



## The Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy on Marital Intimacy and Conflict Resolution Styles of Married Women

Niloofar Mikaili Baghi<sup>1</sup>, Rozita Zabihi<sup>2\*</sup>, Nahid Babaei Amiri<sup>3</sup>

1. Master of Psychology, Department of Psychology, Islamshahr Branch, Islamic Azad University, Islamshahr, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamshahr Branch, Islamic Azad University, Islamshahr, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Yadegar Imam Khomeini Shahr-e Rey Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

**Corresponding Author:** Rozita Zabihi, Assistant Professor, Department of Psychology, Islamshahr Branch, Islamic Azad University, Islamshahr, Iran.

**E-mail:** rozita.zabihi@yahoo.com

Received: 2026/07/14

Accepted: 2026/08/1

### Abstract

**Introduction:** Group cognitive-behavioral therapy is one of the effective approaches to improving interpersonal and family relationships that focuses on changing dysfunctional thoughts, feelings, and behaviors. This method can help improve marital intimacy among couples by increasing self-awareness and communication skills. It can also help reduce tensions and improve interactions among married women in marital relationships by teaching healthy conflict resolution styles. Therefore, the present study was conducted to investigate the effect of group cognitive-behavioral therapy on marital intimacy and conflict resolution styles of married women.

**Methods:** The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of this study included all women referring to clinics in the city of Islamshahr in 2024, of which 30 people were selected purposively and randomly assigned to an experimental group and a control group. The measurement tools included the Bagaroz Marital Intimacy Questionnaire (2001, MIQ) and the Rahim Conflict Resolution Styles Questionnaire (1983, ROCI-II). The experimental group received group cognitive-behavioral therapy training in eight sessions, one session per week and for 90 minutes. The analysis of covariance method was used with SPSS version 26 software to analyze the data.

**Results:** The findings showed that before the intervention, the experimental and control groups did not differ significantly in terms of marital intimacy and conflict resolution styles, but after the intervention, the groups differed significantly in terms of both variables ( $P < 0.01$ ). In other words, group cognitive-behavioral therapy increased marital intimacy and improved conflict resolution styles of married women.

**Conclusions:** The results of the study showed that group cognitive-behavioral therapy has a significant effect on increasing marital intimacy and improving conflict resolution styles of married women. Participation in group sessions of this therapy has strengthened mutual understanding, empathy, and communication skills between couples. As a result, this approach can be suggested as a practical and effective method for improving the quality of marital relationships and reducing family conflicts.

**Keywords:** Cognitive-behavioral therapy, Marital intimacy, Conflict resolution styles.

**How to cite this article:** Niloofar Mikaili Baghi, Rozita Zabihi, Nahid Babaei Amiri, The Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy on Marital Intimacy and Conflict Resolution Styles of Married Women, Iranian Journal of Nursing Research (IJNR). 2026. P: 82- 93 (in Persian).

Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).





## تأثیر درمان شناختی - رفتاری گروهی بر صمیمیت زناشویی و سبک‌های حل تعارض زنان متأهل

نیلوفر میکائیلی باغی<sup>۱</sup>، رزیتا زبیحی<sup>۲</sup>، ناهید بابایی امیری<sup>۳</sup>

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد یادگار امام خمینی (ره) شهر ری، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: رزیتا زبیحی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران.  
ایمیل: rozita.zabihi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۵/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۴/۲۳

### چکیده

**مقدمه:** درمان شناختی-رفتاری گروهی یکی از رویکردهای مؤثر در بهبود روابط بین فردی و خانوادگی است که بر تغییر افکار، احساسات و رفتارهای ناکارآمد تمرکز دارد. این روش می‌تواند با افزایش خودآگاهی و مهارت‌های ارتباطی، به ارتقای صمیمیت زناشویی در میان زوجها کمک کند. همچنین، از طریق آموزش سبک‌های سالم حل تعارض، زمینه‌ساز کاهش تنش‌ها و بهبود تعاملات زنان متأهل در روابط زناشویی شود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر صمیمیت زناشویی و سبک‌های حل تعارض زنان متأهل انجام شد.

**روش کار:** مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه کننده به کلینیک های شهر اسلامشهر در سال ۱۴۰۳ بود که تعداد ۳۰ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در یک گروه آزمون و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه صمیمیت زناشویی باگاوزی (MIQ، 2001) و پرسشنامه سبک های حل تعارض رحیم (ROCI-II، 1983) بود. گروه آزمون آموزش درمان شناختی-رفتاری گروهی را طی هشت جلسه، هر هفته یک جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه دریافت نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

**یافته ها:** یافته ها نشان داد که قبل از مداخله، گروه های آزمون و کنترل از نظر صمیمیت زناشویی و سبک های حل تعارض تفاوت معناداری نداشتند، اما پس از مداخله، گروه ها از نظر هر دو متغیر تفاوت معناداری داشتند ( $P < 0.01$ ). به عبارت دیگر، درمان شناختی - رفتاری گروهی باعث افزایش صمیمیت زناشویی و بهبود سبک های حل تعارض زنان متأهل شد.

**نتیجه گیری:** نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری گروهی تأثیر قابل توجهی بر افزایش صمیمیت زناشویی و بهبود سبک‌های حل تعارض زنان متأهل دارد. شرکت در جلسات گروهی این درمان، موجب تقویت درک متقابل، همدلی و مهارت‌های ارتباطی میان زوجین شده است. در نتیجه، می‌توان این رویکرد را به عنوان یک روش کاربردی و مؤثر در ارتقای کیفیت روابط زناشویی و کاهش تعارضات خانوادگی پیشنهاد کرد.

**کلیدواژه ها:** درمان شناختی-رفتاری، صمیمیت زناشویی، سبک های حل تعارض.

## مقدمه

ازدواج پیوند اجتماعی صمیمانه‌ای بین زن و شوهر است که می‌تواند موجب بهزیستی ذهنی، کیفیت زندگی و افزایش رضایتمندی زوجین از زندگی گردد. بسیاری از افرادی که ازدواج می‌کنند هدفشان تشکیل یک زندگی صمیمانه با همسر است؛ آن‌ها به این امید پیوند زناشویی برقرار می‌کنند که زندگی صمیمانه و خوبی را با همسر خود آغاز نمایند (۱). در واقع، روابط صمیمی بین زوجین یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های عملکرد خانواده سالم است که می‌تواند مایه کامروایی زندگی خانواده گردد. زیرا صمیمیت زناشویی به افراد اجازه می‌دهد که نیازهای خود را به پذیرفته شدن، مورد توجه بودن، ارزشمند تلقی شدن و دوست داشته شدن را برآورد کنند و به آنها فرصت می‌دهد که چنین نگرش‌ها و رفتارهایی را متقابلاً انجام دهند (۲). صمیمیت زناشویی نزدیکی، تشابه و روابط شخصی عاشقانه و هیجانی با همسر است که مستلزم شناخت و درک عمیق از فرد و نیز بیان افکار و احساساتی است که نشان‌دهنده تشابه آن‌ها با یکدیگر است (۴، ۵). در واقع عدم صمیمیت به عنوان یکی از شایع‌ترین دلایل مراجعه زوجین به زوج‌درمانی و در عین حال یکی از مشکل‌ترین مسائل درمانی است (۶). بنابراین صمیمیت در ازدواج ارزشمند است، زیرا تعهد زوجین به اثبات رابطه را محکم نموده و به طور مثبت با سازگاری و رضایت زناشویی ارتباط دارد (۷، ۸). پژوهش‌ها همواره نشان می‌دهد که صمیمیت زناشویی عامل مهمی در ادامه‌ی حیات زندگی زناشویی است و زوجینی که از صمیمیت زناشویی و تعاملات مثبت در زندگی خود با همسرشان برخوردار هستند، به نسبت سایر زوجین بیشتر از زندگی مشترک خود لذت می‌برند (۱). چونچاروفسکی و همکاران (۹) بر این باورند که صمیمیت مقوله بسیار با ارزش و مهمی در ازدواج است و موجب ثبات و استحکام روابط بین زوجها می‌شود. مطالعات حضری و همکاران (۱۰) نشان داد روابط صمیمانه و عاشقانه زوجین یکی از عامل‌های افزایش سازگاری و تداوم خانواده است. همچنین نشان داد که این روابط با مشکلات سلامت روان‌شناختی، تعامل منفی زوجین و تجارب خانواده اصلی بر کیفیت و روابط زندگی زناشویی فرزندان به طور قابل ملاحظه‌ای اثر خواهد داشت. کارنی و بردبری (۱۱) در مطالعه‌ای از ۱۶۰ درمانگر خواستند، مشکل‌ترین حوزه‌های اختلاف زوجها را درجه‌بندی کنند. آن‌ها به ترتیب، ارتباطات، انتظارات غیرواقعی از ازدواج و همسر، فقدان صمیمیت و نشان ندادن علاقه را به عنوان مهم‌ترین جنبه‌های مشکلات

زناشویی معرفی کردند.

سلامت خانواده بر تداوم و سلامت رابطه زن و شوهر بستگی دارد و رابطه زناشویی هسته مرکزی نظام خانواده است. با این حال، وجود اختلاف و تعارض امری عادی بین زوجین است و هیچ خانواده‌ای از آن مستثنا نیست (۱۲). به عبارتی، به اشکال مختلف از جمله بدرفتاری با همسر، تجاوز به حقوق همسر، بدکارکردی در روابط جنسی با همسر، نداشتن احساس مسئولیت در قبال همدیگر، تحمیل رابطه جنسی، داشتن دید منفی به نزدیکان همسر، مشاجره‌های مداوم برای تسلط بر همدیگر و دیگر رفتارهای نامأنوس در زندگی زن و شوهری، تعارض زوجی گفته می‌شود و تداوم این رفتارها اغلب به طلاق، پریشانی، فرزندان تک‌سرپرست، بزهکاری فرزندان، مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب و از این قبیل مسائل منجر می‌شود (۱۳). بنابراین ناتوانی در حل و فصل تعارضات منجر به از بین رفتن صمیمیت زناشویی می‌شود (۱۴).

یکی دیگر از عوامل اثرگذار بر کیفیت رابطه زناشویی، چگونگی مواجهه زوجها با تعارض‌های زندگی زناشویی یا راهبردهای حل تعارض است (۱۵، ۱۶). تجربه سطوح مختلفی از تعارض در تعاملات زوجها، امری بدیهی و غیرقابل انکار است. اگر زوجها موقعیت‌های متعارض را به‌طور ناکارآمدی مدیریت کنند؛ ضمن تضعیف کیفیت رابطه زناشویی، اثرات زیان‌آوری بر سلامت جسمانی و هیجانی زوجها خواهد داشت (۱۷). سبک‌های حل تعارض‌های زوجی دو نوع است: سازنده و غیرسازنده. سبک‌های سازنده بر مصالحه و راه‌حل‌های مناسب و مثبت استوار است و سبک‌های غیرسازنده بر تهدید و راه‌حل‌های استبدادی و نامناسب (۱۸). به عبارت دیگر، برای ادامه و مراقبت از عشق و محبت، وجود تعارض، اجتناب‌ناپذیر و حتی تا حدودی ضروری است. هنگامی که تعارض‌ها به خوبی هدایت نشوند، ممکن است به خواسته‌های ناخوشایند، نارضایتی و مشکلات روانی مانند افسردگی، خشم، نگرانی و غیره منجر شود. مهم این است که تعارض‌های زناشویی به شیوه‌ای مدیریت شود که صمیمیت در زندگی را گسترش دهد. توانایی برای مدیریت و حل تعارض‌ها به شکل سازنده می‌تواند یک ارتباط قوی را در رابطه زوج شکل دهد و به زوجها برای ایجاد یک رابطه صمیمی و نزدیک کمک کند (۷، ۱۹). بنابراین مهارت‌های حل تعارض می‌توانند شاخص کلیدی در روابط زناشویی موفق باشند، اگر تعارض به طور ضعیفی اداره شود موجب تخریب زندگی زناشویی شده و اثرات زیانباری بر سلامت فیزیکی و هیجانی زوجین

زمینه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این پژوهش‌ها نشان داده شده است که رویکرد شناختی رفتاری در درمان انواع مسائل سلامت روان، از جمله اضطراب، افسردگی و تعارضات بین فردی موثر است. با این حال، اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر صمیمیت زناشویی و سبک‌های حل تعارض در زنان متأهل، به ویژه در ایران به طور گسترده مورد مطالعه قرار نگرفته است. خلأهای تحقیقاتی در این زمینه شامل فقدان شواهد تجربی در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری برای زنان متأهل در ایران و همچنین عدم درک عوامل فرهنگی و اجتماعی است که ممکن است بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری در این جمعیت تاثیر بگذارد. اکنون با توجه به اهمیت پرداختن به زنان متأهل و بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر سبک‌های حل تعارض و صمیمیت زناشویی و همچنین با توجه به اینکه در ادبیات گذشته بررسی این متغیرها به طور همزمان صورت نگرفته است، لذا سؤال پژوهش حاضر این است که آیا درمان شناختی رفتاری بر صمیمیت زناشویی و سبک‌های حل تعارض زنان متأهل تاثیر دارد؟

### روش کار

پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان متأهل مراجعه کننده به کلینیک‌های سطح شهر اسلامشهر در سال ۱۴۰۳ بود که از بین آن‌ها ۳۰ نفر به روش نمونه گیری غیر تصادفی و هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر در گروه آزمون و ۱۵ نفر در گروه کنترل) جایگذاری شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ۱. رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش؛ ۲. سطح سواد حداقل دوره ابتدایی؛ ۳. جنسیت زن و متأهل بودن؛ ۴. عدم شرکت هم‌زمان در دوره‌های روان‌درمانی دیگر و معیارهای خروج از پژوهش شامل ۱. غیبت بیش از دو جلسه؛ ۲. عدم تمایل شرکت کننده به ادامه شرکت در پژوهش؛ ۳. شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر؛ ۴. عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. پس از انتخاب افراد نمونه، در مورد موضوع، دوره‌های درمان و اهداف آن‌ها برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و به آن‌ها ملاحظات اخلاقی پژوهش توضیح داده شد. ملاحظات اخلاقی نیز به شرح ذیل رعایت شد: ۱- پیش از شروع مطالعه، شرکت کنندگان از فرایند و اهداف مطالعه و روش اجرای پژوهش آگاه شدند؛ ۲- شرکت کنندگان از بی‌ضرر

می‌گذارد. بنابراین یکی از بهترین شیوه‌های کارآمد در کاهش تعارض زوجین برای افزایش رضایت زناشویی، تقویت سطح آگاهی و شناخت از طریق آموزش مهارت حل تعارض است (۲۰). به‌طور کلی پژوهش‌ها نشان داده اند که سبک‌های حل تعارض زوجی می‌توانند با سازگاری زناشویی در ارتباط باشند (۲۱).

برای بهبود رفتارهای سبک زندگی و سلامت ذهنی، امروزه به کارگیری درمان‌های روان‌شناختی، کاربرد بسیاری پیدا کرده است (۲۲). از این رو یکی از پر کاربردترین درمان‌هایی که برای طیف وسیعی از اختلالات به کار می‌رود، درمان شناختی-رفتاری است. درمان شناختی-رفتاری، یک رویکرد چند وجهی است که به مراجعان در رشد مهارت‌هایی برای تغییر رفتار، ارتباط با دیگران، حل مسئله، کشف افکار و عقاید تحریف شده، به چالش کشیدن و تغییر باورها و نگرش‌های غیرمفید و بازسازی شناختی کمک می‌کند (۲۳). این درمان می‌تواند در اصلاح شیوه‌های پردازشی و رفتاری مراجع موثر باشد زیرا اساس رفتار درمانی شناختی این است که افکار غیرانطباقی علت رفتار غیرانطباقی است و افراد باید طرق جدید فکر کردن را بیاموزند (۲۵، ۲۶).

فرض بنیادین رویکرد شناختی-رفتاری این است که شناخت بر احساس و رفتار تاثیر گذار است و بیش از خود رویدادها، افراد به بازنمایی شناختی خود از رویدادها پاسخ می‌دهند (۲۷، ۲۸). بنابراین یکی از بهترین شیوه‌های کارآمد در کاهش تعارضات خانوادگی، افزایش رضایت زناشویی، تقویت سطح آگاهی و افزایش صمیمیت زناشویی زوجین رفتار درمانی شناختی است (۲۹). نتایج مطالعات سانگور و گیامی (۲۹) با هدف اثربخشی سکس تراپی و زوج درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بر کیفیت روابط جنسی و صمیمیت جنسی حاکی از این بود که سکس تراپی و زوج درمانی به شیوه‌ی شناختی رفتاری بر افزایش کیفیت روابط جنسی و صمیمیت جنسی زوجین اثربخش است. در این راستا پژوهش رانکورت و همکاران (۳۰) نشان داد که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند منجر به کاهش علائم آسیب‌زای روان‌شناختی و ارتباطی در افراد شود. همچنین نتایج پژوهش هیز و هافمن (۳۱) نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر حل تعارض‌های بین فردی در جمعیت‌های مختلف اثر گذار است، به صورتی که همه این پژوهش‌ها دارای میزان قابل قبولی از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تعارض‌های فردی و زیر مقیاس‌های آن بودند.

لازم به ذکر است در ایران که عوامل فرهنگی و اجتماعی ممکن است بر تجربیات زنان تاثیر بگذارد، پژوهش در این

بودن مطالعه، آگاه شدند؛ ۳- شرکت کنندگان از امکان خروج آزادانه در هر مرحله مطالعه که تمایل داشته باشند، آگاه شدند؛ ۴- پژوهشگر متعهد شد تا از اطلاعات خصوصی آزمودنی‌ها محافظت کند و از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده کند؛ ۵- این پژوهش مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی است که در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر با کد اخلاق IR.IAU.PIAU.REC.1403.019 به تصویب رسیده است. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه صمیمیت زناشویی (Marital Intimacy Questionnaire- MIQ): این پرسشنامه توسط باگاروزی (۳۲) طراحی شده و ۴۱ گویه دارد. گویه‌ها با استفاده از طیف ۱۰ درجه‌ای لیکرت (۱= به هیچ وجه چنین نیازی وجود ندارد تا ۱۰= نیاز بسیار زیادی وجود دارد) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات در کل پرسشنامه بین ۴۱ تا ۴۱۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده صمیمیت بیشتر و نمره پایین‌تر نشان دهنده صمیمیت کمتر بین زوجین است. نتایج تحلیل باگاروزی روی شرکت کنندگان نشان داد پایداری این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین برای روایی سازه از روش همسانی درونی استفاده کرد، به این صورت که ضریب همسانی درونی آزمون از طریق ضریب همبستگی هر گویه با نمره کل بررسی شد که ضرایب همبستگی بین ۰/۷۵ تا ۰/۷۸ به دست آمد (۳۲). در ایران نیز برای اولین بار اعتمادی و همکاران (۳۳) برای تعیین روایی محتوایی و صوری، پرسشنامه را در اختیار ۱۵ استاد مشاوره و ۱۵ زوج قرار دادند و روایی محتوایی آن تأیید شد و همچنین ضریب پایداری کل این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ را ۰/۹۴ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز پایداری این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

۲- پرسشنامه سبک‌های حل تعارض (Rahim Organizational Conflict Inventory - ROCI-II): این پرسشنامه برای اندازه‌گیری سبک‌های حل تعارض در سال ۱۹۸۳ توسط رحیم طراحی شد و دارای ۲۸ ماده و پنج خرده‌مقیاس می‌باشد که هر خرده‌مقیاس یک سبک حل تعارض بین فردی را نشان می‌دهد. پنج سبک حل تعارض شامل سبک یکپارچگی (۷ عبارت)، سبک مسلط (۵ عبارت)، سبک ملزم شده (۶ عبارت)، سبک اجتناب کننده

(۶ عبارت) و سبک مصالحه (۴ عبارت) می‌باشد. ماده‌های این مقیاس به شکل لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود: کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نظری ندارم (۳)، موافقم (۴) و کاملاً موافقم (۵). نمره هر زیر مقیاسی که بیشتر باشد نشان دهنده این است فرد از آن سبک برای حل تعارض خود استفاده می‌کند (۳۴). رحیم (۱۹۹۷) ضرایب بازآزمایی پنج مؤلفه این پرسشنامه را بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ را ۰/۷۰ گزارش نمود. همچنین رحیم و منگر (۳۵) روایی این پرسشنامه را با روش تحلیل عاملی تأییدی مناسب تشخیص دادند و کای اسکوتر، خطای جذر میانگین مربعات و شاخص نیکویی برازش به ترتیب ۱/۲۷، ۰/۰۷ و ۰/۹۱ و پایایی زیرمقیاس‌های آن را با ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۲ تا ۰/۷۷ محاسبه کردند. حقیقی و همکاران (۳۶) به منظور بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه، از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده کردند که مقدار کای اسکوتر، خطای جذر میانگین مربعات و شاخص نیکویی برازش به ترتیب ۱/۲۷، ۰/۰۵ و ۰/۹۵ به دست آمد. افزون بر این لطیفی و همکاران (۳۷) پایداری این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های سبک یکپارچگی، سبک مسلط، سبک ملزم شده، سبک اجتناب کننده و سبک مصالحه به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۷۱، ۰/۷۳ و ۰/۷۱ محاسبه شد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برای سبک یکپارچگی، سبک مسلط، سبک ملزم شده، سبک اجتناب کننده و سبک مصالحه به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۲، ۰/۶۶، ۰/۷۱ و ۰/۶۸ به دست آمد.

**پروتکل درمان شناختی-رفتاری (Cognitive-behavioral therapy):** نحوه اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از کسب هماهنگی‌های لازم جهت اجرای پژوهش و تعیین گروه‌های آزمون و کنترل، شرکت کنندگان پیش از اجرای مداخله، به پرسشنامه‌های پژوهش به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمون، درمان شناختی-رفتاری لیهی (۳۸) را طی هشت جلسه، هر هفته یک جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه توسط پژوهشگر دریافت نمودند، اما شرکت کنندگان گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند و داده‌های حاصل از پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. خلاصه آموزش جلسات درمان شناختی-رفتاری در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری (لیهی، ۲۰۱۱)

| جلسه   | محتوای جلسه                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه ۱ | معارفه و خوش آمد گویی، اجرایی پیش آزمون سلامت روان، رضایت زناشویی، صمیمیت، توضیح اهداف برنامه مداخله، توضیح درمان شناختی رفتاری، آموزش مدل ABC، جمع بندی تعیین تکلیف جلسه بعد و کسب بازخورد هر یک از افراد نسبت به جلسه.                     |
| جلسه ۲ | شناسایی افکار خودآیند منفی، شیوه های مقابله با افکار خودآیند منفی، تمرین ثبت افکار ناکارآمد، جمع بندی، تعیین تکلیف جلسه بعد و کسب بازخورد هر یک از افراد نسبت به جلسه.                                                                       |
| جلسه ۳ | مرور تکالیف جلسه دوم، شناسایی باورهای اصلی و میانجی، تمرین تزریق فکر، آموزش جدول ثبت افکار ناکارآمد (DTR)، آموزش تن آرامی، جمع بندی، تعیین تکلیف جلسه بعد و کسب بازخورد هر یک از افراد نسبت به جلسه.                                         |
| جلسه ۴ | مرور تکالیف، آموزش روش پیکان رو به پایین، تهیه فهرست اصلی باورهای، تمرین شروع فهرست اصلی باورها، شناسایی انواع باورها و دسته بندی کردن آنها، جمع بندی، تعیین تکلیف جلسه و کسب بازخورد هر یک از افراد نسبت به جلسه.                           |
| جلسه ۵ | مرور تکالیف، تهیه رتبه بندی SUD، تمرین لیست رتبه بندی، آموزش تحلیل عینی (قاضی و هیات منصفه)، جمع بندی، تعیین تکلیف جلسه بعد و کسب بازخورد هر یک از افراد نسبت به جلسه.                                                                       |
| جلسه ۶ | مرور تکالیف، آموزش تغییر باورها، تهیه فهرستی از باورهایی که تغییر کردند، آموزش تحلیل سودمندی و تحلیل منطقی، تهیه سلسله مراتب، چیره شدن بر افکار و سبکهای حل تعارض، جمع بندی، تعیین تکلیف جلسه بعد و کسب بازخورد هر یک از افراد نسبت به جلسه. |
| جلسه ۷ | مرور تکالیف، آموزش تنبیه خود-خود پاداش دهی، تمرین تنبیه خود-خود پاداش دهی، آموزش تداوم تغییر، جمع بندی، تعیین تکلیف جلسه بعد و کسب بازخورد هر یک از افراد نسبت به جلسه.                                                                      |
| جلسه ۸ | مرور تکالیف، مرور برنامه، برنامه هایی برای پیگیری و ارزیابی پس از درمان، برنامه اختتامیه.                                                                                                                                                    |

## یافته ها

لیسانس به بالا بودند. شرکت کنندگان در گروه آزمون از نظر مدت ازدواج ۳ نفر (۲۰٪) کمتر از ۵ سال، ۸ نفر (۵۳/۳۳٪) ۵ تا ۱۰ سال و ۴ نفر (۲۶/۶۷٪) بیشتر از ۱۰ سال و در گروه کنترل ۲ نفر (۱۳/۳٪) کمتر از ۵ سال، ۹ نفر (۶۰٪) ۵ تا ۱۰ سال و ۴ نفر (۲۶/۶۷٪) بیشتر از ۱۰ سال ازدواج کرده بودند. در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون صمیمیت زناشویی و سبک های حل تعارض و مؤلفه های آن به صورت تفکیک شده برای دو گروه آزمون و کنترل ارائه شده است.

بررسی اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش نشان داد میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمون  $43/52 \pm 3/73$  و در گروه کنترل  $44/34 \pm 4/32$  بود. از نظر تحصیلات در گروه آزمون ۲ نفر (۱۳/۳۴٪) زیردیپلم و دیپلم، ۱۰ نفر (۶۶/۶۶٪) لیسانس و ۳ نفر (۲۰٪) فوق لیسانس به بالا و در گروه کنترل ۲ نفر (۱۳/۳۴٪) زیردیپلم و دیپلم، ۸ نفر (۵۳/۳۳٪) لیسانس و ۵ نفر (۳۳/۳۳٪) فوق

جدول ۲. شاخص های توصیفی متغیرهای صمیمیت زناشویی و سبک های حل تعارض به تفکیک گروه آزمون و کنترل

| متغیر          | گروه      | گروه آزمون |              | گروه کنترل |              | آزمون             | سطح معناداری |
|----------------|-----------|------------|--------------|------------|--------------|-------------------|--------------|
|                |           | میانگین    | انحراف معیار | میانگین    | انحراف معیار | کالومگروف-اسمیرنف |              |
| صمیمیت زناشویی | پیش آزمون | ۴/۴۱       | ۲/۵۳         | ۴/۶۱       | ۲/۰۷         | ۰/۷۸              | ۰/۸۷         |
|                | پس آزمون  | ۶/۸۵       | ۲/۳۹         | ۵/۳۸       | ۲/۶۳         | ۰/۶۶              | ۰/۷۲         |
| سبک یکپارچه    | پیش آزمون | ۲/۷۱       | ۰/۷۸         | ۳/۳۵       | ۰/۸۵         | ۰/۶۳              | ۰/۸۰         |
|                | پس آزمون  | ۴/۰۲       | ۰/۷۹         | ۳/۳۳       | ۱/۰۴         | ۰/۸۰              | ۰/۵۲         |
| سبک اجتنابی    | پیش آزمون | ۲/۵۶       | ۰/۶۸         | ۳/۴۲       | ۰/۸۵         | ۰/۵۵              | ۰/۹۲         |
|                | پس آزمون  | ۱/۶۳       | ۱/۰۵         | ۳/۴۹       | ۰/۷۵         | ۰/۸۹              | ۰/۴۸         |
| سبک مسلط       | پیش آزمون | ۲/۷۲       | ۰/۹۳         | ۲/۹۴       | ۰/۶۷         | ۰/۷۲              | ۰/۶۲         |
|                | پس آزمون  | ۱/۶۸       | ۰/۶۵         | ۲/۴۲       | ۰/۸۵         | ۰/۵۸              | ۰/۷۱         |
| سبک مصالحه     | پیش آزمون | ۳/۰۸       | ۰/۹۱         | ۳/۱۱       | ۰/۷۷         | ۰/۸۱              | ۰/۵۹         |
|                | پس آزمون  | ۴/۵۳       | ۰/۵۴         | ۳/۱۴       | ۱/۱۵         | ۰/۹۳              | ۰/۶۸         |
| سبک ملزم شده   | پیش آزمون | ۲/۹۰       | ۰/۶۴         | ۲/۷۳       | ۰/۷۶         | ۰/۶۴              | ۰/۵۳         |
|                | پس آزمون  | ۲/۰۹       | ۰/۸۶         | ۲/۷۵       | ۱/۱۷         | ۰/۸۳              | ۰/۷۴         |

همان طور که در جدول ۲ ملاحظه می شود، میانگین و انحراف معیار متغیرهای صمیمیت زناشویی و سبک های حل تعارض برای دو گروه کنترل و درمان شناختی-رفتاری در دو مرحله سنجش (پیش آزمون و پس آزمون) نشان داده شده است. همان طور که ملاحظه می گردد، در گروه کنترل میانگین متغیرهای پژوهش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون تغییر چندانی را نشان نمی دهند اما افزایش میانگین متغیرهای صمیمیت زناشویی و سبک های سازنده (یکپارچه و مصالحه) و همچنین کاهش میانگین سبک های غیرسازنده (اجتنابی، مسلط و ملزم شده) پس از درمان شناختی-رفتاری در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون مشاهده می شود.

برای اینکه بتوان از تحلیل واریانس استفاده کرد لازم است ابتدا پیش فرض های این نوع تحلیل مورد بررسی قرار گیرد. پس از اجرای آزمون کالوگروف - اسمیرنوف نتایج

آن نشان داد که تمامی متغیرهای پژوهش معنادار نیستند، بنابراین می توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است. نتایج آزمون لوین نیز برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه ها نشان داد که واریانس متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، بنابراین مفروضه همگنی واریانس داده ها برقرار است. همچنین باید اشاره کرد که در بررسی پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون، نتایج نشان داد که تعامل پیش آزمون با گروه در متغیرهای پژوهش معنادار نبوده است. این یافته بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در این متغیرها برقرار بوده است؛ بنابراین تمام مفروضه های تحلیل واریانس رعایت شده است و می توان از آزمون تحلیل واریانس استفاده کرد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره متغیرهای پژوهش

| اثرات | آزمون             | ضریب  | F     | درجه آزادی فرض | درجه آزادی خطا | سطح احتمال | اندازه اثر | توان آماری |
|-------|-------------------|-------|-------|----------------|----------------|------------|------------|------------|
| گروه  | اثر پیلاپی        | ۰/۳۸۱ | ۷/۷۰۸ | ۲              | ۲۵             | ۰/۰۰۲      | ۰/۳۸۱      | ۱/۰۰۰      |
|       | لامبدای ویلکز     | ۰/۶۱۹ | ۷/۷۰۸ | ۲              | ۲۵             | ۰/۰۰۲      | ۰/۳۸۱      | ۱/۰۰۰      |
|       | اثر هتلینگ        | ۰/۶۱۷ | ۷/۷۰۸ | ۲              | ۲۵             | ۰/۰۰۲      | ۰/۳۸۱      | ۱/۰۰۰      |
|       | بزرگترین ریشه روی | ۰/۶۱۷ | ۷/۷۰۸ | ۲              | ۲۵             | ۰/۰۰۲      | ۰/۳۸۱      | ۱/۰۰۰      |

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می شود، سطوح معناداری آزمون ها بیانگر آن است که بین دو گروه آزمون و گواه در متغیرهای تحمل پریشانی، تاب آوری، تنظیم هیجانی

و سبک های فرزندپروری در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بررسی دقیق تر این نتیجه در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره در مؤلفه های صمیمیت زناشویی و سبک های حل تعارض

| متغیرها        | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | df | میانگین مجذورات | F     | سطح معناداری | اندازه اثر | توان آماری |
|----------------|--------------|---------------|----|-----------------|-------|--------------|------------|------------|
| صمیمیت زناشویی | پیش آزمون    | ۱۱۲/۵۵        | ۱  | ۱۱۲/۵۵          | ۴۶/۸۹ | ۰/۰۰۰        | ۰/۶۳       | ۰/۸۴       |
|                | گروه         | ۲۰/۱۶         | ۱  | ۲۰/۱۶           | ۸/۴۰  | ۰/۰۰۷        | ۰/۲۳       | ۰/۹۲       |
|                | خطا          | ۶۴/۸۰         | ۲۸ | ۲/۴۰            |       |              |            |            |
| سبک یکپارچه    | پیش آزمون    | ۱۲/۹۶         | ۱  | ۱۲/۹۶           | ۲۹/۷۸ | ۰/۰۰۰        | ۰/۵۶       | ۱          |
|                | گروه         | ۷/۵۵          | ۱  | ۷/۵۵            | ۱۷/۳۶ | ۰/۰۰۰        | ۰/۴۳       | ۰/۹۱       |
|                | خطا          | ۱۰/۰۱         | ۲۸ | ۰/۴۳            |       |              |            |            |
| سبک اجتنابی    | پیش آزمون    | ۱۱/۹۳         | ۱  | ۱۱/۹۳           | ۲۸/۱۸ | ۰/۰۰۰        | ۰/۵۵       | ۰/۹۸       |
|                | گروه         | ۸/۲۷          | ۱  | ۸/۲۷            | ۱۹/۵۳ | ۰/۰۰۰        | ۰/۴۵       | ۰/۹۹       |
|                | خطا          | ۹/۷۴          | ۲۸ | ۰/۴۲            |       |              |            |            |
| سبک مسلط       | پیش آزمون    | ۵/۱۴          | ۱  | ۵/۱۴            | ۱۵/۰۲ | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۹       | ۱          |
|                | گروه         | ۱/۴۷          | ۱  | ۱/۴۷            | ۴/۳۱  | ۰/۰۳۲        | ۰/۱۵       | ۰/۸۸       |
|                | خطا          | ۷/۸۷          | ۲۸ | ۰/۳۴            |       |              |            |            |

## نیلوفر میکائیلی باغی و همکاران

|              |       |       |       |       |       |      |      |
|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| پیش‌آزمون    | ۷/۵۱  | ۱     | ۷/۵۱  | ۱۳/۳۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۶ | ۰/۷۶ |
| سبک مصالحه   | گروه  | ۱۲/۳۵ | ۱     | ۱۲/۳۵ | ۲۱/۸۵ | ۰/۴۸ | ۰/۸۹ |
| خطا          | ۱۳/۰۰ | ۲۸    | ۰/۵۶  |       |       |      |      |
| پیش‌آزمون    | ۱۱/۵۹ | ۱     | ۱۱/۵۹ | ۱۶/۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۱ | ۰/۹۳ |
| سبک ملزم شده | گروه  | ۳/۵۹  | ۱     | ۳/۵۹  | ۵/۰۴  | ۰/۱۸ | ۱    |
| خطا          | ۱۶/۴۲ | ۲۸    | ۰/۷۱  |       |       |      |      |

و کاهش اضطراب و نیز افزایش تجربه‌های مثبت نسبت به تجربه‌های منفی و افزایش مهارت‌های فرد در زمینه خودآگاهی، عزت‌نفس، خودمراقبتی و ایجاد رابطه مثبت با همسر، بتوانند مهارت ارتباط مؤثر، کنترل خشم و اضطراب را فراگرفته و در نهایت زنان با تغییر تصویر ذهنی از همسر و شناسایی نقاط و ویژگی‌های مثبت او بتوانند باوری مثبت را در ذهنشان شکل دهند تا امکان ایجاد رابطه‌ای پایدار را فراهم سازند (۲۸).

همچنین یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر سبک‌های حل تعارض زنان متأهل مؤثر بوده است. بدین معنی که درمان شناختی-رفتاری باعث افزایش سبک‌های سازنده (یکپارچه و مصالحه) و همچنین کاهش سبک‌های غیرسازنده (اجتنابی، مسلط و ملزم شده) گردید. این یافته با نتایج یافته‌های پژوهش ویلسون و همکاران (۲۰)، هیز و هافمن (۳۱)، شفق و همکاران (۱۶) و موسوی (۱۹) همسو است. از آن جایی که تعارض جزء اجتناب ناپذیر زندگی زناشویی است، یادگیری مهارت‌های مدیریت صحیح این تعارضات توسط زوجین می‌تواند سبب پایداری و انسجام زندگی زناشویی گردد. در همین ارتباط دوگال و همکاران اذعان داشتند که با طراحی یک رویکرد درمانی رفتاری-شناختی که متشکل از آموزش‌هایی از قبیل مهارت‌های ارتباطی، شناخت و حل تعارض، شناسایی و بیان احساسات، نقدپذیری، ابراز محبت و مشکلات جنسی و همچنین می‌توان به زوجین در جهت کاهش تعارضات، تنش‌ها و درگیری‌های فی مابین کمک کرد اما این امر در صورتی امکان پذیر است که زوجین تعهد دهند که با خود صادق باشند و به تمامی آموزش‌ها پایبند باشند و آن‌ها را مورد استفاده قرار دهند (۲۴).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری از یک طرف با ارائه تکالیف عملی در جلسات و از طرف دیگر با آموزش روش‌های مؤثر در حل تعارضات، مهارت‌های ارتباطی، افزایش رفتارهای مثبت، زمینه افزایش

با توجه به مقادیر جدول فوق می‌توان استنباط کرد بین دو گروه مورد مطالعه از نظر هریک از مولفه‌های مورد بررسی تفاوت معنادار وجود دارد. چرا که مقادیر  $F$  محاسبه شده در سطح ( $P < 0.01$ ) معنی دارند و با توجه به میانگین‌های برآورد شده این معنی داری به نفع گروه آزمون بوده است و لذا درمان شناختی-رفتاری بر صمیمیت زناشویی و سبک‌های حل تعارض در زنان متأهل اثربخش بوده است.

## بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر صمیمیت زناشویی و سبک‌های حل تعارض زنان متأهل بود. اولین یافته پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری گروهی بر صمیمیت زناشویی زنان متأهل مؤثر بوده است. بدین معنی که درمان شناختی-رفتاری باعث افزایش صمیمیت زناشویی زنان متأهل گردید. این یافته با نتایج یافته‌های پژوهش کاراسو و سگل-کارپاس (۴)، سانگور و گیامی (۲۹)، مرتضویان و وزیري نسب (۳) و غیائی نژاد و همکاران (۸) در راستای تاثیر مثبت و معنادار مداخله بر صمیمیت زناشویی همسو است. نتایج مطالعات حاکی از آن است که درمان‌های روان‌شناختی مبتنی بر رفتاردرمانی و شناخت درمانی سبب کاهش تعارضات زناشویی و افزایش صمیمیت و کیفیت رابطه زناشویی در بین زوجین می‌گردند (۱۴).

در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان شناختی-رفتاری از طریق تمرین‌های مختلفی به زنان متأهل کمک کرد تا احساس، فکر و رفتار خود را بشناسند، افکار خودآیند منفی را شناسایی کرده و آنها را به چالش بکشند و از تاثیر آن بر زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی خود آگاهی یابند و نسبت به عوارض آن در سلامت جسم و روان مطلع شوند و با اصلاح باورهای نادرست یا خنثی‌سازی طرحواره‌های منفی با استفاده از طرحواره‌های مثبت و همچنین با کاهش نشخوار فکری، افکار منفی و فشارهای روانی حاصل از آن

رویکرد شناختی رفتاری اعتقاد دارد که وجود خطاهای شناختی می‌تواند تفسیر و برداشت ما را از واقعیت دچار اشکال نماید و به دنبال آن رفتارهای نامناسب که منجر به مشکلات رفتاری، هیجانی، ارتباطی می‌گردد. لذا نبود مشکلات ارتباطی به توانایی آنان برای انتقال روشن، صحیح و موثر افکار، احساسات، خواسته‌ها و نیازها بستگی دارد. همچنین در درمان شناختی-رفتاری زنان با به کارگیری فنونی برای افزایش فعالیت‌های مثبت و بهسازی روابط از طریق شناسایی شناخت‌های معیوب و ناسازگارانه و اصلاح آنها صورت می‌گیرد (۳۰، ۴۰).

### نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افزایش صمیمیت زناشویی و بهبود سبک‌های حل تعارض در گروه آزمون در مراحل پس‌آزمون به مراتب مناسب‌تر از گروه کنترل است. در نتیجه درمان شناختی-رفتاری می‌تواند به عنوان روش درمانی مؤثر در جهت افزایش صمیمیت زناشویی و سبک‌های حل تعارض زنان متأهل مورد استفاده قرار گیرد. این پژوهش همچون برخی پژوهش‌ها از محدودیت‌هایی برخوردار بود که از آن جمله می‌توان به روش نمونه‌گیری هدفمند اشاره نمود. به علاوه، عدم بررسی متغیرهای جمعیت شناختی تأثیرگذار مثل جنسیت به دلیل محدود بودن جامعه آماری به زنان در رابطه بین متغیرهای پژوهش و همچنین نگرش شرکت‌کنندگان به آزمون‌های مورد استفاده، میزان همکاری آن‌ها با پژوهشگر و میزان صداقت و علاقه آن‌ها به پایبندی و اجرای کامل موارد آموزشی، از مواردی است که تقریباً از اراده و کنترل پژوهشگر خارج بود و می‌تواند نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار دهد. در این راستا پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی از روش نمونه‌گیری دقیق‌تر استفاده کرده و متغیرهای جمعیت شناختی اثرگذار بر روابط بین متغیرهای پژوهش شناسایی و مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، با توجه به ضرورت تأکید بر مؤلفه‌های مثبت در بستر خانواده و اثر آن‌ها بر برآیندهای زناشویی و خانوادگی پیشنهاد می‌شود محققان بر ادراک مثبت و تقویت مؤلفه‌های ارتقا دهنده کیفیت زناشویی در زنان متأهل به صورت مداخله‌ای در حوزه‌های پژوهشی و بالینی تمرکز کنند.

رضایت‌مندی زوجین و کاهش آسیب‌های تعاملی بین فردی آنها فراهم می‌گردد (۲۶). اساس نظریه شناختی رفتاری این است که رفتارها و شناخت‌های مشکل‌ساز بر اساس انواع خاصی از الگوهای تکراری تعاملی یاد گرفته می‌شوند و تداوم می‌یابند. این روش درمانی به افراد کمک می‌کند تا الگوهای تعاملی تداوم دهنده مشکل را از طریق یادگیری مهارت‌هایی برای شکل‌گیری و تقویت رفتارهای غیر مشکل‌زا از بین ببرند و یکدیگر را از طریق رفتارهای مثبت به جای رفتارهای منفی تقویت نمایند. افراد دارای آسیب در روابط بین فردی به الگوهای رفتاری منفی مشغول هستند و یکدیگر را با عبارت منفی توصیف می‌کنند. طرحواره‌های شناختی منفی، فرایند ضروری افراد دارای آسیب است و شامل انواع اسنادها، انتظارات، باورهای ناکارآمد ارتباطی و جنسی می‌باشد که الگوهای منفی را تداوم می‌بخشد. درمان شناختی-رفتاری شامل آموزش مهارت‌های ارتباطی و حل مشکل و مبادله رفتاری است. همچنین این بسته درمانی به زنان برای به چالش کشیدن عقاید، انتظارات، اسناد، باورهای ناکارآمد و جایگزین کردن آنها با عقاید و باورهای منطقی کمک می‌کند (۳۸). از دیگر دلایل تأثیر برنامه درمان شناختی رفتاری بر سبک‌های حل تعارض می‌توان به این موضوع اشاره کرد که این برنامه با آموزش تحریف‌های شناختی و اصلاح شناخت زنان، روند تفکرشان را بهبود بخشیده و در نتیجه باعث کاهش آسیب‌های شناختی، هیجانی و رفتاری و ارتباطی می‌گردد. زمانی که شناخت‌ها و باورهای غیرمنطقی و در نتیجه رفتارهای غیرمنطقی به چالش کشیده شوند و با تفکر منطقی و تمرین و کسب مهارت، باورها و رفتارهای مثبت جایگزین شوند، میزان تعارض کاهش پیدا می‌کند، زیرا هنگامی که ارتباطی بی‌پرده، واضح و با احساس روی می‌دهد، رابطه تقویت می‌گردد و اما زمانی که به صورت تدافعی، ناموثر و پرخاشگرانه برقرار می‌شود رابطه را تضعیف می‌کند. در واقع درمان شناختی-رفتاری بر شناخت‌ها و الگوها و رفتارهای ارتباطی مشکل‌آفرین تمرکز می‌کند. درمان شناختی-رفتاری باعث شده است که شناختی و آگاهی زنان نسبت به اسناد و باورهای غیرمنطقی‌شان بالاتر رود و به وسیله تغییر توقعات غیرمنطقی در روابط و تصحیح برچسب‌زنی‌های نادرست در تعاملات، مهارت‌های ارتباطی را بهبود بخشد (۲۰، ۳۹).

## References

1. Bagheri F, Kimiaei SA, Kareshki, H. Marital intimacy: The Determining Role of Differentiation of Self and Need for Security in Non-clinical married women. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 2020; 11(42): 261-280. <https://doi.org/10.22054/qccpc2020.48598.2271>.
2. Valipour M, Pourshahriari M, Abdollahi A. The Relationship between Gratitude, Apology and Marital Intimacy by Moderating Role of Arrogance among Women. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 2023; 21(4): 163-197. <https://doi.org/10.22051/jwsps.2023.42427.2704>
3. Mortazavian A, Vaziri Nasab A. (2025). The Effectiveness of Cognitive Behavioral therapy on Sexual Intimacy, Marital Relationship Quality and Marital Silence in Couples with conflict. *Rooyesh*. 13(12), 167-176. <http://frooyesh.ir/article-1-5597-fa.html>
4. Carasso E, Segel-Karpas D. Marital strain and emotional intimacy in midlife couples: The moderating role of empathy. *Personal Relationships*. 2024;31(3):648-63. <https://doi.org/10.1111/pere.12559>
5. Nho JH, Kim SR, Choi WK. Relationships among sexual function, marital intimacy, type D personality and quality of life in patients with ovarian cancer, with spouses. *European Journal of Cancer Care*. 2022;31(6):e13760. <https://doi.org/10.1111/ecc.13760>
6. Parnell KJ, Wood ND, Scheel MJ. A gratitude exercise for couples. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 2020;19(3):212-29. <https://doi.org/10.1080/15332691.2019.1687385>
7. Wang X, Zhao K. Partner phubbing and marital satisfaction: The mediating roles of marital interaction and marital conflict. *Social Science Computer Review*. 2023;41(4):1126-39. <https://doi.org/10.1177/08944393211072231>
8. Ghiyasi Nejad S, Manzari Tavakoli A, Darekordi A. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Marital Intimacy in Methadone Maintenance Treatment Patients. *Journal of Cognition, Behavior, Learning*. 2024; 1(2), 99-110. <https://doi.org/10.61838/jcbl.1.2.6>
9. Gonczarowski YA, Nisan N, Oštrovsky R, Rosenbaum W. A stable marriage requires communication. *Games and Economic Behavior*. 2019;118:626-47. <https://doi.org/10.1016/j.geb.2018.10.013>
10. Khezri Z, Hassan SA, Nordin MH. Factors affecting marital satisfaction and marital communication among marital women: Literature of review. *International journal of academic research in business and social sciences*. 2020;10(16):220-36. <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>
11. Karney BR, Bradbury TN. Research on marital satisfaction and stability in the 2010s: Challenging conventional wisdom. *Journal of marriage and family*. 2020;82(1):100-16. <https://doi.org/10.1111/jomf.12635>
12. Hashemi Nik A, heidari H, Davoodi H, Jafari A. Predicting Model of Conflict Resolution Styles Based on Differentiated Dimensions and Cognitive Flexibility with the Mediating Role of Self-Compassion of Couples. *Journal of Research Behavioral Science* 13-: (1) 19 ;2021 . 23. <http://dx.doi.org/10.52547/rbs.19.1.13>
13. 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.079>
14. Tolan Ö. Cognitive-Behavioral Approach in Marital Therapy. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatri Guncel Yaklasimlar*. 2021;13(1).
15. Ünal Ö, Akgün S. Relationship of conflict resolution styles in marriage with marital adjustment and satisfaction. *Psikiyatri Guncel Yaklasimlar*. 2022;14(3):322-30. <https://psycnet.apa.org/doi/10.18863/pgy.1016806>
16. Shafaghi E, Esfahani B, Shkarchi N, Zarrin Ara M. The Role of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in Marital Commitment and the Management of Interpersonal Conflicts Among Couples. *Journal of Cognition, Behavior, Learning*. 2024;1(2):157-70. <https://journalcbl.com/index.php/jcbl/article/view/82>
17. Girma Shifaw Z. Marital communication as moderators of the relationship between marital conflict resolution and marital satisfaction. *The American Journal of Family Therapy*. 2024;52(3):249-60. <https://doi.org/10.1080/01926187.2022.2089404>

18. Wagner A, Mosmann CP, Scheeren P, Levandowski DC. Conflict, conflict resolution and marital quality. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2019;29:e2919. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2919>
19. Mousavi, F. Analyzing the effectiveness of cognitive behavioral therapy on reducing conflict and disagreements in marital relationships. First Conference on Psychology, Educational Sciences, Social Sciences and Humanities. Leeds-England.2021 . <https://civilica.com/doc/1625229/>
20. Wilson SJ, Syed SU, Yang IS, Cole SW. A tale of two marital stressors: Comparing proinflammatory responses to partner distress and marital conflict. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2024;119:898-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2024.05.003>
21. Telli A, Yavuz Güler Ç. Differentiation of self, forgiveness, jealousy, and conflict resolution responses among married individuals: The mediating role of relationship satisfaction, relationship adjustment, and emotional dependency. *Contemporary Family Therapy*. 2023;45(2):157-71. <https://doi.org/10.1007/s10591-021-09603-8>
22. Van der Windt M, Van Zundert SK, Schoenmakers S, Jansen PW, Van Rossem L, Steegers-Theunissen RP. Effective psychological therapies to improve lifestyle behaviors in (pre) pregnant women: a systematic review. *Preventive Medicine Reports*. 2021;24:101631. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101631>
23. Luong HK, Drummond SP, Norton PJ. Elements of the therapeutic relationship in CBT for anxiety disorders: A systematic review. *Journal of anxiety disorders*. 2020;76:102322. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102322>
24. Dugal C, Bakhos G, Bélanger C, Godbout N. Cognitive-behavioral psychotherapy for couples: An insight into the treatment of couple hardships and struggles. *Cognitive behavioral therapy and clinical applications*. 2018;3(2):125-35. <https://dx.doi.org/10.5772/intechopen.72104>
25. Antle BF, Owen JJ, Eells TD, Wells MJ, Harris LM, Cappiccie A, Wright B, Williams SM, Wright JH. Dissemination of computer-assisted cognitive-behavior therapy for depression in primary care. *Contemporary Clinical Trials*. 2019;78:46-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2018.11.001>
26. Pentel KZ, Baucom DH, Weber DM, Wojda AK, Carrino EA. Cognitive-behavioral couple therapy for same-sex female couples: A pilot study. *Family process*. 2021;60(4):1083-97. <https://doi.org/10.1111/famp.12696>
27. Wildgruber D, Hesse K, Eckstein KN, Richter J, Eberle MC, Kreifelts B, Hawlik L, Martus P, Erb M, Klingberg S. Combining cognitive behavioral therapy and group training for social skills and cognition to improve negative symptoms in patients with psychotic disorders: a randomized controlled pilot trial. *Schizophrenia Research*. 2025;282:38-48. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2025.05.030>
28. Yazar R, Tolan Ö. Cognitive-behavioral approach in marital therapy. *Psikiyatri Guncel Yaklasimlar*. 2021;13(1):1-22. <https://doi.org/10.18863/pgy.708061>
29. Sungur M, Giami A. Between couple therapy and sex therapy: A cognitive behavioural approach. A conversation with Dr Mehmet Sungur. *Sexologies*. 2021;30(1):77a-82. <https://stm.cairn.info/revue-sexologies-2021-1-page-77a?lang=en>
30. Rancourt KM, Bergeron S, Vaillancourt-Morel MP, Lee-Baggley D, Delisle I, Rosen NO. Sexual communication mediates cognitive-behavioral couple therapy outcomes: A randomized clinical trial for provoked vestibulodynia. *Journal of Family Psychology*. 2022;36(7):1073. <https://doi.org/10.1037/fam0000968>
31. Hayes SC, Hofmann SG. “Third-wave” cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World psychiatry*. 2021;20(3):363-75. <https://doi.org/10.1002/wps.20884>
32. Bagarozzi DA. Enhancing intimacy in marriage: A clinician’s guide. routledge; 2014. <https://doi.org/10.4324/9781315787053>
33. Etemadi A, Navabinejad Sh, Ahmadi A, Farzad V. Investigating the effect of couples therapy using the imago therapy method on increasing intimacy in couples referring to counseling centers in Isfahan. *Counseling Research (News and Counseling Research)*.2006; 5(19), 9-22. <https://ensani.ir/fa/article/124722>
34. Rahim MA. Rahim organizational conflict inventory–II. *Journal of Applied Psychology*. 1983. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.68.4.583>

35. Rahim MA, Magner NR. Convergent and discriminant validity of the Rahim organizational conflict inventory—II. *Psychological Reports*. 1994;74(1):35-8. <https://doi.org/10.2466/pr0.1994.74.1.35>
36. Haghighi H, Zarei E, Ghaderi F. Factor structure and psychometric characteristics conflict resolution styles questionnaire Rahim (ROCI-II) in Iranian couples. *Family Counseling and Psychotherapy*, 2012; 2(1): 534-562. <https://doi.org/10.1001.1.22516654.1391.2.1.7.2>
37. Latifi B, Torabi E, Anzari M, Karimi P. (2023). Predicting child maltreatment based on lockdown fatigue, distress intolerance and conflict resolution styles of mothers during the Corona pandemic. *Rooyesh*. 2023;12(6), 195-204. <http://frooyesh.ir/article-1-4076-en.html>
38. Leahy RL. Cognitive-behavioral therapy: proven effectiveness. *Psychol Today*. 2011. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/anxiety-files/201111/cognitive-behavioral-therapy-proven-effectiveness>
39. Palit A, Sen S, Bhattacharyya A. Comparison between the Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Couple Therapies on Interpersonal Conflict Resolution of Married Couples: A Review of Literature. *Indian Journal of Health & Wellbeing*. 2026;17(2):274. <https://doi.org/10.5281/zenodo.21350174>
40. Obianua ns, ufegbu ai. Effectiveness of cognitive behavioural therapy on marital conflict among married couples in igbere of abia state. *Journal of professional counselling*. 2026 aug 1;9(2):89-103. <https://jpc.aprocon.org.ng/index.php/jpc/article/view/293>