



اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر سردمزاجی و صمیمیت زناشویی زنان

نرگس آزادی

دانشگاه آزاد اسلامی زنجان

ms.psychology20@gmail.com

خدیدجه غلامی قره چناق

دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد

ناهید جهانشاهی حصاری

دانشگاه آزاد اسلامی زنجان

غزاله ترناس

دانشگاه آزاد اسلامی کرج

Gh.tarnas@yahoo.com

چکیده

هدف: سرد مزاجی جنسی تنها به کاهش رضایت طرفین از ارضای نیاز های جنسی خلاصه نمی شود بلکه از عوامل مهم در سلامت روانی زوجین و استحکام خانواده مطرح است و امروزه بیشتر از قبل موضوع پژوهش های مختلف بوده است. این پژوهش با هدف بررسی اثر درمان شناختی- رفتاری بر سردمزاجی و صمیمیت زناشویی زنان شهر تهران انجام گرفته است. **روش:** روش پژوهش آزمایشی و از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. به این منظور از بین زنانی که به دلیل مشکل سردمزاجی و زناشویی به یکی از مراکز مشاوره ی شهر تهران مراجعه کرده بودند با توجه به ملاک های ورود به پژوهش، ۳۰ نفر از آنان به شیوه در دسترس انتخاب و به تصادف در دو آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش تحت مداخله ی شناختی - رفتاری به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای قرار گرفت و گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای را دریافت نکرد. ابزارهای های جمع آوری اطلاعات دو پرسشنامه ی صمیمیت زناشویی و سرد مزاجی زنان بود. داده های به دست آمده از روش تحلیل کوواریانس یک-متغیره و چند متغیره و با بهره گیری از نرم افزار SPSS 23 تحلیل شد. **یافته ها:** نتایج نشان داد که بین عملکرد دو گروه آزمایش و کنترل پس از مداخله ی شناختی- رفتاری تفاوت آماری وجود دارد ($P < 0/01$)، و درمان شناختی- رفتاری بر صمیمیت زناشویی و سرد مزاجی تأثیر دارد. **نتیجه گیری:** بنابراین می توان نتیجه گرفت که از این روش درمان گری می توان برای افزایش صمیمیت زوجین و کاهش سرد مزاجی زنان و بهبود بهزیستی و سلامت خانواده بهره مند شد.

لغات کلیدی: درمان شناختی رفتاری، صمیمیت زناشویی، سردمزاجی، زنان



مقدمه

عوامل متعددی وجود دارد که می‌توانند بر عملکرد جنسی تأثیر بگذارند و مشکلاتی را در مراحل مختلف پاسخ جنسی نظیر میل، انگیزگی و ارگاسم ایجاد نمایند بنابراین فرد در هر یک از این مراحل می‌تواند دچار مشکل شود که یکی از این اختلالات، اختلال میل جنسی پایین یا کم کار می‌باشد. پژوهش‌های کینزی بیانگر آن بود که بیشترین شکایات جنسی زنان پیرامون میل جنسی پایین یا بازداری شده می‌باشد که اغلب مردم آن را سردمزاجی می‌نامند که ویژگی اصلی این مشکل کمبود یا فقدان خیالپردازیهای جنسی و بی‌میلی، می‌باشد (رینیش و بیسلی^۱، ۱۹۹۱).

مشکلات مرتبط با صمیمیت اغلب خود را به عنوان مشکلات جنسی در یک رابطه‌ی شکست خورده، نشان می‌دهد، زمانی که مشکلات جنسی وجود داشته باشد و علت پزشکی دلیل شکست در رابطه نباشد، مشکلات مربوط به صمیمیت به عنوان بخشی از تاریخچه‌ی جنسی افراد مورد توجه قرار می‌گیرد (باگاروزی^۲، ۲۰۰۱). کیفیت رابطه‌ی جنسی و صمیمیت زناشویی با یکدیگر مرتبطند؛ اما بعضی از مدارکی وجود دارد که بین احساس، نظریه پردازان از یک ارتباط مستقل صحبت می‌کنند، خوشبختی و بهبود در روابط بین فردی ناشی از رضایت جنسی در زنان رابطه وجود دارد (پاتون و وارینگ، ۱۹۸۵). لانمن و همکاران (۲۰۰۶) مطالعات مشابهی نیز در مورد مردان انجام گرفته با این حال رابطه‌ی بین رضایت جنسی و احساس خوشبختی در زنان نسبت به مردان قوت بیشتری دارد.

چرخه‌ی پاسخ جنسی در زنان یک مسئله‌ی زیستی روانی می‌باشد که به بافت روابط زندگی خانوادگی بستگی دارد و این شرایط برای زنان نسبت به مردان اهمیت بیشتری دارد. برخی عوامل می‌توانند بر این چرخه اثر بگذارند، از جمله: امنیت، زندگی خصوصی، سلامت جسمی روانی و مراحل تحول در زندگی خانوادگی (تولد اولین فرزند، پرورش فرزندان، زندگی با نوجوانان، به عرصه رساندن فرزندان، قبل از یائسگی، یائسگی و بازنشستگی) می‌تواند بر صمیمیت جنسی زوجین در یک رابطه‌ی طولانی مدت اثر بگذارد و آموزش در حوزه‌ی درمان‌ها ی جنسی و زناشویی که در حال تکامل هستند نیز نشان داده اند اگر درمان، صمیمیت بین زوجین را افزایش میدهد، رضایت جنسی نیز افزایش خواهد یافت. رویکردهای مطالعاتی متفاوتی نسبت به صمیمیت وجود دارد. بسیاری از مطالعات مستقیماً صمیمیت را مورد ارزیابی قرار نمیدهند بلکه عوامل و مؤلفه‌های مرتبط با تعدادی از مدل‌های نظری، صمیمیت، همچون رضایت زناشویی را مورد بررسی قرار می‌دهند (مککیب^۳، ۱۹۹۷).

از طرفی اختلال میل جنسی با احساس صمیمیت نسبت به همسر رابطه دارد. تراویس و تراویس^۴ (۱۹۹۶) بیان می‌کنند که صمیمیت از سه جزء تشکیل شده‌است؛ صمیمیت شهوانی، صمیمیت حسی و درک همسر به عنوان یک فرد خاص. به بیان وی فقدان هر یک و یا همگی این حوزه‌ها منجر به اختلال عملکرد جنسی می‌شود. شواهد آماری نیز نشان می‌دهد که دو سوم جدایی و طلاق زوجین به علت عدم توافق زوجین بر سر مسائل مقاربتی و زناشویی می‌باشد (نوید^۵ ۱۳۸۳) افزایش طلاق و نارضایتی زناشویی از یکسو و تقاضای همسران برای پربارسازی و بهبود روابط زناشویی از سوی دیگر، نشان دهنده‌ی نی از همسران به مداخلات و آموزشهای تخصصی در این زمینه است. برای درمان مشکلات مربوط به صمیمیت زوجین رویکردهای متعددی نظیر روان تحلیلی، شناختی رفتاری، ارتباط درمانی متمرکز بر عواطف و روانی آموزش وجود دارد. هر یک براساس تبیین‌های خاص خود از روابط صمیمانه‌ی همسران، روشهای درمانی و آموزشی ویژه‌ای برای افزایش صمیمیت و حل مشکلات مربوط به صمیمیت ارائه میکنند (اعتمادی و همکاران، ۱۳۸۵).

مبانی نظری رویکرد شناختی رفتاری ترکیبی از نظریه‌های لیبرمن و استوارت^۵ (۱۹۶۸)، جاکوبسن، مارگولین^۶ (۱۹۷۹) بر نشتاین، بک والیس^۷ (۱۹۸۴) گرفته شده است. این رویکرد تلفیقی مشکلات زناشویی از جمله عدم صمیمیت را نتیجه‌ی مهارت‌های ناکارآمد همسران در برقراری ارتباط، ناتوانی در حل موثر، مشکلات و تعارضات، انتظارات و باورهای غیر منطقی و تبادل رفتاری منفی می‌داند (گلدنبرگ^۸، ۲۰۰۰).

¹ Basely

² Bagarozy

³ Mc Cabe

⁴ Travise

⁵ Liberman and stwart

⁶ Jackobsen and margolin

⁷ Bernestain back valis

⁸ Godenburgh



چامبلس و اولندیک^۱ (۲۰۰۱) گزارش می کند که در خصوص تأثیر شیوهی شناختی رفتاری بر سازگاری، رضایت زناشویی و نیز بهبود رفتارهای جنسی تاکنون پژوهشهای مختلفی صورت گرفته است و شواهد زیادی بر مؤثر بودن و اثربخشی این شیوه وجود دارد، از طرفی نزو وهمکاران^۲ (۱۹۸۶) بهبود تمایلات جنسی را از طریق آموزش هایی که مبتنی بر کاهش اضطراب و نیز تمرکز حسی و کاهش شناختهای ناکارآمد و طرح واره های ناسازگارانه ی جنسی است، گزارش می نمایند. لیندا وهمکاران^۳ (۲۰۰۷) نیز اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر بهبود روابط جنسی گزارش نموده و بیان می کنند که این شیوه موجب تقویت و حفظ احساس های خوب جسمی و روانی بین زوجین می گردد. ویچز^۴ و همکاران (۲۰۰۸) هم بیان می کنند که در آموزش شناختی رفتاری فرد یاد میگیرد که با استفاده از توانایی حل مسأله با افکار منفی خود در باره ی مسائل جنسی مبارزه کند و به بهبود روابط بین فردی خود کمک نماید سلامت فکر عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب (میلانی، ۱۳۸۶). لینبرلیک و همکاران (۲۰۰۹) در نتایج مطالعات خود عنوان کرده اند که صمیمیت زناشویی در نهایت می تواند سلامت روانی را بهبود بخشد.

پژوهش های زیادی در مورد زوج درمانی به شیوهی شناختی - رفتاری انجام گرفته و اثربخشی آن مکرر تأیید شده است. پژوهشهای فراتحلیل نیز میزان تأثیر روشهای مختلف را در درمان تعارض زناشویی در شیوه درمانی رفتاری ۷۶٪، شناخت درمانی ۶۱٪، آموزش ارتباط ۹٪ نشان می دهند (دان، ۱۹۹۵). لذا از آنجا که نگرشها و تفکرات جنسی، بر عملکرد جنسی زوج تأثیر میگذارد، این امر ضرورت بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری را بر اختلالات جنسی و صمیمیت زوجین بیشتر می کند. با توجه به مطالب فوق مهم ترین سؤال پژوهش این است که آیا شیوه درمانگری شناختی - رفتاری بر سرد مزاجی زنان و صمیمیت زوجین تأثیر دارد؟ پژوهش در پی آن بوده است تا تأثیر شیوه درمانگری شناختی - رفتاری بر سردمزاجی زنان و صمیمیت زوجین را بررسی کند و در این رابطه دو فرضیه مطرح شده است؛ (۱) درمان شناختی - رفتاری سرد مزاجی زنان را کاهش می دهد. (۲) درمان شناختی - رفتاری بر صمیمیت زوجین مؤثر است.

روش تحقیق

روش پژوهش آزمایشی و از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری در این پژوهش زنان متأهلی بودند که به منظور درمان سرد مزاجی و تعارضات زناشویی در سال ۱۳۹۴ به کلینیک مهر آریا واقع در شهر کرج از تاریخ اول خردادماه تا آخر مردادماه مراجعه نمودند. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، تعداد ۳۰ نفر از زنان مراجع کننده به مرکز انتخاب و سپس در دوگروه ۱۵ نفری آزمون و کنترل به صورت تصادفی قرار داده شدند. به منظور انتخاب آزمودنیها، ابتدا هماهنگی هایی با متخصصان و مسئولان مرکز صورت گرفت تا افراد مراجعه کننده را برای تکمیل پرسشنامه های ۱- پرسشنامه رضایت جنسی فرم مخصوص زنان ۲- پرسشنامه صمیمیت زوجین با مقیاس اولیا (۱۳۸۵) به پرسشگر مستقر در دفتر مشاوره مرکز ارجاع دهند. سپس پرسشنامه مذکور بر روی افراد داوطلب اجرا و کسانی که واجد شرایط ذیل بودند انتخاب شدند: ۱- زنان متأهل که حداقل یکسال از ازدواج آنها گذشته باشد ۲- تحصیلات افراد مورد آزمایش بین سیکل تا کارشناسی ۳- سن افراد مورد آزمایش بالاتر از ۱۸ سال ۴- از همسرانشان جدا زندگی نکنند ۵- از داروهای ضد افسردگی یا سایر داروهای روانپزشکی در حال حاضر استفاده نکنند ۶- داشتن انگیزه شرکت مستمر در جلسات مشاوره قبل از شروع جلسات، به هر دو گروه فرم رضایت آگاهانه داده شد تا در جریان اهداف پژوهش قرار گیرند. برای گروه اول CBT، طی ۸ جلسه به صورت هفتگی هر هفته دو جلسه به مدت ۹۰ دقیقه ارائه شد ارائه شد و برای گروه کنترل هیچ آموزشی لحاظ نشد. بعد از اتمام جلسات، از هر گروه پس آزمون به عمل آمد. که شرح آن در روند پژوهش آمده است.

خلاصه ی محتوای جلسات درمانی: جلسه اول تبیین ضرورت شرکت در گروه، ترویج هنجارهای گروهی و انسجام گروهی، آموزش نظریه CBT-G به اعضای گروه. جلسه ی دوم: آشنا کردن اعضا با انواع خاص فکر کردن و تفاوت هایی که افکار در خلق و خلق در روابط به وجود می آورد. تفکر سازنده در مقابل تفکر مخرب، تفکر ضروری در مقابل تفکر غیر ضروری، تفکر مثبت در مقابل تفکر منفی. جلسه سوم: شناساندن

¹ Chambless & Ollendick

² Nezo

³ Linda

⁴ Wichetz



تحریفهای شناختی و تأثیرشان بر رابطه زناشویی. خطاهای فکری که به نارضایت مندی منجر می شوند: فیلتر ذهنی، ذهن خوانی کردن، فال گویی کردن، احساسات خود را خیلی جدی پنداشتن، باید‌ها، به خود برچسب زدن، خودسرزنی، کمتر یا بیشتر کردن چیزها، موارد مثبت را به حساب نیاوردن، تفکر همه یا هیچ و غیره. آموزش روش ABCD. جلسه چهارم: آشنایی با کارکرد فعالیت‌های روزانه و چگونگی تأثیر آن بر خلق شناسایی فعالیت‌های روزانه. جلسه پنجم: غنی سازی فعالیت‌های روزانه: فعالیت های دلپذیر عمدتاً پاداش دهنده و آرامش بخش، مقیاس خلق روزانه و چک لیست ۹۵ فعالیت دلپذیر به صورت هفتگی، جلسه ششم: اهداف روشن در مقابل اهداف مبهم و غیرشفاف، مدیریت زمان، برنامه ریزی برای آینده، اهداف کوتاه مدت، اهداف بلندمدت، شناساندن هرم نیازهای مزلو، مدیریت سالم واقعیت: دنیای عینی، دنیای ذهنی: کلید احساسات سالم این است که یاد بگیریم این دو بخش واقعیت را مدیریت کنیم. جلسه هفتم نحوه ارتباط و تماس با مردم و چگونگی تأثیر آن بر خلق، آموزش جراتمندی و سبکهای ارتباطی. جلسه هشتم: جمع بندی و مرور مطالب جلسات قبل و پاسخ به سؤالات افراد.

اجرای پرسشنامه های صمیمیت زوجین و سردمزاجی زنان روی هر دو گروه به منظور گردآوری اطلاعات در خصوص صمیمیت زوجین و سردمزاجی زنان به عنوان پس آزمون.

برای تجزیه و تحلیل دادهها از روشهای آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. باتوجه به طرح تحقیق و باتوجه از روش آماری تحلیل کواریانس SPSS به نوع فرضیه ها و داده های به دست آمده و با استفاده از نرم افزار آماری برای بررسی فرضیه ها استفاده گردید.

یافته ها

براساس نتایج جدول ۱ شاخص های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمره های پیش آزمون، پس آزمون و نمرات گروه های آزمایش و گواه بعد از حذف اثر پیش آزمون مقیاس سرد مزاجی زنان و صمیمیت زوجین ارائه شده است. در میانگین سرد مزاجی و صمیمیت زناشویی در پیش آزمون ۶۹/۰۷ و ۱۶/۶۴ و پس آزمون ۷۷/۶۴ و ۲۶/۱۴ به ترتیب بوده است. میانگین نمره در گروه گواه در پیش آزمون ۶۸/۸۵ و ۱۶/۱۴ و در پس آزمون ۶۶/۱۶ و ۱۶/۹۸ بوده است. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که برای متغیر مورد بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیر در هر دو مرحله (پیش آزمون و پس آزمون) برقرار بوده است و فرض هنجار بودن رد نمی شود. بنابراین استفاده از آزمون های پارامتریک برای داده ها بدون مانع است. همچنین آزمون لوین نشان داد که پیش فرض های مربوط به همگنی واریانس ها برای گروه های مورد مطالعه در متغیر سرد مزاجی زنان ($F=0/171$; $P=0/681$) و صمیمیت زناشویی ($F=0/243$; $P=0/245$) معنادار نیست. فرضیه تساوی بودن واریانس ها نیز در هر دو مرحله برقرار بوده است.

جدول ۱: نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه های آزمایش و شاهد برای سردمزاجی، صمیمیت زناشویی

انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه	مرحله	متغیر
۱۱/۲۹۶	۶۹/۰۷۱	۱۵	آزمایش	پیش آزمون	سرد مزاجی
۱۱/۴۰۷	۶۸/۸۵۷	۱۵	شاهد		
۱۴/۰۴۷	۷۷/۶۴	۱۵	آزمایش	پس آزمون	
۱۲/۳۲۱	۶۶/۱۶۷	۱۵	شاهد		
۵/۵۲۷	۱۶/۶۴	۱۵	آزمایش	پیش آزمون	صمیمیت زناشویی
۵/۴۶۱	۱۶/۱۴	۱۵	شاهد		
۵/۰۶۶	۲۶/۱۴	۱۵	آزمایش	پس آزمون	
۵/۵۲۷	۱۶/۹۸	۱۵	شاهد		

جدول ۲- خلاصه تحلیل کواریانس در بررسی تأثیر CBT بر سرد مزاجی و صمیمیت زناشویی



متغیر	منع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	میزان تأثیر
سردمزاجی زنان	پیش آزمون	۲۵۴/۰۷۹	۱	۲۵۴/۰۷۹	۲/۹۳۴۱	۰/۰۴۱	۰/۰۴۴
	عضویت گروهی	۴۷۴۵/۷۵۷	۱	۴۷۴۵/۷۵۷	۵۴/۸۰۹	۰/۰۰۱۷	۰/۴۶۱
	خطا	۵۵۴۱/۶۲۶	۲۶	۸۶/۵۸۸			
صمیمت زناشویی	پیش آزمون	۷/۲۹۴	۱	۷/۲۹۴	۵/۱۴۹	۰/۰۱۱۳	۰/۰۰۲
	عضویت گروهی	۲۳۰/۱۷۹	۱	۲۳۰/۱۷۹	۴/۷۰۶	۰/۰۳۴۱	۰/۰۶۹
	خطا	۳۱۳۰/۰۹۱	۲۶	۴۸/۹۰۸			

در جدول ۲ نتایج دو تحلیل کواریانس در بررسی تأثیر درمان CBT به شیوه گروهی بر کاهش سردمزاجی و افزایش صمیمیت زناشویی و تحت درمان با CBT ارائه شده است. در بخش اول نتایج اثر مداخله سردمزاجی زنان و در بخش دوم نتایج اثر این مداخله بر صمیمیت زناشویی بررسی شده است: همانطور که مشاهده می شود اثر درمان CBT در هر دو متغیر تأیید شده است ($P < 0.05$). اندازه $Eta = 0.461$ برای سرد مزاجی و $Eta = 0.069$ برای صمیمت زناشویی حاکی از این است که ۴۶/۱ درصد از بهبود در سردمزاجی و ۶/۹ صمیمیت زناشویی زنان شرکت کننده در گروه آزمایش را می توان به تأثیر آموزش CBT نسبت داد.

بحث و نتیجه نتیجه گیری

نتایج میانگین داده های گروه آزمایش و شاهد در مراحل پس آزمون در سردمزاجی تفاوت معنا داری دیده شد، به عبارت دیگر، درمان گروهی شناختی رفتاری بر کاهش سرد مزاجی موثر می باشد، نتایج حاصل از این تحقیق تأکیدی بر تأیید فرضیه دوم این تحقیق می باشد. یعنی گروه درمانی به روش رفتاری -شناختی بر متغیرهای مذکور تأثیر گذار است. همچنین با انجام تحلیلی کواریانس کنترل متغیرها در پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش، اثر اصلی متغیر گروه درمانی رفتاری -شناختی بر نمره های سردمزاجی دارای تفاوت بوده است. این یافته ها با نتایج پژوهشهای خارجی مارلات و گوردون، شاپ تاو (۱۹۹۴)، هوبر (۱۹۹۷)، راوسون (۲۰۱۱) همخوانی دارد. همچنین این نتایج با بخشی از نتایج پژوهش های داخلی عرب ورنو سفادارانی (۱۳۷۷)، ایروانی (۱۳۷۹)، محمدی (۱۳۸۲)، عارف نسب، محمدی، رحیمی، بابا محمدی (۱۳۸۶)، پورنقاش تهرانی (۱۳۸۷)، ملازاده و عاشوری (۱۳۸۸)، خدایاری فرد، یونسی، سهرابی، عابدینی (۱۳۸۹) علاالدینی، مولوی، کجباف (۱۳۸۷) همخوانی دارد CBT. بیان می کند که همیشه حتی خوشبخت ترین و سالمترین زوجها نیز با عدم توافق و تفاوت مواجه خواهند بود که طبیعی و اجتناب ناپذیر است. بنابراین مشکلات به علت تفاوتها و تعارضهای بین زوجها ایجاد نمی شود، بلکه به علت شیوه های که زوجها به وسیله آن به این تفاوتها اجتناب ناپذیر پاسخ می دهند، ایجاد می شود. اثربخشی شناختی رفتاری با تأکید بر فرآیند تعاملی و رفتار همسران در بافت رابطه ای، دارای یک اصل مفهومی است مبنی بر اینکه زوجها در حل اختلافات و رویارویی مؤثر با مشاجره هایشان با دشواری فراوانی روبه رو هستند، و کاستی های ارتباطی زمانی مهم تر می شود که زوجها با یکدیگر اختلاف پیدا می کنند. لذا CBT، از جمله مداخلات کارآمد این رویکرد در کار با زوج ها می باشد. یکی از عواملی که در آموزش های مداخله ای در نظر گرفته می شود انطباق عاطفی -جنسی می باشد. مؤلفه حیاتی لازم برای ایجاد رابطه جنسی توانایی نگرستن به دنیا از چشم همسر و احترام به دیدگاه هم سر است (باگاروزی^۱، ۲۰۰۱). مهارت اثر بخشی شناختی رفتاری به افراد کمک می کند نسبت به مسائل نگرش واقع بینانه داشته و اختلاف ها را به عنوان یک مسئله و چالش در نظر بگیرند. این نگرش سبب میشود هر دو همسر به یک دید مشابه در مورد مشکلات زناشویی دست یابند و بر اساس نظریه تعادل شناختی، نگرشهای مشابه نسبت به امور نیاز زوجها به تعادل را رفع میکند و باعث میشود زوجها نسبت افزون

¹ Bagarozzi



براین، احترام به نظر و دیدگاه همسر به هم احساس صمیمیت نمایند (فهر، ۱۹۹۶) مراحل مختلف آموزش از جمله: خلق راه حلها، ارزیابی سود و زیان هر راه حل، تصمیم گیری و انتخاب بهترین راه حل، در کنار سایر موارد میتواند موجب، کاهش سردمزاجی می شود.

نتایج دیگر این پژوهش بیانگر آن بود، درمان گروهی شناختی رفتاری به طور مستقیم بر افزایش صمیمیت زناشویی تاثیر گذار بوده است. صمیمیت زناشویی یکی از ارکان اصلی پایداری زندگی می باشد از طرفی سلامت روان یک شاخص زندگی برای افراد محسوب می گردد و در نهایت کاهش سرد مزاجی می تواند بر هردو متغیر تاثیر گذار باشد. روش CBT در این پژوهش با ایجاد این تطابق به افزایش نمرات زناشویی منجر شد که با یافته های عشقی، بهرامی و فاتحی زاده (۱۳۸۶) همسو باشد. به طور کلی، مهارت تکنیک های مداخله ای، به عنوان یک تکنیک شناختی-رفتاری، هم بر جنبه های شناختی و هم رفتاری تأکید دارد و در این پژوهش با اصلاح دید گاه و باورهای فرد در زمینه مسائل و مشکلات زناشویی موجب افزایش صمیمیت زناشویی و با تأکید بر رفتارها و تعاملات کارآمد و کاهش تعاملات منفی و رفتارهای آزاردهنده، سبب افزایش صمیمیت شد.

همچنین با در نظر گرفتن محدودیت هایی که پژوهش با خود به همراه داشته است از جمله محدودیت در در نمونه آماری بود صرفاً به زنان متأهل در شهر اختصاص داشت. نبود دوره پیگیری جهت ارزیابی ماندگاری اثرات درمانی می تواند یکی از محدودیت های این پژوهش باشد. با توجه به محدودیت های پژوهشی پیشنهاد می گردد تا پژوهش های آینده بر روی گروه ها و جمعیت های دیگری انجام گیرد تا قابلیت تعمیم پذیری این پژوهش ها افزایش یابد. با توجه به نتایج پژوهش می توان گفت که شیوه درمانگری شناختی-رفتاری بر سردمزاجی و صمیمیت زوجین تأثیر داشته و استفاده از این شیوه را به درمانگران، مشاوران در درمانگری های روان شناختی زوجین پیشنهاد می نماید.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می دانند از کلینیک مهر آریا واقع در شهر کرج، زنان شرکت کننده در پژوهش و کلیه کسانی که در انجام این پژوهش همکاری و مشارکت داشته اند، تقدیر و تشکر نمایند.



منابع

- عشقی، روناک (۱۳۸۵). بررسی اثر بخشی مشاوره‌ی رفتاری شناختی جنسی زوجین بر بهبود سردمزاجی جنسی زنان آنها در شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه اصفهان.
- پور نقاش تهرانی، سید سعید (۱۳۸۷). مقایسه اثر بخشی درمان نگهدارنده با متادون و درمان سم زدایی با متادون بر نشانه های اضطراب و افسردگی افراد وابسته به مواد مخدر. مطالعات روانشناختی ۴(۲): ۸۱-۱۰۰.
- میلانی فر، ابراهیم (۱۳۸۶). رابطه بین مشابهت و مکمل بودن در ابعاد اصلی شخصیتی زوجین با رضایتمندی زناشویی. پژوهش در سلامت روانشناختی، دوره ۲ و ۱، ۶۱-۶۹.
- عشقی، روناک؛ بهرامی، فاطمه و فاتحی زاده، مریم (۱۳۸۶). اثربخشی درمان رفتاری-شناختی بر بهبود دانش، خودابرازی و اعتمادبنفس جنسی زنان سردمزاج. فصلنامه تازه‌ها و پژوهشهای مشاوره.
- علاالدینی، زهره؛ کجباف، محمدباقر؛ مولوی، حسین (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی امید درمانی گروهی بر میزان امید و سلامت روانی، فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، زمستان، ۱(۴): ۶۷-۷۶.
- ملازاده، جواد؛ عاشوری، احمد (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد. دانشور رفتار، ۱۶ (۳۴)، ۱-۱۲.
- زهره عارف نسب؛ چنگیز رحیمی؛ نوراله محمدی؛ عبدالرضا بابا محمودی (۱۳۸۶). تأثیر درمان نگهدارنده متادون بر سلامت روانی معتادان به تریاک و هروئین. روان شناسی تحولی، ۴(۱۳): ۴۳-۵۲.
- خدایای فرد، م؛ و عابدینی، ی. (۱۳۸۹). نظریه ها و اصول خانواده درمانی و کاربرد آن در اختلالات کودکان و نوجوانان، تهران: انتشارات درمان دانشگاه تهران.
- علاالدینی زهره؛ کجباف محمدباقر؛ مولوی حسین (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی امید درمانی گروهی بر میزان امید و سلامت روانی. پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱(۴): ۶۷-۷۶.
- Rinisch JM, Beasley MLS. (1991). The Kinsey institute new report on sex. *Journal of marriage the family*, (20): 105-117. Mc Cabe M.P. (1997). Intimacy and Quality of life among sexually dysfunctional men and women . *Journal of sex & Marital Therapy*, 23(4); 276-290
- Chambless DL, Ollendick TH. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*. (52): 685-716.
- Shoptaw, S., Rawson, R., McCann, M., & Obert, J. (1994). The matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: Evidence of efficacy. *Journal of Addictive Diseases*, 13(4), 129-141.
- Bagarozzi, Dennis. A. (2001). *Enhancing Intimacy In marriage*, BrannerRouledye . Tylor&Farancis Group, USA.
- Rawson, B. (2011). ed. *A companion to families in the Greek and Roman worlds*. Chichester and Malden.