

تأثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره‌ی شهر رشت

مهناز خسروجاوید*، سید امید ستوده ناورودی**، شینا زینعلی***

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره‌ی شهر رشت انجام گرفته است.

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی است و آزمودنی‌ها از طریق فراخوان محقق به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس شرکت کنندگان به فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک و فرم کوتاه پرسشنامه رضایت زناشویی پاسخ دادند. علاوه بر این دو ابزار بالینی، با استفاده از یک مصاحبه تشخیصی و بالینی مبتنی بر DSM-IV-TR نارضایتی زناشویی آنها نیز مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس بر اساس نقطه برش دو ابزار و مصاحبه بالینی 28 نفر به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه درمانی شناختی- رفتاری به مدت 7 جلسه بر روی گروه آزمایشی اجرا گردید. در مرحله پس از آزمون هر دو گروه با استفاده از ابزارهای پیش آزمون مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند و پس از یک ماه نیز همین ابزارها در مورد آنها به کار گرفته شد. داده‌های بدست آمده با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج بدست آمده نشان داد که درمان شناختی- رفتاری گروهی به طور معناداری در کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی تأثیر دارد ($p < 0/0001$).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی- رفتاری باعث بالا رفتن عملکرد زوجین در حل مسئله، همراهی عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد خانواده شده است.

کلید واژه‌ها: درمان شناختی- رفتاری، افسردگی، رضایت زناشویی، زنان متأهل.

* دکترای روانشناسی، عضو هیات علمی دانشگاه گیلان، (نویسنده مسئول؛ Mahnaz_khosrojauid@yahoo.com)

** کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز

*** کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه گیلان

مقدمه

خانواده یکی از ارکان اصلی جامعه بشمار می‌رود. دستیابی به جامعه‌ی سالم آشکارا در گروه سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و برقراری روابط مطلوب با یکدیگر است. از این رو

سالم‌سازی روابط اعضای خانواده بی‌شک، تاثیر مثبتی را در جامعه بدنبال خواهد داشت. یکی از جوانب بسیار مهم یک نظام زناشویی، رضایتی است که همسران در ازدواج تجربه می‌کنند (1). اما آمار طلاق که معتبرترین شاخص آشفتگی زناشویی است، نشانگر آن است که رضایت زناشویی به آسانی قابل دستیابی نیست (2) چه از یکسو در همان هفته‌ها و ماه‌های اول ازدواج عدم توافق‌های جدی ایجاد می‌گردد که چنانچه حل نگردند، می‌توانند رضایت و ثبات این رابطه را تهدید کنند (3)، از سوی دیگر صرفنظر از همه ازدواج‌هایی که به طلاق ختم می‌گردند، بسیاری از ازدواج‌های ناموفق نیز وجود دارند که همسران به دلایل گوناگون طلاق نمی‌گیرند (4).

برادبری و فینچام عوامل موثر بر رضایت زناشویی¹ را به دو دسته کلی تقسیم کرده‌اند: فرآیندهای بین‌فردی² که در درون ازدواج رخ می‌دهند و بافت و بوم‌شناسی اجتماعی- فرهنگی که ازدواج در آن رخ می‌دهد (5). باورها، انتظارات و اسنادها (6؛ 7؛ 8)، رابطه جنسی (9)، مهارت‌های ارتباطی، حل تعارض و پرخاشگری (10؛ 11؛ 12، 13)؛ صمیمیت و حمایت متقابل (14) از جمله فرآیندهای بین‌فردی می‌باشند که در رضایت زناشویی نقش بسزایی دارند. ویژگی‌های فردی از جمله پیشینه‌ی خانوادگی و عوامل شخصی و تجربی که هر یک از زوجین با خود به رابطه می‌آورد (15)، اختلال روانی (16)، سبک دلبستگی زوجین و رویدادهای زندگی از جمله عوامل اجتماعی- فرهنگی موثر بر استحکام روابط زناشویی است. اما مطالعه برادبری و کارنی (17) الگویی تلفیقی را جهت مطالعه رضایت زناشویی ارائه داده است که پیشنهاد می‌کند 3 طبقه بزرگ از متغیرهای موثر بر علل مشکلات زناشویی وجود دارد که عبارتند از: فرآیندهای سازگاران درون سیستم زوجین، حوادث تنیدگی‌زایی³ که زوجین تجربه می‌کنند (18)، و آسیب‌پذیری‌های شخصی هر یک

¹.Marital satisfaction

².interpersonal process

³.stressfully

از زوجین (17). مطالعات نشان می‌دهد که رویکردهای پیشگیرانه¹ برای جلوگیری از بروز مشکلات زناشویی در بلندمدت بسیار موثر و مقرون بصره می‌باشند (19,20). همچنین ازدواج‌های ناهماهنگ عامل خطرناکی برای افسردگی است.

برای درمان مشکلات زناشویی و افسردگی از شیوه‌های درمانی مختلفی استفاده می‌کنند که یکی از آنها درمان شناختی - رفتاری² است. درمان شناختی - رفتاری شامل مجموعه‌ای از مداخله‌های روان درمانی است که هدف آن کاهش میزان مشکلات روانی است و بیشتر از هر نوع مداخله روان شناختی دیگری مؤثر بوده است (21). در درمان شناختی - رفتاری زوجین، اجزای رفتاری، شناختی و اجزای اثرگذار تعامل زوجین به عنوان عواملی به هم مرتبط شناخته می‌شوند و تغییرات در یک مورد می‌تواند منجر به تغییرات در موارد دیگر شود. به علاوه، این نوع از درمان مشخص می‌کند که تغییر در هر سه مورد فوق می‌تواند به صورت مستقل و بی واسطه اتفاق بیفتد و بنابراین ممکن است به مجموع مداخله‌های متفاوتی نیاز داشته باشیم که با هم همپوشی دارند (22). تیچمن، بارال، شور و الیزور (23) تأثیر درمان‌های شناختی زوجین و دارو درمانی را بر روی شناخت، هیجان و رفتار در زوجین متأهل که افسردگی اساسی داشتند مورد مطالعه قرار دادند. نتایج نشان داد که هر دو شیوه درمانی در کاهش افسردگی مؤثر بودند. میلر (24) تأثیر درمان شناختی - رفتاری و درمان شناختی یکپارچه و ترکیبی از این دو را با یک دوره‌ی پیگیری دو ساله در زنان متأهل افسرده مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که هر سه شیوه درمانی در کاهش افسردگی و ناسازگاری زناشویی مؤثرند. داتچر (25) در یک مطالعه فراتحلیل به بررسی درمان رفتاری زوجین، درمان شناختی - رفتاری و زوج درمانی بینش گرا³ پرداخت که در آن زوجین مشکلات مربوط به افسردگی، مسائل ارتباطی و تعارض‌های زناشویی را مطرح کردند. او مشاهده کرد که هر سه شیوه درمانی دارای کارایی لازم در درمان افسردگی، مسائل ارتباطی و تعارض‌های زناشویی بوده و زوج درمانی روش مؤثرتری از عدم درمان است. تراپ (26) ترکیبی از درمان شناختی - رفتاری و زوج درمانی یکپارچه را در زنان متأهل افسرده که ناسازگاری زناشویی داشتند، مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان

1. viewpoint prevention

2. cognitive-behavior therapy

3. sightful

داد ترکیب درمان شناختی- رفتاری و زوج درمانی یکپارچه به طور معناداری در کاهش افسردگی و ناسازگاری زناشویی مؤثر است.

در پژوهش حاضر به دنبال بررسی تاثیر درمان های شناختی- رفتاری گروهی در افزایش رضایت زناشویی زنان متأهل در شهر رشت بودیم.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با یک گروه کنترل است. جامعه ی آماری پژوهش حاضر کلیه زنان متأهل مبتلا به افسردگی و ناراضی از زندگی زناشویی شهر رشت بودند که به فراخوان پژوهشگر برای آموزش روش‌های شناختی- رفتاری پاسخ دادند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. ابتدا از میان 94 زن متأهلی که به فراخوان پژوهشگر پاسخ مثبت دادند، 28 زن مبتلا به افسردگی و ناراضی از زندگی زناشویی بر اساس چهارمین متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM-IV-TR) و مصاحبه بالینی که توسط مشاور و روان شناس بالینی صورت گرفت و سپس بر اساس نمره‌های بالاتر از 15 در پرسشنامه فرم کوتاه افسردگی بک و نمره های پایین تر از 35 در پرسشنامه رضایت زناشویی انتخاب شدند. در مرحله بعد از 28 زن مبتلا به افسردگی 14 نفر به صورت تصادفی ساده به گروه درمان شناختی- رفتاری و 14 نفر دیگر به گروه کنترل واگذار شدند. لازم به ذکر است که 4 نفر از آزمودنی‌های درمان شناختی- رفتاری در جلسات درمانی حضور نیافتند. در نهایت گروه درمانی شناختی- رفتاری با 10 زن تشکیل گردید. در این مطالعه زنانی مورد بررسی قرار گرفتند که قبلاً هیچ درمانی دریافت نکرده بودند و در حال حاضر هم تحت درمان دارویی نبودند. جلسات درمانی هر 5 روز یک بار برگزار شد و موضوع جلسات آموزشی و تمرین‌های عملی در هفت جلسه 2 ساعته تنظیم شد، به طوری که نیمی از وقت هر جلسه به ارائه مطالب عملی در مورد موضوع جلسه اختصاص داده شد و بعد از استراحت و پذیرایی، نیمه دوم جلسه به صورت بحث گروهی پیرامون تمرین‌های مربوط به موضوع آموزشی برگزار گردید.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش برای اندازه‌گیری افسردگی و رضایت زناشویی از پرسشنامه‌های فرم کوتاه افسردگی بک (BDI) و فرم کوتاه رضایت زناشویی استفاده شد.

الف - پرسشنامه فرم کوتاه افسردگی بک (BDI-13): پرسشنامه افسردگی شامل 13 ماده خودگزارشی است که نشانه‌های خاص افسردگی را بیان می‌کند. هر گزاره ی این پرسشنامه شامل یک مقیاس چهار گویه‌ای است که دامنه ی آن از صفر تا 3 مرتب شده است و بیشینه و کمینه نمره آن بین 39 و صفر می‌باشد. BDI-13 (27). اسکوجین، باتلر، کوربیشلی و هامبلین در پژوهشی با استفاده از فرم کوتاه پرسشنامه بک پایایی همسانی درونی این پرسشنامه را 0/90 گزارش کردند. همچنین لایت فوت و الیور¹ (1985) ضریب آلفای کرونباخ فرم کوتاه را 0/87 و قابلیت اعتماد و بازآزمایی را به فاصله دو هفته 0/90 گزارش کردند رینولدز و گولد² همبستگی بین فرم اصلی و کوتاه را 0/93 گزارش کردند و همبستگیهای معنادار بین فرم اصلی و کوتاه و مقیاس افسردگی درجه بندی شخصی زانگ و مقیاس تنهایی دانشگاه کالیفرنیا - لوس آنجلس³ به ترتیب 0/57 و 0/58 بودند (27).

ب - پرسشنامه رضایت زناشویی محرابیان: مقیاس رضایت زناشویی توسط محرابیان برای ارزیابی و شناسایی زمینه های بالقوه مشکل‌زا و شناسایی زمینه های قوت و پربراری روابط زناشویی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای 14 ماده می باشد که حداقل و حداکثر نمره‌ها به ترتیب بین 14 تا 70 محاسبه می شود. ماده های این مقیاس به صورت لیکرت در یک طیف پنج گزینه ای درجه بندی شده است. رجبی ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه فرم کوتاه رضایت زناشویی در کل 0/90 و در زنان و مردان به ترتیب 0/91 و 0/89 محاسبه نمود (28). همچنین محرابیان در یک تحلیل عامل بر روی مقیاس فرم بلند رضایت زناشویی یک عامل با مقادیر ویژه بالاتر از 12/4 را به دست آورد. بلوم⁴ و محرابیان (1999) در یک تحقیق پایایی بازآزمایی فرم بلند مقیاس رضایت زناشویی با

1. Foot, & Olevier

2. Reynolds & Gould

3. Zank Measure Depression Grade personal & California -los angles privacy Measure

4. Blum

فاصله 6 هفته 0/83 و ضریب آلفای کرونباخ¹ 0/94 گزارش کردند. رجبی روایی همزمان مقیاس 14 ماده ای رضایت زناشویی با پرسشنامه 47 ماده ای اینریچ 0/83 (p 0/0001) < برای مردان 0/85 و برای زنان 0/81 (p < 0/001) به دست آورد (28).

برنامه آموزش شناختی- رفتاری گروهی: برنامه آموزش شناختی- رفتاری را با جلسه اول: معارفه پذیرش مراجع بررسی چشم‌داشت‌های مراجع، آشنایی مراجع با علائم جسمانی و روان‌شناختی افسردگی، خلاصه‌ای از آموزش به مراجع در زمینه الگوهای شناختی- رفتاری و شیوه درمان، جلسه دوم با شناخت افکار منفی، چگونگی به وجود آمدن این افکار، آموزش غلبه بر افکار منفی. جلسه سوم با آموزش غلبه بر تفکر دوبخشی، آموزش غلبه بر استنباط‌های دلخواهی، آموزش غلبه بر قضاوت نامتعادل، آموزش غلبه بر نتیجه-گیری فوری، آموزش غلبه بر ذهن خوانی، برداشت‌های اشتباه، جلسه چهارم با آموزش غلبه بر تعمیم افراطی، آموزش غلبه بر برچسب زدن، آموزش غلبه بر اصطلاح‌های نادرست، آموزش غلبه بر تعمیم مبالغه‌آمیز، آموزش غلبه بر مطلق‌گرایی، آموزش غلبه بر فیلتر ذهنی، آموزش غلبه بر احساس گناه، جلسه پنجم با آموزش غلبه بر بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی، آموزش غلبه بر فاجعه‌آمیز بودن، آموزش غلبه بر مصیبت‌آمیز بودن آموزش غلبه بر تردستی دوبخشی، آموزش غلبه بر توجه بیش از اندازه به موقعیت‌های منفی، آموزش غلبه بر شخصی‌سازی، جلسه ششم با آگاهی از زمان خشمگین شدن، به کنترل درآوردن خشم و غلبه بر خشم آغاز کردیم و در جلسه هفتم با جمع‌بندی و مرور کلی به فرآیند درمان و تأثیر آن بر روی زنان متأهل افسرده و اجرای آزمون افسردگی بک به پایان رساندیم لازم به ذکر است که هر جلسه آموزشهای لازم همراه با تکالیف به شرکت‌کنندگان در این پژوهش داده می‌شد.

یافته های پژوهش

در این قسمت ابتدا یافته‌های توصیفی و سپس یافته‌های استنباطی مربوط به فرضیه-های ارائه می‌گردد.

الف) یافته‌های توصیفی

1. Cronbach

جدول 1. شاخص های آماری میزان افسردگی گروههای آزمایش و کنترل در درمان شناختی- رفتاری گروهی در زنان متأهل

تفاضل پس آزمون و پیگیری		تفاضل پیش و پس آزمون		پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون			موقعیت
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	شاخص ها گروه ها
2/17	3/60	3/79	8/20	1/26	9/50	2/64	13/10	3/68	21/30	10	آزمایش
1/15	0/70	2/13	-1/10	4/20	21/90	5/25	22/60	5/77	21/50	10	کنترل
2/25	2/15	5/63	3/55	7/04	15/70	6/33	17/85	4/71	21/40	20	جمع

نتایج داده‌های این جدول 1 بیانگر این است که میانگین افسردگی گروههای آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون تقریباً یکسان است اما در مرحله پس آزمون و در مرحله پیگیری گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل نمره‌های پایین‌تری را نشان می‌دهد. یعنی درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش میزان افسردگی در زنان متأهل افسرده شده است ($p \leq 0/0001$).

جدول 2. شاخص های آماری میزان رضایت زناشویی گروههای آزمایش و کنترل در درمان شناختی- رفتاری گروهی در زنان متأهل

تفاضل پس آزمون و پیگیری		تفاضل پیش و پس آزمون		پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون			موقعیت
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	شاخص ها گروه ها
4/01	-3/90	4/94	-15/70	2/66	52	5/54	48/10	2/06	32/40	10	آزمایش
2/91	-0/60	2/26	1/70	4/30	29/40	4/61	28/80	3/89	30/50	10	کنترل
3/80	-2/25	9/67	-7	12/10	40/70	11/07	38/45	3/18	31/45	20	جمع

نتایج داده‌های این جدول 2 بیانگر این است که میانگین رضایت زناشویی گروههای آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون تقریباً یکسان است اما در مرحله پس آزمون و در مرحله پیگیری گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل نمره‌های بالاتری را نشان می‌دهد. یعنی درمان شناختی- رفتاری باعث افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل افسرده شده است ($p \leq 0/0001$).

جدول 3. آزمون های آماری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) مربوط به گروه های آزمایش و کنترل در ارتباط با متغیرهای وابسته در درمان شناختی- رفتاری گروهی

سطح P	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	نسبت F	ارزش	شاخص ها آزمون ها	گروه
$p \leq 0/0001$	15	4	66/26	0/94	اثر پیلاپی	
$p \leq 0/0001$	15	4	66/26	0/05	لانداى ويلكز ا	
$p \leq 0/0001$	15	4	66/26	17/67	اثر هتلینگ	
$p \leq 0/0001$	15	4	66/26	17/67	بزرگترین ریشه ری	

همان گونه که جدول 3 نشان می دهد، آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیری برای گروه های دوگانه آزمایش و کنترل معنادار می باشند. این یافته ها حاکی از آن است که حداقل دو گروه از نظر متغیرهای افسردگی و رضایت زناشویی در درمان شناختی- رفتاری با یکدیگر تفاوت دارند و می توان از تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه آنها استفاده نمود.

جدول 4. آزمون های همگنی واریانس های لوین در گروه های دوگانه بر اساس متغیرهای وابسته میزان افسردگی و رضایت زناشویی در درمان شناختی- رفتاری گروهی

سطح P	نسبت F	درجه آزادی کل	درجه آزادی (1)	متغیرها
$p \leq 0/028$	5/70	18	1	تفاضل پیش و پس آزمون در افسردگی
$\leq 0/013$ p	7/63	18	1	تفاضل پس آزمون و پیگیری در افسردگی
$\leq 0/010$ p	8/17	18	1	تفاضل پیش و پس آزمون در رضایت زناشویی
$p \leq 0/19$	1/85	18	1	تفاضل پس آزمون و پیگیری در رضایت زناشویی

همان گونه که در جدول 4 مشاهده می شود، نتایج آزمون همگنی واریانس های گروه های آزمایش و کنترل در رابطه با متغیرهای وابسته نشان می دهند که نسبت F مربوط به تفاضل پیش و پس آزمون در میزان افسردگی، تفاضل پس آزمون و پیگیری در میزان افسردگی و تفاضل پیش و پس آزمون در رضایت زناشویی معنادار هستند.

بنابراین واریانس گروه‌های دوگانه از نظر میزان افسردگی و رضایت زناشویی یکسان نمی‌باشند. اما با توجه به برابر بودن تعداد گروه‌های آزمایش و کنترل می‌توان از تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه آن‌ها استفاده کرد. اما نسبت F آزمون همگنی واریانس لوین در مورد تفاضل پس آزمون و پیگیری در میزان رضایت زناشویی معنادار نمی‌باشد.

جدول 5. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) مربوط به متغیر مستقل (گروه‌های دوگانه (آزمایش و کنترل) و متغیرهای وابسته دوگانه میزان افسردگی و رضایت زناشویی در درمان شناختی-رفتاری در زنان متأهل

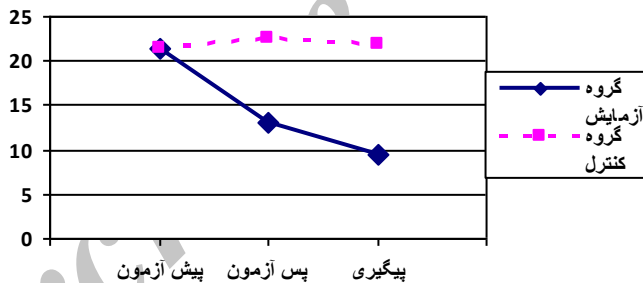
سطح P	نسبت F	میانگین مجموع مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	متغیرها ی وابسته	متغیرهای مستقل
$\leq 0/0001$ p	45/65	432/45	1	432/45	D	گروه
$p \leq 0/002$	13/88	42/05	1	42/05	D1	
$\leq 0/0001$ p	36/102	1513/80	1	1513/80	D2	
$p=0/050$	4/42	54/45	1	54/45	D3	
		9/47	18	170/50	D	خطا
		3/02	18	54/50	D1	
		14/78	18	266/20	D2	
		12/29	18	221/30	D3	
			19	602/95	D	کل
			1 9	96/55	D1	
			1 9	1780	D2	
			1	75	D3	

			9	275		
--	--	--	---	-----	--	--

D = تفاضل پیش و پس آزمون در میزان افسردگی، D1 = تفاضل پس آزمون و پیگیری در میزان افسردگی، D2 = تفاضل پیش و پس آزمون در میزان رضایت زناشویی، D3 = تفاضل پس آزمون و پیگیری در میزان رضایت زناشویی.

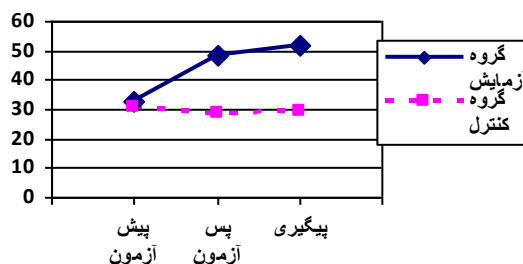
همان گونه که در جدول 5 ملاحظه می شود، نسبت F مشاهده شده تفاضل پیش و پس- آزمون در میزان افسردگی مربوط به گروه های دوگانه آزمایش و کنترل برابر با 45/65 ($p \leq 0/0001$) می باشد. این یافته نشان می دهد که گروه های آزمایش و کنترل از نظر میزان افسردگی در درمان شناختی- رفتاری با یکدیگر تفاوت دارند ($p \leq 0/0001$) و بیانگر این است که درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش میزان افسردگی در گروه آزمایش شده است.

نمودار 1. میانگین های میزان افسردگی در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه های آزمایش و کنترل در درمان شناختی- رفتاری



همانگونه که در نمودار بالا مشاهده می شود میزان افسردگی گروه آزمایش بعد از درمان های شناختی- رفتاری کاهش یافته و در گروه کنترل که در معرض این آموزش قرار نگرفتند افزایش یافته است.

نمودار 2 میانگین های میزان رضایت در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه های آزمایش و کنترل



همانگونه که در نمودار بالا مشاهده می شود میزان رضایت زناشویی گروه آزمایش بعد از درمان های شناختی-رفتاری افزایش یافته و در گروه کنترل که در معرض این آموزش قرار نگرفتند تغییری حاصل نشده است.

بحث و نتیجه گیری

همان گونه که در جدول 5 ملاحظه می شود، نسبت F مشاهده شده تفاضل پیش و پس آزمون در میزان افسردگی مربوط به گروه های دوگانه آزمایش و کنترل برابر با 45/65 ($p \leq 0/0001$) می باشد. این یافته نشان می دهد که گروه های آزمایش و کنترل از نظر میزان افسردگی در درمان شناختی-رفتاری با یکدیگر تفاوت دارند و بیانگر این است که درمان شناختی-رفتاری باعث کاهش میزان افسردگی در گروه آزمایش شده است. این یافته فرضیه اول پژوهش را تایید می کند. این یافته با پژوهشهای وایتون (29)، تیچمن، بارال، وایتون (23)، کارتی (30)، میلر (24)، داتچر (25)، بیچ، آریاس و اولری (31)، تراپ (26)، امانوئلز-زاروون و امل کمپ (32)، رجبی و جبّاری (33)، نوابی نژاد و ریاحی نیا (34)، ترقی جاه (35) و کیمیایی (36) در زمینه درمان شناختی-رفتاری برای کاهش افسردگی همسو می باشد. در راستای نتایج حاصل از این پژوهش با سایر پژوهش ها باید گفت درمان شناختی-رفتاری با کاهش افسردگی که بصورت تمایل منفی در فرایند پردازش اطلاعات (بدلیل تحریف تفسیرها از خود، محیط و آینده) و باورهای ناسازگارانه ای که به وسیله فرد برانگیخته می شود، ارتباط دارد.

نسبت F به دست آمده در بین گروه های دوگانه مربوط به تفاضل پس آزمون و پیگیری در میزان افسردگی 13/88 ($p \leq 0/002$) به دست آمد. این نتیجه نشان می دهد که میزان افسردگی گروه آزمایش و کنترل از مرحله پس آزمون به مرحله ی پیگیری

متفاوت است و بنابراین کاهش میزان افسردگی را از پس آزمون به مرحله ی پیگیری نشان می دهد (8/20). اما در گروه کنترل اختلاف چندانی بین میانگین های پس آزمون و مرحله ی پیگیری دیده نمی شود (1/10-). به عبارت دیگر، نمره های افسردگی آزمودنی های گروه آزمایش از پس آزمون به مرحله ی پیگیری کاهش یافته است. این یافته فرضیه دوم تحقیق را تایید می کند. این یافته با پژوهشهای انجام شده در زمینه درمان شناختی- رفتاری برای کاهش افسردگی همسو می باشد: وایتون (29)، تیچمن، بارال، وایتون (23)، کارتی (30)، میلر (24)، داتچر (25)، بیچ، آریاس و اولری (31)، تراپ (26)، امانونلز- زاروون و امل کمپ (32)، رجبی و جباری (33)، نوایی نژاد و ریاحی نیا (34)، ترقی جاه (35)، کیمیایی (36). در راستای نتایج حاصل از این پژوهش با سایر پژوهش ها باید گفت، زندگی پر از فراز و نشیب هیجانی است اما وقتی این تغییرات طولانی می شود، می تواند توانایی عملکردی افراد تأثیر داشته و معمولاً ایجاد افسردگی نماید. بر اساس نظریه ی شناختی (21)، افسردگی در نتیجه تحریف های شناختی خاصی در افرادی که مستعد افسردگی هستند به وجود می آید. این تحریف ها، طرحواره های افسردگی زا¹ نامیده می شوند و الگوی شناختی خاصی هستند که باعث می شوند فرد داده های درونی و بیرونی را تحت تأثیر تجارب اولیه، به گونه ای تغییر یافته درک کند.

همچنین نسبت F مشاهده شده مربوط به تفاضل نمره های پیش آزمون و پس آزمون میزان رضایت زناشویی در گروه های آزمایش و کنترل معنادار است ($F=102/36$, $p \leq 0/0001$). این یافته نشان می دهد که نمره های رضایت زناشویی گروه تحت آموزش درمان شناختی- رفتاری از مرحله پیش آزمون به مرحله پس آزمون نسبت به گروه بدون مداخله ی آموزشی افزایش یافته است. به عبارت دیگر درمان شناختی- رفتاری منجر به افزایش میزان رضایت زناشویی گروه آزمایش شده است. این یافته با فرضیه سوم تحقیق هماهنگ است. یافته حاضر با پژوهشهای تیچمن، بارال، وایتون (23)، میلر (24)، داتچر (25)، بیچ، آریاس و اولری (31)، تراپ (26)، رجبی و جباری (33)، رفیعی (37) و تبریزی (38) و اعتمادی و همکاران (39) در زمینه درمان شناختی- رفتاری برای افزایش رضایت زناشویی همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت که در زمینه رضایت زناشویی برداشت زن و شوهر از رفتار همدیگر بیش از رفتار حائز اهمیت است. فردی که رضایت

1. depressogenic schemata

زناشویی بالایی داشته باشد نسبت به زندگی‌اش نگرش مثبتی دارد و برعکس اگر فردی از زندگی زناشویی‌اش ناراضی و ناخشنود باشد، نگرش منفی به زندگی و خود در او شکل می‌گیرد.

نسبت F مشاهده شده مربوط به تفاضل مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری میزان رضایت زناشویی گروه آزمایش و کنترل برابر با $4/42$ ($p=0/050$) می‌باشد که بیانگر این است که میزان رضایت زناشویی گروه تحت درمان شناختی-رفتاری از مرحله پس آزمون به مرحله پیگیری تفاوت داشته است. این نتیجه با فرضیه چهارم تحقیق هماهنگ می‌باشد. این یافته با پژوهشهای انجام شده در زمینه درمان شناختی-رفتاری برای افزایش رضایت زناشویی همسو می‌باشد: وایتون (23)، تیچمن، بارال، وایتون (23)، میلر (24)، داتچر (25)، بیچ، آریاس و اولری (31)، تراپ (26)، امانوئلز-زاروون و امل کمپ (32)، رجبی و جباری (33)، رفیعی (37) و تبریزی (38) و اعتمادی و همکاران (39). در راستای تبیین این یافته می‌توان گفت که در زمینه رضایت زناشویی برداشت زن و شوهر از رفتار همدیگر بیش از رفتار حائز اهمیت است. فردی که رضایت زناشویی بالایی داشته باشد نسبت به زندگی‌اش نگرش مثبتی دارد و برعکس اگر فردی از زندگی زناشویی‌اش ناراضی و ناخشنود باشد، نگرش منفی به زندگی و خود در او شکل می‌گیرد. به نظر می‌رسد که رفتارهای منفی نقش مهمی در رشد نشانه‌های افسردگی در زوجین و همسرانشان دارد. یافته‌ها نشان می‌دهد که رفتارهای تهدیدکننده زوجین مانند انحراف در امور زندگی و بی‌اعتمادی می‌تواند در واکنش سریع به افسردگی مؤثر باشد. درمان شناختی-رفتاری در پی آن است تفکر معیوب درباره همسر و اسطوره‌های غلط درباره ارتباط زناشویی را تغییر دهد، همچنین مهارت‌هایی برای برقراری ارتباط مؤثرتر و حل مسأله طراحی نماید. متخصصان این رویکرد بر اصلاح اسنادها و انتظارات مراجع، یک تحلیل منطقی را به کار می‌برند.

با توجه به آنچه گذشت می‌توان گفت شواهد زیادی وجود دارد که فقدان حمایت اجتماعی و عدم صمیمیت با افراد مهم زندگی نقش مهمی در شکل‌گیری افسردگی برعهده دارد. مشکلات زناشویی عامل خطر ساز مهمی برای بروز افسردگی است. همچنین آشفتگی رابطه بین زن و شوهر موجب اضطراب و افسردگی در یکی و یا هر دو آنها می‌شود و در موارد دیگر بر شدت مشکلات موجود در خانواده‌ها می‌افزاید. هر چند رضایت زناشویی و در مقابل آن ناراضی زناشویی، بیشتر مورد علاقه درمانگران و مشاوران خانواده است. شناخت

عوامل مرتبط با سازگاری و رضایت زناشویی به منظور افزایش بقاء و آرامش و رفاه زوجین می‌تواند برای همه سودمند باشد، چرا که سازگاری و رضایت زناشویی را عامل حفظ و نظام و تقویت حیات روانی خانواده است. از جمله محدودیتهایی که در این پژوهش می‌توان به آن اشاره کرد این است که رضایت زناشویی متغیری است که جنبه‌های مختلفی دارد و ممکن است تأثیر این آموزش در دوره پیگیری بر همه جنبه‌ها موثر واقع نشده باشد. همچنین آزمودنی‌ها فقط زن بودند و مداخلات درمانی فقط بر روی آن انجام شد و از آن-جایی که همسران آن‌ها نیز باید تغییر می‌کردند، ممکن است عدم مشارکت شوهر در درمان باعث عدم اثربخشی پژوهش شده باشد. ممکن است در دوره پیگیری مسائل و مشکلاتی در روابط زناشویی به وجود آمده که باعث شده تأثیر مورد انتظار مشاهده نشود و همچنین مدت زمان دوره پس‌آزمون به پیگیری که یک ماه بود زمان کافی برای نشان دادن تفاوت معناداری از پس‌آزمون به پیگیری نیست، در حالی که در بیشتر تحقیقات حداقل زمان برای اجرای مرحله پیگیری یک دوره شش ماهه بوده است. از این رو پیشنهاد می‌شود که انجام پژوهشهایی در ارتباط با افسردگی و رضایت زناشویی با این شیوه‌های درمانی بیشتر احساس می‌گردد. همچنین برنامه‌ریزان مسائل خانواده و توسعه برنامه‌های بهداشت روان برای کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زوجین توجه خاصی داشته باشند.

منابع

- 1- Taniguchi, S. T., Freeman, P. A., Talor, S., & Mallcarne, B. (). A study of married couple's perceptions of marital satisfaction in outdoor recreation. *Journal of Experiential Education*, 2006, 28(3), 253- 256.
- 2- Rosen- Grandon, J. R., Myers, J. E., & Hattie, J. A. The relationship between marital characteristics, marital interaction processes and marital satisfaction. *Journal of Counseling & Development*, 2004, 82 (1), 58- 68.
- 3- Tallman, I., & Hsiao, Y. Resources, cooperation, and problem – solving in early marriage. *Social Psychology Quarterly*, 2004, 67(2), 172- 188.
- 4- Greef, A.P., & Malherbe, H. L. Intimacy and marital satisfaction in spouses. *J Sex Marital Ther.* 2001 May-Jun; 27(3):247-57.
- 5- - Bradbury, T. N., Fincham, F. D., & Beach, S. R. H. Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, 2000, 62, 964- 980.
- 6- Fincham, F.D., & Bradbury, T. N. Marital satisfaction, depression and attributions: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1993, 64, 442- 452.

- 7- Gurney, B. G., Jr., & Maxon, P. Marital and family enrichment research: A decade review and a look ahead. *Journal of Marriage and the Family*, 1990, 52(4), 1127- 1135.
- 8- Whisman, M. A., Delinsky, S. S. Marital satisfaction and an information-processing measure of partner-schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 2002, 26(5), 617-627.
- 9- - Lieser, M. L., Tambling, R. B., Bischof, G. H., & Murry, N. Inclusion of sexuality in relationship education programs. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 2007, 15(4), 374-380.
- 10-Roberts, L. J. Fire and ice in marital communication: Hostile and distancing behavior as predictors of marital distress. *Journal of Marriage and the Family*, 2000, 62, 693-707.
- 11-Marchand, J. F., & Hock, E. Avoidance and attacking conflict-resolution strategies among marriage couples: Relations to depressive symptoms and marital satisfaction. *Family Relations*, 2000,49, 201-206.
- 12- Babcock, J.C., Costa, D. M., Eckhardt, C. I., & Green, C. E. What situations induce intimate partner violence? A reliability and validity study of the proximal antecedents to violent episodes (PAVE) scale. *Journal of Family Psychology*,2005, 18(3), 433-442.
- 13 -Gollan, J., Fridman, M. A., & Miller, I. W. Couple therapy in treatment of major depression. In A. S. Gurman & N.S Jacobson (eds). *Clinical handbook of Couple Therapy*. 635-676. New York: The Guilford press, 2002.
- 14- Hickman, W. A., Protinsky, H. O., & Singh, K. Increasing marital intimacy: lessons from marital enrichment. *Contemporary Family Therapy*,1997, 19(4), 581- 560.
- 15- Sanders, M. R., Halford, W. K., & Behrens, B. C. Parental divorce and premarital couple communication. *Journal of Family Psychology*, 1999, 13, 60-74.
- 16-Whisman, M. A. Marital Distress and DSM-IV Psychiatric Disorders in a Population--Based National Survey. *Journal of Abnormal Psychology*.2007, 116(3), 638-643.

- 17- Bradbury, T. N. Assessing the four fundamental domains of marriage. *Family Relations*, 1995, 44, 459-468.
- 18- Patterson, J. M. Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family*, 2002, 64(2), 349-360.
- 19- Baucom, D. H., Hahlweg, K., Atkins, D. A., Engl, J., & Thurmaier, F. Long-term prediction of marital quality following a relationship education program: Being positive in a constructive way. *Journal of Family Psychology*, 2006, 20 (3), 448- 455.
- 20- Halford, W. K., Lizzio, A., Wilson, K. L., & Occhipinti, S. Does working at your marriage and satisfaction in the first 4 years of marriage. *Journal of Family Psychology*, 2007, 21(2), 185-194.
- 21- Beck, A.T. How an anomalous finding led to a new system of psychotherapy. *Nat Med*; 2006, 12: 1139-114.
- 22- Baucom, D. H. Will the real cognitive – behavior marital therapy please stand up? *Journal of family psychology*, 1991, 4: (4), 394-401.
- 23- Tuchman, Y., Bar-el, Z., Shor, H., Sirota, P., & Elizur, A. Research report cognitive, interpersonal, and behavioral predictors of patients and spouses depression. *Journal of Affective Disorders*, 2003, 74, 247-256.
- 24- Miller, S. M. CBT, ICT, and combined treatments for depressed married women: A two year follow-up. *www. Proquest. Com. Surce. DAI.B. 61/08.P. 4418*, 2000.
- 25- Dutcher T. D. A meta-analytic study of marital therapy modalities and clients' presenting problems. Doctoral dissertation, The Union Institute, 73 pages; AAT 9948800, 1999.
- 26- Trapp, M. d. The interaction of cognitive-behavioral therapy with integrated couple therapy for the treatment of depression in women. *www. proquest. Com. Surce. DAI.B. 58/08.P. 4486*, 1997.
- 27- رجبی، غلام رضا. ویژگیهای روانسنجی ماده های فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک BDI-13، فصلنامه روانشناسان ایران، 1384، سال اول، شماره 4، 5(3). صص. 291-298.

28- رجبی، غلام رضا. تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی مقیاس رضایت زناشویی بر روی کارمندان شهید چمران (مقاله منتشر نشده)، 1387.

29- Whitten, Sarah W. The longitudinal association between relationship satisfaction and depressive symptoms: A twelve week, Web-based study. Doctoral dissertation, University of Denver, 183 pages; AAT 3138961, 2004.

30- Karney, B. R., Bradbury, T. N., Fincham, F. D., & Sullivan, K. T. The role of negative affectivity in the association between attributions and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994, 66(2), 413-424.

31- Beach, S. R. H., Fincham F.D., Katz, J. Marital therapy in treatment of depression: toward a third generation of therapy and research. *Clinical psychology Review*. 1998, 18 (6), 635-661.

32- Emanuels-Zuurveen, L., & Emmelkamp, P. M. G. Individual Cognitive-behavioral therapy and marital therapy for depression in martially distressed couples. *British Journal Psychiatry*. 1996, 169, 181-188.

33- رجبی، غلام رضا؛ جباری، حوا. تأثیر درمان شناختی بر رضایت زناشویی در زنان متأهل مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به مرکز بهزیستی شهید فیاض بخش شهر رشت. چکیده مقالات دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران، 28-25 اردیبهشت ماه 1385.

34- نوابی نژاد، شکوه؛ ریاحی نیا، نصرت. مقایسه تاثیر مشاوره گروهی با رویکرد شناختی رفتاری و کتاب درمانی شناختی بر افسردگی زنان 40-30 ساله. *مجله مطالعات زنان*, 1386, 1(1), صص. 45-71.

35- ترقی جاه، صدیقه؛ نوابی نژاد، شکوه؛ بوالهروی، جعفر؛ کیامنش؛ علیرضا. مقایسه تاثیر روان درمانی گروهی با رویکرد شناختی و رویکرد معنوی بر افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه های تهران. تازه ها و پژوهشهای مشاوره، 1386, 6(21), صص 111-125.

36- کیمیایی، سید علی؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ دلاور، علی و صاحبی، علی. بررسی و مقایسه تأثیر شناخت درمانگری بک با شناخت درمانگری تیزدل و تلفیق آن با ورزش یوگا

در درمان افسردگی اساسی. فصلنامه مطالعات تربیتی و روانشناسی، 1385، 7 (2)، صص. 113-88.

37- رفیعی، بندری فرحناز؛ نورانی پور، رحمت اله. تاثیر آموزش های شناختی - رفتاری بر رضایت زناشویی زوج های دانشجو مستقر در خوابگاه متاهلین دانشگاه تهران. تازه ها و پژوهشهای مشاوره 1384، 4 (14)، صص 25-40.

38- جوکار، مهناز؛ باغبان، ایران؛ احمدی، سید احمد. مقایسه و اثربخشی حضوری و کتاب درمانی به شیوه شناختی در کاهش علائم افسردگی. مجله روانپزشکی و روانشناسان بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، 1385، 12، 3 (پیاپی 46)، صص. 276-270.

39- اعتمادی، عذرا؛ نوابی نژاد، شکوه؛ احمدی، سید احمد؛ فرزاد، ولی اله. بررسی اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری بر صمیمیت زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان. فصلنامه مطالعات روان شناختی، 1385، 2 (2-1)، صص. 69-87.

Archive of SID