مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت

دوره ۱۰، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۲

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و مصاحبه انگیزشی بر افسردگی در زنان مطلقه

دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۱۹ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۲۱

عباس بیات اصغری [۱]، زینب بهشتی [۲*]، احمد آرامون [۳]، جواد جواهری [۴]، سحر موسی نژاد [۵]

۱. دکتری روانشناسی، معاونت بهداشتی، دانشکده علوم پزشکی خمین، خمین، ایران ۲. کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران ۳. کارشناس ارشد علوم تربیتی، معاونت بهداشتی، دانشکده علوم پزشکی خمین، خمین، ایران ۴. استادیار گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران ۵. کارشناس بهداشت عمومی، مدرسه فرهنگیان، آموزش وپرورش خمین، خمین، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: طلاق، به عنوان یکی از مهمترین پدیده‌های اجتماعی، عوارض روانی متعددی به دنبال دارد. از جمله این عوارض افسردگی می‌باشد. تداوم افسردگی می‌تواند کیفیت زندگی فرد را تحت تاثیر قرار دهد. بنابراین، ضروری است به وسیله روان درمانی‌های متعدد این عوارض درمانی تعدیل و درمان شود. لذا، هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و مصاحبه انگیزشی بر افسردگی زنان مطلقه بود.

روش کار: پژوهش حاضر یک طرح مداخله‌ای از نوع نیمه تجربی بود. جامعه آماری ۲۶۰ نفر از زنان مطلقه ۲۰ تا ۵۰ سال بودند. ۶۰ نفر از زنان مذکور بر اساس معیارهای ورود انتخاب و به طور تصادفی به سه گروه درمان شناختی– رفتاری، درمان مصاحبه انگیزشی و گروه شاهد تقسیم شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه مقیاس افسردگی آرون بک، بکوارد، مندلسون، مارک و ارباف (۱۹۸۶) بود. برای گروه‌های آزمایش، جلسات درمان به تعداد ۱۲جلسه ۷۵ دقیقه‌ای برگزار شد. قبل از انجام مداخلات و در پایان مطالعه افراد در تمام گروه‌ها، پرسشنامه مقیاس افسردگی را پر کردند. داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: در مقایسه میانگین نمره متغیرهای افسردگی بین سه گروه درمان شناختی-رفتاری، مصاحبه انگیزشی و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p<۰/۰۵$). همچنین در مقایسه تک به تک گروه‌های درمان شناختی-رفتاری و درمان مصاحبه انگیزشی با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها حاکی از آن است که روش‌های درمان شناختی– رفتاری و مصاحبه انگیزشی بر کاهش میزان افسردگی در زنان مطلقه مؤثر می‌باشد. پیشنهاد می‌شود در کنار سایر مداخلات روانشناختی و دارویی، از این دو روش به‌منظور کاهش افسردگی در زنان مطلقه به عنوان یک مداخله بالینی استفاده گردد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، مصاحبه انگیزشی، افسردگی، زنان مطلقه

* **نویسنده مسئول:** کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران

ایمیل: Zeynabbeheshti7941@yahoo.com **تلفن:** ۰۹۳۳۴۸۶۱۱۳۳ **نمابر:** ۰۸۶۴۶۳۳۹۹۲۱

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1402.10.2.5.0]

مقدمه

طلاق یا اتمام وضعیت تأهل، یکی از مهمترین پدیده‌های اجتماعی محسوب می‌شود که به عوامل متعددی بستگی دارد. طلاق عامل از هم گسیختگی ساختار بنیادی‌ترین بخش جامعه، یعنی خانواده، و یکی از آسیب‌های عمده زندگی خانوادگی است. طلاق بعد از مرگ همسر، نیازمند بیشترین تغییر برای سازگاری مجدد در افراد است (۱). در واقع، بیشتر مردم به این منظور که بقیه عمرشان را با هم زندگی کنند، ازدواج می‌کنند، اما با این حال طلاق به صورت یک پدیده عادی با سرعت هشدار دهنده‌ای در حال گسترش می‌باشد. این سرعت رشد، به صورت قابل‌توجهی نه تنها در کشورهای پیشرفته، بلکه درکشورهای در حال توسعه نیز در حال افزایش است (۲). چالش‌های زندگی بعد از طلاق هر دو جنس را متأثر می‌کند اما پژوهش‌های متعددی گزارش کرده‌اند که زنان از آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به مردان برخوردارند. بسیاری از زنان پریشانی و انزوای زیادی را تحمل می‌کنند (۳)، زیرا مجبورند زندگی خود را با هنجارهای اجتماعی دیکته شده توسط خانواده، دوستان و فرهنگی که در آن زندگی می‌کنند از نو تطبیق دهند و این امر با میزان استرس و نگرانی تجربه شده در فرآیند سازگاری بعد از طلاق نسبت مستقیم دارد (۴).

یکی از تأثیرات منفی طلاق بر روان زنان افسردگی می‌باشد. دوام اضطراب در زندگی روزمره منجر به احساس نگرانی، ترس و عدم کنترل بر زندگی می‌گردد که به نوبه خود افسردگی و ناامیدی را برای فرد به ارمغان می‌آورد و کیفیت زندگی فرد را مختل می‌نماید. بسیاری از افراد افسرده در توانایی تفکر، تمرکز یا تصمیم‌گیری مشکل دارند (۵).

در بین روش‌های درمانی، درمان شناختی_رفتاری رشد و توسعه جدیدی در روان درمانی اختلالات اضطرابی پیدا کرده است. هرچند شکل‌گیری این روش‌ها در درمان مشکلات و بیماری‌های روانی طولانی نیست اما توانسته است علاقه زیادی را در بین متخصصان بالینی به خود معطوف سازد (۶). رویکرد شناختی_رفتاری تلفیقی از دو رویکرد رفتاردرمانی و شناخت درمانی است؛ در حقیقت، در این رویکرد نکات قوت رویکرد رفتاردرمانی و رویکرد شناخت درمانی یعنی عینی گرایی ارزیابی و سنجش از یک سو و دخالت دادن نقش حافظه در بازسازی و تفسیر اطلاعات از سوی دیگر گرد آمده‌اند (۷). مصاحبه انگیزشی، روشی بیمار محور است که به منظور افزایش انگیزه درونی افراد برای تغییر رفتار، از بررسی و حل ابهامات استفاده می‌کند و نتایج سودمند آن در زمینه سلامت به طور گسترده‌ای مورد تأیید قرارگرفته است (۸). این درمان، مداخله‌ای نوید بخش برای تغییر رفتار بهداشتی مثبت در حوزه پزشکی، بهداشت و روانپزشکی است. علاوه بر انعطاف‌پذیری و قابلیت کاربرد آن در حیطه‌های مختلف رفتاری، به صورت فردی و گروهی قابل اجرا می‌باشد، به صورت درمان مستقل یا به همراه سایر درمان‌ها و به اشکال مختلف حضوری، تلفنی و اینترنتی مورد استفاده قرار می‌گیرد و از نظر زمانی و اقتصادی مقرون به‌صرفه می‌باشد (۹).

در مطالعات فراوانی اثر بخشی درمان شناختی–رفتاری و مصاحبه انگیزشی بر روی افسردگی نشان داده شده است. از جمله در پژوهش شاره و رباطی، نتایج نشان داد که گروه درمانی شناختی_رفتاری بر افزایش خودکارامدی در درد، کاهش خستگی، افزایش امید به زندگی و کاهش افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اثربخش است (۱۰). همچنین نتایج مطالعات زارع و همکارانش، رجبی و همکاران اثربخشی گروه درمانی شناختی–رفتاری را در کاهش افسردگی دانش آموزان دبیرستانی و دختران نوجوان نشان داد (۱۱، ۱۲). در پژوهش‌های دیگری که توسط اصغری پور و همکاران و رضایی و همکاران انجام شد اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به ترتیب بر افسردگی و عزت نفس دانشجویان و بیماران مبتلا به آسم نشان داده شد (۱۳، ۱۴). Zhang و همکاران در یک مرور سیستماتیک و فراتحلیل تأثیر درمان شناختی- رفتاری را برای کاهش افسردگی، اضطراب در بیماران مبتلا به پارکینسون نشان دادند (۱۵). Akkol-Solakoglu و همکاران در یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده و مقایسه‌ای شناختی- رفتار درمانی (iCBT)[1] مبتنی بر اینترنت که با مقایسه درمان معمول افسردگی و اضطراب در بین بازماندگان سرطان پستان انجام شد، نشان دادند مداخله رفتار درمانی شناختی برای کاهش افسردگی و اضطراب این گروه مؤثرتر بوده است (۱۶). و Sonmez همکاران در یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی، نشان دادند که رفتار- درمانی شناختی در روان پریشی اولیه موجب کاهش افسردگی خواهد شد (۱۷). در یک مطالعه که

[1] . internet-based cognitive behavioural therapy

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1402.10.2.5.0]

توسط Merlo و همکاران در قالب یک کارآزمایی صورت گرفت، اثربخشی افزودن مصاحبه انگیزشی به عنوان درمان کمکی مبتنی بر خانواده به درمان شناختی–رفتاری برای کودکان ۶ تا ۱۷ ساله مبتلا به اختلال وسواسی اجباری، منجر به بهبود سریع و کاهش بار درمان خانواده‌ها شد (۱۸).

از آنجا که در پژوهش‌های صورت گرفته داخلی بیشتر از مداخلات درمان شناختی–رفتاری و یا مصاحبه انگیزشی به طور جداگانه استفاده شده است؛ هم‌چنین، تاکنون مطالعه‌ای در خصوص بررسی درمان‌های ذکرشده بر زنان مطلقه انجام نگرفته است، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثر بخشی درمان شناختی–رفتاری و مصاحبه انگیزشی بر افسردگی در زنان مطلقه انجام شد.

روش کار

در این مطالعه درمان شناختی–رفتاری و مصاحبه انگیزشی به عنوان دو روش مداخله در گروه‌های مجزا به عنوان گروه‌های مداخله و در مقابل یک گروه بدون هیچ گونه مداخله به عنوان گروه کنترل یا شاهد به کار گرفته شد. جامعه آماری ۲۶۰ نفر از زنان مطلقه ۲۰ تا ۵۰ ساله ثبت شده در سامانه سیب (سامانه یکپارچه بهداشت) مراکز خدمات جامع شهری و روستایی و پایگاه‌های شهری دانشکده علوم پزشکی خمین بودند. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود. حجم نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر از زنان مطلقه بودند که با توجه به دارا بودن معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و به روش تصادفی (طبق جدول اعداد تصادفی) به گروه‌های مداخله و شاهد (یعنی دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل که در هر گروه ۲۰ نفر جای گرفتند) تخصیص داده شدند. قبل از ورود به مطالعه از تمامی افراد خواسته شد تا فرم رضایت آگاهانه را مطالعه و امضا نمایند. مجوز انجام این پژوهش توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان صادر گردید. این مطالعه در شش ماهه اول سال ۱۴۰۱ انجام گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل اخذ نمره پایین در پرسشنامه عزت نفس و نمره بالا در پرسشنامه افسردگی، پذیرش و تکمیل رضایت نامه اختیاری و آگاهانه، حداقل ۶ ماه از طلاق آنها گذشته باشد، فاصله سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، توانایی تکمیل پرسشنامه مطالعه و یادگیری رویکردهای درمانی شناختی–رفتاری و مصاحبه انگیزشی را داشته باشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل وجود اختلالات سایکوز و پارانویید در آزمودنی‌ها، غیبت بیش از دو جلسه در کلاس‌های آموزشی، عدم علاقه‌مندی افراد به ادامه آموزش‌ها بود. در ۲ گروه تحت آزمایش، از روش‌های درمان مصاحبه انگیزشی و درمان شناختی–رفتاری به مدت ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای برای هر گروه استفاده شد.

جدول ۱. محتوای جلسات مصاحبه انگیزشی

جلسه اول	معارفه، آماده‌سازی مراجعان برای گروه درمانی، معرفی هنجارها، فرآیند و هدف گروه، ابعاد تأثیر رفتار، مراحل تغییر، ارزیابی تعهد و اطمینان و فرصت شفاف سازی
جلسه دوم	سطح اعتماد به نفس و سطح انگیزه مراجعان ارزیابی و سپس آموزش داده شد که از الزامات بیرونی برای تغییر به سوی میل و انگیزه تغییر درونی است.
جلسه سوم	بردوسوگرایی زنان تمرکز شده و روی چیزهای خوب و چیزهای نه چندان خوب مرتبط با رفتارشان بحث انجام شد.
جلسه چهارم	ابعاد مثبت و منفی رفتار و تغییر، بررسی و زیان‌های ناشی از تغییر، تعریف ماهیت ارزش‌های انسان، شناسایی، شفاف‌سازی و تأیید ارزش‌های زنان مورد ارزیابی قرار گرفته شد.
جلسه پنجم	افق دید، شناخت موقعیت‌های اضطراب‌آور و یاری‌رسان، سنجش پایانی هدف، تعهد، سطح اطمینان و انگیزش فرد برای تغییر

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1402.10.2.5.0]

جدول۲. محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسه اول و دوم	آشنایی با آزمودنی و معرفی خود، توضیح هدف جلسات، مقدمه‌ای برای آشنایی با برنامه و توضیح اجمالی در مورد آشنایی با فرآیند A,B,C، نشانه شناسی افسردگی، حساسیت اضطرابی وعزت نفس معرفی برنامه‌ی درمانی، تکلیف: مشخص کردن اهداف هفتگی، ماهانه
جلسه سوم و چهارم	مرور تکالیف، آگاهی اعضا از ابعاد اصلی نظریه‌های شناختی هیجان، آشنایی اعضا با تحریف‌های شناختی و عدم تحمل بلاتکلیفی: آموزش مهارت گوش دادن و ارائه تکلیف
جلسه پنجم	مرور تکالیف و مطالب جلسه قبل، آشنایی اعضای گروه با مثلث شناختی منفی و خطای منطقی و آموزش مهارت‌های ارتباطی و شیوه‌های حل تعارض؛ ارائه تکلیف
جلسه ششم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش به اعضا درباره ماهیت هیجانات و دوسوگرایی در ابراز هیجانات؛ آموزش برخورد با انتقاد (انتقادکننده/انتقادشونده)
جلسه هفتم	مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با پیکان عمودی و انواع باورها و ارایه تکلیف.
جلسه هشتم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش حل مسئله، آرام سازی، انجام تمرین مرتبط در جلسه تکلیف: به کار بردن حل مسئله و تمرین فن‌های آرام سازی انجام تمرین مرتبط در جلسه
جلسه نهم	مرور تکالیف جلسه قبل، تهیه فهرست اصلی باورها، نقشه‌های شناختی و درجه‌بندی واحدهای ناراحتی ذهنی و آموزش شناسایی انتظارات و خواسته‌ها؛ ارائه تکلیف.
جلسه دهم	مرور تکالیف جلسه قبل، تغییر پذیری باورها، تحلیل عینی و تحلیل همسانی باورها.
جلسه یازدهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، طبقه‌بندی تکنیک‌های مرتبط با فعال‌سازی رفتاری: غنی‌سازی سبک زندگی/ تکنیک زمانبندی فعالیت، سود و زیان، انجام تمرین مرتبط در جلسه تکلیف : تمرین تکنیک‌ها مرور مطالب جلسه قبل، روش تحلیل منطقی باورها، روش‌هایی برای تغییر باورهای منفی، دریافت بازخورد از اعضا درباره برنامه درمانی و فراهم کردن، آموزش شناسایی نیازها و روش سالم ابراز آن. فرصتی برای پایان دادن به برنامه گروه درمانی و پس آزمون
جلسه دوازدهم	مرور مطالب جلسه قبل، روش تحلیل منطقی باورها، روش‌هایی برای تغییر باورهای منفی، دریافت بازخورد از اعضا درباره برنامه درمانی و فراهم کردن، آموزش شناسایی نیازها و روش سالم ابراز آن. فرصتی برای پایان دادن به برنامه گروه درمانی و پس آزمون

در پایان دوره مداخلات، در هر سه گروه و در مرحله پس آزمون، مجدداً پرسشنامه مقیاس افسردگی توسط شرکت کنندگان تکمیل شد. فاصله زمانی بین پیش آزمون و پس آزمون ۲ ماه بود. برای گردآوری داده‌ها ابزار پژوهش، پرسشنامه مقیاس افسردگی آرون بک، بکوارد، مندلسون، مارک و ارباف (۱۹۸۶) قبل و بعد از مداخلات در تمام ۳ گروه استفاده شد. نمرات کسب شده از این پرسشنامه به عنوان پیش آزمون و پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت.

پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ گروه سؤال است، برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک، بکوارد، مندلسون، مارک و ارباف تدوین شد. ۲۱ ماده این میزان در کل شامل ۸۴ سؤال، به صورت عبارات ترتیبی که هر کدام از ماده‌ها مربوط به یک علامت خاص افسردگی می‌باشد، تنظیم شده است. ارزش‌های کمی هر ماده از ۰ تا ۳ به این ترتیب تعیین شده است:

صفر= سلامت روانی در ماده موردنظر (فرد سالم و فاقد افسردگی است)

۱= احساس اختلال خفیف در ماده مورد نظر (فرد در طیف بسیار پائین افسردگی مبتلا است)

۲= احساس اختلال شدید در ماده موردنظر (فرد دارای علائم شدید بالینی اختلال افسردگی است و نسبت به خود، دیگران و آینده بدبین و ناامید است)

۳= احساس اختلال حاد و شدید در ماده مورد نظر (فرد در کنار علائم بالینی شدید دچار توهم و هذیان می‌باشد)

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1402.10.2.5.0]

جدول۳. درجات افسردگی بر اساس پرسشنامه افسردگی بک

نمره افسردگی	میزان افسردگی
۱۰-۱	سالم (فاقد افسردگی)
۱۶-۱۱	افسردگی خفیف
۲۰-۱۷	نیازمند مشورت با روان پزشک
۳۰-۲۱	نسبتاً افسرده
۴۰-۳۱	افسردگی بالینی (شدید)
بیشتر از ۴۰	افسردگی بیش از حد

این آزمون از نظر تشخیص دارای روایی بوده و قادر به پیش‌بینی است. بک، استیر و گاربین (۱۹۸۸)، در یک تحلیل سطح بالا از کوشش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی، ضرایب ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ را به دست آوردند. ارزشیابی روایی محتوایی، سازه و افتراقی و نیز تحلیل عاملی عموماً نتایج مطلوبی داشته‌اند. محتوای ماده‌های BDI[1] با همفکری و هم‌رأیی متخصصان بالینی در مورد نشانه‌های مرضی بیماران افسرده تدوین شده و شش مورد از نه مقوله DSM III[2] برای تشخیص افسردگی نیز در آن گنجانیده شده است. روایی همزمان با درجه‌بندی‌های بالینی برای بیماران روان‌پزشکی نشانگر ضرایب همبستگی از متوسط تا بالا r=۰/۷۲ است. همبستگی این آزمون با مقیاس درجه‌بندی همیلتون برای افسردگی (۰/۷۳)، مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ (۰/۷۶) و مقیاس افسردگی MMPI[3] (۰/۷۶) به دست آمده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). همچنین، ضریب پایایی تصنیف آن ۰/۸۳ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله سه هفته ۰/۴۹ به دست آمد. لازم به ذکر است پرسشنامه در مطالعات فارسی نیز از نظر اعتبار و روایی مورد بررسی قرار گرفته؛ برای نمونه رجبی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ (همسانی درونی) برای کل پرسشنامه را ۰/۸۷، ضریب پایایی تصنیف آن ۰/۸۳ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله سه هفته ۰/۴۹ به دست آمد.

نتایج

میانگین سنی نمونه‌های مورد مطالعه بـه ترتیـب در گـروه درمان شـناختی-رفتـاری ۷/۸۱ ± ۳۹/۲۵ سـال، گـروه درمـان مصاحبه انگیزشی ۶/۱۹ ± ۳۸/۷۵ سال و گروه کنترل ۸/۹۷ ± ۳۵/۲۵ سال بود و ازنظر این متغیر بین سه گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت (p>۰/۰۵) مدت زمان زندگی مشـترک زناشویی قبل از جدایی، در گروه درمان شناختی-رفتاری ۱۰/۶۰ سال، گروه درمـان مصـاحبه انگیزشـی ۶/۹۲± ۱۱/۹۵ سـال و گروه کنترل۶/۹۰ سال بود که از این نظر بین سه گروه اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت (p>۰/۰۵).

جدول شـماره ۴ متغیرهـای دموگرافیـک را در گـروه‌هـای تحت مطالعه نشان می‌دهد. با توجه به یافتـه‌هـای ایـن جـدول مشخص شد کـه بـین سـه گـروه از نظـر متغیرهـای وضـعیت اقتصادی، شغل، محل سکونت، سطح سواد، سابقه مشاوره پیش از ازدواج، سابقه طلاق در سایر اعضای خانواده اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشته است (p>۰/۰۵).

[1] Beck-Depression-Inventory
[2] Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders
[3] Minnesota Multiphasic personality Inventore

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1402.10.2.5.0]

جدول ٤. مقایسه متغیرهای دموگرافیک در سه گروه درمان شناختی-رفتاری، درمان مصاحبه انگیزشی و گروه کنترل(آزمون کای دو)

متغیر	گروه	شناختی-رفتاری فراوانی(درصد)	مصاحبه انگیزشی فراوانی(درصد)	کنترل فراوانی (درصد)	سطح معناداری
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۱۰(۵۰)	۶(۱۰)	۰(۰)	
	متوسط	۱۰(۵۰)	۱۲(۶۰)	۱۴(۷۰)	۰/۱۹۰
	خوب	۰(۰)	۲(۳۰)	۶(۳۰)	
شغل	خانه‌دار	۱۳(۶۵)	۱۶(۸۰)	۱۵(۷۵)	
	پوشش نهادهای حمایتی	۱(۱)	۱(۵)	۲(۱۰)	۰/۳۹۰
	کارمند	۴(۲۰)	۱(۵)	۰(۰)	
	شغل آزاد	۲(۱۰)	۲(۱۰)	۳(۱۵)	
محل سکونت	شهری	۱۳(۶۵)	۱۱(۵۵)	۶(۳۰)	۰/۰۷۴
	روستایی	۷(۳۵)	۹(۴۵)	۱۴(۷۰)	
سطح سواد	دیپلم	۱۶(۸۰)	۱۶(۸۰)	۱۷(۸۵)	
	فوق دیپلم	۱(۰)	۱(۵)	۲(۱۰)	۰/۱۴۱
	لیسانس	۰(۰)	۰(۰)	۱(۵)	
	فوق لیسانس	۳(۱۵)	۳(۱۵)	۰(۰)	
مشاوره پیش از ازدواج	بله	۴(۲۰)	۵(۲۵)	۸(۲۰)	۰/۳۴۴
	خیر	۱۶(۸۰)	۱۵(۷۵)	۱۲(۶۰)	
سابقه طلاق در سایر اعضاء خانواده	ندارد	۹(۴۵)	۱۴(۷۰)	۱۴(۷۰)	۰/۱۷۲
	دارد	۱۱(۵۵)	۶(۳۰)	۶(۳۰)	

جدول ۵ میانگین و انحراف معیار متغیر افسردگی را در گروه درمان شناختی-رفتاری، درمان مصاحبه انگیزشی و گروه کنترل قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد. طوری که میانگین متغیر افسردگی در درمان شناختی رفتاری قبل از مداخله (۳۱/۲) به ۱۰/۰۵ بعد از مداخله کاهش داشته است و میانگین متغیر افسردگی در درمان مصاحبه انگیزشی قبل از مداخله از ۳۵/۲ به ۲۴/۶ بعد از مداخله کاهش داشته است و این در صورتی است که گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد. پس مقایسه میانگین متغیرها در گروه درمان شناختی-رفتاری و درمان مصاحبه انگیزشی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون نشان از تغییرات محسوس میانگین این متغیرها بعد از مداخله انجام شده دارد.

جدول ۵. مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیر افسردگی به تفکیک گروه‌های تحت مطالعه قبل و بعد از اجرای مداخلات

متغیر	درمان شناختی-رفتاری		درمان مصاحبه انگیزشی		کنترل	
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله
	انحراف معیار ±میانگین	انحراف معیار ±میانگین	انحراف معیار ±میانگین	انحراف معیار ±میانگین	انحراف معیار ±میانگین	انحراف معیار ±میانگین
افسردگی	۳۱/۲۰±۵/۶۶	۱۸/۰۵±۵/۲۲	۳۵/۲۰±۴/۶۴	۲۴/۶۵±۴/۷۱	۳۲/۶۸±۳/۹۱	۳۲/۷۰±۵/۵۴

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1402.10.2.5.0]

به‌منظور بررسی و مقایسه اثربخشی مداخله‌های درمانی و همچنین تعدیل اثرات مقادیر اندازه‌گیری شده در مرحله پیش‌آزمون برای متغیر افسردگی، از روش تحلیل آماری آنالیز کوواریانس استفاده شد. نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که اولاً با توجه به معنی‌دار نبودن آزمون لوین (p>۰/۰۵)فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است. ثانیاً نتایج آزمون شاپیرو _ویلک حاکی از رعایت پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها است (p>۰/۰۵). ثالثاً مقدار آماره F و سطح معنی‌داری متناظر آن (به ترتیب ۰/۵۸۸ و ۰/۸۵۴) بر برقرار بودن فرض همگنی شیب رگرسیون صحه می‌گذارد. بنابراین انجام آزمون کوواریانس تک متغیره مجاز بوده که نتایج به دست آمده از این تحلیل در جدول ۷ مشاهده می‌گردد.

جدول ٦. نتایج بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس برای متغیرهای افسردگی

متغیر	آزمون همگنی واریانس			بررسی نرمال بودن داده‌ها			همگنی شیب رگرسیون		
	درجه آزادی	مقدار F	سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار F	سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار F	سطح معناداری
افسردگی	۲	۲/۰۱	۰/۱۴۳	۱	۰/۹۶۹	۰/۳۳۵	۱	۱/۰۷۶	۰/۳۰۷

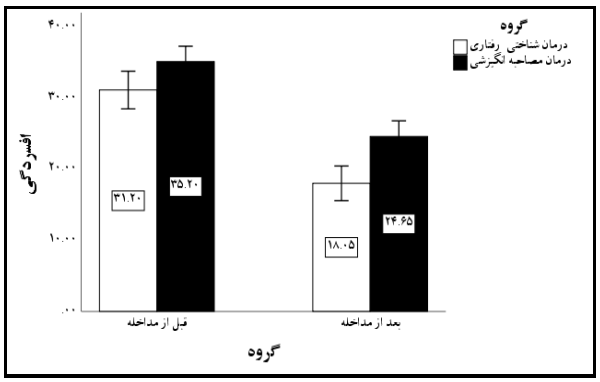
یکی از نتایج ارائه شده در جدول ۷ حاکی از آن است که از نظر افسردگی تفاوت معنی‌داری بین گروه درمان شناختی–رفتاری و درمان مصاحبه انگیزشی در مرحله پس‌آزمون وجود داشت و ۲۲٪ از این تفاوت به‌وسیله درمان شناختی–رفتاری و درمان مصاحبه انگیزشی قابل تبیین است (p>۰/۰۵). همچنین نتایج نشان داد میزان افسردگی در گروه درمان شناختی–رفتاری (۱۸/۰۵) به‌صورت معناداری کمتر از گروه درمان مصاحبه انگیزشی (۲۴/۶۵) بود.

جدول۷. تحلیل کوواریانس تأثیر درمان شناختی–رفتاری و درمان مصاحبه انگیزشی بر افسردگی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
افسردگی	پیش آزمون	۷۲۷/۶۹۶	۱	۷۲۷/۶۹۶	۵۷/۸۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۲
	گروه	۳۱/۷۹۳	۲	۱۵/۸۹۷	۱/۲۶۴	۰/۰۹۹	۰/۰۴۷
	خطا	۶۴۱/۲۳۹	۵۱	۱۲/۵۷۳			

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که بین گروه درمان شناختی–رفتاری و گروه کنترل از نظر میانگین تعدیل شده متغیر افسردگی در مرحله پس آزمون اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت (p<۰/۰۵).

نمودار ۱ به مقایسه تغییرات میانگین نمرات افسردگی در گروه درمان شناختی–رفتاری و گروه درمان مصاحبه انگیزشی، در قبل و بعد از اجرای مداخلات پرداخته است. آزمون بونفرونی اختلاف معنی‌دار آماری را بین گروه درمان شناختی–رفتاری و گروه مصاحبه انگیزشی از نظر میانگین متغیر افسردگی در مرحله پس آزمون نشان داد (p>۰/۰۵).



نمودار ۱. مقایسه میانگین نمرات افسردگی در دو گروه قبل و بعد از مداخله درمان شناختی–رفتاری و درمان مصاحبه انگیزشی

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1402.10.2.5.0]

بحث

هدف این پژوهش تعیین و مقایسه اثربخشی دو روش درمانی مؤثر و شناخته‌شده درمان شناختی-رفتاری و مصاحبه انگیزشی به طور همزمان بر وضعیت افسردگی زنان مطلقه و مقایسه آن با گروه شاهد بود. در سه گروه مورد پژوهش، یعنی گروه درمان شناختی-رفتاری، مصاحبه انگیزشی و گروه شاهد از نظر متغیرهای سن، وضعیت اقتصادی، شغل، محل سکونت، میزان تحصیلات، مشاوره پیش از ازدواج و سابقه طلاق در سایر اعضاء خانواده از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. میانگین نمره افسردگی در زنان مطلقه، اختلاف معنی‌داری بین سه گروه درمان شناختی-رفتاری، درمان مصاحبه انگیزشی و گروه کنترل را نشان می‌دهد. همچنین در مقایسه تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی در زنان مطلقه با گروه شاهد، تفاوت معنی‌داری بین گروه درمان شناختی-رفتاری و کنترل در مرحله پس‌آزمون وجود داشت، به‌گونه‌ای که حدود ۸۱٪ برای افسردگی از این تفاوت به وسیله درمان شناختی-رفتاری قابل تبیین بود. در رابطه با نتایج تأثیر درمان مصاحبه انگیزشی بر میزان افسردگی در زنان مطلقه و مقایسه آن با گروه کنترل، یافته‌ها نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین گروه درمان مصاحبه انگیزشی و گروه شاهد در مرحله پس‌آزمون وجود داشته؛ بطوریکه حدود ۵۹٪ برای افسردگی از این تفاوت به وسیله درمان مصاحبه انگیزشی قابل تبیین بود.

مطالعات و پژوهش‌های فراوانی وجود دارد که حکایت از اثربخشی و تأثیر مثبت درمان شناختی-رفتاری و مصاحبه انگیزشی بر روی افسردگی نقش دارد. ماهونی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری آنلاین بر جلوگیری از افسردگی در دوران کرونا اثربخش است؛ در حالی که در مطالعه فعلی جلسات به صورت حضوری برگزار شد (۱۹). Zhang و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری برای افسردگی و بیماری پارکینسون مؤثر است که با نتایج پژوهش حاضر تطابق دارد (۱۵). مطالعه القادری و همکاران بیان کرد ادغام مصاحبه انگیزشی با شناختی رفتاردرمانی برای درمان افسردگی و رفتارهای ناسالم زندگی مشترک است اما در پژوهش حاضر هر یک از درمان‌ها به صورت جداگانه بررسی شده و اثربخشی آنها بر افسردگی اثبات شد (۲۰). Thiruchselvam و همکاران در پژوهش خود نتیجه گرفتند که درمان شناختی-رفتاری برای کاهش چند بعدی افسردگی اثربخش است که نتایج حاصل از مطالعه فعلی را تأیید می‌کند (۲۱).

با توجه به اینکه نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری روش مناسب تری برای درمان افسردگی است می‌توان استدلال کرد درمان شناختی رفتاری با آموزش داشتن یک زندگی منطقی، سالم، هدفمند و انعطاف پذیر، مهارت‌های ارتباطی، آرام‌سازی عضلانی، شفاف‌سازی و اولویت بندی اهداف، شناسایی افکار و احساسات منفی و مقابله و جایگزینی آن‌ها با افکار و احساسات مثبت، مدیریت خشم، ابراز وجود، بازسازی شناختی، طرح‌ریزی و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های روزانه زندگی، حل مسئله، شناسایی منابع حمایتی و بازخورد مثبت باعث کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی می‌شوند. این روان درمانی به افراد مبتلا به افسردگی می‌آموزد که چگونه الگوهای فکری معمول خود را تغییر دهند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر و مشکلات مهم فرا روی پژوهشگر جلب همکاری و اعتماد و اطمینان زنان مطلقه برای شرکت در جلسات آموزشی بود.

نتیجه‌گیری

چنان که می دانیم، جامعه‌ی حاضر ایران به مثابه جامعه ای شناخته می‌شود که در روند گذار تاریخی اجتماعی ناگزیر خود، با مسئله‌های اجتماعی ویژه‌ای روبرو است. طلاق و جدایی مهم ترین عامل ازهم‌گسیختگی ساختار بنیادی‌ترین بخش جامعه یعنی خانواده است. در جامعه ما مشکلات بعد از طلاق، به خصوص تنهایی افسردگی بیشتر متوجه زنان خواهد شد. زیرا آنان بعد از ازدواج، تمام عاطفه و احساس خود را نثار همسرانشان می‌کنند و زمانی که پیوند شان به جدایی می‌انجامد احساس شکست خوردگی غیرقابل جبرانی به آن‌ها دست می‌دهد. از سوی دیگر، عدم اعتماد عمومی جامعه به زنان مطلقه، بر مشکلاتشان می‌افزاید و به دلیل نگاه نامناسب جامعه، آثار سوء طلاق برای آن‌ها بیشتر ظهور و بروز پیدا می‌کند. به همان میزان که طلاق در زندگی خانوادگی رو به افزایش است، آثار و پیامدهای آن نیز هر روز بیش از گذشته حیات جامعه و سلامتی افراد جامعه را تهدید می‌کند. در این میان می‌توان به پیامدهای طلاق برزنان مطلقه توجه نمود. از آثار مهم و منفی طلاق تأثیرات روان‌شناختی آن بر زنان مطلقه می‌باشد. رایج

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1402.10.2.5.0]

ترین عوارض استرس پس از طلاق در زوجین عبارت‌اند از: بیماری‌های جسمانی، افراط در کشیدن سیگار، اضطراب، افسردگی، نگرانی مفرط، ناکامی‌ها و محرومیت‌های گوناگون، اختلال در مناسبات اجتماعی، تنهایی، احساس شکست و گناه، دلسردی و بی اشتیاقی نسبت به زندگی، در خود فرو رفتن، بی توجهی به محیط و اطرافیان، سرخوردگی از زندگی، تردید در ازدواج مجدد، ناتوانی در تمرکز حواس و تپش قلب. حساسیت جامعه نسبت به طلاق باعث تشدید عوارض فوق و در نتیجه افزایش میزان استرس و تنش در زوجین مطلقه و خانواده‌های آنان می‌گردد. در نتیجه به نظر می‌رسد پیامدهای منفی زندگی پس از طلاق و یادآوری ناسازگاری‌ها و مسائل دردآور و ناراحت‌کننده زندگی قبل از طلاق، افسردگی را بیش از سایر اختلالات و مشکلات روانی برای افراد مطلقه به همراه داشته باشد.

لذا پیشنهاد می‌شود با توجه به بالا بودن برخی از آسیب های اجتماعی و نداشتن مهارت‌های حل مسئله زنان مطلقه نسبت به زنان عادی، زنان متقاضی طلاق و طلاق گرفته در کارگاه‌های آموزش مهارت حل مسئله و مهارت آموزی تکنیک‌های شناختی و رفتاری و تقویت انگیزه‌های درونی برای کسب آرامش و کسب مهارت لازم برای افزایش مهارت تصمیم‌گیری و حل تعارض دو سو گرایی در تصمیم‌گیری‌های روزمره زندگی شرکت کنند تا از این طریق بر مشکلات ناشی از طلاق فائق آیند. هم‌چنین، پیشنهاد می‌گردد با توجه به اینکه ابزار بکار رفته پرسشنامه بود و افراد ممکن است به دلایل مختلف واقعیت‌ها را در مورد خود منعکس نکنند، برای رفع این کمبود بهتر بود در مطالعات پژوهشی آینده از مصاحبه و مشاهده یا سایر موارد در صورت امکان استفاده شود.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی از نوع نیمه تجربی بود. این کارآزمایی با شماره شناسه ۶۲۶۵۰ و کد IRCT N1 20220328054360 در سایت IRCT کشور به ثبت رسیده است. این مطالعه حاصل از پایان‌نامه با شناسه ۶۲۶۵۰ و کد اخلاق شماره IR.IAU.KERMAN.REC.1400.027 کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان، به ثبت رسیده است. بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تشکر و قدردانی می‌گردد. همچنین از معاونت بهداشتی دانشکده علوم پزشکی خمین و درمانگاه شبانه‌روزی غدیر که بدون همکاری آنها انجام این مطالعه غیرممکن بود، نهایت سپاس‌گزاری به عمل می‌آید.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

References

1. Esmaeilpour K, Mohammadzadegan R, Gasem Beklu U, Vakilee S. Comparing intolerance of uncertainty among divorced and non-divorced women as predictors of depression, anxiety and stress. Women and Family Studies. 2013;6(21):7-26.
2. Sharma B. Mental and emotional impact of divorce on women. Journal of the Indian academy of Applied Psychology. 2011;37(1):125-31.
3. Golabi F, Shokuhi Alishah A. Gender and habitual differentiation: A comparative study of perception and experience of men and women when divorcing (case study: Tabriz). Quarterly of Social Studies and Research in Iran. 2021;10(2):529-60.
4. Khataybeh YDA. The consequences of divorce on women: An exploratory study of divorced women problems in Jordan. Journal of Divorce and Remarriage. 2022;63(5):332-51.
5. Zarani F, Ismaili SA, Ghazali N, Aghamohammadi S, Khazaei M. The fifth edition of the diagnostic and statistical manual of mental disorders; development, review, prospect. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2016;14(1):125-36.
6. Sayead GF, Jafari A, Ghamari M, Effectiveness of group counseling based on cognitive –behavioral therapy (CBT) on the reduction of the symptoms of anxiety sensitivity of divorced women. Women and Family Studies. 2013;6(19):115-32.
7. Azizi A, ghasemi S. Comparing the effectiveness of three solution-oriented approaches, cognitive-behavioral and acceptance and commitment-based therapy on depression and quality of life of divorced women. Counseling Culture and Psycotherapy. 2017;8(29):207-36.
8. Rollnick S, Miller WR, Butler CC, Aloia MS. Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. Taylor and Francis; 2008.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1402.10.2.5.0]

9. Ebneter D, Latner J, Rosewall J, Chisholm A. Impulsivity in restrained eaters: emotional and external eating are associated with attentional and motor impulsivity. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2012;17:e62-5.
10. Shareh H, Robati Z. Effect of cognitive-behavioral group therapy on pain self-efficacy, fatigue, life expectancy and depression in patients with multiple sclerosis: A randomized controlled clinical trial. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2021;26(4):418-31.
11. Zare N, Dehghani Y, Golestaneh SM. The effectiveness of cognitive behavior therapy in characters such as State self-esteemand and fear of negative evaluation on high school students of Bushehr. Scientific Journal of Social Psychology. 2015;3(35):49-62.
12. Rajabi G, Shamoni Ahwazi S, Amanollahi A. The effect of group cognitive-behavior therapy on depression symptoms decrease in adolescence girls. Journal of Educational Psychology Studies. 2018;15(29):125-48.
13. Rezaie F, Neshat Doost H, Vakili Zarch N, Amra B, Molavi H. Effectiveness of cognitive behavioral therapy on anxiety and depression of asthma patients. Clinical Psychology and Personality. 2013;10(2):23-32.
14. Asghari N, Madahi ME, Kraskian Mojamnari A, Sahaf R. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy (CBT) on psychological symptoms (depression and psychological well-being) in the elderly. Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy. 2020;8(32):15-26.
15. Zhang Q, Yang X, Song H, Jin Y. Cognitive behavioral therapy for depression and anxiety of Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2020;39:101111.
16. Akkol-Solakoglu S, Hevey D, Richards D. A randomised controlled trial comparing internet-delivered cognitive behavioural therapy (iCBT) with and without main carer access versus treatment-as-usual for depression and anxiety among breast cancer survivors: Study protocol. Internet Interventions. 2021;24:100367.
17. Sonmez N, Romm KL, Ostefjells T, Grande M, Jensen LH, Hummelen B, et al. Cognitive behavior therapy in early psychosis with a focus on depression and low self-esteem: A randomized controlled trial. Comprehensive Psychiatry. 2020;97:152157.
18. Merlo LJ, Storch EA, Lehmkuhl HD, Jacob ML, Murphy TK, Goodman WK, et al. Cognitive behavioral therapy plus motivational interviewing improves outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. Cognitive Behavioral Therapy. 2010;39(1):24-7.
19. Mahoney A, Li I, Haskelberg H, Millard M, Newby JM. The uptake and effectiveness of online cognitive behaviour therapy for symptoms of anxiety and depression during COVID-19. Journal of Affective Disorders. 2021;292:197-203.
20. AL-Qadri AH, Zhao W. Emotional intelligence and students' academic achievement. Problems of Education in the 21st Century. 2021;79(3):360.
21. Thiruchselvam T, Patel A, Daros AR, Jain E, Asadi S, Laposa JM, et al. A multidimensional investigation of anxiety sensitivity and depression outcomes in cognitive-behavioral group therapy. Psychiatry Research. 2020;293:113446.

.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1402.10.2.5.0]

Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Motivational Interviewing on Depression in Divorced Women

Received: 09 Jun 2023 Accepted: 12 Sep 2023

Abbas Bayat Asghari [1], Zaynab Beheshti [2*], Ahmad Aramon [3], Javad Javaheri [4], Sahar Mousanejad [5]
1. PhD in Psychology, Health Assistant, Khomein Faculty of Medical Sciences, Khomein, Iran 2. Master of Nursing, Department of Nursing, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran 3. Master of Educational Sciences, Health Assistance , Khomein Faculty of Medical Sciences, Khomein, Iran 4. Assistant Professor, Department of Social and Family Medicine, Faculty of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran 5. Public Health Expert, Farhangian School, Khomein, Khomein, Iran

Abstract

Introduction: Divorce, as one of the most important social phenomena, has many psychological complications, among which is depression. Continuity of depression can affect a person's quality of life. Hence, it is necessary to adjust and treat these complications through various psychotherapies. As such, the aim of this research was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and interviewing on divorced women's depression.

Materials and Methods: The current study used a semi-experimental pre-test and post-test design. The statistical population consisted of 260 divorced women aged between 20 to 50. Sixty of the aforementioned women were selected based on the inclusion criteria and then randomly assigned to three groups of cognitive-behavioral therapy, motivational interview therapy, and control group. The instrument for data collection was Reyes and Patterson's Anxiety Sensitivity Questionnaire. For the experimental groups, 12 treatment sessions of 75 minutes were held. Before the interventions and at the end of the study, people in all groups filled out the depression questionnaire. Data were entered into the SPSS software version 25 and then were analyzed.

Results: There was a significant difference between the three groups of cognitive-behavioral therapy, motivational interview, and the control group in the comparison of the mean score of depression variables ($p<0.05$). Also, there was a significant difference in the post-test stage ($p<0.05$) in the one-by-one comparison of the cognitive-behavioral therapy and motivational interview therapy groups with the control group.

Conclusion: The findings indicate that cognitive-behavioral therapy and motivational interviewing are effective in reducing depression in divorced women. It is suggested to use this method along with other psychological and pharmaceutical interventions in order to reduce depression in divorced women as a clinical intervention.

Keywords: Motivational Interviewing, Cognitive Behavioral Therapy, Depression, Divorced women

***Corresponding Author:** Master of Nursing, Department of Nursing, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran
Email: Zeynabbeheshti7941@yahoo.com **Tel:** +989334861133 **Fax:** +9846339921

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1402.10.2.5.0]