



تیموری، سعید؛ غفاریان، گلناز؛ یزدان پناه، فرشته (۱۳۹۷). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر رضایت زناشویی در تعارض زوجینی.

DOI: 10.22067/ijap.v8i2.66503

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۲)، ۱۱۵-۱۰۱.

## اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر رضایت زناشویی در تعارض زوجینی

سعید تیموری<sup>۱</sup>، گلناز غفاریان<sup>۲</sup>، فرشته یزدان پناه<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۹ تاریخ پذیرش: ۹۷/۶/۸

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر رضایت زناشویی در تعارض زوجینی انجام شد.

**روش:** طرح پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه شامل ۲۴ نفر (۱۲ زوج) از زوجین متعارض مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۹ شهر مشهد بود که ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه گواه گمارش شدند. اعضای گروه آزمایش تعداد ۸ جلسه رفتاردرمانی دیالکتیک را دریافت کردند، اما برای اعضای گروه گواه مداخله خاصی ارائه نشد. قبل و بعد از اجرای مداخله، پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ توسط گروه نمونه تکمیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که در پس‌آزمون، رضایتمندی زناشویی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به آزمودنی‌های گروه گواه، افزایش معناداری داشته است. یافته‌های پژوهش مؤید این مهم است که رفتاردرمانی دیالکتیک باعث بهبود رضایت زناشویی در تعارض زوجین می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** رفتاردرمانی دیالکتیکی، رضایت زناشویی، تعارض زوجین.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

۱. دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران، (نویسنده مسئول)،

Steimory28@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

## مقدمه

یکی از عوامل بسیار مهم در رابطه زوجین، رضایت زناشویی است. رضایت زناشویی به معنای سازش بین انتظارات فرد از زندگی زناشویی و آنچه که به طور واقعی در زندگی‌اش تجربه می‌نماید، می‌باشد. طبق تعریف فوق، رضایت زناشویی در واقع نگرش مثبت و لذت‌بخشی است که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی دارند (Giziber, 2005 Quoted by Yavari kermani, 2008). رضایتمندی زناشویی یک مفهوم پویا است زیرا ماهیت و کیفیت روابط میان افراد در خلال زمان تغییر می‌یابد که این مطلب امکان‌شناسایی عوامل تأثیرگذار بر رضایت از یک رابطه را فراهم می‌نماید. هر چند ممکن است که این قبیل روابط پیچیده بوده و حاوی تعاملات میان متغیرهای بسیار باشند (Quoted by Roshani, 2011 Larson & Holman, 2001). رضایتمندی زناشویی را نمی‌توان صرفاً بر اساس فشارهای روانی بیرونی تبیین کرد؛ تفاوت ازدواج‌های شاد و ناشاد را حداقل تا حدودی می‌بایست در پرتو شیوه‌ای تبیین کرد که طرفین به فشار روانی پاسخ می‌دهند و یا با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند (Moradi, 2000). ویژگی‌های شخصیتی و نحوه تعاملات بین فردی نقش مهمی در رضایت زناشویی دارد (Ahadi, 2007). ارتباط میان فردی مناسب سبب ابراز عشق، دوستی و صمیمیت زوجین به یکدیگر و ارضای نیازها و خواسته‌های آنها می‌گردد. در صورتی که فقدان روابط صمیمی سبب بروز روان‌آزردگی، خشونت، پرخاشگری، منازعات فراوان، انتقادهای مکرر، اجتناب از حل مشکل و عدم همراهی عاطفی می‌گردد (Bowlton, 1996). یکی از منابع تعارض زناشویی پرخاشگری کلامی و فیزیکی زوجین با یکدیگر است، این تعارضات ایجاد شده می‌تواند زمینه ساز بروز برخی آسیب‌های روانی مانند افسردگی، اختلال‌های خوردن، سوء مصرف مواد، کاهش سلامتی و همچنین ایجاد برخی بیماری‌ها مانند سرطان، بیماری‌های قلبی و دردهای مزمن گردد (Fincham, 2003). عمده آزمایش‌های سنجش رضایت پس از ازدواج در سراسر دنیا نشان می‌دهند پس از عبور زندگی مشترک از مرز هیجان‌ات اولیه و ورود به عرصه متلاطم زندگی روزمره، نوعی افت رضایتمندی از کیفیت عاطفی، اجتماعی یا جسمانی زناشویی مشاهده می‌شود (Bowling & Hill, 2005). چنین افتی بخصوص با حضور فرزندان و مشکلاتشان و افزایش تعهدات و چالش‌های زندگی جدی‌تر نیز می‌گردد. (Stance, 2008 Quoted by GHolamiyan & Ahmadi, 2004). شواهد فراوانی گویای آن است که زوج‌ها در جامعه امروزی برای برقراری ارتباط صمیمی و درک احساسات از جانب همسرانشان با مشکلات فراوانی درگیرند. در حقیقت این معضل سبب پریشانی در روابط زناشویی شده است (Usefi & Sohrabi, 2011).

تلاش های متعددی در زمینه مداخلات درمانی به منظور بهبود رضایت زناشویی زوجینی که درگیر تعارضات زناشویی هستند، انجام شده است. در حال حاضر دیدگاه های نظری متعددی با رویکردهای متفاوت به دنبال تبیین و حل تعارض های زناشویی و بهبود رابطه عاطفی زوجین هستند. رویکردهایی از قبیل زوج درمانی مبتنی بر روان تحلیل گری، درمان نظام های گسترده خانواده بوئن، زوج درمانی تجربی، زوج درمانی رفتاری شناختی، زوج درمانی راهبردی، زوج درمانی یکپارچه نگر، زوج درمانی هیجان محور و ... به ارائه مبانی و روش هایی جهت جلوگیری از بروز طلاق و تحکیم پیوند زناشویی پرداخته اند و هریک موفقیت های چشم گیری در این زمینه کسب کرده اند (Roshani, 2011). یکی از رویکردهای درمانی که در زمینه افزایش رضایت زناشویی توجه پژوهشگران زیادی را معطوف به خود ساخته است، رفتار درمانی دیالکتیک<sup>۱</sup> می باشد.

رفتاردرمانی دیالکتیک که مداخله رفتاری بلند مدتی است، ابتدا برای کاهش رفتار خودکشی در بزرگسالان به کار رفته است و تنها درمان روانشناختی مورد استفاده برای افراد خودکشی کننده و زنان تشخیص داده شده با اختلال شخصیت مرزی<sup>۲</sup> است (Linhan & et ; Dimeff, Koerner & Linhan, 2001; al, 2002; Soler & et al, 2004).

رفتار درمانی دیالکتیک بر ساختار تأکید دارد. این درمان، علائم آسیب شناسانه را به شکل حل مسئله ناسازگارانه مورد ملاحظه قرار می دهد. این روش، درمان شناختی - رفتاری<sup>۳</sup> را خوب مورد تحقیق قرار داده و تکنیک هایی از آن را برای حل مشکلات زندگی مراجعان به روش های سازگار یافته تر، استفاده می کند (Miller, Rathus & Linhan, 2007).

همچنین رفتار درمانی دیالکتیک عناصر مشترکی با روان پویشی، درمان مراجع محور، گشتالت، درمان مبتنی بر قصد تناقضی و درمان راهبردی دارد و رویکردهای استراتژیک درمانی از علوم رفتاری، ذهن آگاهی و فلسفه دیالکتیک که تعریف ویژگی های آن است را شامل می شود (Dimeff & et al, 2001). رفتار درمانی دیالکتیک مداخلات مربوط به درمان های شناختی رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر است، را با آموزه ها و فنون فلسفه شرقی ذهن درآمیخته است و بر این اساس<sup>۴</sup> مؤلفه مداخله ای را مطرح می کند:

(۱) «هشیاری فراگیر بنیادین<sup>۴</sup>» که یک مؤلفه مبتنی بر راهبرد پذیرش می باشد.

- 
1. Dialectical Behavior Therapy
  2. Borderline personality disorder
  3. Cognitive Behavior Therapy
  4. Core mindfulness

۲) «تحمل پریشانی<sup>۱</sup>» که یک مؤلفه مبتنی بر راهبرد پذیرش می‌باشد.

۳) «تنظیم هیجانی» که یک مؤلفه مبتنی بر راهبرد تغییر می‌باشد.

۴) «کارآمدی بین فرد<sup>۲</sup>» که یک مؤلفه مبتنی بر راهبرد تغییر می‌باشد.

تحقیقات مختلفی اثربخشی تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیک را بر کاهش تعارضات درون فردی مانند بی‌نظمی‌های هیجانی، آشفتگی‌های شناختی، احساس پوچی مزمن، کنترل تکانشگری و مدیریت خشم کاهش‌ناشان‌های افسردگی، افکار خودکشی، اضطراب، احساس درماندگی و رفتارهای خود آسیب‌رسان نشان داده‌اند (Robins, 1993; Linhan, Heard & Armstrong, 1993; Bohus & Linhan, 2002; et al, 2002; et al, 2004; & Chapman, 2004). از سوی دیگر پاره‌ای از مطالعات، رفتار درمانی دیالکتیک را در کاهش تعارضات بین فردی نیز به کار برده‌اند و در تحقیقات خود اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک را بر کاهش مشکلات پرخاشگری و ناسازگاری خانواده‌های مجرمین و بهبود تعاملات نوجوانان و خانواده‌ها نشان دادند (Fruzzetti & Levensky, 2000; Woodbury & Popenoe, 2008).

تحقیقات دیگر نشان داده‌اند که رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش مشکلات رفتاری خانواده‌ها و پرخاشگری تاثیر زیادی دارد (Wilks & et al, 2016; Frazier & vela, 2014). همچنین در تحقیقی که ادغام رفتار درمانی دیالکتیک و درمان شناختی-رفتاری برای زوجین انجام شد، نشان داد که ادغام این دو درمان سبب افزایش مهارت حل مسئله و مدیریت عواطف و ارتباطات زوجین شده است (kitby & baucom, 2007). با در نظر گرفتن مطالب فوق به نظر می‌رسد که فنون رفتار درمانی دیالکتیکی با تاثیری که بر کاهش تعارضات درون فردی و بین فردی ایجاد می‌کند، می‌تواند موجب افزایش رضایت زناشویی زوجین گردد. لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر رضایتمندی زناشویی در تعارض زوجینی می‌باشد.

## روش

این پژوهش که از حیث هدف در حیطه پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد به روش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل طراحی و اجرا شد. در سطح توصیفی تجزیه و تحلیل داده‌ها از آماره‌های میانگین و انحراف معیار، و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

1. Distress Tolerance  
2. Interpersona Effectiveness

### جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش را کلیه زوجین متعارض مراجعه کننده به کلینیک های مشاوره روانشناختی منطقه ۹ شهر مشهد در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۳ تشکیل می دهند. در اکثر پروژه های تحقیقی محدودیت های مالی، وقت و نیروی انسانی، اندازه نمونه ای را که لازم است مورد مطالعه قرار گیرد محدود می سازند، حجم نمونه در مطالعات آزمایشی در حدود ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است (Delavar, 2015). با توجه به موارد بالا و معیار های ورود به تحقیق پژوهشگر نمونه ای به حجم ۲۴ نفر (۱۲ زوج) با روش نمونه گیری هدفمند (به دلیل وجود محدودیت های مختلف امکان استفاده از نمونه گیری تصادفی وجود نداشت) با جایگزین تصادفی، از بین افراد جامعه آماری انتخاب کرد.

معیارهای شمول این تحقیق عبارت اند از: وجود تعارض زناشویی با توجه به نتایج پرسشنامه رضایتمندی زناشویی، دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم، گذشتن حداقل ۵ سال از زمان ازدواج، عدم اعتیاد هر یک از زوجین، عدم ابتلا به بیماری روانی شدید و عدم مصرف داروهای روان پزشکی در حال حاضر. سپس از افراد به صورت شفاهی و کتبی فرم رضایت شرکت در پژوهش گرفته شد و نمونه انتخابی به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه قرار گرفتند، بدین ترتیب که در هر گروه تعداد ۱۲ نفر (۶ زوج) حضور داشتند.

**شرکت کنندگان:** از میان اعضای گروه آزمایش، ۲۵ درصد تحصیلات دیپلم، ۳۳/۳ درصد فوق دیپلم و ۴۱/۷ درصد لیسانس داشتند. از میان اعضای گروه گواه، ۵۰ درصد تحصیلات دیپلم، ۲۵ درصد فوق دیپلم و ۲۵ درصد لیسانس داشتند. از میان اعضای گروه آزمایش، ۵۸/۳ درصد دارای شغل آزاد، ۲۵ درصد کارمند و ۱۶/۷ درصد خانه دار بودند. از میان اعضای گروه گواه، ۴۱/۷ درصد دارای شغل آزاد، ۳۳/۳ درصد کارمند و ۲۵ درصد خانه دار بودند. میانگین سنی آزمودنی های گروه آزمایش ۳۱/۰۸ سال و میانگین سنی آزمودنی های گروه گواه ۳۲/۵۸ سال بود.

### ابزار تحقیق:

در این پژوهش برای دستیابی به اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه زیر استفاده شد:  
**مقیاس رضایت زناشویی انریچ:** برای بررسی میزان رضایت زناشویی، پرسشنامه انریچ انتخاب شده است. این پرسشنامه توسط فاورز و السون (Fowers & Olson, 1989) تهیه شده و هدف آن سنجش نقاط قوت و ضعف در روابط زناشویی است.

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ که از جامعیت خاص برخوردار است، بارها در جوامع و فرهنگ‌های گوناگون مورد استفاده و ارزیابی قرار گرفته است. فرم اصلی این پرسشنامه از ۱۱۵ سؤال بسته و ۱۲ خرده‌مقیاس تشکیل شده است که به جز مقیاس اول آن که ۵ سؤال دارد، بقیه مقیاسها شامل ۱۰ سؤال است. پاسخ به سؤالات به صورت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافق - موافق - نه موافق و نه مخالف - مخالف - کاملاً مخالف) است.

السون (Olson, 1983) از این پرسشنامه برای بررسی رضایت زناشویی استفاده نموده و معتقد است که هر یک از موضوع‌های این پرسشنامه در ارتباط با یکی از زمینه‌های مهم است (Quoted by Solymanian, 1997). ارزیابی این زمینه‌ها در درون یک رابطه زناشویی می‌تواند مشکلات بالقوه زوج‌ها را بیان کند، یا می‌تواند زمینه‌های نیرومندی و تقویت آنها را مشخص کند.

فرم اصلی با توجه به زیاد بودن سؤال‌های پرسشنامه موجب خستگی بیش از اندازه آزمودنی‌ها می‌شد، بنابراین سلیمانیان (Solymanian, 1997) در پژوهشی تحت عنوان "بررسی تفکرات غیر منطقی در نارضایتی زناشویی" فرم کوتاهی از این پرسشنامه تهیه کرد که دارای ۴۷ سؤال است. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه این پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه انریچ از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است، به طوری که ضریب آلفای کرونباخ توسط فاورز و همکاران (Fowers & et al, 1989)، ۰/۹۲ در پژوهش مهدویان (Mahdanian, 1997)، ۰/۹۴ و در پژوهش سلیمانیان (Solymanian, 1994)، ۰/۹۳ در پژوهش عبادت‌پور (Ebadatpor, 2000)، ۰/۹۵ گزارش شده است.

### خلاصه جلسات درمانی

جلسات درمانی توسط یک نفر از پژوهشگران با نظارت و همکاری پژوهشگران دیگر در کلینیک سروش برگزار شد. گروه آزمایش براساس پروتکل درمانی و با توجه به زمان محدود طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی، رفتار درمانی دیالکتیک را براساس گام‌های درمانی زیر دریافت کردند.

#### جدول ۱. خلاصه جلسات، چهارچوب و ساختار کلی جلسات

عنوان و روند جلسات	جلسات درمان
آشنایی اعضا با یکدیگر، ایجاد کردن احساس راحتی اعضا با هم در رابطه با ابراز کردن احساسات، توضیح درباره نحوه کار گروه، رازداری، حضور مرتب جلسات، تعداد جلسات، مدت زمان جلسات، تشویق اعضا به بیان کردن مشکلات زندگی زناشویی	جلسه اول
آموزش تکنیک درک هیجان در روابط، اجزاء آن و تاثیراتش که شامل هیجان چطور عمل	جلسه دوم

می کند، آسیب پذیری در برابر تجربه های هیجانی منفی، واکنشی بودن، زمان رسیدن به تعادل	
آموزش تکنیک پذیرش خود و همسر که شامل آگاهی از ارتباط، خود آگاهی و توجه آگاهانه نسبت به خود، خود هیجانی، خود منطقی و وجود خشم در روابط	جلسه سوم
آموزش تکنیک چگونگی توقف اوضاع وخیم که شامل تعهد برای کارآمد شدن، پیشگیری از اعمال تکانشی و مدیریت تمایلات زیانبار می شود	جلسه چهارم
آموزش تکنیک در کنار هم بودن از لحاظ عاطفی که شامل شرطی شدن و شرطی سازی مجدد، شرطی سازی با جعبه و آلبوم	جلسه پنجم
آموزش تکنیک فعال سازی مجدد روابط که شامل راههای مختلف با هم بودن، موقعیت های دارای تعارض، موقعیت های لذت بخش می شود	جلسه ششم
آموزش تکنیک ابراز روشن احساسات که شامل شناسایی خواسته ها و احساسات مبهم، استفاده از ارتباطات غیر مستقیم، کم انگاری خواسته ها، بیش انگاری خواسته ها می شود	جلسه هفتم
آموزش تکنیک مدیریت مسائل و راه حل های گفتگو کردن که شامل مدیریت مساله در مقابل حل مساله، تعیین مسئله، تجزیه و تحلیل مسئله می شود.	جلسه هشتم

### یافته ها

در این قسمت اطلاعات مربوط به فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد نتایج حاصل از اجرای پرسشنامه رضایت زناشویی بر روی زوجین عضو گروه گواه و آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون ارائه می گردد. جدول ۲ شاخص های توصیفی داده های حاصل از اجرای پرسشنامه رضایت زناشویی را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه نشان می دهد.

جدول ۲. شاخص های توصیفی مربوط به داده های حاصل از اجرای پیش آزمون و پس آزمون رضایت زناشویی

گروه	متغیر	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
-	-	-				
آزمایش	رضایت زناشویی	۱۲	۱۲۶/۱۱	۱۴/۰۷	۱۹۱	۱۰
گواه	رضایت زناشویی	۱۲	۱۲۷/۷۵	۱۳/۱۸	۱۲۳/۵۰	۱۳/۵۰

همان طور که مشاهده می شود میانگین نمرات رضایتمندی زناشویی اعضای گروه آزمایش، در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش چشم گیری داشته است. این تغییر در گروه گواه مشاهده

نمی‌شود. جهت سنجش اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش رضایتمندی زناشویی آزمودنی‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده می‌گردد.

در تحلیل کوواریانس، تفاوت گروه‌ها در یک متغیر با کنترل یک یا چند متغیر دیگر که ممکن است بر نتایج اثر بگذارد، اندازه‌گیری می‌شود. لذا برای مقایسه میانگین نمرات رضایتمندی زناشویی آزمودنی‌های دو گروه در پس آزمون از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد، به این صورت که اثرات پیش‌آزمون به عنوان هم‌متغیر کنترل گردید. برای اطمینان از نرمال بودن توزیع داده‌ها آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مورد استفاده قرار گرفت. نتایج نشان داد که داده‌های بدست آمده از اجرای پرسشنامه رضایتمندی زناشویی دارای توزیع نرمال هستند (آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در متغیر رضایتمندی زناشویی معنادار نمی‌باشد). مفروضه همگنی واریانس‌های متغیر رضایتمندی زناشویی با استفاده از آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این آزمون نشان داد که آزمون لون در متغیر رضایتمندی زناشویی معنی‌دار نمی‌باشد ( $F_{(1,22)}=1/396, P=0/247$ ) که نشان دهنده این است که واریانس‌ها همگن هستند. بنابراین آزمون تحلیل کوواریانس قابل اجراست. نتایج این آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. مقایسه پس آزمون رضایتمندی زناشویی در دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

منابع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	F	P-value	ضریب اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۱	۱۶۰۵/۹۴۷	۱۸/۶۵۶	۰/۰۰۰	۰/۴۷۰	۰/۹۸۴
گروه	۱	۱۷۶۶/۴۵۷	۲۰۵/۲۶۳	۰/۰۰۰	۰/۹۰۷	۱/۰۰۰
خطا	۲۱	۸۶/۰۸۲				
کل	۲۴					

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون رضایتمندی زناشویی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی، نمرات رضایتمندی زناشویی زوجینی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به آن‌هایی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، افزایش معناداری داشته است ( $F_{(1,21)}=205/263, P<0/0005$ ). برای پاسخ به این سوال که رفتاردرمانی دیالکتیک بر ابعاد مختلف رضایت زناشویی چگونه است؟ از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون استفاده شد، از آنجا که یکی از پیش‌فرض‌های استفاده از این تحلیل، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها است، از آزمون باکس برای بررسی



این همسانی استفاده شد که نتایج نشان می دهد که کواریانس در دو گروه ( $F=1/07, P>0/05$ ) برابر هستند؛ همچنین یکی از پیش فرض های استفاده از تحلیل مانکوا همسانی واریانس نمرات می باشد. برای بررسی همسانی واریانس نمرات از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان داد که شرط همگنی واریانس نمرات در همه خرده مقیاس ها ( $F=0/12, P>0/05, 0/85, 0/14, 0/10, 0/32, 0/27, 0/31, 0/83$ ) برقرار است. نتایج آزمون تحلیل مانکوا در جدول ۴ و ۵ ارائه شده است.

#### جدول ۴. نتایج آزمون های معنی داری تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	نام آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	سطح معناداری
گروه ها	اثر پیلایی	۱/۰۲	۱۲	۱۰۶	۶/۴۰	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۹۵	۱۲	۱۰۴	۴/۴۶	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۲/۹۹	۱۲	۱۰۲	۸/۴۸	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه ری	۲/۵۳	۶	۵۳	۱۴/۶۹	۰/۰۰۱

یافته های موجود در جدول ۴ نتایج آزمون معناداری تحلیل کواریانس چند متغیری را روی نمرات رضایت زناشویی گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد. در نتیجه رفتار درمانی دیالکتیک بر رضایت زناشویی در تعارض زوجین تاثیر معنادار داشته است.

#### جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) جهت مقایسه گروه های آزمایشی و کنترل در ابعاد رضایت زناشویی

خرده مقیاس	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات بین گروه ها	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
مسائل شخصیتی	۱۶۸/۸۰	۸۶/۵۰	۳۳/۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸	۱/۰۰۰
حل تعارض	۱۴۵/۰۷	۷۵/۵۰	۲۹/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳	۱/۰۰۰
ارتباط زناشویی	۱۰۶/۲۵	۵۴/۱۵	۲۹/۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱	۱/۰۰۰
رابطه جنسی	۱۰۷/۸۰	۵۳/۳۶	۲۷/۴۹	۰/۱۲	۰/۱۰	۰/۹۹۹
خانواده و دوستان	۳۶/۹۷	۱۷/۹۰	۱۰/۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰	۱/۰۰۰
فرزندان و فرزند پروری	۱۵/۱۱	۷/۰۵	۶/۰۱	۰/۰۷	۰/۱۱	۰/۹۹۹
فعالیت های اوقات فراغت	۵۷/۸۵	۲۷/۴۸	۱۵/۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۹۹
مدیریت مالی	۲۱/۰۴	۱۰/۹۶	۴/۸۹	۰/۰۸	۰/۱۵	۰/۹۹۹
جهت گیری مذهبی	۷۰/۱۲	۳۳/۹۶	۱۵/۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۱۷	۰/۹۹۹

یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که سطح معناداری همه خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی به جز خرده‌مقیاس مدیریت مالی، فرزندان و فرزند پروری و رابطه جنسی معنادار می‌باشند. بیشترین ضریب تأثیر یا مجذور اتا مربوط به خرده‌مقیاس‌های فعالیت‌های اوقات فراغت (۰/۳۶)، حل تعارض (۰/۳۳) و ارتباط زناشویی (۰/۳۱) است که بیشترین میزان اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر تعارض زوجین شرکت‌کننده در این پژوهش می‌باشد.

## بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر رضایت زناشویی در تعارض زوجینی انجام شد. نتایج حاکی از این بود که رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی باعث افزایش رضایتمندی زناشویی در تعارض زوجین می‌شود. این یافته با نتایج تحقیقات فرازتی و همکاران (Fruzzetti & et al, 2000) و وودبری و همکاران (Woodbury & et al, 2008) علوی، مدرس غروی، امین یزدی و صالحی فدردی (Alavi, Modares gharavi, Amin yazdi & Salehi fedradi, 2011)، لارنس و برادباری (Lawrence & Bradbury, 2000)، دایمف و همکاران (Dimeff & et al, 2001)، آنتونی (Anthony, 2007) و کربی و همکاران (Kirby & et al, 2007) به ترتیب تأثیرات معنادار رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهبود سازگاری بین فردی، کاهش مشکلات پرخاشگری و ناسازگاری زوجین، مدیریت عواطف و هیجان‌های زوجین، و بهبود تعاملات والد-نوجوان اشاره کرده‌اند، همخوانی دارد.

از سوی دیگر از آنجا که رفتاردرمانی دیالکتیک با کاهش تعارضات درون فردی، بهبود روابط بین فردی را میسر می‌سازد نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج تحقیقات مختلفی که اثربخشی تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیکی را بر کاهش تعارضات درون فردی مانند بی‌نظمی‌های هیجانی، آشفتگی‌های شناختی، احساس پوچی مزمن، کنترل تکانشگری و مدیریت خشم، کاهش نشانه‌های افسردگی، افکار خودکشی، اضطراب، احساس درماندگی و رفتارهای خود آسیب‌رسان همسو باشد (Linhan & et al, 1993 2004; Robins & et al, 2002).

در تبیین این یافته‌های پژوهش باید به مکانیسم عمل رفتاردرمانی دیالکتیکی و چگونگی اثرگذاری آن بر مقابله با مسائل و مشکلات ارتباطی زوجین اشاره کرد. رفتاردرمانی دیالکتیکی به عنوان طرحی اساسی برای درمان مشکلات شناختی، رفتاری و هیجانی مفهوم‌سازی شده است که هدف اصلی خود را بهبود خودتنظیمی در روابط اجتماعی قرار می‌دهد. باورها و هیجانات خاص بعضی از افراد درگیر در مسائل ارتباطی به تداخل راهبردهای رفتاری و شناختی با خود تنظیمی منجر می‌شود. تحقیقات مختلف نشان داده

است که بعضی افکار نظیر باورها در مورد معنای خاصی از افکار و باور در مورد اثر بخشی حافظه و کنترل شناختی در به وجود آمدن و تداوم اشکال غیر انطباقی مقابله با مسائل ذهنی و ارتباطی مشارکت دارند. لذا هدف رفتار درمانی دیالکتیکی این است که دیدگاه فرد در مورد مفید بودن شیوه‌های مقابله و مواجهه با مسائل ذهنی و ارتباطی را تغییر دهد (Linhan & et al, 2002). رضایت مندی زناشویی در گرو چگونگی مقابله با فشارهای روانی که زوجین در مسیر زندگی با آن‌ها روبرو می‌شوند، است. عامل مهم در مقابله با فشارهای روانی، مسائل ذهنی و باورهای افراد است، تعدیل و اصلاح باورها درباره کیفیت برخورد با هیجانات ارتباطی و نیاز به کنترل افکار از طریق کاهش تلاش برای کنترل آن‌ها و فاجعه زدایی و کم رنگ کردن اهمیت شان برای رهایی از نشانگان رنج آور مرتبط با فشارهای روانی و همچنین مشکلات زناشویی، تاثیر زیادی در رضایت زناشویی دارد. رفتار درمانی دیالکتیکی با ارائه راهبردهای مقابله مبتنی بر هشیاری فراگیر و تحمل پریشانی و همچنین راهبردهایی از قبیل ارزیابی مجدد، تفکر درباره نکات مثبت موضوع و اجازه عبور به فکر، نظارت بهتری را بر موقعیت برای فرد به ارمغان می‌آورد (Linhan & et al, 2002). متعاقبا این نظارت بهتر بر موقعیت، استرس زناشویی او را کاهش داده و رضایتمندی زناشویی او را افزایش می‌دهد. در جلسات رفتار درمانی دیالکتیک برای زوجین چگونگی شکل‌گیری و مکانیسم عمل روش‌های مواجهه غلط با هیجانات ارتباطی، موانع تنظیم هیجانی آن‌ها را در هنگام برخورد با مشکلات زناشویی، فرایند اثرگذاری این موانع بر کیفیت رابطه با همسر و پیامدهای آن‌ها را بر حالات هیجانی فرد برای زوجین بازگویی شد. در نتیجه تجربه محقق همسو با نتایج دیگر تحقیقات به او نشان داد که تنها در صورتی افراد از چسبیدن به روش‌های تنظیم هیجانی ناکارآمد خود دست می‌کشند که از پیامدهای منفی این راهبردها بر کیفیت ارتباطات خود با همسر و دیگران آگاهی می‌یابند.

از سوی دیگر، رویکرد رفتار درمانی دیالکتیک، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی- رفتاری را که مبتنی بر اصل «تغییر» می‌باشند، با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی که مبتنی بر اصل «پذیرش» می‌باشند در آمیخته است. همان‌طور اشاره شد از مهم‌ترین مولفه‌های تغییر در رفتار درمانی دیالکتیک، هشیاری فراگیر است. هشیاری فراگیر که زیربنای آن بر اساس پذیرش افکار ناخوشایند و حالات هیجانی مختلف شکل گرفته است، توانمندی فرد در کنترل تاثیرپذیری از افکار و هیجانانش را به طور چشم‌گیری بالا می‌برد و به فرد اجازه می‌دهد طیف وسیعی از افکار و هیجانانش را بدون تجربه آشفتگی هیجانی، در ذهن تجربه کند (Bohus & et al, 2004).

هشیاری فراگیر با قابلیت بالایی که در کاهش اضطراب و استرس و افزایش تمرکز برای کسانی که این روش را به کار می‌برند، دارد و سبب می‌شود فرد در مواجهه با افکار خودآیندی که در صورت داشتن بار هیجانی، تنظیم هیجانی را مختل می‌کنند، ثبات هیجانی‌اش را حفظ کند و به فکر مزاحم بیش از حد توجه نکند، بلکه نظاره‌گر عبور این فکر از ذهنش باشد. این توانایی باعث می‌شود افکار خودآیند و هیجانات منفی، اشتغال فکری بیش از حدی که قبلاً برای فرد به وجود می‌آوردند را ایجاد نکنند و به تنظیم هیجانی آسیب نرسانند. در واقع اجرای تکنیک‌های هشیاری فراگیر باعث می‌شود از ابتدا، جلوی اختلال در تنظیم هیجانی گرفته شود (Alavi & et al, 2011).

یکی از عوامل مهم در تعارض زوجین در کنار مقابله نادرست با فشار روانی و استرس، نداشتن مدیریت عواطف و هیجانات و همچنین وجود خطاهای شناختی که سبب ارتباط میان فردی نامناسب میان زوجین می‌شود، مولفه هشیاری فراگیر رفتار درمانی دیالکتیک باعث کاهش اضطراب و استرس در فرد می‌گردد، و از سوی دیگر با تغییر الگوهای شناختی، بهبود سبک تفکر و شناسایی خطاهای شناختی به افزایش توانایی کنترل افکار و هیجانات و بهبود نحوه برخورد با مشکلات زناشویی و هیجانات منفی مرتبط با زندگی زناشویی می‌انجامد که این به نوبه خود باعث بهبود رضایتمندی زناشویی می‌گردد. از مزایای استفاده از روش هشیاری فراگیر این است که این روش پس از یادگیری کامل، توسط خود فرد بدون حضور درمانگر قابل استفاده و به راحتی در دسترس است و حتی در پیشگیری از عود هیجانات منفی مرتبط با مسائل زناشویی، بسیار مؤثر است.

از سوی دیگر، رفتار درمانی دیالکتیک سبب بهبود مهارت حل مسئله و مدیریت هیجان‌های در زوجین می‌شود (Kirby & et al, 2007). رفتار درمانی دیالکتیک سبب می‌شود که زوجین از مکانیسم‌های دفاعی پخته‌تر استفاده کنند، در نتیجه در برخورد با مسائل امکان انکار آن‌ها وجود ندارد. آن‌ها همچنین به پذیرش مسائل و استفاده از مکانیسم‌های مقابله‌ای مناسب از قبیل حل مسئله و جستجوی حمایت اجتماعی، حل مسئله برنامه‌ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت روی می‌آوردند. توانایی مهارت حل مسئله تاثیر زیادی در رضایت زناشویی دارد.

فرازتی و همکاران (Fruzzetti & et al, 2000) اشاره می‌کند افرادی که رفتار درمانی دیالکتیک را تجربه می‌کنند، یاد می‌گیرند با محیط‌هایی که همراه با تجارب جدید است و خلاقیت و ابتکار آن‌ها را به چالش می‌کشد، مواجه شوند و تجربیات مثبتی برای خود خلق کنند، لذا احساسات مثبت زیادی را تجربه می‌کنند. این افراد با شرایط اجتماعی جدید به خوبی سازگار می‌شوند و از برقراری رابطه با افراد جدید

استقبال می کنند، لذا حمایت های اجتماعی گسترده ای را به دست می آورند و از این طریق رضایتشان از زندگی زناشویی افزایش می یابد. از سوی دیگر این تجارب بر نحوه ارضای نیازهای عاطفی، اجتماعی و مادی افراد در زندگی زناشویی تاثیرات مثبتی می گذارد که سرمایه های روانی او را بهبود می بخشد. متعاقباً ارضای مناسب نیازهای عاطفی، اجتماعی و مادی در زندگی زناشویی، زمینه افزایش رضایت زناشویی آنها را فراهم می کند. همان طور که مشاهده می شود رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی باعث افزایش رضایت زناشویی در تعارض زوجین می گردد. نتایج این تحقیق و تحقیقات گذشته از مداخلات و روش های رفتاردرمانی دیالکتیکی در جهت بهبود کیفیت زندگی زناشویی زوجین متعارض حمایت می کند.

## References

- Ahadi, B. (2007). The relationship between personality and marital satisfaction. *Journal of Contemporary Psychology*, 2(20), 31-37. (In Persian).
- Alavi, kh., Modares gharavi, M., Amin Yazdi, A., & Salehi Fadradi, J. (2011). The Effectiveness of Group Dialectic Behavioral Therapy on Depression Symptoms in Students. *Journal of Principles of Mental Health*, 2(13), 124-135. (In Persian).
- Anthony, C. (2007). A qualitative and quantitative review of the published research on dialectical behavior therapy: An update on school. Ph.D. Dissertation, The faculty of department of psychology in Sam Houston State University.
- Bohus, M. Heaf., B. slimms, T., Limberger. M., Schmahl, c., unckel, c., Lieb, K., & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and therapy*, 42(5), 487-499.
- Bolton, R. (2004). Human relations psychology. Translated by Sohrabi, H. Tehran: Roshd Publication. (Published in the original language, 1996). (In Persian).
- Bowling, T., & Hill, M. (2005). An overview of marriage enrichment. *The Family Journal*, 13(1), 87-94.
- Delavar, A. (2015). Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. Tehran: Roshd.
- Dimeff, L., Koerner, K., & Linehan, M. M. (2001). Summary of research on dialectical behavior therapy. Seattle, WA: Behavioral Tech, LLC.
- Ebadatpor, B. (2000). Standardization of marital communication patterns questionnaire in Tehran, 2000-2001. MA dissertation for family counseling, Tarbiat Moalem University of Tehran. (In Persian).
- Fincham, F. D. (2003). Marital Conflict: Correlates, Structure, and Context. *Current Directions in Psychological Science*, (12) 1, 23-27.
- Frazier, S. N., & Vela, J. (2014). Dialectical behavior therapy for the treatment of anger and aggressive behavior: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 19(2), 156-163.

- Fruzzetti, A., & Levensky, E. R. (2000). Dialectical behavior therapy for domestic violence: Rational, and procedures. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7 (4), 435- 447.
- Fowers, B. J., & Olson, D. H. (1989). ENRICH Marital Inventory: A Discriminant Validity and Cross-Validity Assessment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, 65-79.
- GHolamiyan, F., & Ahmadi, A. (2008). Quality of marital life. *Journal of New psychotherapy*, 50, 59-73.
- Kirby, S. J., & Baucom, H. (2007). Integrating Dialectical Behavior Therapy and Cognitive-Behavioral Couple Therapy: A Couples Skills Group for Emotion Dysregulation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(4), 394-405.
- Lawrence, E., & Bradbury, T. N. (2000). Physical aggression and marital dysfunction: A Longitudinal analysis. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 68, 4-12.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 971-974.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend*, (67), 13-29.
- Mahdavian, M. (1997). Investigating the effect of marital satisfaction and mental health education. Master thesis. Tehran Psychiatric Institute, Tehran University of Medical Sciences. (In Persian).
- Miller, A. M., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. *Gilford press*.
- Moradi, M. (2000). Study of marital skills training on marital satisfaction. MA dissertation in the Alzahra University of Tehran. (In Persian).
- Robins, C. J., & Chapman, A. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 73-89.
- Roshani, F. (2011). Comparing the effectiveness of emotion-focused therapy with rational-emotional-behavioral therapy in increasing marital adjustment. MA dissertation, in the Ferdowsi University of Mashhad. (In Persian).
- Soler, J., Pascual, J.C., Tiana, T., Cebria, A., Barrachina, J., Campins, M. J., Gich, I., Alvarez, E., & Pérez, V. (2004). Dialectical behavior therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and therapy*, 47 (5), 353-358.
- Solymanian, A. (1994). Effect of irrational thoughts (the cognitive) on marital dissatisfaction. MA Dissertation in Consulting, Tarbiat Moallem University of Tehran. (In Persian).
- Solymanian, A. (1997). Study of couples marital problems both employed. *Journal of New advice*, 24, 103-122. (In Persian).
- Usefi, N., & Sohrabi, A. (2011). Comparison of the Effect of Family Therapy Approaches Based on the Presence of Mind and Meta-Cognition on the Quality of Marital Relationships among Patients on the Cutting-Edge. *Journal of Family counseling and psychotherapy*, 1(2), 192-211. (In Persian).
- Wilks, CH. R., Valenstein-Mah, H., Tran, H., .King, A. M. M., Lungu, A., & Linehan, M. (2016). Dialectical Behavior Therapy Skills for Families of Individuals with

Behavioral Disorders: Initial Feasibility and Outcomes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(3), 288-295.

Woodbury, K. A., & popenone, E. J. (2008). Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinical. *Cognitive and Adolescent Mental Health*, 7(3), 121-127.

Yavari kermani, M. (2008). Marital Satisfaction Survey. MA dissertation in the Islamic Azad University of Birjand. (In Persian).

