

اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری بر کیفیت و صمیمیت زناشویی زوجین در آستانه طلاق

نسیم حسین قربان^۱، زهرا عباسپور آذر^{۲*}

چکیده

مقدمه: زوجین به عنوان عوامل ایجادکننده محیط ناخوشایند درون خانواده و از هم پاشیدگی کانون گرم خانواده و افزایش طلاق در کشور، نیاز به آموزش روشها و فنون متعددی دارند تا تغییرات لازم را در نگرش، رفتار و روابط خود با اعضای خانواده ایجاد نمایند. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری بر کیفیت زناشویی و صمیمیت زناشویی زوجین در آستانه طلاق انجام گرفت.

روش پژوهش: طرح پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه و جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زوجین متقاضی طلاق در دادگاه مفتوح شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود که از میان آنها ۳۰ زوج به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ زوج) و کنترل (۱۵ زوج) قرار گرفتند. جهت گردآوری داده‌های پیش آزمون و پس آزمون ابزار پژوهش شامل مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر (۱۹۷۶) و پرسشنامه نیازهای صمیمیت باگاروزی (۲۰۰۱) بود. گروه آزمایش ۸ جلسه ۱/۵ ساعته زوج‌درمانی شناختی رفتاری را دریافت کردند. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: در پژوهش حاضر بین میانگین‌های نمره‌های کیفیت زناشویی گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/01$). بین میانگین نمره‌های صمیمیت زناشویی گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: زوج درمانی کوتاه مدت شناختی رفتاری یک روش درمانی مؤثر بر کیفیت روابط زناشویی و صمیمیت زناشویی زوجین در آستانه طلاق است.

کلیدواژه: زوج درمانی، شناختی رفتاری، صمیمیت زناشویی، کیفیت زناشویی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۸/۱۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۸/۱۲

استناد: حسین قربان ن. عباسپور آذر ز. اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری بر کیفیت و صمیمیت زناشویی زوجین در آستانه طلاق، خانواده و بهداشت، ۱۳۹۸؛ ۹(۳): ۱۰۰-۱۱۳

^۱ روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^{۲*} نویسنده مسئول، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، Abaspoor@qodsiau.ac.ir

مقدمه:

امروزه دلایل ازدواج و انتظارات همسران از یکدیگر به طور چشمگیری تغییر یافته است. نیاز به عشق و صمیمیت و ایجاد رابطه باهمسر و ارضای نیازهای عاطفی- روانی از جمله دلایل اصلی زوج‌های امروزی برای ازدواج است؛ به عبارت دیگر گرچه صمیمیت، به رابطه زناشویی محدود نمی‌شود، با این حال بیشتر افراد به منظور صمیمیت ازدواج می‌کنند. در پژوهش‌های اخیر آمده است که از هر ۱۰ ازدواج، در ۱۰ سال اول ۷ ازدواج به طلاق ثبتی یا عاطفی می‌انجامد؛ بنابراین صمیمیت هم برای زوجین با رابطه عاطفی بلندمدت بدون ازدواج که باهم زندگی می‌کنند و هم برای زوجین ازدواج کرده، ملاک مهمی است. در واقع صمیمیت عاملی مهم در رضایت زناشویی است (۱).

اصطلاح کیفیت زناشویی^۱ یک اصطلاح عمومی و کلی است که سه مفهوم ۱. رضایت زناشویی، ۲. شادکامی زناشویی^۲ و ۳. سازگاری زناشویی را در برمی‌گیرد (۲). شادکامی زناشویی سطح کلی شادی فرد را از رابطه زناشویی نشان می‌دهد و شامل ارزیابی فرد در مورد احساس بهزیستی و رفاه یا رضایتمندی او در روابط زناشویی است (۳). ابعاد گوناگون رابطه انتظار می‌رود ازدواج سازگار برای مدت زمان طولانی دوام آورد و برای هر دو زوج رضایت‌بخش باشد. سازگاری زناشویی، به‌عنوان سازگاری زوجها با زندگی روزمره و تغییر شرایط زندگی و تغییر مناسب این شرایط در دوره زمانی ویژه تعریف شده و فرایندی در حال تغییر است که شامل چهار جنبه از عملکرد زوجها در زندگی مشترک شامل رضایت از زندگی زناشویی، تعهد به ازدواج، توافق و یک‌دلی در زندگی زناشویی و تجلی و ابراز عواطف و احساس‌ها در درون زندگی زناشویی می‌شود. زوج‌هایی که با یکدیگر موافق‌اند از زندگی زناشویی خود نسبتاً رضایت دارند، از ویژگی‌های شخصیتی شریک زندگی خود نیز ابراز رضایت می‌کنند، از مصاحبت با خانواده خود لذت می‌برند، به‌همراه یکدیگر به حل مشکلات زندگی می‌پردازند و درنهایت از رضایتمندی جنسی برخوردارند (۴).

صمیمیت زناشویی^۳ فرایندی تعاملی است که از چندین مؤلفه مربوط به هم تشکیل شده است و هسته اصلی این فرایند، شناخت، فهم و پذیرش فرد مقابل، همدلی با احساسات او و قدرشناسی از دیدگاه بی‌همتای وی نسبت به جهان است (۵). شافر و السون (۶) صمیمیت را دارای شش بعد عاطفی، اجتماعی، جنسی، عقلانی، تفریحی و عرفی می‌دانند. رابطه زناشویی صمیمی نیاز به این دارد که زوجها باهم ارتباط برقرار کنند و متفاوت باشند؛ به عبارت دیگر، صمیمیت، احساس نزدیک بودن است که زن و شوهر نسبت به یکدیگر دارند و یکی از مهم‌ترین نیازهای زوجین که نشانگر زندگی موفق و شاد زوجین است (۷). پژوهش نشان داده که در جامعه معاصر، زوجها مشکلات شدید و فراگیری را در هنگام برقراری و حفظ روابط صمیمانه و سازگاری با یکدیگر تجربه می‌کنند. صمیمیت مفهومی پویا در ارتباطات انسانی و به‌ویژه در روابط زوجی است که به معنای باز بودن و عدم بازداری در روابط و نزدیکی دو یا چند فرد در ابعاد گوناگون عاطفی، منطقی و عملکردی است که در بستر روابط ایجاد می‌شود و پویایی آن از این لحاظ است که صمیمیت برآیندی است از تمامی و کلیت یک رابطه که در صورت وجود شکاف یا نقص در هر یک از ابعاد یک بی‌فردی، از این مسئله تأثیر پذیرفته و متقابلاً بر کلیت رابطه تأثیر می‌گذارد. صمیمیت رفتارهایی است که نزدیکی عاطفی را افزایش می‌دهد. نزدیک بودن عاطفی شامل حمایت و درک متقابل، برقراری ارتباط و سهیم کردن خود، فعالیت‌ها و دارایی‌ها با فرد دیگر است (۸).

1. marital quality

2. marital happiness

3. marital intimacy

صمیمیت یک مشخصه کلیدی (۹) و مهم روابط زناشویی با کیفیت و از ویژگی‌های بارز یک ازدواج موفق به شمار می‌آید که برای سلامت و بهزیستی روان‌شناختی ضروری است (۱۰). خلق روابط صمیمانه و تلاش برای نگهداری آن در جهت برآورده ساختن نیازهای هیجانی و روان‌شناختی خود و همسر خود یک مهارت و هنر به شمار می‌آید (۷). فردی که میزان صمیمیت بالاتری در روابط تجربه می‌کند، قادر است خود را به شیوه مطلوب‌تری در روابط عرضه کند و نیازهای خود را به شکل مؤثرتری به شریک و همسر خود ابراز نماید (۱۱). به‌علاوه همسرانی که میزان صمیمیت بالاتری دارند، از رضایت زناشویی بیش‌تر نیز برخوردارند (۱۲). در مقابل، عدم صمیمیت در همسران روی سایر نقش‌های همسران مانند نقش والدینی و نقش کاری تأثیرگذار است (۱۳) و پیش‌بینی کننده مهم طلاق است. به‌طوری‌که زوجین در آستانه طلاق، اکثراً یکی از مهم‌ترین دلایل برای درخواست طلاق خود را بی‌توجهی یا کم‌توجهی همسر و به عبارتی صمیمیت کم و روابط سرد و عاری از محبت و صمیمیت اعلام می‌کنند (۱۴) و این موضوعات مطرح شده بر اهمیت و ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌افزاید.

این یکی از مشکلات شایع در دنیای امروز تعارضات و درگیری‌های زناشویی است که به دلیل اثرات مخرب آن مورد توجه مشاوران و روان‌درمانگران واقع شده به‌طوری‌که در این راستا نظریه‌های متعددی ارائه داده‌اند و پژوهش‌های مختلفی صورت گرفته است. هدف زوج‌درمانی کمک به زوجین برای سازگاری مناسب‌تر با مشکلات جاری و یادگیری روش‌های مؤثر ارتباط است (۱۵-۱۷). امروزه رویکردهای گوناگون زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی باهدف کاهش تعارضات و آشفتگی ارتباطی میان زوجین به وجود آمده است (۱۵). یکی از رویکردهای درمانی در کاهش تعارضات و بی‌رمقی زناشویی رویکرد شناختی-رفتاری^۱ است. مبنای اصلی رویکرد شناختی-رفتاری، تمرکز بر افکار و ادراک‌ها و تأثیر آن‌ها روی هیجان‌ها و رفتار است. این رویکرد علت بنیادی مشکلات و تعارض‌های زناشویی را تعاملات منفی، نارسایی ارتباطی زوجین، ادراک تحریف شده و تفکرات غیرمنطقی می‌داند. از این‌رو در این رویکرد، فرایند درمان به گونه‌ای طراحی شده که افکار و شناخت‌های منفی و خودکار شناسایی شده، پیوندهای میان شناخت، هیجان و رفتار تأیید شده و شواهد مخالف، افکار تحریف شده را بررسی کرده تا تعبیر واقع‌گرایانه را جایگزین شناخت‌های تحریف شده کرده و در دستیابی به حل تعارضات زناشویی و افزایش سازگاری، توفیق یابد، سویه رفتاری این رویکرد بر آرمیدگی، هدف‌گذاری و بازسازی کنشگرهای روزانه با هدف لذت و خرسندی تأکید می‌کند (۱۸). پژوهش‌ها مبین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عوامل مرتبط بر زندگی زناشویی هستند. به عنوان مثال پژوهش‌های باباپور خیرالدین و همکاران (۱۹)؛ خانجانی و شکی و همکاران (۲۰)؛ علی اکبری دهکردی و همکاران (۲۱)؛ کویتا و همکاران (۲۲)؛ حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری در افزایش صمیمیت، سازگاری و کیفیت زناشویی پیرفلک و همکاران (۲۳)؛ محمدی و همکاران (۲۴)؛ شکرالله زاده و همکاران (۲۵)؛ اِپستین و همکاران (۲۶) حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری کاهش دلزدگی و فرسودگی زناشویی و میل به طلاق بود.

زوجین به عنوان عوامل ایجادکننده محیط ناخوشایند درون خانواده و از هم پاشیدگی کانون گرم خانواده و افزایش طلاق در کشور، نیاز به آموزش روش‌ها و فنون متعددی دارند تا تغییرات لازم را در نگرش، رفتار و روابط خود با اعضای خانواده ایجاد نمایند و در نتیجه فضایی حاکی از پذیرش در خانه به وجود آورند تا در انجام امور از تمام توانایی‌های خود استفاده نمایند (۲۷). بنابراین هدف از پژوهش حاضر پاسخگویی به این سؤال بود که آیا زوج‌درمانی کوتاه مدت به شیوه شناختی رفتاری بر کیفیت روابط زناشویی و صمیمیت زناشویی زوجین در آستانه طلاق اثربخش است؟

روش پژوهش:

1. cognitive behavioral approach

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زوجین متقاضی طلاق در دادگاه مفتوح در شمال غرب شهر تهران منطقه ۵ در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری به شیوه هدفمند بود؛ به این صورت از بین زوجین متقاضی طلاق که به دادگاه مفتوح شهر تهران مراجعه کردند ۳۰ زوج براساس پیشنهاد ون وورهیس و مورگان (۲۸) برای حجم نمونه و ملاک‌های ورود به پژوهش (۱- مدت ازدواج؛ ۳-۷ سال؛ ۲- تحصیلات حداقل دیپلم؛ ۳- داوطلب بودن برای شرکت در پژوهش) انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ زوج) کنترل (۱۵ زوج) جایگزین شدند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس سازگاری زناشویی^۱. مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر (۲۹) شامل ۳۲ گویه است که چهار خرده‌مقیاس «رضایت زوجین^۲» (میزان رضایت از جنبه‌های مختلف رابطه)، «همبستگی زوجین^۳» (میزان مشارکت در فعالیت‌های مشترک)، «توافق زوجین^۴» (میزان توافق طرفین در مسائل مربوط به رابطه زناشویی مثل امور مالی، تربیت فرزندان و ...) و «ابراز محبت^۵» را در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً موافق=۵ تا کاملاً مخالف=۰ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ملازاده (۳۰) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و به منظور برآورد روایی^۶، با اجرای همزمان این پرسشنامه و پرسشنامه سازگاری زناشویی لاک-والاس، ضریب همبستگی ۰/۹۰ را گزارش کرد.

پرسشنامه نیازهای صمیمیت زناشویی^۷. پرسشنامه نیازهای صمیمیت باگاروزی (۵) شامل ۴۱ گویه است که نیازهای صمیمیت و ابعاد آن (عاطفی، روان‌شناختی، عقلانی، جنسی، جسمانی، معنوی، زیباشناختی و اجتماعی-تفریحی) را در یک طیف لیکرت ۱۰ درجه‌ای مورد ارزیابی قرار می‌دهد. اعتمادی و همکاران (۳۱) برای تعیین روایی محتوی و صوری آن، پرسشنامه در اختیار پانزده نفر استادان رشته مشاوره و پانزده زوج قرار داد که روایی محتوایی آن مورد تأیید قرار گرفت. پس از اصلاح نهایی، پرسشنامه بر روی ۳۰ زوج اجرا شد و ضریب پایایی کل پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد.

پکیج زوج درمانی شناختی-رفتاری. در پژوهش حاضر شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش ۸ جلسه ۱/۵ ساعته هفته‌ای یک جلسه تحت زوج درمانی شناختی-رفتاری براساس کتاب زوج درمانی شناختی رفتاری برای زوجین و خانواده‌ها (۳۲) قرار گرفتند. محتوای جلسات به شرح زیر بود:

جدول ۱. محتوا و ساختار جلسات زوج درمانی شناختی رفتاری

Table 1. Content and structure of cognitive behavioral couple therapy sessions

ردیف	اهداف جلسات	مواد آموزشی
------	-------------	-------------

¹. Dyadic Adjustment Scale

². dyadic satisfaction

³. dyadic cohesion

⁴. dyadic consensus

⁵. affection expression

⁶. validity

⁷. Marital Intimacy Needs Questionnaire

اول	<p>-آشنایی گروه با یکدیگر و قوانین گروه؛ - برقراری ارتباط و ایجاد آمادگی؛ - آموزش و آشنا کردن زوج‌ها و اعضای خانواده با مدل شناختی-رفتاری</p>	<p>-ماهیت ساختاری و همکاری ایجاد می‌کند که زوج‌ها یا اعضای خانواده اصول و روش‌های مربوط را بفهمند. درک مدل درمانی موجب می‌شود که فرد خود را با فرایند درمان هماهنگ نماید و هم مسئولیت‌پذیری در برابر افکار و اعمال را تقویت می‌کند -درمانگر در ابتدا کلیت تعلیمی مختصری از مدل ارائه می‌دهد و به صورت دوره‌ای، در طی درمان به مفاهیم خاص اشاره می‌کند؛ و درمانگر مطابق با ماهیت و شخصیت افراد مدل شناختی-رفتاری را تغییر می‌دهد. -به درمان جویان توضیح داده می‌شود که تکلیف خانگی بخش ضروری درمان محسوب می‌شود.</p>
دوم	<p>-تشخیص افکار خود آیند و هیجانات و رفتارهای مرتبط؛ -تعیین تحریف‌های شناختی و نام‌گذاری آن‌ها.</p>	<p>-درمانگر به افراد نشان می‌دهد که چگونه افکار خودآیندشان به پاسخ‌های هیجانی و رفتاری مربوط هستند. -درمانگر به درمان‌جو تکلیف ارائه می‌دهد و از درمان‌جویان می‌خواهد تا احساسات و افکار خودآیند خود را هم در جلسات و هم در خارج از جلسات ثبت نمایند. این راهکار به آن‌ها کمک می‌نماید تا تشخیص دهند که پاسخ‌های هیجانی و رفتاری منفی آن‌ها از طریق بررسی منظم شناخت‌های مربوط به آن‌ها قابل کنترل است. -استفاده از تمرین‌های بازسازی و تکنیک‌های تنفس عمیق.</p>
سوم	<p>-بررسی طرحواره‌ها و بازسازی طرحواره‌ها.</p>	<p>-گاهی درمان‌جویان راجع به مسائل خاصی اعتقادات و مفهوم‌پذیری‌های سختی دارند و در برخورد با اطلاعات جدید سخت‌تر و مقاوم‌تر خواهند شد. در چنین شرایطی درمانگر به آن‌ها کمک می‌کند تا تفکرات قدیمی را اصلاح نمایند -درمانگر به درمان‌جویان توضیح می‌دهد که چگونه طرحواره‌های قدیمی و تحریف‌های شناختی به عنوان منبع نگرانی و تضاد در زندگی هستند. -استفاده از تمرین‌های بازسازی و تکنیک‌های تنفس عمیق و ارائه تکلیف.</p>
چهارم	<p>-برقراری قانون از طریق چارچوب‌بندی مجدد و تمرین رفتاری.</p>	<p>-زمانی که افراد سعی می‌کنند احساسات و رفتاری را که مربوط به رویدادهای گذشته است را شناسایی کنند دچار مشکل می‌شوند. در این مواقع درمانگر از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش که در تجدید خاطرات کمک‌کننده است به افراد کمک می‌کند. -درمانگر از طریق راهنمایی کلامی و الگوبرداری مهارت‌های خاصی را به درمان‌جویان آموزش می‌دهد این تمرین رفتاری را فرد به محیط‌های دیگر نیز تعمیم می‌دهد. -ارائه تکلیف.</p>
پنجم	<p>-استفاده از فن پیکان رو به پایین؛</p>	<p>-درمانگر به درمان‌جویان کمک می‌کند تا برای ردیابی ارتباط میان افکار خودآیند فن پیکان رو به پایین را به کار برند که در آن فکر به ظاهر ملایم اولیه ممکن است به سبب مربوط بودن به افکار بااهمیت‌تر باعث اضطراب شود. -درمان از طریق تکنیک پیکان رو به پایین به درمان‌جویان کمک می‌کند که به تشخیص اولیه فکر خود بپردازد و باورهای هسته‌ای مربوط را بیابد؛ مثلاً خود کم بینی و عزت نفس پایین موجب خودکارآمدی پایین در انتخاب همسر می‌شود. -استفاده از تمرین رفتاری و ارائه تکلیف.</p>
ششم	<p>-استفاده مداخلات درمانی برای تعدیل الگوهای رفتاری -استفاده راهبردهای حل مسئله؛</p>	<p>-درمانگر برای افزایش رفتارهای مثبت و کاهش رفتارهای منفی از انواع مداخلات رفتاری را به کار می‌گیرد: -آموزش برقراری ارتباط کلامی و مهارت‌های شنیداری. -آموزش حل مشکل. -توافق بر سر تغییر رفتار. -درمانگر به درمان‌جو کمک می‌کند تا از راهبردهای زیر برای حل مسئله استفاده نماید: ۱. تعریف مسئله از لحاظ واژه‌های خاص رفتاری. ۲. ایجاد مجموعه احتمالی از راه‌حل‌ها. ۳. ارزیابی مزایا و معایب راه‌حل. ۴. انتخاب یک راه‌حل عملی. ۵. انتخاب راه‌حل نهایی و ارزیابی کارایی. -استفاده از تمرین رفتاری و ارائه تکلیف.</p>

<p>موضوع:</p>	<p>-استفاده از تکنیک های رفتاری -مداخلات هیجانی کم و افراطی؛</p>	<p>-درمانگر به درمان جو کمک می نماید تا پاسخ های هیجانی خود را طبق برنامه های زمانی ویژه برای بحث راجع به موضوعات آشفته ساز تقسیم بندی کند. افراد را در فعالیت های آرام بخشی مثل تکنیک های آرام بخشی رهبری می کند؛ توانایی فرد را برای تغییر افکار خود آینه دگرگون کننده بالا ببرد؛ شخص را در جستجوی حمایت اجتماعی از اعضای خانواده و دیگران حمایت کند. توانایی شخص را برای تحمل احساسات درمانده کننده بالا می برد و مهارت های شخص در بروز احساسات را به طور سازنده تقویت کند چنانکه مورد توجه دیگران قرار گیرد.</p>
<p>منبع:</p>	<p>-آموزش جرأت ورزی - خاتمه دادن.</p>	<p>-درمانگر به درمان جو کم می کند تا رفتارهای خجالتی و اربابی باعث اجتناب آن ها از صحبت کردن در مورد خودشان می شود را کاهش دهند. درمانگر همچنین به درمان جو یان کمک می کند تا سه نوع پاسخ جرأت مندانه، بی جرأتی و پرخاشگرانه را تمرین نمایند که به آن ها برای شناسایی مزایای رفتار جرأت مندانه در تعامل سازگار کمک می کند. -درمانگر به همراه درمان جو یان به مرور مطالب مطرح شده در جلسات جمع بندی آن ها می پردازد، به سوالات درمان جو یان پاسخ می دهد.</p>

یافته های پژوهش:

جهت بررسی اثربخشی زوج درمانی کوتاه مدت به شیوه شناختی رفتاری بر کیفیت روابط زناشویی زوجین در آستانه طلاق از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شده است. قبل از به کارگیری این آزمون مفروضه های این آزمون به وسیله آزمون همگنی شیب رگرسیون و آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۱ نتایج همگنی شیب رگرسیون بین متغیر کمکی (پیش آزمون کیفیت روابط زناشویی) و وابسته (پس آزمون کیفیت روابط زناشویی) را در سطوح عامل (گروه های آزمایش و کنترل) نشان می دهد.

جدول ۲. آزمون همگنی شیب رگرسیون برای متغیر کیفیت زناشویی

Table 2. Regression slope homogeneity test for marital quality variable

معناداری	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	منابع
۰/۰۰۱	۵۷/۱۸۹	۴۲۲/۸۴۰	۱	۴۲۲/۸۴۰	پیش آزمون کیفیت روابط زناشویی
۰/۲۸۷	۱/۱۵۷	۸/۵۵۱	۱	۸/۵۵۱	تعامل گروه و پیش آزمون
-	-	۷/۳۹۴	۵۶	۴۱۴/۰۴۹	خطا
-	-	-	۵۹	۳۴۱۴/۴۰۰	کل اصلاح شده

جدول ۲ نشان می دهد که تعامل گروه با پیش آزمون به لحاظ آماری معنادار نیست ($P > 0.05$)؛ بنابراین از مفروضه همگنی شیب رگرسیون تخطی نشده است. برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس کیفیت روابط زناشویی در گروه های مورد پژوهش نیز از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین در جدول ۳ آمده است:

جدول ۳. آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس برای پس آزمون کیفیت زناشویی

Table 3. Levene test for analysis of variance homogeneity for marital quality post-test

سطح معناداری	df ₂	df ₁	F
۰/۱۰۲	۵۸	۱	۲/۷۵۵

جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است نشان می‌دهد که از مفروضه برابری واریانس تخطی نشده است و نشان‌دهنده برقرار بودن این مفروضه در این مقیاس است. با توجه به نرمال بودن متغیرهای پژوهش، همگنی شیب رگرسیون و یکسانی واریانس، مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیری رعایت شده است و می‌توان از این آزمون برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد. به‌منظور بررسی اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه شناختی رفتاری بر کیفیت زناشویی زوجین از تحلیل کوواریانس یک متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی تأثیر زوج درمانی شناختی رفتاری بر کیفیت زناشویی

Table 4. Results of covariance analysis to investigate the effect of cognitive behavioral couple therapy on marital quality

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۴۵۶/۸۰۰	۱	۴۵۶/۸۰۰	۶۱/۶۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱۹	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۱۶۱۴/۴۰۲	۱	۱۶۱۴/۴۰۲	۲۱۷/۷۵۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹۳	۱/۰۰۰
خطا	۴۲۲/۶۰۰	۵۷	۷/۴۱۴	-	-	-	-
کل اصلاح‌شده	۳۴۱۴/۴۰۰	۵۹	-	-	-	-	-

جدول ۴ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات کیفیت روابط زناشویی بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($F_{(1, 57)} = 217/750$ و $P < 0/01$)؛ بنابراین زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه شناختی رفتاری موجب افزایش کیفیت روابط زناشویی زوجین در آستانه طلاق شده است. میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۷۹/۳ درصد بوده است.

جهت بررسی اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه شناختی رفتاری بر صمیمیت زناشویی زوجین در آستانه طلاق از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شده است. قبل از به‌کارگیری این آزمون مفروضه‌های این آزمون به‌وسیله آزمون همگنی شیب رگرسیون و آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۵ نتایج همگنی شیب رگرسیون بین متغیر کمکی (پیش‌آزمون صمیمیت زناشویی زوجین) و وابسته (پس‌آزمون صمیمیت زناشویی زوجین) را در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) نشان می‌دهد.

جدول ۵. آزمون همگنی شیب رگرسیون برای متغیر صمیمیت زناشویی

Table 5. Regression slope homogeneity test for marital intimacy variable

منابع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری
پیش‌آزمون صمیمیت زناشویی زوجین	۱۵۸۴۱/۱۰۹	۱	۱۵۸۴۱/۱۰۹	۸۲۶/۷۳۲	۰/۰۰۱

۰/۰۶۴	۳/۵۶۹	۶۸/۳۷۸	۱	۶۸/۳۷۸	تعامل گروه و پیش‌آزمون
-	-	۳/۵۶۹	۵۶	۱۰۷۳/۰۲۳	خطا
-	-	-	۵۹	۴۲۲۱۵/۳۳۳	کل اصلاح‌شده

جدول ۵ نشان می‌دهد که تعامل گروه با پیش‌آزمون به لحاظ آماری معنادار نیست ($P > 0.05$)؛ بنابراین از مفروضه همگنی شیب رگرسیون تخطی نشده است. برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس صمیمیت زناشویی زوجین در گروه‌های مورد پژوهش نیز از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین در جدول ۶ آمده است:

جدول ۶. آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس برای پس‌آزمون صمیمیت زناشویی

Table 6. Levene test for analysis of variance homogeneity for marital intimacy post-test

سطح معناداری	df ₂	df ₁	F
۰/۲۳۸	۵۸	۱	۱/۴۱۹

جدول ۶ نشان می‌دهد که مقدار سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است نشان می‌دهد که از مفروضه برابری واریانس تخطی نشده است و نشان‌دهنده برقرار بودن این مفروضه در این مقیاس است. با توجه به نرمال بودن متغیرهای پژوهش، همگنی شیب رگرسیون و یکسانی واریانس، مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیری رعایت شده است و می‌توان از این آزمون برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد. به‌منظور بررسی اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه شناختی رفتاری بر صمیمیت زناشویی زوجین از تحلیل کوواریانس یک متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی تأثیر زوج درمانی شناختی رفتاری بر صمیمیت زناشویی

Table 7. Results of covariance analysis to investigate the effect of cognitive behavioral couple therapy on marital intimacy

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۵۷۷۶/۸۶۶	۱	۱۵۷۷۶/۸۶۶	۷۸۷/۸۷۵	۰/۰۰۱	۰/۹۳۳	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۲۰۴۰۴/۵۶۰	۱	۲۰۴۰۴/۵۶۰	۱۰۱۸/۹۷۶	۰/۰۰۱	۰/۹۴۷	۱/۰۰۰
خطا	۱۱۴۱/۴۰۱	۵۷	۲۰/۰۲۵	-	-	-	-
کل اصلاح‌شده	۴۲۲۱۵/۳۳۳	۵۹	-	-	-	-	-

جدول ۷ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات صمیمیت زناشویی زوجین بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($F_{(1, 27)} = 1018.976$ و $P < 0.01$). میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۹۴/۷ درصد بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمانی شناختی رفتاری موجب افزایش صمیمیت و کیفیت روابط زناشویی زوجین در آستانه طلاق شد. این یافته‌ها با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های باباپور خیرالدین و همکاران (۱۹)؛ خانجانی وشکی و همکاران (۲۰)؛ علی اکبری دهکردی و همکاران (۲۱)؛ کاویتا و همکاران (۲۲)؛ که حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری در افزایش صمیمیت، سازگاری و کیفیت زناشویی و پیرفلک و همکاران (۲۳)؛ محمدی و همکاران (۲۴)؛ شکرالله زاده و همکاران (۲۵)؛ اِپستین و همکاران (۲۶) که حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری کاهش دلدزدگی و فرسودگی زناشویی و میل به طلاق بود، همراستا بود.

در تبیین یافته‌های حاضر می‌توان گفت اصل بنیادی شناخت درمانی رفتاری این است که رفتار و احساس فرد تا اندازه زیادی به چگونگی تفسیر فرد از جهان بستگی دارد. این درمان به مراجع کمک می‌کند تا به وسیله شناختن و تغییر دادن تفکر، رفتار و پاسخ هیجانی ناکارآمد، بر مشکلاتش غلبه کند (۳۳). تکنیک‌های شناختی، شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جستجوی کمک برای یافتن روش‌های جایگزین تفکر و تسهیل شناسایی علل مشکل و روش‌هایی برای حفظ این تکنیک‌ها است. درمان شناختی، با ایجاد تغییر و دگرگونی در نظام شناختی فرد، موجب می‌شود که واکنش‌های فرد به وسیله کیفیات شناختی وی تغییر یافته و شخص بتواند به طور صحیح واقعیت‌ها را درک و تفسیر کند (۳۴). الگوی شناختی رفتاری بر پاسخ‌های هیجانی و رفتاری افراد نسبت به رویدادهای زندگی تأکید دارد که به واسطه تفسیرهای وابسته به دیدگاه آن‌ها میانجیگری می‌شوند. این تفسیرها می‌توانند تحریف شده یا نابجا باشند. در رویکرد شناختی- رفتاری، به مراجعین در رشد مهارت‌هایی برای تغییر رفتار، ارتباط با دیگران، حل مسئله، کشف افکار و باورهای تحریف شده، به چالش کشیدن و دگرگون کردن باورها و نگرش‌های غیرمفید و بازسازی شناختی کمک کرد (۳۵). افکاری که دیدگاه‌های منفی را تقویت می‌کند و رفتارها و هیجان‌ها نشأت گرفته از این باورها را هدف قرار می‌دهد. از آنجا که افکار و رفتارها در یک چرخه معیوب فعالیت می‌کنند، هر دو جنبه، باید برای تغییر لحاظ شود. درمان شناختی رفتاری برای حل مشکل مراجع گام‌هایی را طی می‌کند از جمله؛ شناسایی افکار و فرض‌ها، ارزیابی افکار و چالش با آن‌ها، تشخیص افکار خودآیند، شناسایی تحریف‌های شناختی، مرتبط کردن هیجان‌ها با افکار خودآیند، ارزیابی فرض‌ها و قواعد، جایگزینی باورهای صحیح به جای باورهای تحریف شده، شکستن انتظارات غیرواقعی، ارزیابی نگرانی‌ها، پردازش هیجان‌ها و تکالیف رفتاری (۳۶). این رویکرد مشکلات زناشویی را نتیجه مهارت‌های ناکارآمد همسران در برقراری ارتباط، ناتوانی در حل مؤثر مشکلات و تعارض‌ها، انتظارات و باورهای غیرمنطقی و تبادلات رفتاری منفی می‌داند (۳۷). در واقع زوج درمانی شناختی- رفتاری به طور همزمان نقش فرایندهای شناختی و رفتاری را مورد تأکید قرار می‌دهد و فرصتی را فراهم می‌آورد تا زوجین بتوانند شیوه‌های الزم را برای شناسایی و اصلاح افکار و رفتارهای خود تخریب‌گر بیاموزند و در آینده به هنگام رویارویی با مسائل مختلف از آن‌ها استفاده کنند (۳۸).

براساس یافته‌های حاضر در یک جمع‌بندی می‌توان گفت زوج درمانی شناختی- رفتاری موجب افزایش رفتارهای مثبت و خوشایند، بهبود ارتباط، ایجاد مهارت‌های حل مسئله ایجاد تغییر در الگوهای زیان بخش یا مخدوش فکری زوجین، پیداکردن راه‌هایی برای جلوگیری از تشدید تعارض‌های تخریبی و کوشش برای تغییر الگوهای رفتاری مخرب شده است. درواقع، زوج درمانی شناختی- رفتاری فرصتی را فراهم آورد تا زوجین بتوانند شیوه‌های الزم برای شناسایی و اصلاح افکار و رفتارهای خود تخریب‌گر را بیاموزند و در آینده به هنگام رویارویی با مسائل مختلف از آن‌ها استفاده نمایند. زوج درمانی شناختی- رفتاری ضمن تأکید بر رفع خطاهای شناختی یا ذهنی (ذهنیت‌های غلط) در روابط همسران، شیوه‌های افزایش رفتارهای مطلوب و کاهش رفتارهای نامطلوب را نیز مورد توجه قرار داد. زوج درمانی شناختی رفتاری با تغییر الگوهای فکری نادرست توانسته

است میزان صمیمیت و کیفیت زندگی را در زوجین افزایش دهد و موجب کاهش عواطف منفی گردد. در واقع در پژوهش حاضر تغییر ایجاد شده در نوع نگاه زوجین به رویدادها و واقعیت‌های زندگی بر احساسات و نوع رفتارهای آن‌ها نسبت به یکدیگر تأثیرگذار بوده است. علاوه بر این راهبردهای شناختی و رفتاری و آموزش مهارت‌های زندگی، تغییر افکار، تعبیر و تفسیرها، شناسایی خطاها و تحریف‌های شناختی، شناسایی الگوهای ارتباطی زوجین و تأثیر آن بر رابطه، افزایش تعاملات مثبت و خوشایند، بهبود ارتباط و ایجاد مهارت‌های حل مسئله موجب تقویت عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی شده است و میزان صمیمیت و کیفیت زناشویی را در زوجین ارتقاء داده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که از درمان شناختی رفتاری می‌توان برای افزایش کیفیت و صمیمیت زناشویی زوجین و مؤلفه‌های آن بهره جست و در نهایت استحکام خانواده را با این رویکرد بهبود بخشید. مدل زوج‌درمانی شناختی رفتاری می‌تواند مشکلات زناشویی زوج‌ها را کاهش دهد و استفاده از این رویکرد زوج‌درمانی برای کار با زوجین درگیر با مشکلات زناشویی و متقاضی طلاق توصیه می‌گردد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که سنجش مرحله پیگیری مدتی پس از اجرای پس‌آزمون در پژوهش حاضر میسر نشد. در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود که پیگیری طولانی مدت برای بررسی اثربخشی درمان در طولانی مدت انجام شود.

منابع:

1. Fatemi M, Karbalaee Mohammad Meigouni A, Kakavand A. The effect of imago therapy on marital intimacy among couples. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017;17(1):51-9.
2. Hamidi E, Manshaee GR, fard FD. The Impact of Logotherapy on Marital Satisfaction. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2013;84:1815-9.
3. Emami Kalesar L, Rasouli M. The relationship between relational beliefs, relational attributes and marital happiness. *Journal of Applied Psychology*. 2017;11(43):393-410.
4. Nazari R, Karbalaee Mohammad Meigouni A. Structural model of perfectionism, psychological well-being and marital adjustment. *Journal of Applied Psychology*. 2017;11(43):411-32.
5. Bagarozzi DA. *Enhancing intimacy in marriage: A clinician's guide*: Routledge; 2001.
6. Schaefer MT, Olson DH. Assessing Intimacy: The Pair Inventory*. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1981;7(1):47-60.
7. Soltani A, Molazadeh J, Mahmoodi M, Hosseini S. A Study on the Effectiveness of Emotional Focused Couple Therapy on Intimacy of Couples. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2013;82:461-5.
8. Zanganeh Motlag F, Bani- Jamali S, Ahadi H, Hatami HR. The effectiveness of couples therapy based on acceptance and commitment and emotionally focused couples therapy on improvement of intimacy and reduction of alexithymia among couples. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology* 2017;11(44):47-56.
9. Kakolian S, Razavi M, Gholami Heidar Abadi Z. Effectiveness of Olson marital enrichment on marital intimacy and commitment of tehranian married women. *Quarterly of Family and Health*. 2019;9(1):80-92.
10. Kuczynski AM, Kanter JW, Wetterneck CT, Olaz FO, Singh RS, Lee EB, et al. Measuring intimacy as a contextual behavioral process: Psychometric development and evaluation of the Awareness, Courage, and Responsiveness Scale. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2019.
11. Baek E, Choo HJ, Lee SH. Using warmth as the visual design of a store: Intimacy, relational needs, and approach intentions. *Journal of Business Research*. 2018;88:91-101.

12. Ben Naim S, Gutman E. Marital Satisfaction and Intimacy as a Function of Parenting a Child with Autism or ADHD. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2018;99(10):e43.
13. Minnotte KL, Pedersen D, Mannon SE. The emotional terrain of parenting and marriage: Emotion work and marital satisfaction. *The Social Science Journal*. 2010;47(4):747-61.
14. Zahd Babolan A, Hosseini Shorabeh M, Peri Kamrani M, Dehghan F. Compare marital satisfaction, marital conflict and forgiveness in ordinary couples in divorce. *Family Pathology, Counseling and Enrichment Journal*. 2015;1(2):74-84.
15. Rostami M, Taheri A, Abdi M, Kermani N. The Effectiveness of Instructing Emotion-focused Approach in Improving the Marital Satisfaction in Couples. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2014;114:693-8.
16. Johnson SM. *The practice of emotionally focused couple therapy*: Routledge; 2012.
17. Gurman AS, Lebow JL, Snyder DK. *Clinical Handbook of Couple Therapy* Guilford Press; 2015.
18. Villabø MA, Compton SN. Chapter 15 - Cognitive Behavioral Therapy. In: Compton SN, Villabø MA, Kristensen H, editors. *Pediatric Anxiety Disorders*: Academic Press; 2019. p. 317-34.
19. Babapour Kheireddin J, Nazari M, Rashidzadeh L. The effect of cognitive- behavior therapy on marital satisfaction and intimacy of chemical patient couples. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2012;6(24):1-18.
20. Khanjani Veshki S, Shafiabady A, Farzad V, Fatehizade M. A Comparison between the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment couple therapy on conflicting couples marital intimacy in Isfahan. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017;17(4):31-40.
21. Aliakbari Dehkordi M, Mohammadi A, Alipor A, Mohtashami T. The effect of Cognitive-Behavioral Therapy on increasing marital adjustment domains in patients with vaginismus. *Biannual Journal of Applied Counseling*. 2012;2(Vol.2 NO.1):49-62.
22. Kavitha C, Rangan U, Nirmalan PK. Quality of life and marital adjustment after cognitive behavioural therapy and behavioural marital therapy in couples with anxiety disorders. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014;8(8):WC01-WC4.
23. Pirfalak M, Sodani M, shafiabadi A. The Efficacy of Group Cognitive-Behavioral Couple's Therapy (GCBCT) on the Decrease of Couple Burnout. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2014;4(2):247-69.
24. Mohammadi M, Sheykh Hadi Sirui R, Garafar A, Zahrakar K, Shakarami M, Davarniya R. Effect of Group Cognitive Behavioral Couples Therapy on Couple Burnout and Divorce Tendency in Couples. *Armaghane danesh*. 2017;21(11):1069-86.
25. Shokrollahzadeh M, Forouzesh M, Bazrafshan Mr, Hosseini H. The effect of cognitive behavioral couple therapy on marital conflicts and marital burnout. *Family Pathology, Counseling and Enrichment Journal*. 2017;3(1):115-31.
26. Epstein N, Baucom DH, Rankin LA. Treatment of marital conflict: a cognitive-behavioral approach. *Clinical Psychology Review*. 1993;13(1):45-57.
27. Shaker Dolagh A, Narimani M, Afrouz G, Hasani F, Baghdasarias A. The effectiveness cognitive-behavioral couple therapy on improvement function family in divorce applicant clients. *Quarterly Journal of Health Breeze*. 2014;2(1):53-60.
28. VanVoorhis CRW, Morgan BL. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology* 2007;3(2):43-50.
29. Spanier GB. Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and Family*. 1976;38(1):15-28.

30. Molazadeh J. The relationship between marital adjustment and personality factors and coping styles in martyrs children: Tarbiat Modares University; 2003.
31. Etemadi O, NavvbiNezhd S, Ahmadi A, Farzad V. A study on the effectiveness of cognitive-behaviour couple therapy on couple's intimacy that refer to counselling centres in Isfahn. *Psychological Studies*. 2006;2(1 & 2):69-87.
32. Dattilio FM, Beck AT. *Cognitive-Behavioral Therapy with Couples and Families: A Comprehensive Guide for Clinicians*. 1st ed: Guilford Press; 2013 2011/01/31.
33. Kang GA. Movement Disorders; Cognitive and Behavioral Characteristics. In: Aminoff MJ, Daroff RB, editors. *Encyclopedia of the Neurological Sciences (Second Edition)*. Oxford: Academic Press; 2014. p. 120-6.
34. Hagen R, Hjemdal O. Cognitive Behavior Therapy. In: Ramachandran VS, editor. *Encyclopedia of Human Behavior (Second Edition)*. San Diego: Academic Press; 2012. p. 525-30.
35. Kingdon D, Mander H. Cognitive Behavioral Therapy. In: Wright JD, editor. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)*. Oxford: Elsevier; 2015. p. 30-2.
36. Hardy KV. Cognitive Behavioral Therapy (CBT). In: Aminoff MJ, Daroff RB, editors. *Encyclopedia of the Neurological Sciences (Second Edition)*. Oxford: Academic Press; 2014. p. 822-3.
37. Minuchin S, Fishman HC. *Family Therapy Techniques*. 1st ed 1981.
38. Azimifar S, Fatehizade M, Bahrami F, Ahmadi A, Abedi A. Comparing the effects of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment therapy on marital happiness of dissatisfied couples in Isfahan: a single subject research. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2016;3(2):56-81.