Research Article

Evaluation of the effectiveness of human givens therapy (HGT) on reducing depression, anxiety and irrational beliefs of divorced women

R. Karamiboldaji
PhD Student in Counseling, Hormozgan University, Bandar Abbas, Iran
E. Zarei*
Associate Professor of Psychology, Hormozgan University, Bandar Abbas, Iran
SR. Fallahchai
Associate Professor of Psychology, Hormozgan University, Bandar Abbas, Iran
M. sadeghifard
Assistant Professor, Hormozgan University, Bandar Abbas, Iran

Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness of human givens therapy (HGT) on reducing anxiety, depression, and irrational beliefs of divorced women. This study is a quasi-experimental study with pre-test and post-test with the control group and follow-up test. The statistical population of this study includes all divorced women in Shahrekord. The sample consisted of 30 divorced women who were selected by the available sampling method by referring to family courts, counseling centers, or by referring to the health center and were randomly divided into experimental and control groups. HGT was performed in 7 weekly sessions. Beck Anxiety Inventory (1990), Beck Depression Inventory (1978), and Jones Irrational Belief Inventory (1967) were used to collect data. Repeated analysis of variance and Bonferroni post hoc test was to analyze the data used. The results of repeated analysis of variance test showed that treatment of human givens (HGT) in divorced women was effective on anxiety ($F = 30.87$, $P < 0.001$), depression ($F = 22.38$, $P < 0.001$), and irrational beliefs ($F = 2323.02$, $P < 0.001$). And this treatment was able to reduce their depression, anxiety, and irrational thoughts significantly. Also, the results of the Bonferroni test showed that the effect of human givens therapy (HGT) was after four months maintained. From the findings of the present study, it appears that HG was able to reduce the anxiety, depression, and irrational beliefs of divorced women by focusing on changing mental patterns and emphasizing inherent resources.

Keywords: Anxiety, Depression, Divorced Women, Human givens therapy (HGT), Irrational Beliefs

* zareieghbal2020@gmail.com

پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری
سال نهم، شماره اول، پیاپی (۱۶)، بهار و تابستان ۱۳۹۸
تاریخ دریافت:۱۳۹۹/۰۵/۱۴ تاریخ بازنگری:۱۳۹۹/۰۷/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۰۳
صص: ۵۷-۷۶

مقاله پژوهشی

بررسی اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی(HGT) بر کاهش افسردگی، اضطراب و باورهای غیرمنطقی زنان مطلقه

روح الله کرمی بلداجی[۱]، اقبال زارعی[۲]*، سید رضا فلاح چای[۳]، مریم صادقی فرد[۴]

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران
karamiboldaji@gmail.com
۲. دانشیار روانشناسی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران
Zareieghbal2020@gmail.com
۳. دانشیار روانشناسی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران
rfallahchai@yahoo.com
۴. استادیار مشاوره، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران
sadeghim45@yahoo.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی(HGT) بر کاهش اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی زنان مطلقه است. روش پژوهش حاضر نیمه‌تجربی ازنوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون، با گروه کنترل به‌همراهِ آزمون پیگیری است. جامعهٔ آماری این پژوهش شامل همهٔ زنان مطلقهٔ شهر شهرکرد می‌شود. نمونهٔ مدنظر، ۳۰ نفر از زنان مطلقه هستند که به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردَسترس ازطریق مراجعه به دادگاه‌های خانواده، مراکز مشاوره و یا با مراجعه به خانهٔ سلامت انتخاب شده‌اند و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفته‌اند. درمان HGT طی ۷ جلسهٔ هفتگی انجام شده است. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامهٔ اضطراب بک (۱۹۹۰)، پرسشنامهٔ افسردگی بک (۱۹۷۸) و پرسشنامهٔ عقاید غیرمنطقی جونز (۱۹۶۷) استفاده شده است. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر نشان داد درمان ودیعه‌های انسانی(HGT) بر میزان اضطراب (۳۰/۸۷ = F ، ۰۰۱/>P)، افسردگی (۲۲/۳۸ = F ، ۰۰۱/>P) و عقاید غیرمنطقی (۲۳۲۳/۰۲ = F ، ۰۰۱/>P) زنان مطلقه تأثیرگذار است و توانست افسردگی، اضطراب و افکار غیرمنطقی آنان را به‌طورِ معنی‌داری کاهش دهد. همچنین، نتایج آزمون بونفرونی نشان داد اثر درمانی ودیعه‌های انسانی(HGT) بعد از چهار ماه حفظ شده است. از مجموعهٔ یافته‌های مطالعهٔ حاضر، چنین برمی‌آید که درمان HGT ازطریق تمرکز بر تغییر قالب‌های ذهنی و تأکید بر منابع ذاتی توانست اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی زنان مطلقه را کاهش دهد.

واژگان کلیدی: اضطراب، افسردگی، باورهای غیرمنطقی، درمان ودیعه‌های انسانی(HGT)، زنان مطلقه.

*. نشانی مکاتباتی نویسندهٔ مسئول: zareieghbal2020@gmail.com

Copyright©2019, University of Isfahan. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), which permits others to download this work and share it with others as long as they credit it, but they can't change it in any way or use it commercially
DOI: 10.22108/cbs.2020.124296.1425

مقدمه

وجود خانواده‌ای مستحکم، گرم، صمیمی و دارای احترام متقابل یکی از پیامدهای ازدواج موفق است که می‌تواند سلامت جسم و روان، راحتی، آرامش و ایمنی همسران و اعضای خانواده را در پی داشته باشد (پناهی‌فر و همکاران ، ۲۰۱۴). حال اگر هریک از زوجین به‌دلایلی، پس از ازدواج نتوانند با آرامش به زندگی در کنار یکدیگر ادامه دهند و از همدیگر جدا شوند و طلاق[1] بگیرند، پیامدهای نامطلوب و چالش‌های زیادی در انتظار آنهاست که بر سلامت جسمی و روانی، احساس امنیت، اعتماد و کیفیت زندگی آنها در آینده اثر می‌گذارد (آماتو[2] ۲۰۱۰).

آمار و نرخ طلاق در کشورهای مختلف باتوجه‌به فرهنگ آنها متفاوت است. در کشور ایران نیز آمار طلاق رو به افزایش است؛ تا حدی که در حال تبدیل‌شدن به مسئله و معضلی اجتماعی است (جرسکی[3] و همکاران، ۲۰۱۰). براساسِ آمار سازمان ثبت احوال کشور[4](۱۳۹۴)، میزان طلاق در سال ۹۴ نسبت به سال پیش از آن ۷/۴درصد افزایش داشته است. آخرین ارقام و آمار منتشرشده دربارۀ طلاق در ایران، نگران‌کننده است؛ به‌طوری‌که سیر صعودی این پدیده در کشورمان به‌گونه‌ای بوده است که درحال‌حاضر، از هر ۴/۳ ازدواج، یک مورد به طلاق می‌انجامد. همچنین، براساسِ آمار سازمان ثبت احوال کشور، در سال ۱۳۹۸ نیز به‌ازای ثبت هر ۱۰۰۰ ازدواج، ۳۱۸ طلاق به ثبت رسیده است. بدین معنا که در هر ساعت، ۶۳ زندگی مشترک شروع شده است؛ درحالی‌که به همان نسبت در هر ساعت، تعداد ۲۰ طلاق به ثبت رسیده است؛ بنابراین، باتوجه‌به افزایش نرخ طلاق در سال‌های اخیر، کمک به سازگاری هریک از اعضای خانواده پس از طلاق ضروری به نظر می‌رسد؛ چرا که تجربۀ طلاق، سازگاری زوجین و فرزندان آنها را در تمام ابعاد روان‌شناختی، جسمانی، اجتماعی و هیجانی تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و باعث کاهش عملکرد و ناکارآمدی اعضای خانواده پس از طلاق می‌شود (آماتو و جمز[5] ۲۰۱۰)؛ بنابراین، سازگاری مثبت پس از طلاق شامل رهایی از علائم و نشانه‌های جسمانی یا بیماری روانی، توانایی انجام وظایف و مسئولیت‌های محول‌شده در زندگی روزانه در خانه، میان فامیل و بستگان و در محل کار، بهره‌وری از اوقات فراغت و رشد استقلال فردی است (کیتسون و مورگان[6] ۱۹۹۰). چون مؤلفه‌ها و عوامل متعددی ازجمله شرایط اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، مرگ‌ومیر و عوامل روان‌شناختی در بروز طلاق نقش دارند (آماتو، ۲۰۰۰؛ جانسون و همکاران[7] ۲۰۰۰ و آیستاد و همکاران[8] ۲۰۱۵)، و باتوجه‌به اینکه در این زمینه عوامل فردی و روان‌شناختی از مهم‌ترین عوامل بروز طلاق در یک جامعه به شمار می‌روند (پیرمرادی و همکاران، ۲۰۱۶)، باید به افراد مطلقه کمک شود تا بر بیماری‌های روانی غلبه کنند که این امر می‌تواند در سازگاری پس از طلاق به آنان کمک کند.

بنابراین، اختلالات روان‌شناختی و بیماری‌های روانی[9] از مهم‌ترین مؤلفه‌ها و عوامل مرتبط با طلاق محسوب می‌شوند (افیفی[10] و همکاران؛ ۲۰۰۶؛ استروکسن[11]؛ ۲۰۰۵). اختلالات روانی بر ظرفیت‌ها و توانایی‌های افراد در حفظ و ماندن در روابط زناشویی تأثیر منفی دارند و یا به‌عبارتِ دیگر، باعث بروز طلاق

[1] Divorce
[2] Amato
[3] Jerskey et al
[4] Organization for Civil Registration of Iran
[5] Amato & James
[6] Kitson & Morgan
[7] Johnson et al
[8] Idstad et al
[9] mental illnesses
[10] Afifi et al
[11] Storksen et al

می‌شوند (برسلو و همکاران[1]، ۲۰۱۱). برای مثال، بیماران افسرده و یا هر فرد دارای نشانگان افسردگی[2]، تمایل به اعمال نامناسب فیزیکی و اجتماعی، تجارب و تمایلات دردناک شخصی و ماندن در تخت‌خواب به‌مدتِ طولانی دارند که بر زندگی و روابط زناشویی زوجین تأثیرگذار است (ولز[3] و همکاران، ۲۰۰۹). زوجین مطلقه باتوجه‌به شرایط حساسی که دارند، به‌نوعی با اختلالات روانی ازجمله باورها و افکار غیرمنطقی، افسردگی و اضطراب درگیر هستند. در این راستا ظهیرالدین و خدایی‌فر (۱۳۸۲) در پژوهشی به این نتایج دست یافتند که رفتارهای تکاملی «روابط مختل بین‌فردی، خلق بی‌ثبات، خودبیمارانگاری، بدگمانی، اختلال انطباق، افسردگی، انزوا، تفکرات و باورهای نامعقول، اضطراب و هراس» بیشترین مؤلفه‌ها در بررسی نیمرخ روانی مراجعان طلاق بودند (فولادی و شاه‌نعمتی گاوگانی، ۱۳۹۴).

بنابراین، باید گفت یکی از مشکلاتی که زوجین مطلقه با آن مواجه هستند، افسردگی است (پیرمرادی و همکاران، ۲۰۱۶). افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالاتی است که متخصصان بهداشت روانی با آن مواجه هستند (یانگ و همکاران[4]، ۲۰۰۸) و مطالعات همه‌گیرشناسی نیز این اختلال را شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی گزارش کرده‌اند (سگال و همکاران[5]، ۲۰۰۲). تقریباً ۲۰تا۲۵درصد زنان و ۱۰تا۱۷درصد مردان در طول عمرشان به این اختلال مبتلا می‌شوند (لوینسون[6]، ۲۰۰۶). برخی مطالعات نیز نشان داده‌اند شیوع افسردگی در بین زنان مطلقه نسبت به زنان متأهل بیشتر است (جانگ میر و همکاران[7]، ۲۰۰۹؛ تورنر[8]، ۲۰۰۶). حتی برخی از متخصصان بر این باورند که ازدواج‌های ناموفق محصول افسردگی زوجین است (هین و همکاران[9]، ۲۰۰۳). عبدولی و بیفالکو[10] (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان دادند در بین زنان مسلمان، مادران مطلقه نسبت به دیگرْ مادران بیشتر افسرده هستند و همچنین نسبت به مادران غیرمطلقه، حوادث استرس‌زای بیشتری را تجربه می‌کنند. ازجمله ویژگی مهم افسردگی، فقدان انعطاف‌پذیری درزمینه‌های مختلف است. افراد افسرده خلق پایین و یا ناتوانایی لذت‌بردن از زندگی را گزارش می‌کنند و اغلب اوقات محیط خود را به‌صورتِ محیطی تغییرناپذیر در نظر می‌گیرند؛ جهان ازنظر این افراد، ثابت، ملال‌آور، پوچ و بی‌فایده است. درنتیجه، بیماران افسرده وضعیت خود را ناامیدکننده در نظر می‌گیرند و عادت‌های رفتاری آنها اغلب دچار فروپاشی می‌شود (کاشدان و روتنبرگ[11]، ۲۰۱۰).

یکی دیگر از پیامدهای عاطفی طلاقْ استرس و اضطراب[12] است؛ بنابراین، طلاقْ پدیده‌ای استرس‌زا است که باعث بروز انواع مختلف اختلالات روانی-جسمانی ازجمله افسردگی، اضطراب و استرس در زوجین می‌شود (فرحناز و همکاران، ۲۰۱۰؛ همایدی و همکاران، ۲۰۱۲). تجربهٔ طلاق را می‌توان تهدیدی برای ارضای نیازهای طبیعی در نظر گرفت که باعث ارائهٔ پاسخ طبیعی و خودکار اضطراب به موقعیت‌های تنش‌زا در زندگی می‌شود. در خانواده‌های درگیر با طلاق، اضطراب مضاعفی بر اعضای خانواده حاکم است که این اضطراب می‌تواند نتیجهٔ ترس از احساسات سرکوب‌شده، تغییر شرایط زندگی، شرمساری و خجالت، احساس گناه، نگرانی از جدایی در آینده و تداوم ترس از مشکلات ناشناخته در آینده

[1] Breslau et al
[2] depression
[3] Wells & et al
[4] Young et al
[5] Segal et al
[6] Levinson
[7] Jong.Meyer et al
[8] Turner
[9] Heene et al
[10] Abdul & Bifulco
[11] Kashdan & Rottenberg,
[12] Stress & anxiety

باشد (میلار[1] ۲۰۰۶). همچنین، نتایج مطالعات نشان داده‌اند افسردگی، اضطراب، افکار منفی و اسکیزوفرنی در زنان مطلقه نسبت به زنان غیرمطلقه بیشتر است (پیرمرادی و همکاران، ۲۰۱۶).

سومین عاملی که در این پژوهش دربارهٔ طلاق بررسی شد، باورهای غیرمنطقی[2] است. پژوهش‌گران باتوجه‌به افزایش آمار طلاق، توجه خاصی به افکار و اندیشه‌ها و عوامل ذهنی دارند (فینچام[3] ۲۰۰۳). الیس[4] نخستین فردی بود که بر نقش عوامل شناختی در روابط زناشویی ناکارآمد تأکید داشت. براساس درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری، او معتقد است که علت روابط ناخوشایند زناشویی انتظارات نامعقولی است که همسران نه‌تنها از خود و دیگران، بلکه از روابط زناشویی دارند (الیس و همکاران، ۱۹۸۹). درواقع، باورهای غیرمنطقیْ انتظارات غیرواقعی و نگرش‌های خودخواهانه‌ای به خود، دیگران و روابط هستند که ویژگی آنها انعطاف‌ناپذیری و افراطی‌بودن است. این باورهای تحریف‌شده اغلب اساس و پایهٔ بسیاری از مجادله‌ها و منازعه‌ها در روابط در نظر گرفته می‌شوند. این افکار می‌توانند به الگوهای فکری معیوب تبدیل شوند و به‌عنوانِ فرایندهای فکری معمول افراد استفاده شوند (درایدن[5] ۲۰۰۳)؛ بنابراین، طلاق می‌تواند باعث شکل‌گیری باورهای غلط در افراد مطلقه شود که این باورهای نادرست به ایجاد تنش، اضطراب و ناراحتی‌های روحی روانی زیادی در این افراد منجر می‌شود (تبریزی، ۱۳۹۵). صدری دمیرچی و همکاران (۱۳۹۸) نیز در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که بین باورهای غیرمنطقی زنان متقاضی طلاق و زنان عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به این صورت که زنان متقاضی طلاق باورهای غیرمنطقی بالاتری را گزارش دادند.

باتوجه‌به اینکه مقولهٔ طلاق با مؤلفه‌های روانی ازقبیل افسردگی، اضطراب، استرس و باورهای غیرمنطقی در ارتباط است، به‌کاربردن درمان‌های مناسب که بتواند با کاهش و ازبین‌بردن این اختلالات، عرصه را برای برگشت این افراد به زندگی عادی هموار سازد، حائز اهمیت فراوان است. ازجمله درمان‌هایی که در این زمینه در گذشته به کار گرفته می‌شد، درمان عقلانی-عاطفی -رفتاری الیس[6] (REBT) بوده است. هدف کلی در این رویکرد این است که انسان‌ها بتوانند اختلالات هیجانی[7] خود را به حداقل برسانند (الیس و هارپر[8] ۱۳۸۷). ایرادی که بر مکاتب درمانی ازجمله درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری وارد است، این است که این مکاتب روان‌شناختی پیش از دست‌یابی انسان به اطلاعات بسیار وسیع دربارهٔ عملکرد مغز، براثر پیشرفت فناوری و بینش‌های جدید علمی در سال‌های اخیر به وجود آمده‌اند. مدل‌های شناختی در چند دههٔ گذشته شکل گرفته‌اند؛ درحالی‌که اکنون گام‌های درخشانی دربارهٔ روش‌های درمانی نسبت به آن زمان برداشته شده است و این گام‌ها و پیشرفت‌ها در حوزهٔ روان‌شناسی هماهنگ با آن چیزی هستند که درحال‌حاضر دربارهٔ عملکرد سیستم ذهن و بدن دانسته می‌شود. بسیاری از مراجعان، درمان عقلانی-عاطفی -رفتاری را دشوار و پرزحمت توصیف می‌کنند؛ زیرا افرادی که ازلحاظ هیجانی برافروخته شده‌اند، نمی‌توانند در درمانْ تمرکز خود را حفظ کنند؛ به همین دلیل ناأُمید می‌شوند و درمان را رها می‌کنند؛ بنابراین، با درک تفکر درونی مدل‌های شناختی، می‌توان اهمیت دانش جدید را

[1] Millar
[2] Irrational beliefs
[3] Fincham
[4] Ellis
[5] Dryden
[6] Rational. Emotional. Behavior therapy
[7] Emotional Disorders
[8] Harper

به‌روشنی درک کرد (اوکی[1] ۲۰۱۰). الیس برای توضیح مفاهیم مهم نظریه‌اش یک مدل مفهومی را به وجود آورد که اساس نظریهٔ درمان عقلانی-هیجانی -رفتاری را مدل (A-B-C) تشکیل می‌دهد (درایدن[2] ۲۰۰۹؛ الیس، ۲۰۰۱ و ورنون[3] ۲۰۰۳).

ضعف شناخت‌درمانی ازجمله REBT این ایده است که همیشه فکر می‌کنند افکارْ باعث ایجاد هیجان می‌شود. روش‌های درمان‌گران شناختی گاهی کارساز است؛ زیرا بین فکر و احساس رابطهٔ مهمی وجود دارد (به این دلیل که متخصصان شناختی بر گذشته تمرکز نمی‌کنند؛ درحالی‌که تمرکز آنها بر تفکرات کنونی شخص است و نظرشان این است که این به‌نوبهٔ خود کلید حل مشکلات است)؛ اما با تمرکز بر این ایده که تفکر غیرمنطقی باعث آشفتگی عاطفی می‌شود، درمان‌گرهای شناختی احتمال کمتری دارد که به‌اندازهٔ درمان‌گران دیگر که به بیمارانشان از دیدگاه ودیعه‌های انسانی[4](HGT) نگاه می‌کنند، مؤثر باشند؛ چرا که این رویکرد باتوجه‌به دانش فعلی از عملکرد مغز انسان عمل می‌کند؛ بنابراین، اگر روش‌های درمانی‌ای که انتخاب می‌شود، دقیقاً مبتنی‌بر عملکرد مغز انسان باشد، احتمال بیشتری وجود دارد که نتایج بهتری به دست آید؛ پس در درمان ودیعه‌های انسانی مدل قدیمیA-B-C با آخرین یافته‌های نورولوژی دربارهٔ تعامل افکار و احساسات به‌روزرسانی‌شده است (اوکی، ۲۰۱۰). درمان ودیعه‌های انسانی[5](HGT) چهارچوبی جامع و عملی برای درک آنچه افراد، خانواده‌ها و جوامع نیاز دارند تا ازلحاظ ذهنی و روانی سالم باشند، ارائه می‌کند. این درمان را گریفن و تیرل[6] (۲۰۰۳) ابداع کردند. این متخصصان با شناخت بیش از ۴۰۰ مدل مختلف روان‌درمانی در دنیای غرب، به‌دنبالِ اصلاح و ارائهٔ یک مدل واضح و مؤثر بودند که بر اصول علمی و پارادایم‌های دیگر مشاوره‌ای استوار باشد (یاتز و اتکینسون[7] ۲۰۱۱). درمان ودیعه‌های انسانی(HGT) ایده‌های پارادایم‌های مختلف درمانی ازجمله درمان‌های شناختی و رفتاری را با یکدیگر ترکیب می‌کند و به‌شدت تحت‌تأثیر اریکسون[8](۱۹۹۱) قرار دارد و همچنین تکنیک‌های هیپنوتیزم، برنامه‌ریزی عصبی -کلامی[9](NLP) را به یکدیگر پیوند می‌دهد و براساسِ اصول دیدگاه عصب -روان‌شناختی پیشنهادی لی داکس[10](۱۹۹۸) و لیبت[11](۲۰۰۴) مبنی‌بر اینکه مغز انسان ارگانیسمی است که براساس فرایند تطبیق الگوها عمل می‌کند، استوار است. بدین معنا که مغز انسان زمانی که تحت‌تأثیر استرس قرار می‌گیرد، دربارهٔ محرک‌های ورودی بدون رجوع به قشر بالاتر مغز (به‌صورتِ جنگ یا گریز) تصمیم‌گیری می‌کند (یاتز و اتکینسون، ۲۰۱۱).

بنابراین، این یافته‌های جدید باعث شد تا گریفن و تیرل (۲۰۰۳)، مدل APET[12] را ارائه دهند که این مدل شبیه عملکرد مغز انسان است که براساس آن اطلاعات را پردازش می‌کند (یاتز و اتکینسون، ۲۰۱۱). A در مدل APET یک عامل فعال یا یک محرک محیطی است. اطلاعات مربوط به این محرک‌ها که توسط حواس دریافت می‌شوند، ابتدا انسان با دانش

[1] Okhai
[2] Dryden
[3] Vernon
[4] Human Givens Therapy
[5] Human Givens therapy

[6] Griffin & Tyrrell
[7] Yates & Atkinson
[8] Erikson
[9] Neuro linguistic Programming
[10] LeDoux
[11] Libet
[12] Thoughts
[13] Activating agent
[14] Patternmatch
[15] Emotions

درونی (ذاتی) و آموخته‌های گذشته انطباق داده می‌شود که این همان P در مدل APET است که این فرایند انطباق‌دهی الگوها باعث برانگیخته‌شدن احساسات (E) می‌شود که این احساسات به‌نوبهٔ خود ممکن است افکار (T) خاصی را القا کنند. تفکرات می‌توانند نتیجهٔ اجتناب‌ناپذیری از تحریکات هیجانی نباشند؛ بااین‌حال این یک مدل است که نسبت به مدل ABC درمان عقلانی-عاطفی ـرفتاری بیشتر با واقعیت سازگار است (اوکی، ۲۰۱۰).

یکی دیگر از جنبه‌هایی که باعث می‌شود درمان HGT از سایر رویکردهای درمانی متمایز باشد، ایدهٔ اصلی این رویکرد است که بیان می‌کند انسان‌ها دارای نیازهای ذاتی هستند که اگر این نیازها به‌طورِ متعادل ارضا شوند، سلامت عاطفی افراد تضمین می‌شود و اگر در ارضای این نیازها خللی به وجود آید، ممکن است اختلالات عاطفی و مشکلات روانی رخ دهند (گریفین و تیرل، ۲۰۰۳؛ ۲۰۰۴؛ ۲۰۰۸)؛ پس بخشی از روان‌درمانی شامل کمک به مراجعان در جهت تشخیص و پاسخ‌گویی به این نیازهاست. این نیازها عبارت‌اند از: امنیت[1] حس خودمختاری[2] و کنترل، ارائه و دریافت توجه[3] ارتباط عاطفی با دیگران[4] ارتباط با جامعهٔ بزرگ‌تر[5] حریم خصوصی[6] احساس ارزش و پذیرش[7]، احساس لیاقت و شایستگی[8] گسترش خود[9] و معنا[10] در زندگی (یاتز و اتکینسون، ۲۰۱۱). گریفین و تیرل (۲۰۰۳) همچنین گفتند علاوه‌بر نیازها، انسان‌ها به منابعی تجهیز هستند که به آنها کمک می‌کنند تا ازطریق آنها نیازهای عاطفی خود را ارضا کنند. این منابع عبارت‌اند از: همدلی[11] حافظه[12] رویا[13] خودمشاهده‌گری[14] تصورات[15] مغز متفکر[16] ذهن آگاه[17] (یاتز و اتکینسون، ۲۰۱۱)؛ بنابراین، بخش دیگری از درمان HGT کمک به مراجعان برای بهره‌مندی از منابع خود در جهت پاسخ‌گویی به نیازهای عاطفی است (یاتز و اتکینسون، ۲۰۱۱).

دربابِ اثربخشی رویکرد HGT پژوهش‌های اندکی در داخل کشور انجام گرفته است؛ ازجمله اینکه در پژوهشی با عنوان «اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی و درمان آدلری بر شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی زوجین دانشجوی دانشگاه شهید چمران اهواز»، پژوهشگران به این نتایج دست یافتند که درمان ودیعه‌های انسانی و درمان آدلری در بهبود و تغییر سبک زندگی روان‌شناختی و همچنین افزایش سطح شادکامی زوجین موفق بوده است (سودانی و همکاران، ۲۰۱۹). در خارج از کشور بوردت و گرینبرگ[18] (۲۰۱۹) پژوهشی با عنوان ارزیابی خدمات درمان ودیعه‌های انسانی برای افراد جانباز انجام دادند. نتایج نشان داد خدمات این رویکرد درمانی جایگزین قابلِ‌قبولی برای خدمات درمانی[19] IAPT است که سرویس سلامت ملی[20] انگلستان (NHS) ارائه کرده است. گفتنی است خدمات IAPT که سرویس سلامت ملی انگلستان ارائه کرده است، دربارهٔ مشکلات رایج همچون اضطراب و افسردگی، درمان‌های شناخته‌شده‌ای مانند درمان‌های شناختی ـرفتاری (CBT) ارائه می‌دهد. آدامز[21] (۲۰۱۷) نیز در دانشکدهٔ علوم

[1] Security
[2] Volition
[3] Attention
[4] Emotional connection to other people
[5] Connection to the wider community
[6] Privacy
[7] Status
[8] A sense of competence/achievement
[9] To be stretched
[10] Meaning

[11] Empathy
[12] Memory
[13] Dreaming
[14] Observing self
[15] Imagination
[16] Thinking brain
[17] Knowing brain
[18] Burdett & Greenberg
[19] Improving Access to Psychological Therapies
[20] National Health Service
[21] Adams

اعصاب، روان‌شناسی و رفتار، پژوهشی گسترده با عنوان «کاربرد درمان ودیعه‌های انسانی برای مراجعان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه» انجام داد؛ درنهایت، نتایج مشخص کرد که اکثر مراجعانْ این درمان را مفید و قابلِ‌قبول یافتند و ۳۷درصد از مراجعان به درمان بیشتر نیاز نداشتند. اندروز و همکاران[1](۲۰۱۳) نیز در پژوهشی با عنوان «ارزیابی پنج‌ساله از اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی با استفاده از یک شبکهٔ تحقیقات کاربردی» به این نتایج دست یافتند که میانگین نمرات مراجعان در اضطراب، افسردگی، استرس و تروما نسبت به اوایل درمان کاهش پیدا کرده است. درادامه تساروچا و همکاران[2](۲۰۱۲) در پژوهشی با عنوان «ارزیابی اثربخشی رویکرد ودیعه‌های انسانی در درمان افسردگی: یک مطالعهٔ شبه‌تجربی در مراقبت‌های اولیه» به این نتایج دست یافتند که افراد مبتلا به دیابت، طی چهار ماه پس از ارجاعْ بهبود عاطفی یافتند. بدین معنی که از شدت افسردگی آنان کاسته شد و همچنین بهبودی آنان تا یک سال پس از ارجاع نیز ادامه یافت. همچنین در پژوهشی دیگر، یاتز و اتکینسون (۲۰۱۱) گزارش کردند که درمان ودیعه‌های انسانی باعث ایجاد تغییر در شیوه و سبک روان‌شناختی و بهبود بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان شده است. علاوه‌بر این پژوهش‌های مک لافلین و لوتین[3](۲۰۱۰)، پژوهشی با عنوان «یک مطالعهٔ پدیدارشناسانه دربارهٔ تأثیر رویکرد ودیعه‌های انسانی بر عملکرد مدیران اجرایی» انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که ایده‌های ودیعه‌های انسانی بر عملکرد رهبران اجرایی مفید واقع شد؛ چرا که رهبران و مدیران بیشتر بر روی ارضای نیازهای عاطفی در محل کار متمرکز شدند.

باتوجه‌به توضیحات ارئه‌شده مشخص می‌شود که در درمان HGT تأکید بر این است که هیجاناتْ باعث بروز افکار می‌شوند. همچنین، درمان HGT تفاوت دیگری نیز با درمان‌های شناختی دارد و آن، این نکته است که درمان‌گران HGT بر نیازهای عاطفی و منابع ذاتی وجود انسان‌ها تأکید دارند؛ به این ترتیب که اعتقاد دارند درصورتی‌که این نیازها برطرف نشوند، می‌توانند خود را در فرایند انطباق الگو در مدلAPET به‌صورتِ پاسخ‌های خودکار دوقطبی نمایان کنند (مانند امن و ناامن، جنگ و گریز، سیاه و سفید و...) و باعث بروز هیجانات در افراد می‌شود که این هیجانات نیز به‌نوبهٔ خود افکار خاصی (منفی) را القا می‌کنند؛ بنابراین، بدیع‌بودن درمان HGT ضرورت به‌کارگیری رویکردهای درمانی جدید را در درمان اختلالات روانی نشان می‌دهد. همچنین، باتوجه‌به کمبود مطالعات حول محور طلاق در استان چهارمحال و بختیاری (شهر شهرکرد) و با عنایت به اینکه زنان بعد از طلاق بیش از مردان آسیب می‌بینند، اهمیت پرداختن به این موضوع دوچندان می‌شود. ضرورت دیگر انجام پژوهش حاضر این است که زنان مطلقه در جامعهٔ ما، به‌خصوص در شهر شهرکرد، به‌دلیلِ حاکم‌بودن فرهنگ سنّتی، نگاه‌های تلخ و گزندهٔ مردم و نگرش منفی به خودشان، فشارهای زیادی را تحمل می‌کنند؛ بنابراین، این مسئله می‌تواند نوعی بی‌اعتمادی را در روابط بین‌فردی زنان مطلقه ایجاد کند و باعث افت کیفیت زندگی و سازگاری پس از طلاق در آنان شود که به‌نوبهٔ خود زمینهٔ بروز اختلالات روانی ازجمله افسردگی، اضطراب و افکار غیرمعقول را در آنها افزایش می‌دهد. باتوجه‌به اهمیت این موضوع، در پژوهش حاضرْ پژوهش‌گر به‌دنبالِ بررسی اثربخشی درمان HGT بر روی اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی زنان مطلقهٔ

[1] Andrews et al
[2] Tsaroucha et al
[3] McLaughlin & Lothian

شهر شهرکرد است. درحقیقت، پژوهش حاضر به‌دنبالِ پاسخ‌گویی به سؤال زیر است:

آیا درمان ودیعه‌های انسانی(HGT) بر کاهش افسردگی، اضطراب و افکار غیرمنطقی زنان مطلقهٔ شهر شهرکرد مؤثر است؟

روش پژوهش

جامعهٔ آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری:

در این پژوهش از روش تحقیق نیمه‌تجربی ازنوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون، با گروه کنترل به‌همراهِ آزمون پیگیری استفاده شده است. جامعهٔ آماری این پژوهش شامل همهٔ زنان مطلقهٔ شهر شهرکرد در سال ۹۸-۱۳۹۷ بود که به‌صورتِ داوطلبانه در پژوهش حاضر شرکت کردند. نمونهٔ مدنظر به‌صورتِ دردَسترس و ازطریق فراخوان، مراجعه به دادگاه‌های خانواده، مراکز مشاوره و یا با مراجعه به خانهٔ سلامت شهر شهرکرد براساسِ ملاک‌های پژوهش (اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی) انتخاب شدند؛ بدین صورت که ابتدا با زنان مراجعه‌کننده، مصاحبهٔ تشخیصی-روان‌شناختی انجام شد و پس از تشخیص اضطراب و افسردگی در این افراد، پرسشنامهٔ اضطراب و افسردگی بک بر روی این افراد اجرا شد. نقطهٔ برش در آزمون‌های بک برای افرادی که اضطراب و افسردگی متوسط به بالا دارند، نمرهٔ ۲۰ تعیین شده است؛ بنابراین، زنانی که نمره‌های بالاتر از این نقطهٔ برش به دست آوردند، به‌عنوانِ نمونهٔ مدنظر انتخاب شدند و به‌صورتِ تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گفتنی است که کل افراد مراجعه‌کننده ۷۸ نفر بودند که از بین آنها تعداد ۳۰ نفر که دارای ملاک‌های ورود به طرح درمانی بودند، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به درمان عبارت بودند از: تشخیص اضطراب و افسردگی زنان مطلقه براساسِ مصاحبهٔ تشخیصی، کسب نمرهٔ بالاتر از نقطهٔ برش ۲۰ در اجرای پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی بک، داشتن حداقل تحصیلات پایان دورهٔ متوسطه اول، دریافت‌نکردن درمان‌های دارویی و روان‌شناختی در طول شش ماه گذشته. ملاک‌های خروج از طرح درمانی نیز عبارت بودند از: حضورنیافتن در جلسات، داشتن غیبت مکرر، رعایت‌نکردن قوانین ، بیماری حاد فردی، انصراف آزمودنی. محقق با بستن قرارداد با افراد گروه نمونه، در مدت زمان اجرای طرح درمانی شاهد هیچ‌گونه ریزشی در تعداد نمونه‌ها نبود.

ابزار سنجش

برای جمع‌آوری اطلاعات از سه پرسشنامهٔ زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامهٔ اضطراب بک: مقیاس اضطراب بک(BAI) پرسشنامه‌ای خودسنجی ۲۱سؤالی است که با هدف اندازه‌گیری اضطراب طراحی شده است. این آزمون شدت اضطراب را در یک هفتهٔ اخیر و در دامنهٔ اصلاً تا شدید ارزیابی می‌کند. نمرهٔ هر سؤال بین ۰ تا ۳ و دامنهٔ نمرات بین ۰ تا ۶۳ است. نمرهٔ بالاتر، نشانهٔ شدت اضطراب بیشتر است. همسانی درونی آن بالا و ضریب پایایی بازآزمایی یک‌هفته‌ای آن حدود ۷۵/. به دست آمده است. همبستگی بین نمرات BAI و مقیاس اضطراب همیلتون ۵۱/. و با BDI برابر ۴۸/. به دست آمده است (خدابخش پیرکلانی و رحیم جمارونی، ۱۳۹۲). این آزمون، ویژهٔ آزمودنی‌های بزرگسال است و هم در موقعیت‌های بالینی و هم پژوهشی استفاده می‌شود (یعقوبی، ۱۳۸۷). همچنین، این آزمونْ روایی (r=./۷۲ ، p<./۰۰۱) پایایی (r=./۸۳، p<./۰۰۱) و ضریب آلفای کرونباخ ۹۲/. دارد (کاویانی و موسوی، ۱۳۸۷). همچنین، در پژوهش دیگری آلفای کرونباخ آن ۸۷/. گزارش شده است (ولستاد[1] و همکاران،

[1] Vollestad et al

۲۰۱۱). گفتنی است پایایی مقیاس مدنظر در پژوهش حاضر ازطریق آلفای کرونباخ ۸۴/. به دست آمد.

۲- پرسشنامهٔ افسردگی بک(BDI)ـــفرم تجدیدنظرشده: یکی از شناخته‌ترین آزمون‌های سنجش افسردگی است که روان‌پزشک مشهور، آرون تی . بک و همکاران (۱۹۶۱) آن را تدوین کرده است و در سال ۱۹۷۸ در آن تجدیدنظر شده است. این آزمون شامل ۲۱ ماده است و هر ماده دارای چهار جمله است که هرکدام درجات مختلفی از افسردگی خفیف تا شدید را تعیین می‌کند (۰تا۳). نمرهٔ کلی از صفر تا ۶۳ است که به این شکل طبقه‌بندی شده‌اند: تا ۱۳ (هیچ یا کمترین افسردگی)، ۱۴ تا ۱۹ (افسردگی خفیف)، ۲۰ تا ۲۸ (افسردگی متوسط)، ۲۹ تا ۶۳ (افسردگی شدید). بک و همکارانش در سال ۱۹۹۸ ضریب پایایی همسانی درونی ماده‌های پرسشنامه را از (۷۳درصد) تا (۸۶درصد) و ضریب همبستگی پرسشنامهٔ افسردگی بک با مقیاس MMPI ، (۷۴درصد) گزارش کرده‌اند. فتی و همکاران (۱۳۸۴) مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه را در یک نمونهٔ ایرانی بدین شرح گزارش دادند: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه‌آزمون ۰/۸۹، و ضریب بازآزمایی به‌فاصلهٔ یک هفته ۰/۹۵. همچنین، رحیمی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان کاربرد نسخهٔ دوم پرسشنامهٔ افسردگی بک در دانشجویان ایرانی به این نتایج دست یافت که این پرسشنامه از ثبات درونی بالا (α=./۸۷) و در طول زمان از پایایی قابل‌قبولی (r=./۷۳) برخوردار بود و اجرای هم‌زمان این آزمون با پرسشنامهٔ سلامت عمومی ۲۸سؤالی و مقیاس افسردگی و استرس ۲۱سؤالی نشان داد این آزمون از روایی هم‌زمان خوبی برخوردار است. گفتنی است پایایی مقیاس مدنظر در پژوهش حاضر ۸۱/. به دست آمد.

۳- پرسشنامهٔ عقاید غیرمنطقی جونز(IBT): این آزمون را جونز[1] برای سنجش باورهای غیرمنطقی در سال ۱۹۶۸ تهیه کرد که دربرگیرندهٔ ۱۰۰ گویه است. هر عبارت به‌صورتِ لیکرت و به‌صورتِ پنج‌درجه‌ای از «به‌شدت مخالفم» تا «به‌شدت موافقم» نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ بالاتر در آزمون، بیان‌گر غیرمنطقی‌بودن باور فرد است (زاده‌حسن و سراج خرمی، ۱۳۹۸). جونز (۱۹۶۸) با استفاده از روش بازآزمایی مشاهده کرد که پایایی آزمون ۰/۹۲ است و پایایی هریک از مقیاس‌های ده‌گانهٔ آن ۰/۶۶تا ۰/۸۰ هستند و میانگین پایایی همهٔ خرده‌مقیاس‌ها را ۰/۷۴ گزارش کرد (حسنی و همکاران، ۱۳۹۰). زوراسکی و اسمیت[2](۱۹۹۸) در پژوهش‌های متعددی همبستگی بین آزمون باورهای غیرمنطقی و آزمون باورهای منطقی را یک بار ۰/۶۶ و بار دیگر ۰/۷۱ گزارش کردند. همبستگی این دو آزمون با آزمون‌هایی همچون آزمون وضعیت اضطراب، آزمون افسردگی بک و آزمون وضعیت خشم به‌ترتیب ۰/۷۰، ۰/۵۹، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۵۰ به دست آمده است که همگی در سطح ۰/۹۹ معنی‌دار شدند. در مطالعهٔ بالکیس[3](۲۰۱۳) روایی هم‌زمان این آزمون ۰/۵۹، ۰/۷۰ و ۰/۵۵ گزارش شده است. نلسون[4] (۱۹۷۷) پایایی آزمون باورهای غیرمنطقی را با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۱ و ازطریق تصنیف ۷۳/. گزارش کرده است که نشان از پایایی مطلوب این آزمون دارد و میانگین پایایی مؤلفه‌های آن نیز ۷۴/. به دست آمد. در ایران نیز ساعتچی و همکاران (۱۳۸۹) روایی پرسشنامهٔ باورهای غیرمنطقی جونز را ازطریق آلفای کرونباخ ۲/۹۷ برآورد کردند و پایایی آزمون را نیز برابر با ۸۶/. گزارش دادند. پایایی این پرسشنامه در

[1] Jones
[2] Zurawski & Smith
[3] Balkis
[4] Nelson

پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد که پایایی خوبی برای این پرسشنامه به حساب می‌آید.

جلسات آموزشی پژوهش

متغیر مستقل در این پژوهش شامل ۷ جلسهٔ درمان اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی برای گروه آزمایشی به‌شیوهٔ ودیعه‌های انسانی(HGT) بود که به‌صورتِ گام‌به‌گام و همراه با دو دفترچهٔ راهنمای داوطلبان و دفترچهٔ راهنمای مشاور تنظیم و اجرا شد. جلسات درمان ودیعه‌های انسانی(HGT) مطابق پروتکل درمانی گریفن و تیرل (۲۰۰۷، ۲۰۰۶) به‌شرحِ جدول ۱ است.

در ابتدای جلسات درمانی سعی شد اعضا با ضرورت درمان و همچنین قوانین حاکم بر روند درمان (رازداری، بازبودن و اعتماد به اعضای گروه) آشنا شوند. سپس شرایط ورود اعضا به جلسات درمانی (لزوم شرکت منظم، نداشتن غیبت در جلسات، فعالیت مؤثر) و خروج آنها از روند درمان (حضوریافتن در جلسات، داشتن غیبت مکرر، رعایت‌نکردن قوانین، بیماری حاد فردی) به‌طورِ کامل برای آزمودنی‌ها شرح داده شد.

جدول۱. پروتکل درمانی رویکرد ودیعه‌های انسانی بر اضطراب، افسردگی و افکار غیرمنطقی زنان مطلقه

جلسات	فعالیت‌ها
جلسهٔ اول	برقراری ارتباط درمانی، ارزیابی وضعیت و شدت اختلال، استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی و مراقبه در جهت کاهش میزان اختلالات هیجانی (مانند آرام‌سازی عضلانی)، بیان مقدمات اساسی دربارهٔ رویکرد HGT ، توضیح مدل APET و نحوهٔ بروز بیماری‌ها.
دوم	بررسی و ارزیابی نیازهای عاطفی و نقش آنها در بروز اختلالات هیجانی و ارتباط آنها با الگوها و قالب‌های ذهنی[1] مشخص‌کردن منابع انسانی هر مراجع در جهت کمک به ارضای نیازهای عاطفی، ارائهٔ تکلیف (شناسایی نیازها مانند نیاز به امنیت، توجه مثبت، ارتباط با جامعهٔ گسترده‌تر و... و منابع و ارائهٔ آنها در جلسهٔ آینده).
سوم	استفاده از الگوی درمانی RIGAAR و بررسی نیازهای ارضانشده هر مراجع، تعیین الگوهای تطبیقی مراجعان و ارتباط آنها با نیازهای عاطفی ارضانشده، نحوهٔ بروز هیجانات براثر مواجههٔ محرک‌ها با الگوها و قالب‌های ذهنی، ارائهٔ تکلیف (شناسایی محرک‌های بر انگیزاننده و...).
چهارم	حفظ الگوی درمانی(RIGAAR)، پرداختن به منابع ذاتی (توانایی‌های ذاتی مانند همدلی، خاطرات گذشته، رویاپردازی، ذهن متفکر و...) مراجعان، استفاده از منابع مراجعان در جهت ارضاکردن نیازهای عاطفی، استفاده از منابع انسانی در جهت ازبین‌بردن الگوهای تطبیقی نامناسب و ناکارامد، ارائهٔ تکلیف.
پنجم	عمل براساس ساختار جلسات تعیین‌شده(RIGAAR)، بررسی افکار غیرمنطقی مراجعان، برقراری ارتباط بین این افکار با الگوها و قالب‌های تطبیقی و ذهنی، کار بر روی هیجاناتی که باعث بروز افکار غیر منطقی می‌شوند، ارائهٔ تکلیف (تکالیف مربوط به تفکرات غیرمنطقی برخواسته از حالیت‌های هیجانی شدید).
ششم	تحلیل کلی اطلاعات با رویکرد امیدواری و خوش‌بینی به زندگی با استفاده از استعاره‌ها و ساخت نقشه‌های ذهن برای دریافت و احساس قدرت در به‌کارگیری منابع ارزشمند فردی.
هفتم	تحلیل شیوهٔ ارضای نیازها و منابع فردی در اجتماع و ایجاد یک داستان جدید برای زندگی و تفکر به‌شیوهٔ متفاوت و موفق، دست‌یابی به شرایط مناسب و تعیین راهبردها و استراتژی‌های مناسب درمانی برای تغییرات مثبت و دست‌یافتنی در مراجع.

[1] Template

اخلاق پژوهش

به‌منظورِ رعایت ملاحظات اخلاقی، به تمامی شرکت‌کنندگان به‌صورتِ انفرادی در مورد اهداف مطالعه و شرکت در پژوهش به‌طورِ کامل توضیح داده شد؛ بنابراین، شرکت‌کنندگان برای ورود به مطالعه با رضایت کامل شرکت کردند و به همهٔ شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد اطلاعات فردی اخذشده محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین، بعد از اتمام این طرح آزمایشی، رویکرد ودیعه‌های انسانی دربارهٔ آنها به کار گرفته شد.

یافته‌ها

برای مطالعهٔ حاضر از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در جدول ۲ شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار مربوط به متغیرهای پژوهش در سه سطح (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) ارائه شده است.

جدول۲. جدول میانگین و انحراف استاندارد اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی زنان مطلقه در سه مرحلهٔ مختلف پژوهش

متغیر	گروه‌ها	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
			میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار
اضطراب	کنترل	۱۵	۴/۰۷ ± ۳۸/۹۳	۳/۸۵ ± ۳۹/۲۰	۳/۷۱ ± ۳۹/۸۶
	HGT	۱۵	۳/۶۲ ± ۳۸/۵۳	۳/۲۶ ± ۳۰/۴۰	۳/۱۹ ± ۳۱/۷۳
افسردگی	کنترل	۱۵	۴/۵۵ ± ۴۲/۰۷	۳/۴۴ ± ۴۱/۴۶	۳/۹۵ ± ۴۳/۲۶
	HGT	۱۵	۳/۸۷ ± ۴۱/۸۰	۲/۵۰ ± ۳۴/۵۳	۲/۶۱ ± ۳۵/۴۰
افکار غیرمنطقی(کل)	کنترل	۱۵	۸/۳۲ ۴۱۳±/۳۳	۷/۵۸ ± ۴۱۱/۲۶	۸/۴۲ ± ۴۱۲/۲۰
	HGT	۱۵	۸/۴۵ ± ۴۱۱/۱۳	۸/۳۴ ± ۲۳۵/۳۳	۷/۳۰ ± ۲۴۱/۸۰

نتایج جدول ۲ نشان داد بین میانگین نمرات گروه آزمایش مربوط به متغیرهای اضطراب، افسردگی و افکار غیرمنطقی (کل) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت زیادی با مرحلهٔ پیش‌آزمون وجود دارد. بدین معنی که باتوجه‌به اینکه در پرسشنامه‌های استفاده‌شده، نمرهٔ پایین‌ترْ نشان‌دهندهٔ افسردگی، اضطراب و عقاید غیرمنطقی کمتر است؛ بنابراین، در پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش مشاهده شد میانگین نمرات متغیرهای افسردگی، اضطراب و عقاید ناکارآمد کاهش یافته است؛ درحالی‌که در گروه کنترل تغییرات میانگین زیادی در سه مرحلهٔ آزمایش مشاهده نشد؛ پس برای تعیین معنی‌داری تفاوت میانگین‌ها در گروه آزمایش و گروه کنترل و همچنین بین سه مرحلهٔ آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) از تحلیل واریانس مکرر استفاده شد. پیش از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های مربوط به این آزمون بررسی شد. باتوجه‌به جدول ۳ پیش‌فرض نرمال‌بودن با آزمون شاپیرو-ویلک، تساوی واریانس با آزمون لوین و برقراربودن کرویت (برابربودن واریانس تفاوت تمام زوج‌های اندازه‌گیری مکرر) با آزمون موخلی بررسی شد. نتایج این آزمون‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول۳. نتایج آزمون کرویت موخلی اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی برای بررسی پیش‌فرض تحلیل واریانس مکرر

مراحل آزمون	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین		آزمون موخلی	
	آماره	معنی داری	آماره	معنی‌داری	آماره	معنی‌داری
اضطراب	/۹۵۰	/۵۲	/۲۵	/۶۱	/۵۱	/۰۰۱
افسردگی	/۹۷۱	/۸۷	۱/۱۴	/۲۹	/۷۹	/۰۴
افکار غیرمنطقی	/۹۴۱	/۳۹	/۰۰۴	/۹۴	/۹۸	/۷۷

باتوجه‌به نتایج جدول ۳. می‌توان چنین بیان نمود که عدم معنی داری آماره مربوط به آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون لوین نشان می‌دهد پیش‌فرض‌های نرمال‌بودن، تساوی واریانس برای متغیر اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی برقرار است. اما چون آزمون موخلی مربوط به متغیرهای اضطراب (۵۱/.) و افسردگی (۷۹/.) معنی‌دار شدند، برقراری پیش‌فرض کرویت برای این دو متغیر رد می‌شود؛ بنابراین، برای گزارش مقادیر F درون‌گروهی این دو متغیر از آزمون گرین هاووس-گیسر با درجات آزادی تعدیل‌شده، استفاده شد. دربارهٔ متغیر باورهای غیرمنطقی باتوجه‌به جدول ۳ می‌توان بیان کرد که آمارهٔ آزمون موخلی (۹۸/.) در سطح ۷۷/. معنی‌دار نشد؛ بنابراین، پیش‌فرض کرویت برای این متغیر برقرار است.

جدول٤. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مربوط به اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازهٔ اثر	توان آماری
اضطراب	گروه	۷۵۱/۱۱	۱	۷۵۱/۱۱	۳۰/۸۷	۰/۰۰۱	/۵۲	۱
	خطا	۶۸۱/۱۱	۲۸	۲۴/۳۲				
	عامل	۲۵۰/۷۵	۱/۳۴	۱۸۷/۳۱	۱۶/۳۲	۰/۰۰۱	/۳۷	/۹۹
	عامل و گروه	۳۲۷/۰۲	۱/۳۴	۲۴۴/۲۸	۲۱/۲۸	۰/۰۰۱	/۴۳	/۹۹
	خطا (عامل و گروه)	۴۳۰/۲۲	۳۷/۴۸	۷/۴۷				
افسردگی	گروه	۵۶۷/۵۱	۱	۵۶۷/۵۱	۲۲/۳۸	۰/۰۰۱	/۴۴	/۹۹
	خطا	۷۰۹/۷۷	۲۸	۲۵/۳۴				
	عامل	۲۴۰/۰۸	۱/۶۵	۱۴۵/۲۹	۱۸/۶۹	۰/۰۰۱	/۴۰	/۹۹
	عامل و گروه	۲۵۷/۶۸	۱/۶۵	۱۵۵/۹۴	۲۰/۰۶	۰/۰۰۱	/۴۲	۱
	خطا (عامل و گروه)	۳۵۹/۵۵	۴۶/۲۶	۷/۷۷				
عقاید غیرمنطقی	گروه	۳۰۳۶۸۸/۷۱	۱	۳۰۳۶۸۸/۷۱	۲۳۲۳/۰۲	۰/۰۰۱	/۹۸	۱
	خطا	۳۶۶۰/۴۴	۲۸	۱۳۰/۷۳				
	عامل	۱۵۱۸۷۵/۴۸	۲	۷۵۹۳۷/۷۴	۲۳۲۱/۶۳	۰/۰۰۱	/۹۹	۱
	عامل و گروه	۱۴۶۲۶۲/۸۲	۲	۷۴۵۴۷/۴۰	۲۲۳۵/۸۳	۰/۰۰۱	/۹۸	۱
	خطا (عامل و گروه)	۱۸۳۱/۶۸	۵۴/۹۳	۳۳/۳۴				

در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر بین دو گروه پژوهش در سه سطح اجرا برای متغیرهای اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی زنان مطلقه ارائه شده است. براساسِ نتایج مندرج در جدول، بین گروه آزمایش و گروه کنترل در میزان اضطراب (F = ۳۰/۸۷ ، P<./۰۰۱)، افسردگی (F = ۲۲/۳۸ ، P<./۰۰۱) و عقاید غیرمنطقی (F = ۲۳۲۳/۰۲ ، P<./۰۰۱) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازهٔ اثر به‌ترتیب ۵۲/. ، ۴۴/. و ۹۸/. و توان ۱/۰ حاکی از دقت معنی‌داری در این زمینه است. بدین معنی که مداخلات درمانی باعث شده که یک گروه ازلحاظ میانگین نمرات اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی (کل) با گروه دیگر تفاوت داشته باشد. با مراجعه به جدول یافته‌های توصیفی جدول ۲ و بررسی میانگین نمرات دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری دریافته می‌شود که میانگین نمرات اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی (کل) نسبت به گروه کنترلْ کاهش معنی‌داری داشته است. درادامه نتایج درون‌گروهی نیز نشان می‌دهد که میانگین نمرات عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) اضطراب (F=۱۶/۳۲ ، P<./۰۰۱)، افسردگی (F=۱۸/۶۹ ، P<./۰۰۱) و عقاید غیرمنطقی (F=۲۳۲۱/۶۳ ، P<./۰۰۱) ازلحاظ آماریْ معنی‌دار است. به این معنی که میانگین نمرات متغیرهای اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی سه مرحلهٔ آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نیز تفاوت دارند. درنهایت، نتایج نشان داد تعامل بین عامل و گروه نیز ازلحاظ آماریْ معنی‌دار است (F= ۲۹/۹۳ ، P<./۰۰۱)؛ بنابراین، به‌دنبالِ معنی‌دارشدن تفاوت میانگین نمرات سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل از مقایسه‌های زوجی (تفاوت میانگین‌ها I-J) آزمون بونفرونی (جدول ۵) استفاده شد.

جدول۵. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسهٔ اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی (کل) در سه گروه پژوهش

متغیر	گروه	دوره	پس‌آزمون	پیگیری
اضطراب	گروه گواه	پیش‌آزمون	-./۲۶	-./۹۳
		پس‌آزمون	-	-./۶۷
	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۸/۱۳*	۶/۸۰*
		پس‌آزمون	-	۱/۳۳
افسردگی	گروه گواه	پیش‌آزمون	./۶۰	-۱/۲۰
		پس‌آزمون	-	-۱/۸۰
	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۷/۲۶*	۶/۴۰*
		پس‌آزمون	-	./۸۶
عقاید غیرمنطقی	گروه گواه	پیش‌آزمون	۲/۰۶	۱/۱۳
		پس‌آزمون	-	-./۹۶
	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۱۷۵/۸۰*	۱۶۹/۳۳*
		پس‌آزمون	-	-۶/۴۶*

* P< ۰/۰۰۱

در جدول ۵ نتایج مربوط به آزمون بونفرونی برای مقایسهٔ میانگین نمرات گروه‌های پژوهش در سه سطح اجرا ارائه شده است. نتایج مقایسه تفاوت میانگین درون‌گروهی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داد تفاوت میانگین مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون، پیش‌آزمون -پیگیری، پس‌آزمون -پیگیری مربوط به متغیرهای اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی در گروه گواه معنی‌دار نیستند. بدین معنی که میانگین نمرات متغیرهای اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه گواه شاهد تغییرات معنی‌داری نبوده است؛ اما نتایج مقایسهٔ تفاوت میانگین درون‌گروهی مربوط به گروه آزمایش در متغیرهای اضطراب: (پیش‌آزمون -پس‌آزمون (۸/۱۳)، پیش‌آزمون -پیگیری (۳/۸۰)، افسردگی: پیش‌آزمون -پس‌آزمون (۷/۲۶)، پیش‌آزمون -پیگیری (۶۰/۴۰)، و عقاید غیرمنطقی: (پیش‌آزمون -پس‌آزمون (۱۷۵/۸۰)، پیش‌آزمون -پیگیری (۱۶۹/۳۳) در سطح P<./۰۰۱ معنی‌دار است. بدین معنی که در مراحل پس‌آزمون و پیگیریْ کاهش معنی‌دار میانگین نمرات اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی نسبت به مرحلهٔ پیش‌آزمون مشاهده می‌شود؛ پس باتوجه‌به معنی‌داری مرحلهٔ پیش‌آزمون -پیگیری چنین می‌توان نتیجه گرفت که اثر مداخلهٔ درمانی در پیگیری چهارماهه نیز حفظ شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی(HGT) بر روی اضطراب، افسردگی و افکار غیرمنطقی (کل) زنان مطلقهٔ شهر شهرکرد انجام شد. باتوجه‌به اینکه پژوهش‌ها در ایران و در کشورهای مختلف نشان دادند زنان بعد از طلاق دچار علائم بسیار زیادی همچون افسردگی، استرس، اضطراب و افکار غیرمنطقی می‌شوند، در این پژوهشْ سعی شد اثربخشی این روش درمانی جدید بر میزان افسردگی، اضطراب و افکار غیرمنطقی زنان مطلقه بررسی شود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان ودیعه‌های انسانی(HGT) بر میزان افسردگی، اضطراب و افکار غیرمنطقی زنان مطلقه تأثیرگذار بود و توانست افسردگی، اضطراب و افکار غیرمنطقی آنان را به‌طورِ معنی‌داری کاهش دهند. همچنین، نتایج نشان داد اثر درمانی رویکرد ودیعه‌های انسانی(HGT) بعد از چهار ماه حفظ شده است.

دربارهٔ اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی نیز پژوهش‌هایی همچون سودانی و همکاران (۲۰۱۹)، آدامز (۲۰۱۷)، بوردت و گرینبرگ (۲۰۱۹)، تساروچا، کینگستون، استیوارت، والتن و کورپ (۲۰۱۲)، اندروز (۲۰۱۱)، مک لافین و لوتین (۲۰۱۰) انجام شده است که با نتایج پژوهشِ حاضر هم‌سو و هم‌خوان‌اند. در این راستا، اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی بر کاهش اضطراب و افسردگی (بوردت و گرینبرگ، ۲۰۱۹؛ اندروز و همکاران، ۲۰۱۳؛ تساروچا و همکاران، ۲۰۱۲)، افزایش شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی زوجین (سودانی و همکاران، ۲۰۱۹؛ یاتیز و اتکینسون)، بهبود اختلال استرس پس از سانحه (آدامز، ۲۰۱۷) و بهبود عملکرد اجرایی کارکنان (مک لافین و لوتین، ۲۰۱۰) تأیید شده‌اند که با یافتهٔ پژوهش حاضر نیز هم‌سو هستند.

برای تبیین یافته‌های پژوهش، ابتدا به بررسی باورهای غیرمنطقی زنان مطلقه پرداخته می‌شود که به‌نوعی این افکار غیرمنطقی در بروز اختلالات عاطفی همچون افسردگی و اضطراب تأثیرگذار هستند. طبق پژوهش‌های گذشته (ظهیرالدین و خدایی‌فر، ۱۳۸۲؛

فولادی و شاه‌نعمتی گاوگانی، ۱۳۹۴) زنانْ بعد از انحلال خانواده و وقوع واقعهٔ طلاق، درگیر باورهای غیرمنطقی ازقبیلِ انتظار بیش‌ازحد از خود، توقع تأیید از دیگران، آمادگی برای سرزنش، واکنش عاجزانه به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از مشکل، وابستگی، درماندگی برای تغییر و کمال‌گرایی می‌شوند که این باورهای غیرمنطقی مانع از بازگشت زنان مطلقه به زندگی عادی و سازگارشدن آنها با موقعیت جدید می‌شود. برای نمونه باور غیرمنطقی توقع تأیید از دیگران در زنان مطلقه به این صورت نمود پیدا می‌کند که آنها این انتظار را از وابستگان و افراد فامیل دارند که جدایی و مسئلهٔ طلاق را در آنها تأیید کنند و از عمل انجام‌شدهٔ آنها حمایت کنند. حال اگر رفتاری متناقض با این باور غیرمنطقی خود در افراد نزدیک و بستگان ببینند، دچار اختلال عاطفی خواهند شد و به‌مرورِ زمان با تأثیر این هیجانات، آنان از ورود به چنین اجتماعاتی خودداری می‌کنند؛ بنابراین، در درمان ودیعه‌های انسانی برای کم‌کردن تأثیر این باورهای غیرمنطقی یا ازبین‌بردن آنها از مدل درمانی APET استفاده می‌شود. مطابق نظریهٔ ودیعه‌های انسانی زنان مطلقه بیشتر بر روی نقاط منفی در زندگی تمرکز می‌کنند؛ بنابراین، فردی که مشکل دارد، به‌طورِ مدام در حال تجدید تجربه‌های منفی زندگی است و این تجارب منفی را براساسِ قالب‌ها و الگوهای منفی[1]که در ذهن ناخودآگاه خود دارد، مطابقت می‌دهد؛ بنابراین، زمانی که محرک‌های جدیدی به ذهن هوشیار آنان می‌رسند، پیش از رسیدن به آگاهیْ قالب‌ها و الگوهای منفیْ ذهنشان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند و باعث می‌شوند تا آنها تجربیات منفی را از بین این محرک‌ها گزینش کنند؛ پس قالب‌های منفی ذهنْ ادراک آنها را به‌طورِ پیوسته و ناآگاهانه دچار تغییر می‌کنند که نتیجهٔ آن نشخوارهای منفی ذهن در این افراد و ایجاد اضطراب و افسردگی است. برای مثال با ورود زن مطلقه به یک مراسم و مشاهدهٔ رفتاری خاص (در اینجا خندهٔ زن همسایه)، با الگو و قالب‌های ذهنی منفی (هر خنده‌ای = تأییدنکردنِ دیگران) هم‌سو می‌شود و باعث شکل‌گیری حالات هیجانی همچون خشم، اضطراب و ناامیدی می‌شود و فرد شروع به خودگویی‌های منفی می‌کند؛ بنابراین، در شناخت‌درمانی به افراد کمک می‌شود تا شناخت‌های ناکارآمد را به چالش بکشند و افکار و عقاید مثبت و موفقیت‌آمیز را جایگزین آنها کنند؛ اما درمان مبتنی‌بر مدل APET رویکرد متنوع‌تر و خلّاقی برای تغییر الگوها و قالب‌های غیرمفید[2] با استفاده از استعاره و داستان و تکنیک‌های مختلف (تصاویر هدایت‌شده و یا تجسم‌کردن برای تغییر برداشت‌ها و مفاهیم الگوها) فراهم ساخته است (ورنون، ۲۰۰۳؛ اکای، ۲۰۱۰). به زبان ساده‌تر، نقطهٔ P مهم‌ترین مرحله است که درمان‌گران HGT بر روی آن متمرکز می‌شوند؛ بنابراین، در پژوهش حاضرْ قالب‌ها و الگوهای منفی زنان مطلقه دربارهٔ مسائل و مشکلات طلاق که باعث بروز هیجان‌هایی منفی و متعاقباً افکار ناکارآمد مرتبط با آن می‌شوند، شناسایی شدند و با استفاده از استعاره، داستان‌ها و تکنیک‌های مختلف سعی شد قالب‌ها و الگوهای مثبت جایگزین آنها شود (در این مثال هر خنده‌ای= تأییدشدن ازسوی دیگران نیست؛ بلکه الگو و قالب منفی ذهن است). این قالب‌ها و الگوهای مثبت، هیجان‌های مثبت به همراه دارند که باعث می‌شوند تفکرات غیرمنطقی نیز در زنان مطلقه تغییر کنند.

[1] Template

[2] Template

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر تأثیر مثبت درمان ودیعه‌های انسانی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان مطلقه است. در این راستا آدامز[1] (۲۰۱۷) نیز در دانشکدهٔ علوم اعصاب، روان‌شناسی و رفتارْ پژوهشی گسترده با عنوان «کاربرد درمان ودیعه‌های انسانی برای مراجعان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه» انجام داد. نتایج نشان داد درمان ودیعه‌های انسانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به کاهش نشانه‌ها و بهبود رضایت از زندگی کمک کرده است و همچنین، تساروچا و همکاران[2] (۲۰۱۲) در پژوهشی با عنوان «ارزیابی اثربخشی رویکرد ودیعه‌های انسانی در درمان افسردگی: یک مطالعهٔ شبه‌تجربی در مراقبت‌های اولیه» به این نتایج دست یافتند که افراد مبتلا به دیابت، از شدت افسردگی آنان کاسته شده است و همچنین بهبودی آنان تا یک سال پس از ارجاع نیز ادامه یافت. نتایج این پژوهش‌ها، یافتهٔ پژوهش حاضر را تأیید می‌کنند. برای تبیین این یافتهٔ پژوهش می‌توان بیان کرد که باتوجه‌به اینکه نتایج پژوهش‌های محتلف نشان داده‌اند که افسردگی، اضطراب و تفکرات اسکیزوفرنی در زنان مطلقه بیشتر از زنان غیرمطلقه است (غلامی و بشولیده، ۱۳۹۰؛ شازیا[3] ۲۰۰۱؛ لورنز[4] و همکاران، ۲۰۰۶)، براساسِ نظریهٔ HGT این ایدهٔ کاربردی استفاده شد که ارضانشدن نیازهای عاطفی زنان مطلقه باعث بروز اختلالات عاطفی همچون افسردگی و اضطراب می‌شود. برای مثال زمانی که نیازهای عاطفی ازقبیل نیاز به استقلال، دریافت توجه و ارائهٔ توجه به دیگران، پیوند با جامعه بزرگ‌تر و... برطرف نشوند، زنان مطلقه درگیر علائم افسرگی یا اضطراب می‌شوند؛ بنابراین، سعی شد تا به زنان مطلقه که درگیر بیماری افسردگی و اضطراب بودند، کمک شود تا با شناسایی منابع وجودی خود سعی کنند نیازهای عاطفی خود را ارضا کنند. زمانی که این زنان توانستند با به‌کارگیری منابع وجودی خود همچون همدلی، خودمشاهده‌گری و ذهن آگاه و... نیازهای عاطفی خود را ارضا کنند، به‌تدریج علائم افسردگی و افکار غیرمنطقی در آنان کاهش پیدا کرد و توانستند به زندگی عادی در جامعه برگردند؛ بنابراین، باتوجه‌به هم‌سوبودن نتایج پژوهش‌های گذشته و تبیین ارائه‌شده، می‌توان چنین نتیجه گرفت که اثربخشی درمان جدید HGT تأیید می‌شود. درپایان، باید اشاره کرد که باتوجه‌به بدیع‌بودن درمان HGT نیازمند این است که در پژوهش‌های آینده بیشتر به این مقوله پرداخته شود؛ چرا که پژوهش‌های کمتری در این زمینه وجود دارد؛ پس توصیه می‌شود در پژوهش‌های آینده رویکرد ودیعه‌های انسانی با درمان‌های دیگر نیز مقایسه شود تا هم اثربخشی و هم توان این روش درمانی در مقایسه با دیگر رویکردهای درمانی مشخص شود. ازجمله محدودیت‌هایی که پژوهشِ حاضر با آن روبه‌رو است، مسئلهٔ تعمیم نتایج پژوهش حاضر به جوامع مشابه باتوجه‌به نمونه‌گیری دردَسترس است که باید بااِحتیاط انجام گیرد. نکتهٔ دیگر کمبود منابع فارسی دربارهٔ رویکرد جدید ودیعه‌های انسانی است. باتوجه‌به نتایج مثبت اثربخشی رویکرد ودیعه‌های انسانی، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران دیگرْ پژوهش حاضر را با دیگر رویکردها همانند طرحواره‌درمانی و شناخت‌درمانی بک بررسی و مقایسه کنند. همچنین، پیشنهاد می‌شود تأثیر این رویکرد نوین بر متغیرهای جدید نیز بررسی شود.

---

1. Adams
2. Tsaroucha et al
3. Shazia
4. Lorenz, Wickrama, Conger & Elder

منابع

خدابخش پیرکلانی، ر. و رحیم جمارونی، ه. (۱۳۹۲)، اثربخشی درمان ترکیبی شناختی‌ـرفتاری و کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در درمان یک مورد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، *روان‌شناسی بالینی*، ۱۳(۴)، ۱۲۱-۱۴۷.

رحیمی، چ. (۱۳۹۳)، کاربرد پرسشنامهٔ افسردگی بک‌ـ۲ در دانشجویان ایرانی، *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۲(۱۰)، ۱۷۳-۱۸۸.

زاده‌حسن، ج، سراج خرمی، ن. (۱۳۹۸)، همبستگی بین هوش هیجانی، تکانش‌گری و باورهای غیرمنطقی با آمادگی به اعتیاد در دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطهٔ دوم، *آموزش و سلامت جامعه*، ۶(۴)، ۲۲۲-۲۱۵ .

ساعتچی، م.؛ کامکاری، ک. و عسکریان، م. (۱۳۸۹)، *آزمون‌های روان‌شناختی*، تهران: ویرایش.

شارف، ریچارد اس. (۱۳۸۷)، *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*، ترجمهٔ مهرداد فیروزبخت، تهران: مؤسسهٔ خدمات فرهنگی رسا.

صدری دمیرچی، ا؛ مجرد، آ. و پیرقلی کیوی، م. (۱۳۹۸)، مقایسهٔ منبع کنترل، باورهای غیرمنطقی و جهت‌گیری مذهبی در زنان متقاضی طلاق و عادی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۵، *پژوهش در دین و سلامت*، ۵(۴)، ۷۳-۸۷.

غلامی، ع. و بشلیده، ک. (۱۳۹۰)، اثربخشی معنویت‌درمانی بر سالمت روانی زنان مطلقه، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۳): ۳۳۱-۳۴۸.

فولادی، ا.؛ شاه‌نعمتی گاوگانی، ن. (۱۳۹۴)، بررسی علل طلاق در استان آذربایجان شرقی (تبریز)، *جامعه‌پژوهی فرهنگی*، ۶(۲)، ۱۰۷-۹۱.

فتی، ل.؛ بیرشک، ب.؛ عاطف وحید، م. و دایسون کیت، ا. (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری/ طرحواره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسهٔ دو چهارچوب مفهومی، *اندیشهٔ رفتار*، ۱۱(۳)، ۴۲۶-۳۱۲

مهاجر تبریزی، م. (۱۳۹۵)، مقایسهٔ سبک‌های اسنادی، باورهای غیرمنطقی و تحمل پریشانی زنان مطلقه و زنان متأهل مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره، *دانش انتظامی گلستان*، ۷(۲۸)، ۱۶۳-۱۷۳.

یعقوبی، ح. (۱۳۸۷)، غربال‌گری اختلالات روانی: جایگاه آزمون‌ها و نحوهٔ تعیین برش و اعتباریابی، *سلامت روان*، ۱(۱)، ۳۹-۵۱.

Amato, P. R. (2010), Research on Divorce: Continuing Trends and New Developments, *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 650-666.

Amato, P. R. & James, S. (2010), Divorce in Europe and the United States: Commonalities and differences across nations, Family Science, 1(1): 2-13.

Amato, P. R. (2000), The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 1269–87.

Afifi, T. O., Cox, B. J. & Enns, M. W. (2006), Mental health profiles among married, never-married, and separated/divorced mothers in a nationally representative sample, *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 41(2), 122–9.

Abdul, K. N. & Bifulco, A. (2011), Vulnerability life events and depression amongst Moslem Malaysian Women: Comparing those married and those divorced orseparated, *Soci.Psychiatric Epidemiology*, 46(9), 853-862.

Adams, S. (2017), *Human Givens Rewind Treatment for PTSD and Sub-threshold Trauma*, Thesis submitted for the degree of Doctor of Psychology (PsyD), at the University of Leicester.

Andrews, W. P., Wislocki, A. P., Short, F., Chow, D. & Minami., T. (2013), A Five-Year Evaluation of the Human Givens therapy using a practice research network, *Mental Health Review*, 8(3), 165-176.

The National Longitudinal Mortality Study. *Ann Epidemiol*, 10, 224–38.

Jong-Meyer, R. B., Beck, K. & Riede. (2009), Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs, *Personality Individual Differences*, 46(4), 547-551.

Kashdan, T. B. & Rottenberg, J. (2010), Psychological flexibility as a fundamental aspect of health, *Clin Psych Rev*, 30(7), 865-78.

Kitson, G. C. & Morgan, L. A. (1990), The multiple consequences of divorce: A decade review, *Journal of Marriage and Family*, 52(4): 913-24.

Levinson, D. F. (2006), The genetics of depression: A review. *Biological Psychiatry*, 60(2), 84-92.

Lorenz, F. O., Wickrama, K., Conger, R. D. & Elder, G. H. (2006), The short-term and decade-long effects of divorce on women's midlife health, *Journal of Health and Social Behavior*, 47(2),111-125.

Millar, P. M. (2006), Anxiety in children of divorce, *The Whitman Journal of Psychology*, 10(1), 36-39.

McLaughlin, W. & Lothian, S. (2010), An in-depth phenomenological study of the effect that knowledge of Human Givens has within executive coaching, *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring Special Issue*, 4(1), 83-94.

Nelson, R. E. (1977), Irrational beliefs in depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 45(6), 1190-1.

Okhai., F. (2010), Human givens psychotherapy, *The Arab Journal of Psychiatry*, 21(1), 9-28.

Pirmoradi, M. R., sadeghipoya, F., Tabatabaee rad, M., Veisy, F., Gheitarani, B., Davoodi, R. & Ghahari, Sh. (2016), Comparison of Anxiety, depression and Emotional Self-Regulation in normal and Women, *International Journal of Tropical Medicine*, 11(5), 159-164.

Panahifar, S., Yousefi, N. & Amani, A. (2014), The effectiveness of schema-based couple therapy on early maladaptive schemata adjustment and the increase of divorce applications adaptability, *Journal of business & management review*, 3(9), 339-345.

Breslau, J., Miller, E., Jin, R., Sampson, N. A., Alonso, J., Andrade, L. H. & et al. (2011), A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce, *Acta Psychiatr Scand*, 124(6), 474–86.

Dryden. W. (2009), Rational- Emotive Behavior Therapy Distinctive Features, *Routledge press*.

Ellis, A., Sichel J. L., Yeager, R. J., DiMattia, D. J. & DiGiuseppe, R. (1989), Rational-emotive couples therapy, *Pergamon Press*.

Ellis, A. (2001), Overcoming destructive beliefs, feeling, and behavior. Amherst, NY: *Prometheus Book*, 532-533.

Fincham, F. D. (2003), Marital conflict: Correlates, structure, and context, *Current Directions in Psychological Science*, 12(1):23-7.

Griffin, J. & Tyrrell, I. (2003), A new approach to emotional health and clear thinking Chalvington, East Sussex: *Human Givens Publishing.*

Griffin, J. & Tyrrell, I. (2004), Human Givens: A new approach to emotional health and clear thinking. Chalvington, East Sussex: *Human Givens Publishing.*

Griffin, J. & Tyrrell, I. (2006), How to Master Anxiety: All You Need to Know to Overcome Stress, Panic Attacks, Trauma, Phobias, Obsessions and More, Chalvington, East Sussex: *Human Givens Publishing.*

Griffin, J. & Tyrrell, I. (2008), An Idea in Practice: Using the Human Givens Approach, Chalvington. East Sussex: *Human Givens Publishing*.

Heene, E. A., Buysse and Oost, P. (2003), A categorical and dimensional perspective on depression within a nonclinical sample of couples, *Family Process*, 42(1), 133-149.

Hmiadi, N. K., Bashildeh, M., Eydibaygi, H. & Dehghanizadeh, Z. (2012), The effectiveness of religion orientation of CBT psychotherapy on depressions widow, *Counseling Family Psychotherapy*, 52(1), 54-64.

Idstad, M., AskTorvik, F., Borren, I., Rognmo, K., Roysam, E. & Tambs, K. (2015), Mental distress predicts divorce over 16 years: the HUNT study. *Public Health* ,15(320), 1-10.

Johnson NJ, Backlund E, Sorlie PD, Loveless CA. (2000).Marital status and mortality:

Vernon, A. (2003), Rational- Emotive Behavior Therapy, In Capuzzi, D. & Gross, D. *Counseling and psychology therapy*, Columbus, ehio Uppersaddle Riever New Jersy.

Vollestad, J., Sivertsen, B. & Nelsen, G. H. (2011), Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial, *Journal of Behavior Research and Therapy*, 49(4), 281-288.

Wells, K. B., Stewart, A., Hays, R. D., Burnam, M. A., Rogers, W., Daniels, M. & et al. (2009), The functioning and well-being of depressed patients- Results from the medicaloutcomes study, *The Journal of the American Medical Association*, 262(7), 914-919.

Young, J. E., Rygh, J. L., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2008), *Cognitive therapy for depression*, In Barlow, D. H, editor. Clinical hand book of psychological disorders. New York: Guilford Press, 250-306.

Yates, Y., & Atkinson, c. (2011). Using Human Givens therapy to support the well-being of adolescents: Pastoral Care in Education, An *International Journal of Personal, Social and Emotional Development*, 29(1): 35-50.

Zurawski, R. M. & Smith, T. W. (1987), Assessing irrational beliefs and emotional distress: Evidence and implications of limited discriminant validity, *Journal of Counseling Psychology*, 34(2), 224-7.

Sotoudeh, H. (2018), *Social Psychology*, 19th Edition, Tehran: Avaye Noor.

Shiralinia, K., Cheldavi, R. & Amanelahi, A. (2018), The effectiveness of compassion-focused psychotherapy on depression and anxiety of divorced women, *Journal of Clinical Psychology*, 10(1), 9-20.

Storksen I., Roysamb, E., Moum, T. & Tambs, K. (2005), Adolescents with a childhood experience of parental divorce: a longitudinal study of mental health and adjustment, *Journal of Adolescence*, 28(6), 725–39.

Stutzer, A. & Frey B. S. (2006), Does marriage make people happy, or do happy people get married? *The Journal of Socio-Economics*, 35(2), 326–347.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002), Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse, New York: *Guilford press*, 78-122.

Shazia, N. (2001), *Psychological reaction to divorce of divorced women*, (PhD thesis), University of Karachi, Karachi.

Turner, H. A. (2006), Stress Social resources and depression among never-married and divorced rural mothers, *Rural Social*, 71(3), 479-504.

Tsaroucha, A., Kingston, P., Stewart, T., Walton, L. & Corp N. (2012), Assessing the effectiveness of the ‘‘human givens’’ approach in treating depression: a quasi experimental study in primary care, *Journal of Mental Health Review*, 17(2), 90-103.