



بررسی اثربخشی زوج درمانی گروهی شناختی رفتاری بر کاهش فرسودگی زناشویی و بهبود کیفیت روابط زناشویی زوجها

سید مصطفی پور یحیی^۱، محمد شاکرمی^۲، رضا داورنیا^{۳*}

۱. کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۳. نویسنده مسئول، دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
rezadavarniya@yahoo.com

(تاریخ دریافت: ۹۷/۰۴/۱۰ تاریخ پذیرش نهایی: ۹۷/۰۶/۳۰)

زمینه و هدف: انباشته شدن مشکلات فراوان، نامیدی از همسر و ایجاد فاصله روانی- عاطفی بین زوجین منجر به شکل گیری فرسودگی زناشویی و روابط نامطلوب در زوجها می‌گردد. در این مطالعه اثربخشی زوج درمانی گروهی شناختی رفتاری بر کاهش فرسودگی زناشویی و بهبود کیفیت روابط زناشویی زوجها مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه این پژوهش زوج‌هایی بودند که به مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی راستین شهر گرگان در بهار سال ۱۳۹۷ مراجعه نموده بودند. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، ۱۲ زوج انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه فرسودگی زناشویی Pines (۱۹۹۶) و پرسشنامه وضعیت زناشویی Golombok-Rust (۱۹۹۸) انجام شد. پس از اخذ پیش‌آزمون از آزمودنی‌های هر دو گروه، مداخله زوج درمانی شناختی رفتاری برای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای اجرا گردید، در حالی که گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) در نرم افزار SPSS 20 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بود که میزان فرسودگی زناشویی زوجین گروه آزمایش پس از انجام مداخله زوج درمانی شناختی رفتاری به طور معناداری کاهش پیدا کرده و مداخله موجب بهبود کیفیت روابط زناشویی آنها شده بود ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: زوج درمانی شناختی رفتاری فرسودگی زناشویی را کاهش داد و کیفیت روابط زناشویی زوجها را بهبود بخشید.

کلید واژه‌ها: زوج درمانی شناختی رفتاری، فرسودگی زناشویی، کیفیت روابط زناشویی، زوجها

مقدمه

بسیاری از زوجها زندگی زناشویی خود را با عشق آغاز می‌کنند. در آن زمان آن‌ها هرگز فکر نمی‌کنند که آتش عشقشان روزی فروکش خواهد کرد. Ellis عنوان می‌کند زوج‌هایی که به تازگی ازدواج کرده‌اند، کمتر به این فکر می‌کنند که ممکن است زمانی عشق افسانه‌ای آن‌ها کمرنگ شود و این درست زمانی است که فرسودگی آغاز شده است (۱). فرسودگی تدریجی است و بندرت ناگهانی

اتفاق می‌افتد. درحقیقت عشق و صمیمیت به تدریج کمرنگ می‌شود و فرسودگی آغاز می‌گردد. در بدترین حالت فرسودگی به معنای ویران شدن روابط است (۲). Howard فرسودگی را یک پاسخ انطباق یافته به استرس دانست. در واقع شکل نهایی استرس، فرسودگی می‌باشد (۳). Melamed و همکاران بیان کردند که عنصر مرکزی فرسودگی زناشویی، تهی‌سازی مزمن منابع انرژی یک فرد

و شادمانی انسجام و تعهد می‌شود (۱۲). کیفیت رابطه زناشویی ارزشیابی درونی رابطه زوجین در بعضی ابعاد و ارزش‌هاست و دامنه این ارزشیابی شامل طیف وسیعی است که مشخصات وسیعی از تعامل و کارکرد زناشویی را منعکس می‌کند (۱۳). کیفیت روابط زناشویی در روند زندگی مانند یک منحنی U شکل ترسیم شده است. طبق این منحنی کیفیت رابطه تا دوره‌ی میانسالی کاهش می‌یابد، سپس در معرض یک بهبود ناگهانی قرار گرفته و در اواخر زندگی افزایش پیدا می‌کند (۱۴).

عوامل مختلفی بر روی کیفیت روابط زناشویی تاثیر می‌گذارند، مانند (۱) عوامل شخصی: جنسیت، سلامتی، تربیت خانوادگی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، شغل، نگرش نسبت به ازدواج و طلاق و رابطه‌ی قبل از ازدواج. (۲) عوامل ارتباطی: مدت ازدواج، تعاملات متقابل، رابطه‌ی قبل از ازدواج، حضور فرزندان، تقسیم وظایف و کیفیت روابط زناشویی بین همسران. (۳) عوامل بیرونی: ویژگی‌های والدین، طلاق والدین، سایر افراد مهم در زندگی فرد و اتفاقات استرس‌زا (۱۵). همچنین مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهد که کیفیت روابط زناشویی بر روی وضعیت سلامت جسمانی افراد (۱۶)، عود سکنه‌ی قلبی (۱۷)، سندرم متابولیک (۱۸) و میزان مرگ و میر (۱۹) تأثیرگذار است.

امروزه رویکردهای گوناگون زوج درمانی و خانواده درمانی با هدف کاهش تعارضات و آشفتگی ارتباطی میان زوج‌ها به وجود آمده است. هدف زوج درمانی کمک به زوج‌ها برای سازگاری مناسب‌تر با مشکلات جاری و یادگیری روش‌های موثرتر ارتباط است (۲۰). یکی از رویکردهای مطرح در حوزه خانواده درمانی و زوج درمانی، رویکرد زوج درمانی شناختی رفتاری (Cognitive Behavioral Couples Therapy: CBCT) است. Epstein و Baucom زوج درمانی شناختی رفتاری را گسترش دادند. در این نوع مدل درمانی در چارچوب شناختی-رفتاری، علاوه بر در نظر گرفتن نقش شناخت‌ها و رفتارهای مشخص، با پرداختن به موضوعات وسیع‌تر، تأثیر تجارب شخصی زوج‌ها، انگیزه‌ها و نیازها، سبک‌های شخصیتی و آسیب پذیری افراد را در سازگاری زناشویی و کارآمدی ارتباطی آن مورد توجه قرار داده و بدین منظور تکنیک‌هایی

شامل خستگی جسمانی، عاطفی و روانی است که با ادامه مواجهه با استرس طولانی مدت ایجاد می‌شوند (۴). Pines و همکاران فرسودگی را به عنوان یک حالت خستگی جسمانی، عاطفی و روانی که در شرایط درگیری طولانی مدت همراه با مطالبات عاطفی ایجاد می‌شود، می‌دانند (۵). خستگی جسمانی با نشانگانی مانند احساس خستگی، کسالت و بی حالی بروز می‌کند که با خواب رفع نمی‌شود. این افراد گاهی دچار سردردهای مزمن، دردهای شکمی و یا کمر درد می‌شوند و همچنین مستعد ابتلا به انواع بیماری‌ها هستند (۶). خستگی عاطفی با رنجش، بی رغبتی، افسردگی، تنهایی، کمبود انگیزه، احساس گیر کردن، بی ارزشی، برهم خوردگی احساسی و حتی افکار خودکشی شناخته می‌شود (۷). خستگی روانی معمولاً به صورت کاهش خودباوری و منفی نگری نسبت به روابط به خصوص رابطه با همسر و احساس یأس و سرخوردگی نسبت به همسر بروز می‌کند. در واقع خستگی روانی شامل احساس درماندگی، ناامیدی و فریب در رابطه می‌شود (۸). ایدلویچ و بروسکی فرسودگی را به عنوان سرخوردگی پیشرونده در نظر می‌گیرند که شامل چهار مرحله تصاعدی است. این مراحل شامل: ۱- اشتیاق ۲- ایستایی و رکود ۳ - ناامیدی ۴- بی‌علاقگی و بی‌احساسی می‌شود (۹).

تحقیقات کارشناسان خانواده نشان می‌دهد که امروزه شیوع فرسودگی زناشویی بیشتر شده است. به طوری که ۵۰ درصد از زوج‌ها در ازدواج خود با فرسودگی زناشویی مواجه می‌شوند. اینکه عوامل فرسودگی چیست و آیا ممکن است ارتباط زوجینی که دچار فرسودگی شده‌اند را به ارتباطی عاشقانه و کارآمد تبدیل کرد، تحقیقات انجام شده به عوامل چندی اشاره کرده‌اند که در این زمینه می‌توان به تصورات رویایی از عشق، عدم توانایی حل تعارضات زناشویی، زوال خانواده گسترده، تغییر نقش‌های زن و مرد و باورهای ارتباطی اشاره کرد (۱۰).

مطالعه روابط زوج‌ها به روشن شدن چهارچوب‌های ساختاری که روابط زوج‌ها در آن شکل می‌گیرد، کمک می‌کند. یکی از ابعاد روابط زوج‌ها کیفیت روابط زناشویی است که نقش اساسی در کیفیت کلی ارتباطات خانوادگی دارد (۱۱). کیفیت روابط زناشویی مفهومی چند بعدی است و شامل ابعاد گوناگون ارتباط زوج‌ها مانند سازگاری، رضایت

را بر شادمانی زناشویی و عملکرد زوج‌ها در فعالیت‌های حل مساله بررسی نمودند و نشان دادند که این مدل درمانی در افزایش شادمانی زناشویی و بهبود عملکرد حل مساله زوج‌ها موثر بوده است (۲۸). Rotunda و همکاران در پژوهشی به اثربخشی CBCT بر اختلال استرس پس از ضربه پرداختند. نتایج نشان داد که CBCT سبب بهبود رضایت زناشویی و کاهش خشونت مرد نسبت به زن می‌گردد (۲۹). Dunn و Schwebel در یک پژوهش فراتحلیل میزان بهبود ۰/۷۸ را برای زوج درمانی شناختی رفتاری گزارش کردند (۳۰). احمدی و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که زوج درمانی شناختی رفتاری بر بهبود مولفه‌های سازگاری زناشویی در جانبازان مبتلا به PTSD موثر بوده است (۳۱).

پدیده فرسودگی زناشویی مساله‌ای است که بسیاری از زوجین جامعه ما درگیر آن هستند و ماحصل آزرده‌گی، سرخوردگی و ناامیدی از زندگی زناشویی و همسر می‌باشد. این مشکل اگر به شیوه مناسبی درمان نشود و جهت حل آن چاره اندیشی نگردد، زمینه طلاق عاطفی و رسمی را فراهم خواهد کرد. تاکنون در پژوهش‌های صورت گرفته در کشور ما مداخلات اندکی بر روی این مشکل انجام گرفته و تحقیقات کنترل شده و بالینی راجع به آن محدود می‌باشد. با عنایت به مطالبی که در مقدمه پژوهش بیان شد و با توجه به اینکه مدل زوج درمانی شناختی اثر بخشی خود را در درمان بسیاری از مشکلات زناشویی به اثبات رسانده است و از طرفی در جستجوهای که در پژوهش‌های داخل و خارج کشور انجام شد، پژوهشی که به بررسی تاثیر این مدل درمانی بر فرسودگی زناشویی و کیفیت روابط زناشویی پرداخته باشد، مشاهده نشد، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی گروهی شناختی رفتاری بر کاهش فرسودگی زناشویی و بهبود کیفیت روابط زناشویی زوج‌ها انجام شد.

را طراحی کرده است (۲۱). این رویکرد مشکلات زناشویی را نتیجه مهارت‌های ناکارآمد همسران در برقراری ارتباط، ناتوانی در حل موثر مشکلات و تعارضات، انتظارات و باورهای غیر منطقی و تبادلات رفتاری منفی می‌داند (۲۲). CBCT تلفیق عوامل رفتاری و شناختی در درمان زوج‌ها با مشکلات زناشویی است که می‌تواند با ارزیابی عملکردی از مشکلات آماج زوج و رفتارهای وابسته‌ای که آن را حمایت می‌کند، شروع گردد. در این نوع درمان در آغاز بر افکار تأکید نمی‌شود، بلکه زمانی به آن پرداخته می‌شود که تمرکز بر رفتار صورت گرفته، زیرا هدف اصلی مداخله، رفتارهای آماج است (۲۳). در واقع یکی از مولفه‌های اصلی رویکرد شناختی رفتاری در حل آشفتگی‌های زناشویی، نحوه ارزیابی زوجین از مشکلات موجود در رابطه، خطاهای شناختی رایج، آگاهی دادن به آنها در مورد سیستم پردازش اطلاعات و شیوه‌های باز ارزیابی و اصلاح واقع‌گرایانه‌ی این سیستم می‌باشد (۲۴). یکی از مهمترین وظایف درمانگر در CBCT کمک به زوج‌ها برای مشاهده و ارزیابی فعال شناخت‌های اتوماتیک خود، همچنین مفروضه‌ها و استانداردهایشان در خصوص رابطه است. رویکردهای شناختی رفتاری فرض می‌کنند که وقتی مردم نحوه پردازش اطلاعات و شناخت‌های خود را تغییر می‌دهند، تغییرات مثبت در هیجان‌ها و رفتارها نیز اتفاق خواهد افتاد (۲۵).

مطالعات گوناگونی اثربخشی CBCT را در بافت زناشویی و خانوادگی تایید کرده‌اند. Cohen و همکاران در پژوهش خود از CBCT کوتاه مدت برای کاهش افسردگی زوجین استفاده کردند. نتایج پژوهش نشان داد که این شیوه درمانی باعث کاهش قابل ملاحظه‌ی علائم افسردگی زنان گروه مداخله در مقایسه با گروه گواه شده است. درمان همچنین باعث بهبود رضایت زناشویی زوجین، کاهش علائم آشفتگی روانشناختی و دل زدگی شوهر از همسر شده و کارکرد کلی رابطه را افزایش داده بود (۲۶). Lindau و همکاران در مطالعه‌ی اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر بهبود روابط جنسی بررسی و نشان دادند که این شیوه درمانی موجب تقویت و حفظ احساسات خوب جسمی و روانی در زوجین می‌گردد (۲۷). Bélanger و همکاران در پژوهشی تاثیر CBCT

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و به شیوه پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر را تمامی زوجین مراجعه کننده به مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی راستین شهر گرگان در بهار سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که جهت حل تعارضات زناشویی و بهبود روابط خود با همسرشان خواستار شرکت در جلسات درمان بودند. بدین صورت که پس از فراخوان اعلام شده توسط پژوهشگران مبنی بر تشکیل یک دوره درمانی جهت کاهش مشکلات زناشویی، ۳۷ زوج جهت شرکت در جلسات نام نویسی کردند که از میان زوجین متقاضی، پس از مصاحبه مقدماتی توسط مشاور و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، ۲۹ زوج واجد شرایط حضور در پژوهش تشخیص داده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: فاصله سنی ۲۵-۴۵ سال، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، تکمیل فرم رضایت نامه درمان، حضور هر دو عضو زوج در جلسات و تعهد شرکت در جلسات تا پایان جلسات. مصرف سیگار، الکل و مواد روانگردان، سابقه خیانت زناشویی، مصرف داروهای روانپزشکی، سابقه بستری در بیمارستان‌های روانپزشکی و دریافت خدمات مشاوره فردی در خارج از جلسات نیز موارد خروج افراد از مطالعه بود.

در مرحله بعد تمامی زوج‌های واجد شرایط در یک جلسه به دو پرسشنامه فرسودگی زناشویی و وضعیت زناشویی پاسخ دادند. پس از نمره گذاری پرسشنامه‌ها و بر اساس

نمرات زوجین در پرسشنامه‌ها، ۱۲ زوجی که بالاترین نمرات را در دو پرسشنامه مطالعه کسب نموده بودند، به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۶ زوج) جایگزین شدند. از آنجایی که در گروه‌های مشاوره و روان درمانی بهتر است اندازه گروه بیش از ۱۰ تا ۱۲ نفر نباشد (۳۲)، تعداد اعضای گروه‌ها را در پژوهش حاضر می‌توان مناسب دانست. در این مطالعه مفاد مطرح شده در بیانیه *Helsinki* (۳۳) رعایت گردید که از جمله آن‌ها می‌توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل اشاره کرد. بعد از جایگزینی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل و اخذ پیش آزمون از هر دو گروه، جلسات زوج درمانی شناختی رفتاری در ۱۰ جلسه دو ساعته و به شیوه گروهی و گام به گام و با توالی هر هفته یک جلسه برای آزمودنی‌های گروه مداخله اجرا شد، اما برای گروه شاهد مداخله‌ای ارابه نگردید. پس از اتمام جلسات درمانی، پس آزمون از هر دو گروه گرفته شد. پروتکل جلسات درمانی نیز برگرفته از کتاب زوج درمانی شناختی رفتاری *Baucom* و همکاران بود (۳۴). پس از پایان مرحله پس آزمون، پژوهشگر جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش و تشکر و قدردانی از همکاری زوجین گروه کنترل، جلسات درمان را برای آنها نیز برگزار نمود. محتوای جلسات *CBCT* در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱ - محتوای جلسات *CBCT*

جلسات	محتوای جلسات
اول، دوم و سوم	برقراری رابطه حسنه با زوجین، بیان قواعد، اهداف و تعداد جلسات درمانی و انعقاد قرارداد درمانی، سنجش، اتحاد درمانی با زوجین به نحوی که هر یک از آنها احساس امنیت و پذیرش از سوی درمانگر کرده و اطمینان حاصل کنند که درمانگر اهداف و نیازهای آنها را درک کرده و قادر به کمک دادن به آنها خواهد بود، ارزیابی فردی و مشترک.
چهارم، پنجم و ششم	بازخورد و معرفی روند درمان، ارزیابی و تعیین اهداف اصلی، مشخص کردن نگرانی‌ها و حوزه های دارای پتانسیل رشد در زوجین، تعیین میزان تناسب زوج درمانی برای پرداختن به نگرانی‌های مذکور. آموزش

تأثیر تفاوت‌های جنسیتی و شخصیتی زوجین بر ارتباط و توصیه‌هایی برای درک و رعایت تفاوت‌های جنسیتی و شخصیتی. بررسی الگوهای منفی، سرزنش و ملامت، تهدید به ترک رابطه، قطع رابطه زناشویی، شناسایی عوامل تنش‌زای زندگی زناشویی خاص همسران. تعیین عوامل شناختی، رفتاری و محیطی زوجین که در ایجاد نگرانی‌هایشان نقش دارند. بررسی شناخت‌ها و کمک به اصلاح آنها، آشنایی و آگاهی از تأثیر خطاهای شناختی بر خلق و روابط همسران، مخصوصاً اصلاح شناخت‌ها: توجه انتخابی، اسنادها، انتظارات، مفروضات، معیارها.

هفتم و هشتم

ایجاد برنامه‌هایی برای انجام فعالیت‌های خوشایند، تعریف از ویژگی‌های مثبت یکدیگر، تبادل رفتاری، افزایش فعالیت‌های فردی، خلاصه کردن مرحله اول. مداخلات مخصوص اصلاح رفتار، تغییر رفتار هدایت شده و مداخلات مبتنی بر مهارت. آموزش مهارت‌های ارتباطی: به کار بردن افعالی با ضمیر من، آموزش مهارت گوش دادن، بیان مطالبات رفتاری خاص، شناسایی الگوهای تعاملی. مهارت‌های حل تعارض (بررسی تعارضات و سبک‌های حل تعارض زوجین، آموزش و تمرین روش‌های حل تعارض).

نهم و دهم

آموزش حل مسئله، تعریف مشکل، ارائه راه‌حل‌های جایگزین، ارزیابی راه‌حل‌ها، انتخاب و اجرای راه‌حل انتخابی، ارزیابی راه‌حل انتخابی انجام شده، پایان کار در مرحله دوم. تعامل بر اساس ادراکات جدید و ایجاد راه‌حل‌های جدید ضروری. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک زوجین، تشکر و خداحافظی و ختم جلسات.

در این پژوهش جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیراستفاده شد:

۱- مقیاس فرسودگی زناشویی (Couple Burnout Measure)

(Measure): در این پژوهش به منظور اندازه‌گیری میزان فرسودگی زناشویی از مقیاس ۲۱ سوالی فرسودگی زناشویی Pines استفاده شد. در این مقیاس نمرات بالاتر نشان‌دهنده فرسودگی زناشویی بیشتر است و حد بالای نمره ۱۴۷ و حد پایین نمره، ۲۱ می‌باشد. برای تفسیر نمره‌ها باید آنها را تبدیل به درجه کرد که این عمل از طریق تقسیم نمودن نمره‌های حاصل شده از پرسشنامه بر تعداد سوالات (۲۱ سوال) به دست می‌آید. در تفسیر نمره‌ها، درجه بیشتر از ۵، نشانگر لزوم کمک فوری، درجه ۵ نشان‌دهنده وجود بحران، درجه ۴، نمایانگر حالت فرسودگی، درجه ۳ نشان‌دهنده خطر فرسودگی و درجه ۲ و کمتر از آن نیز نشان‌دهنده وجود رابطه خوب است. ضریب اطمینان آزمون - باز آزمون، ۰/۸۹ برای یک دوره یک ماهه، ۰/۷۶ برای یک دوره دو ماهه و ۰/۶۶ برای دوره سه ماهه بود. ضریب آلفای اندازه‌گیری شده بین ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش

شده است (۳۵). در ایران نویدی، ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرده است (۳۶). در پژوهشی برای به دست آوردن روایی این پرسشنامه، این آزمون را با پرسشنامه رضایت زناشویی Enrich همبسته کردند، ضریب همبستگی بین این دو پرسشنامه ۰/۴۰- بدست آمد که در سطح $P < 0/001$ معنادار می‌باشد (۳۷). در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی پرسشنامه با بهره‌گیری از محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه گردید.

۲- پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوگ - راست (گریمس) : The Golombok-Rust

Inventory of Marital State (GRIMS)

پرسشنامه گریمس ۲۸ عبارت است که در مقابل هر جمله ۴ گزینه قرار دارد: کاملاً مخالف، مخالف، موافق و کاملاً موافق. پاسخگو با توجه به وضعیت زناشویی خودش یکی از این ۴ گزینه را انتخاب می‌کند. این پرسشنامه که توسط Rust و همکاران ساخته شده، برای ارزیابی کیفیت زندگی زناشویی به کار می‌رود. این پرسشنامه ارزیابی کلی فرد از

کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش برای گروه آزمایش $32/75 \pm 5/54$ سال و برای افراد گروه کنترل $35/42 \pm 7/34$ سال بود. در مورد تحصیلات نیز در گروه آزمایش ۳ نفر مدرک دیپلم، ۳ نفر مدرک کاردانی و ۶ نفر مدرک تحصیلی کارشناسی داشتند، و این توزیع مدارک تحصیلی برای گروه کنترل برای مدرک تحصیلی دیپلم ۳ نفر، مدرک تحصیلی کاردانی ۶ نفر و مدرک تحصیلی کارشناسی نیز ۳ نفر بوده است. همچنین در گروه آزمایش ۲ زوج فاقد فرزند، ۲ زوج دارای یک فرزند و ۲ زوج نیز دارای دو فرزند بودند که این مقادیر برای گروه کنترل به این ترتیب بود؛ ۳ زوج فاقد فرزند، ۲ زوج دارای یک فرزند و ۱ زوج نیز دارای دو فرزند.

جدول ۱ بیانگر شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون است.

زندگی زناشویی خویش را نشان می‌دهد. از لحاظ روایی این پرسشنامه با نظریه Bradbury و Fincham در مورد کیفیت زناشویی همسو است. روایی این پرسشنامه با ۲۴ زوج سنجیده شده است که همبستگی میان بهبودی زوج‌ها و مقیاس درمانگر $0/91$ بوده است (۸). پژوهش عیسی نژاد نتایج همبستگی این پرسشنامه را با پرسشنامه سازگاری زناشویی Basbi و همکاران که به منظور ارزیابی کیفیت روابط زناشویی بر اساس نظریه Lewis و Spanier در مورد کیفیت زناشویی ساخته شده است، به میزان $0/67$ نشان داده است. پرسشنامه همچنین به مداخلات غنی سازی حساس بوده که نشان دهنده روایی سازه‌ای و ملاکی پرسشنامه می‌باشد (۸). پژوهش عیسی نژاد، احمدی و اعتمادی پایایی این پرسشنامه را به شیوه آلفای کرونباخ $0/89$ نشان داده است (۳۸). بشارت نیز پایایی این پرسشنامه را به شیوه ی آلفا کرونباخ $0/93$ و به شیوه بازآزمایی پس از دو هفته $0/94$ برآورد کرده است (۳۹). در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی پرسشنامه با بهره گیری از آلفا کرونباخ $0/81$ به دست آمد.

داده‌های این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS 20 در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت که در آن متناسب با سطح سنجش متغیرها از آمارهای توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل

جدول ۲_ شاخص‌های توصیفی فرسودگی زناشویی و کیفیت روابط زناشویی به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

پس آزمون		پیش آزمون		متغیرها	
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	گروه‌ها	
۴/۹۰	۷۱/۳۳	۲/۷۴	۸۸/۵۰	گروه آزمایش	فرسودگی
۳/۴۱	۸۷/۲۵	۳/۱۴	۸۸/۰۸	گروه کنترل	زناشویی
۵/۵۸	۳۷/۸۳	۳/۴۲	۵۳/۰۸	گروه آزمایش	کیفیت روابط
۳/۹۶	۵۰/۵۸	۴/۵۰	۵۲/۵۰	گروه کنترل	زناشویی

برای فرسودگی زناشویی ($2/74 \pm 88/50$) و کیفیت روابط زناشویی ($3/42 \pm 53/08$)، مشاهده می‌شود که تمامی این مقادیر در پس آزمون کاهش یافته است. برای دانستن این مطلب که این کاهش نمره به لحاظ آماری معنادار می‌باشد

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود میانگین نمرات فرسودگی زناشویی گروه آزمایش در مرحله پس آزمون $4/90 \pm 71/33$ و کیفیت روابط زناشویی $37/83 \pm 5/58$ می‌باشد که با توجه به مقادیر این نمرات در پیش آزمون

لوین برای پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای فرسودگی زناشویی و کیفیت روابط زناشویی ($P > 0/05$) می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض برابری واریانس‌ها نیز برقرار می‌باشد. جهت بررسی فقدان تعامل بین گروه‌ها و نمرات پیش آزمون، پیش‌فرض یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد که نتایج حاصله نشان داد این پیش‌فرض نیز برقرار می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بین گروه‌ها و پیش‌آزمون تعاملی وجود ندارد. با توجه به اینکه تمامی پیش‌فرض‌های لازم جهت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری تأیید شده است، انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیری بلا مانع می‌باشد. نتایج این آزمون در جداول ۳ و ۴ ارایه شده است.

یا خیر، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در ادامه آورده شده است. برای انجام آزمون تحلیل کوواریانس ابتدا پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون بررسی گردید. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو-وایلک استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان داد (جدول ۲) که مقادیر این آزمون برای هیچ‌یک از متغیرهای فرسودگی زناشویی و کیفیت روابط زناشویی در پیش آزمون و پس آزمون معنادار نمی‌باشد ($P > 0/05$)، و بنابراین توزیع نمرات در این متغیرها نرمال می‌باشد. برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون نیز از آزمون لوین استفاده شد (جدول ۳) که با توجه به عدم معناداری آزمون

جدول ۲) نتایج آزمون همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع نمرات فرسودگی زناشویی و کیفیت روابط زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل

آزمون شاپیرو- وایلک			آزمون لوین			مرحله	متغیرها
سطح معناداری	df	آماره Z	سطح معناداری	df2	df1	آماره F	
0/101	24	0/931	0/749	22	1	0/105	پیش آزمون
0/125	24	0/935	0/342	22	1	0/941	پس آزمون
0/586	24	0/967	0/422	22	1	0/669	پیش آزمون
0/462	24	0/961	0/09	22	1	3/13	پس آزمون

جدول ۳) نتایج آزمونهای چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیری

سطح معناداری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	آماره F	مقدار	نام آزمون
0/001	19	2	127/48	0/931	اثر پیلاپی
0/001	19	2	127/48	0/069	لامبدای ویکلز
0/001	19	2	127/48	13/419	اثر هتلینگ
0/001	19	2	127/48	13/419	بزرگترین ریشه روی

متغیرهای فرسودگی زناشویی یا کیفیت روابط زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد. برای مشخص شدن این تفاوت، نتایج در جدول ۴ ارایه شده است.

با توجه به مقادیر نمایش داده شده در جدول ۳، از آنجایی که آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیری معنادار می‌باشند، بنابراین حداقل بین دو گروه در یکی از

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری تأثیر عضویت گروهی بر نمرات فرسودگی زناشویی و کیفیت روابط
زناشویی

منابع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
تأثیر متغیر مستقل	فرسودگی زناشویی	۱۵۹۲/۴۵	۱	۱۵۹۲/۴۵	۱۲۸/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	کیفیت روابط زناشویی	۱۰۵۱/۶۸	۱	۱۰۵۱/۶۸	۱۶۴/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۸۹

دادند که CBCT در کاهش اختلال عملکرد جنسی زنان تأثیر مثبت داشته است (۴۰)؛ خجسته مهر و همکاران که در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که CBCT به طور معناداری موجب کاهش نشانه‌های افسردگی و بهبود تنظیم هیجانی زوجین آشفته شده است (۴۱)؛ خدایاری فرد که زوج درمانی شناختی رفتاری را در درمان زوج‌های وابسته به مواد مخدر به کار برد و نشان داد که تکنیک‌های شناختی رفتاری در درمان سو مصرف مواد در زوجین بوده است (۴۲)؛ مهین ترابی و همکاران که در پژوهش خود بیان کردند که آموزش‌های شناختی رفتاری بر تعدیل انتظارات غیر منطقی، بلوغ عاطفی و ناراضی‌ت زناشویی در زنان (۴۳) موثر بوده است؛ عابدی و همکاران که در مطالعه خود نشان دادند رویکرد شناختی رفتاری بر ابعاد سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی، همبستگی دو نفره، توافق دو نفری، و ابزار محبت تأثیر معنادار داشته است (۴۴)؛ و استادی و همکاران که در پژوهش خود دریافتند که درمان شناختی رفتاری گروهی می‌تواند در تغییر میزان وابستگی، اضطراب، نگرش‌های ناکارآمد و سبک‌های دلبستگی زوجین موثر باشد (۴۵) همخوان می‌باشد. همچنین نتایج حاصل از این پژوهش مبنی بر کارایی زوج درمانی شناختی رفتاری با نتایج تحقیقات Monson و همکاران (۴۶)، Siddique و همکاران (۴۷)، جارنفلت و همکاران (۴۸) و داتیلیو (۴۹) همسو و در تایید آنها می‌باشد.

در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان گفت درمان‌های شناختی رفتاری در کار با زوج‌ها اهداف افزایش تقویت کننده‌ها و تبادل مثبت، آموزش مهارت‌های ارتباطی، تغییر و اصلاح الگوهای فکری و روش‌های حل تعارض را دنبال

بر اساس مقادیر نمایش داده شده در جدول ۴، تأثیر زوج درمانی شناختی رفتاری بر فرسودگی زناشویی معنادار می‌باشد ($F = 128/94$ و $P < 0/01$) و میزان این تأثیر ۸۶ درصد می‌باشد، بدین معنا که ۸۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون فرسودگی زناشویی مربوط به تأثیر الگوی درمانی می‌باشد. در مورد متغیر کیفیت روابط زناشویی نیز الگوی درمانی تأثیر معناداری در کاهش نمرات این متغیر در مرحله پس آزمون داشته است. ($F = 164/92$ و $P < 0/01$) و از آنجایی که در پرسشنامه کیفیت روابط زناشویی نمره پایین تر به معنای کیفیت روابط زناشویی بالاتر می‌باشد، بنابراین زوج درمانی شناختی رفتاری باعث بهبود کیفیت روابط زناشویی زوج‌ها گردیده است. اندازه این تأثیر نیز ۸۹٪ بوده است. با توجه به این یافته‌ها، می‌توان بیان کرد که زوج درمانی گروهی شناختی رفتاری در کاهش فرسودگی زناشویی و بهبود کیفیت روابط زناشویی زوج‌ها مؤثر می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی کارایی زوج درمانی گروهی شناختی رفتاری بر کاهش فرسودگی زناشویی و بهبود کیفیت روابط زناشویی زوج‌ها انجام گرفت. یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که زوج درمانی گروهی شناختی رفتاری، موجب کاهش فرسودگی زناشویی و بهبود کیفیت روابط زناشویی زوج‌های گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده بود. مطالعه‌ای که نتایج آن به صورت مستقیم در راستای یافته‌های این مطالعه باشد، مشاهده نشد، اما نتایج این پژوهش با یافته‌های تحقیقات Hoyer و همکاران که در پژوهش خود نشان

می‌کنند (۵۰). CBCT به زوجین آموزش‌هایی می‌دهد تا با وجود تفاوت‌های فردی، روش‌هایی را برای نزدیک شدن به یکدیگر در پیش بگیرند. از این رو لحاظ کردن نیازها و انگیزه‌های فردی و تفاوت‌های فردی در این زمینه در صورت بندی‌های جدید رویکرد شناختی - رفتاری مورد توجه قرار گرفته است و راهبردهایی برای سازگاری با این شرایط و افزایش تحمل پذیری زوجین، آموزش داده می‌شود. می‌توان گفت که آگاهی افراد از این تفاوت‌ها، شناخت افراد از یکدیگر را افزایش داده و موجب می‌شود که افراد واکنش‌های هیجانی و رفتاری خود به این تفاوت‌ها را بر سر سی کرده و ضمن اعتبار دادن به این تفاوت‌ها، کنترل هیجانی بیشتری داشته باشند (۲۱).

یکی از نشانگان مهم و اصلی فرسودگی زناشویی در زوج‌ها، افسردگی می‌باشد که در بطن فرسودگی رشد می‌کند. باید اشاره کرد که بخشی از رفتارهای افسرده مدار مانند (خلق افسرده، شکایت‌های جسمی و روانی، احساس بی ارزشی) رفتارهایی است که در نتیجه سطح بالایی از رفتارهای کلامی منفی در محیط خانه تقویت می‌شوند، بدین معنا که همسران به رفتارهای افسرده وار در مقایسه با رفتارهای پرخاشگرایانه، چه به لحاظ عاطفی و چه به لحاظ رفتاری واکنش‌های متفاوتی نشان می‌دهند. در واقع فرد به رفتارهای افسرده وار همسرش پرخاشگری کمتری نشان می‌دهد تا زمانی که همسرش متقابلاً دست به پرخاشگری می‌زند. رفتارهای افسرده گونه‌ای مانند خودگویی‌های منفی و رفتارهای منفعلی مانند عدم برقراری رابطه چشمی، کنارکشیدن از بحث و ساکت ماندن اگرچه به ظاهر میزان پرخاشگری‌ها در حین بروز تعارض‌های زناشویی را کاهش می‌دهد، اما زوجین به لحاظ عاطفی از یکدیگر فاصله گرفته و فرصت حل مسئله در ازدواج آنها وجود ندارد و علائم افسردگی نیز تقویت می‌شود. یکی از آماج‌های درمانی در رویکرد شناختی - رفتاری، شکستن چنین الگوهای تعاملی مخرب با اصلاح الگوهای شناختی، رفتاری و هیجانی زوجها می‌باشد. در واقع هدف از این تکنیک‌ها این است که افراد را قادر کند تا راه حل‌های کارآمدتری را برای حل مشکلاتشان پیدا کنند (۲۶، ۳۴).

با استفاده از اصول CBCT، زن و شوهر می‌توانند در برابر قضاوت‌های بی مورد بایستند و تصاویر مخدوش را از میان بردارند. همچنین زن و شوهر می‌توانند با نتیجه گیری‌های دقیق و منطقی تر، دایره سوءتفاهمی را که به دل زدگی و ناامیدی در زندگی مشترک می‌انجامد، پاره کنند (۵۱). Tichman و همکاران در تبیین فرایند تغییر در CBCT به الگوهای تعامل بین فردی در تعاملات زوجین اشاره دارند و معتقدند نوع باور و شناخت‌های زوجین در این چرخه‌ی تعاملی سبب رفتارها و هیجانات گوناگون از جانب آنها می‌شود. Tichman و همکاران معتقدند در فرایند درمان شناختی رفتاری، ایجاد تغییر در ادراکات، انتظارات و معیارهای زوجین در کنار اصلاح توجه انتخابی، اسنادها، انتظارات، و فرضیات آنها نسبت به یکدیگر باعث تغییر در واکنش‌های رفتاری و هیجانی زوجین نسبت به یکدیگر می‌شود و در ادامه درمانگر با آموزش مهارت‌های رفتاری همچون تبادل رفتاری، کاهش گسستگی، توانایی حل مسئله، گوش دادن و صحبت کردن، الگوهای تعاملی جدید را استحکام می‌بخشد. در واقع در سیر درمان شناختی رفتاری درمانگر به جای تمرکز بر مشکلات موجود زوجین یا آشفتگی‌های اولیه توجه خود را معطوف به برخورد ناسازگارانه‌ی زوجین با این مشکلات یا آشفتگی‌های ثانویه می‌کند و با اصلاح آشفتگی‌های ثانویه در واقع زوجین نحوه‌ی رسیدگی به آشفتگی‌های اولیه را می‌آموزند و به مرور زمان آنها را از بین می‌برند و مانع ایجاد مجدد آن می‌شوند و بدین ترتیب رضایت آنها از روابط زناشویی خویش افزایش می‌یابد (۳۴).

CBCT در درمان زوج‌های دارای فرسودگی زناشویی و با روابط نامطلوب و با کیفیت پایین، که اغلب دارای خطاهای شناختی، باورهای غیرمنطقی و مخرب در زندگی زناشویی هستند، تلاش می‌کند تا آگاهی زوجین را نسبت به اسناد و باورهای غیرمنطقی بالا ببرد. همچنین با انجام تمرینات، جلسات آموزشی و تکالیف بیرون از جلسات به اصلاح باورها و اسنادهای غلطی که موجب فرسودگی آنان شده است، بپردازد. CBCT موجب بهبود مهارت‌های رفتاری زوجین می‌گردد. مهارت‌های رفتاری منجر به مبادله رفتارهای مثبت و خوشایند و

نتایج این پژوهش مقایسه شود. پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌هایی به مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری با دیگر رویکردهای زوج درمانی در حوزه زوجی و خانوادگی بپردازند تا تصویر روشن‌تری از کارایی این شیوه درمانی با توجه به بافت فرهنگی کشور ما به دست آید. پیشنهاد می‌گردد که محققین تأثیر این مدل درمانی را بر سایر متغیرهای زناشویی مورد بررسی قرار داده و همچنین در قالب طرح‌های پژوهشی موردی، فرایندهای مختلف درمان را مورد بررسی قرار دهند. انجام آزمون پیگیری پس از انجام دوره درمان به منظور ارزیابی بلند مدت تأثیرات این روش درمانی و تثبیت آموزش‌های جلسات پایانی و بالاخره انجام جلسات یادآوری پس از پایان دوره درمان به منظور جلوگیری از افت اثر درمان پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

گروه پژوهشی بر خود لازم می‌دانند تا از همکاری‌های مدیریت محترم مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی راستین جناب آقای دکتر بهرام بختیاری سعید و تمامی زوجینی که نهایت همکاری را با پژوهشگر داشتند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند. پژوهش حاضر بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده است.

تعارض منافع

تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

کاهش رفتارهای منفی و تنبیه می‌شود. همچنین تغییر در احساس و رفتار زوجین به تغییر نگرش نیز می‌انجامد و بر نرخ هزینه - پاداش تأثیر مثبت می‌گذارد. در CBCT اصلاح باورها، انتظارات نامعقول و اسنادهای غلط زوجین از رفتار یکدیگر باعث کاهش دلخوری‌های بی‌مورد و افزایش شناخت جنبه‌های مثبت رفتار خواهد شد که در نهایت به کاهش فرسودگی زناشویی و بهبود کیفیت روابط زناشویی می‌انجامد.

از دست‌آوردهای این پژوهش می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه‌گیری کرد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تأیید کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. این پژوهش نیز به مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی می‌باشد که باید در تعمیم نتایج مد نظر قرار گیرد. پژوهش حاضر بر روی زوج‌های شهر گرگان انجام شده است، بنابراین باید در تعمیم نتایج به زوج‌های دیگر شهرها جانب احتیاط را رعایت کرد. یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه این بود که به علت محدودیت زمانی و عدم دسترسی به مراجعان مطالعات پیگیری صورت نگرفت. شیوه نمونه‌گیری در دسترس، حجم نمونه کم و استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی نیز از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر است. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی جهت تعیین دقیق‌تر اثرات درمانی رویکرد شناختی رفتاری مرحله پیگیری نیز گنجانده شود و نتایج آنها با

References

- 1-Davarniya R, Zaharakar K, Nazari AM. The effect of brief solution-focused couple therapy (BSFCT) approach on reducing couple burnout dimensions in women. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2015;1(1):36-46. (Persian)
- 2- Pines AM. Teacher burnout: A psychodynamic existential perspective. Teachers and Teaching: Theory and Practice. 2002; 8(2):121- 140.
- 3- Howard LM .Incidence of burnout or compassion fatigue reported among medical dosimetrists. (dissertation). University of Wisconsin-La Crosse La Crosse WI 2011; 64-66.
- 4- Soares JJF, Grossi G, Sundin O. Burnout among women: associations with demographic/socio-economic, work, life-style and health factors. Arch Womens Ment Health 2007; 10(2): 61–71.
- 5- Pines AM, Neal MB, Hammer LB, Icekson T. Job burnout and couple burnout in dual- earner couples in the sandwiched generation. Soc Psychol Q 2011; 74(4): 361–86.
- 6- Nikubakht N, Karimi Y, Bahrami H. Study of marital disenchantment among fertile and infertile women who visited clinics of gynecology and Infertility in Vali-Asr hospital of Imam Khomeini hospital complex: a crosssectional study. IJE 2011; 7: 32- 37. (Persian)
- 7- Khodabakhshi Koolaee A, Adibrad N, Saleh Sedgh Poor B. The comparison of relationship beliefs and couples burnout in women who apply for divorce and women who want to continue their marital life. Iran J Psychiatry 2009; 5: 35-59.
- 8- Ahmadi M, Zaharakar K, Davarniya R, Rezaiee M. The effectiveness of brief self-regulation couple therapy on couple burnout in couples of Saveh city. RJMS 2016; 22 (139):64-75. (Persian)
- 9- Morshedi M, Davarniya R, Zaharakar K, Mahmudi M, Shakarami M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on reducing couple burnout of couples. IJNR. 2016; 10 (4):76-87. (Persian)
- 10- Davarniya R, Zaharakar K, Nazari AM. The effect of brief solution-focused couple therapy (BSFCT) approach on reducing couple burnout dimensions in women. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2015; 1(1): 36-46. (Persian)
- 11- Bradbury TN, Fincham FD, Beach SRH. Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. J Marriage Fam. 2000; 62(4): 964-80.
- 12-Troxel WM. Marital quality, communal strength, and physical health. (dissertation). University of Pittsburgh2006; 48-52.
- 13- Khaje N, Bahrami F, Fatehizadeh M , Abedi M. Predicting psychological well-being based on marital quality, empathy and system making in the married students of University of Esfahan. Quarterly Journal of Psychological Studies 2012; 8(2):73-95. (Persian)
- 14- Bulanda JR. Marriage in later life: The relationship between marital quality, health, and divorce. (dissertation). Graduate college of bowling green, State University2006; 34-36.
- 15- Khanjani Veshki S, Botlani S, Shahsiah M, Sharifi E. The effect of sex education on marital quality improvement in couples of Qom. Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business 2012; 4(7):134- 147.



- 16- Wickrama, KAS, Lorenz FO, Conger RD, Elder GH. Marital quality and physical illness: A latent growth curve analysis. *J Marriage Fam* 1997; 59(1): 143- 155.
- 17- Orth-Gomer K, Wamala SP, Horsten M, Schenck-Gustafsson K, Schneiderman N, Mittleman MA . Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease: The stockholm female coronary risk study. *JAMA* 2000; 284(23): 3008-3014.
- 18- Troxel WM, Matthews KA, Gallo LC, Kuller LH. Marital quality and occurrence of the Metabolic Syndrome in women. *Arch Intern Med* 2005; 165(9): 1022-1027.
- 19- Eaker ED, Sullivan LM, Kelly-Hayes M, D'Agostino RB, Benjamin EJ. Marital status, marital strain, and risk of coronary heart disease or total mortality: The Framingham Offspring Study. *Psychosom Med* 2007; 69(6): 509-513.
- 20- Davarniya R, Zaharakar K, Moayeri N, Shakarami M. The effectiveness of emotionally focused group couple therapy on reducing couple burnout of women. *Medical Sciences* 2015; 25(2):132-140.
- 21-Epstein NB, Baucom DH. Enhanced cognitive behavioral therapy for couples: A contextual approach. Washington, DC: APA; 2002. P. 1-25.
- 22- Glading S. Family Therapy History, Theory and Application. Translated by F. Bahari, Tehran: Publications of Tazkie; 2002. (Persian).
- 23- Patterson T. Cognitive Behavioral Couple Therapy. In: M. Harway, Hand book of Couple Therapy. 1ed. New Jersey: Wiley 2005; 119-114.
- 24- Gratz K, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assessment* 2004; 26(1):41-54.
- 25- Doss BD, Thum YM, Sevier M, Atkins DC, Christensen A. Improving relationships: mechanisms of change in couple therapy. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73(4):624-633.
- 26- Cohen S, O'Leary KD, Foran H. A randomized clinical trial of a brief, problem-focused couple therapy for depression. *Behav Ther* 2010; 41(4):433-446.
- 27- Lindau ST, Schumm L P, Laumann EO, Levinson W, O'Muirheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007; 357:762-774.
- 28- Bélanger C, Laporte L, Sabourin S, Wright J. The effect of cognitive-behavioral couple marital therapy on marital happiness and problem solving self-appraisal. *Am J Fam Ther.* 2015; 43(2):103-118.
- 29- Rotunda RJ, O'Farrell TJ, Murphy M, Babey SH. Behavioral couples therapy for comorbid substance use disorders and combat-related posttraumatic stress disorder among male veterans: an initial evaluation. *Addict Behav* 2008; 33(1):180-187.
- 30- Dunn RL, Schwebel AI. Meta-analytic review of marital therapy outcome research. *J Fam Psychol.* 1995; 9(1): 58-68.
- 31- Ahmady KH, Karami G, Noohi S, Mokhtari A, Gholampour H, Rahimi AA. The efficacy of cognitive behavioral couple's therapy (CBCT) on marital adjustment of PTSD-diagnosed combat veterans. *Europe's Journal of Psychology* 2009; 5(2): 31-40.
- 32- Sanai B. Group couceling and psychotherapy. Tehran: Chehr publication 2013; 78-79. (Persian).

- 33- World Medical Association. World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2013; 310(20):2191-2194.
- 34- Baucom DH, Epstein NB, LaTaillade JJ. Cognitive-behavioral couple therapy. In AS Gurman. *Clinical handbook of couple therapy*, New York: Guilford Press; 2008.PP.31-73.
35. Sanai B, Davarniya R, Bakhtiari Said B, Shakarami M. The effectiveness of solution-focused brief therapy (SFBT) on reducing couple burnout and improvement of the quality of life of married women. *Armaghane danesh*. 2015; 20 (5):416-432. (Persian).
- 36- Navidy F. Study and comparison of couple burnout relationship with organizational climate factors in employee education and hospitals of Tehran nurses. (dissertation). Shahid Beheshti University of Tehran 2005; 71-72.
- 37- Sodani M, Dehghani M, Dehghanzadeh Z. Effectiveness of transactional analysis training on couple burnout and quality of life in couples. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy* 2013; 3(2):160-180. (Persian).
- 38- Yusefi N, Sohrabi A. Compare the effect of family therapy approaches, based on mindfulness and metacognition on improvement of marital quality on the verge of divorce clients. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy* 2011; 1 (2): 192-211. (Persian).
- 39- Besharat MA. Relationship between attachment styles and marital problems in infertility couples. *Journal of Psychotherapy News* 2001; 19 (20): 66-55. (Persian).
- 40- Hoyer J, Uhmman S, Rambow J, Jacobi F. Reduction of sexual dysfunction: by-product of cognitive-behavioural therapy for psychological disorders? *Sex Relation Ther* 2009; 24(1):64-73.
- 41- Khojasteh Mehr R, Shiralinia KH, Rajabi GH R, BashlideQ. Effectiveness of cognitive behavioral couple therapy on depression reduction and enhancing emotional regulation in distressed couples. *Jundishapur Sci Med J* 2014; 13(2):201-212. (Persian)
- 42- Khodayarifard M. Cognitive-behavioral couple therapy of drug-abuse in Iran. *Social and Behavioral Sciences* 2010; 5:707-710.
- 43-Mahintorabi S, Mazaheri MA, Sahebi A, Mousavi V. The effect of cognitive-behavioral training on modification of irrational expectation, emotional maturity and marital dissatisfaction in women. *Journal of Behavioral Sciences* 2011;5(2):127-133. (Persian)
- 44- Abedi B, KHanjani Veshki S. Safarbeighi SH, Zarean M, Shahsiah M. A survey on the effect of group couple training based on cognitive-behavioral approach on increasing marital adjustment. *Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2015; 21(6):1055-1063. (Persian)
- 45- Ostadi N, Badeleh M, Mohseni Birjandi R. The effectiveness of cognitive behavioral group training on attachment and dysfunctional attitudes and marital adjustment of married. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2014; 2(62): 150-161. (Persian)
- 46-Monson CM, Fredman SJ, Macdonald A, Pukay-Martin ND, Resick PA, Schnurr PP. Effect of cognitive-behavioral couple therapy for PTSD: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2012 15; 308(7):700-709.
- 47- Siddique J, Chung JY, Brown CH, Miranda J. Comparative effectiveness of medication versus cognitive-behavioral therapy in a randomized controlled trial of low-income young minority women with depression. *J Consult Clin Psychol*. 2012; 80(6):995-1006.



- 48- Järnefelt H, Lagerstedt R, Kajaste S, Sallinen M, Savolainen A, Hublin C. Cognitive behavior therapy for chronic insomnia in occupational health services. *J Occup Rehabil.* 2012; 22(4):511-521.
- 49- Dattilio FM. Homework assignments in couple and family therapy. *J Clin Psychol* 2002; 58(5):535-547.
- 50- Goldenberg I, Goldenberg H. *Family Therapy: An Overview.* Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning Publishing Company 2000; 115-117.
- 51-Vening K. Marital therapy using rational emotional behavioral therapy. Translated by Firouzbakht M. Tehran: Virayesh Press 2013; 85-87. (Persian)

A Study on the Effectiveness of Cognitive–Behavioral Group Couple Therapy (CBGCT) on Reducing Couple Burnout and Improving Marital Quality of Couples

Seyed Mostafa Pouryahya¹, Reza Davarniya^{2}, Mohammad Shakarami*

1. MSc in Counseling and Guidance, Faculty of Literature and Humanities, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Ph.D Student in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran
3. Ph.D Student of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran
- 4.

Corresponding Author: Ph.D Student in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

rezadavarniya@yahoo.com

(Received: July 1, 2018 Accepted: September 21, 2018)

Background and Aims: Culmination of numerous problems, disappointment of spouse, and mental-emotional distance between couples leads to couple burnout and undesirable relationships among couples. In the present study, the effectiveness of cognitive-behavioral group couple therapy (CBGCT) on reducing couple burnout and improving marital quality of couples was investigated.

Materials and Methods: The present study was a semi-experimental one which used a pretest-posttest with control group design. The research population included all the couples referring to Rastin counseling and psychological services center of Gorgan city in the spring of 2018. Using available sampling method, 12 couples were selected which were then assigned into two groups of experiment and control. Data gathering was conducted by using the Paynz Couple Burnout Measure (1996) and The Golombok-Rust inventory of marital state (GRIMS) (1998). After completing the pretest by the subjects of both groups, cognitive-behavioral group couples therapy was provided for the experiment group in ten 120-minute sessions while the control group received no intervention. The data were analyzed through multivariate analysis of covariance (MANCOVA) in SPSS v20.

Results: Results showed that, after the cognitive-behavioral group couples therapy, the level of couple burnout in the couples of the experiment group had significantly reduced and the intervention had improved their marital quality ($P < 0.01$).

Conclusion: Cognitive-behavioral group couple therapy reduced couple burnout and enhanced marital quality of couples.

Keywords: Cognitive-Behavioral Couple Therapy, Couple Burnout, Marital Quality, Couples