مطالعات اسلامی زنان و خانواده
دوفصلنامه علمی- پژوهشی
سال هشتم- شماره چهاردهم
بهار و تابستان ۱۴۰۰

اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر استیگما، علائم اضطراب اجتماعی و ترس از صمیمیت در زنان مطلقه

سمیه میرزایی سورکی[۱]
ایلناز سجادیان[۲]
مهرداد حاجی‌حسنی[۳]
غلامرضا منشئی[۴]

چکیده

طلاق پدیده‌ای است که آرامش روانی زنان مطلقه را متأثر ساخته و می‌تواند آسیب‌های روان‌شناختی سهمگینی را ایجاد کند. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر استیگما، علائم اضطراب اجتماعی و ترس از صمیمیت در زنان مطلقه شهرستان شهرکرد بود. این پژوهش، از نوع تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل و جامعه آماری آن، دربرگیرنده زنان مطلقه‌ای است که در سه‌ماهه زمستان سال ۱۳۹۸ به مراکز مشاوره شهرکرد مراجعه کرده و دارای پرونده بودند. از بین این افراد، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) جایگزین شدند. در این پژوهش، از پرسشنامه استیگما (میرزایی و همکاران، ۱۳۹۸)، اضطراب اجتماعی کانور و همکاران (۲۰۰۰) و ترس از صمیمیت دسکاتنر و تلن (۱۹۹۱) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل اندازه‌گیری مکرر، تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش استیگما ($f= ۲۷/۴۵$ $p< ۰/۰۰۱$)، کاهش علائم اضطراب اجتماعی ($f= ۴/۲۵$ $p< ۰/۰۰۱$) و کاهش ترس از صمیمیت ($f= ۱۴/۴۲۲$ $p< ۰/۰۰۱$) در زنان مطلقه مؤثر است. با توجه به برآیندهای به‌دست‌آمده می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مداخله شناختی- رفتاری، یکی از روش‌های مؤثر در بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی زنان مطلقه قلمداد می‌شود.

واژگان کلیدی: گروه‌درمانی شناختی- رفتاری، استیگما، علائم اضطراب اجتماعی، ترس از صمیمیت، زنان مطلقه.

---

۱. دانشجوی دکتری مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. Mirzaiee.s@yahoo.com
۲. عضو هیئت علمی گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول). i.sajjadian@khuisf.ac.ir
۳. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران. mehrdadhajhasani@gmail.com
۴. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان(خوراسگان)، اصفهان، ایران. smanshaee@yahoo.com
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۶/۲۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۸/۲۲

مقدمه

خانواده، کوچک‌ترین و مهم‌ترین نهادی است که فضای شناختی، رفتاری، عاطفی و هیجانی حاکم بر آن، بر وضعیت تمامی اعضای خانواده (ابوالحسنی، ۱۳۹۴) و شرایط اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی جامعه تأثیر می‌گذارد (بالکن و کایا[1]، ۲۰۱۶). طلاق، بارزترین جلوه اختلاف در خانواده (براور و لمب[2]، ۲۰۱۳) و شایع‌ترین تأثیر مخرب تعارض زناشویی است. (بهجت، محمدآبادی، اعزازی بجنوردی و همکاران، ۱۳۹۹)

با توجه به این‌که طلاق یک پدیده رایج است، اما یک اتفاق عظیم در زندگی به‌شمار می‌رود که عواقب وخیم آن می‌تواند اثرات جدی بر زندگی افراد داشته باشد (کریتچ[3]، ۲۰۱۲) و آسیب‌های شناختی، هیجانی، اجتماعی و روان‌شناختی بسیاری برای زوجین به دنبال آورد (شان، شولز، شاچینگر و واگل[4]، ۲۰۱۹)؛ اما در مجموع، این زنان هستند که به دلیل موانع جنسیتی و هنجارهای فرهنگی غالب و مسلط بر جامعه، متفاوت از مردان دچار عارضه می‌شوند (وفایی، احمدی و زارع، ۱۳۹۳). لکه‌دارشدن هویت اجتماعی، شرمساری بی‌ارزش‌شدن (برویز[5]، ۲۰۱۱)، پایین‌آمدن جایگاه اجتماعی (دنکور[6]، ۲۰۰۷)، نگاه جنسی مردان، برچسب‌های اجتماعی و انگ بی‌کفایتی (پاروز[7]، ۲۰۱۱)، از دست‌دادن فرصت ازدواج مجدد (زارعی، صلحی و همکاران، ۱۳۹۳)، افزایش مزاحمت‌های دیگران در محیط کار و جامعه (عسکری، جوادیان، ۱۳۹۶)، افرایش تعارضات در خانواده (فرجی‌ها و ملاپروری، ۱۳۹۷)، شرمساری (مارو[8]، ۲۰۱۲)، ناامیدی، دلتنگی، نگرش منفی و بدبینی به اطرافیان، در خودرفتگی (محمدپور، ۱۳۹۳)، به‌حاشیه‌راندن و استثمار زنان (حسنی، قدرتی و امیرپور، ۱۳۹۳) و تحمل نگاه تلخ جامعه، حتی برای زنان مسنی نیز دیده می‌شود که به

1. Bolkan & Kaya
2. Braver, S. L., & Lamb, M. E.
3. Krietsch
4. Schaan, Schulz, Schachinger & Vogele
5. Brewis
6. Donkor
7. Parvez
8. Maor

دنبال گرفتن و اجاره منزل هستند. همه این موارد می‌توانند مانع نقش‌آفرینی زنان در جامعه شود. (نیکبخت نصرآبادی، پاشایی ثابت و بستامی، ۱۳۹۵)

یکی از بارزترین و چالش‌برانگیزترین فشار روانی - اجتماعی که زنان مطلقه در جامعه با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند، استیگما[1] است (رکنی، سیدان و مهری‌نژاد، ۱۳۹۷). استیگما یک ویژگی شدیداً ننگ‌آور است که در سطوح مختلف و به‌طور هم‌زمان، درون‌فردی (ننگ به خود)[2]، بین فردی (روابط با دیگران) و ساختاری (تبعیض) رخ می‌دهد (لوینگتون[3]، ۲۰۱۳). استیگما با برچسب‌زدن، فعال می‌شود (گافمن[4]، ۲۰۰۹)، مبتلایان را از یک شخص معمولی، به یک شخص کم‌اهمیت و سربار جامعه تقلیل می‌دهد و فرد به خاطر داشتن ویژگی یا مشکل رفتاری خاص، که مورد تأیید جامعه یا اخلاق نیست، احساس شرم و خجالت می‌کند. (هینگ، هولدورث، تایسی و برین[5]، ۲۰۱۴)

زندگی فرد استیگماشده، بدون هزینه نیست؛ بلکه عوارض شناختی، عاطفی و رفتاری متعددی در پی دارد (کوریگان، دراس و پرلیک[6]، ۲۰۱۴). زنان مطلقه به دلیل داغ ننگی که بر پیشانی آنها می‌خورد، پیامدهای اجتماعی و هیجانی جدی را تجربه می‌کنند (کانستام و همکاران[7]، ۲۰۱۶) و در سطوح بالاتر، مجموعه‌ای از بیماری‌های روانی (غلامی، ناعمی، ۱۳۹۶)، واکنش‌های منفی هیجانی همچون افسردگی و اضطراب (دبوایس[8] و لی[9]، ۲۰۱۰؛ کانتر[10]، ۲۰۰۸ و مک وینی پو، پان و چدینگ[11]، ۲۰۰۷) و عزت‌نفس پایین را تجربه می‌کنند. (دپلا[12]، ۲۰۰۵)

1. Stigma
2. stigma - self
3. Livingston
4. Goffman
5. Hing - Holdsworth - Tiyce, - & Breen
6. Corrigan, Druss, & Perlick
7. Konstam et al
8. Davis
9. Li, Yan
10. Kanter
11. MacWinnie, Poon, Pun & Cheding
12. Depla

غفاری، مهینی و لطفعلی‌خانی (۱۳۹۴) در پژوهش خود، داغ و اضطراب اجتماعی را دو روی یک سکه می‌داند. اسچمرز[1] و همکاران، ۲۰۰۹، کلین و لمیش[2]، ۲۰۰۸، واث، کلیم ریتز وکاریگان[3] و دونکر و سندل[4]، ۲۰۰۷ در مطالعات خود نشان دادند استفاده از راهبردهای مقابله با استیگما مثل انزواگزینی اجتماعی و پنهان‌سازی انگ باعث می‌شود فرد سطوح بالاتری از اضطراب افسردگی و انزواگزینی را تجربه کند و طلاق می‌تواند باعث افزایش اضطراب اجتماعی زوجین شود. (شان و همکاران[5]، ۲۰۱۹)

علاوه بر استگیما، اضطراب اجتماعی نیز پدیده‌ای رایج در زنان مطلقه است (شاکر، رحیمی و زارع، ۲۰۱۶ و اظهر[6] و همکاران، ۲۰۱۸). اضطراب اجتماعی از رایج‌ترین اختلالات اضطرابی و پریشانی‌های روان‌شناختی است (دالریمپل و زیمرمن[7]، ۲۰۱۱) که مقدم بر شروع اختلالات اضطرابی دیگر همچون اختلالات خلقی و اختلالات وابسته به مواد و سوءمصرف مواد بوده (لمب[8]، ۲۰۰۳) و میزان شیوع آن در زنان، دو برابر مردان است (کادیر و بیفلکو[9]، ۲۰۱۱). اضطراب اجتماعی به‌معنای ترس مشخص و افراطی از شرمنده‌شدن یا مورد ارزیابی منفی قرارگرفتن در موقعیت‌های اجتماعی یا هنگام انجام فعالیتی در حضور دیگران است (مهدی‌یار، دادفرنیا و هادیان‌فرد، ۱۳۹۸) و حول محور ترس از رویدادهای غیرقابل مشاهده مانند ارزیابی منفی، بی‌ارزشی، تحقیر، تنفر، انتقاد یا طردشدگی از جانب دیگران دور می‌زند. (بوگلز[10]، ۲۰۱۰)

ازجمله مسائل دیگری که زنان مطلقه با آن دست به گریبان هستند، صدمه دلبستگی و مشکلات مربوط به صمیمیت است. ترس از صمیمیت به‌عنوان ناتوانی در تبادل افکار و احساسات، با دیگر

1. Schomerus
2. Klin, A -, & Lemish,
3. Vauth,Kleim,Wirtz &Corrigan
4. Donkor& Sandall
5 . Schaan, Schulz, Schachinger & Vogele
6.Azhar
7. Dalrymple & Zimmerman
8. Lamb
9. Kadir& Bifulco
1 Bögels

افرادی که برای فرد باارزش هستند، تعریف می‌گردد (فیلیپز و همکاران[1]، ۲۰۱۳). افراد با ترس از صمیمیت به این دلیل که دیگران را قابل اعتماد نمی‌دانند، از روابط صمیمانه اجتناب می‌کنند و از تجربه‌ای مانند سهیم‌کردن دیگران در عمیق‌ترین احساسات و افکار خود می‌ترسند. این افراد از این‌که عمیقاً دیده شوند، هراسانند و از تقسیم عشق، احساسات و حتی تقسیم خلاقیت با دیگران واهمه دارند (کولینز و فینی[2]، ۲۰۰۴)، آنان به‌دلیل عدم تجربیات درونی خود اعم از افکار، احساسات و عواطف که می‌توانند منبع اضطرابی داشته باشند، نه درک می‌شوند و نه درک می‌کنند (پناناخونساب[3]، ۲۰۱۹)، در نتیجه در طی ارتباط کلامی و غیر کلامی با دیگران، اضطراب، عزت نفس پایین و رضایت ارتباطی پایین را تجربه می‌کنند. (پادگت، ماهونی، پارگامنت و دی‌ماریس[4]، ۲۰۱۹)

یکی از مداخله‌های درمانی که طی مطالعات متعدد، اثربخشی آن در زمینه‌های گوناگون تایید شده است، گروه‌درمانی شناختی- رفتاری است. درمان شناختی- رفتاری، متشکل از فنون شناختی و رفتاری است و هدف آن، پیداکردن راه حل‌هایی برای حل مسائل مراجعه‌کننده است. (هاینس[5]، ۲۰۱۵)

تاکنون در موضوع اثربخشی آموزش مداخله شناختی- رفتاری بر استیگما و ترس از صمیمیت و علائم اضطراب اجتماعی در زنان مطلقه، پژوهش مشابه صورت نگرفته است؛ اما به‌طورکلی، ادبیات پژوهش نشان می‌دهد پژوهشگران زیادی در دو دهه اخیر، از درمان شناختی- رفتاری در بهبود انواع اختلالات روان‌شناختی نظیر افسردگی (هونگراد و همکاران[6]، ۲۰۲۰)، اضطراب (لانگ و همکاران[7]، ۲۰۲۰)، هراس اجتماعی (گلدین[8] و همکاران، ۲۰۱۶) و استرس پس از سانحه (سیمون[9] و همکاران، ۲۰۲۰) بهره برده‌اند.

1. Phillips
2. Collins, N - L -, & Feeney
3. Pananakhonsab
4. Padgett Mahoney, Pargament & DeMaris
5. Haynes
6. Hvenegaard
7. Luong
8.Goldin
9.Simon

نادی و سعیدپور (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان دادند گروه‌درمانی به شیوه شناختی- رفتاری مذهب‌محور بر افزایش امید به زندگی و شادکامی زنان مؤثر است. شوشتری و همکاران (۱۳۹۵) در تحقیقی با عنوان «اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجانی، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری زنان مطلقه» نشان دادند به‌کارگیری این روش می‌تواند در زمینه کاهش علائم بعد از طلاق در زنان و حفظ و بهبود سلامت روانی آنان، نتایج مفیدی را به‌دنبال داشته باشد. کرمی و فرطوسی (۱۳۹۳) در تحقیقی دریافتند گروه‌درمانی شناختی- رفتاری باعث افزایش سازگاری فردی اجتماعی زنان مطلقه شده است. نجمه و همکاران (۱۳۹۰) در تحقیقی نشان دادند درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور در کاهش افسردگی در زنان مطلقه مؤثر بوده است.

با توجه به این‌که زنان مطلقه با مشکلات و آسیب‌های روانی، اجتماعی و عاطفی بسیاری همچون استیگما (کانستام و همکاران، ۲۰۱۶ و رکنی، سیدان و مهری‌نژاد، ۱۳۹۷)، اضطراب (صدیقی و همکاران، ۱۳۹۸؛ شیرالی نیاء، ۱۳۹۷ و حجتی، ۱۳۹۴) و ترس از صمیمیت (خدابخشی کولایی و همکاران، ۱۳۹۵) روبه‌رو هستند، در مجموع، این فشارها موجب تنش در ابعاد گوناگون را برای آنان فراهم می‌آورد؛ بنابراین پرداختن به این مشکلات و سعی در راستای کاهش آنها، از اهمیت بالایی برخوردار است. درمان شناختی- رفتاری به‌عنوان رویکردی غالب و پرکاربرد در روان‌شناسی به‌شمار می‌رود که در درمان بسیاری از اختلالات روان‌شناختی به کار گرفته شده است؛ لذا در پژوهش حاضر، پژوهشگران به‌دنبال پاسخگویی به این مسئله هستند که آیا درمان شناختی- رفتاری بر کاهش استیگما، اضطراب اجتماعی و ترس از صمیمیت در زنان مطلقه مؤثر است؟

۱. روش پژوهش

این پژوهش از نوع تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون بوده و پیگیری با گروه کنترل انجام گرفت.

۲،۱. جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری پژوهش، کلیه زنان مطلقه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان شهرکرد در سه ماهه زمستان ۱۳۹۸ بودند که از بین آنها، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با روش تصادفی، در دو گروه آزمایش و کنترل به نسبت یکسان (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین

شدند. دامنه سنی افراد، بین ۲۰ تا ۳۵ سال، گذشت حداقل ۲ سال از زمان طلاق، نداشتن اختلال ذهنی، شنوایی، گفتاری و روانی و عدم دریافت آموزش از راه‌های دیگر در حین انجام پژوهش، به‌عنوان شرایط ورود به مطالعه در نظر گرفته شد.

۲،۲. شیوه اجرای پژوهش

گروه آزمایش، به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه)، آموزش گروهی رفتاردرمانی شناختی- رفتاری را فرا گرفتند. افراد گروه کنترل، در طول فرایند پژوهش، هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. کلیه نمونه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون با فاصله یک ماه، پرسشنامه‌های استیگما، اضطراب اجتماعی و ترس از صمیمیت را تکمیل نمودند. لازم به ذکر است توضیح درباره اهداف مطالعه، کسب رضایت کتبی، دادن حق کناره‌گیری از مطالعه و رعایت اصل رازداری، از نکات اخلاقی رعایت‌شده در این پژوهش بود.

۲،۳. ابزار پژوهش

۲،۳،۱. پرسشنامه محقق‌ساخته استیگما

پرسشنامه استیگما، یک ابزار خودسنجی است که توسط میرزایی و همکاران (۱۳۹۸) به‌منظور ارزیابی میزان انگ طلاق در بین زنان مطلقه تهیه شد. این پرسشنامه ۲۷ سؤالی، بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم:۱ تا کاملاً موافقم:۵) نمره‌گذاری می‌شود. برای اعتبارسنجی پرسشنامه استیگما، از تحلیل عاملی اکتشافی، همبستگی پیرسون و آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج تحلیل عوامل با روش «چرخشی» از نوع «واریماکس» نشان داد که پرسشنامه استیگما، از یک ساختار ۴ عاملی مناسب برخوردار است. پایایی پرسشنامه (پایایی کل برابر با ۰/۹۳) و ضریب دو نیمه اسپیرمن براون[1]، گاتمن[2] (برابر با۰/۸۹) نشان از پایایی رضایت‌بخش این ابزار داشت.

1. Spearman-Brown
2. Guttman

۲،۳،۲. پرسشنامه علائم اضطراب اجتماعی

پرسشنامه علائم اضطراب اجتماعی، یک مقیاس خودسنجی است که توسط کانور[1] و همکاران (۲۰۰۰) به‌منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردید. هر ماده یا سؤال این پرسشنامه ۱۷ سؤالی، بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (اصلاً:۰ تا بی‌نهایت:۴) نمره‌گذاری می‌شود. کانور و همکاران، نقطه برش ۱۹ را برای غربالگری اختلال اضطراب اجتماعی گزارش کردند. در پژوهش افضلی، فتحی آشتیانی و آزاد فلاح (۲۰۰۹) اعتبار این پرسشنامه به روش بازآزمایی، ۷۸٪ تا ۸۹٪ بوده است و ثبات درونی آلفای کرونباخ در گروهی از افراد بهنجار، برابر با ۹۴٪ گزارش شده است.

۲،۳،۳. پرسشنامه ترس از صمیمیت

پرسشنامه ترس از صمیمیت توسط دسکاتنر و تلن[2] (۱۹۹۱) معرفی شد. این مقیاس، یک ابزار خودگزارشی ۳۵ ماده‌ای است که برای سنجش اضطراب‌های مربوط به روابط نزدیک به کار می‌رود. ماده‌های این مقیاس، بر ترس‌های مربوط به برقراری ارتباط با دیگران، درگیرشدن در روابط نزدیک، صمیمانه و عاشقانه به‌ویژه ترس‌های مربوط به خودافشایی در این زمینه تمرکز می‌کند. فلاح‌زاده و همکاران (۲۰۱۱)، مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه را در نمونه آماری ۵۶۷ نفری، مورد بررسی قرار دادند. تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که داده‌ها از برازش خوبی برخوردار بوده و ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۱۸ محاسبه شد.

۲،۳،۴. بسته مداخله گروه‌درمانی شناختی- رفتاری

محتوای جلسات آموزشی مورداستفاده، برگرفته از پروتکل درمانی شناختی- رفتاری هالفورد[3] (۲۰۰۵) بود.

1. Connor
2. Descutner
3. Halford

جدول ۱: مداخله شناختی- رفتاری برگرفته از پروتکل درمانی شناختی- رفتاری هالفورد (۲۰۰۵)

جلسه	عناوین
اول	معرفی برنامه، اجرای پیش‌آزمون، ارائه قواعد و هنجارهای گروه، بیان اهداف به‌وسیله اعضا، بیان ساختن انتظارات اعضا از شرکت در جلسات گروه و دادن تکالیف خانگی
دوم	آشنایی با هیجان‌های مثبت و منفی، آشنایی با اضطراب و کیفیت زندگی و بیان نکات اعضا در خصوص تجربه اضطراب، توجه‌کردن اعضا به موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب، دادن تکالیف خانگی
سوم	تشخیص موقعیت و افرادی که باعث اضطراب می‌شوند، آموزش مدل A-B-C و یا نمونه‌هایی از اضطراب اعضا بر اساس مدل A-B-C ، توجه‌کردن به افکار و باورها، دادن تکالیف خانگی
چهارم	توجه به افکار و باورهای قبل از اضطراب و افسردگی یا عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی گروه، توجه به افکار خودکار قبل از هیجانات، توجه به نشانه‌های جسمی و هیجانی بعد از باورها، توجه به رفتارهای بعد از افکار، دادن تکالیف خانگی
پنجم	توجه بیشتر به افکار منفی قبل از اضطراب، تمثیل پیکان عمودی برای شناسایی طرح‌واره‌ها، انجام تمرین‌های رفتاری در این خصوص، بررسی خودگویی اعضا در هنگام ابتلا به افسردگی اضطراب، شناسایی و تغییر و تعدیل رفتارهای مخرب بعد از افکار و خودگویی‌های منفی، دادن تکالیف خانگی
ششم	ادامه شناسایی باورهای بنیادی و تغییر در آن، آموزش شیوه‌های رفتاری مانند صحبت‌کردن و مذاکره درباره اضطراب، آرام‌سازی، به تعویق‌انداختن واکنش، تمرکز بر تنفس به‌عنوان راهکاری برای آرام‌سازی، آموزش راه‌های گوناگون برای حل مسئله، آموزش نحوه واکنش رفتاری به موقعیت‌های آشفته‌ساز
هفتم	ارزیابی خطاهای شناختی و افکار ناکارآمد و بحث درباره سود و زیان آنها، آموزش بازسازی خطاهای شناختی و افکار ناکارآمد و بررسی شواهد تأییدکننده آنها
هشتم	آموزش مهارت‌های ارتباطی، مبانی ارتباطی و انواع سبک‌های ارتباطی، آموزش آرمیدگی یا ریلکسیشن و شیوه‌های حل تعارضات

۲. یافته‌های پژوهش

جدول ۲: میانگین و انحراف‌معیار متغیرهای وابسته پژوهش (استیگما، اضطراب اجتماعی و ترس از صمیمیت)

مرحله	گروه	استیگما		اضطراب اجتماعی		ترس از صمیمیت	
		میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار
پیش‌آزمون	شناختی_رفتاری	۷۵/۰۶	۱۸/۳۲	۲۷/۹۳	۸/۷۲	۹۶/۶۶	۱۳/۸۲
	کنترل	۷۳/۳۳	۱۹/۰۱	۲۸/۶۶	۹/۳۷	۹۶/۸۶	۱۳/۸۷
	مجموع	۷۴/۲۰	۱۸/۳۶	۲۸/۳۰	۸/۹۰	۹۶/۷۶	۱۳/۶۰
پس‌آزمون	شناختی_رفتاری	۶۹/۰۶	۱۸/۶۷	۲۳/۸۶	۸/۴۹	۹۳/۹۳	۱۴/۳۲
	کنترل	۷۲/۹۳	۱۸/۸۴	۲۸/۰۶	۱۱/۷۵	۹۶/۰۶	۱۳/۸۵
	مجموع	۷۱/۰۰	۱۸/۵۳	۲۵/۹۶	۱۰/۲۹	۹۵/۰۰	۱۳/۸۸
پیگیری	شناختی_رفتاری	۷۰/۹۳	۱۹/۲۲	۲۴/۵۳	۸/۷۹	۹۶/۰۰	۱۳/۸۷
	کنترل	۷۳/۲۰	۱۸/۹۳	۲۸/۵۳	۱۲/۰۰	۹۶/۸۶	۱۳/۸۷
	مجموع	۷۲/۰۶	۱۸/۷۸	۲۶/۵۳	۱۰/۵۳	۹۶/۴۳	۱۳/۶۳

قبل از ورود به تحلیل اصلی پژوهش، برای اطمینان از عدم تخطی از مفروضه‌های نرمال‌بودن توزیع نمرات، همسانی واریانس‌های نمرات و بررسی تساوی کوواریانس‌ها، از تحلیل‌های مقدماتی استفاده شد.

همان‌گونه‌که در جدول ۳ قابل مشاهده است، بر اساس آزمون کلوموگروف اسمیرنف محاسبه‌شده، سطح معنی‌داری، بزرگ‌تر از ۰/۰۱ است و بنابراین، فرض نرمال‌بودن داده‌ها تائید می‌گردد ($p>0/05$).

جدول ۳: آزمون کلوموگروف- اسمیرنف[1] جهت بررسی نرمال‌بودن داده‌ها

متغیر		کلوموگروف ـ اسمیرنف	سطح معنی‌داری
استیگما	پیش‌آزمون	۰/۳۶۵	۰/۹۹۹
	پس‌آزمون	۰/۵۴۸	۰/۹۲۵
	پیگیری	۰/۳۶۵	۰/۹۹۹
اضطراب اجتماعی	پیش‌آزمون	۰/۱۸۳	۰/۹۴۳
	پس‌آزمون	۰/۹۱۳	۰/۳۷۵
	پیگیری	۱/۰۹	۰/۱۸۱
ترس از صمیمیت	پیش‌آزمون	۰/۱۸۳	۰/۹۷۶
	پس‌آزمون	۱/۰۹	۰/۱۸۱
	پیگیری	۱/۰۹	۰/۱۸۱

جدول ۴: آزمون لوین برای بررسی فرض برابری واریانس و باکس برای بررسی تساوی کوواریانس‌ها

	Leven's					
متغیر	F	DF۱	Df۲	sig		
استیگما	۰/۰۰۶	۱	۲۸	۰/۹۳۸		
اضطراب	۰/۲۵۹	۱	۲۸	۰/۶۱۵		
ترس از صمیمیت	۰/۰۰۲	۱	۲۸	۰/۹۶۶		
	(Boxes M)					
متغیر	F	Df۱	Df۲	Sig		
استیگما	۴۸/۶۳	۷/۱۵۷	۶	۰/۰۰		
اضطراب اجتماعی	۶/۳۲	۰/۹۳	۶	۰/۴۷۱		
ترس از صمیمیت	۵/۴۱	۰/۸۶	۶	۰/۵۲۱		

1. Kolmogorov-Smirnov

نتایج برآمده از آزمون لوین نشان داد سطح معناداری محاسبه‌شده، بیشتر از p>۰/۰۵ می‌باشد؛ لذا تفاوت واریانس‌ها از نظر آماری، معنادار نیست و فرض تساوی واریانس‌ها برقرار است. آزمون باکس برای بررسی تساوی کوواریانس‌های نمرات متغیرهای وابسته در سه گروه نشان داد در متغیر اضطراب اجتماعی و ترس از صمیمیت، فرض تساوی کوواریانس‌ها رعایت شده است (p>۰/۰۵) و در متغیر استیگما، p<۰/۰۵ به دست آمده و لذا فرض تساوی کوواریانس برقرار نیست.

جدول ۵: آزمون کرویت موچلی[1] (یکنواختی کوواریانس)

اندازه‌گیری	موچلی (W)	Df	سطح معنی‌داری	اپسیلون		
				گرین هاوس	هاینی- فلدت	لور- بوند
استیگما	۰/۹۸۲	۲	۰/۷۷۹	۰/۹۸۲	۱/۰۰۰	۰/۵۰۰
علائم اضطراب اجتماعی	۰/۱۵۴	۲	۰/۰۰۰	۰/۵۴۲	۰/۵۶۶	۰/۵۰۰
ترس از صمیمیت	۰/۲۰۳	۲	۰/۰۰۰	۰/۵۵۶	۰/۵۸۴	۰/۵۰۰

برای اجرای آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، فرض همگن‌بودن کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون پیش‌فرض کرویت موچلی مورد بررسی قرار گرفت. در متغیر استیگما (W=۰/۹۸۲، df = ۲، p>۰/۰۱) که معنی‌دار نمی‌باشد، از آزمون لامبدای ویلکز[2] استفاده شد. در متغیر اضطراب (W=۰/۱۵۴، df = ۲، p<۰/۰۱) که معنی‌دار است، از آزمون گرین هوس[3] استفاده گردید و در متغیر ترس از صمیمیت (W=۰/۲۰۳، df = ۲، p<۰/۰۱) که معنی‌دار است نیز از آزمون گرین هوس استفاده شد.

1. Mauchly's Sphericity Test
2. Wilks Lambda
3. Greenhouse

جدول ۶: نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها

اثر	آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
اثر زمان	لامبدای ویلکز	۰/۲۷۷	۳۵/۲۰	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۷۲۳
تعامل گروه و زمان	لامبدای ویلکز	۰/۳۳۰	۲۷/۴۵	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۶۷۰

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که تحلیل چندمتغیره برای اثر درون‌آزمودنی‌ها معنی‌دار است (Eta=۰/۷۲۳، f= ۳۵/۲۰، p<۰/۰۱). به‌عبارت‌دیگر، مراحل پژوهش شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت کلی با یکدیگر تفاوت دارند و بین دو گروه، در تفاوت معنی‌داری دیده شده است.

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه استیگما به‌صورت زوجی در سری‌های زمانی برنامه شناختی رفتاری

متغیر	مرحله	مرحله	اختلاف میانگین	خطای انحراف	سطح معنی‌داری
استیگما	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۲۰۰	۰/۳۷۷	۰/۰۰۰
		پیگیری	۲/۱۳۳	۰/۳۶۴	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۳/۲۰۰	۰/۳۷۷	۰/۰۰۰
		پیگیری	-۱/۰۶	۰/۳۳۶	۰/۰۱۱

براساس نتایج جدول ۷ تمام مقایسه‌های درون آزمودنی ارائه‌شده است، نتایج نشان می‌دهد که اختلاف میانگین پس‌آزمون از پیش‌آزمون در متغیر استیگما در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است، بنابراین می‌توان گفت که اعمال مداخله درمانی شناختی-رفتاری نمره استیگما در پس‌آزمون کاهش یافته است و همچنین بررسی اختلاف میانگین پیگیری از پس‌آزمون، معنی‌داری می‌باشد (در سطح ۰/۰۱) بنابراین می‌توان گفت در طی زمان، اثر درمان شناختی- رفتاری پابرجا مانده است.

جدول ۸: نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها بر اساس تأثیر زمان و تعامل زمان و گروه

اثر	آزمون	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
زمان	گرین هاوس گیرز	۸۸/۸۶	۱/۰۸	۸۲/۰۴	۱۱/۷۹	۰/۰۰۰	۰/۲۹
گروه * زمان	گرین هاوس گیرز	۵۶/۸۲	۱/۰۸	۵۲/۴۵	۷/۵۴	۰/۰۰۰	۰/۲۱

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که تحلیل چندمتغیره برای اثر زمان و تعامل زمان و گروه معنی است ($p<0/01$). به‌عبارت دیگر، مراحل پژوهش شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت کلی با یکدیگر تفاوت دارند و دو گروه (کنترل و شناختی رفتاری) در کل، تفاوت معنی‌داری دیده شده است.

جدول ۹: نتایج آزمون اثرهای درون‌آزمودنی‌ها

اثر	آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
اثر زمان	لامبدای ویلکز	۰/۴۷۸	۱۴/۷۲	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۵۲
تعامل گروه و زمان	لامبدای ویلکز	۰/۷۶۰	۴/۲۵	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۲۴

همان‌طور که در جدول ۹ مشاهده می‌شود تحلیل چندمتغیره برای اثر درون‌آزمودنی‌ها معنی‌دار است ($Eta=0/522$، $f=14/72$، $p<0/01$). به‌عبارت دیگر، مراحل پژوهش شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت کلی با یکدیگر تفاوت دارند و در دو گروه، تفاوت معنی‌داری دیده‌شده است.

جدول ۱۰: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه اضطراب اجتماعی به‌صورت زوجی در سری‌های زمانی برنامه شناختی رفتاری

متغیر	مرحله	مرحله	اختلاف میانگین	خطای انحراف	سطح معنی‌داری
اضطراب اجتماعی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۳۳	۰/۵۹۸	۰/۰۰۲
		پیگیری	۱/۷۶	۰/۶۱۳	۰/۰۲۲
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۲/۳۳	۰/۵۹۸	۰/۰۰۲
		پیگیری	-۰/۵۶	۰/۱۴۳	۰/۰۰۱

در جدول ۱۰ که تمام مقایسه‌های درون‌آزمودنی ارائه شده است، نتایج نشان می‌دهد اختلاف میانگین پس‌آزمون از پیش‌آزمون در متغیر اضطراب اجتماعی در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است؛ بنابراین می‌توان گفت که اعمال مداخله درمانی شناختی- رفتاری نمره اضطراب اجتماعی در پس‌آزمون کاهش یافته است و همچنین بررسی اختلاف میانگین پیگیری از پس‌آزمون معنی‌داری می‌باشد (در سطح ۰/۰۱)؛ بنابراین می‌توان گفت در طی زمان، اثر درمان شناختی- رفتاری، پابرجا مانده است.

جدول ۱۱: نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها بر اساس تأثیر زمان و تعامل زمان و گروه

اثر	آزمون	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
زمان	گرین هاوس گیرز	۱۸/۶۰	۱/۴۱	۱۲/۱۱	۴/۷۲	۰/۰۲	۰/۱۴۴
گروه * زمان	گرین هاوس گیرز	۱۸/۲۸	۱/۴۱	۱۲/۸۹	۴/۶۳	۰/۰۲	۰/۱۴۴

همان‌طور که در جدول ۱۱ مشاهده می‌شود مراحل پژوهش شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت کلی با یکدیگر تفاوت دارند و دو گروه (کنترل و شناختی- رفتاری) در کل تفاوت معنی‌داری دیده شده است. ($p<0/05$).

جدول ۱۲: نتایج آزمون اثرهای درون، آزمودنی‌ها

اثر	آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
اثر زمان	لامبدای ویلکز	۰/۳۱۸	۲۹/۰۱۵	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۶۸۲
تعامل گروه و زمان	لامبدای ویلکز	۰/۴۸۳	۱۴/۴۲۲	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۵۱۷

همان‌طور که در جدول ۱۲ مشاهده می‌شود اثر درون‌آزمودنی‌ها معنی‌دار است (Eta=۰/۶۸۲، f= ۲۹/۰۱، p<۰/۰۱). به‌عبارت دیگر، مراحل پژوهش شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به‌صورت کلی با یکدیگر تفاوت دارند و همچنین تعامل گروه و زمان معنی‌داری می‌باشد.

جدول ۱۳: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه ترس از صمیمیت به‌صورت زوجی در سری‌های زمانی برنامه شناختی رفتاری

متغیر	مرحله	مرحله	اختلاف میانگین	خطای انحراف	سطح معنی‌داری
ترس از صمیمیت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۷۶۷	۰/۲۹۹	۰/۰۰۰
		پیگیری	۰/۳۳۳	۰/۰۹۳	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱/۷۶۷	۰/۲۹۹	۰/۰۰۰
		پیگیری	-۱/۴۳۳	۰/۳۳۳	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج جدول ۱۳، تمام مقایسه‌های درون‌آزمودنی ارائه شده است نتایج نشان می‌دهد که اختلاف میانگین پس‌آزمون از پیش‌آزمون در متغیر ترس از صمیمیت در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است؛ بنابراین می‌توان گفت که اعمال مداخله درمانی شناختی- رفتاری نمره ترس از صمیمیت در پس‌آزمون کاهش یافته است و همچنین بررسی اختلاف میانگین پیگیری از پس‌آزمون معنی‌دار می‌باشد (در سطح ۰/۰۱)؛ بنابراین می‌توان گفت در طی زمان، اثر درمان شناختی-رفتاری پابرجا مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر استیگما، علائم اضطراب اجتماعی و ترس از صمیمیت زنان مطلقه شهرستان شهرکرد بود. نتایج تحلیل آماری، حاکی از آن است که گروه آزمون نسبت به شاهد، پس از مداخلات گروه‌درمانی شناختی- رفتاری، بهبود بیشتری در کاهش استیگما دریافت کرده‌اند. با توجه به این‌که در پیشینه، پژوهشی یافت نشد که مستقیماً نشان‌دهنده اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش انگ در زنان مطلقه باشد، اما از آن‌جاکه در مقدمه بیان گردید، انگ ابتدا با مشخصه‌های اضطراب و افسردگی، تظاهر می‌یابد که بخشی از سازه کلی انگ است، پس می‌توان یافته اول را با پژوهش‌هایی که اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را بر کاهش افسردگی و اضطراب سنجیده‌اند، مقایسه کرد. بنابراین، این یافته، همسو با پژوهش‌های بوتچه[1] (۲۰۱۶)، انگایدر[2] (۲۰۱۳)، مگ ها[3] (۲۰۱۰) و قزلسفلو و همکاران (۱۳۹۷) می‌باشد.

زنان مطلقه به علت نگرش منفی جامعه به موضوع طلاق، نگرش منفی به زندگی و آینده و بدبینی نسبت به مردان و احساس گناه و مقصردانستن خود به‌خاطر شرایط موجود، بار روانی زیادی را در رویارویی با چالش‌های اجتماعی روانی و اقتصادی درک می‌کنند. تأثیر این افکار منفی در زنان مطلقه به حدی زیاد است که پیامد آن در رفتارها و هیجاناتشان کاملاً مشهود است. این نشخوار فکری و مشغولیت ذهنی، منجر به نگرانی‌های غیر واقعی می‌شود و این نگرانی‌ها، از جایی مشکل‌آفرین است که به‌صورت مدام مورد ارزیابی قرار گرفته و به این نگرانی‌ها فکر کنند و به بسط و توسعه این افکار دامن بزنند. در تبیین فرض فوق می‌توان اظهار داشت که با شناسایی افکار منفی غیر منطقی و ناکارآمد، باورهای تحریف‌شده و نشخوارگرانه زنان مطلقه و در ادامه، با آموزش مهارت‌های مختلف همچون فنون توقف فکر، مواجهه با چالش‌های فکری، شناسایی رابطه افکار و احساسات در جلسات گروهی، محتوای افکار منفی زنان مطلقه درباره خود و اجتماع دچار تغییر شده و هیجانات منفی آنان درباره خود و اجتماع

1. Bottche
2. ongider
3. McHugh, Hearon & Otto

تعدیل گردید. با اصلاح افکار و تفکرات غیر منطقی، باورهای ناکارآمد این افراد مانند نیازمندی به تایید دیگران، انتظارات بالا از خود، سرزنش‌کردن خود به‌دلیل طلاق، مشکلات هیجانی و نگرانی‌ها همراه با اضطراب نسبت به تغییر کاهش یافت. در نتیجه می‌توان گفت گروه‌درمانی شناختی- رفتاری با افزایش تنظیم هیجانی زنان مطلقه بر کاهش استیگما، اثربخش است.

نتیجه دیگر پژوهش این بود که رویکرد شناختی- رفتاری به‌طور معناداری موجب کاهش علائم اضطراب اجتماعی در زنان مطلقه می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های گلشنی و همکاران (۲۰۲۰)، اسدپور و همکاران (۲۰۱۸)، انگایدر و همکاران (۲۰۱۳)، سیدغلامی و همکاران (۲۰۱۳)، چیت‌سازان (۲۰۰۷)، رکنی و همکاران (۱۳۹۷)، یحیی‌زاده و همکاران (۱۳۹۶)، قمری کیوی (۱۳۹۵) و شوشتری و همکاران (۱۳۹۵) که نشان می‌داد مداخلات شناختی- رفتاری بر کاهش علائم اضطراب اجتماعی و افسردگی زنان مطلقه مؤثر بوده است، همسویی دارد.

افکار و احساسات ما، نقش کلیدی و اساسی در رفتار دارند. افرادی که زمان زیادی را صرف فکرکردن به ارزیابی‌های دیگران می‌کنند، رفته‌رفته از قرارگرفتن در موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کنند. به‌عبارت دیگر، مواجهه با وارسی دیگران، به‌طور خودآیند، به ارزیابی منفی منجر می‌شود که اغلب به‌دلیل باورهای فرد در مورد ناقص یا منحرف‌بودن در برخی جنبه‌های رفتار خود است و در قالب احساس ناایمنی، عزت نفس پایین و اعتماد به نفس ضعیف، جلوه‌گر می‌شود که این موارد در زنان نمونه پژوهش به وفور مشاهده گردید.

در تبیین فرض فوق می‌توان اظهار داشت با استفاده از آموزش تکنیک‌های بازسازی شناختی- رفتاری و تمرین‌های خودنظارتی اهداف نادرست، ارزیابی‌های منفی و غیر منطقی در زنان مطلقه اصلاح گردید و علاقه اجتماعی بیشتری در آنان شکل گرفت. افزون بر آن، آموزش تکنیک‌های آرمیدگی مانند آموزش تنفس عمیق و منبسط‌کردن عضلات، از دیگر فنون ایمن‌سازی زنان در برابر اضطراب اجتماعی در این پژوهش بود. زنان مطلقه یاد گرفتند با تکنیک‌های آرمیدگی، در شرایط اضطراب‌زا، عوامل ایجادکننده تنش و اضطراب را کنترل و آرامش خود را حفظ کنند. توجه به آرامش، موجب کاهش تمرکز زنان مطلقه روی افکار مربوط به آسیب طلاق گردید و از آن‌جاکه تنش و آرامش ضد یکدیگرند، زنان مطلقه یاد گرفتند در

مواقعی که دچار افکار ناخواسته می‌شوند، برای کنارآمدن با واکنش‌های فشار روانی، به‌ویژه در مورد آنهایی که با فشار روانی کنترل‌ناپذیر ایجاد می‌شوند، این تمرین را انجام دهند. این تکنیک‌ها نشانه‌های فیزیولوژیک‌شده از اضطراب را در زنان مطلقه کم کردند.

نتیجه دیگر پژوهش حاضر این بود که رویکرد شناختی-رفتاری به‌طور معناداری موجب کاهش ترس از صمیمیت در زنان مطلقه می‌شود. از آن‌جاکه احساس صمیمیت، با تعارض و تنهایی، ارتباط معکوس دارد (گیلبرت[1]، ۲۰۱۶) و ترس از صمیمیت، مانع از بیان کامل احساسات و خودافشایی در افراد می‌گردد (مونتیز[2]، ۲۰۱۳؛ درویـن[3]، ۲۰۱۲ و پورمحسنی، ۱۳۹۴)، پس می‌توان یافته اول را با پژوهش‌های مرتبط که اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را بر خودافشاگری، احساس تنهایی و کنترل افکار ناکارآمد در زنان مطلقه سنجیده‌اند، مقایسه کرد. بنابراین، این یافته، همسو با متغیرهای مرتبط با ترس از صمیمیت از جمله خودافشاگری (پوران و اسکندری، ۱۳۹۸)، احساس تنهایی در زنان در شرف طلاق (سعیدی و خلعتبری، ۱۳۹۹ و اکبری و مؤمنی، ۱۳۹۴) است.

وقتی فرد حس کند دوست‌داشتنی نیست و علائم اجتماعی بیانگر پیوند با دیگران و ارزشمندی را از دست دهد، مشکلات جدی همراه با احساس تنهایی و تهدید را تجربه می‌کند. از طرفی، به‌دلیل انتقاد دیگران و روابط نامطلوب گذشته با همسر، سیستم خودسرزنشگری در وی رشد می‌کند (نیف[4]، ۲۰۰۵). در این حال، اگر فرد به جای احساس نادیده گرفته‌شدن یا طردشدگی، حس کند که مورد توجه قرار دارد، این مسئله اثرات مهمی بر وضعیت روان‌شناختی و ذهنی او می‌گذارد. (پورگز[5]، ۲۰۰۷)

زنان مطلقه حاضر در پژوهش، از طریق آموزش مهارت حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی، شناسایی افکار منفی و جایگزین‌ساختن افکار مثبت و خودگویی مثبت، یاد گرفتند که افکار

1. Gilbert
2. Montesi
3. Drouin
4. Neff
5. Porges

منفی که در لایه‌های زیرین ترس‌هایشان در برقراری روابط صمیمانه وجود دارد را شناسایی کنند و در گام بعدی، این افکار و خطاهای شناختی را به چالش بکشند و دید واقع‌بینانه‌تری نسبت به برقراری رابطه با دیگران و همچنین در موقعیت‌های اجتماعی بیابند و با آرامش بیشتری به تعامل بپردازند. این مداخله توانست موجب کاهش استفاده از راهبردهای شناختی خودسرزنشگری، نشخوار فکری و فاجعه‌آمیز تلقی‌کردن شود.

با توجه به این‌که نمونه، شامل زنان مطلقه است، در تعمیم نتایج به سایر زنان محدودیت وجود دارد؛ بنابراین در سطح پیشنهاد پژوهشی، پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ متفاوت اجراء شود. با توجه به اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در سطح کاربردی، پیشنهاد می‌شود در راستای کاهش استیگما، علائم اضطراب اجتماعی و ترس از صمیمیت زنان مطلقه، این روش در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و مراکز بهزیستی مورد استفاده قرار گیرد.

فهرست منابع

کتاب

۱. ابوالحسنی، آیدا؛ پورابراهیم، تقی و خوش کنش، ابوالقاسم (۱۳۹۴ش)، «بررسی و مقایسه تجربه طلاق در مردان و زنان مطلقه: معناها، بسترها، پیامدها و سازگاری پس از طلاق»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

۲. اکبری، بهمن؛ مؤمنی، زینب؛ انصاری، پیمان و شرفی، محمودرضا (۱۳۹۴ش)،«اثربخشی گروه‌درمانی به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش احساس تنهایی و افزایش خودکارآمدی عمومی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی»، *اولین همایش علمی پژوهشی روانشناسی، علوم تربیتی و آسیب شناسی جامعه*، به‌صورت الکترونیکی.

۳. حجتی، یاسمن؛ نیسی، عبدالکاظم و حیدری‌زاد، زهره (۱۳۹۴ش)، «اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان مطلقه»، *اولین همایش ملی روانشناسی و خانواده*.

۴. رکنی، اعظم؛ سیدان، سیدابوالقاسم؛ مهری‌نژاد و سیدابوالقاسم (۱۳۹۷ش)، «مقایسه اثربخشی مداخله شناختی –رفتاری و هیپنوتیزم شناختی بر افزایش سلامت زنان مطلقه مشهد»، *پنجمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی*.

۵. کرمی، اشرف و فرطوسی، فاطمه (۱۳۹۳ش)، «اثربخشی گروه‌درمانی شناختی - رفتاری بر سازگاری فردی و اجتماعی زنان مطلقه»، اولین کنگره ملی روانشناسی خانواده، گامی در ترسیم الگوی مطلوب خانواده، اهواز: انجمن علمی روانشناسی خانواده ایران، دانشگاه شهید چمران اهواز.

۶. میرزایی، سمیه؛ سجادیان، ایلناز؛ حاجی حسنی، مهرداد؛ منشئی، غلامرضا (۱۳۹۸ش)، «تدوین الگوی سازگاری با طلاق و مقایسه اثربخشی آن با درمان شناختی- رفتار استیگما، ترس از صمیمیت علائم اضطراب اجتماعی و اعتماد به جنس مخالف در زنان مطلقه»، پایان‌نامه در دستور چاپ دوره دکترا ، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

۷. وفایی، ماریا آگیلار؛ احمدی، فضل‌الله و زارع، سمیه (۱۳۹۳ش)، «تبیین فرآیند روان‌شناختی مواجهه با طلاق در زنان مطلقه»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم انسانی.

مقاله

۱. آریاپوران، سعید و اسکندری، آرزو (۱۳۹۸ش)، «اثربخشی آموزش مبتنی بر مداخلات شناختی- رفتاری بر خودافشاگری زناشویی زوجین». مجله *مطالعات روان‌شناختی*، دوره ۱۵، ش۲، ص۱۲۷-۱۴۴.

۲. افضلی، محمدحسن؛ فتحی آشتیانی، علی و آزادفلاح، پرویز (۲۰۰۹م)، «بررسی سبک‌ها و مکانیزم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال وسواسی- بی‌اختیاری، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته و اختلال هراس اجتماعی»، مجله *روان‌شناسی بالینی*، ش۱، ص۷۹-۹۳.

۳. بهجت، آزیتا؛ محمدآبادی، فاطمه؛ اعزازی بجنوردی، المیرا؛ چنارانی، حسین و اسماعیلی، مهسا (۱۳۹۹ش)، «تأثیر زوج‌درمانی مثبت‌نگر بر شادکامی زناشویی، صمیمیت زناشویی و اضطراب اجتماعی زوجین متقاضی طلاق»، *روانشناسی اجتماعی*، سال۸، ش۵۵، ص۸۵-۹۹.
۴. پورمحسنی کلوری، فرشته و شیرزاد، ژیلا (۱۳۹۴ش)، «مقایسه خودافشاسازی، صمیمیت و پردازش هیجانی در زنان متأهل مبتلا به فوبی اجتماعی و زنان سالم»، *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، سال ۶، ش۲۴، ص۱۴۵-۱۶۳.
۵. حسنی، رضا؛ قدرتی، حسین و امیرپور، مهناز (۱۳۹۳ش)، «پیامدهای طلاق برای زنان مطلقه شهر مشهد (یک پژوهش کیفی)»، *تغییرات اجتماعی-فرهنگی*، دوره ۱۱، ش۳ . ص۳۳-۴۹.
۶. خدابخشی کولایی، آناهیتا و هاشمی اصل، زهره (۱۳۹۵ش)، «رابطه سبک‌های دلبستگی با ترس از صمیمیت در زن‌های سالمند مطلقه»، *پیشگیری و سلامت*، سال۲، ش۱، ص۲۵-۳۲.
۷. زارعی، فاطمه؛ صلحی، مهناز؛ تقدیسی، محمدحسین؛ کمالی، محمد؛ شجاعی‌زاده، داود و نجات، سحرناز (۱۳۹۳ش)، «درک تجارب پس از طلاق در زنان: یک پژوهش کیفی»، مجله *علوم پزشکی رازی*، سال۲۱، ش۱۲۴، ص۱۳-۲۶.
۸. سعیدی، مژده؛ خلعتبری، جواد؛ شیرودی، قربان و ابوالقاسمی، شهره (۱۳۹۹ش)، «مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان متمرکز بر احساس تنهایی زنان در شرف طلاق»، *مجله مطالعات ناتوانی*، دوره۱۰،ش۹، ص ۱ - ۹.
۹. شوشتری، آزاده؛ رضایی، علی‌محمد و طاهری، الهام. (۱۳۹۵ش)، «اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجانی، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری زنان مطلقه»، *مجله اصول بهداشت روانی*، دوره۱۸، ش۶، ص۳۲۱- ۳۲۸.
۱۰. شیرالی‌نیا، خدیجه؛ چلداوی، رحیم و امان‌اللهی، عباس (۱۳۹۷ش)، «اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان مطلقه»، *روان‌شناسی بالینی*، دوره ۱۰، ش۱، ص۹-۲۰.
۱۱. صدیقی، کاظم؛ صفاریان طوسی، محمدرضا و خدیوی، غلامرضا (۱۳۹۸ش)، «تأثیر مدل بازسازی پس از طلاق فیشر بر اضطراب و افسردگی زنان مطلقه»، *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره۱۷، ش۲، ص۳۰۳-۳۱۳.
۱۲. عسکری باغمیانی، اشرف و جوادیان، سیدرضا (۱۳۹۶ش)، «فشار مضاعف زندگی، پیامد اصلی طلاق در زنان: یک مطالعه کیفی». مجله *تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، سال۶، ش۴، ص۴۲۷-۴۳۶.
۱۳. غفاری، مظفر مهینی و شهرام خانی، لطفعلی (۱۳۹۴ش)، «بررسی رابطه سرمایه اجتماعی میان‌گروهی و داغ بیماری اضطراب با میزان اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان». *فصلنامه شخصیت و تفاوت‌های فردی*، سال۴، ش۹، ص۲۹-۵۰.
۱۴. غلامی، ربابه و ناعمی، علی‌محمد (۱۳۹۶ش)، «تأثیر واقعیت‌درمانی بر استیگمای مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی»، *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی*، دوره۷، ش۲۷، ص۲۰۹-۲۳۶.
۱۵. فرجی‌ها، محمد و ملاپروری، مهرناز (۱۳۹۷ش)، «موقعیت زنان بزه‌دیده خشونت خانوادگی در فرایندهای

میانجی‌گری سنتی»، فصلنامه *تحقیقات حقوقی*، سال۲۱، ش۸۲، ص۱۳۱-۱۵۲.
۱۶. فلاح‌زاده، هاجر؛ فرزاد، ولی‌الله و فلاح‌زاده، محمود (۱۳۹۰ش)، «بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ترس از صمیمیت (FIS)»، *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، دوره۵، ش۱، ص۷۰-۷۹.
۱۷. قاسم‌زاده نساجی، سوگند؛ پیوسته‌گر، مهرانگی؛ حسینیان، سیمین؛ موتابی، فرشته و بنی‌هاشمی، سارا (۱۳۸۹ش)، «اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات زنان»، *علوم رفتاری*، دوره۴، ش۱، ص۳۵-۴۳.
۱۸. قزلسفلو، مهدی؛ سعادتی، نادره و رستمی، مهدی (۱۳۹۷ش)، «اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری آسیب‌محور بر سازش‌یافتگی پس از طلاق زنان مطلقه ساکن شهر تهران»، *آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده*، سال۴، ش۲، ص۸۹-۱۰۶.
۱۹. محمدپور، احمد (۱۳۹۳ش)، «بسترها، پیامدها و سازگاری زنان مطلقه شهر تهران (یک مطالعه پدیدارشناسانه)»، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، دوره۴، ش۱، ص۱۳۵-۱۸۰.
۲۰. مهدی‌یار، منصوره؛ دادفرنیا، شکوفه؛ هادیان‌فرد، حبیب و رحیمی، چنگیز (۱۳۹۸ش)، «بررسی اثربخشی درمان گروهی عقلانی-عاطفی و درمان گروهی راه‌حل‌محور بر اضطراب اجتماعی در دانشجویان دانشگاه شیراز»، *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، دوره۶، ش۳، ص۱۱۸-۱۲۸.
۲۱. نادی، الهه؛ سعیدپور، فریبا و بلند، حسن (۱۳۹۸ش)، «بررسی اثربخشی گروه‌درمانی به شیوه شناختی. رفتاری مذهب‌محور بر افزایش امید به زندگی و شادکامی در زنان نابارور»، *مجله سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*. دوره۳، ش۳، ص۴۱-۴۸.
۲۲. نجمه، حمید؛ بشلیده، کیومرث؛ عیدی بایگی، مجید و دهقانی‌زاده، زهرا (۱۳۹۰ش)، «بررسی اثربخشی روان‌درمانی شناختی-رفتاری مذهب‌محور برافسردگی زنان مطلقه»، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، دوره۱، ش۱، ص۵۴-۶۴.
۲۳. نیکبخت نصرآبادی، علیرضا؛ پاشایی ثابت، فاطمه و بستامی، علیرضا (۱۳۹۵ش)، «تجربه زندگی با همسر معتاد: یک مطالعه پدیدارشناسی»، *مجله روان‌پرستاری*، دوره۴، ش۳، ص۶۶-۷۴.
۲۴. یحیی‌زاده پیرسرایی، حسین؛ شکری، کیوان و رشیدی، فرزانه (۱۳۹۶ش)، «تأثیر مداخلات مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر سلامت روان زنان مطلقه»، *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، دوره۶، ش۳، ص۱۴-۲۱.

منابع لاتین

1. Asadpour, E., & Sadat Hosseini, M. (2018). The Effectiveness of Cognitive Group Therapy on Self-efficacy and Depression Among Divorced Women. Practice in Clinical Psychology, 6(4), 231-238.
2. Azhar, A., Abbas, J., Wenhong, Z., Akhtar, T., & Aqeel, M. (2018). Linking infidelity stress, anxiety and depression: Evidence from Pakistan married couples and divorced individu-

als. International Journal of Human Rights in Healthcare.
3. Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. Depression and anxiety, 27(2), 168-189.
4. Bolkan, A., & Kaya, A. (2016). The Effects of Life Skills Psychoeducation Program on Divorced Women's Self-actualization Levels. The Anthropologist, 23(3), 343-354.
5. Böttche, M., Kuwert, P., Pietrzak, R. H., & Knaevelsrud, C. (2016). Predictors of outcome of an Internet-based cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress disorder in older adults. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 89(1), 82-96.
6. Braver, S. L., & Lamb, M. E. (2013). Marital dissolution. In Handbook of marriage and the family (pp. 487-516): Springer.
7. Brewis AA, Hruschka DJ, Wutich A. Vulnerability to fat-stigma in women's everyday relationships. Social Science & Medicine. 2011;73(4):491-7.
8. Chitsazan, M. (2007). The effectiveness of cognitive-behavioral group counseling on mental health of divorced women. Tehran: University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare, 3-10.
9. Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2004). An attachment theory perspective on closeness and intimacy. Handbook of closeness and intimacy, 163-187.
10. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, Foa E. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. The British Journal of Psychiatry. 2000;176(4):379-86.
11. Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. Psychological Science in the Public Interest, 15(2), 37-70.
12. Dalrymple, K. L., & Zimmerman, M. (2011). Treatment-seeking for social anxiety disorder in a general outpatient psychiatry setting. Psychiatry research, 187(3), 375-381.
13. Davis, M., Ventura, J. L., Wieners, M., Covington, S. N., Vanderhoof, V. H., Ryan, M. E., . . . Nelson, L. M. (2010). The psychosocial transition associated with spontaneous 46, XX primary ovarian insufficiency: illness uncertainty, stigma, goal flexibility, and purpose in life as factors in emotional health. Fertility and sterility, 93(7), 2321-2329.
14. Depla, M. F., de Graaf, R., van Weeghel, J., & Heeren, T. J. (2005). The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences, 20(2), 146-153.
15. Descutner CJ, Thelen MH. Development and validation of a Fear-of-Intimacy Scale.

Psychological assessment: A journal of consulting and clinical psychology. 1991;3(2):218.
16. Donkor, E. S., & Sandall, J. (2007). The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. Social Science & Medicine, 65(8), 1683-1694.
17. Drouin, M., & Landgraff, C. (2012). Texting, sexting, and attachment in college students' romantic relationships. Computers in Human Behavior, 28(2), 444-449.
18. Gilbert, E., Perz, J., & Ussher, J. M. (2016). Talking about sex with health professionals: the experience of people with cancer and their partners. European Journal of Cancer Care, 25(2), 280-293.
19. Goffman, E. (2009). Stigma: Notes on the management of spoiled identity: Simon and Schuster.
20. Goldin, P. R., Morrison, A., Jazaieri, H., Brozovich, F., Heimberg, R., & Gross, J. J. (2016). Group CBT versus MBSR for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. Journal of consulting and clinical psychology, 84(5), 427.
21. Golshani, F., Mirghafourvand, M., Hasanpour, S., & Seiiedi Biarag, L. (2020). The effect of cognitive behavioral therapy on anxiety and depression in Iranian infertile women: a systematic and meta-analytical review. Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences, 14(1).
22. Haynes, P. (2015). Application of cognitive behavioral therapies for comorbid insomnia and depression. Sleep medicine clinics, 10(1), 77-84.
23. Hing N, Holdsworth L, Tiyce M, Breen H. Stigma and problem gambling: Current knowledge and future research directions. International Gambling Studies. 2014;14(1):64-81.
24. Hing, N., Holdsworth, L., Tiyce, M., & Breen, H. (2014). Stigma and problem gambling: Current knowledge and future research directions. International Gambling Studies, 14(1), 64-81.
25. Hvenegaard, M., Moeller, S. B., Poulsen, S., Gondan, M., Grafton, B., Austin, S. F., ... & Watkins, E. R. (2020). Group rumination-focused cognitive-behavioural therapy (CBT) v. group CBT for depression: phase II trial. Psychological Medicine, 50(1), 11-19.
26. Kadir, N. B. y. A., & Bifulco, A. (2011). Vulnerability, life events and depression amongst Moslem Malaysian women: comparing those married and those divorced or separated. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 46(9), 853-862.
27. Kanter, J. W., Rusch, L. C., & Brondino, M. J. (2008). Depression self-stigma: a new measure and preliminary findings. The Journal of nervous and mental disease, 196(9), 663-670.
28. Klin, A., & Lemish, D. (2008). Mental disorders stigma in the media: Review of studies on production, content, and influences. Journal of health communication, 13(5), 434-449.
29. Konstam, V., Karwin, S., Curran, T., Lyons, M., & Celen-Demirtas, S. (2016). Stigma

and divorce: A relevant lens for emerging and young adult women? Journal of Divorce & Remarriage, 57(3), 173-194.
30. Krietsch, K. (2012). Divorce-related psychological adjustment moderates the association between sleep and systiolic blood pressure over 90 days in women.
31. Lamb, K. A., Lee, G. R., & DeMaris, A. (2003). Union formation and depression: Selection and relationship effects. Journal of marriage and family, 65(4), 953-962.
32. Livingston, J. D. (2013). Mental Illness-Related Structural Stigma. The Downward Spiral of Systemic Exclusion, 2013.
33. Luong, H. K., Drummond, S. P., & Norton, P. J. (2020). Elements of the Therapeutic Relationship in CBT for Anxiety Disorders: A Systematic Review. Journal of Anxiety Disorders, 102322.
34. Mak, W. W., Poon, C. Y., Pun, L. Y., & Cheung, S. F. (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. Social Science & Medicine, 65(2), 245-261.
35. Maor, M. (2012). Fat women: The role of the mother–daughter relationship revisited. Paper presented at the Women's studies international forum.
36. McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. Psychiatric Clinics, 33(3), 511-525.
37. Montesi, J. L., Conner, B. T., Gordon, E. A., Fauber, R. L., Kim, K. H., & Heimberg, R. G. (2013). On the relationship among social anxiety, intimacy, sexual communication, and sexual satisfaction in young couples. Archives of sexual behavior, 42(1), 81-91.
38. Neff, K. D., Hsieh, Y.-P., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. Self and identity, 4(3), 263-287.
39. Öngider, N. (2013). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy in Divorced Women for Depression, Anxiety and Loneliness symptoms: A pilot study. Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research, 2(3), 147-155.
40. Padgett, E., Mahoney, A., Pargament, K. I., & DeMaris, A. (2019). Marital Sanctification and Spiritual Intimacy Predicting Married Couples' Observed Intimacy Skills across the Transition to Parenthood. Religions, 10(3), 177.
41. Pananakhonsab, W. (2019). Migration for love? Love and intimacy in marriage migration processes. Emotion, Space and Society, 31, 86-92.
42. Parvez KN. Social changes and women-initiated divorce in Dhaka, Bangladesh: Gaining or Loosing Power? : The University of Bergen; 2011.
43. Phillips, T. M., Wilmoth, J. D., Wall, S. K., Peterson, D. J., Buckley, R., & Phillips, L. E. (2013). Recollected parental care and fear of intimacy in emerging adults. The Family

Journal, 21(3), 335-341.
44. Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. Biological psychology, 74(2), 116-143.
45. Repic, T. (2007). Fear of intimacy among married and divorced persons in association with physical abuse in childhood. Journal of Divorce & Remarriage, 46(3-4), 49-62.
46. SAYEAD, G. F., JAFARI, A., & GHAMARI, M. (2013). Effectiveness of group counseling based on cognitive-behavioral therapy (CBT) on the reduction of the symptoms of anxiety sensitivity of divorced women
47. Schaan, V. K., Schulz, A., Schächinger, H., & Vögele, C. (2019). Parental divorce is associated with an increased risk to develop mental disorders in women. Journal of Affective Disorders, 257, 91-99.
48. Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 259(5), 298-306.
49. Shaker, M., Rahimi, M., & Zare, M. (2016). The effectiveness of therapy based on acceptance and commitment social anxiety and general self-efficacy on divorced women under welfare organization in Yazd. Journal of Social Sciences and Humanities Research, 4(04), 6-12.
50. Simon, N., McGillivray, L., Roberts, N. P., Barawi, K., Lewis, C. E., & Bisson, J. I. (2019). Acceptability of internet-based cognitive behavioural therapy (i-CBT) for post-traumatic stress disorder (PTSD): A systematic review. European journal of psychotraumatology, 10(1), 1646092.
51. Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., & Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. Psychiatry research, 150(1), 71-80.