

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر رضایت و صمیمیت زناشویی زوجین جانباز شیمیایی

جلیل باباپور خیرالدین^۱

محمدعلی نظری^۲

لیلا رشیدزاده^۳

چکیده

هدف از انجام این پژوهش، تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افزایش رضایت و صمیمیت زناشویی زوجین جانباز شیمیایی سردشت بود. بدین منظور با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، از افراد مراجعه‌کننده به بنیاد شهید شهرستان سردشت ۳۰ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی، آموزش شناختی- رفتاری را در طی مدت ۱۰ هفته به صورت هفته‌ای یک جلسه ۱/۵ ساعتی دریافت کردند، در حالی که این امر در باره گروه کنترل انجام نشد. ابزار استفاده شده در این پژوهش، پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ و پرسشنامه صمیمیت زناشویی واکر و تامسون بود که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گردآوری داده‌ها بر روی آزمودنی اجرا شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش درمان شناختی- رفتاری، به طور معناداری میزان رضایت و صمیمیت زناشویی در مرحله پس‌آزمون را در گروه آزمایشی افزایش داد. به طور کلی، این روش درمانی باعث بهبود رضایت و صمیمیت زناشویی زوجین گردید.

واژگان کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، رضایت زناشویی، صمیمیت زناشویی، جانبازان شیمیایی.

Email: babapourj@yahoo.com

۱- عضو هیأت علمی گروه روانشناسی دانشگاه تبریز. (نویسنده مسئول)

۲- عضو هیأت علمی گروه روانشناسی دانشگاه تبریز.

۳- کارشناس ارشد روانشناسی.

مقدمه

تماس با سلاح‌های شیمیایی به عنوان یکی از حوادث بسیار شدید آسیب‌زا، می‌تواند به ناتوانی و اضطراب، از دست دادن امنیت و ناتوانی‌های فیزیکی مزمن منجر گردد؛ همچنین علاوه بر اثر جنگ، تأثیرات به کارگیری سلاح‌های شیمیایی بر علائم افسردگی و اضطراب نیز به روشنی شناخته شده است. به گونه‌ای که در بازماندگان جنگ‌های شیمیایی در مقایسه با آسیب‌دیدگان از جنگ‌های نه چندان شدید، احتمال وقوع علائم افسردگی و اضطراب به ترتیب ۷/۲ و ۱۴/۶ برابر بیشتر بوده است. یافته‌های برخی مطالعات نشان داد که تماس با جنگ شیمیایی دارای اثرات شدید و طولانی مدت زیان بار بر سلامت روانی بوده است (هاشمیان و همکاران، ۲۰۰۶).

در سال‌های اخیر تعدادی از محققان بر مشکلات خانواده‌های نظامیان دارای اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ تأکید نموده‌اند. خانواده به عنوان اساسی‌ترین واحد جامعه، بنیان‌گذار سلامت فیزیکی، فرهنگی، معنوی، روانی و اجتماعی اعضای آن است (تیلور^۱، لیلیس^۲ و لمون^۳، ۲۰۰۱). نتایج مطالعات حاکی از آن است که اعضای خانواده بیمار روانی، به طور معنی‌داری دچار تنش ناشی از زندگی با بیمار هستند. همچنین تأمین مراقبت از بیماری مزمن توسط اعضای خانواده منجر به احساس فشار و سختی برای مراقبین می‌شود که خود باعث کاهش کیفیت زندگی آنان می‌گردد (سیلز^۴، ۲۰۰۳). به نظر می‌رسد پس از اتمام جنگ و اثر مخرب آن بر روح و روان افراد، تأثیرات نامطلوب جنگ بر خانواده، بخصوص همسران آنان همچنان ادامه می‌یابد (دزکام و امین‌الرعایا، ۱۳۸۲).

نتایج حاصل از یک مطالعه کیفی بر روی همسران بیماران روانی نشان داد که مسئولیت‌های سخت و مزمن در زندگی روزمره، به طور عمیق کیفیت زندگی و رضایت همسر از زندگی با شریک خود کاهش می‌دهد (جونگباور^۵ و همکاران، ۲۰۰۴). به عنوان

1- Taylor
3- Le Mone
5- Jungbauer

2- Lillis
4- Sales

مثال، تأثیر این اختلال بر روابط بین فردی در خانواده و تأثیر آن بر همسر و فرزندان سربازان و نظامیان شرکت‌کننده در جنگ بررسی شده است. نتایج نشان‌دهنده آن است که مشکلات مختلفی که می‌تواند تأثیر منفی بر خانواده داشته باشد، با اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ در ارتباط است. از آن جمله می‌توان به مشکل در انسجام خانواده و بیانگری (خضرنیا، ۱۳۸۷)، مشکل در زمینه صمیمیت و جامعه‌پذیری، مشکلات در خصوص ناسازگاری با همسر، سازگاری ارتباطی، پرخاشگری فیزیکی و همچنین اختلال در مهارت‌های حل مشکلات بین فردی و مشکلات زناشویی (پنک^۱ و همکاران، ۱۹۸۱، به نقل از خضرنیا، ۱۳۸۷) اشاره کرد.

از طرفی، ایجاد و حفظ روابط صمیمانه در جریان ازدواج، یک مهارت و هنر است که علاوه بر سلامت روانی و تجارب سالم اولیه نیازمند کسب مهارت‌ها و انجام وظایف خاصی است. برای افزایش صمیمیت و سازگاری زوجین رویکردهای متعددی، از قبیل رویکردهای روان‌تحلیلی، شناختی- رفتاری، رشدی، ارتباط درمانی، دلبستگی و روابط شی، متمرکز بر عواطف و روانی - آموزشی ارائه شده است. هر رویکردی براساس تبیین‌های خاص خود روش‌های درمانی و آموزشی خاصی را برای افزایش صمیمیت زناشویی ارائه داده است. در این راستا، رویکرد شناختی - رفتاری از جمله رویکردهایی است که برای افزایش صمیمیت زوجین به کار رفته است (اولیا، ۱۳۸۵).

رویکرد شناختی- رفتاری، ترکیبی از نظریه‌های رفتاری- شناختی و الگوی تبادل اجتماعی است. مبانی نظری این رویکرد تلفیقی از نظریه‌های لیبرمن^۲، استوارت^۳، جاکوبسون^۴، مارگولین^۵، گاتمن^۶، پترسون^۷، برنشتاین^۸، بک^۹ و ایس^{۱۰} است. این رویکرد مشکلات زناشویی، از جمله صمیمیت را نتیجه مهارت‌های ناکارآمد همسران در برقراری ارتباط، ناتوانی در حل مؤثر مشکلات و تعارضات، انتظارات و باورهای غیرمنطقی و تبادلات

1- Penk
3- Stewart
5- Margolin
7- Patterson
9- Beck

2- Liberman
4- Jacobson
6- Guttman
8- Bernstein
10- Ellis

رفتاری منفی می‌داند. رفتار درمانی با این موضوع که زوجین چگونه رفتار ناکارآمد را یاد می‌گیرند و چگونه رفتار به وسیله تقویت‌ها و تنبیه‌های بیرونی تداوم می‌یابد، سروکار دارد. رفتار درمانی زوجین عموماً بر این موضوع که زوجین چگونه می‌توانند راه‌های جدید تقویت بیشتر و تنبیه کمتر را یاد بگیرند، تأکید می‌کند. این رویکرد بر حل مسأله و برقراری مهارت‌های ارتباطی تمرکز می‌کند. براساس الگوی تبادل اجتماعی، افراد رابطه صمیمانه را تا زمانی که این رابطه به اندازه کافی و با توجه به پاداش‌ها و هزینه‌ها رضایت بخش باشد، حفظ می‌کنند (گلدنبرگ^۱ و گلدنبرگ، ۱۳۸۲).

عوامل شناختی نیز در درک مسائل زناشویی و تغییر رابطه اهمیت زیادی دارد. زوجین مجموعه‌ای از انتظارات، باورها و تصورات خیالی مربوط به صمیمیت را که عمدتاً غیرواقع‌بینانه است و منجر به کاهش صمیمیت و رضایت می‌شود، در پیوند زناشویی وارد می‌کنند. در نظریه‌های شناختی، الگوهای اسنادی مورد توجه خاص قرار گرفته است. براساس این الگو، استنتاج‌های افراد از مشاهده رفتارهای همسرشان به طور جدی بر رضایت آنان تأثیر دارد. علاوه بر این، باورهای غیرمنطقی، خطاهای شناختی و باورهای غیرواقع‌بینانه نیز در رابطه با زوجین بررسی شده است (برنشتاین و برنشتاین، ۱۳۸۰).

زوجین معمولاً با شکایت‌های فراگیر و تعارض حل نشده برای درمان مراجعه می‌کنند. روش‌های تغییر رفتار و شناخت اغلب باعث مثبت شدن رابطه می‌شود، ولی ممکن است مجموعه‌ای از تعارض‌های حل نشده باقی بماند. وجود مشکلات و تعارض حل نشده اغلب باعث می‌شود تقابل منفی روی دهد. بدون شک تعارض، مانعی بر سر راه تداوم رابطه خواهد بود. مهارت‌های حل مشکل و تعارض، شامل مجموعه‌ای ساختارمند از تعامل‌هاست که برای حل تعارض در همسران طرح شده است. بسیاری از پژوهش‌ها آموزش حل مشکل را به نحوی موفق در درمان ناهماهنگی‌های زناشویی به کار برده‌اند.

برنشتاین و همکارانش (۱۳۸۰) تأثیر ترکیب یک برنامه حل مشکل را با آموزش ارتباط در کاهش درماندگی زناشویی اثبات کرده‌اند. جاکوبسون (۱۹۷۹) با استفاده از راهبرد حل

1- Goldenberg

مشکل، تغییرات مثبتی را در زوجین ایجاد کرده است. در مجموع، پژوهش‌ها حمایت تجربی قابل توجهی را برای اثربندی رویکردهای حل مشکل در درمان ناهماهنگی‌های زناشویی فراهم می‌سازند.

پژوهش‌های فراتحلیلی اندازه اثر برای درمان مشکلات زناشویی در شیوه زوج‌درمانی رفتاری ۰/۷۶، شناخت درمانی ۰/۶۱ و آموزش ارتباط ۰/۹۰ را نشان می‌دهد (دوما^۱ و اسکوبل^۲، ۱۹۹۵). علاوه بر این، مشکلات مربوط به صمیمیت معمولاً در نتیجه شکست در روابط است. میزان صمیمیت به توانایی همسران برای انتقال روشن، صحیح و مؤثر افکار، احساسات، نیازها و خواسته‌هایشان بستگی دارد. بنابراین، یادگیری ارتباط کارآمد، گام مهمی در فرآیند ایجاد و یا افزایش صمیمیت و سازگاری است. به طور کلی، درمان‌های شناختی- رفتاری در کار با زوجها، اهداف افزایش تقویت‌کننده‌ها و تبادل مثبت، آموزش مهارت‌های ارتباط، حل مشکل و تعارض و تغییر الگوهای فکری مخرب را دنبال می‌کند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۳۸۲). لذا هدف از انجام پژوهش بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی و صمیمیت زوجین جانبازان شیمیایی سردشت می‌باشد.

روش

روش این پژوهش نیمه‌تجربی (نیمه‌آزمایشی) بود. در این طرح از یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل با پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زن و شوهران جانباز و ایثارگر تحت پوشش بنیاد شهید شهرستان سردشت تشکیل می‌دهند. پس از معرفی پژوهش و دعوت از متقاضیان، و اجرای جلسه توجیهی توسط پژوهش‌گر، ۳۰ زوج واجد شرایط به عنوان نمونه انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. روش نمونه‌گیری و انتخاب نمونه معرف از جامعه در پژوهش حاضر از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس بود.

1- Duma

2- Schwebel

روش اجرا در این پژوهش بدین صورت بود که ابتدا افراد جانباز و ایثارگر تحت پوشش بنیاد شهید و جانبازان مورد نظر پس از مصاحبه تشخیصی اولیه توسط روانپزشک و یا روانشناس، انتخاب و برای انجام پژوهش به پژوهشگر معرفی شدند. برای انتخاب همسران دچار ناسازگاری زناشویی، پژوهشگر، پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ و پرسشنامه صمیمیت زناشویی بین این افراد توزیع نمود. پس از انتخاب همسران برای اجرای پرسشنامه‌های مورد نظر، به خانه‌های این افراد مراجعه شد و پس از معرفی هدف پژوهش، و با کسب اجازه و جلب رضایت از آنها پرسشنامه‌های مورد نظر در اختیار آنها قرار گرفت. سپس با راهنمایی پژوهشگر پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در مرحله بعد ۳۰ زن یا شوهر که دارای بیشترین میزان ناسازگاری زناشویی بودند، انتخاب شدند. سپس به تصادف این ۳۰ نفر در دو گروه آزمایشی و گواه جای داده شدند. ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل. تمامی اعضای گروه آزمایشی به مدت ۱۰ هفته به صورت هفته‌ای یک جلسه ۱/۵ ساعته در جلسات درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند. گفتنی است که محتوای جلسات را گفتگو، بحث، تمرین و انجام تکلیف تشکیل می‌داد. تکالیف هر جلسه در بیرون از جلسه و با همکاری همسران انجام می‌شد و گزارش آن در جلسه بعدی ارایه می‌گردید و روش‌های از میان برداشتن آنها تعیین می‌شد. در این پژوهش اعضای هرگروه قبل از شروع جلسات به پیش‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل قرار گرفت. افراد گروه آزمایش در جلسات درمان شناختی- رفتاری شرکت کردند. افراد گروه کنترل تنها به پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ دادند و تحت درمان شناختی- رفتاری نبودند. سپس هر دو گروه بعد از اتمام دوره آزمایشی به پس‌آزمون پاسخ دادند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات

الف- پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ: فرم اصلی این پرسشنامه از ۱۱۵ سوال بسته و ۱۲ خرده - مقیاس تشکیل شده است که به جز مقیاس اول آن که ۵ سوال دارد، بقیه مقیاس‌ها شامل ۱۰ سوال است. پاسخ به سؤالات به صورت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافق -

موافق - نه موافق و نه مخالف - مخالف - کاملاً مخالف) است. اولسون^۱ (۱۹۸۳)، نقل از سلیمانیان، (۱۳۷۶) 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. 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، لذا سلیمانیان (۱۳۷۶) در پژوهشی فرم کوتاهی از این پرسشنامه تهیه کرد که دارای ۴۷ سؤال است. نمره بالا در این پرسشنامه نشانه رضایت و نمره پایین نشانه نارضایتی از رابطه زناشویی است. سلیمانیان (۱۳۷۶) و عبادت پور (۱۳۷۹) پایایی پرسشنامه را در فرم کوتاه از طریق محاسبه ضریب آلفا ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند. ابعاد سازگاری مورد سنجش در این پرسشنامه موضوعات شخصی، روابط دوتایی همسران، حل تعارض، مسایل مالی، اوقات فراغت، روابط جنسی، تربیت فرزند، ارتباط با اقوام و دوستان و جهت‌گیری مذهبی هستند. در این پرسشنامه کمترین نمره ۴۷ و بیشترین نمره ۲۳۵ می‌باشد و افرادی که نمرات آنها زیر ۱۵۰ است دارای میزانی از ناسازگاری زناشویی هستند.

ب- پرسشنامه صمیمیت زناشویی: این پرسشنامه توسط واکر^۲ و تامسون^۳ (۱۹۸۳)، به نقل از ثنایی ذاکر، (۱۳۷۹) تهیه شده است که دارای ۱۷ ماده است و برای سنجش مهر و صمیمیت تدوین شده است. نمره‌گذاری مقیاس مذکور بر روی یک مقیاس لیکرتی ۷ درجه‌ای، از ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) صورت می‌گیرد. هرچه نمره فرد در این مقیاس بیشتر باشد، صمیمیت بالاتری را تجربه می‌کند. به منظور بررسی روایی همزمان پرسشنامه صمیمیت زناشویی از مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون (۱۹۸۳) استفاده شد. این مقیاس توسط ثنایی (۱۳۷۹) ترجمه شده است و ضریب پایایی پرسشنامه صمیمیت از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۶ بیانگر پایایی مطلوب پرسشنامه یاد شده است.

1- Olson
3- Tompson

2- Walker

نتایج

اطلاعات حاصل از بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین سن مردان مورد بررسی ۴۱/۸ و میانگین سن زنان ۳۶/۸ است. متوسط تحصیلات مردان دیپلم و متوسط تحصیلات زنان در سطح سیکل و ابتدایی بود. همچنین، میانگین مدت ازدواج آزمودنی‌ها ۱۲/۹۵ سال و متوسط تعداد فرزندان آنها ۲ نفر بود.

پیش از انجام مداخله، به منظور اطمینان از شرایط مساوی گروه‌های آزمایشی و کنترل و نیز اطمینان از تأثیر روش مداخله‌ای در افزایش سطح رضایت و صمیمیت زناشویی و کاهش سطح اضطراب و افسردگی دو گروه با یکدیگر مقایسه شدند و نتایج بدست آمده نشان داد که بین این دو گروه در سطح $p < 0.05$ تفاوت معناداری وجود ندارد. معنی‌دار نبودن تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون به این معنی است که دو گروه پیش از اعمال متغیر آزمایشی در متغیرهای مورد بررسی (اضطراب، افسردگی، صمیمیت و سازگاری زناشویی) شرایط تقریباً یکسانی را داشته و بنابراین شرایط قبلی آزمودنی‌ها در نتیجه آزمایش اثرگذار نبوده است. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای رضایت زناشویی، و صمیمیت زناشویی نشان داده شده است.

جدول (۱) آماره‌های توصیفی متغیرها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
رضایت زناشویی	پیش آزمون	گروه آزمایشی	۱۸۸/۷۳	۱۸/۲۱
		گروه کنترل	۱۹۶/۴۰	۱۴/۱۷
	پس آزمون	گروه آزمایشی	۱۶۷/۶۶	۲۴/۸۶
		گروه کنترل	۱۹۶/۴۶	۱۳/۷۵
صمیمیت زناشویی	پیش آزمون	گروه آزمایشی	۵۵/۳۳	۱۱/۸۱
		گروه کنترل	۵۱/۵۳	۱۰/۸۰
	پس آزمون	گروه آزمایشی	۶۱/۴۶	۱۲/۱۳
		گروه کنترل	۴۹/۱۳	۱۰/۱۳

همانطور که در جدول مشاهده می‌شود بین میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای رضایت زناشویی، صمیمیت زناشویی در دو گروه آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. قبل از بررسی تحلیلی نتایج، در رابطه با پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از مدل آماری تحلیل کوواریانس اطمینان حاصل شد. در تمامی متغیرهای این پژوهش آزمون لون در سطح $0/05$ معنی‌دار نبود، در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس اطمینان حاصل شده و لذا استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مشکلی ندارد.

جدول (۲) نتایج تحلیل کوواریانس نمرات متغیر رضایت زناشویی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	ضریب اتا
	پیش‌آزمون	۶۰/۶۵	۱	۶۰/۶۵	۶۸۹/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶
رضایت	گروه	۵/۰۳	۱	۵/۰۳	۵۷/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷
زناشویی	خطا	۲/۵۶	۲۸	۰/۰۸			
	کل	۷۵	۳۰				

در راستای بررسی این فرضیه پژوهشی که «درمان شناختی - رفتاری بر رضایت زناشویی جانبازان شیمیایی تأثیر دارد»، نمرات رضایت زناشویی در بین دو گروه آزمایشی و گواه با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج حاصل از اعمال این روش مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که بین نمرات گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری ($F=57/26, p<0/01$) وجود دارد. این نتیجه نشان می‌دهد که درمان شناختی - رفتاری موجب افزایش میزان رضایت زناشویی در زوجین می‌شود، بنابراین فرضیه پژوهشی مورد نظر تأیید گردید.

جدول (۳) نتایج تحلیل کوواریانس نمرات متغیر صمیمیت زناشویی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	ضریب اتا
	پیش‌آزمون	۷۱/۸۷	۱	۷۱/۸۷	۱۴۹۲/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸
صمیمیت	گروه	۶/۱۵	۱	۶/۱۵	۱۲۷/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۸۲
زناشویی	خطا	۱/۳۴	۲۸	۰/۰۴			
	کل	۷۵	۳۰				

در راستای بررسی این فرضیه پژوهشی که «درمان شناختی- رفتاری میزان صمیمیت زوجین را افزایش می‌دهد»، نیز نمرات دو گروه آزمایشی و گواه با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج حاصل از روش آماری تحلیل کوواریانس در زمینه تأثیر درمان شناختی- رفتاری در افزایش میزان صمیمیت زوجین مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد بین نمرات دو گروه تفاوت معناداری ($F=127/70$, $p<0/01$) وجود دارد. این نتیجه نشان می‌دهد که درمان شناختی- رفتاری موجب افزایش میزان صمیمیت زناشویی در بین زوجین می‌شود، بنابراین، این فرضیه پژوهش نیز تأیید گردید.

بحث و تفسیر

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر رضایت و صمیمیت زناشویی جانبازان شیمیایی سردشت بود. یافته‌های به دست آمده از در این پژوهش نشان داد که آموزش‌های شناختی- رفتاری موجب افزایش رضایت و صمیمیت زناشویی جانبازان شیمیایی می‌شود. در این راستا باید اذعان داشت که روش شناختی- رفتاری مهارت محور است و سعی دارد که مهارت‌های شناختی، حل مسأله و تعارض، برقراری ارتباط و اصول رفتار و مبادله درست را به زوجین آموزش دهد. پژوهش‌های متعددی در ایران و خارج در ارتباط با کاربرد روش‌های شناختی- رفتاری بر روابط زناشویی انجام شده است. پژوهش‌های فراتحلیلی مقدار اثر برای حل مشکلات زناشویی در شیوه زوج‌درمانی رفتاری را ۰/۷۶، شناخت درمانی را ۰/۶۱ و آموزش ارتباط را ۰/۹۰ گزارش کرده است (دوما و اسکوبل، ۱۹۹۵).

در تبیین نتیجه به دست آمده در این پژوهش باید گفت که اصولاً شناخت و رفتار دو مؤلفه اساسی تعاملات متقابل به ویژه تعاملات زناشویی هستند. برخی از افراد انتظارات، باورها و تصورات خیالی مربوط به نقش خود و همسرشان را در پیوند زناشویی داخل می‌کنند که متأسفانه بسیاری از این انتظارات شدیداً غیرواقع‌بینانه هستند و از این رو سبب گسترش ناامیدی، بی‌اعتمادی و پرخاشگری می‌شوند. در همین رابطه، خطاهای شناختی عنصر مزاحم هستند که در بسیاری از تعاملات زناشویی وارد می‌شوند. انتزاع

انتخابی، شخصی‌سازی، استنباط دلخواهی، تفکر همه یا هیچ، تعمیم مفرط، فاجعه‌سازی، و ... از جمله خطاها هستند که ممکن است یک یا هر دو زوج آنها را مبنای رابطه زناشویی خویش قرار دهند. علاوه بر تأثیر شناخت بر روابط و بر رفتار، شیوه رفتار متقابل زوجین نیز تأثیر عمده‌ای بر رضایت زناشویی آنان دارد. بر طبق الگوی تبادل رفتار که درمان رفتاری زوجین بر آن استوار است، اختلاف‌های زناشویی تا حد زیادی پیامد میزان تقویت و یا تنبیه اعمال شده، از طرف زوجین نسبت به هم و هر رابطه تقویت و تنبیهی که هر زوج از خودشان نشان می‌دهند، در نظر گرفته می‌شود (رفیعی بندری و نورانی‌پور، ۱۳۸۴).

جاکوبسون و مارگولین (۱۹۷۹) یکی از مشخصه‌های اصلی مشکلات موجود در روابط زناشویی به کارگیری محرک‌های آزاردهنده از سوی هریک از زوجین برای کنترل رفتار طرف مقابل است. با توجه به مطالب مذکور، دلیل اثربخشی آموزش‌های شناختی- رفتاری بر میزان رضایت زناشویی زوجین روشن می‌شود. چون اصولاً در این آموزش‌ها، زوجین تشویق می‌شوند که شاهد تفسیرهای خود از حوادث زندگی زناشویی باشند و مهارت‌هایی را بیاموزند تا بتوانند اعتبار این تفسیرها را از طریق گردآوری و پردازش اطلاعات مورد آزمایش قرار دهند؛ علاوه بر این مداخله‌های ویژه‌ای صورت می‌گیرد که بخشی از آنها بدین ترتیب است: فراهم ساختن رهنمودهایی درباره چگونگی رفتار صمیمانه‌تر؛ پیشنهاد دادن درباره چگونگی بیان تجربه‌های درونی که احتمالاً هرگز اظهار نشده‌اند؛ ترغیب زوجها به یادآوری احساسات مثبتی که از تفاوت‌های رفتاری آنها نشأت می‌گیرد؛ آموزش زوجها درباره چگونگی بیان کردن و گوش دادن به تجربه‌ها و احساسات درونی یکدیگر؛ چارچوب‌بندی مجدد مسأله، با اشاره به اینکه تفاوت‌های رفتاری، نتیجه تاریخچه یادگیری متفاوت آنهاست، تا آنچه هر یک نسبت به دیگری انجام می‌دهند؛ آموزش نحوه صحیح انتقاد از یکدیگر؛ گذراندن اوقات فراغت مشترک برای ایجاد صمیمیت بیشتر و ...

موارد فوق و فعالیت‌هایی از این دست کارهایی هستند که به آزمودنی‌ها منتقل می‌شوند و همه این فعالیت‌ها اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را توجیه می‌کنند. نتیجه حاصله از این پژوهش با یافته‌های مهدویان (۱۳۷۶)، موسوی (۱۳۷۹) و حسینی (۱۳۸۲) همخوانی دارد. برای مثال، مطالعه تأثیر درمان شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر رضایت زناشویی توسط یونسی و همکاران (۱۳۸۳) نیز نشان داد که درمان شناختی - رفتاری باعث افزایش رضایت زناشویی، ایجاد نگرش‌های واقع‌گرایانه و افزایش کیفیت رابطه جنسی - عاطفی شده است. نتایج پژوهش فرقانی (۱۳۸۰) نشان داد که آموزش درمان شناختی - رفتاری رضایت زناشویی را افزایش می‌دهد. نتایج مطالعات تختی (۱۳۸۰) نشان داد که بین باورهای غیرمنطقی و رضایت زناشویی رابطه معنادار وجود دارد. نتایج بررسی سلیمانیان (۱۳۷۳) نیز نشان داد که افراد با تفکر غیرمنطقی به طور معناداری از رضایت زناشویی پایین‌تری برخوردارند.

پژوهش‌های متعددی درباره تأثیر اسنادها بر رضایت زناشویی صورت گرفته است که نشان می‌دهد اسنادهای به کار رفته توسط زوجین و توجیه رفتار همسر، با میزان رضامندی آنها از زندگی زناشویی رابطه دارد. زوجین آشفته وقایع منفی را پایدار و فراگیر و متوجه همسر می‌دانند. همچنین رفتار منفی همسر را عمدی و قابل سرزنش می‌دانند (برادبوری^۱ و فینچام^۲، نقل از هاوکینز^۳، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش یونسی و همکاران (۱۳۸۳) در مورد نقش بازآموزی اسنادی بر سبک اسناد و افزایش رضامندی زناشویی نیز نشان داد که میزان رضامندی زناشویی پس از دوره مداخله افزایش یافته است. تحقیق نیکخواه (۱۳۸۳) نیز نشان داد که آموزش مهارت‌های ارتباطی و اصلاح و تغییر تفکرات غیرواقع‌بینانه تأثیرات مثبتی در رضایت زناشویی و اصلاح افکار غیرواقع‌بینانه دارد.

یافته دیگر این تحقیق این بود که درمان شناختی- رفتاری موجب افزایش صمیمیت زوجین می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مهارت‌های شناختی به بررسی و اصلاح انتظارات و باورهای زوجین در مورد صمیمیت می‌پردازد که این انتظارات و

1- Bradburi
3- Haekins

2- Fincham

باورهای زوجین در مورد صمیمیت عمدتاً غیرواقع‌بینانه است و به کاهش صمیمیت می‌انجامد. بعلاوه، این باورها، انتظارات، برداشت‌ها و اسنادهای مخرب و غیرمنطقی روابط زناشویی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد لذا آموزش‌های شناختی به اصلاح برداشت‌ها و اسنادهای غلط زن و شوهر از رفتار یکدیگر شده و باعث رفع سوءتفاهم، کاهش رنجش و خشم و توجه به جنبه‌های مثبت رفتار یکدیگر می‌شود و در نهایت موجب افزایش صمیمیت می‌شود.

آموزش مهارت‌های رفتاری به مبادله رفتارهای مثبت و خوشایند و کاهش رفتارهای منفی و تنبیه منجر می‌شود. افزایش تبادلات رفتاری مثبت، نیازهای عاطفی- روانی همسران را ارضا کرده، باعث ایجاد احساسات مثبت نسبت به یکدیگر می‌شود. کاهش رفتارهای منفی و تنبیه به کاهش احساسات منفی نظیر تنفر، خشم و رنجش نسبت به یکدیگر منجر می‌شود. همچنین تغییر در احساس و رفتار زوجین به تغییر نگرش نیز می‌انجامد و این تغییرات در نهایت به افزایش صمیمیت و رضایت زناشویی منجر می‌گردد. در بسیاری از ازدواج‌ها، متأسفانه بعد از مدتی نرخ رفتارهای مثبت کاهش یافته، رفتارهای منفی افزایش می‌یابد. نتایج تحقیق جاکوبسون و همکاران (۱۹۸۰) نشان داد که درجه‌بندی رضایت روزانه برای زن و شوهرهای ناموفق حاکی از ارتباط و تعامل منفی است و در مورد زن و شوهرهای موفق عکس این است و زن و شوهرهای ناموفق نسبت به زن و شوهرهای طبیعی میزان پایین‌تر رفتار لذت‌بخش و خوشایند و میزان بالاتر رفتار ناخوشایند را تجربه می‌کنند (برنشتاین و برنشتاین، ۱۳۸۰).

برخی از زوجین بعد از گذشت ماه‌های اولیه زندگی به علت درگیر شدن در مسائل و مشکلات زندگی و یا عدم اعتقاد به ضرورت و تأثیر مهارت‌های رفتاری، عملاً به کاهش تقویت‌کننده‌ها کمک می‌کنند. از سوی دیگر، بروز تعارضات و رنجش‌ها و حل نشدن آنها باعث افزایش دلخوری و احساسات منفی و در نتیجه عدم تمایل به انجام رفتارهای خوشایند و افزایش رفتارهای منفی، مثل بی‌توجهی، سرزنش و تحقیر می‌شود. علاوه براین، در تبیین این موضوع عدم شناخت دقیق همسران از یکدیگر و تفاوت‌های فردی

در تقویت و تنبیه را نیز نباید نادیده گرفت. بسیاری از همسران به علت نوع رابطه نسبت به آنچه برای طرف مقابل تقویت یا تنبیه است، آگاهی ندارند. همچنین، مشکلات مربوط به صمیمیت زوجین، به طور اولیه نتیجه شکست در برقراری روابط صحیح است. عمق صمیمیتی که دو نفر در رابطه شان ایجاد می‌کنند، به توانایی آنان برای انتقال روشن، صحیح و مؤثر افکار، احساسات، نیازها و خواسته‌هایشان بستگی دارد. بنابراین، یادگیری مهارت‌های ارتباطی باعث افزایش صمیمیت می‌شود. تأثیر مهارت‌های ارتباطی بر روابط زناشویی به عنوان تعیین‌کننده اصلی رضایت و سازگاری زناشویی در پژوهش‌های متعددی بررسی شده است (به نقل از هاوکینز^۱، ۲۰۰۴).

نتایج پژوهش‌های گوردون و دورانا (۱۹۹۹) در ارتباط با کاربرد عملی مهارت‌های ارتباط صمیمانه نشان می‌دهد که این آموزش‌ها باعث تقویت و حفظ ارتباط صمیمانه بین زن و شوهر می‌شود (به نقل از جاکوبوسکی و میلی، ۲۰۰۴). نتایج تحقیق اولیا (۱۳۸۴) نشان می‌دهد که آموزش غنی‌سازی زندگی زناشویی صمیمت زوجین را افزایش می‌دهد. همچنین نتایج تحقیق اعتمادی (۱۳۸۴) نیز نشان داد که زوج‌درمانی مبتنی برشناختی- رفتاری میزان صمیمیت زناشویی را افزایش می‌دهد. یافته‌های مولر^۲، رابینسورت^۳ (۱۹۸۹) نشان داد که پنج نوع فرآیند شناخت، شامل: توجه انتخابی، اسنادها، انتظارات، فرضیات و معیارها؛ یعنی باورهایی که هر فرد درباره ازدواج و روابط صمیمانه در ذهن دارد، با رضایتمندی و میزان صمیمیت مرتبط است (به نقل از باوکوم^۴ و همکاران، ۱۹۸۹).

پیشنهاد می‌شود در طرح‌های پژوهشی آتی این پژوهش بر روی حجم بزرگ‌تری از افراد انجام گیرد تا فرضیه‌ها با قوت بیشتری رد یا تأیید شوند. نمونه‌های مورد نظر در پژوهش‌های بعدی با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی انتخاب گردند. همچنین پیشنهاد می‌شود، سایر روش‌های مداخله‌ای مطرح در درمان ناسازگاری‌های همسران به صورت

1- Hawkins
3- Robinsort

2- Muller
4- Baucom

عملیاتی، تدوین و آزمون شوند. همچنین در مطالعات بعدی، اثربخشی رویکرد شناختی- رفتاری با سایر رویکردها بررسی و مقایسه شده و میزان اثربخشی دو رویکرد بر سایر مشکلات و ابعاد روابط زناشویی مثل تعارض، رضایت و ... بررسی گردد.

۱۳۹۰/۰۶/۲۹

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:

۱۳۹۰/۱۰/۱۹

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

۱۳۹۰/۱۲/۰۴

تاریخ پذیرش مقاله:



References

منابع

- اعتمادی، ع. (۱۳۸۴). بررسی و مقایسه اثربخش زوج درمانی مبتنی بر شناختی - رفتاری و ارتباط درمانی برافزایش صمیمیت زوجین، **پایان‌نامه دکترای مشاوره**، دانشگاه تربیت معلم تهران، دانشکده روانشناسی.
- اولیا، ن. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر غنی‌سازی زندگی زناشویی بر رضایتمندی زناشویی زوجین شهر اصفهان، **پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره**، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی.
- برنشتاین، فیلیپ. ج. برنشتاین، ماری، ت. (۱۳۸۰). **روش‌های درمان مشکلات زناشویی**، ترجمه حسن توزنده‌جانی و نسرین کمال‌پور، مشهد: نشر مرن‌دیز.
- تختی، علی. (۱۳۸۰). بررسی و مقایسه باورهای غیرمنطقی و رضایتمندی زناشویی، **پایان‌نامه کارشناسی ارشد**، اصفهان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- ثنایی ذاکر، باقر (۱۳۷۹). **مقیاس سنجش خانواده و ازدواج**، تهران، انتشارات بعثت.
- حسینی، ز. (۱۳۸۲). بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری به شیوه گروهی برای افزایش رضامندی زناشویی زنان، **پایان‌نامه کارشناسی ارشد**، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- خزرنیا، کریم (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین استرس پدران جانباز شیمیایی با اضطراب، افسردگی، سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی فرزندان‌شان در شهرستان سردشت، **پایان‌نامه کارشناسی ارشد**، دانشگاه تربیت معلم تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- دژکام، امین‌الرعایا (۱۳۸۲). مقایسه سلامت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان تهران مراجعه‌کننده به بیمارستان صدر با همسران بیماران اعصاب و روان تهران مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین (ع). **مجموعه مقالات اولین همایش علمی جانبازان و خانواده**، ص ۱۱۴.
- رفیعی بندری، فرحناز؛ نورانی‌پور، رحمت‌اله (۱۳۸۴). تأثیر آموزش‌های شناختی-رفتاری بر رضایت زناشویی زوج‌های دانشجو مستقر در خوابگاه متاهلین دانشگاه تهران، **مجله تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره**، جلد ۴، شماره ۱۴، ۲۵-۳۹.
- سلیمانیان، علی‌اکبر (۱۳۷۶). بررسی تفکرات غیرمنطقی بر نارضایتی زناشویی، **پایان‌نامه کارشناسی ارشد**، تهران: دانشگاه تربیت معلم.

- سلیمانیان، علی (۱۳۷۳). بررسی رابطه بین افکار غیرمنطقی و رضایت زناشویی، **پایان‌نامه کارشناسی ارشد**، تهران: دانشگاه تربیت معلم.
- عبادت‌پور، مهناز (۱۳۷۹). هنجاریابی پرسشنامه الگوهای ارتباطی زناشویی در شهر تهران در سال ۷۹-۱۳۷۸، **پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره**، تهران: دانشگاه تربیت معلم.
- فرقانی، م. (۱۳۸۰). بررسی اثربخشی آموزش گروهی شناختی - رفتاری بر رضایت زناشویی، **پایان‌نامه کارشناسی ارشد**، اصفهان: دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- گلدنبرگ، ایرنه. گلدنبرگ، هربرت (۱۳۸۲). **خانواده درمانی**، ترجمه سیامک نقشبندی، تهران: نشر روان.
- مهدویان؛ ف. (۳۷۶). بررسی تأثیر آموزش ارتباط بر رضامندی زناشویی بر سلامت روان، **پایان‌نامه کارشناسی ارشد**، انستیتو روانپزشکی.
- موسوی؛ ف. (۱۳۷۹). بررسی عوامل موثر بر رضامندی زناشویی در سه گروه پزشکان، کارمندان و کارگران شهر تهران، **پایان‌نامه کارشناسی ارشد**، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- نیکخواه، ز. (۱۳۸۳). بررسی میزان اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های ارتباطی با رویکرد شناختی - رفتاری بر رضایتمندی زناشویی، **نخستین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده**، تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- یونسی، سیدجلال و همکاران (۱۳۸۳). نقش بازآموزی اسنادی بر سبک اسناد زوجین و رضایت زناشویی، **نخستین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده**، تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- Baucum, D.H. Epstein, No. Sqayers, S. & Sher, T.G. (1989). The Role of Cognitions in Marital Relationships, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38-51, 31.
- Duma, R.L. & Schwebel, AI. (1995). Meta-analytic Review of Marital Yherapy Outcome Tesearch, *Journal of Family Psychology*, 68-58, 9.
- Hashemian F. Khoshnood K. Desai M.M. Falahati F. Kasl S. Southwick S. Anxiety, Depression, a Posttraumatic Stress in Iranian Survivors of Chemical Warfare, *JAMA*, August 2, 2006; 296 5): 560-66.
- Hawkins, Alun, J. (200). *A Comprehensive Framework for Marriage Education Family Relations* .Vol. 53, Iss, 5. October.

- Jacobson, N.S., Margolin, G. (1979). *Marital Therapy: Strategies Based on Social Learning and Behavior Exchange Principle*.
- Jakaboski, Scott, F.; Milne .Evic. (2004). A Review of Empirically Supported Marital Enrichment Programs, *Family Relations*, Vol. 53. Iss, 5. October.
- Jungbauer J., Wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC. (2004). The Disregarded Caregivers: Subjective Burden in Spouses of Schizophrenia Patients, *Schizophr Bull*; 30(3): 665-675.
- Sales E. (2003). Family Burden and Quality of Life, *Qual Life Res*; 12 Suppl 1: 33-41.
- Taylor C., Lillis C., LeMone P. (2001). *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care* (Fundamentals of Nursing: Art & Sci of Nurs Care (Taylor). 5 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Willemsen R., Vanderlinden J. Hypnotic Approaches for Alopecia Area. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2008; 56(3): 318-333.

