Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Winter 2025, Volume 11, Issue 2

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Cognitive Fusion and Cognitive Avoidance in Women with Problems

Shahnaz Faraji[1*]

1-Ph.D Psychology, Adiban Institute of Higher Education, Garmsar, Semnan, Iran.

Corresponding Author: Shahnaz Faraji, Ph.D Psychology, Adiban Institute of Higher Education, Garmsar, Semnan, Iran.
Email: shahnaz.faraji46@yahoo.com

Received: 2023/08/27 Accepted: 2024/09/23

Abstract

Introduction: Marital conflict is associated with many negative individual and social consequences, and it is essential to identify the factors and effective interventions to improve it. This study aimed to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on cognitive fusion and cognitive avoidance in women with marital problems.

Methods: The current research was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population included women from the Tolo Salamat Psychological Center in Tehran. Among them, 32 women who scored less than 101 on the Spanier marital adjustment scale were selected and were randomly assigned to the experimental and control groups. The following week, the cognitive behavioral therapy program was implemented in the experimental group, and the control group was not subjected to any therapy program. Before and after the treatment sessions, both groups answered the questions. Data collection tools were the Spanier Dyadic Adjustment Scale, Cognitive Avoidance Questionnaire, and Cognitive Fusion Questionnaire. The data was analyzed using SPSS-21 software and through multivariate analysis of the covariance test.

Result: The results showed that after cognitive behavioral therapy, the scores of cognitive fusion and cognitive avoidance in the experimental group significantly changed compared to the control group. The group's effect size on cognitive fusion and avoidance variables was 46% and 59%, respectively.

Conclusions: The results show that cognitive behavioral therapy can effectively improve cognitive fusion and cognitive avoidance in designing programs to improve family health and couples' relationships.

Keywords: Cognitive-Behavioral, Women, Marital Satisfaction, Cognitive Fusion, Cognitive Avoidance.

[Downloaded from ijrn.ir on 2025-07-02]

زمستان ۱۴۰۳، دوره ۱۱، شماره ۲

اثربخشی درمان شناختی–رفتاری بر آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی در زنان با مشکلات زناشویی

شهناز فرجی[۱]

۱- دکترای روانشناسی، مدرس مؤسسه آموزش عالی ادیبان گرمسار، گرمسار، ایران.

نویسنده مسئول: شهناز فرجی، دکترای روانشناسی، مدرس مؤسسه آموزش عالی ادیبان گرمسار، گرمسار، ایران.
ایمیل: shahnaz.faraji46@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۶/۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۷/۲

چکیده

مقدمه: تعارض زناشویی با پیامدهای منفی فردی و اجتماعی بسیاری همراه است و شناسایی مداخلات مؤثر در بهبود آن حائز اهمیت است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی در زنان با مشکلات زناشویی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان مراجعه کننده به مرکز روانشناسی مشاوره طلوع سلامت شهر تهران بود. از میان آنها، ۳۲ نفر که نمره کمتر از ۱۰۱ در مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر داشتند، انتخاب شده و در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برنامه درمانی شناختی رفتاری بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل تحت هیچ برنامه درمانی قرار نگرفت. قبل از شروع جلسات درمانی و بعد از آن، هر دو گروه به پرسشنامهٔ آمیختگی شناختی و پرسشنامه اجتناب شناختی پاسخ دادند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS- 21 و از طریق آزمون تحلیل کوواریانس تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که بعد از درمان شناختی رفتاری، نمرات آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تغییر معنادار داشته است. اندازه اثر گروه بر متغیر آمیختگی و اجتناب شناختی به ترتیب ۴۶٪ و ۵۹٪ بود.

نتیجه گیری: طبق نتایج، در طراحی برنامه های مرتبط با ارتقای سلامت خانواده و روابط زوجین می توان از درمان شناختی رفتاری به عنوان مداخله ای مؤثر در بهبود آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی استفاده نمود.

کلیدواژه ها: شناختی-رفتاری، زنان، مشکلات زناشویی، آمیختگی شناختی، اجتناب شناختی

مقدمه

گرچه زوجین در روزهای اولیه زندگی زناشویی خود احساس عاطفی و روانی نزدیکی نسبت به همدیگر دارند، به مرور بعضی از زوجین به دلایل مختلف، به مشکل ارتباطی برخورده و تعارضات زناشویی را تجربه می کنند (۱). تعارض زناشویی به صورت آشفتگی روانشناختی و سوء رفتار با همسر بروز نموده و می تواند موجب تخریب سلامت آنها و در نهایت طلاق شود (۲). طبق شواهد موجود آمار طلاق به ویژه از دهه ۱۹۶۰ میلادی در بسیاری از جوامع صنعتی رو به افزایش بوده است (۳). در ایران نیز در سال های اخیر به طور متوسط به ازای هر سه ازدواج یک طلاق ثبت شده است (۴). عوامل بسیاری در رضایت زناشویی و سازگاری بین زوجین مؤثر هستند که عوامل شناختی از مهمترین آنها محسوب می شوند (۴). طبق یافته

[Downloaded from ijrm.ir on 2025-07-02]

پژوهش ها، زوجین دچار مشکلات زناشویی در مقایسه با سایرین از آسیب های بیشتری در زمینه عوامل شناختی از جمله آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی خبر می دهند که این خود با آسیب های هیجانی، رفتاری و ارتباطی بیشتر در آنها همراه است (۴, ۵).

آمیختگی شناختی یکی از فرآیندهای واسطه ای است که در اغلب آسیب های فردی و بین فردی نقش کلیدی دارد (۴). آمیختگی شناختی زمانی اتفاق می افتد که شخص در بافت فکری خود گرفتار شود (۴, ۵) و فرد طوری تحت تأثیر افکار قرار گیرد که گویی کاملاً واقعی هستند (۶). آمیختگی شناختی به صورت تمایل افراد به یکسان پنداشتن تجارب درونی گذرا با واقعیت نمایان می شود و بنابراین یک فرآیند کلیدی است که می تواند انعطاف پذیری روانی را تهدید کند (۷). وقتی فردی با افکارش آمیخته می شود، بر اساس افکار عمل می کند؛ به گونه ای که افکار حقیقت محض در نظر گرفته می شود و رویدادهای شناختی در مقایسه با سایر منابع تنظیم رفتاری بر رفتار و تجربه غالب می شود و فرد حساسیت کمتری به پیامدهای مستقیم پیدا می کند (۸). این می تواند موجب تسلط رویدادهای شناختی در تجربه یک شخص، ناتوانی در دیدن رویدادهای شناختی از یک رویکرد متفاوت، تلاش برای کنترل افکار، تحلیل بیش از حد موقعیت، ارزیابی و قضاوت محتوی افکار و واکنش هیجانی نشان دادن به افکار شود (۹). این در نهایت بر عملکرد فردی، ارتباطی و اجتماعی فرد تاثیر داشته و در مورد زوجین، می تواند منشا بروز مشکلات و تعارضات فراوانی در بافت ارتباطی آنها شود (۹, ۱۰).

ااجتناب شناختی شامل سرکوب افکار ناخوشایند و یا خاطرات از طریق دور کردن آن ها از ذهن، حواس پرتی، اجتناب از موقعیت ها و تبدیل تصور به فکر است (۱۱). تلاش زیاد برای سرکوب افکار باعث تولید اثر متناقض می شود و هر چقدر فرد تلاش بیشتری برای سرکوب افکار انجام می دهد چرخه معیوبی شکل می گیرد و منجر به افزایش وقوع افکار نگران کننده می گردد (۱۲) و زمینه را برای بروز طلاق عاطفی آماده می کند (۱۳). یافته های مطالعات نشان داد افرادی که اجتناب شناختی در آنها بالا باشد، مستعد اختلالات روانی خواهند بود (۱۴). محققان معتقدند که افراد با اختلال اضطرابی سطح بالایی از اجتناب شناختی را تجربه می کنند و اجتناب شناختی در بروز اضطراب فراگیر نیز نقش اساسی دارد (۱۴) و همسرانی که اجتناب شناختی در آنها بالا باشد بیشتر امکان دارد به اختلال اضطراب فراگیر دچار شوند و این به تعارضات زناشویی آنها دامن می‌زند (۱۵). در راستای تلاش برای شناسایی و بکارگیری مداخلات موثر در کاهش شدت آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی در زنان با مشکلات زناشویی، درمان شناختی رفتاری احتمالاً می تواند مداخله ای موثر باشد.

درمان شناختی رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است. در این نوع درمان به فرد کمک می شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد (۱۶). اساس رفتار درمانی شناختی این است که نوع تفکر و الگوهای فکری و شناخت از محیط اطراف و خود و همچنین تفسیر فرد از اتفاقات زندگی، در بروز رفتارها و احساسات نقش دارند (۱۷). بنابراین درمانگران شناختی رفتاری از اصول درمان شناختی رفتاری برای بهبود احساسات و رفتارهای افراد از طریق تغییر الگوهای فکری و باورهای‌شان، استفاده می برند (۱۸). الگوی شناختی- رفتاری سعی دارد به افراد کمک کند تا با تصحیح تفسیرهای نابجا، هدایت خودگویی های منفی، اصلاح الگوهای غیرمنطقی فکر و شناخت های ناکارآمد، در راه اندازی پاسخ های مقابله ای کارآمد و سازگارانه و مهارگری هیجانات منفی خود موفق عمل کنند (۱۹). در این رویکرد درمانی برای اینکه فرد بتواند افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد از بحث های منظم و تکالیف رفتاری سازمان یافته ای استفاده می شود (۲۰). به طور اختصاصی درمان شناختی- رفتاری روی کاهش علائم شناختی، جسمانی و رفتاری مشکلات فردی و بین فردی از طریق کاربرد تکنیک های خاص متمرکز است (۲۱). طبق یافته مطالعات متعدد، درمان شناختی رفتاری در بهبود کیفیت زندگی، رضایت زناشویی، کیفیت رابطه زناشویی، رضایت جنسی و سلامت روان زوجین نقش موثری دارد (۲۱-۱۹) اما تابحال مطالعه ای به بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری در بهبود آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی در زوجین نپرداخته است.

رابطه زناشویی به عنوان مهمترین و اساسی ترین رابطه انسان توصیف شده است و رضایت داشتن از رابطه زناشویی لازمه پایداری و دوام پیوند زناشویی است. در پی شناسایی عوامل موثر رضایت زناشویی، آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی می توانند با تحریف فرد از واقعیت و تشدید الگوهای شناختی ناکارآمد و در نتیجه ایجاد هیجانات منفی، در روابط زناشویی تداخل ایجاد کنند. این در حالی است که

[Downloaded from ijrm.ir on 2025-07-02]

به نظر می رسد درمان شناختی رفتاری با تاکید بر اصلاح الگوهای شناختی می تواند مداخله-ای موثر در بهبود آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی باشد. بر همین اساس مطالعه حاضر با هدف پاسخ به این سوال انجام شد که آیا درمان شناختی و رفتاری مداخله ای اثربخش در بهبود آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی در زنان با مشکلات زناشویی می باشد؟

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. پژوهش حاضر مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود با کد IR.IAU.SHAHROOD.REC.1399.023 می باشد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه کننده به مرکز خدمات روانشناسی مشاوره طلوع سلامت در شهر تهران بود. از میان آنها، ۳۶ نفر از زنانی که نمره کمتر از ۱۰۱ در مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر را دریافت کردند، به روش نمونه گیری هدفمند و بر اساس معیارهای ورود انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (۱۸ نفر برای هر گروه). برنامه درمانی شناختی رفتاری به صورت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای و هفته ای یک بار بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل تحت هیچ برنامه درمانی قرار نگرفت. قبل از شروع جلسات درمانی و بعد از آن، هر دو گروه به سوألات پرسشنامهٔ آمیختگی شناختی و پرسشنامه اجتناب شناختی پاسخ دادند. در نهایت با توجه به ریزش رخ داده در هر گروه، ۱۶ نفر در هر گروه باقیماندند. معیارهای ورود به پژوهش شامل متعهد به شرکت در جلسات، نمره کمتر از ۱۰۱ در مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر، داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، فاصله سنی بین ۲۵ تا ۴۵ سال، عدم شرکت همزمان در مداخلات درمانی دیگر. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از سه جلسه و عدم رعایت قوانین گروه درمانی بود. تعداد نمونه بر اساس فرمول زیر با در نظر گرفتن α =۰/۰۱، توان آزمون برابر ۰/۱۵ و Δ =۰/۷ محاسبه شد:

$$n = \frac{2(1-\frac{\alpha}{2}+1-\beta)^2}{\Delta^2}+1$$

مقیاس سازگاری زناشویی (Spanier Dyadic Adjustment Scale): این مقیاس دارای ۳۲ سؤال است که در سال ۱۹۸۷ توسط Spanier & Filsinger برای سنجش میزان سازگاری زن و شوهر تهیه شد (۲۲). نمره گذاری براساس مقیاس لیکرت ۶ درجه ای از صفر (همیشه اختلاف داریم) تا ۵ (توافق دائم داریم) انجام می شود. مقیاس سازگاری زن و شوهر دارای نمره کل بین ۰ تا ۱۶۰ است. نمرات بالاتر نشان دهنده رابطه بهتر زوجین است. از نظر اسپانیر افرادی که نمره آن ها ۱۰۱ یا کمتر از آن باشد، ناسازگار به حساب می آیند. Spanier & Filsinger (۲۲) ضریب همسانی درونی ۹۶٪ و اعتبار بالایی را برای نمرات این مقیاس گزارش می کنند. آنها برای محاسبه روایی این مقیاس ۲۸۱ نفر را که با همسر خود زندگی می کردند را با ۹۴ نفر که طلاق گرفته بودند در این مقیاس مورد مقایسه قرار دادند که در این مقایسه میانگین نمرات در گروه تفاوت معناداری داشت. این مقیاس در ایران توسط عیسی نژاد و همکاران (۲۳) با استفاده از روش بازآزمایی روی نمونه ای متشکل از ۱۲۰ نفر زوج در تهران اجرا گردید و ضریب همبستگی نمرات زوجین طی دوبار اجرا ۰/۸۶ و همچنین ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ به دست آمد.

پرسشنامه آمیختگی شناختی (cognitive fusion questionnaire): این ابزار توسط Gillanders و همکاران در سال ۲۰۱۴ جهت سنجش آمیختگی شناختی طراحی شده است (۸). این پرسشنامه ۷ گویه دارد و بر روی یک مقیاس ۷ درجه ای از یک تا هفت نمره گذاری می شود. بنابراین، نمره کل این پرسشنامه در دامنه ۴۹-۷ قرار دارد. گیلاندرز و همکاران ضریب آلفای کرونباخ در یک جمعیت دانشجویی با حجم نمونه ۱۰۴۰، ۰/۹۳ و ضریب پایایی باز آزمایی را در فاصله ۴ هفته ای ۰/۸ گزارش کردند. در این پژوهش ضریب همبستگی پرسشنامه آمیختگی شناختی با پرسشنامه تعهد و پذیرش (2-AAQ) و پرسشنامه ذهن آگاهی به ترتیب برابر ۰/۷۲ و ۰/۷ به دست آمد. مجتبایی و یاسینی در پژوهش خود بر روی یک نمونه دانشجویی، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۱ و ضریب پایایی باز آزمایی به فاصله ۵ هفته را هم ۰/۸۶ گزارش کردند (۹).

پرسشنامه اجتناب شناختی (Cognitive Avoidance Questionnaire): این پرسشنامه توسط Sexton & Dugas (۱۳) برای سنجش اجتناب شناختی تهیه شده است. این پرسشنامه در قالب ۲۵ سؤال و در طیف لیکرت پنج درجه ای از یک (کاملاً غلط) تا پنج (کاملاً درست)، پنج راهبرد اجتناب شناختی را می سنجد. نمره کل

[Downloaded from ijrm.ir on 2025-07-02]

ایـن پرسشـنامه در دامنـه ۱۲۵–۲۵ قـرار دارد. نتایـج تحقیـق Sexton & Dugas (۱۳) نشـان داد کـه ایـن پرسشـنامه همسـانی درونـی بالایـی دارد (ضریـب آلفـای کرونبـاخ ۰/۹۵) و پایایـی بازآزمایـی ایـن مقیـاس در طـی شـش هفته معـادل بـا ۰/۸۵ بوده اسـت. نتایـج پژوهـش مجتبایـی و یاسـینی (۹) بـرای اعتباریابـی نسـخه فارسـی ایـن پرسشـنامه نشـان داد کـه پایایـی بازآزمایـی آن نیـز در طـی دو مـاه ۰/۸۰ گـزارش شـده اسـت. ضریـب پایایی ایـن مقیـاس بـه روش آلفـای کرونبـاخ بـرای نمـره کل ۰/۹۱ و بـه ترتیـب بـرای خـرده مقیـاس هـای فرونشـانی فکـر ۰/۹۰، بـرای جانشـینی فکـر ۰/۷۱، بـرای حـواس پرتـی ۰/۸۹، بـرای اجتنـاب از محـرک تهدیدکننـده ۰/۹۰ و بـرای تبدیـل تصـورات بـه افـکار برابـر ۰/۸۴ بـه دسـت آمـد. ضریـب روایـی آن نیـز از طریـق ضریـب همبسـتگی بـا سـیاهه فرونشـانی فکـر خـرس سـفید (white bear thought suppression inventory) برابـر ۰/۴۸ بـه دسـت آمـد.

برنامه درمان شناختی-رفتاری

برنامـه درمـان شـناختی-رفتاری بـا اسـتفاده از پروتـکل درمانـی Beck (۲۴) در ۱۲ جلسـه ۹۰ دقیقـه ای تهیـه شـده اسـت. گـزارش ایـن برنامـه درمانـی در جـدول ۱ آمـده اسـت:

جدول ۱. گزارش جلسات برنامه درمانی شناختی-رفتاری

تعداد جلسات	محتوای جلسات
۱	خوشآمد گویی، توضیح قوانین گروه، توضیح تعامل فرایندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری؛ آشنایی شرکت کنندگان با مولفه های شناختی واکنش های هیجانی؛ شناسایی افکار سطحی اولیه که بین واقعه و واکنش هیجانی قرار می گیرند و نوشتن آنها در جدول سه ستونی رویداد فعال ساز (A) باورها یا افکار (B) و پیامد و واکنش هیجانی (C)
۲	آشنایی با افکار خودآیند؛ آشنایی با تحریف های شناختی و شناسایی آنها در تفکر خود؛ شناخت مقاومت های احتمالی در برابر درمان و طراحی راهبردهایی برای مقابله با این مقاومت.
۳	آشنایی با بنیادهای پیامدهای رفتاری، آموزش ماهیت طرحواره ها (باورهای اصلی، طرحواره ها، نگرش های ناکارآمد) و ارتباط بین طرحواره ها و افکار خودآیند و همچنین شناسایی طرحواره ها با استفاده از روش پیکان عمودی.
۴	کار روی پیکان عمودی و حل مشکلاتی که اعضای گروه در به کار بستن روش پیکان عمودی به منظور شناسایی طرحوارههای منفی خود با آن روبرو می شوند. توانا ساختن شرکت کنندگان در شناسایی ده نوع طرحواره منفی متداول و قرار دادن باورهای خود در این ده طبقه.
۵	دستیابی شرکتکنندگان به تصویر واضحتری از چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی با یکدیگر؛ تنظیم فهرست باورهای منفی؛ رسم نقشه های شناختی از چگونگی ارتباط باورهای منفی با یکدیگر و رتبه بندی آنها.
۶	پذیرش این نکته که باورها تغییرپذیرند و این امکان وجود دارد که افراد بتوانند باورهایشان را مورد تجدید نظر قرار دهند.
۷	درک این نکته که باورها از نظر سودمندی متفاوتند و آنها را می توان براساس معیارهایی، ارزشیابی کرد. شناخت باورهای مشکل زای خود و ارزشیابی آنها، تصمیم گیری در مورد نگهداری یا کنار گذاشتن آنها.
۸	یادگیری کاربرد تحلیل منطقی در مورد باورهای خود، تحلیل منطقی تمامی طرحواره های شرطی و قطعی.
۹	دستیابی شرکت کنندگان به مفهوم باور مخالف. تهیه سلسله مراتب موقعیت های مرتبط با باورهای اصلی، تهیه عبارت های مخالف با باورهای منفی خود، یافتن باورهای مخالف خود، تهیه کارتی که یک طرف آن باورهای اصلی و طرف دیگرآن باورهای منفی نوشته شده باشد.
۱۰	آموزش تغییر ادراکی به وسیله ارائه تصاویر مبهم و تمرین آن.
۱۱	یادگیری روش تنبیه خود و خودپاداش دهی. تمرین روش تنبیه خود- خودپاداشدهی برای تغییر تفکر، مرور باورهای مخالف
۱۲	بررسی طرح های شرکت کنندگان برای نگهداری اهداف درمان و اخذ بازخورد از آنها درباره برنامه درمانی.

بـرای اجـرای ایـن مطالعـه در ابتـدا مجـوز لازم از کمیتـه اخـلاق دانشـگاه بـا کـد IR.IAU.SHAHROOD.REC.1399.023 اخـذ گردیـد. پـس از مراجعـه بـه مرکـز مشـاوره طلـوع سـلامت و اعـلام فراخـوان بـرای شـرکت در پژوهـش، مقیـاس سـازگاری زناشـویی اسـپانیر بیـن زنـان مراجعـه کننـده توزیـع شـد و سـپس از بیـن افـرادی کـه نمـره آن هـا کمتـر از ۱۰۱ بـود، ۳۶ نفـر انتخـاب شـدند و در دو گـروه آزمایـش و کنتـرل بـه صـورت تصادفـی جایگزیـن شـدند. قبـل از اجـرای مداخلـه، یـک جلسـه توجیهـی بـه منظـور ارائـه توضیحاتـی در خصـوص پژوهـش، اهـداف و ضـرورت آن و شـرایط برگزاری جلسـات و تعـداد و مدت زمـان آنهـا برگـزار شـد. از گـروه کنتـرل خواسـته شـد تـا پایـان ایـن دوره در لیسـت انتظـار بماننـد و بـه آنهـا اطمینـان داده شـد کـه پـس از اتمـام فرآینـد پژوهشـی، آنهـا نیـز مداخلـه را دریافـت خواهنـد کـرد. بعـد از پایـان پژوهـش، درمـان شـناختی- رفتـاری بـرای گـروه کنتـرل نیـز اجـرا شـد. در ابتـدا و قبـل از شـروع برنامـه درمانـی و پـس از اتمـام آن پرسشـنامه هـا بیـن دو گـروه توزیـع شـد. پـس از آن برنامـه درمـان شـناختی- رفتـاری بـه صـورت ۱۲ جلسـه ۹۰ دقیقـه ای و هفتـه ای یـک بـار بـر روی

[Downloaded from ijrm.ir on 2025-07-02]

گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل تحت هیچ برنامه درمانی قرار نگرفتند. ۲ نفر از هر دو گروه کنترل و آزمایش بخاطر عدم همکاری، حذف شدند و داده های ۱۶ نفر از هر گروه برای تحلیل قابل استفاده بود. داده های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ با استفاده از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته ها

بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به یک گروه آزمایش و یک کنترل که هر یک ۱۶ نفر شرکت کننده داشتند؛ میانگین سنی آزمودنی های گروه آزمایش ۴۰/۸۱ و گروه کنترل ۳۹/۱۳ سال بود. میانگین سنی همسران آزمودنی های گروه آزمایش ۴۲/۲۵ و گروه کنترل ۴۰/۱۸ سال بود. میانگین مدت زمان ازدواج آزمودنی های گروه آزمایش ۱۳/۹۳ و گروه کنترل ۱۴/۶۸ سال بود. از نظر تحصیلات، در گروه آزمایش ۴ نفر دیپلم، ۸ نفر لیسانس و ۴ نفر فوق لیسانس، و در گروه کنترل ۴ نفر دیپلم، ۵ نفر لیسانس و ۷ نفر فوق لیسانس بودند. آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی های دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخصه های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیرها	موقعیت	گروه کنترل		گروه آزمایش	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آمیختگی شناختی	پیش آزمون	۳۸/۵۰	۴/۴۲	۳۹/۶۸	۷/۴۰
	پس آزمون	۳۷/۵۲	۵/۲۴	۲۸/۳۳	۶/۲۱
اجتناب شناختی	پیش آزمون	۸۵/۱۸	۱۴/۸۲	۸۱/۶۲	۹/۹۹
	پس آزمون	۸۷/۸۸	۱۳/۶۷	۶۴/۱۲	۷/۹۹

همانگونکه در جدول ۲ قابل مشاهده است، میانگین نمرات آمیختگی و اجتناب شناختی در پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون در گروه های درمان شناختی- رفتاری کاهش یافته است. به منظور مقایسه تفاوت گروه‌ها، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون پارامتریک، مفروضه های آن بررسی شد. برای داده های حاصل از تمام متغیرها، نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف حاکی از نرمال بودن داده ها (P>۰/۰۵) بود. با توجه به نتایج آزمون لوین، از آنجا که سطح معناداری آماره F بزرگ تر از مقدار آلفا به دست آمد، تفاوتی بین گروه ها مشاهده نشد. همچنین تعامل غیرمعنی دار بین متغیر همپراش و گروه گویای برقراری فرض همگنی شیب رگرسیون بود. بنابراین مانعی برای انجام تحلیل های کوواریانس وجود نداشت.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت نمرات بین دو گروه در آمیختگی و اجتناب شناختی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا
آمیختگی شناختی	پیش آزمون	۱۸۴/۷۳	۱	۱۸۴/۷۳	۷/۶۲	۰/۰۰۳	۰/۲۱
	گروه	۵۷۳/۱۰	۱	۵۷۳/۱۰	۱۲/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	خطا	۹۳۳/۸۵	۲۹	۳۲/۲۰			
	کل	۱۳۷۲/۳۴	۳۱				
اجتناب شناختی	پیش آزمون	۲۵/۰۲	۱	۲۵/۰۲	۱/۸۴	۰/۱۸۵	۰/۰۶
	گروه	۳۳۷۷/۶۲	۱	۳۳۷۷/۶۲	۴۸/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	خطا	۳۹۳/۸۶	۲۹	۱۳/۵۸			
	کل	۸۲۷۶/۰۰	۳۱				

[Downloaded from ijrm.ir on 2025-07-02]

نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۳ نشان دهنده آن است که با کنترل نمرات پیش آزمون، اثر گروه بر نمرات پس آزمون آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی معنادار است (P= ۰/۰۰۱). به طوری که بعد از درمان شناختی رفتاری، نمرات آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بهبود معنادار داشته است. طبق اندازه اثر، مداخله توانسته است ۴۶ درصد از تغییرات آمیختگی شناختی و ۵۹ درصد از تغییرات اجتناب شناختی را تبیین نماید.

بحث

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی زنان با مشکلات زناشویی انجام شد. نتایج این پژوهش حاکی از تأثیر معنی دار درمان شناختی رفتاری بر کاهش آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی در این افراد بود. این نتایج همسو با یافته مطالعات قبلی مبنی بر نقش درمان شناختی رفتاری در بهبود کیفیت زندگی، رضایت زناشویی، کیفیت رابطه زناشویی، رضایت جنسی و سلامت روان زوجین، همسو است. شایان و همکاران (۱۸) در مطالعه خود بر روی زنان نابارور نشان دادند که درمان شناختی رفتاری در بهبود کیفیت روابط زناشویی آنها و رضایت از زندگی نقش دارد. شکراله زاده و همکاران (۱۹) در مطالعه خود به بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش تعارضات زناشویی و بهبود رضایت از زندگی در زوجین با مشکلات زناشویی پرداختند و نشان دادند که درمان شناختی رفتاری می تواند درمان موثری در این زمینه باشد. عبدخدایی (۲۰) در مطالعه خود به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان وجودی بر بهبود کیفیت زندگی در زنان با مشکلات زناشویی پرداخت و نشان داد که درمان شناختی رفتاری درمان موثرتری در این رابطه است.

در تبیین این یافته می توان گفت آموزش مؤلفه های اصلی درمان شناختی- رفتاری مانند تصویرسازی، مواجهه سازی و بازسازی شناختی از عوامل مهم در بهبود نشانه ها هستند (۱۶). با استفاده از درمان شناختی رفتاری و محتوای شناختی جلسات درمانی و تغییر ادراکی مراجع، سبک پردازش فرد تغییر می کند و با روش های راهبردهای مقابله ای جدیدی برای حل مسائل آشنا می شود که این با کاهش بار منفی هیجانات از شدت گرایش فرد به آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی می کاهد (۱۷). مشکلات زناشویی و تعارض بین زوجین با استرس فراوانی همراه است که می تواند موجب تحریف واقعیت، چسبندگی به یک فکر ناکارآمد و برابر دانستن آن با واقعیت یا فرار از واقعیت و در نتیجه آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی شود. همچنین به واسطه یادگیری خودمهارگری، نظم دهی هیجانی و راهبردهای مقابله موثر با استرس، زنان تحت مطالعه قادر به ایجاد هیجان های مثبت و تعدیل هیجان های منفی شدند که این نیز در در کاهش آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی در آنها کمک کرده است (۱۸). از آنجا که هیجانات و خلق منفی در تعارضات زنان با مشکلات زناشویی نقش اساسی دارد و از سوی دیگر، این هیجانات با ایجاد اضطراب و استرس می تواند انگیزه آنها را برای استفاده آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی تحت تأثیر قرار دهد. (۳). آموزش مؤلفه های شناختی- رفتاری مانند بازسازی شناختی و تنش زدایی می تواند به کاهش احساس درماندگی و استرس این زنان و در نتیجه کاهش آمیختگی و اجتناب شناختی منجر شود. با استفاده از درمان شناختی که شامل اصلاح افکار اتوماتیک و باورهای منفی زیربنایی است، نگرش زوجین در مورد خودشان، همسر و زندگی مشترک شان ارزیابی می شود و افکار غیرمنطقی و ناکارآمد آنها مورد چالش و بازسازی قرار می گیرد. همچنین به زوجین این آگاهی داده می شود که برای رسیدن به اهدافشان در زندگی باید به جای تمرکز بر روی ضعف ها و نارسایی ها، برتوانایی ها و استعدادها و نیروهای درونی خود توجه کنند (۱۷).

می توان گفت در دوره درمان شناختی رفتاری، کمک به زنان برای بازسازی شناخت ها و باورهای نادرست که پیامدی جز تشدید تعارضات زناشویی را ندارند، موجب کاهش استرس و افزایش سلامت روانی آنها شد و مسیر دستیابی و استفاده از راهبردهای سازگارانه مقابله با شرایط بحرانی و هیجانات منفی ناشی از آن را در آنها تسهیل ساخت که نتیجه آن به صورت کاهش آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی نمود یافته است. همچنین از جنبه رفتاری استفاده از تکنیک برنامه ریزی فعالیت ها برای زنان کمک کننده بود (۲۰). از آنجا که زنان با مشکلات زناشویی نسبت به هرگونه محرکی از سوی همسر خود حساس بوده و ادراک منفی گری در آنها تقویت می شود، برنامه ریزی برای تمرین فعالیت ها به آنها کمک می کند تا با اصلاح رفتار و دستیابی به موفقیت بیشتر در رابطه با همسر خود،

[Downloaded from ijrm.ir on 2025-07-02]

به ادراک مثبت تری از خود و همسرشان دست پیدا کنند و با افزایش تجارب خوشایند در زندگی مشترک شان میزان لزوم آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی در آنها کاهش می یابد (۲۱). همچنین در افراد با مشکلات زناشویی، اغلب تعارضات مربوط به مشکلاتی است که آنها در برقراری یک رابطه سالم با همسر خود دارند. این رابطه نادرست می تواند منجر به طرد شدن زوجین از سوی یکدیگر و در نتیجه ایجاد احساس تنهایی و ناامیدی در آنها شود و زمینه را برای آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی افزایش دهد (۴). بر همین اساس یکی از اهداف جلسات درمانی آموزش سبک ارتباطی صحیح، جسورانه و توأم با ابراز وجود در این زنان بود تا به آنها در برقراری یک رابطه صمیمانه و خوب با همسرشان کمک شود که این زمینه افزایش سلامت روان آنها را فراهم می کند. به این ترتیب این افراد با شرایط روانشناختی بهتر و بدون نیاز به آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی می توانند با مشکلات زناشویی خود برخورد کنند.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش حاکی از تأثیر معنی دار درمان شناختی رفتاری بر کاهش آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی در زنان دارای مشکلات زناشویی بود. از محدودیت های این پژوهش می توان به نداشتن مرحله پیگیری اشاره نمود. عدم تمایل زنان با مشکلات زناشویی برای شرکت در مطالعه و دشواری در جلب همکاری و حفظ انگیزه آنها برای تداوم مشارکت از دیگر محدویت های این مطالعه بود. همچنین اینکه این پژوهش صرفاً در یک مرکز مشاوره در تهران انجام شد و بنابراین باید در تعمیم نتایج محتاط بود. پیشنهاد می شود تا مطالعات بعدی بر روی جمعیت وسیع تر و با در نظر گرفتن انجام دوره پیگیری صورت پذیرد. همچنین پیشنهاد می شود کارایی درمان های مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی متغیرهای دیگر مربوط به این گروه از افراد بررسی شود.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت کنندگانی که در انجام این پژوهش همراهی نمودند، کمال تقدیر و تشکر را داریم.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله دکترای روانشناسی عمومی و مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود با کد IR.IAU.SHAHROOD.REC.1399.023 می باشد. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، بعد از پایان پژوهش، درمان شناختی- رفتاری برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

تعارض منافع

نویسنده این مقاله با شخص یا ارگانی تضاد منافع ندارد. جهت انجام این مطالعه کمک مالی دریافت نشده است.

References

1. Mastrotheodoros S, Papp LM, Van der Graaff J, Deković M, Meeus WH, Branje S. Explaining heterogeneity of daily conflict spillover in the family: The role of dyadic marital conflict patterns. Family process. 2022;61(1):342-60. https://doi.org/10.1111/famp.12648
2. Pietromonaco PR, Overall NC, Beck LA, Powers SI. Is low power associated with submission during marital conflict? Moderating roles of gender and traditional gender role beliefs. Social psychological and personality science. 2021;12(2):165-75. https://doi.org/10.1177/1948550620904609
3. Dong S, Dong Q, Chen H. Mothers' parenting stress, depression, marital conflict, and marital satisfaction: The moderating effect of fathers' empathy tendency. Journal of affective disorders. 2022;299:682-90. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.079
4. Askari-Nodoushan A, Shams Ghahfarokhi M, Shams Ghahfarrokhi F. An analysis of the socioeconomic characteristics of divorce in Iran. Strategic Research on Social Problems. 2019;8(2):1-16.
5. Rodriguez LM, Gius BK, Derrick JL, Leonard KE. A dyadic approach to attachment anxiety and avoidance, marital conflict, and drinking. Journal of social and personal relationships. 2020;37(8-9):2386-408. https://doi.org/10.1177/0265407520922612
6. Thomas KN, Bardeen JR. The buffering effect of attentional control on the relationship between cognitive fusion and anxiety. Behaviour Research and Therapy. 2020;132:103653. https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103653

[Downloaded from ijrm.ir on 2025-07-02]

7. Reuman L, Buchholz J, Abramowitz JS. Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions. Journal of contextual behavioral science. 2018;9:15-20. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.06.001
8. Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, et al. The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. Behavior therapy. 2014;45(1):83-101. https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001
9. Mojtabaei M, Yasini S. Standardization of cognitive avoidance and fusion questionnaire for young people in Iran. Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association. 2018;12(2):154-71. https://doi.org/10.32598/bjcp.12.2.154
10. Özkan S, Zale EL, Ring D, Vranceanu A-M. Associations between pain catastrophizing and cognitive fusion in relation to pain and upper extremity function among hand and upper extremity surgery patients. Annals of Behavioral Medicine. 2017;51(4):547-54. https://doi.org/10.1007/s12160-017-9877-1
11. Jurkowski L, Manubens R, Ryberg JO, Rossi M. Fertility awareness, attitudes towards parenting, and knowledge about assisted reproductive technology among university students in Argentina. JBRA Assisted Reproduction. 2021;25(3):453. https://doi.org/10.5935/1518-0557.20210019
12. Allen MT. A computer-based avatar task designed to assess behavioral inhibition extends to behavioral avoidance but not cognitive avoidance. PeerJ. 2018;6:e5330. https://doi.org/10.7717/peerj.5330
13. Sexton KA, Dugas MJ. The cognitive avoidance questionnaire: validation of the English translation. Journal of anxiety disorders. 2008;22(3):355-70. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.005
14. Abbariki A, Yazdanbakhsh K, Momeni K. Investigating the effect of of computer-based cognitive rehabilitation on reducing cognitive avoidance in Students with Specific Learning disorder. Psychology of Exceptional Individuals. 2019;9(33):69-96.
15. Lavy EH, van den Hout MA. Cognitive avoidance and attentional bias: Causal relationships. Cognitive Therapy and Research. 1994;18:179-91. https://doi.org/10.1007/BF02357223
16. Epstein NB, Zheng L. Cognitive-behavioral couple therapy. Current opinion in psychology. 2017;13:142-7. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.09.004
17. Lorenzo-Luaces L, Keefe JR, DeRubeis RJ. Cognitive-behavioral therapy: Nature and relation to non-cognitive behavioral therapy. Behavior Therapy. 2016;47(6):785-803. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.012
18. Shayan A, Taravati M, Garousian M, Babakhani N, Faradmal J, Masoumi SZ. The effect of cognitive behavioral therapy on marital quality among women. International journal of fertility & sterility. 2018;12(2):99.
19. Shokrollahzadeh M, Forouzesh M, 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.
20. Abdekhodaie Z. Cognitive-behavioral and existential therapies for marital satisfaction in women: A comparative investigation of the efficacy, stability and mechanisms of changes. Journal of Contemporary Psychotherapy. 2021;51(2):173-9. https://doi.org/10.1007/s10879-020-09488-y
21. ŞAFAK ÖZTÜRK C, Arkar H. Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Sexual Satisfaction, Marital Adjustment, and Levels of Depression and Anxiety Symptoms in Couples with Vaginismus. Turkish Journal of Psychiatry. 2017;28(3). https://doi.org/10.5080/u14872
22. Spanier GB. Dyadic adjustment scale: Multi-Health Systems Toronto; 1989.
23. Isanezhad O, Ahmadi S-A, Bahrami F, Bagh-ban-Cichani I, Farajzadegan Z, Etemadi O. Factor structure and reliability of the Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS) in Iranian population. Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences. 2012;6(2):55.
24. Beck J. Cognitive-behavioral therapy. Clinical textbook of addictive disorders. New York: The Guilford Press; 2011.

[Downloaded from ijrm.ir on 2025-07-02]