

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با کوچینگ شناختی-رفتاری بر افکار خودآیند منفی زنان قربانی خشونت خانگی

سمیرا حسینی راد^۱، مجید صفاری نیا^{۲*}، الهه صادقی^۳

چکیده

مقدمه: خشونت خانگی نوع خاصی از خشونت است که در سطح خانواده اعمال و منجر به آسیب یا رنج جسمی، روانی و جنسی در زنان می‌شود. هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با کوچینگ شناختی-رفتاری بر افکار خودآیند منفی زنان قربانی خشونت خانگی بود.

روش پژوهش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. در این پژوهش جامعه آماری کلیه زنان قربانی خشونت خانگی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. در مرحله اول با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۷۵ نفر انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایش (هر گروه ۲۵ نفر) و یک گروه کنترل (۲۵ نفر) جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش اول تحت درمان شناختی-رفتاری و گروه آزمایش دوم تحت درمان کوچینگ قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. از پرسشنامه همسرآزاری قهاری و پرسشنامه افکار خودآیند منفی هولون و کندال به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی) انجام پذیرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد هر دو مداخله مذکور در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر افکار خودآیند منفی زنان قربانی خشونت خانگی داشته است ($P < 0/05$) و درمان شناختی-رفتاری اثربخشی بیشتری نسبت به کوچینگ شناختی-رفتاری بر افکار خودآیند منفی زنان قربانی خشونت خانگی دارد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری و کوچینگ شناختی-رفتاری می‌توانند به عنوان شیوه‌های درمانی مناسب برای افکار خودآیند منفی زنان قربانی خشونت خانگی به کار برده شوند و تقدم استفاده با درمان شناختی-رفتاری است.

واژه‌های کلیدی: افکار خودآیند منفی، خشونت خانگی، درمان شناختی-رفتاری، کوچینگ شناختی-رفتاری

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۹/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۷/۳

استناد: حسینی راد سمیرا، صفاری نیا مجید، صادقی الهه. مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با کوچینگ شناختی-رفتاری بر افکار خودآیند منفی زنان قربانی خشونت خانگی، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۴؛ ۱۵(۲): ۱۵۵-۱۳۷

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی آیندگان، مازندران، ایران.

۲. **(نویسنده مسئول)**، استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
 Tel: 09124931710 m.saffarinia@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی آیندگان، مازندران، ایران، sadeghi@aihe.ac.ir

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استاد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

خانواده به عنوان یک واحد اجتماعی، عاطفی و شکل‌دهنده‌ی شخصیت آدمی با پیوند زناشویی زن و مرد و ازدواج آنها با هم شکل می‌گیرد (۱). بر این اساس، نیاز به برقراری ارتباط توأم با صمیمت و عشق از اساسی‌ترین دلایلی است که زن و مرد را به سوی انتخاب و پیوند زناشویی با هم می‌کشاند (۲). همچنین می‌توان گفت که ازدواج و تشکیل خانواده جنبه مهمی از زندگی انسان را تشکیل می‌دهد که به رشد فردی، برآورده شدن نیازهای مختلف و بهزیستی کلی روانشناختی زوجین کمک می‌کند و علیرغم کارکردهای حیاتی ازدواج و خانواده، تعارضات زناشویی (۳) و خشونت خانگی ۲ اجزای ذاتی روابط زناشویی هستند (۴ و ۵). لذا یکی از عواملی که سلامت خانواده را با چالش مواجه می‌کند خشونت خانگی است (۶) با هدف آسیب رساندن به همسر به شکل روانی، فیزیکی، کلامی و مالی ۳ صورت می‌گیرد (۷). خشونت علیه زنان یکی از مشکلات اصلی بهداشت عمومی است که سلامت جسمی، جنسی، روانی و اجتماعی بیش از یک سوم کل زنان و دختران در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸).

در برخی موارد خشونت علیه زنان می‌تواند با واکنش تلافی جویانه از سوی زنان همراه باشد، اما در بیشتر موارد این زنان به دلیل نبود حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی، دچار آسیب‌های روانی و جسمانی متعددی می‌شوند (۹). همچنین می‌توان گفت هک خشونت خانگی نوعی پرخاشگری است که در روابط همسران رخ می‌دهد (۱۰) و گاهی اوقات تحت عنوان همسرآزاری ۴، خشونت زناشویی ۵، زن آزاری، شریک آزاری و غیره توصیف شده است (۱۱). بر اساس پیشینه پژوهش افکار خودآیند منفی ۶ در زنان در معرض خشونت به‌طور معنی‌داری بیشتر از افرادی است که در معرض خشونت قرار نگرفته‌اند و زنانی که تحت خشونت قرار می‌گیرند، عواطف منفی مانند اضطراب شدید، ترس، درماندگی و احساس بی‌ارزشی را تجربه می‌کنند (۱۲). افکار خودآیند منفی به افکاری اطلاق می‌شود که دائماً و به طور خودکار در ذهن فرد ظاهر می‌شوند (۱۳)، که نه تنها شامل افکار منفی درباره خود، بلکه تهدیدهای ناشی از دیگران و افکار منفی در مورد آینده می‌شود (۱۴).

بر اساس نظریه شناخت اجتماعی ۷، سیستم پردازش شناختی منفی یک فرد به طور کلی فعال نمی‌شود، اما رویدادهای خاص زندگی ممکن است باورهای اصلی سفت و سخت فرد را فعال کنند. سپس، تفسیر رویدادهای زندگی در قالب بسیاری از افکار خودکار منفی همراه با تجربیات عاطفی دردناک (مانند اختلال افسردگی) ظاهر می‌شود (۱۵). خشونت عاطفی و جسمی، هرچند به اشکال مختلف، بدون شک تجربه‌ای منفی برای همه افراد به ویژه برای زنان و کودکان است و حتی در درازمدت بیشتر آسیب‌زا خواهد بود (۱۶). تحت چنین شرایط نامطلوبی، افکار خودآیند منفی ممکن است به طور مداوم فعال شود، و تصورات منفی از خود و همچنین ناامنی در مورد دیگران و جهان ایجاد کند (۱۷)، که ممکن است منجر به احساسات منفی مانند افسردگی شود. تاناکا ۸ و همکاران (۱۸) همچنین اشاره

۱. marital conflicts

۲. domestic violence

۳. economic abuse

۴. wife abuse

۵. marital violence

۶. negative automatic thoughts

۷. social cognitive theory

۸. Tanaka

کرد که افکار خودآیند منفی معمولاً با رویدادهای منفی فعال می‌شوند و با تکرار و مزاحمت مشخص می‌شوند. علاوه بر این، خشونت شریک صمیمی می‌تواند منجر به کاهش بهزیستی روانشناختی^۱ در زنان آسیب دیده از خشونت خانگی شود(۱۹).

با توجه به اهمیت پایین بودن میزان افکار خودآیند منفی در زنان قربانی خشونت، ارائه مداخلات شناختی-رفتاری^۲ برای این زنان از اهمیت فراوانی برخوردار است(۱۹). درمان شناختی رفتاری به اصلاح خلق و رفتار بد بیماران از طریق اصلاح شناخت بد، متقاعدسازی، نمایش، آموزش آرامش، آموزش رفتار و غیره اشاره دارد(۲۰). درمان شناختی-رفتاری یک درمان مبتنی بر مهارت است که طی آن مراجعان تکنیک‌های مختلفی را برای مدیریت و تغییر شیوه‌های ناسازگار تفکر و رفتار می‌آموزند. هدف درمان شناختی-رفتاری تسهیل کسب مهارت توسط مراجعان، با استفاده مداوم از مهارت برای حفظ سلامت روانی خوب است(۲۱). در درمان شناختی-رفتاری احساسات ناکارآمد و رفتارها، فرایندها و مضامین شناختی ناسازگارانه، از طریق شماری از روش‌های نظام‌مند، صریح و هدف‌مدار نشانه گرفته می‌شود(۲۲). به بیان دیگر الگوی شناختی-رفتاری با تصحیح تفسیرهای نابجا، هدایت خودگویی‌های منفی، اصلاح الگوهای غیرمنطقی فکر و شناخت‌های ناکارآمد، پاسخ‌های مقابله‌ای کارآمد و سازگارانه و مهارگری هیجان‌های منفی با راه‌اندازی می‌کند(۲۳). بر اساس پیشینه پژوهش درمان شناختی-رفتاری اثربخشی معناداری بر کاهش افکار خودآیند منفی دارد(۲۴ و ۲۵).

از سوی دیگر می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری بهترین شکل روان‌درمانی مبتنی بر شواهد برای انواع مختلف آسیب‌شناسی روانی و مشکلات زندگی است با گذشت زمان، نظریه شناختی-رفتاری برای انواع دیگر مداخلات، مانند مشاوره، راهنمایی، آموزش و اخیراً کوچینگ^۳(مربیگری) اقتباس شده است(۲۶). کوچینگ شناختی-رفتاری یک رویکرد خاص برای کوچینگ است که از مفهوم سازی درمان شناختی-رفتاری برای مشکلات و ابزارها و تکنیک‌های مبتنی بر شواهد استفاده می‌کند(۲۷). کوچینگ(مربیگری) به عنوان هنر تسهیل عملکرد، یادگیری و رشد دیگران تعریف شده است. تسهیل رشد شخصی مراجع با پیروی از یک برنامه عمل معمولاً برای دستیابی به اهداف او کافی نیست. آنچه اغلب راه را می‌بندد، افکار و باورهای خود محدود کننده/شکست دهنده مراجع است (مثلاً «نمی‌توانم هیچ اشتباهی مرتکب شوم»)، رفتارهای معکوس(مانند ناتوانی در تصمیم‌گیری) و احساسات دردرساز (مثلاً اضطراب طولانی‌مدت). کوچینگ شناختی-رفتاری به مراجع کمک می‌کند تا چنین افکار و باورهایی را شناسایی، بررسی و تغییر دهد، رفتارهای مولد را رشد دهد و در مدیریت هیجانی مهارت بیشتری پیدا کند. هدف نهایی کوچینگ شناختی-رفتاری این است که مراجع به درمانگر خود تبدیل شود تا با چالش‌های حال و آینده مقابله کند(۲۸). بر اساس نتایج یک پژوهش مداخله کوچینگ شناختی-رفتاری می‌تواند به کاهش مشکلات روانشناختی افراد کمک کند؛ به طوری که می‌توان گفت که مداخله کوچینگ شناختی-رفتاری یک مداخله امیدوارکننده است که پتانسیل گسترش چشمگیر دسترسی به مداخلات موثر و مقرون به صرفه تر برای مراقبت از سلامت هیجانی افراد را دارد و می‌تواند در کاهش افکار خودآیند مؤثر باشد(۲۹).

در اهمیت و ضرورت انجام پژوهش می‌توان گفت که خشونت پدیده‌ای بسیار پیچیده است که می‌تواند در زمینه خانواده اشکال مختلفی را از قبیل خشونت علیه مردان(۳۰)، کودکان(۳۱) و سالمندان(۳۲ و ۳۳) به خود بگیرد. اما یکی از انواع متداول خشونت خانگی، خشونت بین همسران به ویژه خشونت علیه زنان می‌باشد(۳۴). اعمال این نوع خشونت‌ها، علاوه بر عواقب زود هنگام مانند آسیب یا

۱. psychological well-being

۲. cognitive-behavioral therapy (CBT)

۳. coaching

۴. elderly

مرگ، دارای پیامدهای بهداشتی دراز مدت از قبیل دردهای مزمن، اختلالات عصبی، بارداری ناخواسته، سردردهای میگرنی، افسردگی خونریزی، عفونت‌های مقاربتی، ایدز، درد لگن و غیره می‌باشد (۳۵). این شرایط سبب می‌شود که این پژوهش به ارائه مداخلات درمانی برای کاهش این مشکلات در زنان قربانی خشونت خانگی بپردازد. لذا انجام یک پژوهش در این زمینه دارای اهمیت و ضرورت پژوهشی است. همچنین می‌توان گفت که به کارگیری مداخلات شناختی-رفتاری و کوچینگ شناختی-رفتاری برای کاهش مشکلات زنان قربانی خشونت خانگی می‌تواند اثربخش باشد و نتایج به دست آمده از این پژوهش می‌توان در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی استفاده کرد و درمانگران خانواده می‌توانند از یافته‌های این پژوهش در راستای بهبود مشکلات زنان قربانی خشونت خانگی استفاده کنند. مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی از بهره‌وران نتایج پژوهش می‌باشند. لذا با توجه به آنچه گفته شد سوال پژوهش آن است که چه تفاوتی بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با کوچینگ شناختی-رفتاری بر افکار خودآیند منفی زنان قربانی خشونت خانگی وجود دارد؟

روش پژوهش:

روش پژوهش بر مبنای هدف، کاربردی و از منظر گردآوری داده‌ها جزء تحقیقات کمی و از نوع نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری ۲ ماهه بود. در این پژوهش جامعه آماری کلیه زنان قربانی خشونت خانگی (از سوی همسر) مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. حجم نمونه در نظر گرفته شده به وسیله نرم افزار G*Power محاسبه شده است در این نرم افزار برای مقایسه اختلاف بین میانگین دو گروه با در نظر گرفتن آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و سطح معناداری ۰/۰۵ با توان ۰/۹۵ و اندازه اثر متوسط ($f=0/23$) و در نظر گرفتن نسبت اختصاص یک به یک در گروه‌ها حجم نمونه محاسبه شده برابر با ۶۴ به دست آمد. همچنین با در نظر گرفتن ۲۰ درصد ریزش ۱ حجم نمونه نهایی برابر با ۷۵ نفر به دست آمد. به این صورت که در گروه درمان شناختی-رفتاری ۲۵ زن، گروه کوچینگ شناختی-رفتاری ۲۵ زن و گروه کنترل ۲۵ زن جایگزین شد. کسب نمره ۸۸ و بالاتر در پرسشنامه همسرآزاری (خشونت خانگی)، نداشتن بیماری‌های جسمی و روانشناختی و داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم ملاک‌های ورود به پژوهش بود. همچنین مصرف داروهای روانپزشکی و روان گردان، غیبت ۲ جلسه‌ای در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی همزمان با پژوهش، ابتلا به سوء مصرف مواد مخدر و سیگار از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با «آزمون تعقیبی بن فرونی ۲» بوده است. همچنین نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. ابزار پژوهش عبارتند از:

پرسشنامه همسرآزاری^۳ (WAQ): این پرسشنامه توسط قهاری و همکاران (۳۶) تدوین شده است و شامل ۴۴ سوال است که سه مولفه بدرفتاری روانی با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰؛ بدرفتاری جسمانی با سوالات ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳ و ۳۴؛ بدرفتاری جنسی با سوالات ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای می‌باشد به این صورت که هرگز ۱ نمره، گاهی ۲ نمره، اغلب ۳ نمره و همیشه ۴ نمره تعلق می‌گیرد. سازندگان پرسشنامه برای بررسی اعتبار پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند که ضریب ۰/۹۲ به دست آورده‌اند. همچنین بر اساس گزارش سازندگان پرسشنامه اعتبار پرسشنامه با روش بازآزمایی بررسی و ضریب همبستگی ۰/۹۸ محاسبه شده است (۳۶). در یک پژوهش دیگر ضریب اعتبار با روش بازآزمایی ۰/۹۸ گزارش شده است (۳۷). روایی

۱. loss-to follow up

۲. Bonferroni

۳. Wife Abuse Questionnaire (WAQ)

صوری و محتوایی پرسشنامه توسط اساتید روانپزشکی و روانشناسی تایید شده است و اعتبار آن با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب کل سوالات ۰/۹۴ و ضرایب برای بدرفتاری روانی ۰/۹۸، بدرفتاری جسمی ۰/۹۶ و بدرفتاری جنسی ۰/۹۸ به دست آمده است (۳۸). در یک پژوهش دیگر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی ۰/۹۸ گزارش شده است (۳۹). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب در مرحله پیش آزمون ۰/۷۱، پس آزمون ۰/۸۰ و پیگیری ۰/۹۱ به دست آمده است.

پرسشنامه افکار خودآیند منفی (ATQ): این پرسشنامه توسط هولون و کندال (۴۰) تدوین شده است و ۳۰ سوال دارد و دو عامل کلی شامل فراوانی افکار خودآیند و میزان اعتقاد به افکار خودآیند را اندازه گیری می کند. فراوانی افکار خودآیند به صورت ۵ درجه ای شامل اصلا ۱ نمره، گاهی ۲ نمره، بسیاری مواقع ۳ نمره، اغلب اوقات ۴ نمره و همیشه ۵ نمره نمره گذاری می شود و میزان اعتقاد به افکار خودآیند به صورت ۵ درجه ای شامل اصلا ۱ نمره، تا حدودی ۲ نمره، نسبتا زیاد ۳ نمره، بسیار زیاد ۴ نمره، صد درصد ۵ نمره نمره گذاری می شود. این پرسشنامه ۵ مولفه افکار سنجی با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰؛ خودارزیابی مثبت با سوالات ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵ و ۱۶؛ ارزیابی دیگران از خود با سوالات ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰؛ انتظارات آینده مثبت با سوالات ۲۱ و ۲۲؛ کارکرد اجتماعی مثبت با سوالات ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹ و ۳۰ را اندازه گیری می کند. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برای فراوانی ۰/۹۲ و میزان اعتقاد ۰/۹۵ به دست آمده است (۴۱). بررسی روایی همگرایی پرسشنامه افکار خودآیند با پرسشنامه افسرگی بک با ضریب همبستگی بک بررسی شده است که ضریب همبستگی درونی ۴۰ تا ۰/۷۰ به دست آمده است که نشان دهنده روایی همگرایی پرسشنامه افکار خودآیند منفی است (۴۲). در یک پژوهش دیگر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است و ضریب آلفای ۰/۹۲ به دست آمده است (۴۳). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب در مرحله پیش آزمون ۰/۹۱، پس آزمون ۰/۷۲ و پیگیری ۰/۸۵ به دست آمد. جلسات درمانی:

جدول ۱. جلسات درمان شناختی-رفتاری اقتباس از کندال (۴۴)

جلسه	هدف و محتوای جلسات
۱	آشنایی و معرفی شرکت کنندگان، ارائه اطلاعات درباره درمان شناختی-رفتاری، بیان و شرح اصول رازداری
۲	آشنایی با مفاهیم افکار، احساسات، رفتار و تفاوت بین آنها، توضیح سبک های ناکارآمد تفکر، بیان خطاهای شناختی معمول سوم
۳	بازسازی افکار
۴	نشانه ها و زنجیره ها، بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد، توضیح درباره چگونگی قرارگیری پیامدها در زنجیره رفتاری بزرگتر
۵	پنجم جرات ورزی، تعریف رفتار جراتمندانه، تصور موقعیتی مشکل جهت داشتن رفتار جراتمندانه

۶	تکانشگری، خودکنترلی و افزایش خلق، تعریف تکانه و بحث در زمینه مدیریت تکانش‌ها و راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر
۷	مدیریت استرس و حل مسئله، توضیح درباره استرس، مدیریت استرس، راهکارهایی برای حل مسئله، آموزش آرامش عضلانی
۸	حساس شدن به نشانه‌های عزت نفس، بیان چگونگی نداشتن عزت نفس به دلیل خود ارزیابی‌های منفی

جدول ۲. جلسات کوچینگ شناختی-رفتاری اقتباس از نینان و پالمر (۴۵)

جلسه	هدف و محتوی جلسات
۱	آموزش شیوه فهم و نحوه تحت کنترل قرار دادن مشکلات زندگی، رابطه بین شناخت، هیجان و رفتار، انتخاب اهداف و ثبت رویدادهای زندگی.
۲	مصاحبه انگیزشی و تقویت اتحاد و رابطه درمانگر-مراجع؛ صورتبندی مشکلات شرکت کنندگان در قالب مدل انگیزشی-شناختی، استفاده از فنون فعال سازی رفتاری، طرح مجدد افکار خودآیند مرتبط با زندگی زناشویی زنان.
۳	استفاده از پرسشگری سقراطی در فرایند کوچینگ؛ ادامه کار با افکار خودآیند، بررسی برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد مرتبط با زندگی زناشویی و چالش با این افکار خودآیند
۴	باز شناسایی باورهای زیربنایی و چگونگی فعال شدن آنها در موقعیت‌های خاص، استفاده از فن پیکان رو به پایین و بررسی مسائل آماجی شرکت کنندگان
۵	پرداختن به نحوه فهم و تقویت تاب‌آوری در مقابله با خشونت خانگی؛ تقویت خودگویی‌های مثبت، استفاده از فنون رفتاری جهت جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی
۶	کوچینگ شناخت فشار روانی و ارتباط آن با عملکرد زناشویی محور مداخله کوچینگ شناختی رفتاری؛ استفاده از فنون شناختی-رفتاری در مورد جرأت آموزی، حل مسئله و آموزش مهارت‌های زناشویی.
۷	کوچینگ شناختی رفتاری مبتنی بر حضور ذهن؛ شناسایی باورهای هسته‌ای ناکارآمد در مورد روابط زناشویی، ضعیف-سازی باورهای هسته‌ای از طریق زیر سؤال بردن آنها به روش سقراطی و درجه بندی باورهای منفی بر روی یک مقیاس.
۸	آموزش نحوه ایجاد و تقویت فرهنگ کوچینگ شناختی رفتاری در روند زندگی زناشویی؛ آموزش و تمرین مهارت‌های حل مسئله و رفتارهای شجاعانه، آموزش فنون پیشگیری از عود و آمادگی برای به کارگیری روش‌های آموخته شده در آینده.

هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با کوچینگ شناختی-رفتاری بر افکار خودآیند منفی زنان قربانی خشونت خانگی بوده است که برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس مکرر و آزمون بن‌فرونی (برای مقایسه مراحل زمانی و مقایسه درمان اثربخش‌تر) استفاده شده است که نتایج آن در ادامه آمده است. قبل از ارائه نتایج استنباطی، ویژگی‌های جمعیت شناختی بررسی شد که نتایج حاکی از آن بود که میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش شناختی-رفتاری ۳۳/۴۴ و ۵/۹۷۵؛ میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش کوچینگ ۳۴/۸۸ و ۴/۸۲۵؛ میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل ۳۴/۱۲ و ۴/۴۳۱ بود که میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=0/409$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig=0/615$) که نشان دهنده هم‌تا بودن ۳ گروه از نظر سن است در جدول ۴ فراوانی و درصد تحصیلات افراد نمونه آمده است. میزان آماره تحلیل کای اسکورر آمده حاصل از مقایسه میانگین سنی ۳ گروه در متغیر سن برابر با $Chi-Square=1/754$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig=0/988$) که نشان دهنده هم‌تا بودن سه گروه از نظر تحصیلات است. در جدول ۵ میانگین و انحراف معیار افکار خودآیند منفی در گروه آزمایش و گروه کنترل آمده است. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار افکار خودآیند منفی در گروه آزمایش و گروه کنترل آمده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار افکار خودآیند منفی در گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیرهای وابسته	مرحله	میانگین					
		شناختی	کوچینگ	کنترل	شناختی	کوچینگ	کنترل
افکار سنجی	پیش‌آزمون	۳۵/۰۴	۳۵/۴۰	۳۵/۳۶	۰/۷۳۵	۱/۰۰۰	۰/۹۹۵
	پس‌آزمون	۲۹/۷۶	۳۱/۱۶	۳۵/۱۶	۱/۲۶۸	۱/۷۷۲	۱/۲۱۴
	پیگیری	۲۹/۸۸	۳۱/۲۰	۳۵/۲۰	۱/۴۲۴	۱/۷۸۰	۱/۲۲۵
خودارزیابی مثبت	پیش‌آزمون	۲۳/۴۰	۴۰/۲۳	۲۳/۴۰	۰/۸۱۶	۸۱۶۰	۰/۸۱۶
	پس‌آزمون	۲۰/۴۰	۲۰/۹۲	۲۳/۳۲	۶۴۵۰	۰/۹۰۹	۰/۹۴۵
	پیگیری	۲۰/۴۸	۲۰/۹۶	۲۳/۳۶	۰/۸۲۳	۰/۹۳۵	۰/۹۰۷
ارزیابی دیگران از خود	پیش‌آزمون	۱۱/۷۶	۱۵/۰۰	۱۴/۸۰	۰/۸۷۹	۰/۷۰۷	۰/۸۶۶
	پس‌آزمون	۱۱/۲۸	۱۱/۳۶	۱۴/۶۸	۱/۲۰۸	۰/۸۱۰	۰/۹۰۰
	پیگیری	۱۱/۳۲	۱۱/۴۰	۱۴/۷۲	۱/۲۸۲	۰/۸۶۶	۰/۹۳۶
انتظارات آینده مثبت	پیش‌آزمون	۴/۸۴	۵/۲۰	۵/۲۰	۰/۸۰۰	۰/۸۱۶	۰/۷۶۴
	پس‌آزمون	۳/۲۰	۳/۵۶	۵/۱۲	۰/۸۱۶	۰/۸۲۱	۰/۸۳۳
	پیگیری	۳/۲۸	۳/۶۰	۵/۱۶	۰/۸۹۱	۰/۸۶۶	۰/۸۵۰

پیش‌آزمون	۳۰/۸۰	۳۰/۸۴	۳۰/۸۴	۰/۹۴۳	۰/۹۴۳	۰/۹۴۳
کارکرد اجتماعی مثبت	پس‌آزمون	۲۴/۶۴	۲۶/۸۰	۳۰/۶۰	۱/۲۵۱	۲/۰۲۱
پیگیری	۲۴/۷۲	۲۶/۸۰	۳۰/۵۶	۱/۴۰۰	۲/۰۳۰	۱/۲۲۷
پیش‌آزمون	۱۰۸/۸۸	۱۰۹/۸۴	۱۰۹/۶۰	۱/۹۴۳	۲/۲۴۹	۱/۷۰۸
نمره کل افکار خودآیند منفی	پس‌آزمون	۸۹/۲۸	۹۳/۸۰	۱۰۸/۸۸	۲/۱۸۹	۲/۷۸۹
پیگیری	۸۹/۶۸	۹۳/۹۶	۱۰۹/۰۰	۲/۷۰۴	۲/۹۵۱	۲/۸۴۳

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار افکار خودآیند منفی را نشان می‌دهد. بعد از بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل واریانس مکرر، از این آزمون برای تحلیل داده‌ها گردآوری شده استفاده شد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ($P > 0/05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P > 0/05$) و بدین ترتیب پیش فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش فرض نیز رعایت شده است ($P > 0/05$). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون ۱ بود. با توجه به اینکه پیش فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی برای افکار خودآیند منفی برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون موچلی برای آزمون برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها برای افکار خودآیند منفی

متغیرهای وابسته	کرویت موچلی	کای دو	df	Sig	اپسیلون	تصحیح گرین‌هاوس-گیسر	تصحیح فلدت	هیون-
افکار سنجی	۰/۲۲۳	۱۰۶/۶۲۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱۰	۰/۶۴۴		
خودارزیابی مثبت	۰/۱۹۰	۱۱۸/۰۴۶	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳۰	۰/۶۸۲		
ارزیابی دیگران از خود	۰/۰۹۷	۱۶۵/۷۸۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۸۰	۰/۶۵۰		

D.O.I: [10.82205/fhj.2025/1184955](https://doi.org/10.82205/fhj.2025/1184955)

انتظارات آینده مثبت	۰/۲۴۲	۱۰۰/۷۸۲	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۱۰	۰/۶۶۲
کارکرد اجتماعی مثبت	۰/۰۴۴	۲۲۲/۰۰۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶۲	۰/۶۶۱
نمره کل افکار خودآیند منفی	۰/۱۶۱	۱۲۹/۶۰۸	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱۱	۰/۶۴۰

بر اساس نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که آماره کرویت موجلی برای افکار خودآیند منفی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است (مقدار آماره P value از ۰/۰۵۰ کوچکتر است). این یافته حاکی از آن است که واریانس تفاوت‌ها در میان سطوح متغیرهای وابسته به صورت معناداری متفاوت است. پیش‌فرض تحلیل واریانس کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت سبب می‌شود که آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین‌هاوس-گیسر ۱ و هیون-فلدت ۲ تصحیح می‌کنند. اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، بنابر پیشنهاد استیونس ۳ (۱۹۹۶؛ به نقل از ۴۶) اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هیون-فلدت و اگر اپسیلون کوچکتر از ۰/۷۵ باشد یا هیچگونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر مقدار اپسیلون برای شاخص گرین‌هاوس-گیسر برای افکار خودآیند منفی از ۰/۷۵ کوچکتر است، لذا از اپسیلون گرین‌هاوس-گیسر استفاده شده است. بنابراین با در نظر گرفتن تصحیح گرین‌هاوس-گیسر در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری افکار خودآیند منفی گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی (تصحیح گرین‌هاوس-گیسر) افکار خودآیند منفی

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
افکار سنجی	گروه	۶۸/۹۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۵۷	۰/۹۹۹
	زمان	۴۱۹/۳۹۵	۰/۰۰۱	۰/۸۵۳	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۹۶/۷۹۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲۹	۰/۹۹۹
خودارزیابی مثبت	گروه	۵۶/۱۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱۰	۰/۹۹۹
	زمان	۲۲۴/۲۵۱	۰/۰۰۱	۰/۷۵۷	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۵۳/۸۱۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۹	۰/۹۹۱
ارزیابی دیگران از خود	گروه	۶۱/۹۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳۲	۰/۹۹۹
	زمان	۳۷۸/۳۹۹	۰/۰۰۱	۰/۸۴۰	۰/۹۹۹

۱. Greenhouse-Geisser correction

۲. Huynh-Feldt correction

۳. Stevens

زمان×گروه	۸۶/۹۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰۷	۰/۹۹۹
گروه	۲۶/۹۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۲۸	۰/۹۹۹
انتظارات آینده مثبت	زمان	۹۷/۸۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۶
زمان×گروه	۲۱/۸۱۵	۰/۰۰۱	۰/۳۷۷	۰/۹۹۹
گروه	۷۳/۹۰۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷۲	۰/۹۹۹
کارکرد اجتماعی مثبت	زمان	۳۶۱/۷۳۵	۰/۰۰۱	۰/۸۳۴
زمان×گروه	۸۸/۶۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱۱	۰/۹۹۱
گروه	۲۵۱/۱۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷۵	۰/۹۹۹
نمره کل افکار خودآیند منفی	زمان	۱۳۷۰/۱۳۰	۰/۰۰۱	۰/۷۵۰
زمان×گروه	۳۱۵/۲۵۳	۰/۰۰۱	۰/۷۹۸	۰/۹۹۱

نتایج جدول ۵ نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و درمان کوچینگ شناختی-رفتاری بر کاهش افکار خودآیند منفی اثربخشی معنادار دارد. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در کاهش افکار خودآیند منفی برای بررسی ماندگاری نتایج در مرحله پیگیری در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی افکار خودآیند منفی برای بررسی پایداری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
افکار سنجی	پیش آزمون	۳۵/۲۶۷	پیش آزمون-پس آزمون	۳/۲۴۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۳۲/۰۲۷	پیش آزمون-پیگیری	۳/۱۷۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۳۲/۰۹۳	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۴۰۸
خودارزیابی مثبت	پیش آزمون	۲۳/۴۰۰	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۸۵۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲۱/۵۴۷	پیش آزمون-پیگیری	۱/۸۰۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۱/۶۰۰	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۵۳	۰/۳۲۱
ارزیابی دیگران از خود	پیش آزمون	۱۴/۸۵۳	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۴۱۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۲/۴۴۰	پیش آزمون-پیگیری	۲/۳۷۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۲/۴۸۰	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۴۰	۰/۲۶۳

۰/۰۰۱	۱/۱۲۰	پیش آزمون-پس آزمون	۵/۰۸۰	پیش آزمون	انتظارات آینده مثبت
۰/۰۰۱	۱/۰۶۷	پیش آزمون-پیگیری	۳/۹۶۰	پس آزمون	
۰/۳۲۱	-۰/۰۵۳	پس آزمون-پیگیری	۴/۰۱۳	پیگیری	
۰/۰۰۱	۳/۴۹۳	پیش آزمون-پس آزمون	۳۰/۸۴۰	پیش آزمون	کارکرد اجتماعی مثبت
۰/۰۰۱	۳/۴۸۰	پیش آزمون-پیگیری	۲۷/۳۴۷	پس آزمون	
۰/۹۹۹	-۰/۰۱۳	پس آزمون-پیگیری	۲۷/۳۶۰	پیگیری	
۰/۰۰۱	۱۲/۱۲۰	پیش آزمون-پس آزمون	۱۰۹/۴۴۰	پیش آزمون	نمره کل افکار خودآیند منفی
۰/۰۰۱	۱۱/۸۹۳	پیش آزمون-پیگیری	۹۷/۳۰	پس آزمون	
۰/۰۶۳	-۰/۲۲۷	پس آزمون-پیگیری	۹۷/۵۴۷	پیگیری	

نتایج جدول ۶ نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و درمان کوچینگ شناختی-رفتاری بر کاهش افکار خودآیند منفی در مرحله پس آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. همچنین از آنجایی که نتایج به دست آمده مشخص نکرده است که تاثیر ایجاد شده در مرحله پس آزمون و پیگیری مربوط به کدام روش درمانی بوده است یا اینکه کدام روش درمانی اثربخش تر بوده است. لذا در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری و درمان کوچینگ شناختی-رفتاری بر کاهش افکار خودآیند منفی از آزمون تعقیبی بن فرونی (برای مقایسه اثربخشی گروه‌های مداخله) استفاده شده است که نتایج در جدول ۷ آمده است.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی افکار خودآیند منفی برای بررسی درمان اثربخش تر

متغیرهای وابسته	گروه	میانگین تعدیل کننده	گروه‌های مداخله	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
افکار سنجی	شناختی-رفتاری	۳۱/۵۶۰	شناختی-رفتاری	کوچینگ	-۱/۰۲۷	۰/۰۰۷
	کوچینگ	۳۲/۵۸۷	شناختی-رفتاری	کنترل	-۳/۳۶۰	۰/۰۰۱
	کنترل	۳۵/۲۴۰	کوچینگ	کنترل	-۲/۶۵۳	۰/۰۰۱
خودارزیابی مثبت	شناختی-رفتاری	۲۱/۴۲۷	شناختی-رفتاری	کوچینگ	-۰/۳۳۳	۰/۲۷۵
	کوچینگ	۲۱/۷۶۰	شناختی-رفتاری	کنترل	-۱/۹۳۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۳/۳۶۰	کوچینگ	کنترل	-۱/۶۰۰	۰/۰۰۱

شناختی-رفتاری	۱۲/۴۵۳	شناختی-رفتاری	کوچینگ	-۰/۱۳۳	۰/۹۹۹	
ارزیابی دیگران از خود	کوچینگ	۱۲/۵۸۷	شناختی-رفتاری	کنترل	-۲/۲۸۰	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۴/۷۳۳	کوچینگ	کنترل	-۲/۱۴۷	۰/۰۰۱
	شناختی-رفتاری	۳/۷۷۳	شناختی-رفتاری	کوچینگ	-۰/۳۴۷	۰/۲۴۷
انتظارات آینده مثبت	کوچینگ	۴/۱۲۰	شناختی-رفتاری	کنترل	-۱/۳۸۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۵/۱۶۰	کوچینگ	کنترل	-۱/۰۴۰	۰/۰۰۱
	شناختی-رفتاری	۲۶/۷۳۳	شناختی-رفتاری	کوچینگ	-۱/۴۱۳	۰/۰۰۱
کارکرد اجتماعی مثبت	کوچینگ	۲۸/۱۴۷	شناختی-رفتاری	کنترل	-۳/۹۳۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۳۰/۶۶۷	کوچینگ	کنترل	-۲/۵۲۰	۰/۰۰۱
	شناختی-رفتاری	۹۵/۹۴۷	شناختی-رفتاری	کوچینگ	-۳/۲۵۳	۰/۰۰۱
نمره کل افکار خودآیند منفی	کوچینگ	۹۹/۲۰۰	شناختی-رفتاری	کنترل	-۱۳/۲۱۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۰۹/۱۶۰	کوچینگ	کنترل	-۹/۹۶۰	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۷ نتایج نشان داد که تفاوت میانگین شناختی-رفتاری با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین کوچینگ با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که شناختی-رفتاری اثربخشی بیشتری نسبت به کوچینگ بر کاهش افکار خودآیند منفی زنان قربانی خشونت خانگی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری:

هدف از انجام این پژوهش مقایسه میزان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با کوچینگ شناختی-رفتاری بر افکار خودآیند منفی زنان قربانی خشونت خانگی بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و درمان کوچینگ بر افکار خودآیند منفی اثربخشی معنادار دارد و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج کاپلان ۱ و همکاران (۲۴) همسویی و همخوانی دارد. همچنین یافته غیرهمسو برای نتیجه به دست آمده یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که خشونت خانگی جزء مسائل اجتماعی با قدمت جامعه است و به سبب گستردگی اثر آن، آسیب‌شناسی و درمان این پدیده همواره مورد توجه درمانگران بوده است (۴۷). خشونت مشابه با آسیب‌های فیزیکی، آسیب‌های روانشناختی مخربی را بر زنان قربانی خشونت اعمال می‌کند و زنانی که خشونت را به شکل مداوم در زندگی تجربه می‌کنند، علائم شدید افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از ضربه را بروز می‌دهند که این وضعیت زنان قربانی خشونت خانگی را دچار افکار خودآیند منفی سازد. بر اساس تحقیقات درمان شناختی-رفتاری می‌تواند به طور محسوسی میزان نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی افراد را کاهش دهد (۴۸). همچنین با استفاده از راهبردهای شناختی-رفتاری سعی می‌شود که افکار غیرمنطقی و ناکارآمد برانگیزاننده اضطراب، افسردگی به یوژه افکار خودآیند منفی

شناسایی شوند، فرد تحت درمان نسبت به نقش این افکار بینش یابد و با مشارکت سعی کند که افکار منطقی و مثبت را جایگزین آنها کند و با کمک راهبردهای رفتاری از جمله تن‌آرامی می‌توان اضطراب، پریشانی و به تبع آن افکار خودآیند را در آنها کاهش داد. در واقع یکی از دلایل این نتیجه به کاربرد روش‌های شناختی- رفتاری همچون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی باز می‌گردد که در جلسات درمانی به زنان قربانی خشونت خانگی آموزش داده شد. لذا منطقی است که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش افکار خودآیند منفی زنان قربانی خشونت خانگی موثر باشد.

همچنین نتایج نشان داد که کوچینگ شناختی- رفتاری بر افکار خودآیند منفی اثربخشی معنادار دارد و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج جونز^۱ و همکاران^(۲۹) همسویی و همخوانی دارد. همچنین یافته غیرهمسو برای نتیجه به دست آمده یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که وقتی افراد درباره موقعیتی می‌اندیشند، بر نحوه احساس آنها در مورد آن موقعیت اثر می‌گذارد. به معنی دیگر وقتی افراد بر افکارشان کنترل داشته باشند، متعاقبا احساساتشان را نیز کنترل خواهند کرد. ابزارها و روش‌شناسی استفاده شده در درمان شناختی رفتاری، به طور برابر در زمینه‌های غیر بالینی همچون عدم انگیزه، موضوعات مرتبط با اعتماد به نفس و رشد مهارت‌های حرفه‌ای، شخصی و عمومی به کار برده می‌شوند. هدف کوچینگ شناختی- رفتاری شناخت ریشه مشکلی است که از دستیابی فرد به تمامی پتانسیل‌اش جلوگیری به عمل می‌آورد. باور اولیه کوچینگ شناختی- رفتاری این است که کمبودها و ناهنجاری‌های رفتاری، ناشی از شناخت ناقص و تفسیر نادرست از دنیای پیرامون‌مان است. وقتی دلیل مشکلی مشخص شد، اولویت بعدی تعیین اقدامات لازم جهت کنترل مشکل و رفع آن به کمک تغییر سیستم باور فرد با توجه به رویداد و موقعیت می‌باشد. کوچینگ شناختی- رفتاری بر این نکته متمرکز است که واکنش‌های ما عامل تاثیرپذیر از باورهای ما نسبت بدان اتفاق است تا این که واکنش‌مان مستقیماً ناشی از خود اتفاق باشد. همچنین می‌توان گفت که با تمرکز و جداسازی افکار و باورهای و افکار خودآیند منفی پیرامون اتفاقات، به کارگیری نقطه نظرات و رفتارهای جایگزین محتمل بوده تا نهایتاً نگرش‌ها، باورها و افکار خودآیند منفی‌مان تغییر کند. بنابراین کوچینگ شناختی- رفتاری در حل مشکلاتی همچون تردید، طفره رفتن، عدم شکیبایی، عدم اعتماد به نفس و جرات نقش برجسته‌ای را ایفا می‌کند که این عوامل به زنان قربانی خشونت خانگی کمک می‌کند که افکار خودآیند منفی کمتری را تجربه کنند. لذا منطقی است که کوچینگ شناختی- رفتاری بر کاهش افکار خودآیند منفی زنان قربانی خشونت خانگی موثر باشد.

در نهایت نتایج نشان داد که تفاوت میانگین درمان شناختی- رفتاری با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین مداخله کوچینگ شناختی- رفتاری با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که مداخله درمان شناختی- رفتاری اثربخشی بیشتری نسبت به مداخله کوچینگ شناختی- رفتاری بر کاهش افکار خودآیند منفی دارد. پژوهشی وجود ندارد که نشان داده باشد مداخله درمان شناختی- رفتاری اثربخشی بیشتری نسبت به مداخله کوچینگ شناختی- رفتاری بر کاهش افکار خودآیند منفی دارد، لذا همسویی و ناهمسویی این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات قبلی مشخص نیست. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که یکی از فنون درمان شناختی- رفتاری بازسازی شناختی^۲ است که تکنیکی مفید برای درک احساسات و احوال ناخوشایند است. این روش به افراد درمانجو کمک می‌کند باورهای اغلب نادرستی را که به طور خودکار در ذهن‌تان ساخته می‌شوند و موجب به وجود آمدن احساسات منفی و واکنش‌های عجولانه و غیرمنطقی هستند به چالش بکشند. فن بازسازی شناختی، مجموعه‌ای از فنون است که به افراد یاد می‌دهد مفروضات خود را درباره وضعیت‌ها و دنیا بررسی کنند و عقایدشان را واقع‌بینانه‌تر و عاقلانه‌تر سازند. در استفاده از این فنون اعتقاد بر این است که افکار

۱. Jones

۲. cognitive restructuring

غیرمنطقی، رفتارهای غیرمنطقی را به می‌آورند که می‌توان آنها را با تغییر دادن افکار زیربنایی اصلاح کرد. منظور از بازسازی شناختی این است که هر فردی به راحتی می‌تواند افکارش را تغییر دهد. بازسازی شناختی با این پیش فرض بنیادی شروع می‌شود که مشکلات در زندگی از شناخت‌ها، باورها و افکار غلطی نشئت می‌گیرد که افراد در موقعیت‌های مختلف رشد و گسترش می‌دهند. از این رو درمانگران شناختی به جای پرداختن به عوامل بیرونی، محیطی، ژنتیکی و وراثت و وقایع دوران کودکی، بر فکر و اصلاح شناخت و تفسیر فرد و منطقی و مستدل ساختن طرز تلقی او متمرکز می‌شوند (۴۹). همچنین یکی دیگر از روش‌های شناختی-رفتاری تکنیک‌های آرمیدگی^۱ است که برای رفع تنش پیش رونده متکی بر سفت و شل کردن هماهنگ است که از پا شروع شده و تمام بدن را فرا می‌گیرد. در فن آرمیدگی پیش‌رونده عضلانی فرد مبتلا یاد می‌گیرد که به تدریج ابتدا هر عضله بدن خود را در حدود ۱۵ الی ۲۰ ثانیه در حالت انقباض یا سفتی نگه دارد و سپس برای حدود ۲۰ الی ۳۰ ثانیه عضله خود را در حالت شل بودن یا انبساط قرار دهد (۵۰). در تکنیک آرمیدگی تنفسی فرد مبتلا در هنگام عمل دم سعی می‌کند مقدار زیادی از هوای بیرون را وارد شش‌های خود کند و سپس در حدود ۵ الی ۱۰ ثانیه هوا را نگه دارد و سپس هوا را به آرامی از طریق بینی خود خارج کند و به احساس آرامش آن توجه کند درمانگران معتقدند کاربر فنون آرمیدگی بیشتر مختص افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی است؛ اما در کاهش مشکلات روانشناختی هم می‌تواند موثر واقع شود. در نهایت می‌توان گفت که از آنجایی که درمان شناختی-رفتاری بهترین شکل روان درمانی مبتنی بر شواهد برای انواع مختلف آسیب شناسی روانی و مشکلات زندگی است با گذشت زمان، نظریه شناختی-رفتاری برای انواع دیگر مداخلات، مانند کوچینگ (مربیگری) اقتباس شده است و درمان کوچینگ بر اساس درمان شناختی-رفتاری پدید آمده است (۲۶)، به همین علت می‌تواند نسبت به کوچینگ اثربخشی بیشتری داشته باشد. لذا منطقی است که بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با کوچینگ شناختی-رفتاری بر کاهش افکار خودآیند منفی زنان قربانی خشونت خانگی تفاوت معنادار وجود داشته باشد و درمان شناختی-رفتاری اثربخشی بیشتری نسبت به کوچینگ شناختی-رفتاری بر کاهش افکار خودآیند منفی زنان قربانی خشونت خانگی دارد.

محدودیت‌های پژوهش: در این مطالعه جامعه آماری زنان قربانی خشونت خانگی (از سوی همسر) مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تهران بودند، لذا با در تعمیم نتایج به جوامع مشابه در دیگر شهرها و سایر فرهنگ‌ها باید احتیاط کرد. این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی قادر به اجرای مرحله پیگیری بلندمدت‌تر برای بررسی تداوم و ماندگاری اثرات درمان شناختی-رفتاری و کوچینگ شناختی-رفتاری نبود و تنها به یک مرحله سنجش پیگیری دو ماهه اکتفا شد. از آنجایی که مرحله پیگیری در این پژوهش دو ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم درمان شناختی-رفتاری و کوچینگ شناختی-رفتاری بر روی افکار خودآیند منفی زنان قربانی خشونت خانگی در راستای کاهش مشکلات آنان پرداخته شود. از آنجایی که این پژوهش محدود به زنان قربانی خشونت خانگی بوده است، در راستای رفع این محدودیت، پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی مردان نیز انجام شود، چرا که عامل جنسیت ممکن است در نتیجه پژوهش تعیین کننده باشد. انجام پژوهش‌های در مورد مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و کوچینگ شناختی-رفتاری با سایر روش‌های درمانی می‌تواند نتایج اثربخشی را بر بهبود مشکلات زنان تحت خشونت خانگی و همسرآزاری در پی داشته باشد.

کاربرد پژوهش: از آنجا که کوچینگ شناختی-رفتاری منجر به کاهش افکار خودآیند منفی در زنان قربانی خشونت خانگی می‌شود، در این راستا به روانشناسان، مشاوران بالینی و درمانگران حوزه خانواده پیشنهاد می‌شود از این روش درمانی برای کاهش احساسات منفی و بهبود افکار خودآیند مراجعان و زنان قربانی خشونت خانگی استفاده نمایند.

ملاحظات اخلاقی: اخذ کد اخلاق به شماره IR.UMZ.REC.1401.032 از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه مازندران، حفظ حریم خصوصی و احترام به حقوق افراد شرکت کننده، توضیح فرآیند مطالعه برای آنان، آگاه‌سازی از اهداف پژوهش، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به شرکت کنندگان و ارائه جلسات درمانی به صورت فشرده به گروه کنترل بعد از اجرای دوره پیگیری از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بوده است.

سیاسگزاری: از همه شرکت کنندگان (زنان قربانی خشونت خانگی) که در جلسات شرکت کردند و به سوالات پژوهش پاسخ دادند و در اجرای پژوهش حاضر مشارکت و یاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود. بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع:

1. Bean RC, Ledermann T, Higginbotham BJ, Galliher RV. Associations between relationship maintenance behaviors and marital stability in remarriages. *Journal of divorce & remarriage*. 2020; 61(1): 62-82. <https://doi.org/10.1080/10502556.2019.1619385>
2. Vowels LM, Mark K P. Partners' Daily Love and Desire as Predictors of Engagement in and Enjoyment of Sexual Activity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2020; 1(1): 1-13. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1711274>
3. Dinmohaamadpour M, Tavanaei S, Kabiri E, Hajiyousefi E, Beki Ardekani E, Mohebian M. The Effectiveness of Systemic Family Therapy on Marital Conflicts and Marital Burnout of Couples. *Iranian Evolutionary Educational Psychology Journal*, 2024; 6(2): 157-169. <http://ieepj.hormozgan.ac.ir/article-1-861-en.html>
4. Kim B, Royle M. Domestic violence in the context of the COVID-19 pandemic: a synthesis of systematic reviews. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2024; 25(1): 476-493. <https://doi.org/10.1177/15248380231155530>
5. MacRae A, Kertesz M, Gavron T. Therapeutic interventions with women and children in domestic violence shelters: A systematic scoping review. *Children and Youth Services Review*, 2024; 1(1): 1-10. <https://cris.haifa.ac.il/en/publications/therapeutic-interventions-with-women-and-children-in-domestic-vio>
6. Ojha M, Babbar K. Power to choose? Examining the link between contraceptive use decision and domestic violence. *Economics & Human Biology*, 2024; 55(1): 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2024.101416>
7. Postmus JL, Hoge GL, Breckenridge J, Sharp-Jeffs N, Chung D. Economic abuse as an invisible form of domestic violence: A multicounty review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2020; 21(2): 261-283. <https://doi.org/10.1177/1524838018764160>
8. Chernet AG, Cherie KT.. Prevalence of intimate partner violence against women and associated factors in Ethiopia. *BMC women's health*, 2020; 20(1): 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-0892-1>
9. Amaral S, Dahl GB, Endl-Geyer V, Hener T, Rainer H. Deterrence or backlash? Arrests and the dynamics of domestic violence. 2023; 1-49. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w30855/w30855.pdf

10. Stokes CM, Alonso J, Andrade LH, Atwoli L, Cardoso G, Chiu WT, Dinolova RV, Gureje O, Karam AN, Karam EG, Kessler RC. Pre-marital predictors of marital violence in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2020; 55(1): 393-405. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01703-z>
11. Ali P, McGarry J, Bradbury-Jones C. Domestic Violence and Abuse: Theoretical Explanation and Perspectives. In *Domestic Violence in Health Contexts: A Guide for Healthcare Professions* (pp. 17-33). Springer, Cham. 2022. https://doi.org/10.1007/978-3-030-29361-1_2
12. Bilgin Z, Karaca S, Pasinlioğlu T. Investigation of relationship with automatic thoughts and the status of women's exposure to violence by adolescents children Kadınların ergen çocukları tarafından şiddete maruz bırakılma durumu ve otomatik düşünceler ile ilişkisinin incelenmesi. *Journal of Human Sciences*, 2014; 11(1): 965-978. <https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/2679>
13. Buschmann T, Horn RA, Blankenship VR, Garcia YE, Bohan, KB. The relationship between automatic thoughts and irrational beliefs predicting anxiety and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 2018; 36(1): 137-162. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10942-017-0278-y>
14. Yu M, Lv F, Liu Z, Gao D. How negative automatic thoughts trigger Chinese adolescents' social anxiety: The mediation effect of meta-worry. *Current Psychology*, 2022; 1(1): 1-10. <http://dx.doi.org/10.1007/s12144-022-03229-1>
15. Beck AT, Brown G, Steer RA, Eidelson JI, Riskind JH. Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 1987; 96(3): 179-183. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.96.3.179>
16. Zhang R, Xie R, Ding W, Wang X, Song S, Li W. Why is my world so dark? Effects of child physical and emotional abuse on child depression: The mediating role of self-compassion and negative automatic thoughts. *Child Abuse & Neglect*, 2022; 129(1): 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105677>
17. Bakker AB, Van Der Zee KI, Lewig KA, Dollard MF. The relationship between the big five personality factors and burnout: A study among volunteer counselors. *The Journal of Social Psychology*, 2006; 146(1): 31-50. <https://doi.org/10.3200/socp.146.1.31-50>
18. Tanaka M, Wekerle C, Schmuck, ML, Paglia-Boak A, MAP Research Team. The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child abuse & neglect*, 2011; 35(10): 887-898. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.07.003>
19. Hultmann O, Broberg AG, Axberg U. A randomized controlled study of trauma-focused cognitive behavioural therapy compared to enhanced treatment as usual with patients in child mental health care traumatized from family violence. *Children and Youth Services Review*, 2023; 144(2): 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106716>
20. Furukawa Y, Sakata M, Yamamoto R, Nakajima S, Kikuchi S, Inoue M, Perlis M. Components and delivery formats of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in adults: a systematic review and component network meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 2024; 1(1): 1-10. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5060>

21. Johnco CJ, Zagic D, Rapee RM, Kangas M, Wuthrich VM. Long-term remission and relapse of anxiety and depression in older adults after Cognitive Behavioural Therapy (CBT): A 10-year follow-up of a randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 2024; 358(1): 440-448. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.033>
22. Marcotte-Beaumier G, Bouchard S, Gosselin P, Langlois F, Belleville G, Marchand A, Dugas MJ. The Role of Intolerance of Uncertainty and Working Alliance in the Outcome of Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder Delivered by Videoconference: Mediation Analysis. *JMIR Mental Health*, 2021; 8(3): 25-36. <https://doi.org/10.2196/24541>
23. Mayhami K, Moradi O, Dadgar M, Ezatpour EE. Investigation of the educational effectiveness of the cognitive-behavioral approach (CBT) coupled with relaxation on migraine pain. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2019; 6 (2): 27-37. <http://dx.doi.org/10.29252/shenakht.6.2.27>
24. Kaplan V, Düken ME, Kaya R, Almazan J. Investigating the effects of cognitive-behavioral-therapy-based psychoeducation program on university students' automatic thoughts, perceived stress, and self-efficacy levels. *Journal of Research and Health*, 2023; 13(2): 87-98. <http://dx.doi.org/10.32598/JRH.13.2.2125.1>
25. Demir S, Ercan F. The effectiveness of cognitive behavioral therapy-based group counseling on depressive symptomatology, anxiety levels, automatic thoughts, and coping ways among Turkish nursing students: A randomized controlled trial. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2022; 58(4): 2394-2406. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ppc.13073>
26. Lungu A, Boone MS, Chen SY, Chen CE, Walser RD. Effectiveness of a cognitive behavioral coaching program delivered via video in real-world settings. *Telemedicine and e-Health*, 2021; 27(1): 47-54. <https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0313>
27. Tomoiagă C, David O. Is cognitive-behavioral coaching an empirically supported approach to coaching? A meta-analysis to investigate its outcomes and moderators. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 2023; 41(2): 489-510. <https://doi.org/10.1007/s10942-023-00498-y>
28. Neenan M. From cognitive behavior therapy (CBT) to cognitive behavior coaching (CBC). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 2008; 26(1): 3-15. <https://doi.org/10.1007/s10942-007-0073-2>
29. Jones JK, Turner MJ, Barker JB. The effects of a cognitive-behavioral stress intervention on the motivation and psychological well-being of senior UK police personnel. *International Journal of Stress Management*. 2021; 28(1): 46-56. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/str0000218>
30. Ringin L, Robinson M, Greville H, Papertalk L, Thompson S. Men against Violence: Engaging men and boys in prevention of family violence. *Health Promotion Journal of Australia*, 2021; 32(2): 322-325. <https://doi.org/10.1002/hpja.343>
31. Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, Oertelt-Prigione S, Van Gelder N. *Pandemics and violence against women and children (Vol. 528)*. Washington, DC: Center

- for Global Development. 2020. <https://www.cgdev.org/sites/default/files/pandemics-and-vawg-april2.pdf>
32. Lowenstein A, Naim SP. Coping with Elder Abuse in Israel: The Multi-systemic Model. In *International Handbook of Elder Abuse and Mistreatment* (pp. 335-347). Springer, Singapore. 2020. https://doi.org/10.1007/978-981-13-8610-7_19
 33. Valido S, Do Carmo Caldeira E, Mendes F. Burnout Among Formal Caregivers and Risk of Violence Against Institutionalized Elderly. In *Handbook of Research on Health Systems and Organizations for an Aging Society* (pp. 247-262). IGI Global. 2020. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/33286/1/Burnout%20Among%20Formal%20Caregivers%20and%20Risk%20of%20Violence.pdf>
 34. McIlwaine C, Evans Y. Urban Violence against Women and Girls (VAWG) in transnational perspective: reflections from Brazilian women in London. *International Development Planning Review*, 2020; 42(1): 93-112. <https://doi.org/10.3828/idpr.2018.31>
 35. Porzoor P, Abbasi M, Shojaei A. The Effectiveness of Spiritual Intervention on Personal and Social Resiliency of Women Victims of Domestic Violence. *Journal of Clinical Psychology*, 2018; 10(2): 95-105. <https://doi.org/10.22075/jcp.2018.12744.1250>
 36. Ghahari S, Âtefvahid M, Yousefi H. The prevalence of Spouse Abuse among Married Students of Islamic Azad University of Tonekabon in 1383. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2006; 15 (50): 83-89. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-717-fa.html>
 37. Sotode Navarodi S, ZainAli S, Khasteganan N. The relationship between spousal abuse, social support, and perceived stress in women with addicted and non-addicted husbands in Rasht. *Jame Nagar Nursing and Midwifery*, 2011; 22(68), 25-32. <https://www.sid.ir/journal/285/fa>
 38. Karami H, Khakbaz H, Sohrabi F, Barati-Sedeh F, Farhadi M H. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy for Anger Management in Reducing Wife Abuse and Increasing Marital Satisfaction in Patients with Substance Abuse. *jrehab* 2014; 14 (1): 91-99. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-1465-fa.html>
 39. Panaghi L, Pirozi D, Maleki G, Shirin Bayan M, Bagheri F. A Study on the Relationship between Romantic Attachment Styles. *Journal of Family Research*, 2012; 8(1): 19-31. https://jfr.sbu.ac.ir/article_96085_f2b18214c29d99136b47ced9bac4e1f2.pdf?lang=en
 40. Hollon S, Kendall P. Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 1980; 4(4): 383-395. <https://doi.org/10.1007/BF01178214>
 41. BaBamiri M, Vatankhah M, Masumi Jahandizi H, Nemati M, Darvishi M. The Relationship between Coping Styles, Negative Automatic Thoughts, and Hope with Happiness in Addicts of Ahvaz Drug Abuse Rehabilitation Clinics in 2011. *J Adv Med Biomed Res* 2013; 21 (84): 82-91. <https://journal.zums.ac.ir/article-1-2075-fa.html>
 42. Rana M, Sthapit S, Sharma VD. Assessment of Automatic Thoughts in Patients with Depressive Illness at a Tertiary Hospital in Nepal. *JNMA; Journal of the Nepal Medical Association*, 2017; 56(206): 248-258. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28746324/>
 43. Popa CO, Rus AV, Lee WC, Cojocaru C, Schenk A, Văcăraș V, Bredicean C. The Relation between Negative Automatic Thoughts and Psychological Inflexibility in

- Schizophrenia. Journal of Clinical Medicine, 2022; 11(3): 871-888. <https://doi.org/10.3390/jcm11030871>
44. Kendall PC. Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures. Guilford Press. 2011. <https://books.google.com/books?>
 45. Neenan M, Palmer S, editors. Cognitive behavioral coaching in practice: An evidence-based approach. Routledge; 2021. <https://www.routledge.com>
 46. Torabi A A, Afrooz, G A, Hassani, F, Golshani, F. Designing a Family-Centered Behavioral Management Program (FBMP) and Evaluating its Effectiveness in Marital Satisfaction of Parents of Children with ADHD. Quarterly Journal of Family and Research, 2021; 18 (3): 25-42. (In Persian) <http://dorl.net/dor/20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5>
 47. Kazemi Khoban S, Poursharifi H, Kakavand A, Xian Bagheri M. The effectiveness of the revised protocol of trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT) on the quality of life and psychological distress in female victims of domestic violence. Armaghanj, 2022; 9(2): 62-75. file:///C:/Users/saeed%20veisi/Downloads/10005214010205.pdf
 48. Şahin H, Türk F. The impact of cognitive-behavioral group psycho-education program on psychological resilience, irrational beliefs, and well-being. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 2021; 39(4): 672-694. <https://doi.org/10.1007/s10942-021-00392-5>
 49. Kranke D, Weiss EL, Gin J, Der-Martirosian C, Brown C, Saia JL, Dobalian, AA. A “culture of compassionate bad asses”: A qualitative study of combat veterans engaging in peer-led disaster relief and utilizing cognitive restructuring to mitigate mental health stigma. Best Practices in Mental Health, 2017; 13(1): 20-33. <https://www.ingentaconnect.com/content/follmer/bpmh/2017/00000013/00000001/art00004>
 50. Fisher HM, Taub CJ, Lechner SC, Heller AS, Lee, D J, Antoni, M H. Does the Broaden-and-Build Theory Explain Reduction in Social Disruption After a Brief Relaxation Intervention for Women With Breast Cancer Undergoing Treatment?. Behavior therapy, 2022; 53(5): 995-1008. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.04.002>