامل ۱۶ گویه و سه زیرمقیاس ابرازگری هیجانی مثبت، ابراز صمیمیت و ابرازگری هیجانی منفی است. پایایی این مقیاس به روش همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد و مقدار آن برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۵، ۰/۵۹ و ۰/۶۸ محاسبه گردید (به نقل از ۲۵). کینگ و آمونز^۲ ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس و خرده-مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۴، ۰/۶۳ و ۰/۶۷ به دست آوردند (۲۶). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۷، ۰/۷۳ و ۰/۷۷ به دست آمد.

ج- پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی (SSI): این پرسش‌نامه که توسط ریجیو^۴ (۱۹۸۹) ساخته شده یک ابزار ۹۰ ماده‌ای با شش زیرمقیاس است که به عنوان یک خودگزارشی کوتاه و جامع برای ارزیابی مهارت‌های اجتماعی طرح شده است. شش مقیاس این ابزار، مهارت‌های اجتماعی را در دو سطح هیجانی^۵ (بیانگری، حساسیت^۶ و کنترل^۷) و اجتماعی^۸ (بیانگری، حساسیت و کنترل) اندازه می‌گیرند. برای نمره‌گذاری ماده‌ها از یک مقیاس ۵ امتیازی به سبک لیکرت (۱ تا ۵) استفاده می‌شود. ریجیو، پایایی این پرسش‌نامه را با روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۶ برآورد کرده است (به نقل از ۲۷). پایایی مقیاس‌های شش-گانه و نمره‌ی کل SSI در پژوهش بر روی زوجین در شهر اهواز بین ۰/۵۳ تا ۰/۹۶ به دست آمد (۲۷).

د- پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF): این پرسش‌نامه جهت سنجش کیفیت زندگی فرد توسط سازمان بهداشت جهانی طراحی شده و دارای حیطه‌های سلامت جسمانی^{۱۱}، روان-شناختی^{۱۲}، روابط اجتماعی^{۱۳} و محیط^{۱۴} زندگی می‌باشد که به صورت خوداجرا صورت می‌گیرد. در نتایج تحقیقات گروه سازندگان مقیاس

¹Emotional Expressiveness Questionnaire

²King and Emmons

³Social Skills Inventory

⁴Riggio

⁵Emotional

⁶Expressivity

⁷Sensitivity

⁸Control

⁹Social

¹⁰World Health Organization Quality of Life Questionnaire

¹¹Physical Health

¹²Psychological

¹³Social Relationship

¹⁴Environmental

متغیر وابسته	درجه‌ی آزادی	F	معنی‌داری
افسردگی	۱	۸۷/۳۳	۰/۰۰۴
ابرازگری هیجانی	۱	۱۰۱/۲۲	۰/۰۲۶
صمیمیت	۱	۸۸/۳۳	۰/۰۱۵
ابرازگری هیجانی منفی	۱	۷۹/۴	۰/۰۴۳
مهارت‌های اجتماعی	۱	۷۱/۷۳	۰/۰۳۲
بیانگری اجتماعی	۱	۵۵/۱۳	۰/۰۱۲
حساسیت هیجانی	۱	۴۳/۴	۰/۰۴۴
حساسیت اجتماعی	۱	۳۲/۶	۰/۰۲۰
کنترل هیجانی	۱	۴۰/۸	۰/۰۰۱
کنترل اجتماعی	۱	۲۹/۹	۰/۰۱۹
کیفیت زندگی	۱	۱۹۰/۲	۰/۰۶۷
سلامت روان‌شناختی	۱	۱۵۵/۶	۰/۰۴۴
روابط اجتماعی	۱	۱۸۷/۴	۰/۰۴۵
محیط	۱	۱۸۹/۳	۰/۰۵۹

یافته‌های پژوهش‌های تقوی دینانی و همکاران (۸)، جانسون^۱ و زلاتنیک^۲ زلاتنیک^۲ (۱۳)، تانس^۳ و همکاران (۱۴)، استفانی^۴ و همکاران (۱۵)، سیدالحسینی (۱۶)، سیوچرز^۵ و همکاران (۱۷)، بولتون^۶ و همکاران (۳۰)، سوارتز^۷ و همکاران (۳۱) و مولکاهی^۸ و همکاران (۳۲) هم‌سو می‌می‌باشد. همان‌طور که پیش از این مطرح شد، یکی از مشکلاتی که افراد افسرده به آن دچار هستند، مشکلات ارتباطی است. با توجه به این که روان‌درمانی بین فردی افسردگی را به عنوان اختلالی در نظر می‌گیرد که در رابطه به وجود می‌آید و تمرکز اصلی آن بر روابط بین فردی و حمایت اجتماعی فرد افسرده است، می‌تواند باعث کاهش علائم افسردگی شود.

متغیر دیگری که مورد بررسی قرار گرفت، ابرازگری هیجانی بود. نتیجه‌ی حاصل، مشابه یافته‌های تنها مطالعه‌ی انجام شده توسط گروس^۹ و جان^{۱۰} (۳۳) در این زمینه است. آن چه که نظریه‌پردازان از ابرازگری هیجان در نظر دارند، نه بیان صرف آن، بلکه توانایی شخص در درک آن چیزی است که یک رویداد روانی برای او پیش می‌آورد و نیز احساسات و هیجاناتی که درون وی برانگیخته می‌سازد. به نظر می‌رسد بتوان یکی از بنیان‌های روان‌درمانی بین فردی را همین مسئله دانست و آن پرداختن و ذهنی‌سازی ابعاد یک تجربه‌ی بیرونی در درون و در واقع تجربه‌ی درون روانی است. نظریه‌پردازان روان‌درمانی بین فردی اعتقاد دارند ابرازگری هیجانی در این درمان، به مثابه‌ی یک ابزار روانی است که آنان را از ابتلا به اختلالات چون افسردگی مصون می‌دارد و سبب می‌شود پس از خارج شدن از گروه، هم‌چنان از ابتلا به افسردگی مصون باشند.

یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل تاثیر روان‌درمانی بین فردی کوتاه-مدت بر روی مهارت‌های اجتماعی نشان داد این درمان بر شاخص‌های بیانگری هیجانی، حساسیت هیجانی، کنترل هیجانی، کنترل اجتماعی و بیانگری اجتماعی گروه آزمون موثر بوده است. باید توجه داشت که آن چه مطرح است، مهارت اجتماعی در ارتباط با مولفه‌ی هیجان است. بیانگری هیجان که خود از ایده‌آل‌های روان‌درمانی بین فردی است نسبت به گروه شاهد از تفاوت معنی‌دار برخوردار بود. حساسیت هیجانی نیز که به درک فرد اشاره دارد، افزایش یافته بود. در حساسیت هیجانی افراد می‌آموزند که درک نسبت به افراد محیط زندگی خود را بالا ببرند و این

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نتایج به دست آمده از مقایسه‌ی پس‌آزمون متغیرها در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون حاکی از آن است که پس از شرکت در جلسات گروه‌درمانی بین فردی، نمرات افرادی که در گروه آزمون شرکت داشتند نسبت به افراد گروه شاهد، در نمره‌ی افسردگی ($F=۸۷/۳۳, P=۰/۰۰۴$) به طور معنی‌داری کاهش یافته و در مقیاس‌های ابرازگری هیجانی مثبت، صمیمیت و ابرازگری هیجانی منفی به ترتیب با مقدار آماره‌ی F برابر است با ۱۰۱/۲۲، ۸۸/۳۳، ۷۹/۴ و هم‌چنین با سطح معنی‌داری ۰/۰۲۶، ۰/۰۱۵ و ۰/۰۴۳ و شاخص‌های بیانگری هیجانی، بیانگری اجتماعی، حساسیت هیجانی، حساسیت اجتماعی، کنترل هیجانی و کنترل اجتماعی به ترتیب با مقدار آماره‌ی F برابر است با ۷۳/۷۱، ۵۵/۱۳، ۴۳/۴، ۳۲/۶، ۴۰/۸ و ۲۹/۹ و هم‌چنین به ترتیب با سطح معنی‌داری ۰/۰۳۲، ۰/۰۱۲، ۰/۰۴۴، ۰/۰۲۰، ۰/۰۰۱ و ۰/۰۱۹ و شاخص‌های سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط به ترتیب با مقدار آماره‌ی F برابر است با ۱۹۰/۲، ۱۵۵/۶، ۱۸۷/۴، ۱۸۹/۳ و هم‌چنین با سطح معنی‌داری ۰/۰۶۷، ۰/۰۴۴، ۰/۰۴۵، ۰/۰۵۹ به طور معنی‌داری افزایش یافته است.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی بین فردی گروهی کوتاه‌مدت بر نشانه‌های افسردگی، ابرازگری هیجانی، مهارت‌های اجتماعی و کیفیت زندگی دانشجویان صورت گرفت. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد این نوع درمان در بهبود شرکت‌کنندگان مبتلا به افسردگی (کاهش علائم و شدت نشانه‌ها) موثر بوده است. این نتیجه با

¹Johnson

²Zlotnick

³Toth

⁴Stephanie

⁵Cuijpers

⁶Bolton

⁷Swartz

⁸Mulcahy

⁹Gross

¹⁰John

مقیاس از چهار مقیاس کیفیت زندگی، کاهش نمره‌ی قابل ملاحظه‌ای نسبت به گروه شاهد نداشتند. با این وجود در صورت مقایسه‌ی این نمره با نمره‌ی اولیه‌ای که در این شاخص به دست آورده بودند، سطح قابل قبولی از سلامت را نشان دادند. بنابراین می‌توان چندبعدی بودن تأثیر این روان‌درمانی را مورد توجه قرار داد.

در این پژوهش مانند سایر مطالعات محدودیت‌هایی وجود داشت. کوچک بودن حجم نمونه‌ی مورد مطالعه، عدم کنترل پاره‌ای از متغیرهای مداخله‌کننده مثل میزان تحصیلات، شرایط سنی و وضعیت تاهل آزمودنی‌ها و محدودیت زمانی در اجرای پژوهش که منجر به عدم پی‌گیری گروه‌های شرکت‌کننده شد از جمله‌ی این محدودیت‌ها است.

نتیجه‌گیری

وجود تفاوت در میانگین پس‌آزمون بین دو گروه شاهد و آزمون در مولفه‌های ابرازگری هیجانی، مهارت‌های اجتماعی، کیفیت زندگی و شاخص‌های افسردگی، نشان‌دهنده‌ی اثربخش بودن این رویکرد درمانی است و نتایج درمانی حاصل شده، مبانی نظری زیربنایی این رویکرد درمانی را مبنی بر این که افسردگی در بافت بین‌فردی به وجود آمده و در همین بافت بهبود می‌یابد، تأیید می‌کند. به عبارت دیگر، روان‌درمانی بین‌فردی کوتاه‌مدت یک رویکرد درمانی اثربخش در کاهش نشانگان افسردگی و بهبود در مولفه‌های ابرازگری هیجانی، مهارت‌های اجتماعی و کیفیت زندگی می‌باشد.

همان مسئله‌ای است که می‌توان آن را به چهارچوب گروه، قوانین حاکم بر آن و تکنیک‌هایی که افراد برای ماندن در آن باید رعایت می‌کردند نسبت داد. شاخص بیانگری اجتماعی اشاره به هم‌صدا شدن اعضای گروه و بیان خواسته‌های مشترک بین افراد یک جامعه دارد که در گروه با افزایش حساسیت هیجانی معنا پیدا کرده است. کنترل که اشاره به حفظ و بازداری ابراز هیجانی در موقعیت‌های فردی و اجتماعی دارد، یکی از مهم‌ترین ارکان در برقراری ارتباطات بین‌فردی می‌باشد که معنی‌داری آن را می‌توان به آموزش مهارت‌های اجتماعی و افزایش شناخت افراد در مورد هیجان و کارکردهای آن نسبت داد.

کیفیت زندگی متغیر دیگری است که اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی کوتاه‌مدت بر روی آن بررسی شد. نتایج به دست آمده حاکی از تأثیر این نوع درمان بر شاخص‌های سلامت روان‌شناختی و روابط اجتماعی و عدم تفاوت معنی‌دار شاخص‌های سلامت جسمانی و محیط در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد بود. یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های ترخانی (۳۴)، مقدم رحمانی (۳۵) و مارکوویتز^۱ و همکاران (۳۶) هم‌سو است. مسئله‌ی کلی در کیفیت زندگی را می‌توان در پایان روان‌درمانی‌های موثر کاوش کرد، و آن بهبود سطح کلی زندگی فرد است. در واقع سازمان بهداشت جهانی از آرایه‌ی این مقیاس سعی در مطرح نمودن یک شاخص چندبعدی سلامت دارد که در آن فرد بتواند از تمامی شاخص‌های آن، نمره‌ی قابل قبولی به دست آورد. شرکت‌کنندگان با وجود این که در دو

¹Markowitz

References

1. Khawaja NG, Santos MLRR, Habibi M, Smith R. University students' depression: A cross-cultural investigation. *High Educ Res Dev* 2011; 32(3): 392-406.
2. Leisman A, Gerrard B. Stress in employed women: Impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain. *Psychol Med* 2009; 59(4): 352-9.
3. Sarokhani D, Delpisheh A, Veisani Y, Sarokhani MT, Manesh RE, Sayehmiri K. Prevalence of depression among university students: a systematic review and meta-analysis study. *Depress Res Treat* 2013; 2013: 373857.
4. Tiffany F, Miguel D, Martha P, Osvelia D, Jeannette D. Depression and related problems in university students. *College Student J* 2012; 46(1): 193-202.
5. Abdollahi A, Ebadi Nezhad Hosseini SM, Motalebi SA, Abu Talib M. Examining the association between emotional Intelligence with depression among Iranian boy students. *Asian J Soc Sci Hum* 2013; 2(3): 153-61.
6. Nardi B, Francesconi G, Catena-Dell'osso M, Bellantuono C. Adolescent depression: Clinical features and therapeutic strategies. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2013; 17(11): 1546-51.
7. Tarkhan M, Bazleh N, Fallah S, Paknahad Z, Rezaei A, Nezamivand S, Safdari S. Effectiveness of group interpersonal therapy on loneliness, happiness and depression of girl students of Iran. *J Basic Appl Sci Res* 2012; 2(9): 9189-93.
8. Taghavi Dinani P, Amiralsadat F, Samkhanian E, Zarbakhsh M, Baramsipour Z. Study the effectiveness of brief group interpersonal psychotherapy in reducing depressive symptoms of addict's spouses]. *American-Eurasian J Agricult Environ Sci* 2014; 14(4): 282-6.
9. Haginejad A, Rafieian M, Zamani H. [Study of individual variables affecting citizens' satisfaction with the quality of the living environment]. *Geography and development Iranian journal* 2010; 17(8): 63-82. (Persian)
10. Khodapanahi MK, Asghari A, Saleh Sedghpoor B, Katebani J. [Preparing and investigating the reliability and validation of the family social support questionnaire (FSSQ)]. *Journal of family research* 2009; 5(4): 423-39. (Persian)
11. Lewis M. *The emergence of human emotions*. New York: Wiley; 2010: 265-80.

12. Weissman M, Markowitz J, Klerman GL. [Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy]. Dadashi M, Aghili MM. (translators). Tehran: Argmand; 2012: 27-256. (Persian)
13. Johnson JE, Zlotnick C. Pilot study of treatment for major depression among women prisoners with substance use disorder. *J Psychiatr Res* 2012; 46(9): 1174-83.
14. Toth SL, Rogosch FA, Oshri A, Gravener-Davis J, Sturm R, Morgan-López AA. The efficacy of interpersonal psychotherapy for depression among economically disadvantaged mothers. *Dev Psychopathol* 2013; 25(4): 1065-78.
15. Stephanie A, Nancy L, Sarah M, Ellen L, Gerard J, Kenneth R. A pilot study of interpersonal psychotherapy for alcohol-dependent women with co-occurring major depression. USA: Routledge 2013; 34(3): 37-41.
16. Seyyed Alhoseini Z. [Efficacy of interpersonal psychotherapy group (IPT-AG) in reducing symptoms of depression and increased quality of life and social skills of adolescents]. MA. Dissertation. Mashhad: Ferdowsi University, College of psychology and education science, 2013: 1-101. (Persian)
17. 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.
18. Brakemeier EL, Frase L. Interpersonal psychotherapy (IPT) in major depressive disorder. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 2012; 262(2): 117-21.
19. Talbot NL, Chaudron LH, Ward EA, Duberstein PR, Conwell Y, O'Hara MW, et al. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed women with sexual abuse histories]. *Psychiatr Serv* 2011; 62(4): 374-80.
20. Schramm E, Zobel I, Dykierek P, Kech S, Brakemeier EL, Külz A, et al. Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus interpersonal psychotherapy for early-onset chronic depression: A randomized pilot study. *J Affect Disord* 2011; 1(3): 109-16.
21. Soleimani M, Mohammadkhani P, Dolatshahi B. Effectiveness of brief group interpersonal psychotherapy in reducing university students' depressive symptoms and its effect on attributional style and dysfunctional attitudes. *Psychological research* 2008; 11(1): 41-65. (Persian)
22. Bonano GA, Kletz D. Facial expressions of emotion and curse of conjugal bereavement. *J Abnorm Psychol* 2011; 106(1): 126-37.
23. Groth-Marnat G. [Handbook of psychological assessment]. Pasha Sharifi H, Nickho MR. (translators). Tehran: Roshd; 2009: 1-512. (Persian)
24. Mohammadkhani P, Dobson KS, Massah Choolabi O. [Psychometrics characteristic of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder]. *Quarterly journal of Rehabilitation* 2007; 8 (2): 1-82. (Persian)
25. Rafieinya P, Rasolzadeh Tabatabaei K, Azan Fllah P. [Relation between emotion expressed and general health in students]. *Journal of psychology* 2006; 10(1): 84-105. (Persian)
26. Hasani J, Shahgholiyan M. [Emotional expressiveness, emotional control, and ambivalence over emotional expressiveness in runaway and normal girls]. *Culture counseling* 2014; 5(17): 117-34. (Persian)
27. Khogasteh Mehr R, Shekarkan H, Aman Elahi Fard A. [Predict success and failure of sex-based social skills]. *Journal of Psychology University of Tabriz* 2007; 6(2): 40-59. (Persian)
28. Nejat S, Montazeri A, Holakoie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SM. [Standardization of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): Translation and psychometric Iranian version]. *Journal of public health and Institute of Health Research* 2006; 4(4): 1-12. (Persian)
29. Rahimi D, Payami M. [The study of social support and its relationship with burnout intensive care]. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences* 2009; 33 (8): 52-57.
30. Bolton P, Bass J, Neugebauer R, Verdelli H, Clougherty K, Wickramaratne P, Speelman L, Ndogoni L, & Weissman MM. [Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: A randomized controlled trial]. *JAMA* 2003; 289 (23): 3117-3124.
31. Swartz HA, Frank E, Shear MK, Thase ME, Fleming MAD, Scott J. [A pilot study of brief interpersonal psychotherapy for depression among women]. *Psychiatry Services* 2004; 55 (4): 448-450.
32. Mulcahy R, Reay RE, Wilkinson RB, Owen, C. A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Arch Women Ment Health* 2010; 13(2): 125-39.
33. Gross JJ, John OP. Revealing feeling: facts of emotional expressivity in self reports, peer ratings, and behavior]. *J Pers Soc Psychol* 2007; 72(2): 435-48.
34. Tarkhan M. [The effectiveness of short-term group interpersonal therapy on the psychological well-being and the life quality of addicted individuals' wives]. *Quarterly journal of educational psychology Islamic Azad University Tonekabon branch* 2011; 2(1): 23-36. (Persian)
35. Moghaddam Rahmani M. [Efficacy of interpersonal psychotherapy as a group to reduce symptoms, improve quality of life and marital satisfaction in women with postpartum depression]. MA. Dissertation. Mashhad: Ferdowsi University, College of psychology and education sciences, 2014: 1-100. (Persian)
36. Markowitz JC, Petkova E, Neria Y, Van Meter PE, Zhao Y, Hembree E, et al. Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry* 2015; 172(5): 430-40.