

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 Z¹, *Ahmadi V², Mami SH²

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: Yahid.ahmadi@iaui.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.

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس و درمان مبتنی بر 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.

*وابانامه نویسنده مسئول: Vahid.ahmadi@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱ اسفند ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۵ اردیبهشت ۱۴۰۲

چکیده

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

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری (سه‌ماهه) همراه با گروه گواه بود. جامعه 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 شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده زوج). درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس به‌شیوه گروهی طی ده جلسه و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به‌شیوه گروهی طی هشت جلسه اجرا شد. ابزارهای پژوهش پرسش‌نامه باورهای فراشناختی (ولز و کاترایت-هاتون، ۲۰۰۴) و پرسش‌نامه 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 شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس درمقایسه با درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، میانگین نمرات متغیرهای باورهای فراشناختی و پرخاشگری را بیشتر کاهش می‌دهد؛ بنابراین در کار با مشکلات افراد متقاضی طلاق درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس کارایی بیشتری درمقایسه با درمان مبتنی بر کیفیت زندگی دارد. **کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس، پرخاشگری، باورهای فراشناختی، طلاق.

کاربرد دارد که مجموعه این مشکلات در زوجین متقاضی طلاق برجسته است. هدف درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس، توانمند کردن افراد در مقابله با فشارهای زندگی زناشویی است. با درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس، فرد بهتر می‌تواند با مشکلات زناشویی خود مقابله کند (۱۵).

سودمندی گروه‌درمانی‌های سنتی شناختی رفتاری در برخی از پژوهش‌ها به تأیید رسیده است؛ اما به دنبال بعضی انتقادات از این رویکرد، روش‌های تلفیقی دیگری برای درمان مشکلات روانی ارائه شده است. یکی از این روش‌های گروه‌درمانی تلفیقی، روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی^۶ است. جایگاه این درمان در روان‌شناسی مثبت^۷ قرار دارد و باهدف ارتقای کیفیت و رضایت از زندگی و ایجاد بهزیستی ذهنی در اختلالات روان‌شناختی مثل افسردگی ایجاد شده است. درمان گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی به دنبال ایجاد بهزیستی ذهنی و ارتقای کیفیت زندگی افراد با ساختار مشخص و ارائه تمرین‌ها و تکالیف شناختی رفتاری است (۱۶).

رویکرد درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس و رویکرد درمان مبتنی بر کیفیت زندگی با توجه به ماهیت توسعه‌دهنده روابط ارتباطی کارآمد، به‌منزله درمان‌های پیشرو و خط اول در روان‌شناسی مثبت شناخته می‌شوند (۱۴)؛ از این رو انتظار می‌رود این درمان‌ها بتوانند بر باورهای فراشناختی و خشونت زوجین تأثیری تأمل‌برانگیز داشته باشند. بررسی پیشینه پژوهش‌ها نشان داد، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی هر دو در مشکلات مختلف اثربخشی دارد؛ اما با در نظر گرفتن 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 منجر به طلاق بررسی و مقایسه شود. با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی در زوجین متقاضی طلاق و اهمیت بهره‌گیری از روش‌های درمانی، هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر باورهای فراشناختی و پرخاشگری زوجین متقاضی طلاق بود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر به‌صورت نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری (سه‌ماهه) همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زوجین ارجاعی متقاضی طلاق از دادگستری شهرستان ایلام تشکیل دادند که پرونده ارجاعی به اداره 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 شناختی رفتاری مبتنی بر

طلاق^۱ از آسیب‌های بسیار مهم اجتماعی در سطوح فردی و بین‌فردی و اجتماعی است. تجربه طلاق، سازگاری^۲ افراد را در تمام ابعاد روان‌شناختی، جسمانی، اجتماعی و هیجانی تحت تأثیر قرار می‌دهد و کاهش عملکرد و ناکارآمدی اعضای خانواده را به دنبال دارد (۱). طلاق باعث افزایش استرس و افسردگی، افت بهداشت روانی، کاهش کیفیت زندگی^۳، افزایش تنش‌های روانی و کاهش کارایی سیستم ایمنی بدن می‌شود (۲). تقاضا و تصمیم برای طلاق نتیجه فشارهای شدیدی است که حداقل به یکی از همسران وارد می‌شود. طلاق یا تقاضای آن معتبرترین شاخص نشان‌دهنده مشکل در روابط زناشویی و گسستگی عاطفی^۴ بین زوجین است (۳).

انباشته شدن سرخوردگی‌ها و تنش‌های زندگی روزمره، سبب به‌وجود آمدن مشکلات شناختی و هیجانی و فرسایش می‌شود که می‌تواند عملکرد روان‌شناختی زوجین را تحت تأثیر قرار دهد (۴). یکی از این عملکردهای روان‌شناختی مهم، باورهای فراشناختی^۵ 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 می‌تواند 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 رابطه معناداری وجود دارد و پیش‌بین بسیار خوبی برای سازگاری زناشویی است (۹).

همچنین از علت‌های بسیار مهم درخواست‌های جدایی از طرف زوجین، پرخاشگری^{۱۰} است (۱۰). پرخاشگری به‌منزله 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).

برنامه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس^۷ 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)

6. Aggression

7. Cognitive Behavioral Therapy Based on Stress Management

8. Quality of Life Therapy

9. Positive psychology

1. Divorce

2. Adjustment

3. Quality of life

4. Emotional detachment

5. Metacognition believes

مدیریت استرس و پانزده زوج در گروه آزمایش درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و پانزده زوج در گروه گواه قرار گرفتند. برای گروه آزمایش اول مداخله درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس و برای گروه آزمایش دوم درمان مبتنی بر کیفیت زندگی اجرا شد؛ اما برای گروه گواه هیچ گونه مداخله ای صورت نگرفت. معیارهای ورود آزمودنی ها به پژوهش عبارت بود از: داشتن سن ۲۰ تا ۴۸ سال؛ دارا بودن سواد خواندن و نوشتن؛ داشتن سابقه زندگی مشترک بین ۲ تا ۱۵ سال. معیارهای خروج، شرکت نکردن در بیش از دو جلسه درمان و تمایل نداشتن برای ادامه مشارکت در پژوهش و مصرف همزمان داروهای روان پزشکی در حین پژوهش در نظر گرفته شد. از جمله 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.

– پرسش نامه باورهای فراشناختی^۱: این پرسش نامه توسط ولز و کاترایت-هاتون در سال ۲۰۰۴ تدوین شد (۱۷). این ابزار، مقیاس

خودگزارشی سی سؤالی است که باورهای افراد درباره تفکراتشان را می سنجد. پاسخ به سؤالات آن در قالب مقیاس چهاردرجه ای لیکرت از موافق نیستم=۱ الی کاملاً موافقم=۴ محاسبه می شود. این مقیاس دارای پنج خرده مقیاس باورهای نگرانی، باورهای فراشناختی منفی، کارآمدی شناختی پایین، باورهای منفی در مورد افکار و خودآگاهی شناختی است (۱۷). پایایی این پرسش نامه در مقیاس اصلی توسط ولز و کاترایت-هاتون، ۰/۸۹ گزارش شد که نشان دهنده پایایی مطلوب است. به منظور بررسی روایی در نسخه اصلی از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد و $RMSEA=0/053$ و $GFI=0/95$ و $CFI=0/93$ ، به دست آمد که بیانگر روایی مطلوب زیرمقیاس ها در سنجش باورهای فراشناختی است (۱۷). ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نسخه فارسی توسط رحیمیان و واعظ موسوی، ۹۱ درصد گزارش شد. روایی نسخه فارسی نیز توسط این پژوهشگران با تحلیل عاملی تأییدی بررسی و تأیید شد. شاخص های معناداری تحلیل عاملی در این پژوهش $CFI=0/94$ ، $IFI=0/94$ ، $NFI=0/93$ و $GFI=0/96$ به دست آمد (۱۸).

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس

جلسه	عناوین	تکنیک های آموزشی
اول	معرفی برنامه، استرس زاها و پاسخ های استرس، آرمیدگی عضلانی تدریجی	معرفی رهبر گروه، ارائه اطلاعات کلی برنامه و هدف، توضیح درباره اصل رازداری، بررسی استرس زاها، تأثیرات جسمی استرس، پیامدهای احتمالی استرس مزمن بر سلامت، آموزش آرمیدگی و اجرای آرمیدگی عضلانی تدریجی برای شانزده گروه ماهیچه ای و ارائه بازخورد
دوم	آرمیدگی عضلانی تدریجی، استرس و آگاهی	آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای هشت گروه ماهیچه ای، تکمیل چک لیست نشانه های استرس، مرور تأثیرات استرس و افزایش آگاهی از نشانه های جسمی استرس
سوم	تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی، ارتباط افکار و هیجانان	معرفی تنفس دیافراگمی، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای چهار گروه ماهیچه ای، تمرین تصویرسازی و آرمیدگی، مرور نشانه ها 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 (به این معنا که هیچ ماهیچه ای را منقبض نمی کنند) 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 ارائه دستور عمل های آن، اجرای آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما، بررسی تفاوت بین خودگویی منطقی و غیرمنطقی، معرفی گام های جایگزینی افکار منطقی، تمرین جایگزینی افکار منطقی
ششم	آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی، مقابله کارآمد	معرفی تنفس دیافراگمی، اجرای آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی، بحث درباره یکپارچه کردن مدیریت استرس و آرمیدگی، ارائه تعریفی از مقابله، معرفی انواع مقابله کارآمد و ناکارآمد، بحث درباره راهبردهای مقابله ای
هفتم	آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خودالقای، اجرای پاسخ های مقابله ای مؤثر	اجرای تمرین خودزادها همراه با تصویرسازی بصری و خودالقای های مثبت، اجرای مراقبه نور خورشید همراه با خودزادها، معرفی گام های مقابله ای مؤثر، انجام تمرین مقابله ای کارآمد، معرفی تکنیک نرم کردن برای استرس زاها و طاق فرسا و انجام تمرین آن
هشتم	مراقبه مانترا، مدیریت خشم	معرفی مراقبه، ارائه حالات بدنی مراقبه و اجرای مراقبه مانترا، بحث در زمینه فواید تمرین منظم، بحث درباره مفهوم خشم و پاسخ های خشم، کمک به خودارزیابی اعضا از خشم، بحث درباره خشم و آگاهی، آموزش مدیریت خشم
نهم	مراقبه شمارش تنفس، آموزش ابرازگری	اجرای مراقبه شمارش تنفس و مراقبه نور خورشید همراه با خودزادها، معرفی سبک های بین فردی، بحث درباره موانع رفتار ابرازگانه، ارائه مؤلفه های ارتباط ابرازگانه، بحث درباره استفاده از حل مسئله برای تعارض ها، بررسی گام های رفتار ابرازگانه تر
دهم	تصویرسازی و مراقبه، حمایت اجتماعی و مرور برنامه	مرور برنامه، مرور تمرین های آرمیدگی، اجرای تمرین تصویرسازی صحنه ساحل و مراقبه شمارش تنفس، بحث درباره حمایت اجتماعی و فواید آن، بحث در زمینه موانع حفظ اجتماعی، آموزش تکنیک های مدیریت استرس برای حفظ حمایت اجتماعی، مرور کل برنامه، کمک به اعضای گروه در ایجاد یک برنامه مدیریت استرس شخصی

1. Metacognitive Beliefs Questionnaire

جدول ۲. خلاصه جلسات درمانی مبتنی بر 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 مبتنی بر کیفیت زندگی و رویکردهای جدید درمانی در روان‌شناسی	آموزش مدل پنج‌راهه CASIO، تعیین رؤس و ساختار کلی جلسات، تکمیل نیم‌رخ کیفیت زندگی به صورت فردی، توافق بر حوزه‌های مهم از بین شانزده حوزه مشخص شده در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، دریافت بازخورد
دوم	تعیین دستور جلسه، بررسی نقش باورهای فراشناخت در امیدواری و سلامت روانی، تعریف عزت‌نفس	براساس مدل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی اولین راه موفقیت در دستیابی به عزت‌نفس: کمک به بهبود عزت‌نفس افراد از طریق عمل کردن برطبق استانداردهای مدنظر افراد در حوزه‌های ارزشمند زندگی خود و از این طریق، افزایش رضایت خاطر، آموزش و ارائه 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 ارائه تکنیک BAT برای تکمیل در منزل آموزش استفاده از «لیست توانایی‌ها»، دریافت بازخورد
سوم	تعیین دستور جلسه، مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، تعریف سلامتی مطابق درمان مبتنی بر کیفیت زندگی	ارتباط شادکامی با سلامت روانی و جسمانی، بررسی عادات غلط درباره سلامتی، آموزش تمرین «سبد تخم مرغ» ^۱ برای تکمیل در منزل، آموزش برنامه شش مرحله‌ای کنترل عادات، مطابق با دستورعمل درمان مبتنی بر 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 جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، آشنایی با نقش اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی در رضایت از زندگی	مشخص کردن فلسفه زندگی، اجرای تمرین هدف‌یابی ^۲ ، آموزش تکنیک نمایشنامه زندگی ^۳ ، کارکردهای مذهبی و معنوی بودن، آشنایی با اصول تعیین هدف، دریافت بازخورد
پنجم	تعیین دستور جلسه، مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، تعریف ارتباط در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی	آموزش انگاره‌های اصلی ارتباط در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش مهارت‌های ارتقای رضایت خاطر 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 جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، تعریف یادگیری در درمان مبتنی بر 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 جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش تفاوت بین «فعالیت‌های باید و خواستن»، نیاز به بازی و تفریح یعنی چه؟	مشخص کردن بازی‌های مخرب کیفیت زندگی، بررسی رابطه شادی و تفریح، گام‌های مؤثر برای برقراری عادت کردن به بازی و تفریح، آموزش و ارائه تکلیف لیست بازی‌ها برای تکمیل در منزل، دریافت بازخورد
هشتم	تعیین دستور جلسه، مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش استفاده از فرم استرس‌های شخصی و چک‌لیست اضطراری عود به منظور حفظ نتایج درمان درخصوص درمان مبتنی بر کیفیت زندگی	مروری بر مدل CASIO و تأیید بر استفاده از آن در تمام زندگی، پرسش و پاسخ، انجام پس‌آزمون

– پرسش‌نامه پرخاشگری^۴: 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. شیوه نمره‌گذاری روی مقیاس پنج‌نقطه‌ای لیکرت از کاملاً متفاوت از من=۱ تا کاملاً شبیه من=۵ است. دامنه نمرات از ۲۹ تا ۱۴۵ است. نمرات بیشتر، پرخاشگری بیشتر را نشان می‌دهد. به جز سؤالات ۱۵ و ۲۴، بقیه سؤالات به صورت مستقیم نمره‌گذاری

³. Life script

⁴. Aggression Questionnaire

¹. Basket of eggs

². Vision quest

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

جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس براساس راهنمای عملی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس تألیف آنتونی و همکاران انجام پذیرفت. این پروتکل براساس مطالعات آنتونی و همکاران با در نظر گرفتن پژوهش‌های پیشین در سال ۲۰۰۷ تدوین شد (۲۱). تدوینگران به منظور بررسی روایی این پروتکل آن را در اختیار ۲۶ نفر از درمانگران و متخصصان با رویکرد شناختی رفتاری قرار دادند تا درباره محتوای آن نظر دهند. پس از تأیید روایی آن با توجه به نظر پژوهشگران، این پروتکل به منظور کاهش استرس ابتدا در اختلال هراس و سپس در سایر اختلالات بالینی و مشکلات بین فردی بررسی و تأیید شد. محتوای جلسات درمانی این رویکرد در جدول ۱ آورده شده است.

جلسات درمانی کیفیت زندگی براساس روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی فریش اجرا شد (۱۶). فریش در سال ۲۰۰۶ محتوا و ساختار این پروتکل را براساس ساختار و تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری تدوین کرد؛ همچنین او ضریب روایی محتوایی (CVR) آن را در

بررسی نظر پانزده متخصص در زمینه‌های روان‌شناسی، روان‌پزشکی، سالمندی تأیید کرد. پس از آن پژوهش‌های مختلفی روی این پروتکل در گروه‌های سالمندی، اختلالات بالینی، روابط بین فردی و بیماری‌های جسمانی صورت گرفت (۱۶). محتوای جلسات درمانی این رویکرد در جدول ۲ آورده شده است.

داده‌های پژوهش به کمک آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی نیز به منظور بررسی تفاوت بین سطوح اندازه‌گیری داده‌ها با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم افزار SPSS تحلیل شدند.

۳ یافته‌ها

در گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس با دامنه سنی ۲۰ تا ۵۵ سال، میانگین سنی ۳۵/۷ و انحراف استاندارد ۸/۱۶ سال بود. در این گروه ۱۱/۱ درصد تحصیلات کمتر از دیپلم، ۳۳/۳ درصد دیپلم و فوق دیپلم، ۳۳/۳ درصد لیسانس و ۲۲/۲ درصد فوق لیسانس و بیشتر داشتند. در گروه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی با دامنه سنی ۲۲ تا ۵۱، میانگین سنی ۳۶/۹ و انحراف استاندارد ۷/۲۴ سال بود. در این گروه ۸/۴ درصد تحصیلات کمتر از دیپلم، ۲۹/۱ درصد دیپلم و فوق دیپلم، ۳۸/۷ درصد لیسانس و ۲۸/۲۳ درصد فوق لیسانس و بیشتر داشتند. در گروه گواه با میانگین سنی ۲۱ تا ۵۴ سال، میانگین سنی ۳۴/۴ و انحراف استاندارد ۶/۷۹ سال بود. در این گروه ۲۱/۶ درصد تحصیلات کمتر از دیپلم، ۲۰/۳ درصد دیپلم و فوق دیپلم، ۴۶/۷ درصد لیسانس و ۱۱/۴ درصد فوق لیسانس 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		آزمایش ۲	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نمره کل باورهای فراشناختی	پیش‌آزمون	۷۸/۲۴	۶/۲۵	۷۵/۴۹	۹/۱۰
	پس‌آزمون	۶۱/۱۴	۷/۴۴	۶۵/۲۶	۸/۷۱
	پیگیری	۶۳/۵۴	۶/۱۳	۶۴/۸۷	۶/۱۶
باورهای نگرانی	پیش‌آزمون	۱۴/۴۰	۲/۶۴	۱۴/۵۳	۲/۷۲
	پس‌آزمون	۱۱/۷۳	۱/۷۰	۱۲/۲۶	۱/۹۰
	پیگیری	۱۲/۰۰	۱/۷۳	۱۲/۷۳	۱/۹۱
باورهای فراشناختی منفی	پیش‌آزمون	۱۵/۳۹	۲/۶۴	۱۵/۵۳	۲/۷۲
	پس‌آزمون	۱۱/۲۶	۱/۴۳	۱۳/۲۰	۱/۷۴
	پیگیری	۱۳/۴۶	۳/۱۳	۱۳/۹۳	۲/۰۱
کارآمدی شناختی پایین	پیش‌آزمون	۱۷/۴۰	۲/۶۴	۱۷/۵۳	۲/۷۲
	پس‌آزمون	۱۳/۲۰	۲/۲۷	۱۴/۸۰	۲/۷۳
	پیگیری	۱۳/۸۶	۲/۳۵	۱۶/۶۰	۳/۵۰
باورهای منفی در مورد افکار	پیش‌آزمون	۱۳/۴۰	۲/۶۴	۱۳/۵۳	۲/۷۳
	پس‌آزمون	۱۰/۲۶	۰/۸۸۴	۱۵/۷۳	۳/۴۷
	پیگیری	۱۱/۳۳	۱/۹۵	۱۱/۴۰	۱/۶۸

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

می‌توان گفت، شرط نرمال بودن 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 $p=0/09$ ، پرخاشگری $p=0/11$)؛ بنابراین پیش‌فرض مربوط به همگنی واریانس متغیرهای پژوهش رعایت شد. به‌منظور بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های واریانس‌کواریانس، آزمون ام‌باکس به‌کار رفت. نتایج آزمون ام‌باکس برای نمرات مربوط به هر دو متغیر باورهای فراشناختی و پرخاشگری معنادار نبود ($p>0/05$)؛ بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌کواریانس به‌تأیید رسید.

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 مرحله پیگیری تغییر چندانی نداشت؛ همچنین میانگین نمرات متغیرهای باورهای فراشناختی و پرخاشگری در گروه گواه در سه مرحله 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 کولموگروف‌اسمیرنوف برای هیچ‌کدام از داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش معنادار نبود (باورهای فراشناخت $p=0/16$ ، پرخاشگری $p=0/23$)؛ براین اساس

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

متغیر	منبع اثر	F	P	اندازه اثر
باورهای فراشناختی	زمان	۲۹/۱۶۵	<0/001	0/316
	زمان*گروه	۸/۴۷۷	<0/001	0/212
	گروه	۸/۴۱	0/012	0/247
پرخاشگری	زمان	۱۶/۷۸۸	<0/001	0/210
	زمان*گروه	۷/۸۴۷	<0/001	0/199
	گروه	۶/۲۸	0/016	0/230

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 هر یک از گروه‌های درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و گروه گواه آورده شده است.

باتوجه به نتایج ارائه‌شده در جدول ۴، اثر زمان بر هر دو متغیر باورهای فراشناختی و پرخاشگری ($p<0/001$) و اثر گروه بر هر دو متغیر باورهای فراشناختی ($p=0/012$) و پرخاشگری ($p=0/016$) معنادار بود. این موضوع مشخص می‌کند، در متغیرهای مذکور بین دو گروه آزمایش و گروه گواه میانگین‌های سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری) با همدیگر تفاوت معناداری داشتند. به‌منظور بررسی دقیق‌تر تفاوت بین مراحل سه‌گانه برای مقایسه اثربخشی مداخله

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین متغیرها در سه مرحله اندازه‌گیری

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

گذشت زمان نشان داد ($p > ۰/۰۵$).

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر باورهای فراشناختی و پرخاشگری زوجین متقاضی طلاق بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد، در متغیر باورهای فراشناختی در گروه درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس و گروه درمان مبتنی بر 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 همه مؤلفه‌ها به جز باورهای نگرانی تفاوت چشمگیری وجود داشت و درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس مؤثرتر بود. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های زیر همسوست: رحمانی و همکاران دریافتند، مدیریت استرس شناختی‌رفتاری به همراه 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 به منظور طراحی پروتکل درمان مبتنی بر 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، شالوده فلسفی این درک آن است که تغییر در رفتار به‌تنهایی

براساس نتایج، در متغیر باورهای فراشناختی در هر دو گروه درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$). با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده شد، در گروه درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر 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 مبتنی بر مدیریت استرس و درمان مبتنی بر 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 مبتنی بر مدیریت استرس و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$). با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده شد، در گروه درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر 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 مبتنی بر مدیریت استرس و درمان مبتنی بر 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

برای اصلاح تعاملات ناکارآمد کافی نیست و باید بر نحوه تفکر افراد درباره روابط خود و الگوهای رفتاری ناسازگارشان تأکید شود (۲۲). در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، یکی از متغیرهایی که به نظر 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 ناهنجار نتیجه فعال‌سازی باورهای فراشناختی است که این باورها در اختلالاتی مثل استرس وجود دارد (۲۳). روی دادهای بالقوه استرس‌زا زمانی در زندگی افراد تأثیر منفی می‌گذارد که نگرانی ناشی از آن‌ها تهدیدکننده مهم و کنترل‌نشده ارزیابی شود (۱۵). از طرفی مدیریت استرس توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور افزایش می‌دهد. این مداخله مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی درباره 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 به نظر می‌رسد آموزش مدیریت استرس به افراد بر سایر متغیرهای روان‌شناختی مانند باورهای فراشناختی نیز تأثیر داشته باشد (۲۴). مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر 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 مداخله شناختی استفاده‌شده در این پژوهش، تلاش شد زوجین با افکار منفی خودکار آشنایی پیدا کنند و با آموزش و تمرین نحوه اصلاح افکار منفی، خودگویی مثبت را فراگیرند تا در موقعیت‌های واقعی زندگی آن‌ها را به‌کار برند. به این ترتیب، زوجین به کمک تکنیک‌های شناختی رفتاری با تأثیرات مخرب عواطف منفی در زندگی آشنا می‌شوند و برای کاهش عواطف منفی و در نتیجه، کاهش باورهای منفی فراشناختی در خود، انگیزه تغییرات را پیدا می‌کنند و برای زندگی عاری از هرگونه تنش تلاش می‌کنند (۲۳). در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، اصول و مهارت‌های معطوف به کمک، به مراجعان در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های بالارزش زندگی آموزش داده می‌شود. مداخله‌ها در این روش، تنها بر خود فرد، تمرکز ندارد؛ بلکه بر کمک به درمان‌جویان برای تحول پیدا کردن، به وسیله یادگیری، همدردی و محبت‌ورزیدن تمرکز می‌کند (۱۴). این رویکرد بر نیاز درمان‌جویان، به‌منظور روشن کردن ارزش‌های مهم زندگی‌شان و سپس پرداختن به تجربیات آن‌ها برای تمرکز کردن و رسیدن به ارزش‌هایشان تأکید دارد (۲۴). این رویکرد به دنبال ایجاد و افزایش حمایت اجتماعی و ارتباطات اجتماعی بیشتر در افراد، داشتن دوستان بیشتر، کسب درآمد بیشتر، عملکرد شغلی بهتر و در نهایت، سلامت روانی و سلامت جسمانی بهتر در افراد، از طریق ایجاد رضایت از زندگی و شادمانی بیشتر در مقایسه با افراد دارای شادمانی کمتر است (۱۶)؛ در نتیجه این رویکرد با مداخلات خود می‌تواند باورهای فراشناختی منفی را بهبود بخشد.

درباره متغیر پرخاشگری نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش پرخاشگری زوجین ارجاعی متقاضی طلاق بود. بر اساس میانگین نمرات، بین اثربخشی دو روش درمانی فقط در مؤلفه 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 شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس بر کاهش پرخاشگری زوجین می‌توان گفت، مداخلات مربوط به درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس، بسته‌ای راهبردی است که شامل ترکیبی از عناصری از قبیل افزایش آگاهی درباره استرس، بازسازی شناختی، آموزش تن‌آرامی و مراقبه، آموزش مهارت‌های ابرازگری، افزایش شبکه حمایت اجتماعی و مدیریت خشم می‌شود (۱۰). اجرای روش‌های مدیریت استرس باعث می‌شود از ابتدا، جلوی مشکلات در زندگی زناشویی از جمله پرخاشگری گرفته شود؛ به علاوه به واسطه انجام تمرین‌های مدیریت استرس، فرد درباره کارکردهای خودکار ذهن و فعالیت‌های روزمره آگاهی پیدا می‌کند و زمینه لازم برای آگاهی لحظه‌به‌لحظه از افکار و احساسات و به تبع کنترل آن‌ها فراهم می‌آید (۲۱). همچنین می‌توان گفت، افزایش توجه و آگاهی درباره افکار و هیجانات و تمایلات عملی، از پیامدهای مثبت درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس است و تمرینات سبب هماهنگ شدن 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 مبتنی بر مدیریت استرس به این موضوعات توجه ویژه‌ای شده است. آشنایی با سازه خشم، میزان خودآگاهی رفتاری زوجین را افزایش می‌دهد و این امر ایجاد انگیزش در جهت کاهش پرخاشگری را به دنبال دارد؛ زیرا آن‌ها متوجه می‌شوند وجود صرف محرک‌های بیرونی مانند کلام، صحبت، سرزنش یا طعنه دیگران، سبب آغاز پرخاشگری در آنان نیست؛ بلکه نوع برداشت و دیدگاه‌شان در قبال 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 مبتنی بر 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. زمانی که افراد با استرس مواجه می‌شوند، عواطف منفی شده و این امر به نوبه 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 حاکی از آن است که زوج‌های تحت استرس، زوج‌های پرخاشگری نیز هستند (۲۷). زوجین ضمن آشنایی با تغییرات زیستی

دوران درخواست طلاق، به همکاری در پژوهش رضایت دادند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول است. تمامی افراد به شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده می‌شوند. به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. همچنین پروتکل پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام به تصویب رسید.

رضایت برای انتشار

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

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

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

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

منابع مالی

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

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان در تهیه پیش‌نویس مقاله و بازبینی و اصلاح مقاله حاضر، سهم یکسانی داشتند.

و هورمونی پایه پرخاشگری در روند آموزش، شیوه‌های مؤثر مقابله با پرخاشگری مثل ابزار وجود، جرئت‌ورزی، مهارت‌های ارتباطی، کنترل و مدیریت خشم و آرام‌سازی عضلانی را می‌آموزند. پژوهشگران معتقد بودند، زوجین پرخاشگر و غیرپرخاشگر در کاربرد شیوه حل مسئله باهم تفاوت معناداری دارند و شیوه 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 مبتنی بر کیفیت زندگی باعث ایجاد دیدگاه حل مسئله هنگام روبه‌رو شدن با برانگیختگی خشم می‌شود.

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

۵ نتیجه‌گیری

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

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کننده‌ها در این پژوهش که با وجود مشکلات ناشی از

References

- 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>
- 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>
- Bastaitis 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>
- 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>
- 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>
- Osoli A, Shariat Madar A, Kalantar A. The relationship between metacognitive beliefs with academic self-regulation and parents-adolescent conflict. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2016;7(27):83–104. [Persian] https://qccpc.atu.ac.ir/article_6726.html?lang=en
- Rahmani S, Talepasand S, Ghanbary-Motlagh AI. 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.

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](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://jr.h.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.iuums.ac.ir/article-1-356-en.html>
21. Antoni M, Ironson G, Schneiderman N. *A practical guide to cognitive-behavioral stress management.* Al-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(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>