

اثربخشی شناخت‌درمانگری گروهی با و بدون استفاده از حکایت‌های مثنوی در بهبود سلامت روان زنان متعارض

فرزانه علی‌نژاد*

مسعود جان‌بزرگی**

علی‌اکبر سلیمانی***

مزگان آگاه هریس****

الهام موسوی*****

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی «شناخت‌درمانگری گروهی» با و بدون استفاده از حکایت‌های مثنوی در «سلامت روان» زنان دارای تعارض زناشویی انجام گرفت. بدین منظور با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از میان زنان داوطلب، ۲۵ نفر براساس معیارهای ورود - خروج، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه شناخت‌درمانگری با و بدون استفاده از حکایت‌های مثنوی جایگزین شدند. آزمودنی‌های دو گروه، قبل و بعد از ارائه مداخله، به گویه‌های پرسشنامه‌های «تعارض زناشویی» و «سلامت عمومی (GHQ-۲۸)» پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون «تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر» نشان داد که هر دو مداخله در کاهش تعارض و بهبود سلامت زنان مؤثر هستند ($P < 0/05$). نتایج آزمون «تحلیل کوواریانس» نیز حاکی از آن است که بهبود نمرات گروه شناخت‌درمانگری با استفاده از حکایت‌های مثنوی به‌طور معناداری بهتر از گروه شناخت‌درمانگری بدون استفاده از حکایت‌های مثنوی است ($P < 0/05$)؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از حکایت‌های مثنوی باعث بهبود اثربخشی شناخت‌درمانگری در افزایش سلامت روان شناختی زنان دارای تعارض زناشویی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: شناخت‌درمانگری، گروه درمانگری، سلامت روان، حکایت‌های مثنوی، تعارض زناشویی

Email: alinejadfarzaneh53@gmail.com

Email: masuodjan@yahoo.com

* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ

** دانشیار گروه روان‌شناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

*** استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ

**** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور گرمسار

***** کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور تهران

تاریخ دریافت: ۹۲/۸/۲۵ تاریخ تأیید: ۹۳/۳/۸

مقدمه

تعارض پدیده‌ای اجتناب‌ناپذیر است که در هر ارتباطی ایجاد می‌شود (لیبرمن و تروپه، ۲۰۰۸). ارتباط زناشویی هم می‌تواند مایه شادی باشد و هم می‌تواند منبعی برای رنج و تألم در نظر گرفته شود (عطاری، حسین پور و راهنورد، ۱۳۸۹). ارتباط امکان بحث و تبادل نظر را برای زوجین فراهم می‌کند تا به حل مشکلات خود بپردازند؛ اما ناتوانی در برقراری ارتباط می‌تواند منبع ایجاد تعارض شود (یانگ^۱ و لانگ^۲، ۱۹۹۸)؛ در واقع، تعارض زناشویی عبارت است از نارضایتی و عدم توافق معنادار و مداوم بین همسران (مارکمن^۳ و هالفورد^۴، ۲۰۰۵) که اگر به‌طور ضعیفی اداره شود، موجب تخریب زندگی زناشویی می‌شود و اثرات زیان‌آوری بر سلامت فیزیکی و هیجانی زوجین به جا می‌گذارد (ماهونی^۵، ۲۰۰۶). کیکولت - گلاسر^۶ و نیوتن (۲۰۰۱) معتقدند که بین کنش‌وری زناشویی و وضعیت سلامت ارتباط وجود دارد. تعارض‌های مخرب (غیر مولد) عوامل خطر ساز عمده برای ابتلا به انواع نارساکنش‌وری‌ها در خانواده هستند (رحمانی، مرقاتی خوئی و الله‌قلی، ۲۰۰۹)؛ برای مثال، از تأثیرات منفی تعارض در تعاملات زوج‌ها می‌توان به افزایش میزان خشونت و درگیری (بوک والا^۷، سوین^۸ و زدانبوک^۹، ۲۰۰۵) و ناسازگاری و نارضایتی از رابطه (بوستانی‌پور، ثنایی و کیامنش، ۱۳۸۶) اشاره کرد. تعارض زناشویی می‌تواند به تخریب سلامت و ابتلای به بیماری‌های خاصی مانند سرطان، بیماری‌های قلبی و درد مزمن منجر شود (ایمپت و پیلانو، ۲۰۰۶ و اسپچمالینگ^{۱۰} و شر^{۱۱}، ۱۹۹۷).

زنان در مقایسه با مردان به لحاظ فیزیولوژیکی و روان‌شناختی نسبت به جنبه‌های منفی ارتباطی حساس‌تر و آسیب‌پذیرتر هستند (ناتاریوس، بنسون، اسکوان و همکاران، ۱۹۸۹)؛ کیکولت - گلاسر و نیوتن، ۲۰۰۱). بیشتر زنانی که دچار تعارضات زناشویی می‌شوند، در هنگام مواجهه با عوامل تنش‌زا دچار اضطراب زیادی می‌شوند و قدرت تفکر و سازگاری را به شکل سازنده و مفید از دست می‌دهند (موسوی‌زاده، بهرامی و احدی، ۱۳۹۱) و نمی‌توانند به شیوه‌ای مؤثر به ایفای نقش خود در خانواده بپردازند (حجاری، ۱۳۸۴).

1. Young, J.

3. Markman, H. J.

5. Mahoney, K. R.

7. Bookwala, J.

9. Zadniuk, B.

11. Sheer, T. G.

2. Long, L.

4. Halford, W. K.

6. Glasser, W.

8. Sobin, J.

10. Schmalink, K. B.

سلامت روانی حالتی ذهنی است که به وسیله بهزیستی هیجانی، رهایی نسبی از اضطراب و نشانه‌های بیماری، ظرفیت برقراری روابط سازنده و غالب شدن به خواسته‌های روزمره و فشارهای زندگی مشخص می‌شود (اش، ۲۰۰۳^۱). افرادی که ازدواج ناشاد و ناموفقی دارند؛ از سطوح عزت نفس، شادکامی کلی و رضایت از زندگی پایین‌تر همراه با سطوح بالای آشفتگی روان‌شناختی رنج می‌برند (فونگ، ۲۰۰۶^۲)؛ بنابراین، عدم رضایت زناشویی اثرات زیان‌بخشی بر سلامت عمومی دارد (موسوی، محمدخانی، کاویانی و دلاور، ۱۳۸۵).

مهارت‌های ناکارآمد همسران در برقراری ارتباط (گلدنبرگ^۳ و گلدنبرگ، ۲۰۰۰^۴) و افکار تحریف‌شده، نقش مهمی در سازگاری زوجین دارند (یانگ، مارک^۵ و لانگ، ۲۰۰۶^۶). استنباط‌های سوگیرانه می‌تواند باعث بدبینی نسبت به رابطه گردد (داتیلیو و بیرشک، ۱۳۸۵) و افزایش شدت و تکرار تعارض‌های زناشویی را به دنبال داشته باشد (همامسی، ۲۰۰۵^۸).

ناکارآمدی ازدواج زمانی رخ می‌دهد که طرفین از روابط خود باورهای غیر واقعی داشته باشند و از منشأ نارضایتی خود ارزیابی‌های منفی افراطی ارائه دهند؛ بنابراین، نقش شناخت در مشکلات ازدواج بسیار مهم است (الیس، ۱۹۸۹). انعطاف‌پذیری، همخوانی با واقعیت، منطقی بودن و داشتن برون‌دادهای مولد می‌تواند سلامت فکر را تضمین کند (درایدن^۹ و نینان، ۲۰۰۴^{۱۰})؛ در حالی که باورهای غیر منطقی که دارای ماهیتی خشک و افراطی هستند، با واقعیت همخوانی ندارند و معمولاً به هیجان‌ها و رفتارهای غیر مولد منتهی می‌شوند و پیامدهای روان‌شناختی منفی؛ از جمله احساس ناکامی و کاهش تحمل را به دنبال دارند (درایدن و نینان، ۲۰۰۴). بنابراین، افرادی که دارای باورهای نارساکنش‌ور هستند، در روابط خود استرس و تعارض بیشتری را تجربه می‌کنند (همامسی، ۲۰۰۵). اهمیت عواملی که در شناخت و ادراک اثرگذار است، به قدری زیاد است که از سال‌ها پیش مورد توجه ادیان الهی بوده است. برای نمونه از پیامبر اسلام (ص) نقل شده است که در دعاهای خود از خداوند می‌خواستند: «اللهم ارنی الاشیاء كما هی» (خدایا واقعیت‌ها را آن‌گونه که هست به من نشان بده) (فروزانفر، ۱۳۸۱). این‌گونه دعاها بیانگر نگرانی نسبت به این مطلب است که واقعیت‌ها ممکن است به صورت تحریف‌شده در ذهن انعکاس یابد (یونسی، ۱۳۸۷).

1. Asch, M.

3. Goldenberg, I.

5. Young, E.

7. Long, L.

9. Dryden, W.

2. Fong, Vicki

4. Goldenberg, H.

6. Mark, L.

8. Hamamci, Z.

10. Neenan, M.

در دهه گذشته درمان شناختی - رفتاری زوج‌ها به عنوان رویکردی قدرتمند و مؤثر در زمینه مشکلات ارتباطی زوج‌ها مطرح شده است (داتلیو و اپستاین، ۲۰۰۳). زوج‌درمانی شناختی - رفتاری استراتژی‌های تغییر رفتار، از قبیل آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط را با بازسازی شناختی ترکیب می‌کند (هالفورد، ۲۰۰۴). به اعتقاد تایلور^۱ (۲۰۰۲)، استفاده از درمان شناختی - رفتاری در مشکلات مربوط به خانواده می‌تواند به پیشرفت‌های درمانی مهم، پایدار و تکرارپذیر دست یافت. در این رویکرد، فرآیند درمان به گونه‌ای طراحی شده است که باورهای غیر منطقی مشخص، پیوندهای بین شناخت، عاطفه و رفتار، تعیین و شواهد مخالف افکار غیر منطقی بررسی می‌شوند تا تغییر واقع‌نگرانه جایگزین باورهای غیر منطقی گردد و در حل تعارضات و سازگاری توفیق حاصل شود (فلانگان و فلانگان، ۲۰۰۴)؛ به عبارت دیگر، آشنایی زوج‌ها با آموزش‌های لازم و ضروری در مورد ارتباط، باورها و نگرش‌هایشان می‌تواند تا حدودی به کاهش اختلاف‌ها و جدایی روانی آنها منجر شود تا بتوانند به شیوه‌ای مناسب‌تر و سازگارانه‌تر در کانون گرم و صمیمی خانواده در کنار هم با کارایی بهینه زندگی کنند (رجبی، کارجو و جبّاری، ۱۳۹۰).

با استفاده از حکایات مولانا نحوه اسناددهی افراد به‌آسانی در معرض هشباری آنها قرار می‌گیرد. بنابراین، به نظر می‌رسد که می‌توان در کنار الگوهای شناختی از حکایات مولانا بهره گرفت تا از این راه، اثربخشی شناخت‌درمانگری در حل تعارضات زناشویی افزایش یابد (اژدری‌فرد و همکاران، ۱۳۸۹). شیوه کار مولانا در بیان تعالیم، استفاده از حکایات و تمثیل است و داستان را ظرفی می‌داند که حقایق را در خود متجلی کرده است و نظر اصلی شنونده را از ظاهر داستان به سمت محتوا و پیام آن معطوف می‌کند (فروزانفر، ۱۳۸۱). مولانا در نکته‌های عالمانه و عارفانه خود بیشتر زوایای آشکار و پنهان روان آدمی را مد نظر قرار داده، شناختی منسجم در مورد علل ناراحتی‌ها و مشکلات انسان‌ها داشته و در قالب داستان‌های خود شیوه‌های مفید و ارزشمند حل مسئله را ارائه کرده است (کریمی، ۱۳۸۳)؛ تا آنجا که می‌توان گفت مبنای سرودن مثنوی مسئله‌مداری است (ظهیری ناو، علائی ایلخچی و رجبی، ۱۳۸۷). بر این اساس، صاحبی (۱۳۸۸) معتقد است که امروزه با استفاده از چارچوب نظری رویکرد شناخت‌درمانگری می‌توان از تمثیل هم در فرآیند این درمان بهره برد. حکایت و تمثیل در اغلب فرهنگ‌ها و تمدن‌های بشری از ابزارهای اصلی تفکر و ارتباط بوده است (صاحبی، ۱۳۸۸). چنان که کتاب‌های آسمانی و بسیاری از بزرگان عرفان و ادب، در راستای

1. Taylor, G.

تعلیمات خود و به منظور برانگیختن و هدایت تفکر از ابزار داستان بسیار سود جسته‌اند (اسکندری و کیانی، ۱۳۸۶). از این گذشته، دین اسلام و متن مقدس آن (قرآن) نیز از دلایل آشنایی مردم با حکایات و کاربردهای آن است. باریک‌اندیشی‌ها و ظرافت‌هایی که در قصص قرآن وجود دارد هدفی شناختی و معرفتی را دنبال می‌کند؛ از طرفی، تمثیل‌های مثنوی نیز سرشار از مفاهیم و ترکیبات قرآنی است (سنگری و حاجی، ۱۳۹۰). در واقع، تمثیل نوعی خیال‌پردازی شاعرانه یا لفاظی تزئیناتی یا ادبی نیست، بلکه وسیله‌ای قدرتمند برای شکل‌دهی به ادراک و تجربه انسان شنونده است. با به‌کارگیری تمثیل برخی مفاهیم به گروه دیگری از مفاهیم عینی‌تر تبدیل می‌شوند و این چارچوب جدید امکان ارزشیابی مجدد تفکر در خصوص مفهوم اولیه را فراهم می‌سازد (آوون،^۱ ۲۰۰۰). تمثیل شنونده را قادر می‌سازد تا فکر و عملش را بازنگری و پیش‌بینی کند (برنز،^۲ ۲۰۰۰). قالب ذهنی مولانا در خلق مثنوی، قرآن بوده است و محققان نیز تأثیرات قرآن بر مثنوی را از دیدگاه‌های ساختاری، سبکی و محتوایی تبیین کرده‌اند (راستگو، ۱۳۸۳ و بخشی، ۱۳۸۶). مولانا با بهره‌جستن از قرآن کریم و سنت نبوی و میراث عرفانی پیشینیان نگاهی ژرف به اسرار وجودی انسان داشته است و به تعبیر خودش نسل‌های بعد او هم از این سفره معنوی برخوردار خواهند بود (زرین‌کوب، ۱۳۷۶)؛ در واقع، مولانا با پیمانه قصه همچون قرآن کریم و قصص آن معارف و تعالیم خود را عرضه می‌دارد (شفیعی، ۱۳۸۶) و به‌طور کلی، در گلوگاه داستان از تمثیل و حکایات کوتاه به گسترده‌ترین نظام تداعی و زایش معنا می‌رسد (تقوی، ۱۳۸۶).

ای برادر قصه چون پیمانه است معنی اندر آن بسان دانه است
دانه معنی بگيرد مرد عقل ننگرد پیمانه را گر گشت نقل
(مثنوی، ۳۶۳۱/۲)

مولانا خطاها و تحریف‌های شناختی (مانند خطاهای شناختی ناشی از قضاوت و پیشداوری معادل استدلال هیجانی و ذهن‌خوانی یا خطاهای شناختی ناشی از باریک‌بینی، تلقین، تقلید، تعصب، طمع و خودبینی) را با نگاهی ژرف در قالب داستان‌های خود نشان داده است (ازدري فرد و همکاران، ۱۳۸۹)؛ بر این اساس، از دیدگاه او برای شناخت حقیقت باید خطاهای ذهنی را شناخت تا به واقعیت نزدیک شد و به سلامت روان دست یافت (آزاد، ۱۳۷۸).

اقتضای جان چو ای دل آگهی ست هر که آگه‌تر بود جانش قوی ست
(مثنوی، ۵۱/۶)

مولانا شناختی منسجم در مورد علل ناراحتی‌ها و مشکلات داشته است (کریمی، ۱۳۸۳) که در کیفیت و چگونگی روابط افراد با دیگران اخلاص ایجاد می‌کند.

جمله خلقان سخره اندیشه‌اند زان سبب خسته دل و غم پیشه‌اند
(مثنوی، ۵۳۳۹/۲)

اهمیت عقل و تفکر منطقی و همچنین، مذمت وهم و خطای فکری از دیدگاه مولانا در جای‌جای مثنوی مطرح می‌شود (مشیری، ۱۳۸۷).

وهم افتد در خطا و در غلط عقل باشد در اصابت‌ها فقط
(مثنوی، ۳۵۷۰)

فرق نغز و زشت از عقل آورید نه ز چشمی کو سیه گشت و سپید
(مثنوی، ۲۹۷۱/۳)

مولانا می‌خواهد که شناخت سطحی و مسئله‌ساز ما را زیر سؤال برد تا بدین وسیله ساختار بسته و محدود ذهن ما شکسته شود. مشکل انسان این است که در شناخت خود به خطا می‌رود، همین خطاها باعث نزاع و سوء تفاهم و ایجاد فاصله‌ها می‌شود. آموزش مهم مولانا در مثنوی این است که ما دور از تعصب و جزم به پدیده‌های اطراف خود نگاه کنیم (آزاد، ۱۳۷۸).

سخت‌گیری و تعصب خامی است تا جینی کار خون‌آشامی است
(مثنوی، ۱۲۹۸/۳)

همچنین هر فکر که گرمی در آن عیب آن فکرت شده از تو نهان
(مثنوی، ۱۳۳۴/۴)

درحقیقت، مفهوم کلی داستان‌هایی؛ مانند داستان فیل، داستان منازعات چهار کس در باب انگور و حکایت جمع آمدن ساحران نزد فرعون در مثنوی مولانا بیان این نکته است که گاه علت اختلاف میان مردمان تفاوت در نگاه و برداشت جزئی آنان و سپس تعمیم نارواست و اگر نظرگاه را تغییر دهیم و به جای جزئیات خارج از بافت و گسسته‌بینی به معنای باطن توجه کنیم، درحقیقت اختلافی وجود نخواهد داشت (صمصام، نجار همایونفر، ۱۳۸۴)؛ از آنجا که در اندیشه مولانا و آرای روان‌شناسان معاصر نقاط اشتراک بسیاری می‌توان یافت (مردانی و شریفی اصفهانی، ۱۳۸۹). بر این اساس، به نظر می‌رسد که برای آموزش خطاهای فکری، نقش باورهای غیر منطقی، تحریف‌های شناختی، افکار خودآیند و رفتارهای ناکارآمد، استفاده از تمثیل و داستان‌های مثنوی مولانا مؤثر و مفید است (صاحبی، ۱۳۸۸).

با توجه به آنچه گفته شد، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی شناخت درمانگری گروهی با و بدون استفاده از حکایت‌های مثنوی (به عنوان تسهیل‌گر اثربخشی درمان) در

بهبود سلامت روان شناختی زنان دارای تعارض زناشویی انجام گرفت. علت انتخاب مثنوی به عنوان تسهیل‌گر و تقویت‌کننده فرهنگی اثر درمان مبتنی بودن اشعار بر متون دینی اسلام (به نحوی که در دیباچه دفتر اول مثنوی، خود نویسنده آن را اصولِ اصولِ دین می‌داند) و قرابت فرهنگی با مراجعان فارسی‌زبان بوده است. گذشته از این اشعار مولوی واجد نکته‌های حکیمانه است که با متون علمی سازگاری بیشتری دارد؛ نکته‌ای که در جلسه گروه راهنمایی‌کننده این پژوهش بر آن تأکید شده است.

روش

جامعه آماری این پژوهش؛ شامل کلیه زنان متأهل مقیم شهر تهران بود. به منظور انتخاب نمونه مورد نیاز با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از میان زنانی که پس از درج آگهی و فراخوان عمومی در تابلوهای خانه‌های سلامت، مراکز مشاوره و دانشگاه‌های مختلف در سطح شهر تهران به مرکز مشاوره سلامت مراجعه کرده بودند، پس از مصاحبه و ارزیابی بالینی و براساس معیارهای ورود - خروج (کسب نمره بالاتر از ۱۰۲/۵ در مقیاس تعارض زناشویی، متأهل بودن، سکونت در شهر تهران، عدم تصمیم یا اقدام به طلاق در شش ماه گذشته و غیره) ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه شناخت درمانگری با و بدون استفاده از حکایت‌های مثنوی جایگزین شدند. لازم به ذکر است که پس از جلسه ارزیابی به علت تداخل ساعت جلسات با برنامه کاری برخی از شرکت‌کنندگان، از گروه شناخت درمانگری با استفاده از حکایت‌های مثنوی سه نفر و از گروه شناخت درمانگری بدون استفاده از حکایت‌های مثنوی دو نفر از ادامه حضور در جلسات انصراف دادند و در نهایت، این پژوهش با ۲۵ آزمودنی اجرا شد. مداخله مربوط به هر گروه به‌طور جداگانه و در روزهای متفاوت به مدت دوازده جلسه (هفته‌ای یک جلسه) به آنها ارائه شد. رئیس مطالب هر جلسه در پروتکل شناخت درمانگری؛ شامل ارزیابی، آشنایی با دوره، تعامل فکر، احساس و عمل، معرفی الگوی "ABC"، انواع فکر غیر منطقی، منطق متناسب، آموزش مهارت‌های ارتباطی، گوش دادن فعال، بیان احساس، حل تعارض و حل مسئله، جمع‌بندی و ارزشیابی بود. در پروتکل شناخت درمانگری با استفاده از حکایت‌های مثنوی نیز رئیس کلی فوق به اضافه حکایت‌ها و اشعار مرتبط با موضوع جلسه به آزمودنی‌ها ارائه شد. از میان اشعار و حکایت‌های مورد استفاده می‌توان به حکایت فیل، منازعات چهار نفر جهت نام انگور، پادشاهی که دو غلام خرید، مرغانی که حضرت سلیمان را محرم خود یافتند و اشعاری در زمینه معیارهای فکر منطقی، ارتباط کلامی، سمع و نطق، فواید بیان درست

احساس، پشیمان شدن از سخن گفتن بیهوده و حل مشکل اشاره کرد. آزمودنی‌های دو گروه، قبل و بعد از ارائه مداخله گویه‌های پرسشنامه‌های پژوهش و برخی گویه‌های مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی را در یک جلسه جداگانه تکمیل کردند. برنامه جلسات شناخت‌درمانگری، تلفیقی از چند برنامه تحت نظارت اساتید مجرب (برنامه شناخت‌درمانگری گروهی مایکل فری، ۲۰۰۷، ترجمه جان‌بزرگی (۱۳۸۸)) و رفتار درمانی شناختی زوج‌ها، داتیلیو و بیرشک (۱۳۸۵) بوده و از اساتید مسلط به مثنوی معنوی نیز مشورت گرفته شده است (برنامه دوازده جلسه مداخله در پایان مقاله آمده است).

ابزار پژوهش

– پرسشنامه تعارض‌های زناشویی (MCQ-R) (ثنایی، براتی و بوستانی‌پور، ۱۳۸۷)

پرسشنامه تعارض‌های زناشویی یک ابزار ۵۴ سؤالی است که برای سنجش تعارض‌های زوجین و بر مبنای تجربیات بالینی ساخته شده است. روایی محتوای این پرسشنامه تأیید شده؛ به گونه‌ای که همبستگی هر سؤال با نمره کل پرسشنامه معنادار بوده است. ضرایب همسانی درونی کل پرسشنامه در یک گروه ۲۷۰ نفره برابر با ۰/۹۶ محاسبه شده است (ثنایی و همکاران، ۱۳۸۷). گویه‌های پرسشنامه در مقیاس لیکرت از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند و نمره‌گذاری گویه‌های ۳، ۱۴، ۲۶، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۳، ۴۵، ۴۷ و ۵۴ به صورت معکوس است. مجموع نمرات گویه‌ها برابر با نمره کل تعارض زناشویی خواهد بود.

– پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) (گلدبرگ، ۱۹۷۲)

پرسشنامه سلامت عمومی یک پرسشنامه سرنیدی مبتنی بر روش خودگزارش دهی است که در مجموعه بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد (گلدبرگ، ۱۹۷۲). این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس است: نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی. نتایج یک بررسی فراتحلیلی به منظور برآورد اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی نشان داد که متوسط حساسیت پرسشنامه "GHQ-۲۸" برابر با ۰/۸۴ (بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۹) و متوسط ویژگی آن برابر ۰/۸۲ (بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۵) است (گلدبرگ و ویلیامز، ۱۹۸۸). ابراهیمی، مولوی، موسوی، برنامه‌ش و یعقوبی (۱۳۸۶) نیز حساسیت آزمون را ۰/۸۰ و ویژگی آن را ۰/۹۹ گزارش کرده‌اند. پژوهش بهمنی و عسگری (۱۳۸۵) ساختار چهارعاملی آن را از طریق تحلیل عاملی تأییدی بررسی و تأیید نموده‌اند. ضریب اعتبار نسخه فارسی پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه

سلامت عمومی با روش بازآزمایی با فاصله زمانی هفت تا ده روز بر گروه هشتاد نفره به میزان ۰/۹۱ برآورد شده است که در سطح خطای یک هزارم معنادار می‌باشد (پالاهنگ، ۱۳۷۴). ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۶) ضریب اعتبار کلی این آزمون را ۰/۹۷ و ضریب اعتبار چهار خرده‌آزمون را بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۴ گزارش کرده است. میزان اعتبار این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای مقیاس‌های علائم جسمی ۰/۸۵، اضطراب و بی‌خوابی ۰/۷۸، اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹، افسردگی ۰/۹۱ و کل پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمده است (بهمنی و عسگری، ۱۳۸۵).

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نسخه بیستم نرم‌افزار آماری "SPSS" مورد تجزیه و تحلیل توصیفی و استنباطی قرار گرفتند. در تحلیل توصیفی داده‌ها از شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد، کمینه، بیشینه، فراوانی و درصد فراوانی و در تحلیل استنباطی داده‌ها با رعایت مفروضه‌ها از آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر درون آزمودنی و تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول شماره ۱ ویژگی‌های توصیفی سن آزمودنی‌های پژوهش به تفکیک گروه ارائه شده است؛ همان‌گونه که مشاهده می‌شود در مجموع ۲۵ آزمودنی زن با میانگین سنی ۲۳/۲۴ سال و با انحراف استاندارد ۲/۹۲ سال در این پژوهش شرکت کردند. دامنه سنی آزمودنی‌ها از ۱۹ تا ۲۹ سال گسترده شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های توصیفی سن آزمودنی‌ها به تفکیک گروه

گروه	تعداد	M	SD	کمینه	بیشینه
CBT با حکایت‌های مثنوی	۱۲	۲۲/۶۷	۲/۶۴۰	۲۱	۲۹
CBT بدون حکایت‌های مثنوی	۱۳	۲۳/۷۷	۳/۱۶	۱۹	۲۸
کل	۲۵	۲۳/۲۴	۲/۹۲	۱۹	۲۹

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تعارض زناشویی، سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن به تفکیک گروه ارائه شده است؛ همان‌گونه که مشاهده می‌شود، در همه متغیرها نمرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در هر دو گروه بهبود یافته است.

جدول ۲: ویژگی‌های توصیفی نمرات سلامت عمومی به تفکیک گروه

گروه				موقعیت	متغیر
بدون حکایت‌های مثنوی CBT		با حکایت‌های مثنوی CBT			
SD	M	SD	M		
۱۶/۴۳	۱۱۶/۶۱	۱۵/۴۴	۱۲۱/۴۲	پیش‌آزمون	نمره کل تعارض
۱۸/۸۰	۹۶/۵۴	۸/۱۸	۸۷/۰۸	پس‌آزمون	
۴/۹۷	۸/۶۹	۵/۶۸	۷/۱۷	پیش‌آزمون	علائم جسمانی
۳/۴۰	۴/۶۱	۱/۳۱	۱/۰۸	پس‌آزمون	
۴/۵۹	۸/۵۴	۴/۵۲	۶/۸۳	پیش‌آزمون	اضطراب و اختلال خواب
۲/۴۹	۳/۳۱	۱/۲۴	۱/۰۸	پس‌آزمون	
۲/۹۵	۸/۰۸	۳/۰۵	۷/۴۱	پیش‌آزمون	اختلال عملکرد اجتماعی
۲/۴۴	۳/۸۴	۱/۳۴	۲/۰۰	پس‌آزمون	
۵/۲۳	۵/۵۴	۴/۷۵	۳/۳۳	پیش‌آزمون	افسردگی
۱/۱۵	۱/۰۰	۰/۷۷	۰/۳۳	پس‌آزمون	
۱۵/۹۲	۳۰/۸۵	۱۷/۱۷	۲۴/۷۵	پیش‌آزمون	نمره کل سلامت عمومی
۷/۶۵	۱۲/۷۷	۳/۸۹	۴/۵۰	پس‌آزمون	

لازم به ذکر است که جهت بررسی تغییر نمرات در هر یک از متغیرهای مورد مطالعه در هر گروه به تفکیک نوع مداخله از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر درون‌آزمودنی استفاده شده است؛ همچنین، با توجه به معناداری نتایج آزمون کولموگراف اسمیرنوف مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات مربوط به متغیرهای مورد مطالعه، معناداری نتایج آزمون لون مبنی بر همگنی واریانس نمرات پس‌آزمون در دو گروه، معناداری آزمون باکس ($P > 0/05$)، همگنی شیب‌های رگرسیون ($P > 0/05$) و خطی بودن رابطه میان متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته جهت مقایسه تغییر نمرات در دو گروه از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

به منظور تعیین اثربخشی هر مداخله به تفکیک در کاهش تعارض زناشویی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر درون‌آزمودنی استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۳ منعکس شده است؛ همان‌گونه که مشاهده می‌شود، نتایج مندرج در جدول حاکی از آن است که هر دو مداخله در کاهش تعارض آزمودنی‌ها مؤثر بوده‌اند ($P < 0/05$). همچنین، مقادیر مجذور اتای سهمی نشان‌دهنده اندازه اثر بالای هر دو مداخله "CBT" با و بدون استفاده از حکایت‌های مثنوی در کاهش تعارض آزمودنی‌هاست ($\eta^2 > 0/14$) (بریس، کمپ، سلنگار، ترجمه علی‌آبادی و صمدی، ۱۳۸۸).

جدول ۳: آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر درون آزمودنی جهت مقایسه نمرات تعارض به تفکیک نوع مداخله

گروه	SS	df1	df2	MS	F	P	η^2
CBT با حکایت‌های مثنوی	۷۰۷۲/۶۶۷	۱	۱۱	۷۰۷۲/۶۶۷	۵۶/۹۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۸
CBT بدون حکایت‌های مثنوی	۲۶۲۰/۰۳۸	۱	۱۲	۲۶۲۰/۰۳۸	۲۴/۶۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۳

در جدول شماره ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات تعارض در دو گروه ارائه شده است؛ همان‌گونه که در جدول نیز مشاهده می‌شود، نتایج حاکی از آن است که میان تغییر نمرات تعارض در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). بدین معنا که "CBT" با استفاده از حکایت‌های مثنوی در مقایسه با "CBT" بدون استفاده از حکایت‌های مثنوی به کاهش بیشتری در نمره تعارض منجر شده است (جدول شماره ۲). همچنین، مقادیر مجذور اتای سهمی بیانگر اندازه اثر مناسبی است ($\eta^2 > ۰/۱۴$).

جدول ۴: آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات تعارض در دو گروه

متغیر	SS	df1	df2	MS	F	R ²	P	η^2
نمره کل تعارض	۸۳۸/۳۶۰	۱	۲۲	۸۳۸/۳۶۰	۵/۰۳۸	۰/۳۳۹	۰/۰۳۵	۰/۱۸۶
کاهش همکاری	۴/۰۰۴	۱	۲۲	۴/۰۰۴	۳/۷۴۵	۰/۱۷۹	۰/۰۶۶	۰/۱۴۵
کاهش رابطه جنسی	۲/۰۵۰	۱	۲۲	۲/۰۵۰	۰/۹۷۴	۰/۳۴۱	۰/۳۳۴	۰/۰۴۲
افزایش واکنش هیجانی	۳۸/۲۵۱	۱	۲۲	۳۸/۲۵۱	۸/۷۳۲	۰/۴۳۶	۰/۰۰۷	۰/۲۸۴
افزایش جلب حمایت فرزند	۰/۵۹۹	۱	۲۲	۰/۵۹۹	۰/۰۶۸	۰/۰۲۶	۰/۷۹۷	۰/۰۰۳
کاهش رابطه با فامیل همسر	۱/۶۸۶	۱	۲۲	۱/۶۸۶	۰/۴۶۵	۰/۴۰۵	۰/۵۰۲	۰/۰۲۱
افزایش رابطه با فامیل خود	۲۶/۲۹۴	۱	۲۲	۲۶/۲۹۴	۷/۷۴۱	۰/۴۰۷	۰/۰۱۱	۰/۲۶۰
جداکردن امور مالی	۸/۴۲۳	۱	۲۲	۸/۴۲۳	۱/۰۶۳	۰/۲۸۷	۰/۳۱۴	۰/۰۴۶
کاهش ارتباط مؤثر	۱۷۸/۹۳۶	۱	۲۲	۱۷۸/۹۳۶	۹/۶۲۰	۰/۳۸۹	۰/۰۰۵	۰/۳۰۴

در جدول شماره ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر درون آزمودنی به منظور تعیین اثر بخشی هر مداخله در افزایش سلامت عمومی آزمودنی‌ها ارائه شده است؛ همان‌گونه که مشاهده می‌شود، نتایج بیانگر آن است که هر دو مداخله به بهبود معنادار سلامت عمومی منتهی شده‌اند ($P < ۰/۰۵$). بررسی زیرمقیاس‌ها نیز نشان می‌دهد که مداخله "CBT" بدون استفاده از حکایت‌های مثنوی نمرات آزمودنی‌ها را در هر چهار زیرمقیاس علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی به‌طور

معنادار بهبود بخشیده است ($P < 0/05$). مداخله "CBT" با استفاده از حکایت‌های مثنوی نیز به کاهش نمرات در هر چهار زیرمقیاس منتهی شده است، ولی این کاهش در زیرمقیاس افسردگی در حد معنادار نیست ($P > 0/05$).

جدول ۵: آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر درون آزمودنی جهت مقایسه نمرات سلامت عمومی به تفکیک نوع مداخله

گروه	متغیر	SS	df1	df2	MS	F	P	η^2
CBT با حکایت‌های مثنوی	نمره کل سلامت عمومی	۲۴۶۰/۳۷۵	۱	۱۱	۲۴۶۰/۳۷۵	۱۵/۵۱۷	۰/۰۰۲	۰/۵۸۵
	علائم جسمانی	۲۲۲/۰۴۲	۱	۱۱	۲۲۲/۰۴۲	۱۴/۹۴۲	۰/۰۰۳	۰/۵۷۶
	اضطراب و اختلال خواب	۱۹۸/۳۷۵	۱	۱۱	۱۹۸/۳۷۵	۱۸/۷۹۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳۱
	اختلال عملکرد اجتماعی	۱۷۶/۰۴۲	۱	۱۱	۱۷۶/۰۴۲	۲۳/۷۷۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸۴
	افسردگی	۴۵/۳۷۵	۱	۱۱	۴۵/۳۷۵	۳/۵۸۸	۰/۰۸۵	۰/۲۴۶
بدون CBT حکایت‌های مثنوی	نمره کل سلامت عمومی	۲۱۲۴/۰۳۸	۱	۱۲	۲۱۲۴/۰۳۸	۱۸/۷۶۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱۰
	علائم جسمانی	۱۰۸/۰۳۸	۱	۱۲	۱۰۸/۰۳۸	۸/۳۹۳	۰/۰۱۳	۰/۴۱۲
	اضطراب و اختلال خواب	۱۷۷/۸۴۶	۱	۱۲	۱۷۷/۸۴۶	۲۶/۶۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸۹
	اختلال عملکرد اجتماعی	۱۱۶/۳۴۶	۱	۱۲	۱۱۶/۳۴۶	۱۶/۰۱۹	۰/۰۰۲	۰/۵۷۲
	افسردگی	۱۱۶/۳۴۶	۱	۱۲	۱۱۶/۳۴۶	۱۲/۱۲۴	۰/۰۰۵	۰/۵۰۳

در جدول شماره ۶ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن در دو گروه ارائه شده است؛ همان‌گونه که در جدول نیز مشاهده می‌شود، نتایج حاکی از آن است که میان تغییر نمرات سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های علائم جسمی، اضطراب و اختلال خواب، و اختلال عملکرد اجتماعی در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). بدین معنا که "CBT" با استفاده از حکایت‌های مثنوی در مقایسه با "CBT" بدون استفاده از حکایت‌های مثنوی به بهبود بیشتری در نمره سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های مذکور منجر شده است (جدول شماره ۲). ولی میان تغییر نمرات افسردگی در دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). همچنین، مقادیر مجذور اتای سهمی برای نمره کل سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های علائم جسمی، اضطراب و اختلال خواب، و اختلال عملکرد اجتماعی بیانگر اندازه اثر مناسبی است ($\eta^2 > 0/14$).

جدول ۶: آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات سلامت عمومی در دو گروه

متغیر	SS	df1	df2	MS	F	R ²	P	η^2
نمره کل سلامت عمومی	۳۶۶/۸۶۳	۱	۲۲	۳۶۶/۸۶۳	۹/۶۸۶	۰/۳۵۷	۰/۰۰۵	۰/۳۰۶
علائم جسمانی	۶۷/۶۰۳	۱	۲۲	۶۷/۶۰۳	۱۰/۱۶۵	۰/۳۸۰	۰/۰۰۴	۰/۳۱۶
اضطراب و اختلال خواب	۲۱/۸۷۴	۱	۲۲	۲۱/۸۷۴	۶/۴۰۴	۰/۳۸۷	۰/۰۱۹	۰/۲۲۵
اختلال عملکرد اجتماعی	۲۲/۳۷۷	۱	۲۲	۲۲/۳۷۷	۵/۴۷۱	۰/۲۰۳	۰/۰۲۹	۰/۱۹۹
افسردگی	۰/۷۱۳	۱	۲۲	۰/۷۱۳	۰/۶۴۹	۰/۵۷۰	۰/۴۲۹	۰/۰۲۹

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که پیش‌تر اشاره شد، نتایج پژوهش حاکی از آن است که هر دو مداخله به کاهش تعارض زناشویی منتهی شده‌اند. این یافته با یافته التمانس و امری (۲۰۱۲)، داتلیو و اپستاین (۲۰۰۳)، مایر (۱۹۸۳)، سودانی و شفیع‌آبادی (۱۳۸۷)، کردی (۱۳۸۶) و قلیلی و همکاران (۱۳۸۵)، مبنی بر اثربخشی فنون شناختی-رفتاری در کاهش تعارض‌های زناشویی هماهنگ است. پژوهش‌های مختلف تأثیر نقص مهارت‌های ارتباطی (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۰؛ لیبرمن و ترویه، ۲۰۰۸ و طهرانی، ۱۳۸۴)، مشکل در بیان افکار و احساسات (اپستاین و باکوم، ۲۰۰۲ و والش، ۱۹۹۸)، افکار تحریف‌شده و باورهای غیرمنطقی (یانگ، مارک و لانگ، ۲۰۰۶؛ درایدن و نینان، ۲۰۰۴ و همامسی، ۲۰۰۵) و ناتوانی در حل مؤثر مشکلات (نیکولز و شوارتز، ۲۰۰۱ و بهاری و همکاران، ۱۳۹۰) را در افزایش شدت و تکرار تعارض‌های زناشویی مورد تأیید قرار داده‌اند؛ بنابراین، با توجه به اینکه در هر دو مداخله تعامل ارتباطی مؤثر (نظیر گوش دادن فعال، گفتگوی مؤثر، بیان احساس و غیره)، بازسازی الگوی فکر و اصلاح باورهای غیرمنطقی، افزایش درک متقابل، مشارکت‌جویی و مسئولیت‌پذیری، مهارت حل مسئله و حل تعارض مورد توجه قرار گرفته‌اند، کاهش تعارض و زیرمقیاس‌های آن قابل تبیین است.

مطابق با یافته دیگر این پژوهش، میان دو مداخله در کاهش تعارض زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنا که شناخت‌درمانگری با استفاده از حکایت‌های مثنوی به کاهش بیشتری در تعارض منتهی شده است. این یافته با یافته‌ی اژدری‌فرد و همکاران (۱۳۸۹) مبنی بر نقش استفاده از حکایت‌ها و تمثیل در افزایش اثربخشی شناخت‌درمانگری در کاهش تعارض زناشویی هماهنگ است. اسکندری و کیانی (۱۳۸۶) نیز معتقدند که استفاده از ابزار داستان تأثیر تعلیمات مربوط به برانگیختن و هدایت فکر را صدچندان می‌کند که با یافته این

پژوهش همسواست. در قرآن نیز به منظور تغییر باور، اصلاح عقاید، آگاهی و یادآوری از قصه‌ها و تمثیل استفاده شده است. درحقیقت، تمثیل وسیله‌ای قدرتمند برای شکل‌دهی ادراک و تجربه انسان است و با به‌کارگیری تمثیل برخی مفاهیم به مفاهیم عینی‌تر تبدیل می‌شوند و این پارچوب جدید امکان ارزشیابی مجدد تفکر در خصوص مفهوم اولیه را فراهم می‌کند (آوون، ۲۰۰۰). به اعتقاد هارپر و گری (۱۹۹۷) داستان‌ها و تمثیل‌ها شنونده را مورد خطاب مستقیم قرار نمی‌دهند؛ از این رو، مقاومتی که به‌طور معمول در مقابل درمانگران وجود دارد، هنگام استفاده از داستان و تمثیل بروز پیدا نمی‌کند؛ بنابراین، فرد با اتخاذ سرمشق ذهنی تازه نسبت به سبک‌های رفتاری و شیوه‌های فکری راهکارهای مطرح‌شده در داستان را جذب و درونی‌سازی می‌کند. همچنین، به اعتقاد بیگدلی (۱۳۸۸) داستان‌گونه بودن موضوعات باعث رمزگردانی دقیق و ماندگار اطلاعات ورودی در حافظه می‌شود و با توجه به اینکه رمزگردانی اطلاعات در حافظه بلندمدت برحسب معنادار بودن موضوع صورت می‌گیرد، داستان‌ها به دلیل معنای قدرتمندی که دارند، به مدت طولانی‌تر و به صورت عمیق‌تر در حافظه رمزگردانی می‌شوند؛ علاوه بر این، با توجه به اینکه تمثیل داستانی، دارای یک لایه بیرونی به صورت داستان و یک لایه درونی به صورت معنای داستان است (کوپا، ۱۳۸۶)، به نظر می‌رسد که غیبت معنای مورد نظر موجب فعالیت ذهنی بیشتر مخاطب و کشف معنا در ماورای واقعیت ظاهر می‌شود که درنهایت به تأثیرگذاری بیشتر می‌انجامد (پورنامداریان، ۱۳۷۴). به اعتقاد زرین‌کوب (۱۳۷۹)، این اصل در تمثیل‌های داستانی مثنوی مولانا نمودی کامل دارد؛ بنابراین، با توجه به آنچه گفته شد و با وجود نقاط اشتراک بسیار میان اندیشه مولانا و آرای روان‌شناسان معاصر (مردانی و شریفی اصفهانی، ۱۳۸۹)، وقوف مولانا نسبت به خطاهای منطقی (آزاد، ۱۳۷۸)، اهمیت عقل و تفکر منطقی و مذمت وهم و خطاهای فکری در جای‌جای مثنوی (مشیری، ۱۳۸۷) و استفاده مولانا از داستان و قصه به عنوان ابزاری برای بازسازی شناختی و اصلاح و تغییر رفتار (صاحبی، ۱۳۸۸) می‌توان انتظار داشت که استفاده از داستان‌های مثنوی مولانا به همراه فنون شناختی باعث اثربخشی بیشتر این فنون در کاهش خطاهای فکری و باورهای غیر منطقی، کاهش رفتارهای ناکارآمد و در نتیجه کاهش تعارض‌های زناشویی شود.

یافته دیگر این پژوهش، حاکی از آن است که هر دو مداخله سلامت عمومی زنان را به‌طور معناداری بهبود بخشیده‌اند. این یافته با نتایج پژوهش جبل‌عاملی و همکاران (۱۳۸۹)، محرابی و همکاران (۱۳۸۷)، فریش (۲۰۰۶) و چنگ و فورنهام (۲۰۰۷) مبنی بر اثربخشی فنون شناختی و رفتاری در افزایش سلامت جسمی و روانی مطابقت دارد. به اعتقاد ایمپت و پیلانو (۲۰۰۶)، اریکالین (۲۰۰۲) و فاتحی‌زاده و همکاران (۱۳۹۰) میان تعارض‌ها

و مشکلات زناشویی با سلامت ارتباط معکوس وجود دارد؛ بنابراین، می‌توان انتظار داشت که کاهش تعارض زناشویی به افزایش احساس سلامت منتهی شود. همچنین، نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از آن است که افزایش رفتارها و راهبردهای مقابله‌ای کارآمد (جین لیویس و اندرسون، ۲۰۰۶؛ گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱ و الوی و ریسکانید، ۲۰۰۶)، اصلاح نگرش‌ها و باورها، بهبود عملکرد شناختی و ایجاد شناخت سازگاران (رجبی و همکاران، ۱۳۹۰ و جین لیویس و اندرسون، ۲۰۰۶) و آموزش مسائل ارتباطی (هانسون و لندلند، ۲۰۰۶ و رجبی و همکاران، ۱۳۹۰) با کاهش تنش و اختلاف‌ها، برخورد مؤثر با مسائل و مشکلات و بهبود کیفیت روابط زوجین در ارتباط است؛ بنابراین، از آنجا که عوامل مذکور در هر دو مداخله ارائه‌شده به آزمودنی‌های پژوهش لحاظ شده‌اند و با توجه به اینکه کیفیت روابط پیش‌بینی‌کننده مهمی برای سلامت زوجین است (تروکسل، ۲۰۰۶ و پرویزی و همکاران، ۱۳۸۸)، افزایش احساس سلامت به دنبال ارائه فنون مطرح‌شده قابل تبیین است. همچنین، یافته‌ها نشان داد که میان دو مداخله در بهبود سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب و اختلال در عملکرد اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین معنا که شناخت‌درمانگری گروهی با استفاده از حکایت‌های مثنوی در بهبود سلامت تأثیر بیشتری داشته است. در تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که احتمالاً استفاده از تمثیل‌ها و حکایات به دلیل مخاطب قرار دادن شنونده به صورت غیر مستقیم (هاریس و گری، ۱۹۹۷)، رمزگردانی عمیق‌تر در حافظه بلندمدت به دلیل قدرتمند بودن معانی (بیگدلی، ۱۳۸۸) و تحریک بیشتر فعالیت ذهنی (پورنامداریان، ۱۳۷۴) باعث بیشتر شدن اثربخشی فنون شناختی-رفتاری در بازسازی شناختی، افزایش کیفیت روابط، حل کارآمد مسائل، کاهش تنش و فشار، افزایش رضایت زناشویی و به دنبال آن افزایش سلامت ادراک‌شده در افراد شود. همان‌گونه که پیش‌تر اشاره شد، استفاده از تمثیل و حکایت‌های مثنوی به افزایش اثربخشی فنون شناختی-رفتاری در کاهش تعارض زناشویی منتهی شد و بنابراین، می‌توان انتظار داشت که این کاهش تعارض، بهبود کیفیت روابط و مقابله مؤثر با مشکلات را به دنبال داشته باشد و از این رهگذر به افزایش احساس سلامت در افراد منتهی شود.

پیشنهاد آخر، ناظر بر این نکته بنیادین است که متخصصان بالینی کشورمان بهتر است از متون دینی و ادبی که ناظر بر مفاهیم عمیق دینی است و با زبان مادری مراجعان آنها همخوانی دارد و مفاهیم شناختی فشرده و زیادی را با یک بیت شعر در نظام شناختی فرد درونی می‌کند، استفاده نمایند و تجربیات خود را به زبان علمی منتشر کنند تا زمینه آشنایی جهانی با این فرهنگ غنی برای ورود به عرصه‌های تخصصی فراهم شود.

منابع

- آزاد، پ. (۱۳۷۸)، قبله جان (کاربرد مثنوی مولوی در شناخت درمانی)، چ ۱، تهران: البرز.
- ابراهیمی، ا؛ ح. مولوی؛ غ. موسوی؛ ع. ر. برنامه‌نش و م. یعقوبی (۱۳۸۶)، «ویژگی روان‌سنجی ساختاری ملی، نقطه برش بالینی، حساسیت و ویژگی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) در بیماران ایرانی مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی»، تحقیقات علوم رفتاری، س ۱، ش ۵، ص ۵-۱۲.
- اژدری فرد، پ. س.؛ ق. قاضی و ر. ا. نورانی پور (۱۳۸۹)، «بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش‌آموزان»، فصلنامه اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی، س ۵، ش ۲، ص ۱۰۵-۱۲۷.
- اسکندری، ح. و ژ. کیانی (۱۳۸۶)، «تأثیر داستان بر افزایش مهارت فلسفه‌ورزی و پرسشگری دانش‌آموزان»، فصلنامه مطالعات برنامه درسی، س ۲، ش ۷، ص ۱-۷.
- بخشی، ا. (۱۳۸۶)، «تأثیرپذیری مولوی از قصه‌های قرآن در داستان روستایی و شهری در مثنوی»، فصلنامه پژوهش‌های ادبی، ش ۱۶، ص ۹-۳۲.
- بریس، ن؛ ر. کمپ و ر. سلنگار (۱۳۸۸)، تحلیل داده‌های روان‌شناسی با برنامه "SPSS" (ویرایش‌های ۱۰-۸، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴)، ویرایش سوم، ترجمه خدیجه علی‌آبادی و سیدعلی صمدی، تهران: نشر دوران.
- بوستانی‌پور، ع؛ ب. ثنایی و کیامنش (۱۳۸۶)، «فراتحلیل اثربخشی الگوهای شناختی-رفتاری در درمان مشکلات زناشویی»، تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، س ۶، ش ۲۵، ص ۷-۲۵.
- بهاری، ف؛ م. فاتی‌زاده؛ ا. احمدی؛ ح. موسوی و ف. بهرامی (۱۳۹۰)، «تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباط همسران بر کاهش تعارض‌های زناشویی زوج‌های متعارض متقاضی طلاق»، پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ش ۱، ص ۵۹-۷۰.
- بهمنی، ب. و ع. عسگری (۱۳۸۵)، «هنجاریابی ملی و ارزشیابی شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه سلامت عمومی برای دانشجویان علوم پزشکی کشور»، مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران: دانشگاه علم و صنعت ایران، ص ۷-۶۲.
- بیگدلی، ه. (۱۳۸۸)، روانکاوای پیر بلخ، فصل اول، نشر آماش، چ ۱، ص ۱۹.

- پلاهنگ، ح.؛ م. نصر اصفهانی؛ م. ن. براهنی و د. شاه‌محمدی (۱۳۷۴)، بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق شهری کاشان، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، س ۲، ش ۴، ص ۱۹-۲۷.
- پرویزی، س.؛ ن. سیدفاطمی و ک. د. کیانی (۱۳۸۸)، «پویایی خانواده و سلامت زنان»، پژوهش کیفی، س ۷، ش ۲، ص ۴۵-۵۷.
- پورنامداریان، ت. (۱۳۷۴)، سفر در مه، چ ۴، تهران: سخن، ص ۱۲۶.
- تقوی، م. (۱۳۸۶)، «قصه میدان عمل» نقد و نظری درباره قصه‌پردازی با عرفان علمی در مثنوی»، تهران: مجموعه مقالات همایش بین‌المللی بزرگداشت هشتصدمین سال تولد مولانا جلال‌الدین محمد بلخی رومی.
- ثنایی، ب.؛ س. علاقبند، ش. فلاحتی، ع. هومن، مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج، تهران: بعثت.
- جبل‌عاملی، ش.؛ ح. ط. نشاط‌دوست و ح. موسوی (۱۳۸۹)، «اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی و فشار خون بیماران زن مبتلا به فشارخون»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره پانزدهم، ص ۸۸-۹۷.
- حجاری، س. (۱۳۸۴)، اثربخشی آموزش گروهی حل مسئله بر میزان سازگاری اجتماعی بیماران زن مبتلا به اختلال دوقطبی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.
- داتیلیو، ف. و ب. بیرشک (۱۳۸۵)، «رفتار درمانی شناختی زوج‌ها، بخش اول: مقاله مروری»، تازه‌های شناختی، ش ۳۰، ص ۷۲-۸۱.
- راستگو، م. (۱۳۸۳)، تجلی قرآن و حدیث در شعر فارسی، چ ۳، تهران: سمت.
- رجبی، غ.؛ ر.؛ س. کارجو کسمائی و ح. جبازی (۱۳۹۰)، «تأثیر زوج‌درمانی شناختی در کاهش میزان افسردگی و افزایش رضایت زناشویی»، مجله روان‌شناسی بالینی، س ۲، ش ۴، ص ۹-۱۷.
- زرین‌کوب، ع. ح. (۱۳۷۶)، جستجو در تصوف، تهران: امیرکبیر.
- زرین‌کوب، ع. ح. (۱۳۷۹)، پله‌پله تا ملاقات خدا، چ ۱۲، تهران: علمی.
- سلامت، م.؛ ا. ر. زمانی و ط. الهیاری (۱۳۸۴)، «تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی با استفاده از روش تحلیل رفتار متقابل (TA) بر کاهش تعارض زناشویی»، اندیشه و رفتار (روان‌شناسی کاربردی)، س ۱، ش ۳، ص ۲۳-۲۸.
- سنگری، م. ر. و ل. حاجی (۱۳۹۰)، «نمادهای قرآنی در مثنوی»، آموزش معارف اسلامی، س ۳، ش ۲۲، ص ۲۲-۲۹.

- سودانی، م. و ع. شفیع‌آبادی (۱۳۸۷)، «مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی الیس به صورت انفرادی و توأم در کاهش تعارضات زناشویی»، دانش و پژوهش در روان‌شناسی، ش ۳۷، ص ۱-۲۰.
- شفیعی، فاطمه (۱۳۸۶)، «گفتگو در داستان‌های مثنوی»، مجموعه مقالات همایش بین‌المللی بزرگداشت هشتصدمین سال تولد مولانا جلال‌الدین محمد بلخی رومی، تهران.
- شکیبا، ز. ی. گلیجی و ج. خلعتبری (۱۳۸۹)، «تأثیر داستان‌های مثنوی بر میزان مهارت پرسشگری فلسفی نوجوانان»، فصلنامه علمی پژوهشی تحقیقات مدیریت آموزش، س ۲، ش ۲، ص ۱۱۸-۱۳۴.
- صاحبی، ع. (۱۳۸۸)، تمثیل درمانگری (کاربرد تمثیل در بازسازی شناختی)، ج ۲، تهران: سمت.
- صمصام، ح. و ف. نجار همایونفر (۱۳۸۴)، «نظری بر معرفت‌شناسی از منظر موسوی»، مجله زبان و ادبیات فارسی دانشگاه سیستان و بلوچستان، س ۳، ص ۷۹-۹۴.
- طهرانی، ف. (۱۳۸۴)، بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر افزایش رضایت زناشویی زنان ساکن شهر اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.
- ظهیری ناو، ب.؛ م. علائی ایلخچی و س. رجبی (۱۳۸۷)، «بررسی تطبیقی نمودهای خودشکوفایی در مثنوی با روان‌شناسی انسان‌گرایانه آبراهام مزلسو»، نشریه علمی - پژوهشی گوهرگویا، س ۳، ش ۲، ص ۹۱-۱۲۴.
- عطاری، ی. ع.؛ م. حسین‌پور و س. راهنورد (۱۳۸۹)، «اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی به شیوه برنامه ارتباطی زوجین بر کاهش دلزدگی زناشویی زوجین»، اندیشه و رفتار، دوره چهارم، ش ۱۴، ص ۲۶.
- فاتحی‌زاده، م.؛ م. ملک‌پورها و م. طغیانی (۱۳۹۰)، «بررسی اثربخشی زوج‌درمانی به شیوه آموزشی خودتنظیمی بر سلامت روان زوجین شاهد و ایثارگر اصفهان»، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، س ۲، ش ۶، ص ۶۱-۷۲.
- فروزانفر، ب. ز. (۱۳۸۱)، شرح مثنوی شریف، ج ۳، تهران: دانشگاه تهران.
- فری، مایکل (۲۰۰۷)، شناخت درمانگری گروهی، ترجمه مسعود جان‌بزرگی (۱۳۸۸)، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- قلیلی، ز. ا. احمدی و م. فاتحی‌زاده (۱۳۸۵)، «اثربخشی آموزش گفتگوی مؤثر بر تعارضات زناشویی زوجین شهر اصفهان»، دانش و پژوهش در روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، ش ۲۷ و ۲۸، ص ۲۱-۳۴.

- کردی، رسول (۱۳۸۶)، «نمادهای حیوانی در مثنوی مولوی»، مجموعه مقالات همایش بین‌المللی بزرگداشت هشتادمین سال تولد مولانا جلال‌الدین محمد بلخی رومی، تهران. کریمی، ع. (۱۳۸۳)، روان‌درمانی عارفانه، چ ۱، نشر دانش.
- کوپا، ف. (۱۳۸۶)، «تحلیل ظرفیت‌های تمثیلی حکایات مربوط به پیامبر اکرم (ص) در مثنوی مولانا»، پژوهش زبان و ادبیات فارسی، ش ۹، ص ۲۳۳-۲۵۲.
- محرابی، ع؛ ل. فتی؛ م. ج. دوازده‌امامی و ا. رجب (۱۳۸۷)، «اثربخشی آموزش مدیریت استرس مبتنی بر نظریه شناختی - رفتاری بر کنترل قند خون و کاهش مشکلات هیجانی بیماران دیابتی نوع ۱»، مجله دیابت و لیپید ایران، س ۸، ش ۲، ص ۱۰۳-۱۱۴.
- مردانی، ف. و م. شریفی اصفهانی (۱۳۸۹)، «بررسی تطبیقی مفهوم عزت نفس از دیدگاه مولانا و روان‌شناسان انسان‌گرا»، پژوهشنامه تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، ش ۲۲، ص ۱۲۶-۱۶۰.
- مشیری، ج. (۱۳۸۷)، «معیار سنجش کردار نیک و بد از دیدگاه مولوی»، نشریه علمی - پژوهشی گوهر گویا، س ۲، ش ۸، ص ۳۳-۴۶.
- ملکیان، آ. (۱۳۷۵)، توصیف پدیدارهای روانی در مثنوی مولوی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد زبان و ادبیات فارسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- موسوی، م؛ و. محمدخانی، پ. کاویانی و ع. دلاور (۱۳۸۵)، «اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی - رفتاری بر کارکرد خانواده و اعتماد به نفس زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خونی»، فصلنامه خانواده‌پژوهی، س ۳، ش ۵، ص ۵-۱۹.
- موسوی‌زاده، ا؛ ف. بهرامی و ح. احدی (۱۳۹۱)، «مقایسه اثربخشی آموزش ابراز وجود و حل مسئله بر میزان رضایت زناشویی زنان دانشجوی دانشگاه علامه طباطبایی»، مطالعات زنان، س ۱۰، ش ۲، ص ۸۵-۱۰۸.
- مولوی، ج. م. (۱۳۸۶)، مثنوی معنوی، شرح کریم زمانی، تهران: اطلاعات.
- همتی، ن. (۱۳۹۰)، راهی متفاوت برای مداوای مشکلات روحی (شناخت، استعاره، درمان)، س ۹، ش ۱۳۳۵.
- یعقوبی، ن. ا؛ م. نصر و د. شاه‌محمدی (۱۳۷۴)، بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری - روستایی صومعه‌سرا - گیلان، مجله روان‌پزشکی روان‌شناسی بالینی ایران، ش ۴، ص ۵۵-۶۵.
- یونسی، ج. (۱۳۸۷)، درمان ناهنجاری‌های روانی در کودکان نوجوانان و خانواده‌ها، چ ۲، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

- Alloy, L. B. & J. H. Riskind (2006), "Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders", New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol.25, no.7, pp.705-725.
- Asch, M. (2003), *Dictionary of Psychology*, New Delhi: Lipincott, pp.68-109.
- Bookwala, J. J. Sobin & B. Zadniuk (2005), "Gender and Aggression in Marital Relationships", *A Life-Span Perspective Sex Roles* 57, pp.797-506.
- Burns, G. W. (2000), *101 Healing Stories: Using Metaphar in Therapy*, NY: John Wiley & Sons.
- Chenge, H. & A. Furncham (2007), "Attributional Style as Predictors of Mental Health", *Journal of Happiness Studies*, 2(3): 309-331.
- Dattilio, F. M. & N. B. Epstein (2003), "Cognitive-Behavioral Couple and Family Therapy", *The Family Therapy Handbook*, T. L. Sexton, G. R. Weekes & M. S. Robbins (eds.) (147-175), New York: Routledge.
- Dryden, W & M. Neenan (2004), *Seling Individuals: A Rational Emotive Behavioral Handbook*, New York: Whurr Publisher.
- Ellis, A. (1989), *Rational-Emotive Couples Therapy*, New York: Pargman Press, pp.55-67.
- Epstein, N. & D. H. Baucom (2002), *Enhanced Cognitive Behavioral Therapy for Couples: A Contextual Approach* Washington, DC: American Psychological Association.
- Erca Lynn, S. (2002), *Genetic and Environmental Influences on Associations between Marital Relationships and Depression in Women* Dissertation Abstracts International; Section B: The Sciences & Engineering 62, p.5413.
- Flanagan, J. & R. Flanagan (2004), *Counseling and Psychotherapy Theories in Context and Practice*, New York, Jhn Wiely.
- Fong, V. (2006), "Unhappy Marriages Detrimental to Self-Esteem and Health", from: <http://cc.msnsnscache.com/cache.aspx?q=3870372621518&lang=en-US&mkt=en-US>.
- Frish, M. B. (2006), *Quality of Life Therapy*, New Jersey: John Wiley & Sons.

- Garnefski, N.; V. Kraaij & P. H. Spinhoven (2001), "The Relationship between Cognitive Coping Strategies and Symptoms of Depression, Anxiety and Sociality", *Aging Ment Health*, 1(2): 166-176.
- Goldberg, D. & P. A. Williams (1988), *User's Guide to the General Health Questionnaire*, Nfer Nelson Publishing Company Ltd, Windsor.
- Goldberg, D. (1972), "The General Health Questionnaire", *Measuring Health*, I. McDowell & C. Newell (1996), New York: Oxford University Press.
- Goldenberg, I. & H. Goldenberg (2000), *Family Therapy, An Overview*, Belmont CA, Wadworth/Thomson Learning Publishing Company.
- Halford, W. K. (2004), "The Future of Couple Relationship Education: Some Suggestions on how it Can Make a Difference", *Family Relations* 53, pp.559-566.
- Hamamci, Z. (2005), "Dysfunctional Relationship Beliefs in Martial Conflict", *Journal of Retional-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 3, pp.245-261.
- Hansson, K. & A. Lundbland (2006), "Couple Therapy Effectiveness of Treatment and Long-Term Follow Up", *Journal of Family Therapy* 28, pp.136-152.
- Harper, P. & Gary (1997), "Maps and Meaning in Life and Healing in Kedar North Dwivedi" (ed.), *The Therapeutic Use of Stories*, London: Routledge.
- Impett, E. A. & L. A. Peplau (2006), "His" and "Her" Relationships? A Review of Empirical Evidence, *The Cambridge Handbook of Personal Relationships*, A. L. Vangelisti & D. Perlman (eds.) (273-290), New York: Cambridge University Press.
- Jane-Llopis, E. & P. Anderson (2006), *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention Across European Member States: A Collection of Country Stories*, Luxembourg: European Communities.
- Kiecoit-Glaser, J. K. & T. Newton (2001), "Marriage and Health: His and Hers", *Psychological Bulletin* 127, pp.427-503.
- Lieberman, N. & Y. & Trope (2008), "The Psychology of Transcending the Here and Now", *Science* 322, pp.1201-1205.

- Mahoney, K. R. (2006), "The Relationship of Partner Support & Coping Strategies to Marital Adjustment Among Women with Diabetes & Their Male Partner", *Unpublished Doctoral Dissertation*, New York University.
- Markman, H. J. & W. K. Halford (2005), "International Perspectives on Couple Relationship Education", *Family Process* 44, pp.139-146.
- Mayer, R. (1983), *Thinking, Problem Solving, Cognition*, New York: W. H. Freeman and Company.
- Nichols, M. P. & R. C. Schwartz (2001), *Family Therapy: Concepts and Methods* (5th ed.), Boston, MA: Allen and Bacon.
- Notarius, C.; S. Benson; D. Sloan; N. Vanzetti & K. L. Hornya (1989), "Exploring the Interface between Perception and Behavior: An Analysis of Marital Interaction in Distressed and non Distressed Couples", *Behavioral Assessment* 11, pp.39-64.
- Oltmanns, T. F. & R. E. Emery (2012), *Abnormal Psychology*, USA: Pearson Publication.
- Owen, N. (2000), *The Magic of Metaphor*, UK: Grown House Publishing Limited.
- Rahmani, A.; E. Merghati Khoei & L. Alah Gholi (2009), "Sexual Satisfaction and its Relation to Marital Happiness in Iranians", *Iranian J Pupl Health* 4, pp.77-82.
- Schmalig, K. B. & T. G. Sherr (1997), *Physical Health and Marital Relationships*, W. K. Hal ford & H. J..
- Taylor, G. (2002), "Family Reconstruction", *Contemporary Family Therapy*, 24(1): 129-139.
- Troxel, W. M. (2006), *Marital Quality, Communal Strength, and Physical Health*, Doctoral Thesis, University of Pittsburgh, 79, Page 16-25.
- Walsh, F. (1998), *Strengthening Family Resilience*, New York: Guilford Press.
- Young, E.; L. Mark & L. Long (2006), *Counseling and Therapy for Couples*, CA: Thomson Brooks/Cole pub.
- Young, J. & L. Long (1998), *Counseling and Therapy for Couples*, New York: Guilford Press.

پیوست: رئوس مطالب پروتکل آموزش

جلسه	عنوان	هدف	شناخت درمانگری گروهی	شناخت درمانگری گروهی با حکایت‌های مثنوی
	ارزیابی	تعین افراد مناسب برای شرکت در دوره	<ul style="list-style-type: none"> - مصاحبه و پرسشنامه - مصاحبه بالینی براساس معیارهای "DSM-IV" - پیش‌آزمون با استفاده از پرسشنامه‌های تعارض‌های زناشویی و سلامت عمومی و استرس ادراک شده و کیفیت زندگی - اطلاعات جمعیت‌شناختی 	<ul style="list-style-type: none"> - مصاحبه و پرسشنامه - مصاحبه بالینی براساس معیارهای "DSM-IV" - پرسشنامه‌های تعارض‌های زناشویی و سلامت عمومی و استرس ادراک شده و کیفیت زندگی - اطلاعات جمعیت‌شناختی
اول	آشنایی	معرفی اهداف دوره	<ul style="list-style-type: none"> - خوشامدگویی - بیان اهداف - سخنی درباره اصول گروه - سخنی درباره انگیزه و تعهد - سخنی درباره انتظاراتها و تکالیف - سخنی درباره ارتباط اشعار مولانا با دوره - زمان شروع دوره 	<ul style="list-style-type: none"> - خوشامدگویی - بیان اهداف - سخنی درباره اصول گروه - سخنی درباره انگیزه و تعهد - سخنی درباره انتظاراتها و تکالیف - سخنی درباره ارتباط اشعار مولانا با دوره - زمان شروع دوره
دوم	فکر و احساس و عمل	اصلاح شناخت	<ul style="list-style-type: none"> - تعامل فکر و احساس و عمل - اهمیت فکر - تمرین مربوط به اهمیت فکر 	<ul style="list-style-type: none"> - مباحث مطرح شده در شناخت درمانگری گروهی به همراه - «حکایت خریدن روستایی در تاریکی شیر را به گمان آنکه - گاو است» و اشعار مربوط به اهمیت فکر
سوم	معرفی الگوی "ABC"	اصلاح شناخت	<ul style="list-style-type: none"> - خلاصه‌ای از جلسه قبل - اساس الگوی "ABC" و تمرین آن - معرفی معیارهای فکر منطقی - ارائه کاربرگ تحلیل فکر 	<ul style="list-style-type: none"> - مباحث مطرح شده در شناخت درمانگری گروهی به همراه - «حکایت خلیفه و مردی که موی ابرو را هلال ماه خیال کرد» - و اشعار مربوط به معیارهای فکر منطقی
چهارم	انواع فکر غیر منطقی	اصلاح شناخت	<ul style="list-style-type: none"> - خلاصه‌ای از جلسه قبل - بررسی تکالیف - معرفی افکار سطحی - ارائه کاربرگ شناسایی باورها 	<ul style="list-style-type: none"> - مباحث مطرح شده در شناخت درمانگری گروهی به همراه - «حکایت اختلاف کردن در چگونگی شکل پیل (فیل)»
پنجم	منطق متناسب (تغییر فکر)	اصلاح شناخت	<ul style="list-style-type: none"> - خلاصه‌ای از جلسه قبل - بررسی تکالیف - معرفی استفاده از منطق متناسب - ارائه کاربرگ منطق متناسب 	<ul style="list-style-type: none"> - مباحث مطرح شده در شناخت درمانگری گروهی به همراه - «حکایت منازعات چهار نفر جهت نام انگور که هر یک به نام دیگر فهم کرده بود آن را»
ششم	آموزش مهارت‌های ارتباطی	ایجاد تعامل مثبت	<ul style="list-style-type: none"> - خلاصه‌ای از جلسه قبل - بررسی تکالیف - تعریف ارتباط - مؤلفه‌های ارتباط و ویژگی آنها - وجوه پیام (ریل و واگن) - ارائه کاربرگ ارتباطها 	<ul style="list-style-type: none"> - مباحث مطرح شده در شناخت درمانگری گروهی به همراه - «حکایت مرغانی که حضرت سلیمان را محرم خود یافتند» و اشعاری پیرامون ارتباط غیر کلامی
هفتم	گوش دادن فعال	ایجاد تعامل مثبت	<ul style="list-style-type: none"> - خلاصه‌ای از جلسه قبل - بررسی تکالیف - موانع گوش دادن - اهمیت و اصول گوش دادن - برکه فعالیت قواعد گوش دادن 	<ul style="list-style-type: none"> - مباحث مطرح شده در شناخت درمانگری گروهی به همراه - شعر فشردن پنبه اندر گوش جان و اشعاری در زمینه سمع و نطق

جلسه	عنوان	هدف	شناخت‌درمانگری گروهی	شناخت‌درمانگری گروهی با حکایت‌های مثنوی
هشتم	صحبت کردن بالغانه	ایجاد تعامل مثبت	- خلاصه‌ای از جلسه قبل - بررسی تکالیف - اصول صحبت کردن - انواع سموم پیام (زهر کلام) - برگه اصول ارتباط سالم	- مباحث مطرح‌شده در شناخت‌درمانگری گروهی به همراه «حکایت پادشاهی که دو غلام خرید» و اشعاری پیرامون سخن گفتن و زخم زبان زدن
نهم	بیان احساس	ایجاد تعامل مثبت	- خلاصه‌ای از جلسه قبل - بررسی تکالیف - اصول ابراز احساسات - اصول بیان نیاز و شکایت - برگه راهنمای احساسات و برگه فعالیت تبدیل شکایت به تقاضا	- مباحث مطرح‌شده در شناخت‌درمانگری گروهی به همراه اشعاری در زمینه فواید بیان درست احساس و پشیمان گشتن از سخن گفتن نادرست و بی‌جهت
دهم	حل تعارض و حل مسئله	رسیدن به تفاهم تعارض	- خلاصه‌ای از جلسه قبل - بررسی تکالیف - آموزش گام‌به‌گام حل مسئله و حل تعارض - کاربرگ مسئله‌گشایی	- مباحث مطرح‌شده در شناخت‌درمانگری گروهی به همراه «حکایت مرغی که عمرش در گره‌کاری خرج شد» و اشعاری پیرامون حل مشکل و سود مشورت کردن
یازدهم	جمع‌بندی	آغاز نه پایان برنامه	- بررسی تکالیف - جمع‌بندی و مرور مطالب جلسات قبلی - پاسخ به سؤالات	- مباحث مطرح‌شده در شناخت‌درمانگری گروهی به همراه مرور اشعار مهم و اصلی جهت یادآوری
دوازدهم	ارزشیابی	تفسیر پیشرفت	- پس‌آزمون با استفاده از پرسشنامه‌های تعارض‌های زناشویی و سلامت عمومی و استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی - خود را باور کنید و خدانگهدار	- مباحث مطرح‌شده در شناخت‌درمانگری گروهی به همراه اشعاری از مثنوی جهت اختتام دوره