

مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی بر کاهش افسردگی بهبودیافتگان کووید ۱۹ شهر اندیمشک

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۲۹ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۰۲

خلاصه

مقدمه

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی بر کاهش افسردگی بهبودیافتگان کووید ۱۹ شهر اندیمشک انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. نمونه پژوهش شامل ۸۰ نفر از بهبودیافتگان ویروس کووید-۱۹ که تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهر اندیمشک بودند که به روش هدفمند انتخاب و در گروه‌های آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) بطور تصادفی گمارده شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته یک بار تحت مداخلات رفتار درمانی شناختی قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکرد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)، استفاده شد و برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.

نتایج

یافته‌ها نشان داد بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و مداخله مختصر بر افسردگی بهبودیافتگان کووید ۱۹ شهر اندیمشک تفاوت معنادار وجود دارد، اما بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و مداخله ترکیبی بر افسردگی بهبودیافتگان کووید ۱۹ شهر اندیمشک تفاوت معنادار وجود ندارد.

نتیجه‌گیری

بر مبنای نتایج به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی موثر بوده و تفاوتی بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و مداخله ترکیبی (درمان شناختی رفتاری و مداخله مختصر) وجود ندارد.

کلمات کلیدی

رفتار درمانی شناختی، مداخله مختصر، مداخله ترکیبی، افسردگی و بهبودیافتگان ویروس کووید-۱۹
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

عباس رحمتی^۱

رضا احمدی^{۲*}

شهرام مشهدی‌زاده^۳

احمد غضنفری^۴

۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.
۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران (نویسنده مسئول).
۳ استادیار گروه علوم پایه پزشکی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.
۴ دانشیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

Email: Rozgarden28@yahoo.com

مقدمه

در اواخر دسامبر ۲۰۱۹، ویروس جدیدی به نام کرونا ویروس شناخته شد که یک ویروس متعلق به دسته بتاکروناویروس است. چان^۱ و همکاران (۲۰۲۰) تایید کردند که کروناویروس نوین-۲۰۱۹ یک کرونا ویروس جدید بوده که با کروناویروس سارس خفاش بسیار مرتبط است. تا اوایل اگوست ۲۰۲۱ تعداد ۲۲۰ کشور از همه قاره‌های جهان درگیر این ویروس بوده و ۹۰۲۳۶۶۱۷ مورد مثبت در این کشورها ثبت شده، از این تعداد ۱۹۳۷۳۷۶ نفر فوت شدند و ۶۴۶۰۳۸۳۶ نفر نیز بهبود یافته‌اند. وضعیت همه‌گیری فعلی ویروس کرونا در سرتاسر جهان همچنان شدید و نگران‌کننده است و به یک تهدید بالینی برای جمعیت عمومی و پرسنل مراقبت‌های بهداشتی در سراسر جهان تبدیل شده است. بر این اساس و با توجه به وضعیت اورژانسی فعلی این بیماری، قابل پیش‌بینی است که برخی از نشانه‌های اختلالات روانشناختی در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بروز نماید. در این راستا، بررسی نتایج تحقیقات متعدد که بر روی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در کشور چین در طی انتشار بیماری انجام شده تعدادی از این اختلالات روانشناختی از جمله اضطراب، ترس، استرس پس از سانحه، تغییرات هیجانی و بی‌خوابی و افسردگی، با درصد شیوع بالا از این بیماران گزارش شده است (یانگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۰؛ لیو^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). در پژوهشی که با حضور ۸۲۲ فرد مشارکت‌کننده انجام شد، نتایج نشان داد که ۲۹/۳۵ درصد افراد نشانه‌های افسردگی از خود اظهار نموده‌اند (یینگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). از طرفی خود قرنطینه در زمان پنومونی ویروس کرونا نیز احتمال بروز مشکلات روانی را افزایش می‌دهد. قرنطینه به تدریج افراد را از یکدیگر دور می‌کند و در صورت عدم برقراری ارتباط بین

فردی، بیگانگی اجتماعی را به همراه می‌آورد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۵؛ شهیدی، ۲۰۲۰). بیگانگی، بر اساس دیکشنری آکسفورد (۲۰۱۳) به معنای کنش‌ها یا فرایندهای معینی هستند که موجب احساس انزوا یا غریبگی یا احساس غیر همدلانه و خصمانه یک فرد می‌شود و عموماً به معنای جهت‌گیری منفی احساسات ناهماهنگ فرد، احساس بی‌معنایی در زندگی، احساس جدایی از خویشان و بیزاری از ارزش‌های جامعه است. به عبارتی نوعی پاسخ یا عکس‌العمل فرد نسبت به فشارها، تنش‌ها، نامالایمات زندگی و اختلاف دیدگاه‌های فردی و اجتماعی تعریف می‌شود (رسولی، ۱۳۸۵). اسکات^۵ (۱۳۸۰) معتقد است بیگانگی اجتماعی^۶، از دست دادن شرایطی است که قبلاً برای فرد قابل ارزش بوده است. یکی از مولفه‌های که در بهبود یافتگان کووید ۱۹ باید مورد توجه جدی قرار گیرد و نقش مهمی در سلامت افراد دارد افسردگی است.

افسردگی^۷، هم به عنوان یک اختلال، هم به عنوان یک حالت خلقی غیربالینی ولی آشفته‌ساز، هم به عنوان یک مولفه فراتشخیصی مشترک در میان بسیاری از اختلالات روانی، هم به عنوان یکی از شایع‌ترین تشخیص‌ها در میان اختلالات روانی و یکی از مهمترین همبودهای بیماری‌های حاد و مزمن جسمی، مستلزم توجه بالینی ویژه است (فتی، ۱۳۹۶).

افسردگی، نوعی اختلال خلق است که در آن فرد مبتلا، احساس غم، عدم لذت و دل‌سردی میکند و قادر نیست مسرت و خوشی را احساس نماید. همچنین افسردگی به عنوان یک اختلال عبارت است از: وجود خلق افسرده، حداقل به مدت دو هفته که معمولاً با کاهش تمرکز، اشکال در تصمیم‌گیری و تحریک پذیری همراه است. علائم خاص آن عبارت است از: عدم رضایت، از دست دادن انرژی و علائق، اعتماد به

5. Scot

6. social alienation

7. Depression

1. Chen

2. Yang

3. Liu

4. Bing

نفس پایین، احساس غم و گناه، تغییر در اشتها و الگوی خواب (چند^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). به نظر میرسد ارتباط ناگویی هیجانی و نیز اضطراب و افسردگی در اختلال شخصیت مرزی مستقل از سایر مشکلات از جمله شناخت اجتماعی است (پلات^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). افسردگی یک مسئله چالش برانگیز بهداشت روانی و تجربه‌ای شایع است. میزان بروز سالانه دوره‌های افسردگی اساسی ۱/۵۹٪ است (سادوک و سادوک^۳، ۲۰۱۵) که با توجه به شرایط کنونی و قرنطینه که موجب بیگانگی اجتماعی می‌شود نرخ شیوع آن افزایش یابد.

از جمله رویکردهای درمانی که بر افکار متمرکز است، درمان شناختی-رفتاری می‌باشد. درمان شناختی-رفتاری رویکردی است مبتنی بر عقل سلیم که بر دو اصل بنیادی استوار استوار است: نخست، اینکه شناخت‌واره‌های اثری کنترل‌کننده بر هیجان‌ها و رفتارها دارند؛ و دوم، اینکه چگونگی عملکرد یا رفتار اثری قوی در الگوهای فکری و هیجانی‌های فرد می‌گذارند. عناصر شناختی این دیدگاه، به وسیله سوفاستایی مانند اپیک تنوس و نیز سیسرون، سانه‌کا و دیگران، سده‌ها پیش از آنکه درمان شناختی-رفتاری معرفی شود، شناسایی شده بودند (بک^۴ و همکاران، ۱۹۷۹).

در این مدل، پردازش شناختی نقش محوری بر عهده دارد، چرا که افراد پیوسته اهمیت رویدادهای محیط اطراف و درون خود را مورد ارزیابی قرار می‌دهند (مانند رویدادهای پر فشار، گرفتن پسخورد یا نگرفتن پسخورد از دیگران، خاطرات رویدادهای از گذشته، وظایف محوله، احساس‌های جسمی). اثربخشی رویکرد شناختی-رفتاری در پژوهش‌های زیادی نشان داده شده است (بارلو^۵ و همکاران، ۱۹۸۹؛ کلارک^۶ و همکاران، ۱۹۹۴). با توجه به طولانی بودن جلسات شناختی-رفتاری در مورد افسردگی (۲۰ جلسه طبق نظر بک) و عناصر مرتبط با آن، و سطح انگیزه و انرژی پایین در این افراد، اثربخشی مداخله مختصر نیز مورد بررسی قرار

خواهد گرفت. مداخله مختصر، خلاصه و فشرده مطالب مربوط به درمان شناختی-رفتاری است که تعداد جلسات آن به ۴ تا ۸ جلسه کاهش یافته است و تمرکز آن بر درمان اختصاصی برای تعداد محدودی از مشکلات فرد است (براتی سده و مولوی، ۱۳۹۴). بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی بر کاهش افسردگی بهبودیافتگان کووید ۱۹ تحت پوشش مراکز خدمات جامع انجام خواهد شد و به دنبال پاسخگویی به این سوال هستیم که آیا درمان شناختی-رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی بر کاهش افسردگی بهبودیافتگان کووید ۱۹ تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهر اندیمشک اثربخش بوده و با یکدیگر تفاوت معناداری دارند؟

روش کار

طرح مورد استفاده در این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را بهبودیافتگان از ویروس کووید-۱۹ که تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهر اندیمشک تشکیل دادند. به این نحو که ابتدا پرسشنامه افسردگی برای افراد بهبودیافته از ویروس کووید-۱۹ که تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهر اندیمشک ارسال شد. سپس تعداد ۴۰ نفر از افرادی که تشخیص ابتلا به افسردگی قبل از ابتلا به کووید-۱۹ را نداشته بودند و تمایل به همکاری در طرح پژوهشی را داشتند همچنین نمره افسردگی آنها بالاتر از متوسط بود، به عنوان معیارهای ورود و سوء مصرف مواد، دارای اختلال روانی، شرکت در جلسات مشابه، غیبت بیش از دو جلسه، به عنوان معیارهای خروج انتخاب و در ۲ گروه (آزمایش و کنترل) گمارده شدند. سپس پرسشنامه افسردگی جهت تکمیل برای آنها ارسال شد.

4. Beck

5. Barlow

6. Clark

1 -chand

2 -pluta

3. Saduk & Saduk

فاصله یک هفته ۰/۹۷ بوده است (فتی و همکاران ۱۳۸۴). همچنین قاسم زاده و همکاران (۲۰۰۵) با اجرای BDI-II بر روی ۱۲۵ دانشجوی ایرانی ضریب آلفای کرنباخ و ضریب بازآزمایی را با فاصله دو هفته ای ۰/۴۳ گزارش کرده اند. در جامع ترین پژوهش مربوط به مختصات روان سنجی پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) در نمونه بالینی ۳۵۳ نفری مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در ایران محمدخانی و دابسون (۱۳۸۶) ضریب اعتبار کل برای هر ۲۱ ایتِم را ۰/۹۱۳ به دست آوردند. ضریب همبستگی هرایتم با کل پرسشنامه نیز از ۰/۴۵۴ تا ۰/۶۸۱ گزارش شد و ضریب آلفای کرنباخ پرسشنامه نیز بالای ۰/۹ به دست آمد. این پژوهشگران در بررسی روایی عاملی پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) سه عامل جسمانی-حیاتی، شناختی-روانشناختی و بدبینی-احساس بی ارزشی را گزارش کردند و به منظور بررسی روایی سازه بر پایه روش محاسبه روایی همگرا به محاسبه ضریب همبستگی نمرات حاصل از BDI-II و مقیاس افسردگی پرسشنامه نشانگان مختصر پرداختند که نشان دهنده همبستگی بالا بود (۰/۸۷۳ a). به طور کلی نتایج بررسی آنها نشان داد که BDI-II در جمعیت ایرانی از اعتبار مناسب برخوردار است و می توان به نمره های حاصل از آن برای تحلیل آماری و روان سنجی اعتماد کرد (محمدخانی و دابسون، ۱۳۸۶).

مداخله برنامه شناختی رفتاری

گروه آزمایش تحت مداخله درمان شناختی-رفتاری قرار گرفته و گروه کنترل در لیست انتظار قرار داده شد. مداخله شناختی-رفتاری بر گروه آزمایش در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته هفته ای یک جلسه اجرا گردید. پس از اتمام جلسات از دو گروه (آزمایش و کنترل) پس آزمون گرفته و داده های حاصله جمع آوری شد. پس از اتمام دوره مداخله گروه های آزمایش، به افراد حاضر در گروه کنترل کتاب خودیاری در این حوزه جهت مطالعه معرفی شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II): این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است و با ملاک های افسردگی DSM-5 انطباق دارد. این پرسشنامه ۲۱ گروه جمله است که هر گروه شامل ۴ گزینه می باشد. نمره جملات بین صفر تا ۳ متغیر است. آزمودنی باید گزینه ای را علامت بزند که با حال کنونی او بیشتر سازگار است. مجموع نمرات می تواند بین ۰ تا ۶۳ تغییر کند که امتیاز بالا نشانه شدت بیشتر افسردگی است. نقطه برش^۲ در پرسشنامه افسردگی بک، ۱۳ است. سایر محدوده ها ۱۴ تا ۱۹ نشانگر افسردگی خفیف؛ ۲ تا ۲۸ افسردگی متوسط؛ ۲۹ تا ۳۸ افسردگی شدید و ۳۸ به بالا افسردگی بسیار شدید است. پایایی بازآزمایی یک هفته ای آن ۰/۹۳ و همسانی درونی آن نیز ۰/۹۱ است. مشخصات روانسنجی این پرسشنامه در نمونه ایرانی نیز چنین گزارش شده است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به

جدول ۱. پروتکل درمان شناختی رفتاری

جلسات	محتوا و موضوعات جلسات درمان شناختی رفتاری
اول	برقراری ارتباط، معرفی اعضا، بیان قواعد گروه (از جمله رازداری، احترام، گوش دادن و...)، صحبت در مورد مسائل، آشنایی با فرایند درمان و معرفی جلسه های درمان به صورت کوتاه، شرح قوانین گروه، تعهدات درمانی، صحبت های مقدماتی درباره کرونا و آثار آسیب زای روانشناختی و مسائل مربوط به این دوره، معارفه و آشنایی، تعیین اهداف درمان

2. Cutoff point

1. Beck Depression Questionnaire

دوم	مرور بر جلسه قبل، آموزش و بررسی مدل شناختی و چرخه فکر با ذکر مثال و ارائه چند نمونه در جلسه، ارائه توضیحاتی در باب ویژگی های افکار خود آیند منفی، معرفی و شناسایی خطاهای شناختی به همراه درجه اعتقاد به آنها، خلاصه و جمع بندی، مشخص کردن تکلیف
سوم	مرور بر جلسه قبل، بررسی تکالیف جلسه قبل و موانع آن، مرور و بررسی راهبردهایی برای مبارزه با تحریف شناختی (آموزش تکنیک بررسی شواهد) و کار در جلسه، تعیین کردن تکلیف
چهارم	مرور بر جلسه قبل، بررسی تکالیف جلسه قبل و موانع آن، آموزش روانشناختی، مرور و بررسی راهبردهایی برای مبارزه با تحریف های شناختی (تکنیک بررسی سود و زیان) و تمرین آن در جلسه با مسائل افراد گروه، خلاصه و جمع بندی، مشخص کردن تکلیف
پنجم	مرور بر جلسه قبل، بررسی تکالیف جلسه قبل و موانع آن، بررسی تکالیف، شناسایی موقعیت های ناراحت کننده و بررسی و شناسایی هیجان ها، آموزش و توضیح هیجانها و ارتباط آنها با افکار، جمع بندی و مشخص کردن تکلیف
ششم	مرور بر جلسه قبل، بررسی تکالیف جلسه قبل و موانع آن، بررسی تکالیف، بررسی باز پاسخها در موقعیت های ناراحت کننده (با تکنیک تصویر سازی و حدس زدن فکر)، جمع بندی و مشخص کردن تکلیف
هفتم	مرور بر جلسه قبل، بررسی تکالیف جلسه قبل و موانع آن، بررسی تکالیف، آموزش شناسایی علائم بدنی در مواقع ناراحتی با استفاده از تکنیک تصویر سازی و آموزش ریلکسیشن به منظور کاهش علائم بدنی، جمع بندی و مشخص کردن تکلیف
هشتم	مرور بر جلسه قبل، بررسی تکالیف جلسه قبل و موانع آن و رفع هر گونه ابهام در خصوص جلسات پیشین، جمع بندی، تعیین زمان اجرای پس آزمون های مربوطه با ارسال پرسشنامه ها، تشکر از گروه و ختم جلسات.

جدول ۲ پروتکل جلسات مداخله مختصر

جلسات	محتوا و موضوعات جلسات مداخله مختصر
اول	برقراری ارتباط، معرفی اعضا، بیان قواعد گروه (از جمله رازداری، احترام، گوش دادن و...)، صحبت در مورد مسائل، آشنایی با فرایند درمان و معرفی جلسه های درمان به صورت کوتاه، شرح قوانین گروه، تعهدات درمانی، صحبت های مقدماتی درباره کرونا و آثار آسیب زای روانشناختی، توضیح مختصر در مورد مداخله مختصر
دوم	آشنایی با ویژگی های خلق افسرده، آگاهی از نقش خطاهای شناختی در افکار منفی در بروز و تشدید، دادن جدول خود بازنگری به عنوان تکلیف خانگی
سوم	بررسی تکالیف خانگی، آشنایی با اهمیت حل مساله و آموزش مهارت حل مسئله منطقی، دادن برگه اطلاعات مهارت حل مساله و کار برگ حل مسئله، آموزش اهداف کوتاه مدت و بلند مدت و نوشتن آنها به عنوان تکلیف خانگی
چهارم	بررسی تکالیف خانگی، مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تاکید بر افسردگی، جمع بندی، تعیین زمان اجرای پس آزمون های مربوطه با ارسال پرسشنامه ها، تشکر از گروه و ختم جلسات

نتایج

جدول ۳. فراوانی متغیر سن به تفکیک گروه های آزمایش

متغیر سن	و کنترل			
	گروه ۱	گروه ۲	گروه ۳	گروه کنترل
۲۵-۲۰	۴	۴	۳	۶
۳۰-۲۶	۶	۳	۳	۴
۳۵-۳۱	۵	۶	۵	۴
۴۰-۳۶	۵	۷	۹	۶

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی بر افسردگی بهبودیافتگان کووید-۱۹ شهر اندیمشک انجام شد. در قسمت زیر به ارائه یافته های توصیفی پژوهش پرداخته شده است. ابتدا به فراوانی شرکت کننده ها در مقطع سنی و تحصیلی پرداخته می شود.

جدول ۴. فراوانی متغیر مقطع تحصیلی به تفکیک

گروه‌های آزمایش و کنترل				
متغیر مقطع تحصیلی	گروه ۱ آزمایش	گروه ۲ آزمایش	گروه ۳ آزمایش	گروه کنترل
دیپلم	۳	۹	۸	۸
کارشناسی	۱۲	۱۰	۹	۷

کارشناسی
ارشد

۵ ۱ ۳ ۵

در ادامه به میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی در گروه‌های آزمایش و کنترل، به تفکیک مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون پرداخته می‌شود.

جدول ۵. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	مراحل	گروه ۱ آزمایش		گروه ۲ آزمایش		گروه ۳ آزمایش		گروه کنترل
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
افسردگی آزمون	پیش	۳۸/۴۰۰	۲/۳۲۶	۳۸/۸۵۰	۱/۷۸۵	۳۹/۵۵۰	۲/۲۱۱	۲/۲۹۴
	پس	۲۲/۸۵۰	۳/۵۴۳	۲۸/۱۵۰	۲/۹۲۴	۲۱/۶۵۰	۲/۴۱۲	۲/۸۳۳

وابسته، نیز از روش تجزیه و تحلیل کواریانس استفاده شد. ابتدا مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کواریانس بررسی شدند.

یکی از پیش‌شرط‌های لازم برای استفاده از تحلیل کواریانس، اطمینان پیدا کردن از نرمال بودن داده‌ها است که با استفاده از آزمون کولوموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو ویلک مورد بررسی قرار گرفت.

همان‌طور که در جدول بالا ملاحظه می‌گردد، میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تفاوت چندانی نداشته‌اند. با این حال، در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. جهت آزمون فرضیه و تعیین معناداری تفاوت بین نمره‌های گروه‌های آزمایش و کنترل بر روی متغیرهای

جدول ۴. نتایج حاصل از نرمال بودن داده‌های افسردگی با استفاده از آزمون کولوموگروف - اسمیرنوف و شاپیرو - ویلک

متغیرها	آزمون کولوموگروف - اسمیرنوف			آزمون شاپیرو - ویلک		
	آماره	df	sig	آماره	df	sig
آزمایش ۱	۰/۱۶۸	۲۰	۰/۱۴۰	۰/۹۶۸	۲۰	۰/۷۲۱
	۰/۱۱۱	۲۰	۰/۲۰۰	۰/۹۵۳	۲۰	۰/۴۱۳
آزمایش ۲	۰/۱۸۳	۲۰	۰/۰۷۶	۰/۹۳۸	۲۰	۰/۲۲۰
	۰/۱۵۳	۲۰	۰/۲۰۰	۰/۹۶۰	۲۰	۰/۵۴۷
آزمایش ۳	۰/۱۴۸	۲۰	۰/۲۰۰	۰/۹۳۰	۲۰	۰/۱۵۴
	۰/۱۶۴	۲۰	۰/۱۶۴	۰/۹۳۸	۲۰	۰/۲۲۰
کنترل	۰/۱۰۸	۲۰	۰/۲۰۰	۰/۹۷۲	۲۰	۰/۷۸۷
	۰/۱۷۵	۲۰	۰/۱۰۹	۰/۹۳۳	۲۰	۰/۱۸۰

همان طور که جدول بالا نشان می‌دهد، آزمون لوین برای متغیر افسردگی بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها تایید می‌شود. در جدول زیر نتایج حاصل از همگنی شیب رگرسیون، که یکی از شروط پیش فرض‌های کواریانس می‌باشد مشخص شده است.

همان طور که نتایج جدول بالا نشان می‌دهد سطح معناداری نمرات مربوط به پیش آزمون و پس آزمون افسردگی در هر دو آزمون کولوموگروف - اسمیرنف و شاپیرو - ویلک بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بوده است، لذا فرض صفر رد نشده است و توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال است، بدین ترتیب پیش شرط نرمال بودن داده‌ها تایید شده است. در جدول زیر شرط همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین مربوط به متغیر افسردگی در مرحله پس - آزمون مشخص شده است.

جدول ۵. نتایج حاصل از همگنی واریانس‌ها در متغیر افسردگی با استفاده از آزمون لوین

متغیر	df	۲ df	F	Sig
افسردگی	۳	۷۶	۲/۶۳۴	۰/۰۵۶

جدول ۶. نتایج حاصل از همگنی شیب رگرسیون در متغیر افسردگی

تغیر	جموع مجذورات	d	بانگین مجذورات	l	sig
سردگی	۲۳/۲۶	۷/۷۵	۱/۰۳	۰/۳۸	

پس بنابراین شرط همگنی شیب رگرسیون تایید می‌گردد.

همان‌طور که در جدول بالا ملاحظه می‌گردد، شیب رگرسیون در مورد متغیر افسردگی معنادار نمی‌باشد.

جدول ۷. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس بر روی میانگین نمرات پس آزمون افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل

منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	sig	Eta
پیش آزمون	۹۸/۶۷۰	۱	۹۸/۶۷۰	۱۳/۰۸۶	۰/۰۰۱	۰/۱۴۹
گروه	۴۹۷۶/۵۹۵	۳	۱۶۵۸/۸۶۵	۲۱۹/۹۹۷	۰/۰۰۱	۰/۸۹۸
خطا	۵۶۵/۵۳۰	۷۵	۷/۵۴۰			

درمان شناختی-رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی بر کاهش افسردگی بهبودیافتگان کووید ۱۹ شهر اندیمشک اثربخش بوده است. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین متغیر افسردگی در پس آزمون در گروه‌های آزمایش کمتر از گروه کنترل بوده است و بین عملکرد اعضای چهار گروه در پس آزمون متغیر افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد.

داده‌های حاصل از جدول بالا نشان می‌دهد، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در پس آزمون متغیر افسردگی از ۰/۰۵ کوچکتر است ($F=219/997, P<0/001$). به عبارت دیگر، پس از تعدیل نمره‌های پیش آزمون، عامل بین آزمودنی‌های چهار گروه اثر معنادار دارد. بنابراین، با توجه به شواهد جمع آوری شده در این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که

جدول ۸. نتایج مقایسه میانگین های پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل مربوط به متغیر افسردگی

sig	F	میانگین مجدورات	df	مجموع مجدورات	
۰/۰۰۱	۲۰۶/۳۷۴	۱۸۰۳/۶۰۰	۳	۵۴۱۰/۸۰۰	واریانس بین گروهی
		۸/۷۳۹	۷۶	۶۶۴/۲۰۰	واریانس درون گروهی
			۷۶	۶۰۷۵/۰۰۰	کل

شهر اندیمشک تفاوت وجود دارد"، مورد تایید قرار گرفته است.
در ادامه به بررسی این تفاوت با استفاده از آزمون تعقیبی شفه می پردازیم.

F بین گروهی در جدول بالا نشان می دهد بین گروه ها از نظر اثربخشی درمان های مختلف تفاوت معنادار وجود دارد. و فرضیه اول پژوهش مبنی بر " بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی بر کاهش افسردگی بهبودیافتگان کووید ۱۹

جدول ۹. نتایج آزمون تعقیبی شفه مربوط به متغیر افسردگی

گروه	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	Sig	حد پایین	حد بالا
آزمایش ۱	-۵/۳۰۰۰۰	۰/۹۳۴۸۵	۰/۰۰۱	-۷/۹۷۲۹	-۲/۶۲۷۱
آزمایش ۳	۱/۲۰۰۰۰	۰/۹۳۴۸۵	۰/۶۵۰	-۱/۴۷۲۹	۳/۸۷۲۹
کنترل	-۱۹/۵۰۰۰۰	۰/۹۳۴۸۵	۰/۰۰۱	-۲۲/۱۷۲۹	-۱۶/۸۲۷۱
آزمایش ۲	۵/۳۰۰۰۰	۰/۹۳۴۸۵	۰/۰۰۱	۲/۶۲۷۱	۷/۹۷۲۹
آزمایش ۳	۶/۵۰۰۰۰	۰/۹۳۴۸۵	۰/۰۰۱	۳/۸۲۷۱	۹/۱۷۲۹
کنترل	-۱۴/۲۰۰۰۰	۰/۹۳۴۸۵	۰/۰۰۱	-۱۶/۸۷۲۹	-۱۱/۵۲۷۱
آزمایش ۳	-۱/۲۰۰۰۰	۰/۹۳۴۸۵	۰/۶۵۰	-۳/۸۷۲۹	۱/۴۷۲۹
آزمایش ۲	-۶/۵۰۰۰۰	۰/۹۳۴۸۵	۰/۰۰۱	-۹/۱۷۲۹	-۳/۸۲۷۱
کنترل	-۲۰/۷۰۰۰۰	۰/۹۳۴۸۵	۰/۰۰۱	-۲۳/۳۷۲۹	-۱۸/۰۲۷۱
کنترل	۱۹/۵۰۰۰۰	۰/۹۳۴۸۵	۰/۰۰۱	۱۶/۸۲۷۱	۲۲/۱۷۲۹
آزمایش ۲	۱۴/۲۰۰۰۰	۰/۹۳۴۸۵	۰/۰۰۱	۱۱/۵۲۷۱	۱۶/۸۷۲۹
آزمایش ۳	۲۰/۷۰۰۰۰	۰/۹۳۴۸۵	۰/۰۰۱	۱۸/۰۲۷۱	۲۳/۳۷۲۹

گروه شناختی رفتاری و مداخله ترکیبی بر متغیر افسردگی تفاوت معنادار وجود ندارد.

نتایج جدول بالا نشان می دهد بین اثربخشی گروه آزمایش شناختی رفتاری و مداخله مختصر بر متغیر افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد، اما بین اثربخشی

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر نشان می دهد که میانگین نمرات افسردگی در درمان شناختی- رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون بین گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معنادار داشته است ($p < 0/05$). در واقع میانگین نمرات این چهار گروه در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری نداشتند حال آنکه در مرحله پس آزمون تفاوت معنادار نشان می- دهند. با توجه به نتایج به دست آمده نتیجه گیری می شود که درمان شناختی- رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی بر کاهش افسردگی بهبودیافتگان کووید ۱۹ شهر اندیمشک موثر بوده است و در مورد مقایسه ی اثربخشی این سه رویکرد درمانی می توان گفت بین اثربخشی این سه رویکرد درمانی تفاوت وجود دارد و درمان ترکیبی از دو رویکرد دیگر اثربخش تر بوده است. بدین ترتیب فرضیه اول پژوهش مبنی بر " بین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی بر کاهش افسردگی بهبودیافتگان کووید ۱۹ شهر اندیمشک تفاوت وجود دارد."، مورد تایید قرار می گیرد.

قابل ذکر است که در مورد همسویی با پژوهش های قبلی، پژوهشی در مورد مقایسه ی اثربخشی این سه رویکرد درمانی انجام نشده است؛ اما در مورد اثربخشی هر کدام از این رویکردها بر متغیر افسردگی پژوهش هایی صورت گرفته است. در مورد اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی می توان بیان نمود که این یافته ها با نتایج پژوهش گری و همکاران (۲۰۲۰)؛ پل هریسون (۲۰۲۰)؛ تام^۱ و همکاران (۲۰۲۰)؛ پارکز و همکاران (۱)؛ گنارو و همکاران (۲۰۲۰)؛ کاترین و همکاران (۲۰۲۰)؛ شهیاد و محمدی (۱۳۹۹)؛ آخوندی و همکاران (۱۳۹۹)؛ شبیانی و همکاران (۱۳۹۹)؛ عزیزی و همکاران (۱۳۹۸)؛ خوشه مهری و همکاران (۱۳۹۸)؛ رضایی، نشاط دوست، وکیلی، امرا و مولوی (۱۳۹۸)؛ پور حمیدی، سروقد، رضایی (۱۳۹۸)؛ شهریاری،

زارع، دهکردی و فروشانی (۱۳۹۷)؛ رجیبی و علیمرادی (۱۳۹۷)؛ غلامی حیدرآبادی و ابراهیمی پور (۱۳۹۷)؛ ذوالفقاری، بهرامی، گنجی (۱۳۹۶)؛ سهندی فر، حسینی، حسینی، نعمتی نیا و فرضی (۱۳۹۵)؛ کرامتی، زرگر، نعیمی، بشلیده، داودی (۱۳۹۴) همسو می باشد.

در تبیین این یافته ها می توان گفت اکثر افرادی که به ویروس کووید- ۱۹ مبتلا می شوند، پس از بهبودی افسردگی را تجربه می کنند. درمان شناختی رفتاری با آموزش مراجع و توضیح رابطه بین افکار، احساسات و رفتار (چرخه افکار) به بیماران افسرده کمک می کند تا به رابطه بین افکار، احساسات و رفتار خود پی ببرند و اینکه به دنبال افکار منفی، هیجان منفی تجربه می شود و بالعکس. در فاز اول درمان فعال سازی رفتاری آموزش داده می شود و به آنها یاد داده می شود که مدل برانگیزاننده- پاسخ- سبک مقابله ای جانشین را جایگزین مدل برانگیزاننده- پاسخ- الگوی اجتنابی نماید. با آموزش واریسی خلق بیماران افسرده می آموزند خلق خود را زیر نظر گرفته و واریسی نمایند که به محض تجربه هیجان منفی، فکر مربوطه را پیدا کنند. آموزش نمره گذاری بر اساس لذت و تسلط به بالا رفتن انگیزه بیماران و برنامه ریزی انجام فعالیت لذت بخش کمک می کند. تعیین تکلیف به صورت گام به گام به بیماران کمک می کند فعالیتها را متناسب با توانایی ها و سطح انرژی شان انتخاب کنند. در فاز دوم درمان به بررسی، ارزیابی و بازسازی شناختی پرداخته می شود ابتدا می آموزند افکار منفی خودآیند را شناسایی نمایند، سپس به تغییر و اصلاح افکار منفی خودآیند پردازند. برای بازسازی شناختی، فن بررسی شواهد، تحلیل مزایا م معایب و تعریف واژه ها یا تحلیل معنا بسیار کمک کننده می باشد. همچنین با کار بر روی باورهای میانجی، و استفاده از فن معیار دوگانه، فن چالش باید اندیشی، تحلیل سود و زیان می آموزند باورهای خود را در یک پیوستار بنگرند. همچنین با چالش باورهای هسته و استفاده از فنون پرسش سقراطی و استفاده از استعاره ها، یک باور جدید را جایگزین نمایند.

¹ . Tom

آموزند به جای ناامید شدن بر حل مسئله به صورت منطقی تمرکز نماید و در پایان به آنها علائم هشدار دهنده افسردگی به منظور پیشگیری از عود آموزش داده می شود.

در تبیین رویکرد ترکیبی نیز می توان بیان نمود با توجه به اینکه انتظار می رفت نسبت به دو رویکرد شناختی رفتاری و مداخله مختصر از اثربخشی بیشتری برخوردار باشد، اما طبق نتایج به دست آمده تفاوت معناداری بین اثربخشی رویکرد ترکیبی با شناختی رفتاری حاصل نشد. معنادار نشدن تفاوت بین میانگین نمرات آزمودنی ها در رویکرد شناختی رفتاری با مداخله ترکیبی نشان می دهد از لحاظ مکانیسم اثر مداخله شناختی رفتاری با مداخله ترکیبی تفاوت معناداری نداشتند. که می تواند ناشی از تفاوت های مربوط به مقطع سنی و مقطع تحصیلی باشد.

ضمن اینکه با توجه به اینکه در تحقیق حاضر از آزمون پیگیری استفاده نشده است، احتمال پایداری بیشتر درمان بر گروه آزمایش سوم (مداخله ترکیبی) نیز می رود. و ممکن است از نظر اثربخشی تفاوت معناداری نشان داده نشد، اما جا دارد از نظر ثبات درمانی بر کاهش افسردگی در گذر زمان مورد بررسی قرار گیرند.

تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از رساله دکترای تخصصی نویسنده اول در واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران می باشد." و دارای کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1400.020 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد می باشد. نویسندگان از همه شرکت کنندگان در این پژوهش که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند کمال تشکر و قدردانی را دارند

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

در نهایت اینکه فنون پیشنهاد شده توسط رویکرد شناختی رفتاری، به افراد کمک می کند تا از فعال شدن افکار غیرمنطقی تا حد امکان کاسته و رفتار واقع بینانه تری را یاد بگیرند. آموزش های درمان شناختی رفتاری باعث افزایش درک و فهم افراد نسبت به این نکته می شود که تحریف- هایشان را شناسایی کرده و موقعیت ها را منطقی ارزیابی نمایند. همچنین می توان گفت رویکرد شناختی رفتاری با تاکید بر افکار، مداخله ای اثربخش و کارآمد در زمینه کاهش افسردگی است.

در مورد اثربخشی مداخله مختصر می توان بیان نمود که طبق تحقیق محقق تا کنون پژوهشی در این باره صورت نگرفته است، اما در راستای پروتکل وزارت بهداشت و تدوین فتحعلی لواسانی (۱۳۹۳) صورت گرفته است. و با توجه به اینکه مختصر شده رویکرد شناختی رفتاری می باشد، بنابراین می توان گفت با پژوهش های صورت گرفته در زمینه شناختی رفتاری همسو است. در تبیین اثربخشی مداخله مختصر بر افسردگی می توان گفت مداخله مختصر با کار بر روی ارتباط درمانی، افکار منفی افراد مبتلا به افسردگی، حل مسئله و بازسازی شناختی در طی جلسات محدود به افراد مبتلا به افسردگی کمک می کند تا با علائم خلق افسرده آشنا شده و به ارتباط بین خلق افسرده و عدم فعالیت ها پی ببرند. در قدم بعد به بیماران آموزش فعال ساز رفتاری داده شده و شناسایی فعالیت های هدف از جمله ارتباط و تعامل اجتماعی مثبت، برنامه های تفریحی، مراقبت از خود، شامل رسیدگی به وضع ظاهر، بهداشت شخصی و ورزش و تغذیه را در برنامه های روزانه خود قرار دهد. مشخص کردن اهداف واقع بینانه یکی دیگر از مواردی است که در مداخله مختصر مد نظر قرار گرفته و متناسب با وضعیت خود آنها را مشخص کنند. به بیماران آموزش داده می شود از افکار منفی خود آگاهی یافته و شایع ترین آنها را مورد شناسایی قرار دهند. به چالش کشیدن افکار منفی و شناسایی خطاهای شناختی گام های بعدی در این رویکرد درمانی است. آموزش حل مسئله از دیگر اهداف درمانی رویکرد حل مسئله می باشد. بیماران می

منابع

- آخوندی، مریم؛ نصیرزاده، مصطفی؛ جمالی زاده نوق، احمد؛ خرم نیا، سعید (۱۳۹۹). بررسی وضعیت استرس، اضطراب، افسردگی و تاب آوری ناشی از شیوع بیماری کرونا در خانواده های شهرستان انار در سال ۱۳۹۹، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۹ (۸): ۸۸۹-۸۹۸.
- اسکات، ریچارد (۱۳۸۰). سازمان ها: سیستم های حقیقی، حقوقی و باز، ترجمه ی محمدرضا بهرنگی، تهران: کمال تربیت، ویرایش چهارم.
- پورحمیدی، مجید؛ سروقد، سیروس؛ رضایی، آذرمیدخت؛ بقولی، حسین (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناخت- بقولی، حسین (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری در کاهش علائم اضطراب و بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان دوره متوسطه اول دارای اضطراب امتحان، مجله روش ها و مدل های روانشناختی، ۱۰ (۳۵): ۳۹-۱۷.
- خوشه مهری، شیدا؛ فتحی اقدم، قربان؛ پوروقار، محمدجواد (۲۰۱۹). تاثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری با تاکید بر سبک زندگی سالم بر کاهش افسردگی، احساس تنهایی و تصویر بدنی دانش آموزان دختر نوجوان تهران. مجله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۳ (۵): ۵۹-۶۷.
- دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت (۱۳۸۰). تحقیق در ارتقای سلامت، ترجمه سعید پارسینا و دیگران، تهران، دفتر ارتباطات و آموزش بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ذکایی، محمد سعید؛ اسماعیلی، محمد جواد (۱۳۹۱). جوانان و بیگانگی تحصیلی و دانشگاهی، فصلنامه تحقیقات فرهنگی ایران، ۴ (۱۶): ۵۵-۹۰.
- ذوالفقاری، علیرضا؛ بهرامی، هادی؛ گنجی، کامران (۱۳۹۶). بررسی و مقایسه اثربخشی مداخله های پذیرش و تعهد و شناختی- رفتاری بر اختلال اضطراب فراگیر، مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۲۰ (۲): ۲۴-۳۴.
- رسولی، زهره (۱۳۸۵). بررسی میزان بیگانگی اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه تبریز و عوامل مرتبط با آن، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.
- رایس، فیلیپ (۱۳۸۸). رشد انسان. ترجمه مهشید فروغان، انتشارات ارجمند.
- رجبی، اسوران؛ علیمراد، خدیجه (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر وضوح خودپنداره، افسردگی، اضطراب و استرس و عزت نفس در دانشجویان دارای نشانگان ضربه عشق، فصلنامه علمی مطالعات روانشناختی، ۱۴ (۳): ۱۳۱-۱۴۶.
- رضایی، فاطمه؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ وکیلی زارچ، نجمه؛ امرا، بابک؛ مولوی، حسین (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به آسم، نشریه علمی روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۰ (۲): ۲۳-۳۲.
- سهنندی، فر؛ سلماز؛ حسینی، راضیه؛ حسینی، شهره؛ نعمتی نیا، فاطمه، فرضی، فرامرز (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر خودپنداره کودکان بیش فعال/نارسایی توجه، مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی، ۳ (۲): ۱۹-۲۴.
- سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا (۲۰۱۵). خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک بر اساس DSM-5، مترجم مهدی گنجی، حمزه گنجی، نشر ساوالان، تهران.
- شهریاری، حسینه؛ زارع، حسین؛ علی اکبر دهکردی، مهناز، صرامی فرونشانی، علیرضا (۱۳۹۷). اثربخشی مداخلات شناختی- رفتاری در درمان اختلال اضطراب فراگیر: یک مطالعه مروری با رویکرد فراتحلیل، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۷ (۵): ۴۶۱-۴۷۸.
- شهادت، شیما؛ محمدی، محمد تقی (۱۳۹۹). آثار روانشناختی گسترش بیماری کووید-۱۹ بر وضعیت سلامت روان افراد جامعه: مطالعه مروری، مجله طب نظامی، ۲ (۸۶): ۱۸۴-۱۹۲.
- عزیزی، سمیه؛ جان بزرگی، مسعود؛ رسول زاده طباطبایی، کاظم (۱۳۹۸). مقایسه تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با درمان شناختی- رفتاری (CBT) بر افسردگی دانشجویان با توجه به سطح تحول روانی- معنوی آنها. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۹ (۳۵): ۱۴۷-۱۷۲.
- غلامی حیدر آبادی، زهرا؛ ابراهیمی پور، سمیرا (۱۳۹۸). اثربخشی فنون درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی و عزت نفس در دانش آموزان ۱۱ تا ۱۲ ساله شهر تهران، فصلنامه پژوهش های کاربردی در مشاوره، ۲ (۱): ۱-۲۶.
- کرامتی، کرامت؛ زرگر، بداله، نعیمی، عبدالزهره؛ بشلیده، کیومرث، داودی، ایران (۱۳۹۴). بررسی اثر درمان شناختی- رفتاری گروهی کودک و مادر- کودک بر اضطراب اجتماعی، عزت نفس و جرات ورزی دانش آموزان پایه های پنجم و ششم شهر اهواز، مجله دستاوردهای روان شناختی، ۲۲ (۲): ۱۵۳-۱۷۰.
- گاچل، رابرت. جی و دیگران (۱۳۷۷). (زمینه روانشناسی تندرستی، ترجمه دکتر غلامرضا خویزاد، تهران، انتشارات آستان قدس رضوی.
- گرومن، جیمی؛ شنایدر، فرانک دلبویو، کوتس، لاری (۱۳۹۸). روانشناسی اجتماعی کاربردی، مترجم سید محمدی، نشر روان، تهران.
- محمدپور، ابراهیم، هنرور، حسین، علی پور، هدایت و رحمانیان، عاطفه. (۱۴۰۰). مطالعه ارتباط بین مولفه های تحول در باورها و رفتارهای توسعه ای و بیگانگی اجتماعی (مورد مطالعه: دانشجویان دانشکده های حقوق و علوم اجتماعی و کشاورزی دانشگاه تهران)، دو فصلنامه جامعه شناسی اقتصادی و توسعه، سال دهم، شماره دوم، پاییز و زمستان ۱۴۰۰، صفحات ۱۵۹-۱۸۱.
- نادری، حمداله؛ بنی فاطمه، حسین؛ حریری اکبری، محمد (۱۳۸۸). الگوسازی ساختاری رابطه ی بیگانگی و بی تفاوتی اجتماعی، مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، ۵۹-۲۹.

- health records network study. *Journal of Psychopharmacology*, 34 (8), 848-855.
- Inyikalum Daniel , B., & Urani, S. D . D.(2017)karl marx's concept of alienation, a study of its impact on Nigeria Soci- economic development.
- Liu X, Na RS, Bi ZQ. (2020). [Challenges to prevent and control the outbreak of Novel Coronavirus Pneumonia (COVID-19)]. *Zhonghua liu xing bing xue za zhi = Zhonghua liuxingbingxue zazhi*;41(0):E029.
- Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, et al. . (2020) Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The lancet Psychiatry*; 7(4):e17-e8.
- LaFerner, R.G., Rochefort, D. L., Chretien, N., Rommens, J. M., Cochius, J. I., Kalviainen, R., & Rouleau, G. A. (1997). Unstable insertion in the 5 flanking region of the cyctatin B gene is the most common mutation in progressive myoclonus epilepsy type 1, EPM1. *Nature genetics*, 15 (3), 298-302.
- Parks, V., Slack, T., Ramchand, R., Drakeford, L., Melissa, L. , Matthew, R. (2020). Fishing Households, Social Support, and Depression after the Deepwater Horizon Oil Spill. 85 (2). 495-518.
- Seeman, M. (1959). On the meaning of alienation. *ASR*, 24, 783-791.
- Schneider, Z. 2018 NPTE Topic Paper: Military Technology.
- Shahidi, S. H., Stewart Williams, J., & Hassani, F. (2020). [BRIEF REPORT] Physical activity during COVID-19 quarantine. *Acta Paediatrica*, 109(10), 2147-2148.
- Sadock B, Sadock V. (2005) .Comprehensive textbook of psychiatry. New York, USA: Lippincott Williams & Wilkins;
- Tom L. Osborn, Katherine E. Venturo-Conerly, Akash R. Wasil, Jessica L. Schleider & John R. Weisz(2020). Depression and Anxiety Symptoms, Social Support, and Demographic Factors Among Kenyan High School Students .*Journal of Child and Family Studies*. 29:1432–1443.
- Taylor S. (2019) .The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease: Cambridge Scholars Publishing.
- Barlow DH, Craske MG, Cerny JA, et al (1989): Behavioral treatment of panic disorder. *Behav Ther* 20: 261-268.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al (1979): Cognitive Therapy of Depression. New York, Guilford.
- Beck A, Steer R, Brown G. (2000) Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio: The psychological corporation
- Bing, R., Cavalcante, J. L., Everett, R. J., Clavel, M. A., Newby, D. E., & Dweck, M. R. (2019). Imaging and impact of myocardial fibrosis in aortic stenosis. *JACC: Cardiovascular Imaging*, 12(2), 283-296.
- Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, et al (1994): A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *Br J Psychiatry* 164: 759-769.
- Chen Y, Liu Q, Guo D. (2020) Emerging coronaviruses: genome structure, replication, and pathogenesis. *Journal of medical virology*.
- Catherine, K., Ettman, BA., Salma, M., Abdalla, MD (2020). Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Ope*. 3(9).
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., & Gelder, M. (1992). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation, and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759–769.
- Gre, I., Arora, T., Thomas, J., Saneh, A., Tohme, P., Habib T. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic.
- Gennaro, M., Lorenzo, D., Conte, C., Poletti, S., Vai, B. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. Elsevier public Health Emergency Collection. 89: 594-600.
- Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimboic, P., Arnkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancer, M. E., & Bartko, J. J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia: A controlled study. *Journal Archives of General Psychiatry*, 48, 938–945.
- Harrison, P. J., Luciano, S., & Colbourne, L. (2020). Rates of delirium associated with calcium channel blockers compared to diuretics, renin-angiotensin system agents and beta-blockers: an electronic

Yang L, Wu D, Hou Y, Wang X, Dai N, Wang G, et al. (2020). Analysis of psychological state and clinical psychological intervention model of patients with COVID-19. medRxiv..

<https://www.worldometers.info/coronavirus/>
(access:March,01,2020).

Original Article

Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy, brief intervention and combination intervention on reducing depression recovered by Covid 19 in Andimeshk

Received: 19/05/2022 - Accepted: 23/06/2022

Abbas Rahmati¹
Reza Ahmadi^{2*}
Shahram Mashhadizadeh³
Ahmad ghazanfari⁴

1 Ph.D.Student of General Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

2 Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. (Corresponding author)

3 Assistant Professor, Department of Basic Medical Sciences, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

4 Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

Email: Rozgarden28@yahoo.com

Abstract

Introduction: The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy, brief intervention and combination intervention on reducing depression in recovering Covid-19 in Andimeshk.

Materials and Methods: The present research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The sample consisted of 80 patients with Covid-19 virus recovered under the auspices of Andimeshk Comprehensive Health Service Centers who were purposefully selected and randomly assigned to experimental and control groups (20 people in each group). The experimental group underwent cognitive behavioral therapy interventions for 8 sessions of 90 minutes once a week and the control group did not receive any intervention. Beck Depression Inventory (BDI-II) was used to collect data and analysis of covariance was used to test the research hypotheses.

Results: The results showed that there was a significant difference between the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and brief intervention on depression in Covid-19 in Andimeshk, but there was no significant difference between the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and combined intervention on depression in Covid-19 in Andimeshk.

Conclusion: Based on the results, it can be concluded that cognitive-behavioral therapy has been effective in reducing depression. And there is no difference between the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and combination intervention (cognitive-behavioral therapy and brief intervention)

Key words: Cognitive Behavior Therapy, Brief Intervention, Combination Intervention, Depression and Recovery of Covid-19 Virus

Acknowledgement: There is no conflict of interest