

بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کنترل عواطف بیماران مبتلا به سرطان

امیر جعفری*: کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کنترل عواطف بیماران مبتلا به سرطان بود. طرح پژوهش حاضر شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان آنکولوژی رضا شهر مشهد در نیمه اول سال ۱۴۰۲ بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از بیماران که به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و ۱۵ نفر کنترل قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه کنترل عواطف ویلیامز و همکاران (۱۹۹۷) بود و داده های پژوهش با استفاده از تجزیه و تحلیل کواریانس، تجزیه و تحلیل شدند. در این پژوهش گروه آزمایش در ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای تحت طرحواره درمانی شرکت نمودند و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرده اند. نتایج نشان داد بین میانگین های تعدیل شده نمرات کنترل عواطف شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می شود ($p > 0.05$). بنابراین می توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی در شرکت کنندگان گروه آزمایش بر کنترل عواطف بیماران مبتلا به سرطان تاثیر داشته است.

واژگان کلیدی: طرحواره درمانی، کنترل عواطف، بیماران مبتلا به سرطان

مقدمه

امروزه سرطان، یکی از مهم ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان محسوب می شود و اگر شیوع آن به همین نحو افزایش یابد، بنا به تخمین سازمان ملل از هر 5 نفر 1 نفر حتماً به یکی از اشکال سرطان مبتلا می گردد. آمار مبتلایان به سرطان در ایران نیز از همین قاعده پیروی می کند. سرطان بعد از بیماری های قلبی عروقی دومین علت مرگ و میر در آمریکا و سومین علت مرگ در ایران است. انواع سرطان ها طیفی گسترده از بیماری هایی هستند که هر یک از آنها سبب شناسی، برنامه رمانی و پیش آگهی ویژه خود را دارند. بیشتر افرادی که به سرطان مبتلا می شوند، یک دوره ی فشار روانی را تجربه می کنند. در برخی از بیماران، این فشار روانی خود به خود از بین می رود و به مشکلات روانی دیرپا منجر نمی شود و می توان آن را به عنوان یک واکنش سازگاری طبیعی در نظر گرفت، اما برخی از بیماران مشکلات روانی شدیدتری را تجربه می کنند که باعث کاهش کیفیت زندگی و عملکرد روزانه ی آنها می شود. این مشکلات روانی که به لحاظ بالینی شدید هستند (گراوندی، گرام، مظلومی، مظلومی، ۱۳۹۳). جسم و روان انسان همواره بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند و وضعیت یکی از آن ها می تواند تعیین کننده وضعیت دیگری باشد. بیماری های جسمی از نظر شیمیایی و فیزیولوژیکی می توانند موجب پدید آمدن اختلالات روانی شوند. در بسیاری از مواقع، بیماری جسمی می تواند تغییرات شیمیایی و هورمونی در بدن ایجاد نماید و در فرد مبتلا به بیماری جسمی، اختلال روانی ایجاد کند. سرطان ها توانائی و قدرت جسمانی و روانی فرد را دچار اختلال می کنند و بدین طریق برای بیمار وضعیت ناامیدکننده ای را به وجود می آورند که منجر به کاهش کنترل عواطف در فرد می شود (پدرام، محمدی، نظیری و ایین پرست، ۱۳۸۹).

عواطف، بخش مهم و اساسی زندگی هر انسان را تشکیل می دهند، به گونه ای که تصویر زندگی بدون آن پنداری دشوار است. ویژگی ها و تغییر عواطف، چگونگی ارتباط عاطفی و مدیریت آن و درک و تفسیر عواطف، نقش مهم در سلامت روان افراد دارد (بید خوری، ۱۳۹۴). عواطف اهمیت زیادی دارند؛ نه فقط به واسطه ایجاد احساسات خوشایند یا ناخوشایند، بلکه همین احساسات هستند که چگونگی رفتار ما را مشخص می کنند. عواطف بر خلاف رفتار، در معرض کنترل سایرین نیستند؛ نه ما قادر به کنترل عواطف دیگران هستیم و نه دیگران می توانند عواطف ما را کنترل کنند و به بیانی دیگر، احساسات ما فقط متعلق به ماست. البته دیگران هم می توانند حداکثر کوشش خود را برای تأثیر روی احساسات ما انجام دهند اما فقط و فقط ما می توانیم انتخاب کنیم که این تأثیرات اعمال شود یا نه! در یک طبقه بندی کلی، احساسات را می توان به ۲ گروه تقسیم کرد: احساساتی که به ما کمک می کنند، عملکرد مؤثرتری داشته باشیم (بگیان کوله مرز، درتاج و محمد امینی ۱۳۹۱). داشتن سطح مناسبی از اضطراب است که عملکرد را ارتقاء می بخشد و در نتیجه، بهتر از زمانی که به صورت معمول و عادی به مسائل نظر داریم، اقدام می کنیم. و احساساتی که موجب می شوند عملکرد مؤثر ما پایین تر از سطح توانمندی های ما باشد، احساساتی مانند خشم، دلواپسی و احساس گناه هستند که غالباً مانع عملکرد مؤثر می شوند. در ضمن مادامی که این حالات در ما وجود دارد، احساس ناخوشایندی خواهیم داشت. واضح است احساساتی که موجب ارتقای عملکرد می شوند، مطلوب و لذت بخش هستند، در مقابل احساساتی که باعث افت عملکرد می شوند، هم ناخواسته و هم ناخوشایند هستند (کریم پور، ۱۳۹۱). وقتی یک طحوااره فعال می شود و فرد در کنترل عواطف دچار مشکل می شود، و در حالتی قرار می گیرد که به آنها ذهنیت میگویند. حالات ذهنی هستند از مجموع طحوااره ها و سبک های مقابله ای فرد که به صورت «نوع بودن» او در موقعیت های مختلف خاص یا متداول دیده می شود. برای نمونه، ذهنیت کودک آسیب پذیر می تواند حالت ذهنی و روانشناختی باشد که شامل طحوااره های طرد، نقص، سوء استفاده / بد رفتاری و یک سبک مقابله ای تسلیم به این طحوااره ها باشد که عواطف فرد را در بزرگسالی درگیر می کند. به طور کلی فرآیند درمان عواطف در طحوااره درمانی شامل دو مرحله سنجش و آموزش و تغییر است.

مرحله سنجش و آموزش شامل شش گام می باشد: ۱- ارزیابی اولیه: درمانگر کار خود را با ارزیابی اولیه شروع می کند و مشکل فعلی بیمار و اهداف درمانی او را می سنجد. ۲- ارزیابی تناسب بیمار برای طرحواره درمانی: درمانگر تناسب بیمار را جهت استفاده از طرحواره درمانی ارزیابی می کند. بیماران نامتناسب برای طرحواره درمانی بیماران درگیر بحران شدید که به نظر نمی رسد مشکل آنها به طرحواره - هایشان ربطی داشته باشد، داشتن مشکلات موقعیتی (مثل زلزله که فرد تحت استرس شدید ناگهانی است)، بیماران مبتلا به روان پویشی، مشکلات محور (I) و نهایتاً بیمارانی که تحت تأثیر مواد مخدر یا مصرف دارو و الکل باشند. ۳- تمرکز بر تاریخچه زندگی: درمانگر تاریخچه ی زندگی بیمار را بررسی می کند و الگوهای ناکارآمدی زندگی بیمار را که منجر به عدم ارضای نیازهای هیجانی اساسی او شده اند، جست و جو می کند. بعد درمانگر مدل طرحواره ای را برای بیمار توضیح می دهد و خاطر نشان می سازد که آنها با کمک یکدیگر برای شناسایی طرحواره ها و سبک های مقابله ای بیمار کار خواهند کرد. ۴- اجرای پرسشنامه: بیمار پرسشنامه را به عنوان تکلیف خانگی تکمیل می کند و در جلسه ی بعد در مورد نتایج آن با درمانگر به بحث و تبادل نظر می پردازد. ۵- استفاده از تصویر سازی ذهنی: درمانگر برای دستیابی به طرحواره ها و برانگیختن آنها و برقراری ارتباط بین طرحواره ها، ریشه های تحولی دوران کودکی و مشکلات فعلی بیمار، از تکنیک های تجربی، مخصوصاً تصویر سازی ذهنی استفاده می کند. ۶- سنجش خلق و خو: سرانجام درمانگر عواطف و خلق و خوی هیجانی بیمار را به عنوان بخشی از فرآیند سنجش مورد ارزیابی قرار می دهد (یانگ و همکاران، ۲۰۱۴). مرحله ی دوم تغییر می باشد در مرحله تغییر، درمانگر از مداخلات شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه درمانی (بین - فردی استفاده می کند که در هر طرحواره شکل خاصی دارد) (سهرابی، ۱۳۹۴). رویکرد طرحواره درمانی مبتنی بر ارزش های اخلاقی و انسانی است. این درمان به جای آن که اختلالات روان شناختی را پدیده ای غیر عادی بنگرد، آنها را طبیعی جلوه می دهد. این رویکرد با بیماران بسیار دوستانه برخورد می کند و باهدف کنترل عواطف بیماران مزمن بخصوص سرطان می توان درجهت اهداف عالی درمانی و آموزشی از این درمان سود جست بنابراین این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کنترل عواطف بیماران مبتلا به سرطان انجام و درجهت پاسخگویی به این سوال که آیا این درمان برکنترل عواطف بیماران سرطانی تأثیر دارد یاخیر پرداخته شد.

ابزار و روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی^۱ و با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان آنکولوژی رضا شهر مشهد در نیمه اول سال ۱۴۰۲ بودند. نمونه پژوهش براساس فرمول کوکران شامل ۴۸ نفر از بیماران که پس از اجرای پیش آزمون ۳۰ نفر از بیمارانی که معیارهای ورود به تحقیق را داشتند به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و ۱۵ نفر کنترل قرار گرفتند.

پرسشنامه کنترل عواطف ویلیامز و همکاران (۱۹۹۷): این پرسشنامه دارای ۴۲ پرسش می باشد. خرده مقیاس های این پرسشنامه شامل خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت است. این پرسشنامه در یک طیف لیکرت هفت درجه ای از به شدت مخالف تا به شدت موافق تنظیم گردیده و نمره گذاری می گردد. اعتبار درونی و بازآزمایی آزمون به ترتیب برای نمره کل مقیاس ۰/۹۴ و ۰/۷۸، برای خرده مقیاس خشم ۰/۷۲ و ۰/۷۷، برای خرده مقیاس خلق افسرده ۰/۹۱ و ۰/۷۶، برای خرده مقیاس اضطراب ۰/۸۹ و ۰/۷۷ و برای خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۴ و ۰/۶۶ دست آمده است. در این پژوهش نیز برای مقیاس کنترل عواطف ۰/۹۲، خرده مقیاس خشم ۰/۸۱، خلق افسرده ۰/۷۹ و اضطراب ۰/۸۵ بدست آمد. با محاسبه آلفای کرونباخ در پژوهش طهماسیان، خزایی، عارفی، سعیدی پور و حسینی (۱۳۹۳) ۰/۸۴ به دست آمده و همبستگی آزمون در بین

^۱ Semi.pilot

خرده مقیاس های آن و بین سوال های پرسشنامه نیز در سطح اطمینان ۰/۰۱ معنادار بوده است؛ همچنین در پژوهش کاظم آبادی فراهانی و کرمی (۱۳۹۸) ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ بدست آمد. پس از پروسه ی اخذ مجوز های لازم برای ورود و اجرای پژوهش در بیمارستان امام رضا(ع) شهر مشهد، ابتدا لیست بیمارانی سرطانی تهیه شد و نمونه پژوهش براساس فرمول کوکران شامل ۴۸ نفر از بیماران که پس از اجرای پیش آزمون ۳۰ نفر از بیمارانی که معیارهای ورود به تحقیق را داشتند به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و ۱۵ نفر کنترل قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت طرحواره درمانی شرکت نمودند و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند و فقط پیش آزمون از آنها بعمل آمد. در پایان جلسات آموزشی پس از گذشت یک ماه پرسشنامه های پژوهش در هر دو گروه (پس آزمون) مجدداً اجرا گردید. در ادامه پروتکل درمانی مدنظر روانشناس پژوهش ارایه شده است.

پروتکل طرحواره درمانی

جلسه اول: توضیح مدل طرحواره به زبان ساده برای بیمار و چگونگی شکل گیری طرحواره ها و سبک های مقابله ای، سنجش مشکلات بیمار و جستجوی الگوهای ناکارآمد و تکمیل پرسشنامه چند وجهی زندگی.

جلسه دوم: فرضیه سازی در خصوص طرحواره ها و شناسایی و نام گذاری آنها، تشخیص سبک های مقابله ای و خلق و خوی بیمار، تصویر سازی ذهنی در مرحله سنجش.

جلسه سوم: مفهوم سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره، جمع آوری اطلاعات بدست آمده در مرحله سنجش، بررسی شواهد عینی و تاکید کننده و طرد کننده طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی بیمار.

جلسه چهارم: اسناد دادن شواهد تاکید کننده طرحواره ها به تجارب دوران کودکی و شیوه های فرزند پروری ناکارآمد، گفتگو بین طرحواره ها و جنبه سالم، یادگیری پاسخ های سالم توسط بیمار.

جلسه پنجم: تهیه و تدوین کارت های آموزشی طرحواره هنگام مواجه با موقعیت برانگیزاننده طرحواره، نوشتن فرم ثبت طرحواره در زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرحواره ها.

جلسه ششم: ارائه منطق استفاده از تکنیک های تجربی و اجرای گفتگوی خیالی، تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار، شناسایی نیازهای هیجانی ارضاء نشده و جنگ علیه طرحواره ها.

جلسه هفتم: ایجاد فرصتی برای بیمار جهت شناسایی احساسات خود نسبت به والدین و نیازهای برآورده نشده او توسط آنها، کمک به بیمار برای بیرون ریختن عواطف منع شده، فراهم نمودن زمینه حمایت برای بیمار.

جلسه هشتم: پیدا کردن راه های جدید برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک های مقابله ای، تهیه فهرست جامعی از رفتارهای مشکل ساز، تعیین اولویت های تغییر و مشخص نمودن آماج درمانی، تصویر سازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفاء نقش، انجام تکالیف مرتبط با الگوهای جدید رفتار، بازنگری مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم، غلبه بر موانع تغییر رفتار، جمع بندی.

یافته ها

جدول (۲): آزمون ام باکس همگن بودن ماتریس کوواریانس های نمرات کنترل عواطف

| Box's M | F | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معناداری |
|---------|-------|--------------|--------------|--------------|
| ۹.۲۵۳ | ۰.۶۹۵ | ۱۲ | ۹.۱۷۳۳۳۳۳ | ۰.۷۵۸ |

با توجه به نتایج جدول ۲، نتایج آزمون ام. باکس جهت بررسی برابری ماتریس های کوواریانس مشاهده شده نمرات متغیر کنترل عواطف در بین دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل نشان می دهد سطح معناداری بدست آمده برای $F=0.695$ بزرگتر از ۵٪ است، پس پیش فرض برابری ماتریس های کوواریانس مشاهده شده تایید می گردد.

جدول (۳): نتایج آماری اثر پیلایی، هاتلینگ، لامبدای ویلکز و ریشه ری در مورد کنترل عواطف

| آزمون | ارزش | مقدار F | سطح معناداری | اندازه اثر |
|------------------|-------|---------|--------------|------------|
| لامبدا ویلکز | ۰.۶۶ | ۰.۰۲۹ | ۰/۹۷۱ | ۰/۰۰۱ |
| اثر پیلایی | ۰.۰۰۱ | ۰.۰۲۹ | ۰/۹۷۱ | ۰/۰۰۱ |
| اثر هاتلینگ | ۰.۰۰۱ | ۰.۰۲۹ | ۰/۹۷۱ | ۰/۰۰۱ |
| بزرگترین ریشه ری | ۰.۰۰۱ | ۰.۰۲۹ | ۰/۹۷۱ | ۰/۰۰۱ |

بر اساس آماره های جدول ۳، اثر آزمون های پیلایی، لامبدای ویلکز، هالینگز و ریشه بزرگ روی در سطح $p < 1\%$ معنی دار است بنابراین از نظر آماری تفاوت معنی داری بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر کنترل عواطف وجود دارد، بنابراین فرضیه پژوهش مورد تایید قرار گرفت.

جدول (۴): آزمون لوین همگنی واریانس

| متغیر | ضریب F | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معنی داری |
|-------------|--------|--------------|--------------|---------------|
| کنترل عواطف | ۰.۲۱۸ | ۲ | ۴۵ | ۰.۲۶۳ |

بر اساس اطلاعات جدول ۴ مقدار سطح معنی داری متغیر وابسته بالاتر از ۵٪ می باشد، بنابراین می توان گفت که واریانس ها با یکدیگر برابر هستند و از مفروضه یکسانی ماتریس واریانس-کوواریانس تخطی نشده است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کنترل عواطف بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. تبیین هانشان می دهد پس از حذف اثر پیش آزمون از میانگین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر کنترل عواطف، با ضریب اطمینان ۹۹ درصد تفاوت معناداری از نظر آماری بین میانگین های دو گروه در این متغیرها وجود دارد، نتایج نیز نشان دهنده اثربخشی متغیر مستقل است، و به این معناست که طرحواره درمانی بر کنترل عواطف بیماران مبتلا به سرطان تاثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش های عبادی و همکاران (۱۳۹۳)؛ قربانعلی پور و همکاران (۱۳۹۴)؛ واتسون و همکاران (۲۰۱۰)؛ مرصعی و آقاجانی (۱۳۹۳)؛ راستن و همکاران (۲۰۱۳)؛ رئیسی و فرخی (۱۳۹۲)؛ عمرانی و همکاران (۱۳۹۱)؛ لویز و کر^۲ (۲۰۰۹)؛ حمید و همکاران (۱۳۹۱)؛ پدرام و همکاران (۱۳۸۹)؛ بیجاری و همکاران (۱۳۸۸) و هنکینز^۳ (۲۰۰۴)؛ مطابقت و هم خوانی دارد.

مهارت کنترل عواطف بر جنبه های مختلف زندگی فرد، تعاملات بین فردی، بهداشت روانی، و سلامت فیزیکی و جسمی تاثیر دارد. در واقع مدیریت و کنترل عواطف موجب می شود افراد، واقع بین، نیک اندیش و درست کردار شوند و فردی مفید و کارآمد در پیشرفت جامعه به شمار آیند. یک بخش مهم از کنترل عواطف، کنترل رفتار و شناخت و الگوهای ناسازگار می باشد. رویکرد طرحواره درمانی تکنیک ها و روش های تغییر این الگوهای سازمان یافته مورد توجه قرار می گیرند (شهینی، ۱۳۹۰). در تبیین این یافته می توان گفت طبیعت مزمن بیماری سرطان و شرایط جسمی بیماران سرطانی به راحتی می تواند دید آنها را نسبت به درک خود، مدیریت زندگی و قابلیت درک از دنیا تحت تاثیر قرار دهد. بسیاری از مبتلایان آینده ای را برای خود متصور نیستند و نگاه مثبتی به آینده و دنیای پیرامون خود ندارند (پدرام و همکاران، ۱۳۸۹). می توان انتظار داشت که بکارگیری این تکنیک ها برای بیماران سرطانی توانسته است از میزان و شدت طرحواره و الگوهای ناسازگار و نگاه و تفسیر و پیش بینی منفی در مورد آینده بکاهد و در نتیجه مدیریت عواطف را افزایش و عواطف منفی کنترل شود (شهینی، ۱۳۹۰). این یافته با نتایج پژوهش های خالیدیان و جلیلیان (۱۳۹۳)، ابراهیمی توانی (۱۳۹۶)، سرلاکیوس و همکاران (۲۰۱۳)، کاظمی و صادقی (۱۳۹۴)، بیکر و همکاران (۲۰۱۲)، پیلو و همکاران (۲۰۱۰) و عابدینی و همکاران (۱۳۹۰) همسو است. طرحواره درمانی به بررسی نقش نگرش و باورهای گذشته بر بیماری کنونی افراد می پردازد و بر الگوهای خود ویرانگر فکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می شود، تمرکز دارد. در این رویکرد تمرکز بر آگاهی و بینش افزایش یافته و درک نقش طرحواره ها در حفظ موقعیت های مساله آفرین و همچنین تعدیل نحوه فعال سازی و عمل طرحواره ها است. با توجه به محدود بودن پژوهش به بیماران سرطانی، در تعمیم نتایج به بیماران و جوامع دیگر باید احتیاط شود. در پایان پیشنهاد میشود، اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب آوری، باورهای غیر منطقی، رضایت زندگی و .. در بیماران مبتلا به سرطان صورت گیرد و متغیرهای کنترل در پژوهش افزایش یابند. به این معنی که متغیرهای بیشتری کنترل شوند تا تاثیر آموزش مستقل از سایر متغیرها باشد

تقدیر و تشکر

از کلیه بیماران شرکت کننده در پژوهش قدردانی میشود.

² Lopez & Kerr

³ Henkins

منابع

- باقری زنجانی اصل منفرد، لیلا؛ انتصار فومنی، غلامحسین. (۱۳۹۵). اثر امید درمانی گروهی بر تاب آوری و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان شهر زنجان. نشریه مدیریت ارتقای سلامت، ۵(۴)، ۶۳-۷۲.
- بید خوری، جواد. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت های مقابله ای بر افزایش تاب آوری و کنترل عواطف زندانیان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد.
- پدرام، م.؛ محمدی، م.؛ نظیری، ق. و آیین پرست، ن. (۱۳۸۹). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر درمان اختلال اضطراب و افسردگی و ایجاد امیدواری بیماران مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه، سال اول، شماره چهارم.
- ترخان، مرتضی (۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی شیوه های درمانگری شناختی، رفتاری - شناختی و روان تحلیلی کوتاه مدت بر کاهش پرخاشگری دانشجویان و بررسی اثر این کاهش بر سازگاری اجتماعی آنها. پیک نور، ۸(۱)، ۲۸-۲۲.
- جکوبز، ادوارد ای؛ ماسن، رابرت ال و هارویل، ریلی ال (۲۰۱۲). مشاوره گروهی، ترجمه خدابخش احمدی و سیده فاطمه حسینی (۱۳۹۰). تهران، انتشارات سمت.
- حاتمی، محمد حسن (۱۳۹۱). تأثیر آموزش کنترل خشم با رویکرد شناختی - رفتاری بر کاهش خشم و سازگاری دانش آموزان پسر شبانه روزی امام رضا(ع) شهر ملک آباد. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- حاجی زاده، مجتبی. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر آموزش روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت از زندگی و امیدواری دانشجویان پزشکی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر.
- حسام، پریناز (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی، ناامیدی و نگرش های ناکارآمد سالمندان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد ساری.
- حسینی، سیده مونس. (۱۳۹۱). رابطه امید به زندگی و سرسختی روانشناختی در دانشجویان (دختر و پسر). پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران.
- رابینز، آنتونی و کازیتس، نورمن (۱۳۸۶). مدیریت احساسات، ترجمه ی: مجید پزشکی پور، تهران: نسل نو اندیش، چاپ هفتم.
- رایلی، پاتریک ام و شاپ شایر، میشل اس (۲۰۰۶). مدیریت خشم. ترجمه امیر پور، لیلا و علوی، خدیجه (۱۳۹۱). تهران. انتشارات سایه سخن.
- رحمتی، مجید (۱۳۹۰). شکوفاسازی و بهره گیری از عواطف در جهت خودکارآمدی دانش آموزان معلول، مقاله ارائه شده در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، رشته روانشناسی.
- رستمی، وجیه (۱۳۹۰). بررسی مولفه های شناختی و عاطفی موثر بر عملکرد تحصیلی دانش آموزان طرح شاهد و ایثارگر استان هرمزگان، تحقیق چاپ نشده، پژوهشکده، تعلیم و تربیت آموزش و پرورش استان هرمزگان.
- رختیانی، ش. (۱۳۹۵). بررسی عوامل کاهش پرداخت از جیب بیمه شدگان مبتلا به بیماری های صعب العلاج. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور.

رضانی، علی محمد (۱۳۹۱). بررسی علل افت تحصیلی دانش آموزان مقطع متوسطه شهرستان فسا، جزوه ارائه شده در دانشگاه آزاد اسلامی واحد فسا.

سلیمی، علی و داوری، محمد (۱۳۸۰). جامعه شناسی کجروی، قم: پژوهشکده حوزه و دانشگاه.

سماوی، سید عبدالوهاب (۱۳۹۱). آزمایش و مقایسه مدل رابطه علی پیوند با مدرسه، چشم انداز آینده، باورهای خودکارآمدی تحصیلی با عملکرد تحصیلی با میانجی گری و سلامت روانی دانش آموزان پسر و دختر دبیرستانی شهر بندرعباس. پایان نامه دکتری. دانشگاه شهید چمران اهواز.

شریفی درآمدی، پرویز و آقاییار، سعید (۱۳۸۶). هوش هیجانی و بهبود رابطه با خود و دیگران، چاپ دوم، اصفهان: سپاهان.

شکيبایی، فرشته و تهرانی دوست، مهدی (۱۳۸۳). گروه درمانی مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری در نوجوانان موسسه‌ای. نشریه تازه های علوم شناختی، ۶ (۱، ۲)، ۶۶ - ۵۹.

شهیدی، ندا؛ اسمعیل زاده، هادی؛ محمدی میلانی، رسول و لوکس، کارو (۱۳۸۴). پیاده سازی آزمایشگاهی سیستم کنترل هوشمند مبتنی بر یادگیری عاطفی مغز، نشریه دانشکده فنی، جلد ۳۹، شماره ۴، صص: ۴۸۹-۴۹۹.

شهینی، راضیه (۱۳۹۰). تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری کنترل درد بر کاهش عواطف منفی و شدت درد بیماران مبتلا به درد مزمن، مجله دست آوردهای روان شناختی، دانشگاه شهید چمران اهواز پاییز و زمستان، دوره ی چهارم، سال ۱۸-۳.

شیخ نژاد، غلامرضا (۱۳۸۹). سرطان چیست. تهران: نشر دریافت.

طاهری، محمد (۱۳۹۱). رابطه ی سبک دلبستگی و امیدواری در مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی آموزش پذیر. مجله اصول بهداشت روانی. سال ۱۴.

فتحی آشتیانی، علی (۱۳۹۱). ویژگی های رشد عاطفی نوجوان، نقل از پایگاه اطلاع رسانی تبیان زنجان.

فری، مایکل (۲۰۰۸). راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی. ترجمه جان بزرگی، مسعود (۱۳۸۶). انتشارات آرین، تهران.

قدیری، محمدحسین (۱۳۸۴). مدیریت خشم، نشریه معرفت، شماره ۱۴، صص: ۹۳-۱۰۶.

کاظم آبادی فراهانی، زهرا؛ کرمی، ابوالفضل (۱۳۹۸). تاثیر درمان گروهی بر مبنای تئوری انتخاب بر کنترل عواطف و امید به زندگی بیماران مبتلا به MS شهر تهران. فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۲۰ (۴)، ۳۷-۴۵.

کریم پور، علی (۱۳۹۱). پرورش حس عواطف نوجوانان و کنترل و جهت دهی آن، جزوه آموزشی اداره آموزش و پرورش شهرستان داراب.

کوری، جرال و کوری، ماریان اشنایدر (۲۰۰۸). گروه درمانی. ترجمه سیف اله بهاری (۱۳۸۵). نشر روان. تهران. چاپ اول.

گراوندی، سمیه؛ گرام، کاظم؛ مظلومی، اکرم (۱۳۹۳). اثربخشی رویکرد گروه درمانی شناختی بر کاهش میزان افسردگی و افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه روانشناسی سلامت، ۳ (۴)، ۷-۲۱.

مختاری، سمانه. (۱۳۸۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر رضایت زناشویی افراد متاهل مبتلا به اختلال وسواس، پایان نامه ی کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.

نادری، فرح؛ عسکری، مارال؛ احتشام زاده، پروین؛ عسگری، پرویز؛ حیدری، علیرضا. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله ترکیبی طرحواره درمانی و درمان دلبستگی با مادران دارای طرحواره. نشریه پرستاری کودکان، ۳(۲): ۴۲-۴۹.

Beck, S., (2010). Cognitive Behavior Therapy, Second Edition: Basics and Beyond. THE GUILFORD PRESS, New York London

Burchard, G., Yarhouse, M. A., Worthington, E. L., Barry, J. W., Cantor, D., & Kilian, M. K. (2003). A study of two marital enrichment programs and couples' quality of life. *Journal of Psychology and Theology*, 31(3), 240-252.

Del Vecchio T, O'Leary KD. Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2004; 24,15-34.

Gross, J. (۲۰۰۹). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review, *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.

Hazhir F, Ahadi H, Pourshahbaz A, Rezaei M. The application of cognitive behavioral therapy on Leventhals' model for improving quality of life in multiple-sclerosis patients. *Journal of Kermanshah University of Medical Science* 2012; 16(2):100-108. (Persian).

Olsen, K. Cicchetti, D. (1990). The developmental psychopathology of child maltreatment, Inm, Lewis – s. m. Miller (Eds), *Hand book of developmental psychopathology* (pp.261-280). New York: plenum.

Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. New York: Oxford University Press.

Qamari Kiwi H, Sheikh Eslami A, Adel Z. Cognitive - behavioral on anger and psychological well-being in aggressive female. *Journal of Research Consulting*. 2015; 14(55): 56-72. (Persian).

Robertson T, Daffern M, Bucks RS. Emotion regulation and aggression. *Aggression Violent Behav* 2012; 17(1): 72-82.

Snyder, C. R (2009). *Hopelessness and health*. In N. Anderson (Ed.), *Encyclopedia of health and behavior*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (2012). *The handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.

Snyder, C. R. (1999). Hope, goal blocking thoughts, and test-related anxieties. *Psychological Reports*, 84, 206-208.

Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13, 249-275.

Snyder, C. R., Cheavens, J., & Simpson, S. C. (1997). Hope: An individual motive for social commerce. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 1, 107-118.

Snyder, C. R., Feldman, D., Shorey, H., & Rand, K. (2002). Hopeful choices: A school counselor's guide to hope theory. *Professional School Counseling*, 5, 298-307.

Snyder, C. R., Lopez, S. J., & Shorey, H. S. (2003). Hope theory, measurements, and applications to school psychology. *School Psychology Quarterly*, 18, 122-139.

Snyder, C. R. (2002), Hope therapy: Rainbows in the Mind, *Psychological Inquiry*; 13, 249- 275.

Wasteson. E.; Brenne, E.; Higginson, I.J.; Hotopf, M.; Lloyd-Williams, M.; Kaasa, S.; & et al (2009). "Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review", *Palliat Med*, 23 (8):739-53.

Zamani N, Rahmati A, Fazilat-Pour M. The Effect of Cognitive – Behavioral Stress Management Training on Anxiety, Depression and Cognitive Disorder of Individuals with Multiple Sclerosis. *Journal of Clinical Psychology*. 2014; 5(4): 43-54. (Persian).