

Research Paper

The Effectiveness of Cognitive Hope Therapy Training on Feelings of Shame and Guilt in Women in Garmsar City

Akram Malekzadeh*¹, Elahe Aslami¹, Sharzad Bakhtiari²

1- Ph.D. in psychology, Assistant professor, Department of psychology, Payam Noor University (PNU), Tehran, Iran.

2- MA. in psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.

Received: 2022/01/03

Revised: 2022/06/24

Accepted: 2022/07/19

Use your device to scan and read the article online



DOI:

10.30495/JZVJ.2022.29702.3759

Keywords:

Cognitive Hope Therapy, Feelings of Shame, Feelings of Guilt.

Abstract

Introduction: Feelings of shame and guilt are two negative emotions that women seem to face due to cultural factors. So, it is necessary to think of measures to reduce these emotions. Accordingly, the aim of this study was to investigate the effectiveness of cognitive hope therapy training on feelings of shame and guilt in women in Garmsar city.

Materials and Method: In the present study, a single-group pretest-posttest design was used. The statistical population of the study was women in Garmsar city in 1400 who had at least 5 years of cohabitation. The sample size was 30 people. Available sampling method was determined voluntarily. The experimental group received an online cognitive hope therapy program for two months. The research instrument was Marshal, Softs and Tangni (1994) Shame and Sin Questionnaire.

Results: The data analysis method was multivariate analysis of covariance. The results showed that there was a significant difference between the pre-test and post-test scores of the experimental group at the level of 0.01

Conclusion Therefore, it can be concluded that cognitive hope therapy with different techniques can reduce negative emotions and ultimately reduce women's shame and guilt.

Citation: Malekzadeh A, Aslami E, Bakhtiari Sh. The Effectiveness of Cognitive Hope Therapy Training on Feelings of Shame and Guilt in Women in Garmsar City. Quarterly Journal of Women and Society. 2023; 13 (52): 1-16.

***Corresponding Author:** Akram Malekzadeh

Address: PhD in psychology, Assistant professor, Department of psychology, Payam Noor University (PNU), P.O. Box, 19395-3697, Tehran, Iran

Tell: 09173957664

Email: akrammalekzadeh@pnu.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Perhaps no emotion is harder and more painful than shame. Shame is an attack on oneself, and shameful people believe that they are completely unacceptable and rejected by society. As a result, shame causes a person to feel dishonored and disgraced. A person who feels ashamed wants to hide from everyone. But guilt, unlike shame, does not cause one to condemn oneself. Rather, it causes self-criticism because of a behavior or wrong action in a person. Of course, psychologically, there are overlaps between shame and sin. For example, a shy person may also feel guilty (1,2).

However, both men and women experience shame. However, due to different social pressures and expectations, women process embarrassing experiences differently from men and identify situations that cause embarrassment differently from men. Women's experiences of shame are about who they should be, how they should be, and what they should be. (13)

Shame often leads to a real departure from the problematic situation. A person experiencing an embarrassing reaction may experience a sudden change in emotion, such as a wave of anger or anxiety. They may be transformed by a disturbed mind, losing confidence and the ability to think and act freely. Shame is thought to have different facial expressions that may trigger a range of behaviors, involuntary experiences such as blushing, bending over, avoiding eye contact, and changing speech. Shame, because of its intense focus on itself, impairs a person's ability to create effective solutions to interpersonal problems, as well as reduces confidence in the individual's ability to implement solutions (15, 16, 17). Positive psychotherapy is an approach that emphasizes enhancing positive traits, developing competencies, and helping clients gain new resources. This view emphasizes the increase in life expectancy as the main factor for change in the individual and clients are considered as agents of change. Hope, with its penetrating force, stimulates the activities of the individual in order to be able to acquire new business and create new forces in the individual in order

to strengthen human resources in coping with problems (18).

Hope therapy can play an important role in moderating stressful life events (25). Short-term hope intervention can increase some psychological strengths such as self-esteem and reduce some psychological pathology symptoms such as anxiety and depression (26). Hope therapy, derived from the theory of hope, helps clients motivate themselves to pursue goals and rearrange obstacles as challenges to overcome. In this regard, it is a promising approach to increase health through positive psychological interventions. (27) It has been shown that hope therapy can affect the psychological, emotional, emotional and communication components of different people, especially women. Now, considering the psychological damage in women and the importance of using appropriate treatment and intervention methods such as hope therapy, it is very necessary and the purpose of this study is to answer the important question of whether cognitive hope therapy training can reduce shame and is effective in women in Garmsar?

Methods

In this study, a single-group post-test design was used. The statistical population of the study was women in Garmsar in 1400. The sample size was 60 people who were divided into two groups of 30 people. The sampling method was available voluntarily. In this study, the SSGS(1994)Shame and Sin Questionnaire, designed by Marshall, Softs, and Tangney in 1994, consists of 15 questions, 5 of which are for the Pride Scale, 5 for Shame and 5 questions to measure sin

Finding

The collected data were analyzed using appropriate statistical methods. The research findings were presented in two parts: descriptive and astronomical. Levine test to measure the equality of variance error shows shame and guilt between different groups. Since the F statistic is greater than 0.05, it must be said that the variance of the error of the groups is equal to each other and no difference is observed. The results of credit indices of multivariate

analysis of covariance showed that the effect of the group on the composition of the studied components is significant. Accordingly, F -squared shows that the difference between the two groups with respect to the components of the dependent variable is significant in general and the amount of this difference, for shame and guilt as a group composition, is 0.48 based on Wilkes's Lambda test. According to the results, Significant differences in shame and guilt were observed in the post-test of the experimental group compared to the pre-test. This means that teaching hope therapy has a significant effect on reducing feelings of shame and guilt. ($F(1, 10) > p$)

Discussion

Findings showed that there is a significant differences in shame and guilt in the post-test of the experimental group compared to the pre-test at the level of 0.01. Therefore, it can be concluded that hope therapy is effective on feelings of shame and guilt in women in Garmsar. This finding with the results of research (36, 37, 38, 25, 39, 40, 41) Is aligned. Various studies have shown that group therapy improves mental health and higher mental health reduces negative emotions and feelings. The effectiveness of hope-based group counseling on women's mental health, followed by reducing stress and depression and improving women's quality of life is one of the results of a study reported by (39). (40) Hope therapy can improve a person's mental health by increasing happiness and lead to better experiences of emotions and feelings (44) In their research, they observed an increase in happiness in the elderly after hope therapy training. Thus, an educational intervention based on the approach Hope therapy can be used as an effective intervention to increase happiness and ultimately reduce negative emotions. Positive psychological interventions can be useful and effective in changing things such as lack of positive emotions, lack of sense of responsibility and lack of meaning in life seen in depressed people. Are. Because hope, optimism, foresight, and future orientation show a cognitive, emotional, and motivational state toward the future, thinking about the future,

expecting desirable events and consequences, and behaving in a way that believes are increasing the likelihood of their occurrence. Feeling confident that all of this will happen as a result of the right efforts brings happiness and purposeful actions, traits and conditions that are not usually seen in depressed people and the goal of therapeutic interventions is to create and spread these conditions. (47, 34). In explaining these results, it can be said that hope therapy is taught to clients to consider important goals and the ability to achieve them. It is worth mentioning that having a goal and hoping to achieve it, gives meaning to a person's life and puts him in a certain direction. One also learns to think of a specific and achievable goal instead of focusing on repetitive and imaginary thoughts. In hope therapy, people are taught not to avoid or suppress their painful feelings, so that they can know their experience in the first place and feel compassion for it. Then have a loving attitude towards yourself. It can be said that the subjects have come to the conclusion that the mistake is a common human experience and a harsh judgment about it is useless, but it is better to consciously accept it as an experience of their life and to feel uncomfortable. Who have experienced a solution with forgiveness and sacrifice. In fact, hope therapy acts as a shock absorber against the effects of negative events. People who have a high level of hope in themselves, because they judge themselves with less rigor, are more likely to accept negative life events, and their own assessments and reactions are more accurate and based on their actual performance. Hope therapy increases a person's self-confidence and reconciles with himself, as well as increasing self-care by confronting irrational and negative goals and thoughts and replacing them with reasonable and positive goals and confronting self-defeating goals. Therefore, hope therapy reduces feelings of shame and guilt by strengthening the thinking of the agent and the guide. Findings showed that there is a difference between Significant differences in shame and guilt d in the post-test of the experimental group compared to the pre-test at the level of 0.01. Therefore, it

can be concluded that hope therapy is effective on women in Garmsar.

Conclusion

According to the research findings, it can be concluded that hope therapy is effective on feelings of shame and guilt in women in Garmsar. Having a goal and hoping to achieve it gives meaning to a person's life and puts him on a certain path. It also gives the person hope and desire for life and increases his self-esteem and teaches him to continue living without stress and mental worries and to reduce feelings of shame, guilt and other negative feelings in him. Take a step towards a better life. One of the limitations of this study, which has been observed in most experimental studies, was the small number of subjects. This makes it somewhat difficult to generalize the results. It was also not possible to examine all the disturbing variables in this study, including cultural level and social class.

Ractical Suggestions

Since hope therapy leads to a reduction in negative emotions, counselors and psychotherapists use this treatment to reduce the negative emotions of their clients and patients. It is also suggested that researchers evaluate the effectiveness of this method on mental disorders and diseases .Give

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All subjects answered the questionnaires with complete satisfaction

Funding

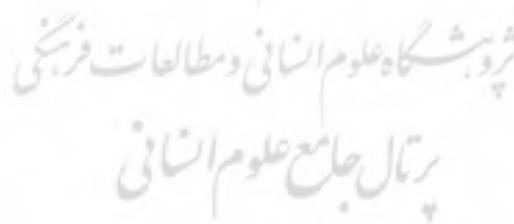
All costs of the present study were covered by the authors

Authors' contributions

Design and conceptualization: akram malekzadeh,sharzarad bakhtiari,elahe aslami
Methodology and data analysis: elahe aslami,akram malekzadeh, shahrzarad bakhtiari,
Supervision and final writing: akram malekzadeh ,elahe aslami

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of i



مقاله پژوهشی

اثربخشی آموزش امید درمانی شناختی بر احساس شرم و گناه زنان شهر گرمسار

اکرم ملک‌زاده^{۱*}، الهه اسلمی^۱، شهرزاد بختیاری^۲

۱- دکتری روانشناسی، استادیار دانشگاه، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور.

چکیده

مقدمه: احساس شرم و گناه، دو هیجان منفی است که به نظر می‌رسد روبرو شدن با این هیجانات برای زنان، به دلیل عوامل فرهنگی غیر قابل اجتناب می‌باشد و لازم است تدابیری برای کاهش این هیجانات اندیشیده شود. بر همین اساس پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی آموزش امید درمانی شناختی بر احساس شرم و گناه زنان انجام شد.

روش: در پژوهش حاضر از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون تک‌گروهی استفاده شد. جامعه آماری پژوهش، زنان شهر گرمسار در سال ۱۴۰۰ بود که حداقل ۵ سال سابقه زندگی مشترک داشته باشند. حجم نمونه نیز تعداد ۳۰ نفر بود. روش نمونه‌گیری در دسترس، بصورت داوطلبانه تعیین شد. گروه موردآزمایش به مدت دو ماه به صورت آنلاین، برنامه امید درمانی شناختی را دریافت کرد. ابزار پژوهش نیز پرسشنامه حالت شرم و گناه مارشال، سافتز و تانگنی (۱۹۹۴) بود.

یافته‌ها: روش تجزیه و تحلیل داده‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره بود. نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه در سطح ۰/۰۱ وجود دارد.

نتیجه‌گیری: با این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت امید درمانی شناختی با تکنیک‌های مختلف می‌تواند منجر به کاهش هیجانات منفی شده، در نهایت احساس شرم و گناه زنان را کاهش دهد.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۱۳

تاریخ داوری: ۱۴۰۱/۰۴/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۲۸

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI: 10.30495/JZVJ.2022.29702.3759

واژه‌های کلیدی:

امید درمانی شناختی، احساس شرم، احساس گناه

* نویسنده مسئول: اکرم ملک‌زاده

نشانی: دکتری روانشناسی، استادیار دانشگاه، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

تلفن: ۰۹۱۷۳۹۵۷۶۶۴

پست الکترونیکی: akrammalekzadeh@pnu.ac.ir

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

شاید هیچ هیجانی سخت‌تر و دردناک‌تر از شرم نباشد. شرم^۱ به مثابه حمله علیه خود است و افراد شرمگین باور دارند که از نظر اجتماع، کاملاً ناپذیرفتنی و مردود هستند. در نتیجه، شرم باعث احساس بی‌ابرویی و بدنامی در فرد می‌گردد. فردی که احساس شرم می‌کند می‌خواهد از همه کس خود را مخفی و پنهان نگاه دارد اما احساس گناه^۲ بر خلاف شرم، باعث نمی‌شود که فرد خود را محکوم کند بلکه باعث خود انتقادی، به خاطر یک رفتار یا عمل اشتباه در فرد می‌گردد. (۱، ۲).

شرم عمومی‌تر از گناه است. فردی که احساس شرم می‌کند انتظار محکوم شدن از جانب همه کس را دارد اما فردی که احساس گناه می‌کند ممکن است تنها کسی باشد که از خطای پیش آمده آگاهی داشته باشد. فرد گناهکار، نیز ممکن است احساس از دست دادن اعتماد به نفس پیدا کند ولی نه به اندازه‌ای که این احساس در فرد شرمگین پیش می‌آید. به عنوان مثال، دانش‌آموزی که در یک امتحان به طور موفقیت‌آمیزی تقلب می‌کند ممکن است به خاطر نمره بالایی که معلم به او داده احساس گناه کند و آن را حق خود نداند اما هیچکس دیگر از انجام این تقلب آگاهی ندارد؛ از طرف دیگر، دانشجویی که به هنگام تقلب کردن دستگیر می‌شود در جلوی همکلاسی‌هایش احساس شدید شرم و خجالت می‌کند و این احساس به خاطر این است که دیگران نیز از کار خلاف او آگاهی یافته‌اند (۳، ۴، ۵).

احساس شرم و گناه دو هیجان دردناک، غیرقابل اجتناب و گاه مخرب هستند که بی‌تردید شیوه مواجهه و تنظیم این دو هیجان در سازگاری و سلامت روانی و جسمانی افراد نقش مهمی خواهد داشت. هیجان‌های شرم و گناه هیجان‌های هشیارانه‌ای هستند که از نظر شناختی، رفتاری و عاطفی متمایزند (۶، ۷).

از نظر روان‌شناسی، همپوشانی‌هایی بین شرم و گناه وجود دارد (۸) به عنوان مثال، شخصی که احساس گناه می‌کند از برخی رفتارهای خود پشیمان است، در حالی که کسی که احساس شرم می‌کند از برخی جنبه‌های خود پشیمان است. این امر گاهی اوقات "تمایز رفتار خود"^۳ نامیده می‌شود. (۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲).

احساس شرم و گناه معمولاً در جوامع به عنوان هیجان اخلاقی پسندیده تلقی می‌شود چرا که نظر بر این است که این دو هیجان برای عبور از رفتارهای پرخطر اجتماعی لازم است (۱۳) و در جوامع سنتی (۱۴) به ویژه در مورد زنان (۱۵) مورد تشویق قرار می‌گیرد. بنابر این اگرچه هم مردان و هم زنان شرم را تجربه می‌کنند، زنان به دلیل فشارهای اجتماعی و انتظارات متفاوت، تجربیات شرم‌آور را متفاوت از مردان پردازش می‌کنند و شرایطی را که باعث شرم می‌شوند متفاوت از مردان شناسایی می‌کنند (۱۳).

در کشورمان، ایران، احساسات تجربه شده، بیشتر تحت تاثیر فرهنگ و گروه‌های سنتی قرار دارد و بر همین اساس تجربه چنین احساساتی در

میان زنها عمیق‌تر و بیشتر می‌باشد (۱۵). تجارب زنان از شرم مربوط به این است که آنها چه کسی باید باشند، چگونه باید باشند و چه باید باشند (۱۳). برخی از مفسران مدرن، استدلال کرده‌اند که دو نوع گناه وجود دارد؛ "گناه ناسازگار"^۴، عصبی^۵ و "گناه سازگار، طرفدار اجتماعی"^۶. این محققان استدلال می‌کنند که نوع گناه مورد مطالعه بستگی به مقیاس مورد سنجش دارد و تحقیقات آینده باید این دو نوع گناه را از هم متمایز کند (۱۴). اغلب شرم، منجر به کناره‌گیری واقعی از موقعیت مشکل‌ساز می‌شود. فردی که واکنش شرمساری را تجربه می‌کند ممکن است دچار یک تغییر عاطفه ناگهانی مانند موج خشم^۶ یا اضطراب^۷ شود. آنها ممکن است توسط یک ذهن مغشوش دچار دگرگونی شوند، اعتماد به نفس و توانایی تفکر و عمل آزادانه را از دست بدهند. تصور می‌شود که شرم، دارای حالت‌های متفاوتی در چهره افراد است که ممکن است باعث ایجاد طیفی از رفتارها، تجربیات غیرارادی از جمله سرخ شدن، حالت خمیده، اجتناب از تماس چشمی و تغییر در گفتار شود. شرم به دلیل تمرکز شدید روی خود، توانایی فرد برای ایجاد راه حل‌های موثر برای مشکلات بین فردی را مختل می‌کند، همچنین اعتماد به توانایی فرد برای اجرای راه حل‌ها را کاهش می‌دهد (۱۵، ۱۶، ۱۷).

روان‌درمانی مثبت، رویکردی است که بر بالا بردن ویژگی‌های مثبت، پرورش توانمندی‌ها و همیاری مراجعین برای کسب منابع جدید تاکید می‌کند. این دیدگاه بر بالا رفتن امید به زندگی به عنوان عامل اصلی برای تغییر در فرد تاکید می‌نماید و مراجعین به عنوان عوامل تغییر در نظر گرفته می‌شوند. امید با نیروی نافذ خود، محرک فعالیت‌های فرد است تا بتواند تجارت نو کسب کند و نیروهای تازه‌ای در فرد به منظور تقویت منابع مقابله‌ای انسان در سازگاری با مشکلات ایجاد کند (۱۸).

نظریه آموزش شناختی ارتقاء امید^۸ که مشتق از نظریه اسنایدر^۹ است یک ساختار انگیزشی-شناختی است که اخیراً به عنوان یک نیروی روان‌شناختی بالقوه، که می‌تواند به عنوان یک عامل حمایتی برای افراد در رویارویی با رویدادهای ناسازگار زندگی سودمند باشد، مورد توجه قرار گرفته است. نظریه امید اسنایدر بر سه مؤلفه‌ی مرکزی، بنیان گذاشته شده است؛ اهداف، تفکرات گذرگاه و تفکرات عامل. (۱۹) در جریان مصاحبه‌های متعددی که با افراد داشت متوجه شد، اهداف، نقاط پایان و یا زنجیره عمل ذهنی را ایجاد کرده مرجع تئوری امید هستند. در واقع عناصر اصلی تئوری، امیدداشتن و انتظار مثبت در رسیدن به اهدافی است که تصویری شود برای فرد قابل دستیابی هستند (۲۰). همچنین در امید درمانی با تاکید بر تفکرات گذرگاه، می‌تواند بر احساسات منفی حاصل از شرم و گناه اثر گذاشت. تفکرات گذرگاه، توانایی ادراک شده‌ی فرد برای شناسایی و ایجاد مسیرهایی به سمت هدف است. در واقع تفکرات گذرگاه، به این شناخت، که

^۶Anger

^۷Anxiety

^۸Cognitive Theory of Promoting Hope

^۹ Snyder theory

^۱Shame

^۲Guilt

^۳Differentiate Self- behavior

^۴Incompatible sin

^۵Consistent sin & pro-social

حداقل ۵ سال سابقه زندگی مشترک داشته باشند که تعداد آنان ۱۰۰۰۰ نفر تخمین زده شد. حجم نمونه نیز تعداد ۳۰ نفر می باشد که به روش نمونه گیری دردسترس و داوطلبانه انتخاب شد. بدین صورت که به کلینیکهای زوج درمانی، مراجعه کرده و از روان درمانگران خواسته شد که به زنان تحت درمان آنان اطلاع دهند که افرادی که علاقه مند به شرکت در پژوهش هستند معرفی شوند. افرادی که شرایط حضور در پژوهش را داشته باشند انتخاب شدند. معیار ورود، علاقمندی به شرکت در جلسه امید درمانی و عدم مصرف داروهای روان گردان بود.

در این پژوهش، زنان علاقه مند به شرکت در پژوهش شناسایی شدند، و آزمودنیها به سوالات پرسشنامه که به صورت الکترونیکی در اختیار آنان قرار گرفته بود پاسخ دادند و در ادامه این گروه به مدت دو ماه به صورت آنلاین برنامه امید درمانی را دریافت کرد. این آموزش توسط پژوهشگر انجام شد و افراد گروه آزمایش در فضای مجازی آموزشها را به صورت الکترونیکی دریافت کردند پس از سپری شدن دوره آموزش از گروه خواسته شد بار دیگر به سوالات پرسشنامه احساس شرم و گناه پاسخ دهند.

پرسشنامه حالت شرم و گناه SSGS

این پرسشنامه توسط مارشال، سافتز و تانگتی در سال ۱۹۹۴ طراحی شده است و شامل ۱۵ سوال می باشد که ۵ سوال آن برای مقیاس حالت غرور، ۵ سوال برای شرم و ۵ سوال جهت اندازه گیری گناه می باشد. (۲۸). هر ماده بر روی یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرتی از «اصلاً این طور احساس نمی کنم» تا «شدیداً این طور احساس می کنم»=۵ درجه بندی می شود. حداقل نمره مجاز در این پرسشنامه ۱۵ می باشد حداکثر نمره نیز ۷۵ می باشد. در پژوهش (۲۹) که بر روی ۱۳۲ دانشجوی مقطع کارشناسی صورت گرفت، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس غرور ۰/۸۴ و مقیاس شرم ۰/۸۱ و برای احساس گناه ۰/۷۸ گزارش شده است. (۳۰) روایی سازه دو مقیاس شرم و گناه را در حد مناسب گزارش کردند؛ آنها در یک پژوهش دیگر (۳۱) خود نیز روایی این آزمون را برای سنجش سازه های تئوریک شرم و گناه تایید می کنند. بنابه گزارش (۳۲، ۳۳) علیرغم اختلاف نظرها، این آزمون مفاهیم زیربنایی مورد نظرسازندگان آن را می سنجد. در ایران نیز، روایی پرسشنامه به صورت صوری مورد بررسی قرار گرفت و این پرسشنامه مورد تایید اساتید رشته های مشاوره و روانشناسی قرار گرفته است (۳۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای مولفه احساس شرم ۰/۷۹ و برای مولفه احساس گناه ۰/۷۷ محاسبه گردید.

فردمسیرهای محتمل گوناگونی را برای رسیدن به اهداف تعیین شده، مدنظر دارد، اشاره می کند (۲۲) تفکرات گذرگاه، اغلب از طریق گفتارهای درونی، از قبیل «من راهی برای انجام این کار پیدا خواهم کرد» نمود، پیدامی کند. اغلب، افرادی که دارای سطوح امید بالاترند قادر به تصور چندین گذرگاه مختلف هستند و تفکر و اگر استفاده می کنند. این راه های چندگانه، هنگامی که فرد در راه رسیدن موفقیت آمیز به هدف با مانع یا مشکل مواجه می شود تعیین کننده هستند (۲۳، ۲۴). در همین راستا، تفکرات عام، مؤلفه ی انگیزشی نظریه امید، محسوب می شود و به شخص اطمینان می دهد که قادر به شروع و تحمل تلاشهای ضروری برای دنبال کردن گذرگاه های خاص می باشد. تفکرات عامل مستقیم آشناساختهای افراد در مورد توانایی آنها برای شروع و تحمل رفتارهای هدفگرا، منعکس می کند و با گفتارهای درونی مانند «من می توانم این کار را انجام دهم». بنابراین آموزش شناختی امید درمانی رویکردی است که به افراد کمک می کند تا اهداف روشنی را در نظر بگیرند، گذرگاه های متعددی را برای رسیدن به آنها بسازند، خود را برای پیگیری اهداف، برانگیزانند و موانع را به صورت چالش هایی که باید بر آنها غلبه کنند واز نو چارچوب بندی کنند، در نظر می گیرند. از اینرو، امید درمانی می تواند نقش مهمی را در تعدیل رویدادهای تنش زای زندگی، بازی کند (۲۵).

امید درمانی، که از نظریه امید^۱ بر گرفته شده به مراجعین کمک می کند اهداف واقع بینانه برای خود تعیین کرده و به کمک مشوق های درونی، خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزند و موانع را به صورت چالشهایی برای غلبه بر آنها زو باز آری کنند و در نتیجه این مداخله فرد از نظر روانی در حوزه های متعدد مانند عزت نفس تقویت شده و برخی از علائم آسیب شناسی روانی مانند اضطراب و افسردگی کاهش پیدا می کند (۲۶). در همین راستا، یک رویکرد امیدوارکننده برای افزایش سلامتی از طریق مداخلات روانشناسی مثبت، می باشد. (۲۷) نشان داده است که امید درمانی می تواند بر مولفه های روانشناختی، هیجانی، عاطفی و ارتباطی افراد مختلف، بخصوص زنان موثر باشد. حال با توجه به آسیب های روانشناختی در زنان و عدم استفاده از این روش درمانی در کشور ایران و از طرفی اهمیت بهره گیری از روشهای درمانی و مداخله ای مناسب و جدید هدف از انجام این پژوهش پاسخ به این مسئله مهم می باشد که آیا آموزش امید درمانی شناختی می تواند بر احساس شرم و گناه در زنان شهر گرمسار موثر باشد؟

روش پژوهش

در این پژوهش از طرح پیش آزمون پس آزمون تک گروهی استفاده شد. جامعه آماری پژوهش، زنان شهر گرمسار در سال ۱۴۰۰ بود که

¹ Snyder

جدول ۱- پروتکل درمانی امید درمانی شناختی

اهداف هر جلسه	جلسات
آشنایی اعضاء گروه با یکدیگر، تعیین اهداف و قوانین گروه، معرفی ساختار جلسات و اهداف برنامه آموزشی و تعریف امید بر اساس نظریه اسنایدر.	جلسه اول
مرور مطالب جلسه قبل ، توضیح و تبیین مفاهیم اصلی نظریه امید که شامل تعیین هدف، تفکر عامل یا اراده، تفکر مسیر یا برنامه ریزی و تشخیص موانع می‌باشد. تبیین و بحث در رابطه با چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تأثیر آن بر احساس شرم و گناه	جلسه دوم
مرور مطالب جلسه قبل ، درخواست از شرکت کنندگان برای تعریف داستان زندگی خود بر روی هسته اصلی نظریه امید یعنی اهداف، مشارکت دادن اعضاء گروه در شناسایی داستان زندگی اعضاء، بیان خلاصه و جمع بندی مطالب .	جلسه سوم
صحبت در مورد راه های افزایش نیروهای عامل و یا انگیزه رسیدن به اهداف، تعریف انگیزش، حیطه های مهم انگیزش و انرژی، انرژی فیزیکی، انرژی روانی، صحبت در مورد انرژی روانی	جلسه چهارم
آشنایی افراد با تفکر برنامه ریزی و پرداختن به فهرست برنامه ریزی و پرداختن به فهرست شناسایی مسیرهای مناسب برای رسیدن به اهداف ، درخواست از اعضاء برای فراهم کردن لیستی از اتفاقات جاری و ابعاد مختلف زندگی خود و مشخص نمودن میزان اهمیت و رضایت خود از هر یک از آنها. بیان خلاصه و جمع بندی مطالب.	جلسه پنجم
مطرح کردن ویژگیهای اهداف مناسب، براساس نظریه اسنایدر و سپس ترقی کردن افراد	جلسه ششم
برای تعیین اهداف در هر یک از حیطه های زندگی. آشنایی با شیوه مقابله با موانع و چالشها، شناسایی افکار خودآیند برای تغییر باورها و نگرشهای ناکارآمد، آموزش مقابله با موانع به وسیله ایجاد گذرگاه های جایگزین با بکارگیری خلاقیت و حل مساله . بیان خلاصه و جمع بندی مطالب.	جلسه هفتم
مطرح کردن ویژگی گذرگاههای مناسب و درخواست از اعضاء گروه جهت یافتن راهکارهای مناسب ،برای رسیدن به اهداف تعیین شده و آموزش چگونگی شکستن گذرگاهها به مجموعه ای از گامهای کوچک و تعیین گذرگاه های جانشین به اعضاء گروه. آموزش راهبردهایی برای خلق یا تقویت تفکر رهیاب با استفاده از طرح ریزی تدریجی و راهبردهایی برای تقویت اراده با استفاده از فنون خیال پردازی، تجسم ذهنی، سرمشق گیری/الگوبرداری و خودگویی های مثبت. بیان خلاصه و جمع بندی مطالب	جلسه هشتم
مطرح کردن راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل، آموزش به اعضاء گروه تا خود یک امید درمانگر بوده و تفکر امیدوارانه را به صورت روزمره به کار گیرند (به طوریکه خودشان بتوانند اهداف و موانع آنها را تعیین نمایند، عامل لازم برای دستیابی به آنها را در خود ایجاد و حفظ کنند و گذرگاههای لازم را تشخیص دهند. صحبت در مورد لغزش و راههای غلبه بر لغزش، در هنگام برخورد با موانع، بکارگیری تفکر امیدوارانه در زندگی روزمره، بیان خلاصه و جمع بندی مطالب. تشکر از اعضاء گروه و خداحافظی، اجرای پس آزمون.	

تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌های پژوهش

با استفاده از روشهای آماری مناسب، داده های جمع آوری شده مورد

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره متغیرهای پژوهش گروه در پیش آزمون و پس آزمون

گروه	متغیرها	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
احساس شرم		پیش آزمون	۳۰	۲۶,۵۰	۵,۵۷
		پس آزمون	۳۰	۲۴,۰۰	۵,۴۷
احساس گناه		پیش آزمون	۳۰	۲۹,۸۳	۳,۴۳
		پس آزمون	۳۰	۲۷,۳۳	۳,۸۸
احساس شرم و گناه		پیش آزمون	۳۰	۵۵,۰۰	۷,۱۷
		پس آزمون	۳۰	۵۱,۶۶	۷,۴۵

همانطور که در جدول فوق ارائه شده است، در مرحله پیش آزمون میانگین احساس شرم گروه ۲۶/۵۰ می باشد و در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار گروه ۲۴/۰۰ و ۵/۴۷ می باشد همچنین در مرحله پیش آزمون میانگین احساس گناه ۲۹/۸۳ می باشد در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار گروه ۲۷/۳۳ و ۳/۸۸ می باشد و در مرحله پس آزمون میانگین احساس شرم و گناه ۵۵/۰۰ و ۷/۱۷ می باشد در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار گروه ۵۱/۶۶ و ۷/۴۵ می باشد.

میانگین احساس شرم گروه ۲۶/۵۰ می باشد و در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار گروه ۲۴/۰۰ و ۵/۴۷ می باشد همچنین در مرحله پیش آزمون میانگین احساس گناه ۲۹/۸۳ می باشد در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار گروه ۲۷/۳۳ و ۳/۸۸ می باشد و در مرحله پس آزمون میانگین احساس شرم و گناه ۵۵/۰۰ و ۷/۱۷ می باشد در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار گروه ۵۱/۶۶ و ۷/۴۵ می باشد.



پرویشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۳- بررسی میزان توزیع نرمال نمره متغیرهای پژوهش

گروه	متغیرها	مرحله	شاپیرو		کولموگروف-اسمیرنوف	
			معنی‌داری	درجه آزادی	معنی‌داری	درجه آزادی
احساس شرم		پیش آزمون	۰.۹۷۳	۳۰	۰.۲۰۰*	۳۰
		پس آزمون	۰.۸۶۳	۳۰	۰.۲۰۰*	۳۰
گروه	احساس گناه	پیش آزمون	۰.۹۹۶	۳۰	۰.۲۰۰*	۳۰
		پس آزمون	۰.۷۴۸	۳۰	۰.۲۰۰*	۳۰
احساس شرم و گناه		پیش آزمون	۰.۰۲۸	۳۰	۰.۰۶۰	۳۰
		پس آزمون	۰.۰۶۵	۳۰	۰.۱۵۱	۳۰

می باشد که معنی دار نیست و بدین ترتیب توزیع نرمات نرمال بوده و می توان از آماره های پارامتریک استفاده کرد.

با توجه به مقدار سطح معنا داری در متغیر احساس شرم و گناه گروه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب (۰/۰۲۸)، (۰/۰۶۵)، (۰/۰۵،

جدول ۴- آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس های گروهها در متغیرهای پژوهش

لوین	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
۱,۲۵۰	۱	۵۸	۰.۲۹۰
۱,۹۹۴	۱	۵۸	۰.۱۸۸
۰.۰۲۴	۱	۵۸	۰.۸۸۰

واریانس خطای گروه ها با یکدیگر برابر بوده و تفاوتی مشاهده نشده است.

نتایج جدول فوق آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانسهای خطای احساس شرم و گناه در بین گروه های مختلف را نشان می دهد. از آنجایی که آماره F بزرگ تر از ۰/۰۵ است، بنابراین باید گفت که

جدول ۵- نتایج مربوط به شاخصهای اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری احساس شرم و گناه

اثر	متغیر	شاخصهای اعتباری	V	F	Hdf	E df	سطح معناداری	اتا
گروه	شرم و گناه	اثر پیلایی	۰,۴۸۷	۲۶,۱۴۳	۲	۵۵	۰,۰۰۱	۰,۴۸۷
		لامبدای ویلکز	۰,۵۱۳	۲۶,۱۴۳	۲	۵۵	۰,۰۰۱	۰,۴۸۷
		اثر هتلینگ	۰,۹۵۱	۲۶,۱۴۳	۲	۵۵	۰,۰۰۱	۰,۴۸۷
		بزرگترین ریشه روی	۰,۹۵۱	۲۶,۱۴۳	۲	۵۵	۰,۰۰۱	۰,۴۸۷

آزمون لامبدای ویلکز ۰/۴۸ است. برای بررسی فرضیه پژوهش از روش تحلیل کواریانس شدم فرضیه پژوهش: آموزش امید درمانی شناختی بر احساس شرم . گناه موثر است .

نتایج مربوط به شاخصهای اعتباری تحلیل کوواریانس چند متغیری، نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مولفه های مورد مطالعه معنی دار می باشد. بر این اساس، مجذور آتا نشان می دهد که تفاوت بین دو گروه باتوجه به مولفه های متغیر وابسته در مجموع معنی دار است و میزان این تفاوت، برای شرم و گناه به صورت ترکیب گروهی، بر اساس

جدول ۶- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) مولفه‌های احساس گناه و شرم

منبع	مولفه‌ها	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اتا
عرض از	احساس گناه	۱۸۸.۳۰۰	۱	۱۸۸.۳۰۰	۴۵.۷۹۵	۰,۰۰۱	۰,۲۱۴
میدا	احساس شرم	۱۷۶.۴۹۰	۱	۱۷۶.۴۹۰	۵۰.۳۳۸	۰,۰۰۱	۰,۴۷۳
گروه	احساس گناه	۲۶۱.۳۳۹	۱	۲۶۱.۳۳۹	۱۴.۳۷۱	۰,۰۰۱	۰,۲۰۴
	احساس شرم	۱۵۳.۲۵۰	۱	۱۵۳.۲۵۰	۴۱.۵۴۸	۰,۰۰۱	۰,۴۷۳

امید درمانی می‌تواند به عنوان یک مداخله‌ی مؤثر در افزایش شادکامی و در نهایت کاهش احساسات منفی مورد استفاده قرار بگیرد. پژوهشی با عنوان تاثیر آموزش شناختی ارتقاء امید، بر توانمندی‌های شخصیتی مراجعین افسرده‌خو، انجام شد نتایج نشان داد اثر آموزش شناختی امید درمانی در توانمندی‌های شخصیتی گروه آموزش گیرنده به شکل معنی داری بالاتر بود (۴۵).

تیچینگ (۲۰۰۷) پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی امید درمانی گروهی، بر میزان امید و سلامت روانی انجام داد و نتایج نشان داد که برنامه امید درمانی گروهی، منجر به افزایش امید، سلامت روانی و کاهش نارسازگارهای اجتماعی و افسردگی شده است، اما در نمرات مقیاس‌های اضطراب و بی‌خوابی و نشانه‌های جسمانی تغییر معناداری مشاهده نشد.

مداخلات امید درمانی، می‌توانند برای تغییر مواردی همچون کمبود عواطف مثبت، عدم احساس مسئولیت و فقدان معنا، در زندگی افراد دچار مشکلات روانی و عاطفی، مفید و مؤثر می‌باشند. از آنجا که امید، خوش بینی، آینده‌نگری و جهت‌گیری نسبت به آینده را نشان می‌دهند، و تفکر درباره آینده، انتظار رخ دادن وقایع و پیامدهای مطلوب، رفتار کردن به شیوه‌ای که باور دارند احتمال وقوع آنها را افزایش می‌دهد. احساس اعتماد از اینکه همه‌ی اینها در اثر تلاش‌های مناسب اتفاق خواهد افتاد، شادمانی را به همراه داشته و باعث اعمال هدفمند می‌شود، ویژگی‌ها و حالتی که معمولاً در افراد افسرده مشاهده نمی‌شود هدف مداخلات درمانی ایجاد و گسترش این حالات می‌باشد (۴۷، ۳۴).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که امید درمانی، به مراجعان آموزش داده می‌شود تا اهداف مهم و قابل دستیابی را در نظر بگیرند. گفتنی است داشتن هدف و امید به دستیابی آن، به زندگی فرد معنا می‌بخشد و او را در مسیر روشنی قرار می‌دهد. همچنین فرد یاد می‌گیرد به جای تمرکز بر تفکرات تکراری و موهوم، به هدفی خاص و در دسترس بیندیشد. با توجه به اینکه شرم متوجه خود فرد است و منجر به ایجاد احساسات دردناک می‌شود در امید درمانی به افراد یاد داده می‌شود که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس مهرورزی داشته باشند. در واقع آزمودنی در ارائه مداخله بوسیله نگرش مهرورزانه به این نتیجه رسیدند که اشتباه، یک تجربه مشترک انسانی است و قضاوت سخت‌گیرانه در مورد آن بی‌فایده است، بلکه بهتر است آن را هشیارانه به عنوان تجربه‌ای از زندگی‌شان بپذیرند و نسبت به احساس ناخوشایندی که تجربه کرده‌اند راهکاری

طبق نتایج بین پیش آزمون و پس آزمون، گروه مورد آزمایش در احساس شرم و گناه تفاوت معنادار وجود دارد. بدین معنا که آموزش امید درمانی به خود تأثیر معناداری بر کاهش احساس شرم و گناه دارد. ($p < 0/01$)

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش پیش آزمون و پس آزمون در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که امید درمانی شناختی بر احساس شرم و گناه در زنان شهر گرمسار مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش (۳۷، ۳۸، ۲۵، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲) همراستا می‌باشد.

پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند گروه درمانی مثبت‌گرا به بهبود سلامت روان می‌انجامد و سلامت روان بالاتر احساسات و هیجانات منفی را کاهش می‌دهد. در پژوهشی اثر بخشی مشاوره گروهی امید محور، بر سلامت روان زنان انجام داده شد و به دنبال آن کاهش استرس و افسردگی و بهبود کیفیت زندگی زنان گزارش شد (۳۹).

نتایج پژوهش دیگری نشان داد آموزش امید درمانی گروهی می‌تواند بر کیفیت زندگی و معنا بخشی به زندگی مؤثر باشد (۴۰). همچنین نتایج پژوهشی در خصوص تمرینات امید درمانی، نشان داد این تمرین‌ها می‌تواند موجب بهبود کلیه مولفه‌های سلامت روان زنان باردار شود (۴۲). نتایج پژوهش منوچهری و همکاران نیز تایید کننده این نتایج بود (۳۸).

همچنین امید درمانی می‌تواند، بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری زنان معتاد، اثر بخش باشد و سبب افزایش امید و کیفیت زندگی در آنان شود. همچنین افزایش حرمت، خودپنداره مثبت و تقویت و تشویق برای بالفعل درآوردن توانایی‌های بالقوه مثبت به دنبال برنامه‌های امید درمانی دیده شده است (۳۶).

نتایج پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی آموزش گروهی امید محور، بر ارتقای کیفیت زندگی سالمندان انجام شد و نتایج نشان داد که آموزش گروهی امید محور، کیفیت زندگی در سالمندان گروه آزمایش را به طور معناداری افزایش داده بود (۴۳).

امید درمانی می‌تواند با افزایش شادکامی، سلامت روان فرد را ارتقا بخشد و منجر به تجربه هیجانات و احساسات بهتری شود. در پژوهشی دیگری، افزایش شادکامی در سالمندان بعد از آموزش امید درمانی مشاهده شد (۴۴). بدین ترتیب مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر رویکرد

را به عنوان بخش اجتناب ناپذیر زندگی بپذیرند و تجربه احساسات ناخوشایند برانگیخته شده را هشیارانه، با کنجکاوی و بدون سوگیری در نظر بگیرند بنابراین بدون داشتن استرس و دغدغه های فکری به زندگی ادامه دهند. همچنین لازم به ذکر است در هیچکدام از پژوهشهای انجام شده در ایران به بررسی امید درمانی بر احساس شرم و گناه پرداخته نشده است و این پژوهش می تواند مسیر جدیدی در درمان افسردگی و مشکلات روانی مرتبط با شرم و گناه باشد.

یکی از محدودیتهای این پژوهش که در بیشتر پژوهشهای آزمایشی مشاهده شده است، تعداد کم آزمودنیها بود. این موضوع تعمیم نتایج را تا حدی مشکل میکند همچنین امکان بررسی تمام متغیرهای مزاحم در این پژوهش وجود نداشت، از جمله سطح فرهنگی و طبقه اجتماعی.

پیشنهادات کاربردی

از آنجا که امید درمانی منجر به کاهش احساسات منفی شد توصیه می شود مشاوران و روان درمانگران از این روش درمانی برای کاهش احساسات منفی مراجعان و بیماران خود استفاده نمایند همچنین پیشنهاد می شود پژوهشگران اثر بخشی این روش را بر اختلالات و بیماری های روانی مورد بررسی قرار دهند

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در مطالعه حاضر همه آزمودنی ها با رضایت کامل پرسشنامه ها را تکمیل نمودند.

حامی مالی

هزینه های مطالعه حاضر توسط نویسندگان مقاله تامین شد.

مشارکت نویسندگان

طراحی و ایده پردازی: اکرم ملک زاده، شهرزاد بختیاری، الهه اسلمی
روش شناسی و تحلیل داده ها: الهه اسلمی، شهرزاد بختیاری، اکرم ملک زاده

نظارت و نگارش نهایی: اکرم ملک زاده، الهه اسلمی

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

References

1. Mbonile M, Mbonile M, Kengeta K. Factors Influencing Marriage Instabilities in Kisarawe district, Coastal Region, Tanzania. Journal of the Geographical Association of Tanzania, 2020. 38(1). <https://jgat.udsm.ac.tz/index.php/jgat/issue/view/16>

همراه با گذشت و فداکاری داشته باشند که طبق مطالعات انجام شده توانایی بخشش خود هم احساسات مربوط به گناه و بالاخص شرم را کاهش می دهد. در واقع امید درمانی با تمرکز بر عملکرد واقعی نه آرمانها و ایده آل ها به فرد کمک می کند کمتر نسبت به خود سختگیری کرده و وقایع منفی زندگی را راحت تر بپذیرند امید درمانی، بوسیله کمک به فرد برای ارزیابی خود بر اساس توانمندی ها و ظرفیت ها و درعین حال در نظر گرفتن محدودیتهای به فرد کمک می کند کمتر خودشان را مورد قضاوت قرار جلسات امید درمانی، به فرد می آموزد با عمل آگاهانه و تلاش به نتیجه مورد نظر برسد که این خود باعث می شود تا اعتماد به نفس شخص بالا برود و به عبارتی با خودش آشتی کند همین طور با مقابله با اهداف و تفکرات نامعقول و منفی و بوسیله به چالش کشیدن آنها بر اساس معیارهای واقعی و جایگزینی آنها با اهداف معقول و مثبت و مقابله با اهداف خود شکن منجر و خود گویی مثبت منجر به افزایش مراقبت از خود شود. بنابراین امید درمانی با تقویت تفکر عامل و رهیاب، منجر به کاهش احساس شرم و گناه می گردد.

در کل، احساس شرم و گناه هیجانهای، ناخوشایندی هستند و زمانی افراد آنها را تجربه میکنند که در برآورده ساختن معیارهای اخلاقی و اجتماعی مهم زندگی خود شکست خورده باشند. شکست پی در پی منجر به احساس افسردگی می شود و ف این احساس را در فرد ایجاد می کند که کنترل بر زندگی خود را از دست داده و در نهایت احساس شرم بیشتری را تجربه کنند. امید درمانی با تمرکز بر اینکه حوادث توصیف شده منفی توسط آزمودنی صرفاً یک تجربه و رفتار بوده است تحت تاثیر عوامل مختلف ایجاد شده، تمرکز افراد را از گذشته به زمان حال و آینده معطوف نموده و به فرد این دیدگاه را می دهد که حادثه اتفاق افتاده صرفاً یک تجربه و یا رفتار بود که فخر فردی ممکن است آن را تجربه کند به فرد کمک می کند بجای تمرکز بر هیجانات مربوط به آن حادثه به کسب تجربه و برنامه ریزی برای ایجاد راه حل خلاق در موقعیتهای مشابه متمرکز شود و همین ارزیابی منفی معطوف بر خود که اغلب در احساس شرم اتفاق می افتد، برداشته و متمرکز بر تجربه یاد شده می شود.

نتیجه گیری

با توجه به یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت امید درمانی شناختی بر احساس شرم و گناه در زنان شهر گرمسار موثر است. داشتن هدف و امید به دستیابی آن به زندگی فرد معنا داده و او را در مسیر خاصی قرار می دهد. و به فرد می آموزد خود را بخشیده و وقایع منفی

- Clout D, Brown R. Marital relationship and attachment predictors of postpartum stress, anxiety, and depression symptoms. Journal of Social and Clinical Psychology, 2016, 35(4), 322-341. [\[Doi.org/10.1521/jscp.2016.35.4.322\]](https://doi.org/10.1521/jscp.2016.35.4.322)
- Rothenberg WA, Hussong AM, Chassin L. Modeling trajectories of adolescent-perceived family conflict: Effects of marital

- dissatisfaction and parental alcoholism. *Journal of Research on Adolescence*, 2017, 27(1), 105-121.
[Doi.10.1111/jora.12259]
4. Tegegne A, Molla A, Wonde D, Jibat N. Marital Dissatisfaction, Coping Mechanisms, and the Likelihood of Divorce among Selected Districts of Jimma Zone, South Western Ethiopia. *Global Journal of Human-Social Science*, 2015, 15(10), 22-30.
<https://www.researchgate.net/publication/331326508>
 5. Mohsenian M, Karamloo S, Gamjoo A. The Relationship between Self-Differentiation and Emotional Intelligence in Divorce Applicants. *Family Research Quarterly of Shahid Beheshti University*, 2007, 3 (12). 22-37.
<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=106597>
 6. Dalton E, Dales L. Online konkatsu and the gendered ideals of marriage in contemporary Japan. *Japanese Studies* 2016, 36(1): 1-19.
[Doi.org/10.1080/10371397.2016.1148556]
 7. Rayamo J, M Uchikshi, Marriage intentions, desires, and pathways to later and less marriage in Japan. *Journal of population sciences*, 2021, 44(3). 67-98.
[Doi: 10.4054/DemRes.2021.44]
 8. Lundberg S, Pollak RA, Stearns J. Family inequality: Diverging patterns in marriage, cohabitation, and childbearing. *Journal of Economic Perspectives*, 2016, 30(2): 79-102. [Doi:10.1257/jep.30.2.79]
 9. Sohrabi R, Asadi M, Habibollahzade H, PanaAli A. Relationship between self-differentiation in bowen's family therapy and psychological health. *Proceeded -Social and Behavioral Sciences*, 2013, 84, 1773-1775.
[Doi.10.1016/j.sbspro.2013.07.030]
 10. Yalcin BM, Karahan TF. Effects of a couple communication program on marital adjustment. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 2007, 20(1), pp.36-44.
[Doi.10.3122/jabfm.2007.01.060053]
 11. Bernstein FH, Bernstein MB. Communication-Therapeutic Behavior from a Behavioral Perspective (Translated by Hamid Reza Sohrabi). 2003.
 12. Cattell HE. "The structure of phenotypic personality traits": Comment. 1993.
[Doi.10.1037/0003-066X.48.12.1302]
 13. Sovatsky S. The path to enlightenment of sacred married home life: Grihasthya dharma as a guiding ideal for the transpersonal marriage therapist. *International Journal of Transpersonal Studies*, 2019, 38(1), advance publication.
<http://www.sutrajournal.com>
 14. Loevinger J. Construct validity of the sentence completion test of ego development. *Applied Psychological Measurement*, 1979, 3(3), 281-311.
[Doi.10.1177/014662167900300301]
 15. Fukuda S, Raymo JM, Yoda S. Revisiting the educational gradient in marriage in Japan. *Journal of Marriage and Family*, 2020, 82(4): 1378-1396.
[Doi.10.1111/jomf.12648]
 16. Syed M, Seiffge-Krenke I. (2013). Personality development from adolescence to emerging adulthood: Linking trajectories of ego development to the family context and identity formation. *Journal of personality and social psychology*, 104(2), 371.
[Doi.10.1037/a0030070]
 17. Cornwell LM. Ego development or ego denial: Is there a Christian case for a healthy ego? (Doctoral dissertation, King's College London). 2018,
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
 18. Volpe K. *Discovering Psychology, Then and Now*. APS Observer, 16(8). 2003,
<https://www.psychologicalscience>
 19. Elkind D, Dwyer R. Imaginary audience behavior in children and adolescents. *Developmental psychology*, 1979, 15(1). 38-44. 38-44.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.15.1.38>
 20. Greene K, Rubin DL, Hale JL, Walters LH. The utility of understanding adolescent egocentrism in designing health promotion messages. *Health Communication*, 1996, 8(2), 131-152.
[Doi.10.1207/s15327027hc0802_2]
 21. Aghayoosefi A, Zare H, Poorbaferani S. Calculation primary reliability and validity personal fable and new imaginary audience

- scale to evaluate egocentrism among adults. *Social Cognition*, 2(3). 2013, http://sc.journals.pnu.ac.ir/article_1496_c7e90d19c89e83f1be4bf472fa3b8078
22. Hauser ST. Loevinger's model and measure of ego development: A critical review. *Psychological bulletin*, 1976, 83(5), 928. [\[https://doi.org/10.1037/0033-909.83.5.928\]](https://doi.org/10.1037/0033-909.83.5.928)
23. Lianos M. L'INDIVIDU MODULAIRE I. De la socialité directe à la socialité institutionnelle/THE MODULAR INDIVIDUAL I. From direct sociality to institutional sociality. *Cartografie sociali. Rivista di sociologia e scienze umane*, 2017, (3).24. <https://universitypress.unisob.na.it/ojs/index.php/cartografie-sociali/article/view/421/93>
24. Worley SM, Schwebel AI. The effect of cooperation on egocentrism in divorce mediation: A simulation study. *Journal of Divorce*, 1985, 8(3-4), 151-165. [\[Doi.10.1300/J279v08n03_11\]](https://doi.org/10.1300/J279v08n03_11)
25. Lin P. Risky behaviors: Integrating adolescent egocentrism with the theory of planned behavior. *Review of General Psychology*, 2016, 20(4), 392-398. [\[Doi.10.1037/gpr0000086\]](https://doi.org/10.1037/gpr0000086)
26. Boger K. Deconstructing Egocentrism through Critical Thinking in the Communication Classroom. *Communication Center Journal*, 2019, 5(1), 184-186. [\[Doi.10.1384/j.tics.2019.03.106\]](https://doi.org/10.1384/j.tics.2019.03.106)
27. Looft WR. Egocentrism and social interaction across the life span. *Psychological Bulletin*, 1972, 78(2), 73. [\[Doi.10.1037/h0033012\]](https://doi.org/10.1037/h0033012)
28. Enright RD, Lapsley DK, Shukla DG. Adolescent egocentrism in early and late adolescence. *Adolescence*, 1979, 14(56), 687. [\[Doi.10.1896/S0272-7358\(995478-4\)\]](https://doi.org/10.1896/S0272-7358(995478-4))
29. Adams GR, Jones RM. Adolescent egocentrism: Exploration into possible contributions of parent-child relations. *Journal of Youth and Adolescence*, 1982, 11(1), 25-31. [\[Doi.10.1007/BF01537814\]](https://doi.org/10.1007/BF01537814)
30. Simmons RG, Rosenberg F. Sex, sex roles, and self-image. *Journal of youth and adolescence*, 1975, 4(3), 229-258. [\[Doi.10.1007/BF01537165\]](https://doi.org/10.1007/BF01537165)
31. Jowkar B, Noorafshan L. Gender different between Imaginary Audience and Personal Fable with Resilience among Male and Female. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2011, 29, 422-425. [\[Doi.10.1016/j.sbspro.2011.11.258\]](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.11.258)
32. Rodríguez-González M, Skowron EA, Cagigal de Gregorio V, Muñoz San Roque I. Differentiation of self, mate selection, and marital adjustment: Validity of postulates of Bowen theory in a Spanish sample. *The American Journal of Family Therapy*, 2016, 44(1), 11-23. [\[Doi.10.1080/01926187.2015.1099415\]](https://doi.org/10.1080/01926187.2015.1099415)
33. Khodayari Fard M, Abedini Y. *Theories and Principles of Family Therapy*. Tehran: Tehran University Press, 2010.
34. Skowron EA. The role of differentiation of self in marital adjustment. *Journal of counseling Psychology*, 47(2), 229-2000, [\[Doi.10.1037/0022-0167.47.2.229\]](https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.2.229)
35. Hosseinizadeh M. Examine the relationship between differentiation of self-component and social and behavioral sciences 113,84-90. 2014. [\[Doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.014\]](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.014)
36. Murdock NL, Gore, PA. Stress, coping, and differentiation of self: A test of Bowen theory. *Contemporary Family Therapy*, 2004, 26(3), 319-335. [\[Doi.10.1023/B:COFT.0000037918.53929.18\]](https://doi.org/10.1023/B:COFT.0000037918.53929.18)
37. Elkind D. Egocentrism in adolescence. *Child development*, 1967, 1025-1034. [\[Doi.10.2307/1127100\]](https://doi.org/10.2307/1127100)
38. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications, 8, 2015.
39. Agha Yousefi A, Zare, Vapour H, Bagherani S. Preliminary assessment of the validity and reliability of the Personal Mythology and New Imagination Scale: Scales for measuring self-esteem among adults. *Journal of Social Cognition*, 2013, 2(2)52-68. <https://doaj.org/article/8da9d9aa52224a2aa6f7754676b3e021>
40. Hooman HA. *Structural equation modeling using LISREL software*. Tehran:

- Organization for the Study and Compilation of Humanities Books, Samat,3. 2005.
41. Street A. Family Counseling. translated by Mostafa Tabrizi and Ali Levinia, Tehran: Faravan Publications,6. 2003.
 42. Najafloo, Fatemeh. (1385). The role of self-differentiation in marital relationships. *New educational ideas*. 2 (4), 27- 37.
[Doi.10.22051/jontoe.2006.292]
 43. Bollen KA. Overall fit in covariance structure models: Two types of sample size effects. *Psychological bulletin*, 1990, 107(2), 256.
[Doi. /10.1037/0033-2909.107.2.256]
 44. Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. *Sage Focus Editions*, 154. 1993.
[Doi.10.1037/0033-2909.107.2.256]
 45. Wheaton B, Muthen B, Alwin DF, Summers GF. Assessing reliability and stability in panel models. *Sociological methodology*, 1997. 8, 84-136.
[Doi.10.2307/270754]
 46. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics . Boston, MA: Pearson,4. 2007.
 47. Kaveh Farsani Z, Ahmadi SA, Fatehizadeh MS. The effect of life skills training on marital satisfaction and adjustment of married women in rural areas of Farsan. *Family Counseling and Psychotherapy*, 2012, 2(3), 373-387
 48. yers Lawrence S, Gamest G, Garino AG. Applied multivariate research (Hassan Pasha Sharifi et al., Translator). Tehran: Roshd,2. 2012.
 49. Carpendale JI, Racine TP. Inter subjectivity and egocentrism: Insights from the relational perspectives of Piaget, Mead, and Wittgenstein. *New Ideas in Psychology*, 2011, 29(3), 346-354.
[Doi.10.1016/j.newideapsych.2010.03.005]
 50. Kruger J, Burrus J. Egocentrism and focalism in unrealistic optimism (and pessimism). *Journal of Experimental Social Psychology*, 2004, 40(3), 332-340.
[Doi.10.1016/j.jesp.2003.06.002]
 51. Kruger J, Windschitl, PD, Burrus J, Fessel F, Chambers JR. The rational side of egocentrism in social comparisons. *Journal of experimental social psychology*, 2008, 44(2), 220-232.
[Doi.10.1016/j.jesp.2007.04.001]
 52. Stuewig J, Tangney JP. Shame and guilt in antisocial and risky behaviors. *The self-conscious emotions: Theory and research*, 2007, 371 -388.
 53. Ausubel, DP. Relationships between shame and guilt in the socializing process. *Psychological review*, 1955, 62(5), 378. <https://psycnet.apa.org>
[doi/10.1037/h0042534]
 54. Wright F, O'Leary J, Balkin J. Shame, guilt, narcissism, and depression: Correlates and sex differences. *Psychoanalytic Psychology*, 6(2), 1989, 217. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.6.2.217>.
 55. Rabbani Khorasgani A, Kianpour M. Sociology of Emotions. *Journal of Applied Sociology*, 2009, 2, 35-62
www.sid.ir

