

اثربخشی زوج درمانی به روش شناختی- رفتاری بر امید به زندگی و شفقت به خود در زوجین متقاضی طلاق

مریم طجری*

جواد کریمی**، کوروش گودرزی***

چکیده

برجسته‌ترین عامل فروپاشی خانواده، آسیبی تحت عنوان طلاق است که برای فرد، خانواده و اجتماع آثار ویرانگری دارد، بر این اساس این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی به روش شناختی- رفتاری بر امید به زندگی و شفقت به خود در زوجین متقاضی طلاق صورت گرفت. برای اجرای پژوهش، از طرح آزمایشی تک موردی (SCED) از نوع آزمایش بالینی استفاده شد. جامعه پژوهش شامل کلیه زوج‌های مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان ملایر در سال ۱۳۹۸ بود. نمونه پژوهش شامل ۶ زوج (۱۲ نفر) متقاضی طلاق بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه گمارده شدند (هر گروه ۳ زوج). پروتکل زوج درمانی شناختی- رفتاری برای زوجین گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه اجرا گردید و آزمودنی‌ها ۳ مرتبه قبل از درمان، ۳ مرتبه میانه درمان، ۲ مرتبه در پایان درمان، در مرحله پیگیری به پرسشنامه امید به زندگی و شفقت به خود پاسخ دادند. داده‌های پژوهش به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی تحلیل شد. داده‌های پژوهش به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی تحلیل شد. نتایج نشان داد که

* دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران،
Tajarimaryam@yahoo.com

** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران (نویسنده مسئول)، Dr.Karimi10@yahoo.com

*** استادیار گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران، k.goodarz@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۶/۱۲، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۲۹

Copyright © 2018, IHCS (Institute for Humanities and Cultural Studies). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits others to download this work, share it with others and Adapt the material for any purpose

زوج درمانی شناختی- رفتاری بر امید به زندگی و شفقت به خود زوجین متقاضی طلاق تأثیر معناداری داشته است. چنانکه این درمان توانسته منجر به افزایش نمرات امید به زندگی و شفقت به خود زوجین متقاضی طلاق در مرحله درمان و پیگیری شود. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که زوج درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری با بهره‌گیری از فونوی همانند آزمایش‌های رفتاری، تمرین رفتاری، گوش دادن فعال، تشخیص افکار خودآیند و هیجانانگیز و آموزش و اجرای تکنیک‌های شناختی می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت بهبود امید به زندگی و شفقت به خود زوجین متقاضی طلاق مورد استفاده گیرد.

کلیدواژه‌ها: امید به زندگی، شفقت به خود، زوج درمانی به روش شناختی- رفتاری، زوجین متعارض

۱. مقدمه

مفهوم خانواده و ارزش این نهاد اجتماعی برای هر دولت و جامعه‌ای اساس کار تلقی می‌شود و هر جامعه متناسب با ارزش‌های خود ابتدا به سراغ خانواده می‌رود تا از درون آن شهروندان آتی خویش را بپروراند. این موضوع وقتی اهمیت پیدا می‌کند که جامعه به خاطر تحولات ساختاری و زیربنایی به شهروندانی جدید با طرز فکری نو نیاز داشته باشد. به همین دلیل است که خانواده یکی از اولین نهادهایی است که در جامعه باید تغییر کند و تغییر در آن از طریق درک و شناخت علمی از کارکردها امکان‌پذیر خواهد بود (بایرمن و کلورسون (Bayerman & Kleverson)، ۲۰۱۴). نظام خانواده در زمره مهم‌ترین نظام‌های اجتماعی است که بر اساس ازدواج بین دو جنس شکل می‌گیرد. برجسته‌ترین عامل فروپاشی خانواده، آسیبی تحت عنوان طلاق (divorce) است که برای فرد، خانواده و اجتماع آثار ویرانگری دارد (ترودل و گولدفورب (Trudel, Goldfarb)، ۲۰۱۰). طلاق پدیده‌ای چند عاملی است که بر فرد و خانواده آثار مخربی دارد و در ابعاد اجتماعی موجب ناهنجاری‌های بسیاری می‌شود (قدسی، برآبادی و حیدرنیا، ۱۳۹۷). پدیده طلاق به عنوان یکی از معتبرترین شاخص‌های نارضایتی به عقیده روان‌شناسان در تعاملات زناشویی؛ نوعی گسستگی عاطفی زوجین و یا حداقل یکی از زوجین است. به عبارت دیگر طلاق فرآیندی می‌باشد که با تجربه بحران عاطفی هر دو زوج شروع می‌شود و با تلاش برای حل تعارض از طریق ورود به موقعیت جدید با نقش‌ها و سبک زندگی جدید پایان می‌یابد (انسی و امر (AmerOnsy)، ۲۰۱۴). طلاق یا متقاضی طلاق بودن یکی از شاخص‌های

معتبر تعارض زناشویی در روابط زناشویی و گسستگی عاطفی بین زوجین است. زوجین متقاضی طلاق ارتباط منفی تری با یکدیگر دارند، دارای رابطه زناشویی نابسامان بوده و به آشفتگی در آینده دچار می‌شوند. همچنین زوج‌های متقاضی طلاق تعاملات منفی‌شان بیش از تعاملات مثبت است (گاتمن و گاتمن (Gottman & Gottman)، ۲۰۱۷).

بروز تعارضات زناشویی آسیب‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی را برای زوجین در پی دارد. در این بین، یکی از متغیرهایی که با آسیب جدی مواجه می‌شود، امید به زندگی (life expectancy) است (رجایی و ضرابیان، ۱۳۹۵؛ بویس، وود و فرگاسون (Boyce, Wood, Ferguson)، ۲۰۱۶). چرا که تعارضات زناشویی و درگیری در فرایند پیچیده طلاق، سبب می‌شود زوجین با ناکامی مواجه شوند. امید به عنوان یکی از منابع مقابله انسان در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری‌های صعب‌العلاج در نظر گرفته می‌شود (جیانگ، رن، لیانگ و یو (Ren, Liang, YouJiang)، ۲۰۱۹). امید مجموعه‌ای شناختی مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون و مسیرها است. امید به معنای توانایی باور به دارا بودن احساس بهتر، در آینده است. امید با نیروی نافذ خود، محرک فعالیت فرد است تا بتواند تجارب نو کسب کند و نیروهای تازه‌ای در فرد به منظور تقویت منابع مقابله‌ای انسان در سازگاری با مشکلات ایجاد کند (مک‌کلمند و چوچینوف (McClement, Chochinov)، ۲۰۰۸؛ کریگر و والکر (WalkerGriggs)، ۲۰۱۶).

بروز تعارضات زناشویی سبب شکل‌گیری آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی در زوجین می‌شود. این فرایند باعث می‌شود تا آنها نسبت به سلامت روانی و هیجانی خود غافل شده و نسبت به زوجین نامتعارض، شفقت به خود (Self-Compassion) پایین‌تری را از خود نشان دهند. شفقت به خود به عنوان سازه‌ای سه مولفه‌ای شامل محبت نسبت به خود در برابر قضاوت نسبت به خود (درک خود به جای قضاوت یا انتقاد و نوعی مهرورزی و حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود)، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا (اعتراف به این که همه انسان‌ها دچار نقص هستند و اشتباه می‌کنند) و ذهن‌آگاهی در مقابل همسان‌سازی افراطی (آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال که باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نه نادیده گرفته شود و نه به طور مکرر ذهن را اشغال کند) است. ترکیب این سه مولفه مرتبط، مشخصه فردی است که بر خود شفقت دارد (سعیدی، قربانی، سرافراز و شریفیان، ۱۳۹۲). باتیستا، کانها، گالهاردو، کاتو و ماسانو-کاردوسو (Batista, Cunha, Galharado, Couto, Massano-Cardoso) (۲۰۱۵) نشان داده اند که شفقت

به خود می‌تواند با بکارگیری مهربانی با خود و دیگران، حمایت اجتماعی را افزایش داده و سبب بهبود سازگاری افراد شود. علاوه بر این پالمر، چانگ، سامسون، بالانجی و زیتسوف (Chung, Samson, Balanji, ZaitsoffPullmer) (۲۰۱۹)؛ لاترن، بلاث و پارک (Lathren, Bluth, Park) (۲۰۱۹)؛ بلاث و ایزنلوهر-ساول (Eisenlohr-MoulBluth) (۲۰۱۷)؛ تاننباوم، آدامز، گونالز، هانس و هود (Tanenbaum, Adams, Gonzalez, Hanes, Hood) (۲۰۱۷)؛ ونگ، چنگ، پون، تنگ و جین (Wan, Chen, Poon, Teng, Jin) (۲۰۱۷) در پژوهش خود گزارش کرده‌اند که شفقت به خود منجر به کاهش بر استرس، اضطراب و افسردگی و بهبود سلامت روان‌شناختی می‌شود؛ چرا که مطابق نظر الاین و هالینز (Elaine & Hollins) (۲۰۱۶)؛ و سویسا و ویلکامپ (Soysa, Wilcomb) (۲۰۱۵) شفقت به خود می‌تواند به طور معناداری سطح امید، عزت‌نفس، سلامت روانی و عواطف مثبت را در افراد بهبود بخشیده و در مقابل، هیجانات منفی آنان را کاهش دهد و به عنوان یک سپر حفاظتی در برابر آسیب‌های روان‌شناختی عمل نماید.

روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی برای زوجین متقاضی طلاق بکار گرفته شده است. یکی از این روش‌ها زوج درمانی به روش شناختی-رفتاری (Couple Therapy Through CBT Method) است. نتایج پژوهش‌های شاکردولق، نریمانی، افروز، حسنی و باغداساریانس (۱۳۹۲)؛ کاویانی، حمید و عنایتی (۱۳۹۳)؛ حمید، کیانی مقدم و حسین‌زاده (۱۳۹۴)؛ عظیمی‌فر، فاتحی‌زاده، بهرامی، احمدی و عابدی (۱۳۹۵)؛ خانجانی و شکی، شفیع‌آبادی، فرزاد و فاتحی‌زاده (۱۳۹۵)؛ محمدی و همکاران (۱۳۹۵)؛ اسکندری و آریان پوران (۱۳۹۸)؛ الماسی، آکاچکیان و ماراسی (Akuchekian, MaracyAlmasi) (۲۰۱۳)؛ آبرامویتز (Abramowitz) و همکاران (۲۰۱۳)؛ اپستین و ژنگ (ZhengEpstein) (۲۰۱۷)؛ بلانت، پترسون و مونسون (Peterson, MonsonBlount) (۲۰۱۷)؛ دارسانا، سارنی، سادارسانا، پارامارتا و احمد (Suarni, Sudarsana, Paramartha, AhmadDharsana) (۲۰۲۰)؛ ژانگ، یانگ، سونگ و جین (Yang, Song, JinZhang) (۲۰۲۰) نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند بر مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی، عاطفی و ارتباطی افراد مختلف به خصوص زوجین موثر باشد. درمان شناختی رفتاری علاوه بر پرداختن به بازسازی شناختی، انواع مداخله‌های رفتاری را جهت تقویت مهارت‌های مقابله‌ای مورد استفاده قرار می‌دهد. همچنین این روش مداخله‌ای به طور همزمان نقش فرایندهای شناختی و رفتاری را مورد تأکید قرار داده و فرصتی برای افراد فراهم می‌آورد تا بتوانند

شیوه‌های لازم برای شناسایی و اصلاح افکار و رفتارهای خودتخریبی را آموخته و به هنگام رویارویی با مسائل مختلف در آینده، از آنها استفاده نمایند (کاربون، پلگ، بارنز و شلهاز (Carbone, Plegue, Barnes, Shellhaas)، ۲۰۱۴). درمان شناختی- رفتاری بر چهار محور تغییرات شناختی، مهارت‌های رفتاری، مهارت‌های ارتباطی، مهارت حل مسأله و حل تعارض مبتنی است (آلن (Allen)، ۲۰۱۸). از جمله مهارت‌های شناختی می‌توان به آشنایی افراد در حوزه خطاهای شناختی، عوامل شناختی و تکنیک‌های درمان شناختی اشاره کرد. همچنین مهارت‌های رفتاری، آشنایی افراد در حوزه‌های الگوی مبادله اجتماعی و اصل تقابل، عینیت و تصریح رفتاری و مبادله رفتاری را شامل می‌شود. از مهارت‌های ارتباطی می‌توان به حوزه‌های اصول ارتباط، مهارت ارتباط مثبت، تأثیر ارتباط بر زندگی فردی، الگوهای ارتباطی رایج میان افراد و برنامه‌های آموزش ارتباطی اشاره نمود. مهارت‌های حل تعارض و حل مسأله نیز شامل آشنایی افراد در حوزه‌های الگوهای تعارض، نظریه‌های تعارض، روش‌های حل تعارض و مهارت‌های حل مسأله می‌باشد (عظیمی‌فر، ۱۳۹۳).

حال با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی، ارتباطی و هیجانی در زوجین متقاضی طلاق همچون تعاملات زناشویی آشفته و امید به زندگی و شفقت به خود پایین و همچنین اهمیت بهره‌گیری از روش‌های درمانی و مداخله‌ای مناسب همچون زوج‌درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری و تایید کارآیی آن در پژوهش‌های مختلف و سرانجام عدم انجام پژوهشی در راستای بررسی اثربخشی زوج درمانی به روش شناختی- رفتاری بر امید به زندگی و شفقت به خود در زوجین متقاضی طلاق، مسأله اصلی پژوهش حاضر بررسی این نکته است که آیا زوج درمانی به روش شناختی- رفتاری بر امید به زندگی و شفقت به خود در زوجین متقاضی طلاق تاثیر دارد؟

۲. روش

۱.۲ روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه

در این پژوهش از طرح آزمایشی موردمنفرد که آزمایش تک‌آزمودنی هم گفته می‌شود و از نوع آزمایش بالینی است، استفاده شد. مزیت استفاده از این طرح در این است که تغییرات فقط زمانی رخ می‌دهد که مداخله درمانی معطوف به رفتار یا افراد باشد. در طرح‌های موردمنفرد همچون پژوهش‌های کمی از روش‌های زیر برای حصول مهار آزمایشی استفاده

می‌کنند: بررسی اعتبار، مشاهده‌های آزمایشگر از رفتارهای آزمودنی، مشاهدات مکرر رفتارهایی که باید تغییر یابد، توصیف تفصیلی عمل آزمایشی به منظور اینکه اجازه تکرار پیدا کند و تکرار اثر موقعیت آزمایشی درون آزمایش. این در حالی است که در پژوهش‌های موردی به شدت بر داده‌های کیفی تاکید می‌شود و در یک موقعیت میدانی اجرا می‌شوند (فراهانی، عابدی، آقامحمدی و کاظمی، ۱۳۹۰). در پژوهش‌های مورد منفرد متغیرهای مزاحم از طریق وضعیت خط پایه کنترل می‌شوند. بنابراین طرح‌های مورد منفرد در مقایسه با طرح‌های آزمایشی به جای استفاده از گروه کنترل، از موقعیت خط پایه استفاده می‌کنند (گال، بورگ و گال، ۱۳۸۶). جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زوجین متقاضی طلاق بودند که به منظور حل تعارضات و مشکلات زناشویی خود به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر ملایر در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند، که از بین این افراد ۶ زوج (۱۲ نفر) که با پاسخ‌دهی به سوالات پرسشنامه سازگاری زناشویی جزء زوجین پریشان قرار گرفتند، به شیوه نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب و تحت پروتکل زوج درمانی شناختی رفتاری (عظیمی‌فر، ۱۳۹۳) قرار گرفتند. برای اجرای روش درمانی زوجین پس از ۳ مرحله خط پایه، وارد طرح درمان شدند سپس درمان به مدت ۱۲ جلسه هفتگی هر جلسه ۹۰ دقیقه، برای زوجین حاضر در پژوهش ارائه شد و ایشان، هم در مراحل خط پایه و هم در جلسات ۳، ۸، ۱۲ و ۲ مرحله پیگیری به سوالات پرسشنامه امید به زندگی و شفقت به خود، پاسخ دادند.

۳. ابزار سنجش

پرسشنامه امید (Hope Questionnaire): پرسشنامه امید توسط اشنايدر (Snyder) و همکاران (۱۹۹۱) تهیه شده است. این پرسشنامه در مورد همه افراد و برای افراد ۱۵ سال و بالاتر کاربرد دارد. مقیاس ۱۲ سوالی با لیکرت ۸ درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق و شامل دو خرده‌مقیاس تفکر عامل با سوالات ۲، ۹، ۱۰، ۱۲ و مقیاس مسیرها شامل سوالات ۱، ۴، ۷ و ۸ می‌باشد. باید توجه نمود که ۴ سوال ۳، ۵، ۶ و ۱۱ به عنوان سوالات انحرافی است که در فرایند نمره‌گذاری پرسشنامه حذف می‌شود (گروال و پورتر (Grewal, Porter)، ۲۰۰۷). بنابراین دامنه نمرات بین ۸ تا ۶۴ است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده امید به زندگی بیشتر است. در روایی همزمان، همبستگی مثبت با خوش بینی و عزت‌نفس و رابطه منفی با ناامیدی و افسردگی به دست آمد (الکساندر و انگبوزی (Alexander,)

(Onwuegbuzie, ۲۰۰۸). در روایی همزمان اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) همبستگی این مقیاس را با مقیاس افسردگی بک ۰/۴۴- گزارش کرده‌اند (کوهساریان، ۱۳۸۷). همبستگی مثبت معنادار بین این مقیاس با عاطفه مثبت، خوش‌بینی، رضایت از زندگی و عزت‌نفس؛ و همبستگی منفی معنادار با اضطراب و بدبینی نیز به دست آمده است. کرمانی، خداپناهی و حیدری (۱۳۹۰) نیز همبستگی معناداری بین این پرسشنامه با عاطفه مثبت و خوش‌بینی به دست آوردند. همچنین میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش کرمانی و همکاران (۱۳۹۰) با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ و با روش بازآزمایی برابر با ۰/۸۱ به دست آمد. پایایی این مقیاس در تحقیق فلدمن (Feldman) و اشنایدر (۲۰۰۵) به روش بازآزمایی برابر با ۰/۸۵ گزارش شده است. در این پژوهش نیز پایایی پرسشنامه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه شفقت به خود (Self-Compassion Scale): پرسشنامه شفقت به خود یک مقیاس ۲۶ سوالی است که به وسیله نف (Neff) (۲۰۰۳) برای سنجش میزان شفقت به خود ساخت و اعتباریابی شده است. این مقیاس دارای ۶ زیرمقیاس مهربانی نسبت به خود (self-kindness) (۵ گویه)، قضاوت در مورد خود (self-judgment) (۵ گویه)، احساسات مشترک انسانی (common humanity) (۴ گویه)، منزوی‌سازی (isolation) (۴ گویه)، ذهن‌آگاهی (Mindfulness) (۴ گویه) و بزرگ‌نمایی (Grandiosity) (۴ گویه) در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره تقریباً هرگز (نمره صفر) تا تقریباً همیشه (نمره ۴) است و مجموع نمره در شش مقیاس میزان کلی شفقت نسبت به خود را نشان می‌دهد. دامنه نمرات این پرسشنامه بین صفر تا ۱۰۴ است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده شفقت به خود بیشتر است. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس در پژوهش‌های خارجی مورد تأیید قرار گرفته است. ضریب همبستگی عامل‌های شش‌گانه این مقیاس و شفقت خود (مقیاس کل) مورد تأیید قرار گرفته است (نف، ۲۰۰۳). نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط نف (۲۰۰۳) که روی نمونه‌ای متشکل از ۳۹۱ دانشجو انجام گرفته بود، پایایی و روایی بالایی را برای آن نشان داده‌اند. همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل مقیاس ۰/۹۲ و برای هر کدام از زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۷۵ و ۰/۸۱ به دست آمده است. همچنین دو هفته پس از اجرای آزمون از سایر آزمودنی‌ها، باز آزمون به عمل آمد و پایایی بازآزمایی ۰/۹۳ گزارش شد. برای بررسی روایی همگرا از مقیاس حرمت خود روزنبرگ استفاده شد که ۰/۵۹ به دست آمد. هم‌چنین روایی افتراقی از

طریق اجرای مقیاس شخصیت خودشیفته محاسبه و همبستگی معنادار میان نمرات این دو مقیاس (خودشفقت ورزی و شخصیت خودشیفته) به دست نیامد که حاکی از روایی افتراقی بالا است. روایی همزمان نیز از طریق اجرای پرسشنامه اضطراب و افسردگی محاسبه شد و نتایج حاکی از روایی همزمان خوب بود (نف و ونک (Vonk)، ۲۰۰۹). این مقیاس توسط خسروی، صادقی و یابنده (۱۳۹۲) در ایران هنجاریابی شده است. با استفاده از روش تحلیل عامل اکتشافی ساختار شش عاملی پرسشنامه تأیید شد و شش عامل بدست آمد و روایی مقیاس کل نیز با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد. همچنین در پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۲) ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۷۶ است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری یا ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ می‌باشند. روایی پرسشنامه نیز مطلوب گزارش گردیده است. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲۵ محاسبه شد.

۴. روند اجرای پژوهش

در مرحله اول بعد از هماهنگی‌های لازم با واحد پژوهش دانشگاه، معرفی‌نامه برای فعالیت‌های تحقیقاتی اخذ گردید. در مرحله دوم با مراجعه به مراکز مشاوره خانواده شهرستان ملایر معرفی‌نامه به آنان ارائه شد تا مراحل قانونی و اداری برای شروع طرح پژوهشی انجام گیرد. در مرحله بعد از ۳ زوجی که داوطلب شرکت در طرح پژوهشی بوده و با استفاده از پرسشنامه سازگاری زناشویی دارای پریشانی تشخیص داده شده بودند، به شکل هدفمند انتخاب و وارد پژوهش شدند. پس از جلب رضایت آزمودنی‌ها، ابتدا در مورد نحوه اجرای آزمون‌های امید به زندگی و شفقت به خود برای زوجین توضیحاتی داده شد و از آنان پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس برای زوجین گروه آزمایش مداخله درمان مبتنی بر شناختی- رفتاری را در ۱۲ جلسه نود دقیقه‌ای (هفته‌ای یکبار) به صورت گروهی در طی دو و نیم ماه برگزار گردید. جهت جلوگیری از غیبت شرکت‌کنندگان در جلسات آموزشی، از آنان تعهدنامه گرفته شد. همچنین به دلیل داوطلب بودن اعضا و مفید بودن محتوای جلسات درمانی، کلیه زوجین در این کلاس‌ها شرکت کردند و افت آزمودنی اتفاق نیفتاد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت زوجین برای شرکت در برنامه مداخله

کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می ماند و نیازی به درج نام نیست.

جدول (۱): جلسات درمانی زوج درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری (عظیمی فر و همکاران، ۱۳۹۵)

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	ارزیابی، علایم بیماری و مشکلات مختلف بیمار (مانند مشکلات مربوط به مسائل اقتصادی و مشکلات بین فردی) مشخص می گردد.
جلسه دوم	ادامه ارزیابی و طرح ریزی درمان درمان، نوعی پرونده شناختی برای بیمار تهیه می شود و در این پرونده انواع علایمی که بیمار تجربه می کند، لیست مشکلات وی مشخص می گردد.
جلسه سوم	معرفی درمان، معرفی ویژگی های درمان شناختی رفتاری و اصلاح سطح انتظارات.
جلسه چهارم	آموزش و اجرای تکنیک های رفتاری، جرأت ورزی، آزمایش های رفتاری، تمرین رفتاری، تکلیف: به کار گرفتن آزمایشات رفتاری
جلسه پنجم	آموزش و اجرای تکنیک های رفتاری، گوش دادن فعال، مهارت های فرستنده و گیرنده، تکلیف: اصلاح مهارت های ارتباطی
جلسه ششم	آموزش و اجرای تکنیک های رفتاری، تعیین تعاملات منفی خاص، تمرین ارتباط کارآمد، تکلیف: تمرین مهارت های ارتباطی کارآمد.
جلسه هفتم	آموزش و اجرای تکنیک های شناختی، پیکان نزولی، تشخیص افکار خودآیند و هیجانانگیز، تکلیف: تکمیل ثبت روزانه افکار ناکارآمد.
جلسه هشتم	آموزش و اجرای تکنیک های شناختی، تشخیص طرحواره ها، فرایندهای شناختی، تکلیف: کشف طرحواره های مهم رابطه.
جلسه نهم	آموزش و اجرای تکنیک های شناختی، تبیین رفتار همسر، تشخیص خطاهای شناختی، تکلیف: اصلاح خطاهای شناختی
جلسه دهم	آموزش و اجرای تکنیک های شناختی، الگوهای اسنادی، تبیین انتظارات غیر واقع بینانه، تکلیف: تمرین به من بگو چه دوست داری.
جلسه یازدهم	مهارت های حل مسأله، ارزیابی و تمرین حل مسأله، برنامه ریزی فعالیت، تکلیف: تمرین برنامه ریزی فعالیت.
جلسه دوازدهم	مهارت های حل تعارض، شناسایی و تمرین روش های حل تعارض، تکلیف: حل یک تعارض خاص

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل دیداری نمودارها، شاخص روند، ثبات، درصد داده های همپوش، و درصد داده های غیرهمپوش استفاده شد. ابتدا داده ها به صورت نمودار رسم شد (برای هر شرکت کننده داده های مربوط به سه موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری به ترتیب روی دو نمودار رسم گردید)، سپس محفظه ثبات و روند برای نمودارهای هر دو شرکت کننده در موقعیت خط پایه و مداخله رسم شد و بعد با استفاده از شاخص روند و ثبات، میزان ثبات و جهت روند داده ها مشخص شد و در نهایت با استفاده

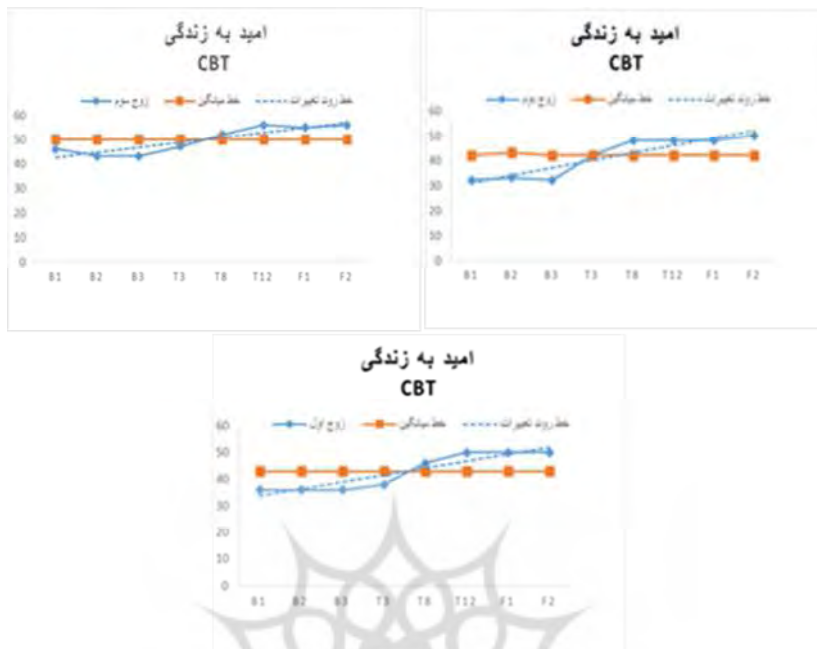
از روش تحلیل درون موقعیتی و بین موقعیتی به تحلیل تأثیر متغیر مستقل و وابسته پرداخته شد.

۵. یافته‌ها

یافته‌های حاصل از اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد که از شش نفر حاضر در پژوهش ۲ نفر دارای سطح تحصیلات دیپلم و ۴ نفر نیز دارای سطح تحصیلات لیسانس و فوق لیسانس بودند. همچنین زوج اول دارای ۶ سال، زوج دوم ۷ سال و زوج سوم ۵ سال سابقه زندگی زناشویی بودند. همه این افراد در حال تجربه اولین زندگی مشترک خود بودند.

جدول ۱: روند تغییر مراحل درمان ۳ زوج تحت درمان مبتنی بر شناختی-رفتاری در متغیر امید به زندگی

آزمودنی‌ها			
مراحل درمان	زوج اول	زوج دوم	زوج سوم
خط پایه اول	۴۶	۳۲	۳۶
خط پایه دوم	۴۳	۳۳	۳۶
خط پایه سوم	۴۳	۳۲	-
میانگین مراحل خط پایه	۴۴	۳۲/۳۳	۳۶
جلسه سوم درمان	۴۷	۴۲	۳۸
جلسه هشتم درمان	۵۲	۴۸	۴۶
جلسه دوازدهم درمان	۵۶	۴۸	۵۰
میانگین مراحل درمان	۵۱/۶۶	۴۶	۴۴/۶۶
شاخص تغییر پایا (درمان)	۲/۲۶	۳/۹۸	۴/۱۴
درصد بهبودی پس از درمان	٪۱۷/۴۰	٪۵۰	٪۳۸/۴۴
درصد بهبودی کلی پس از درمان		٪۳۵/۲۸	
پیگیری نوبت اول	۵۵	۴۸	۵۰
پیگیری نوبت دوم	۵۶	۵۰	۵۰
میانگین مرحله پیگیری	۵۵/۵	۴۹	۵۰
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۱/۹۷	۳/۷۵	۳/۳۱
درصد بهبودی پس از پیگیری	٪۲۶/۱۳	٪۵۶/۲۵	٪۳۸/۸۸
درصد بهبودی کلی پس از درمان		٪۴۰/۴۲	



نمودار ۱: روند تغییر نمره امید به زندگی در زوجین تحت مداخله زوج درمانی شناختی رفتاری در مراحل خط پایه، مداخله و دو ماه پیگیری

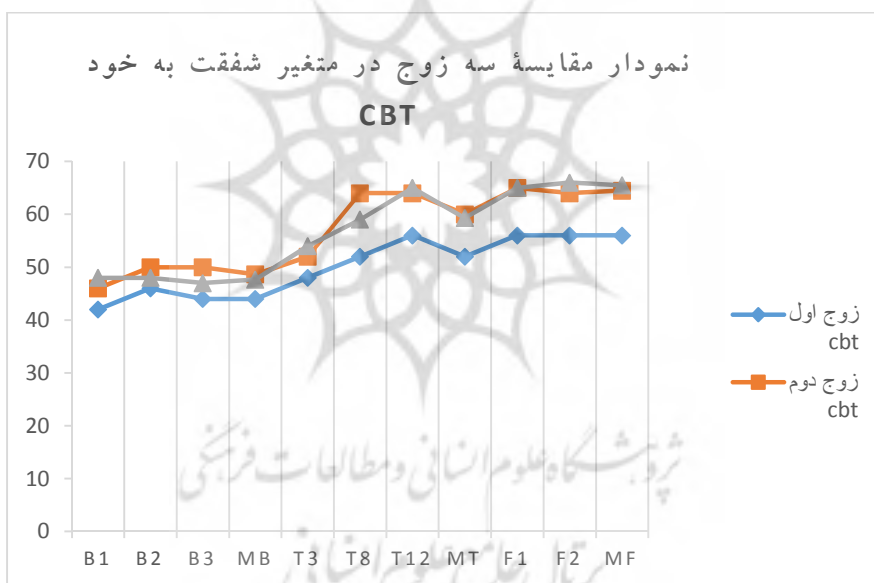
همانگونه که جدول ۲ نشان داد که نمره امید به زندگی هر سه زوج تحت مداخله زوج درمانی شناختی رفتاری، با داشتن نوساناتی، در پایان درمان، افزایش یافته است. به این صورت که در زوج اول به مرور طی جلسات درمان میزان نمره این متغیر افزایش یافته و در حالت کلی میانگین خط پایه زوج از ۳۶ تا پایان درمان به ۵۰ افزایش یافته است و پس از پیگیری دو ماهه تغییری نکرده است که به طور کلی بیانگر بهبود میزان امید به زندگی در این زوج است. در زوج دوم نیز افزایش در نمرات امید به زندگی زوجین دیده می شود و نمره این زوج از ۳۲/۳۳ در میانگین خط پایه تا پایان درمان به ۴۸ افزایش یافته است و در مرحله پیگیری همچنان افزایش ادامه داشته و به ۵۰ رسیده است. در زوج سوم، با شروع درمان در نمره امید به زندگی زوجین پیشرفت مشاهده می شود و در نمره این زوج از ۴۴ در میانگین خط پایه به ۵۶ در پایان درمان رسیده است؛ ولی در مرحله پیگیری تغییر چشمگیری ندارد و حتی در مرحله اول خط پیگیری شاهد یک نمره کاهش بودیم که در مرحله دوم جبران شد. همچنین میزان شاخص تغییر پایا در زوج اول، دوم، سوم در پایان درمان به ترتیب، ۴/۱۴، ۳/۹۸ و ۲/۲۶ به دست آمد که با توجه به سطح معناداری ($p > 0.05$)

نمره هر سه زوج در متغیر امید به زندگی به بالاتر از $Z=1/96$ رسیده است. پس از مرحله پیگیری دو ماهه نیز میزان شاخص تغییر پایا در زوج اول، دوم، سوم به ترتیب $3/31$ ، $3/75$ و $1/97$ به دست آمد و این یافته بیانگر آن است که می‌توان با 95% اطمینان گفت که تغییر مشاهده شده در نمره‌های پس‌آزمون نسبت به نمره‌های پیش‌آزمون حاصل تصادف نیست و نشانگر تغییری پایدار و واقعی است. همچنین نمودار ۱ میانگین و سطح نمره‌ها و روند تغییرات را در متغیر امید به زندگی هر سه زوج تحت درمانی شناختی رفتاری را نشان می‌دهد. همانطور که در نمودار ملاحظه می‌شود نمودار زوج اول حالت صعودی داشته و این افزایش به طور منظم در کل مراحل درمان دیده می‌شود البته در دو مرحله پیگیری ثبات به چشم می‌خورد. در زوج دوم نیز روند صعودی افزایش کلی وجود دارد ولی در جلسه هشتم و دوازدهم درمان سطح شیب نمودار هیچ تغییری نداشته است؛ در این زوج نیز در مرحله پیگیری نمودار با شیب کمی حالت صعودی پیدا کرده است. همچنین در زوج سوم نمودار در ابتدای درمان شیب صعودی نسبتاً خوبی دارد و شیب نمودار افزایش می‌یابد و در جلسه آخر و مرحله پیگیری به بیشترین حد خود می‌رسد. بنابراین می‌توان گفت میزان اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری در متغیر امید به زندگی در زوجها در مرحله درمان و در مرحله پیگیری، در طبقه بهبودی اندک قرار می‌گیرد و به طور کلی حاکی از موفقیت درمان شناختی رفتاری در زوج‌های تحت درمان است.

جدول ۲: روند تغییر مراحل درمان ۳ زوج تحت درمان مبتنی بر شناختی- رفتاری در متغیر شفقت به خود

آزمودنی‌ها			
مراحل درمان	زوج اول	زوج دوم	زوج سوم
خط پایه اول	۴۲	۴۶	۴۸
خط پایه دوم	۴۶	۵۰	۴۸
خط پایه سوم	-	۵۰	۴۷
میانگین مراحل خط پایه	۴۴	۴۸/۶۶	۴۷/۶۶
جلسه سوم درمان	۴۸	۵۲	۵۴
جلسه هشتم درمان	۵۲	۶۴	۵۹
جلسه دوازدهم درمان	۵۶	۶۴	۶۵
میانگین مراحل درمان	۵۲	۶۰	۵۹/۳۳

۷/۰۸	۷/۵	۸/۵۳	شاخص تغییر پایا (درمان)
٪۳۵/۴۱	٪۳۹/۱۳	٪۳۳/۳۳	درصد بهبودی پس از درمان
	٪۳۵/۹۵		درصد بهبودی کامل پس از درمان
۶۵	۶۵	۵۶	پیگیری نوبت اول
۶۶	۶۴	۵۶	پیگیری نوبت دوم
۶۵/۵	۶۴/۵	۵۶	میانگین مراحل پیگیری
۴/۰۵	۶/۳۳	۶/۶۳	شاخص تغییر پایا(پیگیری)
٪۳۷/۵	٪۳۹/۱۳	٪۳۳/۳۳	درصد بهبودی پس از پیگیری
	۳۶/۶۵		درصد بهبودی کلی پس از پیگیری



نمودار ۲: روند تغییر نمره شفقت به خود در زوجین تحت مداخله زوج درمانی شناختی رفتاری در مراحل خط پایه، مداخله و دو ماه پیگیری

نمودار ۲ نشان می‌دهد که میانگین و سطح نمره متغیر شفقت به خود در هر سه زوج گروه زوج درمانی شناختی رفتاری در طول درمان و مراحل پیگیری نسبت به مرحله خط پایه افزایش یافته است؛ همچنین مقدار شاخص تغییر پایا در زوج اول، دوم و سوم در

مرحله درمان به ترتیب ۸/۵۳، ۷/۵ و ۷/۰۸ و همچنین در مرحله پیگیری به ترتیب ۶/۶۳، ۶/۳۳ و ۴/۰۵ به دست آمد که با توجه به سطح معناداری ($p > ۰/۰۵$) در سه زوج به بالاتر از ۱/۹۶=تجزیه شده است؛ بنابراین می‌توان گفت که تغییرات مشاهده شده در این سه زوج از نظر بالینی قابل قبول است. علاوه بر این، زوج‌های تحت درمان شناختی رفتاری به ترتیب در مرحله درمان دارای درصد پیگیری ۳۳/۳۳٪، ۳۹/۱۳٪ و ۳۵/۴۱٪ با درصد بهبودی ۳۵/۹۵٪ و در مرحله پیگیری به ترتیب دارای درصد بهبودی ۳۳/۳۳٪، ۳۹/۱۳٪ و ۳۷/۵٪ با درصد بهبودی کلی ۳۶/۶۵٪ می‌باشند، همانطور که در نمودار ۲ ملاحظه می‌شود نمودار هر سه زوج با داشتن نوساناتی در طول درمان و در مرحله پیگیری حالت صعودی پیدا می‌کنند؛ بنابراین می‌توان گفت میزان اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری در متغیر شفقت به خود در زوج‌ها در مرحله درمان و در مرحله پیگیری، در طبقه بهبودی اندک قرار می‌گیرد و به طور کلی حاکی از موفقیت درمان شناختی رفتاری در زوج‌های متعارض است. روند تغییر نمره‌های متغیر شفقت به خود در زوج‌های تحت درمان با رویکرد شناختی رفتاری در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری دو ماهه در نمودار ۲ نشان داده شده است.

۶. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی به روش شناختی - رفتاری بر امید به زندگی و شفقت به خود در زوجین متقاضی طلاق صورت گرفت. یافته اول پژوهش نشان داد که زوج‌درمانی به روش شناختی رفتاری بر امید به زندگی زوجین متقاضی طلاق تأثیر معناداری داشته است. چنانکه این درمان توانسته منجر به افزایش نمرات امید به زندگی زوجین متقاضی طلاق در مرحله درمان و پیگیری شود. یافته حاضر همسو با نتایج پژوهش شاکردولق و همکاران (۱۳۹۲) مبنی بر اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری بر بهبود عملکرد خانواده زوجین متقاضی طلاق؛ با یافته حمید، کیانی مقدم و حسین‌زاده (۱۳۹۴) مبنی بر تاثیر آموزش مهارت ارتباطی به شیوه شناختی رفتاری بر صمیمیت و رضایت از زندگی زوجین؛ با گزارشات خانجانی و شکی و همکاران (۱۳۹۵) مبنی بر اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری بر صمیمیت زناشویی زوجین متعارض؛ با نتایج محمدی و همکاران (۱۳۹۵) مبنی بر اثر زوج درمانی شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر فرسودگی زناشویی و میل به طلاق در زوجین؛ و با یافته بلانت و همکاران (۲۰۱۷) و دارسانا و

همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر بهبود مولفه‌های روان‌شناختی و ارتباطی همسو بود.

در تبیین اثربخشی زوج‌درمانی به روش شناختی رفتاری بر امید به زندگی زوجین متقاضی طلاق باید بیان کرد که درمان شناختی-رفتاری تفکرات مثبت و منطقی جایگزین تفکرات منفی و غیرمنطقی و تحریفات فکری شده (بلانت و همکاران، ۲۰۱۷) و سعی می‌شود با آموزش شیوه صحیح به چالش کشیدن این افکار ناکارآمد و جایگزینی آن با افکار مثبت، نحوه تفکر و ادراک فرد اصلاح شود که این افکار مثبت هم می‌توانند تبیینی برای این پژوهش در راستای بهبود امید به زندگی باشد. در واقع در درمان شناختی رفتاری، با استفاده از راهبردهای مداخله شناختی نظیر ساختاربندی مجدد، در نظر گرفتن بدترین و بهترین نتیجه یک موقعیت، ارزشیابی تجارب و منطق‌های حامی شناخت، تحلیل پیکان عمودی رو به پایین، شناسایی الگوهای ارتباطی مبتنی بر موقعیت و استفاده از پرسش‌گری سقراطی و اکتشاف هدایت شده، هدف درمان قرار می‌گیرند. همچنین در درمان شناختی رفتاری تاکید می‌شود که الگوهای رفتاری آموختنی هستند (دارسانا و همکاران، ۲۰۲۰). بر این اساس از طریق درمان شناختی-رفتاری می‌توان اسنادهای منفی و بازخوردهای منفی و تحریف شده و اهداف غیرواقع‌بینانه و رفتارهای ناکارآمد را با رفتارهای سازگارانه و اهداف واقع‌بینانه تعدیل و جایگزین نمود. در نهایت می‌توان با کاربرد فنون درمان شناختی-رفتاری به بازارشیبایی منطق تفکرات فرد پرداخت و آ‌ها را اصلاح کرد و از این طریق احساس مثبت‌تری را در زوجین متعارض پدید آورده و از این طریق امید به زندگی آنان را افزایش داد.

یافته دوم پژوهش نشان داد که زوج درمانی به روش شناختی رفتاری بر شفقت به خود زوجین متقاضی طلاق تأثیر معناداری داشته است. چنانکه این درمان توانسته منجر به افزایش نمرات شفقت به خود زوجین متقاضی طلاق در مرحله درمان و پیگیری شود. یافته حاضر با نتایج پژوهش کاویانی و همکاران (۱۳۹۳) مبنی بر تاثیر درمان شناختی رفتاری بر تاب‌آوری زوجین؛ با یافته عظیمی‌فر و همکاران (۱۳۹۵) مبنی بر اثربخشی زوج درمانی شناختی-رفتاری بر افزایش شادی زناشویی زوجین ناراضی؛ با گزارشات اسکندری و آریان‌پوران (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی آموزش مبتنی بر مداخلات شناختی رفتاری بر خودافشاگری زناشویی زوجین؛ با نتایج پژوهش اپستین و ژنگ (۲۰۱۷) مبنی بر تاثیر درمان

شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی؛ و با یافته ژانگ و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر تاثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب همسو بود.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی زوج درمانی به روش شناختی- رفتاری بر شفقت به خود زوجین متقاضی طلاق باید گفت که هدف درمان شناختی رفتاری اصلاح عقاید غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی های سازنده و تقویت مهارت های مقابله‌ای است (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۰). درمان شناختی رفتاری بر این نکته تاکید می‌ورزد که فرایندهای تفکر هم به اندازه تاثیرات محیطی اهمیت دارند. بر این اساس این شیوه درمانی که تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است، با استفاده از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان یافته، به افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی کمک می‌کند تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد را تغییر دهد. درمان شناختی رفتاری در ایجاد و افزایش توانمندی‌هایی مانند تصمیم‌گیری، ایجاد انگیزه پذیرش مسئولیت، ارتباط مثبت با دیگران، شادکامی، ایجاد عزت‌نفس، حل مسئله، خودنظم دهی، خودکفایتی و سلامت روان موثر است (اپستین و ژانگ، ۲۰۱۷). بر این اساس درمان شناختی رفتاری با کنترل و نظم‌بخشی به عواطف و احساسات، کنترل فشار روانی، برقراری ارتباط موثر و خودکنترلی سبب کاهش مولفه‌های روان‌شناختی آسیب‌زا در زوجین متعارض و از طرفی با بهره‌گیری از ساختار ارزشی و خودکارآمدی سبب بهبود شفقت به خود می‌شود.

با توجه به نتایج مثبت حاصل از این پژوهش مبنی بر کاربرد زوج درمانی به روش درمان شناختی- رفتاری بر بهبود امید به زندگی و شفقت به خود در زوجین متقاضی طلاق، پیشنهاد می‌شود این درمان در مراکز درمانی توسط درمانگران بالینی و مشاوران خانواده اجرا و از آن به‌عنوان درمانی مؤثر در جهت بهبود امید به زندگی و شفقت به خود در زوجین متقاضی طلاق استفاده شود. با توجه به روش پژوهش موردنبرد و تعداد شرکت‌کنندگان در این پژوهش که شش نفر بودند و اینکه در شهرستان ملایر و فقط برای زوجین متقاضی طلاق اجرا شد، در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط رعایت شود. کوتاه بودن دوره پیگیری و استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای ارزیابی متغیرهای مربوط به اثربخشی درمان از دیگر محدودیت‌های پژوهش محسوب می‌شود. بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که از زوج درمانی مبتنی بر درمان شناختی- رفتاری در جهت افزایش بهبود

اثربخشی زوج درمانی به روش شناختی- رفتاری بر امید به زندگی ... ۱۷

امید به زندگی و شفقت به خود در زوجین متقاضی طلاق در سطح مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناختی بهره برده شود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی مریم طجری در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد بود. بدین وسیله از تمام زوجین حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنان و مسئولین مراکز مشاوره خانواده شهرستان ملایر که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

کتابنامه

- اسکندری، آرزو، آریان‌پوران، سعید. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مبتنی بر مداخلات شناختی رفتاری بر خودافشاگری زناشویی زوجین، مطالعات روانشناختی، ۱۵(۲)، ۱۲۷-۱۴۳.
- حمید، نجمه، کیانی مقدم، رهنما، حسین‌زاده، آیناز. (۱۳۹۴). تاثیر آموزش مهارت ارتباطی به شیوه شناختی رفتاری مذهب محور بر صمیمیت و رضایت از زندگی زوجین، مجله پزشکی هرمزگان، ۱۹(۲)، ۱۲۹-۱۳۶.
- خانجانی وشکی، سحر، شفیع‌آبادی، عبدالله، فرزاد، ولی‌الله، فاتحی‌زاده، مریم. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی زوجین متعارض شهر اصفهان، دانش و پژوهش و در روان‌شناسی کاربردی، ۱۷(۴)، ۳۱-۴۰.
- خسروی، صدرالله، صادقی، مجید، یابنده، محمدرضا. (۱۳۹۲). کفایت روان‌سنجی مقیاس شفقت خود (SCS). فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۳(۱۳)، ۴۷-۵۹.
- رجایی، امید، ضرابیان، فروزان. (۱۳۹۵). بررسی نقش امید به زندگی و شیوه حل تعارض با سازگاری زناشویی در بین معلمان متاهل آموزش و پرورش استان کرمانشاه، کنفرانس ملی دانش و فناوری روان‌شناسی، علوم تربیتی و جامع روان‌شناسی ایران، تهران، موسسه برگزار کننده همایش‌های توسعه محور دانش و فناوری سام ایرانیان.
- سعیدی، ضحی، قربانی، نیما، سرافراز، مهدی رضا، شریفیان، محمدحسین. (۱۳۹۲). رابطه شفقت خود، ارزش خود و تنظیم هیجانات خودآگاه، فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۶(۳): ۱-۹.

شاکردولق، علی، نریمانی، م، افروز، غلامعلی، حسنی، فریبا، باغدادساریانس، آیتا. (۱۳۹۲). اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری بر بهبود عملکرد خانواده زوجین متقاضی طلاق، نسیم تندرستی، (۱)۲، ۵۶-۶۳.

عظیمی‌فر، شیرین. (۱۳۹۳). مقایسه تأثیر زوج درمانی شناختی رفتاری و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادی و رضایت زناشویی: یک پژوهش مورد منفرد. کارشناسی ارشد مشاوره. اصفهان: دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.

عظیمی‌فر، شیرین، فاتحی‌زاده، مریم‌السادات، بهرامی، فاطمه، احمدی، سیداحمد، عابدی، احمد. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادی زناشویی زوجین ناراضی، مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۳(۲)، ۵۶-۸۱. فراهانی، حجت‌الله، عابدی، احمد، آقامحمدی، سمیه، و کاظمی، زینب. (۱۳۹۰). روش‌شناسی طرح‌های مورد-منفرد در علوم رفتاری و پزشکی (رویکردی کاربردی). تهران: دانژه.

قدسی، مریم، برآبادی، حسین، حیدرنیا، احمد. (۱۳۹۷). اثربخشی روایت‌درمانی بر کاهش گرایش به طلاق و مؤلفه‌های آن در زنان با ازدواج زود هنگام، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه علامه طباطبایی، ۹(۳)، ۷۳-۹۸.

کویانی، زینب، حمید، نجمه، عنایتی، میرصلاح‌الدین. (۱۳۹۳). تأثیر درمان شناختی رفتاری مذهب محور بر تاب‌آوری زوجین، دانش و پژوهش و روان‌شناسی کاربردی، ۱۵(۳)، ۲۵-۳۴.

کرمانی، زهرا، خداپناهی، محمدکریم، حیدری، محمود. (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید اسنایدر، فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۵(۳)، ۷-۲۳.

کوهساریان، پریرسا. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر امید‌درمانی بر کاهش افسردگی زنان دیابتیک در مرکز پژوهشات دیابت سمنان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.

گال، مردیت، بورگ، والتر، وگال، جویس. (۱۳۸۶). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی (جلد اول). ترجمه احمدرضا نصر، حمیدرضا عریضی، محمود ابوالقاسمی، محمدجعفر پاک سرشت، علیرضا کیامنش، خسرو باقری، محمد خیر، منیجه شهنی بیلاق، زهره خسروی. تهران: انتشارات دانشگاه شهیدبهشتی.

محمدی، محمد، شیخ‌هادی سیروئی، رحمان، گرافر، امیر، زهراکار، کیانوش، شاکرمی، محمد، داورنیا، رضا. (۱۳۹۵). اثر زوج درمانی شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر فرسودگی زناشویی و میل به طلاق در زوجین، مجله ارمغان دانش، ۲۱(۱۱)، ۱۰۶۹-۱۰۸۹.

Abramowitz, J.S., Baucom, D.H., Boeding, S., Wheaton, M.G., Pukay-Martin, N.D., Fabricant, L.E., Paprocki, C., Fischer, M.S. (2013). Treating Obsessive-Compulsive Disorder in Intimate Relationships: A Pilot Study of Couple-Based Cognitive-Behavior Therapy. Behavior Therapy, 44(3), 395-407.

- Alexander, E.S., Onwuegbuzie, J.A. (2007). Academic procrastination and the role of hope as a coping strategy. *Personality and individual differences*, 42(7), 1301-1310.
- Allen B. Implementing Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT) With Preeteen Children Displaying Problematic Sexual Behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2018; 25(2): 240-249.
- Almasi, A., Akuchekian, S.H., Maracy, M.R. (2013). Religious Cognitive-Behavior Therapy (RCBT) on Marital Satisfaction OCD Patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 504-508.
- Batista, R., Cunha, M., Galhardo, A., Couto, M., Massano-Cardoso, I.(2015). Psychological Adjustment to Lung Cancer: the Role of Self-compassion and Social Support. *European Psychiatry*, 30, 28-32.
- Bayerman, S., Kleverson, E. (2014). Family therapy and Self Differentiation in women with and without mental disorders. *Procedia social and Behavioral Sciences*, 2 (11), 223-232.
- Blount, T.H., Peterson, A.L., Monson, C.M. (2017). A Case Study of Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy for Combat-Related PTSD in a Same-Sex Military Couple. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(3), 319-328.
- Bluth, K., Eisenlohr-Moul, T.A.(2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*. 57: 108-118.
- Boyce, C., Wood, A., & Ferguson, E. (2016). Or better or for worse: The moderating effects of personality on the marriage-life satisfaction link. *Personality and Individual Differences*, 97, 61-66.
- Carbone L, Plegue M, Barnes A, Shellhaas R. Improving the mental health of adolescents with epilepsy through a group cognitive behavioral therapy program. *Epil Behav* 2014; 39: 130-4.
- Dharsana, I.K., Suarni, N.K., Sudarsana, G.N., Paramartha, W.E., Ahmad, M. (2020). Cognitive-Behavioral Therapy counseling in developing Cross-Gender Friendship in adolescents. *Enfermería Clínica*, 30(2), 206-208.
- Elaine, B.C.J., Hollins, M. (2016). Exploration of a training programmer for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13.
- Epstein, N.B., Zheng, L. (2017). Cognitive-behavioral couple therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13, 142-147.
- Feldman, D.B., Snyder, C.R. (2005). Hope and the meaningful life: theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal of social and clinical psychology*, 24(3): 401-421.
- Gottman, J., Gottman, J. (2017). The Natural Principles of Love. *Journal of Family Theory & Review*, 9 (1), 7-26.
- Grewal, P. K., & Porter, J. (2007). Hope theory: a framework for understanding Death studies. *Washington*, 31(2): 131-154.

- Griggs, S., Walker, R.K.(2016). The Role of Hope for Adolescents with a Chronic Illness: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(4), 404-421.
- Jiang, Y., Ren, Y., Liang, Q., You, J.(2019). The moderating role of trait hope in the association between adolescent depressive symptoms and no suicidal self-injury. *Personality and Individual Differences*, 135, 137-142.
- Lathren, C., Bluth, K., Park, J. (2019). Adolescent self-compassion moderates the relationship between perceived stress and internalizing symptoms. *Personality and Individual Differences*, 143: 36-41.
- McClement, S.E., Chochinov, H.M. (2008). Hope in Advanced Cancer Patients. *European Journal of Cancer*, May, 44(8): 1169- 1174.
- Neff, K.D. (2003). The development and validation of a scale to measure Self compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Neff, K.D., Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, 23–50.
- Onsy, E., Amer, M.M. (2014). Attitudes Toward Seeking Couples Counseling among Egyptian Couples: Towards a Deeper Understanding of Common Marital Conflicts and Marital Satisfaction. *Social and Behavioral Sciences*, 140, 470-475.
- Pullmer, R., Chung, J., Samson, L., Balanji, S., Zaitsoff, S. (2019). A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescence*, 74: 210-220.
- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Irving, H.S.A., Sigmon, L.M., Yoshinobu, S.T., Gibb, L. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope, *Journal of Personality and Social Development*, 60, 570- 585.
- Soysa, CK., Wilcomb, CJ.(2015). Mindfulness, Self-compassion, Self-efficacy, and Genders Predictors of Depression, Anxiety, Stress, and Well-being. *Mindfulness*, 6(2), 217-226.
- Tanenbaum ML, Adams RN, Gonzalez JS, Hanes SJ, Hood KK. (2017). Adapting and validating a measure of diabetes-specific self-compassion. *Journal of Diabetes and its Complications*. 33(10): 1540-1541.
- Trudel, G., & Goldfarb, M. R. (2010). Marital a sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. *Journal of Sexologist*, 19 (14), 137-142.
- Wang X, Chen Z, Poon K, Teng F, Jin S. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*. 106: 329-333.
- Zhang, Q., Yang, X., Song, H., Jin, Y. (2020). Cognitive behavioral therapy for depression and anxiety of Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101-111.