MEJDS. 2023; 13:148.
Published online 2024 Jan. **Original Article**

Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Based on Stress Management and the Quality-of-Life Therapy on Metacognitive Beliefs and Aggression of Divorced Couples Referred to Welfare Organization in Ilam City, Iran

Hemati Z[1], *Ahmadi V[2], Mami SH[2]

Author Address
1. PhD Student in Psychology, Islamic Azad University, Ilam Branch, Ilam, Iran;
2. Assistant Professor, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Ilam Branch, Ilam, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** Vahid.ahmadi@iau.ac.ir

Received: 2023 February 20; **Accepted:** 2023 April 23

Abstract

Background & Objectives: Divorce is one of the most important social harms at the individual, interpersonal, and social levels. One of the important psychological functions is metacognitive beliefs. Aggression is also one of the most important causes of requests for separation from couples. A cognitive–behavioral therapy program based on stress management is organized to pay attention to issues such as lack of personal control, confrontational demands, social isolation, and anxiety and depression, all of which are prominent in couples applying for divorce. Although the usefulness of traditional cognitive–behavioral therapy has been confirmed in research, following criticisms of this approach, other combined methods have been presented to treat individual and interpersonal problems. One of these integrated methods is psychotherapy based on the quality of life, which belongs to the positive psychology class. The present study was conducted to compare the effectiveness of cognitive–behavioral therapy based on stress management and quality–of–life therapy on metacognitive beliefs and aggression of referred couples seeking divorce in the welfare organization of Ilam City, Iran.

Methods: This quasi–experimental study employed a pretest–posttest and follow–up (three months) design with a control group. The study's statistical population included all couples seeking a divorce in Ilam City, from which 45 people were selected using the available sampling method. Of these 45 couples, 15 were randomly assigned to the quality–of–life therapy group, 15 to cognitive–behavioral therapy based on stress management, and 15 to the control group. The control group received no intervention. The inclusion criteria for the couples were as follows: age 20–48 years, literacy in reading and writing, and a history of living together between 2 and 15 years. The exclusion criteria were not participating in more than two treatment sessions, unwillingness to continue participating in the research, and concurrent use of psychiatric drugs during the research. Cognitive–behavioral therapy based on stress management was implemented in a group setting during ten sessions for one experimental group, and quality–of–life therapy was implemented in a group setting during eight sessions for the other experimental group. The cognitive therapy based on stress management was conducted based on the practical guide of cognitive behavioral therapy of stress management by Antoni et al. (2007). Quality of life therapy sessions were implemented based on Frisch's quality–of–life therapy (2006). The tools used in this research included the Metacognitive Beliefs Questionnaire (Wells and Cartwright–Houghton, 2004) and the Aggression Questionnaire (Bass and Perry, 1992).

Results: The results showed that the effect of time on both variables of metacognitive beliefs ($p<0.001$) and aggression ($p<0.001$) and the impact of the group on both variables of metacognitive beliefs ($p=0.012$) and aggression ($p=0.016$) were significant. Regarding the variables of metacognitive beliefs and aggression in both groups of cognitive–behavioral therapy based on stress management and quality–of–life therapy, the difference between the average scores of the pretest with posttest and follow–up was significant ($p<0.001$). Also, in both research variables, the difference between the average posttest and follow–up scores in the two experimental groups was not significant, which shows the stability of the treatment effects over time ($p>0.05$).

Conclusion: According to the findings, both treatment methods are effective, but cognitive behavioral therapy based on stress management is better than quality–of–life therapy. Therefore, in dealing with the problems of people applying for divorce, cognitive behavioral therapy based on stress management is more effective compared to quality–of–life therapy.

Keywords: Quality of life therapy, Cognitive–behavioral therapy based on stress management, Aggression, Metacognitive beliefs, Divorce.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

Copyright © 2023, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۲؛ (۱۳):۱۴۸.

انتشار برخط دی ۱۴۰۲ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس و درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی بر باورهای فراشناختی و پرخاشگری زوجین ارجاعی متقاضی طلاق در بهزیستی شهرستان ایلام

زهرا همتی[۱]، *وحید احمدی[۲]، شهرام مامی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایلام، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایلام، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Vahid.ahmadi@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱اسفند۱۴۰۱؛ **تاریخ پذیرش:** ۵اردیبهشت۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: طلاق از آسیب‌های بسیار مهم اجتماعی است که بر روابط افراد در سطوح فردی و بین‌فردی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد. پژوهش حاضر باهدف مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس و درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی بر باورهای فراشناختی و پرخاشگری زوجین ارجاعی متقاضی طلاق در بهزیستی شهرستان ایلام انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری (سه‌ماهه) همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زوجین متقاضی طلاق در شهرستان ایلام تشکیل دادند که از میان آن‌ها ۴۵ زوج داوطلب واجد شرایط با روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند و به‌شکل تصادفی، در گروه‌های درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس و درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی و گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده زوج). درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس به‌شیوهٔ گروهی طی ده جلسه و درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی به‌شیوهٔ گروهی طی هشت جلسه اجرا شد. ابزارهای پژوهش پرسش‌نامهٔ باورهای فراشناختی (ولز و کاترایت‌ـ‌هاتون، ۲۰۰۴) و پرسش‌نامهٔ پرخاشگری (باس و پری، ۱۹۹۲) بود. داده‌ها به‌کمک آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها: اثر زمان بر متغیرهای باورهای فراشناختی و پرخاشگری ($p<$۰/۰۰۱) و اثر گروه بر متغیرهای باورهای فراشناختی ($p=$۰/۰۱۲) و پرخاشگری ($p=$۰/۰۱۶) معنادار بود. در متغیرهای مذکور در هر دو گروه درمانی، تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود ($p<$۰/۰۰۱). همچنین در هر دو متغیر پژوهش در هر دو گروه درمانی، تفاوت بین میانگین نمرات پس‌آزمون با پیگیری معنادار نبود که ثبات اثرات درمان را با گذشت زمان نشان داد ($p>$۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس درمقایسه با درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی، میانگین نمرات متغیرهای باورهای فراشناختی و پرخاشگری را بیشتر کاهش می‌دهد؛ بنابراین در کار با مشکلات افراد متقاضی طلاق درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس کارایی بیشتری درمقایسه با درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی دارد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی، درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس، پرخاشگری، باورهای فراشناختی، طلاق.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۲، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیارـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

۱ مقدمه

طلاق[1] از آسیب‌های بسیار مهم اجتماعی در سطوح فردی و بین‌فردی و اجتماعی است. تجربهٔ طلاق، سازگاری[2] افراد را در تمام ابعاد روان‌شناختی، جسمانی، اجتماعی و هیجانی تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و کاهش عملکرد و ناکارآمدی اعضای خانواده را به‌دنبال دارد (۱). طلاق باعث افزایش استرس و افسردگی، افت بهداشت روانی، کاهش کیفیت زندگی[3]، افزایش تنش‌های روانی و کاهش کارایی سیستم ایمنی بدن می‌شود (۲). تقاضا و تصمیم برای طلاق نتیجهٔ فشارهای شدیدی است که حداقل به یکی از همسران وارد می‌شود. طلاق یا تقاضای آن معتبرترین شاخص نشان‌دهندهٔ مشکل در روابط زناشویی و گسستگی عاطفی[4] بین زوجین است (۳).

انباشته‌شدن سرخوردگی‌ها و تنش‌های زندگی روزمره، سبب به‌وجودآمدن مشکلات شناختی و هیجانی و فرسایش می‌شود که می‌تواند عملکرد روان‌شناختی زوجین را تحت‌تأثیر قرار دهد (۴). یکی از این عملکردهای روان‌شناختی مهم، باورهای فراشناختی[5] است. این موضوع به‌عنوان فرایندهای شناختی منفی شناخته می‌شود که در شکل‌گیری و تداوم اختلال اضطرابی و افسردگی و نشانه‌های همبود روان‌شناختی در زوجین متقاضی طلاق نقش زیادی ایفا می‌کند (۵). باورهای فراشناختی، جنبه‌ای عمومی از شناخت است که در تمام فعالیت‌های شناختی نقش دارد (۶). بسیاری از فعالیت‌ها و مؤلفه‌های شناختی را عوامل فراشناخت کنترل و هدایت می‌کنند. اطلاعات فراشناختی می‌توانند با تأثیر بر احساسات تجربه‌شونده رفتار افراد را تغییر دهند و همچنین تصمیم به جدایی را هدایت کنند (۷). باورهای منفی فراشناختی نوعی سبک تفکر تکرارشونده، به‌صورت نگرانی یا نشخوار فکری متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای است (۸). پژوهش‌ها نشان داد، بین ابعاد باورهای فراشناختی با کنترل عواطف رابطهٔ معناداری وجود دارد و پیش‌بین بسیار خوبی برای سازگاری زناشویی است (۹).

همچنین از علت‌های بسیار مهم درخواست‌های جدایی ازطرف زوجین، پرخاشگری[6] است (۱۰). پرخاشگری به‌منزلهٔ یک ویژگی در نظر گرفته می‌شود و رفتاری آگاهانه با هدف آزارهای کلامی و غیرکلامی و ابراز خصومت با دیگران است (۱۱). نقص در عملکرد خانواده، خصومت بین زوجین را افزایش می‌دهد و زن و شوهر را مستعد رفتار پرخاشگرانه می‌کند (۱۲). هدف این‌گونه رفتارها تخریب و آسیب‌رسانی به فرد مقابل و اموال وی است؛ رفتاری که بروز واکنش‌های دفاعی و اجتنابی ازسوی قربانی را در پی دارد و در زوجین متقاضی طلاق دیده می‌شود (۱۳).

برنامهٔ درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس[7] در درمان مسائلی مثل فقدان کنترل شخصی در افراد مبتلا به اختلال کنترل تکانه (۱۴)، رفتارهای مقابله‌ای در زوجین (۱۵) و انزوای اجتماعی، اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی مداوم (۱۴) کاربرد دارد که مجموعهٔ این مشکلات در زوجین متقاضی طلاق برجسته است. هدف درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس، توانمندکردن افراد در مقابله با فشارهای زندگی زناشویی است. با درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس، فرد بهتر می‌تواند با مشکلات زناشویی خود مقابله کند (۱۵).

سودمندی گروه‌درمانی‌های سنتی شناختی‌رفتاری در برخی از پژوهش‌ها به‌تأیید رسیده است؛ اما به‌دنبال بعضی انتقادات از این رویکرد، روش‌های تلفیقی دیگری برای درمان مشکلات روانی ارائه شده است. یکی از این روش‌های گروه‌درمانی تلفیقی، روان‌درمانی مبتنی‌بر کیفیت زندگی[8] است. جایگاه این درمان در روان‌شناسی مثبت[9] قرار دارد و باهدف ارتقای کیفیت و رضایت از زندگی و ایجاد بهزیستی ذهنی در اختلالات روان‌شناختی مثل افسردگی ایجاد شده است. درمان گروهی مبتنی‌بر کیفیت زندگی به‌دنبال ایجاد بهزیستی ذهنی و ارتقای کیفیت زندگی افراد با ساختار مشخص و ارائهٔ تمرین‌ها و تکالیف شناختی‌رفتاری است (۱۶).

رویکرد درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس و رویکرد درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی باتوجه به ماهیت توسعه‌دهندهٔ روابط ارتباطی کارآمد، به‌منزلهٔ درمان‌های پیشرو و خط اول در روان‌شناسی مثبت شناخته می‌شوند (۱۴)؛ ازاین‌رو انتظار می‌رود این درمان‌ها بتوانند بر باورهای فراشناخت و خشونت زوجین تأثیری تأمل‌برانگیز داشته باشند. بررسی پیشینهٔ پژوهش‌ها نشان داد، درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس و درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی هر دو در مشکلات مختلف اثربخشی دارد؛ اما با درنظرگرفتن طلاق به‌عنوان آسیب اجتماعی بسیار مهم که امروزه از معضلات اصلی کشور به‌شمار می‌آید، ضروری است شیوه‌های درمانی اثربخش بر مؤلفه‌های مؤثر بر طلاق مثل پرخاشگری زوجین ارزیابی شود تا اثربخشی محتوا و تکنیک‌های این رویکردها به‌منظور به‌کاربردن درمان‌هایی سودمندتر برای اختلالات و مشکلات بین‌فردی منجربه طلاق بررسی و مقایسه شود. باتوجه به آسیب‌های روان‌شناختی در زوجین متقاضی طلاق و اهمیت بهره‌گیری از روش‌های درمانی، هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس و درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی بر باورهای فراشناختی و پرخاشگری زوجین متقاضی طلاق بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر به‌صورت نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری (سه‌ماهه) همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زوجین ارجاعی متقاضی طلاق از دادگستری شهرستان ایلام تشکیل دادند که پروندهٔ ارجاعی به ادارهٔ بهزیستی شهرستان ایلام داشتند. از میان آن‌ها ۴۵ زوج داوطلب واجد شرایط با روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. از این ۴۵ زوج به‌شکل تصادفی، پانزده زوج در گروه آزمایش درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر

[1]. Divorce
[2]. Adjustment
[3]. Quality of life
[4]. Emotional detachment
[5]. Metacognition believes
[6]. Aggression
[7]. Cognitive Behavioral Therapy Based on Stress Management
[8]. Quality of Life Therapy
[9]. Positive psychology

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

مدیریت استرس و پانزده زوج در گروه آزمایش درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی و پانزده زوج در گروه گواه قرار گرفتند. برای گروه آزمایش اول مداخلهٔ درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس و برای گروه آزمایش دوم درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی اجرا شد؛ اما برای گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: داشتن سن ۲۰تا۴۸ سال؛ دارابودن سواد خواندن و نوشتن؛ داشتن سابقهٔ زندگی مشترک بین ۲تا۱۵ سال. معیارهای خروج، شرکت‌نکردن در بیش از دو جلسهٔ درمان و تمایل‌نداشتن برای ادامهٔ مشارکت در پژوهش و مصرف هم‌زمان داروهای روان‌پزشکی درحین پژوهش در نظر گرفته شد. ازجمله ملاحظات اخلاقی این پژوهش رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، آگاهی از هدف پژوهش، آزادی در ترک پژوهش و آموزش مدیریت استرس به گروه گواه در پایان پژوهش بود.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش استفاده شد.

ـ پرسش‌نامهٔ باورهای فراشناختی[1]: این پرسش‌نامه توسط ولز و کاترایت‌ـ هاتون در سال ۲۰۰۴ تدوین شد (۱۷). این ابزار، مقیاس خودگزارشی سی‌سؤالی است که باورهای افراد دربارهٔ تفکراتشان را می‌سنجد. پاسخ به سؤالات آن در قالب مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت از موافق نیستم=۱ الی کاملاً موافقم=۴ محاسبه می‌شود. این مقیاس دارای پنج خرده‌مقیاس باورهای نگرانی، باورهای فراشناختی منفی، کارآمدی شناختی پایین، باورهای منفی درمورد افکار و خودآگاهی شناختی است (۱۷). پایایی این پرسش‌نامه در مقیاس اصلی توسط ولز و کاترایت‌ـ هاتون، ۰/۸۹ گزارش شد که نشان‌دهندهٔ پایایی مطلوب است. به‌منظور بررسی روایی در نسخهٔ اصلی از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد و RMSEA=۰/۰۵۳ و GFI=۰/۹۵ و CFI=۰/۹۳، به‌دست آمد که بیانگر روایی مطلوب زیرمقیاس‌ها در سنجش باورهای فراشناختی است (۱۷). ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نسخهٔ فارسی توسط رحیمیان و واعظ موسوی، ۹۱درصد گزارش شد. روایی نسخهٔ فارسی نیز توسط این پژوهشگران با تحلیل عاملی تأییدی بررسی و تأیید شد. شاخص‌های معناداری تحلیل عاملی در این پژوهش IFI=۰/۹۴، CFI=۰/۹۴، NFI=۰/۹۳ و GFI=۰/۹۶ به‌دست آمد (۱۸).

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس

جلسه	عناوین	تکنیک‌های آموزشی
اول	معرفی برنامه، استرس‌زاها و پاسخ‌های استرس، آرمیدگی عضلانی تدریجی	معرفی رهبر گروه، ارائهٔ اطلاعات کلی برنامه و هدف، توضیح دربارهٔ اصل رازداری، بررسی استرس‌زاها، تأثیرات جسمی استرس، پیامدهای احتمالی استرس مزمن بر سلامت، آموزش آرمیدگی و اجرای آرمیدگی عضلانی تدریجی برای شانزده گروه ماهیچه‌ای و ارائهٔ بازخورد
دوم	آرمیدگی عضلانی تدریجی، استرس و آگاهی	آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای هشت گروه ماهیچه‌ای، تکمیل چک‌لیست نشانه‌های استرس، مرور تأثیرات استرس و افزایش آگاهی از نشانه‌های جسمی استرس
سوم	تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی، ارتباط افکار و هیجانات	معرفی تنفس دیاگرامی، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای چهار گروه ماهیچه‌ای، تمرین تصویرسازی و آرمیدگی، مرور نشانه‌ها و تأثیرات استرس، بررسی ارتباط بین افکار و احساسات، تمرین قدرت فکر
چهارم	تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل، تفکر منفی و تحریفات شناختی	ترکیب تنفس دیافراگمی با تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل (به‌این‌معنا که هیچ ماهیچه‌ای را منقبض نمی‌کنند) همراه با تصویرسازی مکان خاص، بررسی تفکر منفی و تحریفات شناختی، تأثیر تفکر منفی بر رفتار، تمرین شناسایی افکار منفی
پنجم	آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما، جایگزینی افکار منطقی	معرفی آموزش خودزاد و ارائهٔ دستورعمل‌های آن، اجرای آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما، بررسی تفاوت بین خودگویی منطقی و غیرمنطقی، معرفی گام‌های جایگزینی افکار منطقی، تمرین جایگزینی افکار منطقی
ششم	آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی، مقابلهٔ کارآمد	معرفی تنفس دیافراگمی، اجرای آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی، بحث دربارهٔ یکپارچه‌کردن مدیریت استرس و آرمیدگی، ارائهٔ تعریفی از مقابله، معرفی انواع مقابلهٔ کارآمد و ناکارآمد، بحث دربارهٔ راهبردهای مقابله‌ای
هفتم	آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خودالقایی، اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر	اجرای تمرین خودزادها همراه با تصویرسازی بصری و خودالقایی‌های مثبت، اجرای مراقبهٔ نور خورشید همراه با خودزادها، معرفی گام‌های مقابله‌ای مؤثر، انجام تمرین مقابله‌ای کارآمد، معرفی تکنیک نرم‌کردن برای استرس‌زاهای طاقت‌فرسا و انجام تمرین آن
هشتم	مراقبهٔ مانترا، مدیریت خشم	معرفی مراقبه، ارائهٔ حالات بدنی مراقبه و اجرای مراقبهٔ مانترا، بحث درزمینهٔ فواید تمرین منظم، بحث دربارهٔ مفهوم خشم و پاسخ‌های خشم، کمک به خودارزیابی اعضا از خشم، بحث دربارهٔ خشم و آگاهی، آموزش مدیریت خشم
نهم	مراقبهٔ شمارش تنفس، آموزش ابرازگری	اجرای مراقبهٔ شمارش تنفس و مراقبهٔ نور خورشید همراه با خودزادها، معرفی سبک‌های بین‌فردی، بحث دربارهٔ موانع رفتار ابرازگونه، ارائهٔ مؤلفه‌های ارتباط ابرازگرانه، بحث دربارهٔ استفاده از حل مسئله برای تعارض‌ها، بررسی گام‌های رفتار ابرازگرانه‌تر
دهم	تصویرسازی و مراقبه، حمایت اجتماعی و مرور برنامه	مرور برنامه، مرور تمرین‌های آرمیدگی، اجرای تمرین تصویرسازی صحنهٔ ساحل و مراقبهٔ شمارش تنفس، بحث دربارهٔ حمایت اجتماعی و فواید آن، بحث درزمینهٔ موانع حفظ اجتماعی، آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس برای حفظ حمایت اجتماعی، مرور کل برنامه، کمک به اعضای گروه در ایجاد یک برنامهٔ مدیریت استرس شخصی

[1]. Metacognitive Beliefs Questionnaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

جدول ۲. خلاصهٔ جلسات درمانی مبتنی‌بر کیفیت زندگی

جلسه	عناوین	تکنیک‌های آموزشی
اول	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، تعریف نقش کیفیت زندگی در سلامت روانی و کاهش پرخاشگری ذهنی افراد، معرفی درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی و رویکردهای جدید درمانی در روان‌شناسی	آموزش مدل پنج‌راههٔ CASIO، تعیین رئوس و ساختار کلی جلسات، تکمیل نیم‌رخ کیفیت زندگی به‌صورت فردی، توافق بر حوزه‌های مهم از بین شانزده حوزهٔ مشخص‌شده در درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی، دریافت بازخورد
دوم	تعیین دستور جلسه، بررسی نقش باورهای فراشناخت در امیدواری و سلامت روانی، تعریف عزت‌نفس	براساس مدل درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی اولین راه موفقیت در دستیابی به عزت‌نفس: کمک به بهبود عزت‌نفس افراد ازطریق عمل‌کردن برطبق استانداردهای مدنظر افراد در حوزه‌های ارزشمند زندگی خود و از این طریق، افزایش رضایت خاطر، آموزش و ارائهٔ تکلیف «یادداشت موفقیت» برای اجرا در منزل دومین راه موفقیت در دستیابی عزت‌نفس: مسیر «لطفاً سؤال نکنید!!!» سومین راه موفقیت در دستیابی عزت‌نفس: مسیر خودپذیری چهارمین راه موفقیت در دستیابی به عزت‌نفس: روابط اجتماعی سودبخش پنجمین راه موفقیت در دستیابی به عزت‌نفس: یاری‌رسانی، آموزش و ارائهٔ تکنیک BAT برای تکمیل در منزل آموزش استفاده از «لیست توانایی‌ها»، دریافت بازخورد
سوم	تعیین دستور جلسه، مروری کوتاه بر جلسهٔ قبل و بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، تعریف سلامتی مطابق درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی	ارتباط شادکامی با سلامت روانی و جسمانی، بررسی عادات غلط دربارهٔ سلامتی، آموزش تمرین «سبد تخم مرغ[1]» برای تکمیل در منزل، آموزش برنامهٔ شش‌مرحله‌ای کنترل عادات، مطابق با دستورعمل درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی، آموزش برنامه‌ریزی روزانه (DAP)، بررسی روند کمک به مسائل مزمن بهداشتی، اصل «پذیرش چیزهایی که نمی‌توانیم تغییر دهیم»، دریافت بازخورد
چهارم	تعیین دستور جلسه، مروری کوتاه بر جلسهٔ قبل و بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، آشنایی با نقش اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی در رضایت از زندگی	مشخص‌کردن فلسفهٔ زندگی، اجرای تمرین هدف‌یابی[2]، آموزش تکنیک نمایشنامهٔ زندگی[3]، کارکردهای مذهبی و معنوی‌بودن، آشنایی با اصول تعیین هدف، دریافت بازخورد
پنجم	تعیین دستور جلسه، مروری کوتاه بر جلسهٔ قبل و بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، تعریف ارتباط در درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی	آموزش انگاره‌های اصلی ارتباط در درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی، آموزش مهارت‌های ارتقای رضایت‌خاطر از ارتباط، آموزش فن نامه‌نگاری ۱ و ۲، آشنایی و آموزش استفاده از فرهنگ لغات احساسات، دریافت بازخورد
ششم	تعیین دستور جلسه، مروری کوتاه بر جلسهٔ قبل و بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، تعریف یادگیری در درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی	آموزش مراحل پنج‌گانه برای افزایش یادگیری (در حیطه‌های علاقه‌مندی)، آموزش مهارت‌های مطالعه و یادگیری، دریافت بازخورد
هفتم	تعیین دستور جلسه، مروری کوتاه بر جلسهٔ قبل و بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، آموزش تفاوت بین «فعالیت‌های باید و خواستن»، نیاز به بازی و تفریح یعنی چه؟	مشخص‌کردن بازی‌های مخرب کیفیت زندگی، بررسی رابطهٔ شادی و تفریح، گام‌های مؤثر برای برقراری عادت‌کردن به بازی و تفریح، آموزش و ارائهٔ تکلیف لیست بازی‌ها برای تکمیل در منزل، دریافت بازخورد
هشتم	تعیین دستور جلسه، مروری کوتاه بر جلسهٔ قبل و بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، آموزش استفاده از فرم استرس‌های شخصی و چک‌لیست اضطراری عود به‌منظور حفظ نتایج درمان درخصوص درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی	مروری بر مدل CASIO و تأیید بر استفاده از آن در تمام زندگی، پرسش و پاسخ، انجام پس‌آزمون

ـ پرسش‌نامهٔ پرخاشگری [4]: این پرسش‌نامه توسط باس و پری در سال ۱۹۹۲ تدوین شد (۱۹). این ابزار دارای ۲۹ سؤال است و چهار جنبه از پرخاشگری شامل پرخاشگری فیزیکی (نُه سؤال)، پرخاشگری کلامی (پنج سؤال)، خشم (هفت سؤال) و خصومت (هشت سؤال) را اندازه‌گیری می‌کند. شیوهٔ نمره‌گذاری روی مقیاس پنج‌نقطه‌ای لیکرت از کاملاً متفاوت از من=۱ تا کاملاً شبیه من=۵ است. دامنهٔ نمرات از ۲۹تا۱۴۵ است. نمرات بیشتر، پرخاشگری بیشتر را نشان می‌دهد. به‌جز سؤالات ۱۵ و ۲۴، بقیهٔ سؤالات به‌صورت مستقیم نمره‌گذاری

[1]. Basket of eggs
[2]. Vision quest
[3]. Life script
[4]. Aggression Questionnaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

می‌شود (۱۹). پرسش‌نامهٔ پرخاشگری باس و پری در نسخهٔ اصلی ضریب همسانی درونی ۰/۸۹ را به‌دست آورد. پایایی این پرسش‌نامه در مقیاس اصلی ۰/۹۰ بود (۱۹). در نسخهٔ فارسی که توسط سامانی بررسی شد، ضریب آلفا برای مؤلفه‌های پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت به‌ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۸۳ و ۰/۷۷ و ضریب آلفای کل نمرات پرسش‌نامه ۰/۸۹ به‌دست آمد. پرسش‌نامهٔ پرخاشگری باس و پری، ابزاری باثبات با پایایی بازآزمایی مطلوب است. همبستگی بازآزمایی بعد از یک دورهٔ نُه‌هفته‌ای برابر با ۰/۸۰ برای کل نمرات پرسش‌نامه به‌دست آمد (۲۰).

ـ جلسات درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس براساس *راهنمای عملی درمان شناختی‌رفتاری مدیریت استرس* تألیف آنتونی و همکاران انجام پذیرفت. این پروتکل براساس مطالعات آنتونی و همکاران با درنظرگرفتن پژوهش‌های پیشین در سال ۲۰۰۷ تدوین شد (۲۱). تدوینگران به‌منظور بررسی روایی این پروتکل آن را در اختیار ۲۶ نفر از درمانگران و متخصصان با رویکرد شناختی‌رفتاری قرار دادند تا دربارهٔ محتوای آن نظر دهند. پس از تأیید روایی آن باتوجه به نظر پژوهشگران، این پروتکل به‌منظور کاهش استرس ابتدا در اختلال هراس و سپس در سایر اختلالات بالینی و مشکلات بین‌فردی بررسی و تأیید شد. محتوای جلسات درمانی این رویکرد در جدول ۱ آورده شده است.

ـ جلسات درمانی کیفیت زندگی براساس روان‌درمانی مبتنی‌بر کیفیت زندگی فریش اجرا شد (۱۶). فریش در سال ۲۰۰۶ محتوا و ساختار این پروتکل را براساس ساختار و تکنیک‌های درمان شناختی‌رفتاری تدوین کرد؛ همچنین او ضریب روایی محتوایی (CVR) آن را در بررسی نظر پانزده متخصص درزمینه‌های روان‌شناسی، روان‌پزشکی، سالمندی تأیید کرد. پس از آن پژوهش‌های مختلفی روی این پروتکل درگروه‌های سالمندی، اختلالات بالینی، روابط بین‌فردی و بیماری‌های جسمانی صورت گرفت (۱۶). محتوای جلسات درمانی این رویکرد در جدول ۲ آورده شده است.

داده‌های پژوهش به‌کمک آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی نیز به‌منظور بررسی تفاوت بین سطوح اندازه‌گیری داده‌ها با درنظرگرفتن سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

۳ یافته‌ها

در گروه درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس با دامنهٔ سنی ۲۰ تا۵۵ سال، میانگین سنی ۳۵/۷ و انحراف استاندارد ۸/۱۶ سال بود. در این گروه ۱۱/۱ درصد تحصیلات کمتر از دیپلم، ۳۳/۳درصد دیپلم و فوق‌دیپلم، ۳۳/۳درصد لیسانس و ۲۲/۲ درصد فوق‌لیسانس و بیشتر داشتند. در گروه درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی با دامنهٔ سنی ۲۲تا۵۱، میانگین سنی ۳۶/۹ و انحراف استاندارد ۷/۲۴ سال بود. در این گروه ۸/۴درصد تحصیلات کمتر از دیپلم، ۲۹/۱درصد دیپلم و فوق‌دیپلم، ۳۸/۷درصد لیسانس و ۲۸۲۳ درصد فوق‌لیسانس و بیشتر داشتند. در گروه گواه با میانگین سنی ۲۱ تا۵۴ سال، میانگین سنی ۳۴/۴ و انحراف استاندارد ۶/۷۹ سال بود. در این گروه ۲۱/۶ درصد تحصیلات کمتر از دیپلم، ۲۰/۳درصد دیپلم و فوق‌دیپلم، ۴۶/۷درصد لیسانس و ۱۱/۴درصد فوق‌لیسانس و بیشتر داشتند. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آورده شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای باورهای فراشناختی و پرخاشگری

متغیر	زمان	آزمایش ۱ درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس		آزمایش ۲ درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی		گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نمرهٔ کل باورهای فراشناختی	پیش‌آزمون	۷۸/۲۴	۶/۲۵	۷۵/۴۹	۹/۱۰	۷۷/۱۱	۸/۶۴
	پس‌آزمون	۶۱/۱۴	۷/۴۴	۶۵/۲۶	۸/۷۱	۷۶/۴۶	۶/۵۳
	پیگیری	۶۳/۵۴	۶/۱۳	۶۴/۸۷	۶/۱۶	۷۶/۹۴	۸/۱۹
باورهای نگرانی	پیش‌آزمون	۱۴/۴۰	۲/۶۴	۱۴/۵۳	۲/۷۲	۱۴/۴۶	۲/۶۶
	پس‌آزمون	۱۱/۷۳	۱/۷۰	۱۲/۲۶	۱/۹۰	۱۴/۵۳	۲/۶۴
	پیگیری	۱۲/۰۰	۱/۷۳	۱۲/۷۳	۱/۹۱	۱۴/۵۰	۲/۶۴
باورهای فراشناختی منفی	پیش‌آزمون	۱۵/۳۹	۲/۶۴	۱۵/۵۳	۲/۷۲	۱۵/۴۶	۲/۶۶
	پس‌آزمون	۱۱/۲۶	۱/۴۳	۱۳/۲۰	۱/۷۴	۱۵/۵۳	۲/۷۷
	پیگیری	۱۳/۴۶	۳/۱۳	۱۳/۹۳	۲/۰۱	۱۵/۵۲	۲/۷۷
کارآمدی شناختی پایین	پیش‌آزمون	۱۷/۴۰	۲/۶۴	۱۷/۵۳	۲/۷۲	۱۷/۴۶	۲/۶۶
	پس‌آزمون	۱۳/۲۰	۲/۲۷	۱۴/۸۰	۲/۷۳	۱۷/۴۰	۱۷/۴۰
	پیگیری	۱۳/۸۶	۲/۳۵	۱۶/۶۰	۳/۵۰	۱۷/۲۶	۱۷/۲۶
باورهای منفی درمورد افکار	پیش‌آزمون	۱۳/۴۰	۲/۶۴	۱۳/۵۳	۲/۷۳	۲/۶۶	۲/۶۳
	پس‌آزمون	۱۰/۲۶	۰/۸۸۴	۱۵/۷۳	۳/۴۷	۱۳/۴۰	۲/۶۴
	پیگیری	۱۱/۳۳	۱/۹۵	۱۱/۴۰	۱/۶۸	۱۳/۴۱	۲/۶۲

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

خودآگاهی شناختی	پیش‌آزمون	۱۸/۴۰	۲/۶۴	۱۸/۵۳	۲/۷۲	۱۸/۴۶	۲/۶۶
	پس‌آزمون	۱۳/۲۰	۱/۵۲	۱۴/۵۳	۲/۷۴	۱۸/۳۳	۲/۷۱
	پیگیری	۱۴/۲۰	۱/۳۷	۱۸/۲۶	۲/۷۸	۱۸/۳۰	۲/۷۰
نمرهٔ کل پرخاشگری	پیش‌آزمون	۶۹/۵۸	۴/۸۸	۷۰/۲۹	۶/۱۴	۶۹/۴۱	۷/۱۷
	پس‌آزمون	۵۳/۸۷	۵/۷۴	۵۵/۲۹	۵/۱۸	۶۸/۵۱	۸/۱۹
	پیگیری	۶۷/۴۵	۵/۳۹	۶۸/۲۸	۶/۱۹	۶۹/۳۶	۷/۱۱
پرخاشگری فیزیکی	پیش‌آزمون	۱۵/۴۰	۲/۳۵	۱۵/۴۶	۲/۳۸	۱۵/۲۶	۲/۳۴
	پس‌آزمون	۱۲/۲۶	۱/۹۸	۱۳/۷۳	۲/۶۵	۱۴/۸۶	۲/۲۳
	پیگیری	۱۵/۰۶	۲/۰۵	۱۵/۳۳	۲/۲۸	۱۵/۲۰	۲/۱۷
پرخاشگری کلامی	پیش‌آزمون	۱۲/۶۶	۱/۵۴	۱۲/۷۳	۱/۶۲	۱۲/۴۶	۱/۵۵
	پس‌آزمون	۹/۷۳	۱/۴۳	۹/۸۶	۱/۷۲	۱۲/۳۳	۱/۳۹
	پیگیری	۱۲/۴۰	۱/۴۰	۱۲/۵۳	۱/۵۹	۱۲/۴۰	۱/۵۹
خشم	پیش‌آزمون	۲۰/۵۳	۲/۴۴	۲۰/۷۳	۲/۳۴	۲۰/۴۶	۲/۳۸
	پس‌آزمون	۱۶/۵۴	۲/۲۳	۱۶/۲۳	۲/۳۱	۲۰/۳۳	۲/۴۱
	پیگیری	۲۰/۴۰	۲/۵۸	۲۰/۵۵	۲/۲۶	۲۰/۴۶	۲/۳۷
خصومت	پیش‌آزمون	۲۱/۹۳	۲/۶۵	۲۱/۹۳	۲/۵۷	۲۱/۹۳	۲/۶۵
	پس‌آزمون	۱۷/۴۶	۱/۶۴	۱۸/۲۶	۱/۹۸	۲۱/۴۶	۳/۰۴
	پیگیری	۲۰/۸۰	۲/۳۳	۲۱/۰۶	۲/۳۱	۲۱/۹۰	۲/۶۴

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمرات متغیرهای باورهای فراشناختی و پرخاشگری در هر دو گروه آزمایش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش یافت و در مرحلهٔ پیگیری تغییر چندانی نداشت؛ همچنین میانگین نمرات متغیرهای باورهای فراشناختی و پرخاشگری در گروه گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تغییر چندانی نداشت. به‌منظور بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌کار رفت. قبل از اجرای این آزمون پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای هیچ‌کدام از داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش معنادار نبود (باورهای فراشناخت p=۰/۱۶، پرخاشگری p=۰/۲۳)؛ براین‌اساس می‌توان گفت، شرط نرمال‌بودن توزیع داده‌ها برقرار بود. به‌منظور بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش از آزمون لون استفاده شد. براساس نتایج آزمون لون، واریانس متغیرهای پژوهش همگن بود (باورهای فراشناخت p=۰/۰۹، پرخاشگری p=۰/۱۱)؛ بنابراین پیش‌فرض مربوط به همگنی واریانس متغیرهای پژوهش رعایت شد. به‌منظور بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس، آزمون ام‌باکس به‌کار رفت. نتایج آزمون ام‌باکس برای نمرات مربوط به هر دو متغیر باورهای فراشناختی و پرخاشگری معنادار نبود (p>۰/۰۵)؛ بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس به‌تأیید رسید.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسهٔ متغیرهای باورهای فراشناختی و پرخاشگری در گروه‌های آزمایش و گروه گواه

متغیر	منبع اثر	F	P	اندازهٔ اثر
باورهای فراشناختی	زمان	۲۹/۱۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۱۶
	زمان*گروه	۸/۴۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۲۱۲
	گروه	۸/۴۱	۰/۰۱۲	۰/۲۴۷
پرخاشگری	زمان	۱۶/۷۸۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۱۰
	زمان*گروه	۷/۸۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۱۹۹
	گروه	۶/۲۸	۰/۰۱۶	۰/۲۳۰

باتوجه به نتایج ارائه‌شده در جدول ۴، اثر زمان بر هر دو متغیر باورهای فراشناختی و پرخاشگری (p<۰/۰۰۱) و اثر گروه بر هر دو متغیر باورهای فراشناختی (p=۰/۰۱۲) و پرخاشگری (p=۰/۰۱۶) معنادار بود. این موضوع مشخص می‌کند، در متغیرهای مذکور بین دو گروه آزمایش و گروه گواه میانگین‌های سه مرحلهٔ اندازه‌گیری (پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری) با همدیگر تفاوت معناداری داشتند. به‌منظور بررسی دقیق‌تر تفاوت بین مراحل سه‌گانه برای مقایسهٔ اثربخشی مداخله از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

در جدول ۵ مقایسه‌های زوجی به‌منظور بررسی تفاوت بین نمرات متغیر باورهای فراشناختی در طی مراحل درمان، برای هریک از گروه‌های درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس و درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی و گروه گواه آورده شده است.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ میانگین متغیرها در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری

متغیر	گروه	مرحله (i)	مرحله (j)	اختلاف میانگین	خطای معیار	p
باورهای فراشناختی	گواه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۴۱۴ـ	۱/۱۲۴	۰/۶۳۹
			پیگیری	۱/۱۳۲ـ	۰/۹۷۰	۰/۵۹۴
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۸۲	۰/۶۳۹	۱
	درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۶۸۲ـ	۱/۱۲۴	<۰/۰۰۱
			پیگیری	۶/۳۱۴ـ	۰/۸۷۰	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۱/۳۶۸	۰/۶۳۹	۰/۱۰۹
	درمان مبتنی بر کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	پس آزمون	۲/۲۸۶ـ	۱/۱۲۴	<۰/۰۰۱
			پیگیری	۱/۲۵۵ـ	۰/۸۷۰	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۱/۰۳۲	۰/۶۳۹	۰/۳۳۴
پرخاشگری	گواه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۱۸۲ـ	۰/۶۳۲	۱
			پیگیری	۰/۳۴۵	۰/۶۳۳	۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۲۷	۰/۲۸۷	۰/۲۱۳
	درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۳۰۵ـ	۰/۶۳۲	<۰/۰۰۱
			پیگیری	۰/۷۷۷ـ	۰/۶۳۳	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۲۷	۰/۲۸۷	۰/۲۱۳
	درمان مبتنی بر کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۹۵۵ـ	۰/۶۶۲	<۰/۰۰۱
			پیگیری	۳/۲۹۵ـ	۰/۶۳۳	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۵۹	۰/۲۸۷	۰/۰۷۵

براساس نتایج، در متغیر باورهای فراشناختی در هر دو گروه درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس و درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی، تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود (p<۰/۰۰۱). با مقایسهٔ میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده شد، در گروه درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس و گروه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، نمرات متغیر باورهای فراشناختی در پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون به‌طور معناداری کاهش یافت (p<۰/۰۰۱)؛ این کاهش بیانگر اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس و درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی بر باورهای فراشناختی گروه‌های آزمایش بود؛ همچنین تفاوت بین میانگین نمرات پس‌آزمون با پیگیری در دو گروه آزمایش معنادار نبود که ثبات اثرات درمان را با گذشت زمان نشان داد (p>۰/۰۵).

براساس نتایج، در متغیر پرخاشگری در هر دو گروه درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس و درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی، تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود (p<۰/۰۰۱). با مقایسهٔ میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده شد، در گروه درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس و گروه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، نمرات متغیر پرخاشگری در پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون به‌طور معناداری کاهش یافت (p<۰/۰۰۱)؛ این کاهش بیانگر اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس و درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی بر پرخاشگری گروه‌های آزمایش بود؛ همچنین تفاوت بین میانگین نمرات پس‌آزمون با پیگیری در دو گروه آزمایش معنادار نبود که ثبات اثرات درمان را با گذشت زمان نشان داد (p>۰/۰۵).

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس و درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی بر باورهای فراشناختی و پرخاشگری زوجین متقاضی طلاق بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد، در متغیر باورهای فراشناختی در گروه درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس و گروه درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی با گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت و این نکته بیانگر اثربخشی هر دو روش درمانی است؛ همچنین براساس میانگین نمرات، بین دو روش درمانی در همهٔ مؤلفه‌ها به‌جز باورهای نگرانی تفاوت چشمگیری وجود داشت و درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس مؤثرتر بود. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های زیر همسوست: رحمانی و همکاران دریافتند، مدیریت استرس شناختی‌رفتاری به‌همراه تکنیک‌های ذهن‌آگاهی بر بهبود باورهای فراشناختی منفی مؤثر است (۷)؛ در پژوهش خانجانی و همکاران مشخص شد، استفاده از تکنیک‌های مدیریت استرس شناختی‌رفتاری می‌تواند به کاهش پرخاشگری فیزیکی و پرخاشگری کلامی منجر شود (۱۵)؛ فریش در تحقیقات خود به‌منظور طراحی پروتکل درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی، این درمان را در بهبود شناخت‌واره‌های مثبت و کاهش احساس خصومت و پرخاشگری مؤثر دانست (۱۶).

مبانی شناختی درمان شناختی‌رفتاری زوجین، درک زوجین از یکدیگر را برجسته می‌کند و درک را جزء جدایی‌ناپذیر تغییر در زوجین می‌داند. درنهایت، شالودهٔ فلسفی این درک آن است که تغییر در رفتار به‌تنهایی

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

برای اصلاح تعاملات ناکارآمد کافی نیست و باید بر نحوهٔ تفکر افراد دربارهٔ روابط خود و الگوهای رفتاری ناسازگارشان تأکید شود (۲۲). در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، یکی از متغیرهایی که به‌نظر می‌رسد با راهبردهای مقابله با استرس زوجین رابطه دارد، باورهای فراشناخت است. طبق دیدگاه فراشناخت، نگرانی از باورهای اجتماعی منفی نشئت نمی‌گیرد؛ بلکه از دانش اساسی جداگانه‌ای مشتق می‌شود که همان فراشناخت است و سیستم شناختی فرد را کنترل می‌کند. طبق این تئوری، الگوی نابهنجار نتیجهٔ فعال‌سازی باورهای فراشناختی است که این باورها در اختلالاتی مثل استرس وجود دارد (۲۳). رویدادهای بالقوه استرس‌زا زمانی در زندگی افراد تأثیر منفی می‌گذارد که نگرانی ناشی‌از آن‌ها تهدیدکنندهٔ مهم و کنترل‌نشدنی ارزیابی شود (۱۵). ازطرفی مدیریت استرس توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور افزایش می‌دهد. این مداخله مرکب از عناصری ازقبیل افزایش آگاهی دربارهٔ استرس، آموزش تن‌آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله، آموزش مهارت‌های ابراز وجود، مدیریت خشم، مدیریت خود و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها است (۱۴)؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد آموزش مدیریت استرس به افراد بر سایر متغیرهای روان‌شناختی مانند باورهای فراشناختی نیز تأثیر داشته باشد (۲۴). مداخلهٔ شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس با آموزش تکنیک‌های رفتاری همچون آرام‌سازی، به زوجین کمک می‌کند با به‌کارگیری این فنون تنش‌های روانی را در خود کاهش دهند و سطح هیجانات منفی و باورهای منفی فراشناختی خود را کنترل کنند (۲۵).

در مداخلهٔ شناختی استفاده‌شده در این پژوهش، تلاش شد زوجین با افکار منفی خودکار آشنایی پیدا کنند و با آموزش و تمرین نحوهٔ اصلاح افکار منفی، خودگویی مثبت را فراگیرند تا در موقعیت‌های واقعی زندگی آن‌ها را به‌کار برند. به‌این‌ترتیب، زوجین به‌کمک تکنیک‌های شناختی‌رفتاری با تأثیرات مخرب عواطف منفی در زندگی آشنا می‌شوند و برای کاهش عواطف منفی و درنتیجه، کاهش باورهای منفی فراشناختی در خود، انگیزهٔ تغییرات را پیدا می‌کنند و برای زندگی عاری از هرگونه تنش تلاش می‌کنند (۲۳). در درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی، اصول و مهارت‌های معطوف به کمک، به مُراجعان در شناسایی، دنبال‌کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های باارزش زندگی آموزش داده می‌شود. مداخله‌ها در این روش، تنها بر خود فرد، تمرکز ندارد؛ بلکه بر کمک به درمان‌جویان برای تحول پیداکردن، به‌وسیلهٔ یادگیری، همدردی و محبت‌ورزیدن تمرکز می‌کند (۱۴). این رویکرد بر نیاز درمان‌جویان، به‌منظور روشن‌کردن ارزش‌های مهم زندگی‌شان و سپس پرداختن به تجربیات آن‌ها برای تمرکزکردن و رسیدن به ارزش‌هایشان تأکید دارد (۲۴). این رویکرد به‌دنبال ایجاد و افزایش حمایت اجتماعی و ارتباطات اجتماعی بیشتر در افراد، داشتن دوستان بیشتر، کسب درآمد بیشتر، عملکرد شغلی بهتر و درنهایت، سلامت روانی و سلامت جسمانی بهتر در افراد، ازطریق ایجاد رضایت از زندگی و شادمانی بیشتر درمقایسه با افراد دارای شادمانی کمتر است (۱۶)؛ درنتیجه این رویکرد با مداخلات خود می‌تواند باورهای فراشناختی منفی را بهبود بخشد.

دربارهٔ متغیر پرخاشگری نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس و درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی بر کاهش پرخاشگری زوجین ارجاعی متقاضی طلاق بود. براساس میانگین نمرات، بین اثربخشی دو روش درمانی فقط در مؤلفهٔ پرخاشگری فیزیکی تفاوت چشمگیری مشاهده شد و در سایر مؤلفه‌های مربوط به پرخاشگری بین اثربخشی دو روش تفاوتی چشمگیر وجود نداشت. در تبیین اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس بر کاهش پرخاشگری زوجین می‌توان گفت، مداخلات مربوط به درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس، بسته‌ای راهبردی است که شامل ترکیبی از عناصری ازقبیل افزایش آگاهی دربارهٔ استرس، بازسازی شناختی، آموزش تن‌آرامی و مراقبه، آموزش مهارت‌های ابرازگری، افزایش شبکهٔ حمایت اجتماعی و مدیریت خشم می‌شود (۱۰). اجرای روش‌های مدیریت استرس باعث می‌شود از ابتدا، جلوی مشکلات در زندگی زناشویی ازجمله پرخاشگری گرفته شود؛ به‌علاوه به‌واسطهٔ انجام تمرین‌های مدیریت استرس، فرد دربارهٔ کارکردهای خودکار ذهن و فعالیت‌های روزمره آگاهی پیدا می‌کند و زمینهٔ لازم برای آگاهی لحظه‌به‌لحظه از افکار و احساسات و به‌تبع کنترل آن‌ها فراهم می‌آید (۲۱). همچنین می‌توان گفت، افزایش توجه و آگاهی دربارهٔ افکار و هیجانات و تمایلات عملی، از پیامدهای مثبت درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس است و تمرینات سبب هماهنگ‌شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت خواهد شد (۲۶). از نگاهی دیگر نیز آشنایی با مبانی زیستی و شناختی خشم و نوع واکنش‌هایی که افراد عموماً در مواقع خشم ابراز می‌کنند، موجب افزایش خودآگاهی مثبت و ایجاد انگیزه برای کنترل بیشتر بر رفتار و کلام و خشم می‌شود که در درمان مبتنی‌بر مدیریت استرس به این موضوعات توجه ویژه‌ای شده است. آشنایی با سازهٔ خشم، میزان خودآگاهی رفتاری زوجین را افزایش می‌دهد و این امر ایجاد انگیزش درجهت کاهش پرخاشگری را به‌دنبال دارد؛ زیرا آن‌ها متوجه می‌شوند وجود صرف محرک‌های بیرونی مانند کلام، صحبت، سرزنش یا طعنهٔ دیگران، سبب آغاز پرخاشگری در آنان نیست؛ بلکه نوع برداشت و دیدگاه‌شان درقبال خود و دیگران و حالت برانگیختگی جسمانی قبلی خود آن‌ها نیز می‌تواند در بروز واکنش‌های پرخاشگرانه دخیل باشد. در مراحل شش و هفت آموزش مدیریت استرس، زوجین آموزش دیدند که چگونه با تکنیک‌های آرام‌سازی بتوانند از رفتارهای پرخاشگرانه مصون بمانند (۲۰).

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی بر کاهش پرخاشگری زوجین متقاضی طلاق می‌توان گفت، عوامل استرس‌زا نیروهایی هستند که ایجاد تعارض و پرخاشگری در رابطه را در پی دارند. زمانی‌که افراد با استرس مواجه می‌شوند، عواطف منفی شده و این امر به‌نوبهٔ خود موجب پرخاشگری می‌شود. در این شرایط اگر افراد از سبک‌های مقابله با استرس استفاده کنند، می‌توانند سطح پرخاشگری خود را کاهش دهند. مدیریت استرس بر توانایی افراد برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور می‌افزاید. شواهد حاکی‌از آن است که زوج‌های تحت استرس، زوج‌های پرخاشگری نیز هستند (۲۷). زوجین ضمن آشنایی با تغییرات زیستی

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

و هورمونی پایهٔ پرخاشگری در روند آموزش، شیوه‌های مؤثر مقابله با پرخاشگری مثل ابراز وجود، جرئت‌ورزی، مهارت‌های ارتباطی، کنترل و مدیریت خشم و آرام‌سازی عضلانی را می‌آموزند. پژوهشگران معتقد بودند، زوجین پرخاشگر و غیرپرخاشگر درکاربرد شیوهٔ حل مسئله باهم تفاوت معناداری دارند و شیوهٔ آموزش مهارت حل مسئله به‌طور معناداری رفتارهای پرخاشگری را کاهش خواهد داد (۲۸). باتوجه به اینکه زوجین پرخاشگر هنگام حل مسئله راه‌حل‌های جرئت‌آمیز کمتری را از در نظر می‌گیرند و بیشتر راه‌حل‌های پرخاشگرانه و عمل‌مدار را برای حل مشکلات بین‌فردی ارائه می‌دهند که مرتبط با تنش و استرس است، آموزش درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی باعث ایجاد دیدگاه حل مسئله هنگام روبه‌روشدن با برانگیختگی خشم می‌شود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود؛ در این پژوهش شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس به‌کار رفت. همچنین داده‌های پژوهش حاضر با پرسش‌نامه‌های خودسنجی جمع‌آوری شد که ممکن است پاسخ آزمودنی‌ها در آن دارای سوگیری باشد. به‌دلیل شرکت زنان ساکن ایلام در جلسات مداخله باید ضمن درنظرداشتن تفاوت‌های فرهنگی، تعمیم نتایج بااحتیاط صورت گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش، هر دو روش درمانی تأثیر دارد؛ اما درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس درمقایسه با درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی، میانگین‌های نمرات متغیرهای باورهای فراشناختی و پرخاشگری را بیشتر کاهش می‌دهد؛ بنابراین در کار با مشکلات افراد متقاضی طلاق، درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت استرس کارایی بیشتری درمقایسه با درمان مبتنی‌بر کیفیت زندگی دارد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کننده‌ها در این پژوهش که باوجود مشکلات ناشی‌از دوران درخواست طلاق، به همکاری در پژوهش رضایت دادند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری تخصصی نویسندهٔ اول است. تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کرده و درصورت تمایل در آن مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده می‌شوند. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. همچنین پروتکل پژوهش در کمیتهٔ اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام به‌تصویب رسید.

رضایت برای انتشار

داده‌های جمع‌آوری‌شده در پژوهش حاضر به هیچ سازمان یا ارگانی تحویل داده نمی‌شود؛ اما به‌شکل خام در اختیار محقق است تا مراکز مربوط رسمی (مثل دانشگاه) بتوانند برای صحت‌سنجی درصورت لزوم از آن استفاده کنند.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

همهٔ نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند که در اختیار آن‌ها گذاشته شده است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی صورت نگرفته است.

مشارکت نویسندگان

همهٔ نویسندگان در تهیهٔ پیش‌نویس مقاله و بازبینی و اصلاح مقالهٔ حاضر، سهم یکسانی داشتند.

References

1. Zheng S, Duan Y, Ward MR. The effect of broadband internet on divorce in China. Technological Forecasting and Social Change. 2019;139:99–114. https://doi.org/10.1016/j.techfore.2018.07.038
2. Schaan VK, Schulz A, Schächinger H, Vögele C. Parental divorce is associated with an increased risk to develop mental disorders in women. J Affect Disord. 2019;257:91–9., https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.071
3. Bastaits K, Pasteels I, Mortelmans D. How do post-divorce paternal and maternal family trajectories relate to adolescents' subjective well-being? J Adolesc. 2018;64(1):98–108. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.02.005
4. Anderberg D, Rainer H, Roeder K. Family-specific investments and divorce with dynamically inconsistent households: marital contracts and policy. Journal of Economic Behavior & Organization. 2018;148:199–225. https://doi.org/10.1016/j.jebo.2018.02.019
5. Bean RC, Ledermann T, Higginbotham BJ, Galliher RV. Associations between relationship maintenance behaviors and marital stability in remarriages. Divorce. 2020;61(1):62–82. https://doi.org/10.1080/10502556.2019.1619385
6. Osoli A, Shariat Madar A, Kalantar A. The relationship between metacognitive beliefs with academic self-regulation and parents-adolescent conflict. Counseling Culture and Psycotherapy. 2016;7(27):83–104. [Persian] https://qccpc.atu.ac.ir/article_6726.html?lang=en
7. Rahmani S, Talepasand S, Ghanbary-Motlagh Al. Comparison of effectiveness of the metacognition treatment and the mindfulness-based stress reduction treatment on global and specific life quality of women with breast cancer. Iran J Cancer Prev. 2014;7(4):184–96.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]

8. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: a multiple-baseline study of a new treatment. Cogn Ther Res. 2009;33(3):291–300. https://doi.org/10.1007/s10608-007-9178-2
9. Goli ZS, Mirsyfi Fard LS. The role of metacognitive beliefs and resilience on predicting marital adjustment in both groups of patients with chronic and acute pain. Assessment and Research in Counseling and Psychology. 2021;3(3):55–63. [Persian] http://dx.doi.org/10.52547/jarcp.3.3.55
10. Yang T, Yang J. Unraveling the effect of mindfulness on romantic relational aggression: a multiple mediation model. Pers Individ Dif. 2021;173:110613. https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110613
11. Stevens GWJM, Veldkamp C, Harakeh Z, Laninga-Wijnen L. Associations between ethnic minority status and popularity in adolescence: the role of ethnic classroom composition and aggression. J Youth Adolesc 2020;49(3):605–17. https://doi.org/10.1007/s10964-020-01200-6
12. Asgharpor Z, Zarbakhsh Bahri MR. The mediating role of parental psychological aggression and physical punishment in the relationship of parenting styles with bullying. J Child Ment Health. 2018;5(1):68–79. [Persian] http://childmentalhealth.ir/article-1-294-en.html
13. Muñoz-Fernández N, Sánchez-Jiménez V. Cyber-aggression and psychological aggression in adolescent couples: A short-term longitudinal study on prevalence and common and differential predictors. Comput Human Behav. 2020;104:106191. https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.106191
14. Matthew FT. Don't stress about it: a primer on stress and applications for evidence- based stress management interventions in the recreational therapy setting. Journal of Therapeutic Recreation. 2018;52(4):390–409.
15. Khanjani M, Sohrabi F, Aazami Y. The effectiveness of resilience and stress management training program on psychological well-being, meaning of life, optimism, and satisfaction of life in female-headed households. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2018;6(2):1–11. [Persian] http://ijpn.ir/article-1-1040-en.html
16. Frisch MB. Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. John Wiley & Sons; 2006.
17. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the Metacognitions Questionnaire: properties of the MCQ-30. Behav Res Ther. 2004;42(4):385–96. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5
18. Rahmanian Z, Vaez Mousavi MK. Psychometric properties of the Positive Meta-Cognitions and Meta-Emotions Questionnaire in Iranian athletes. J Research Health. 2019;9(7):588–97. [Persian] https://jrh.gmu.ac.ir/article-1-904-en.html
19. Buss AH, Perry M. The Aggression Questionnaire. J Pers Soc Psychol. 1992;63(3):452–9.
20. Samani S. Study of reliability and validity of the Buss and Perry's Aggression Questionnaire. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2008;13(4):359–65. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-356-en.html
21. Antoni M, Ironson G, Schneiderman N. A practical guide to cognitive-behavioral stress management. Al-e-Mohammad SJ, Taher Neshatdost H, Jokar S. (Persian translator). Tehran: Jahad Daneshgahi Publication; 2007.
22. Khoo EL, Small R, Cheng W, Hatchard T, Glynn B, Rice DB, et al. Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioural therapy for the treatment and management of chronic pain: a systematic review and network meta-analysis. Evid Based Ment Health. 2019;22(1):26–35. http://dx.doi.org/10.1136/ebmental-2018-300062
23. Weiner L, Berna F, Nourry N, Severac F, Vidailhet P, Mengin AC. Efficacy of an online cognitive behavioral therapy program developed for healthcare workers during the COVID-19 pandemic: the REduction of STress (REST) study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2020;21;21(1):870. https://doi.org/10.1186/s13063-020-04772-7
24. Zarotti N, Eccles F, Broyd A, Longinotti C, Mobley A, Simpson J. Third wave cognitive behavioural therapies for people with multiple sclerosis: a scoping review. Disability and Rehabilitation. 2023;45(10):1720–35. https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2069292
25. Ahmadian S, Rasouli A. Stress management training on reducing anxiety and promoting happiness and sexual integrity in women with breast cancer. Iranian Journal of Nursing Research. 2018;13(1):18–25. [Persian] https://ijnr.ir/article-1-1995-en.html
26. Burns JW, Jensen MP, Thorn B, Lillis TA, Carmody J, Newman AK, et al. Cognitive therapy, mindfulness-based stress reduction, and behavior therapy for the treatment of chronic pain: randomized controlled trial. Pain. 2022;163(2):376–89. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002357
27. Nemirovsky A, Ilan K, Lerner L, Cohen-Lavi L, Schwartz D, Goren G, et al. Brain-immune axis regulation is responsive to cognitive behavioral therapy and mindfulness intervention: observations from a randomized controlled trial in patients with Crohn's disease. Brain, Behavior, & Immunity - Health. 2022;19:100407. https://doi.org/10.1016/j.bbih.2021.100407
28. Bosman JT, Bood ZM, Scherer-Rath M, Dörr H, Christophe N, Sprangers MAG, et al. The effects of art therapy on anxiety, depression, and quality of life in adults with cancer: a systematic literature review. Support Care Cancer. 2021;29(5):2289–98. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05869-0

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-23]