

مقایسه شناخت درمانی مبتنی بر خودگویی بر اساس الگوی ایرانی- اسلامی با شناخت درمانی  
رایج مبتنی بر خودگویی بر کاهش تعارضات زناشویی

The Comparison of Self-Talking-Based Cognitive Therapy Considering the  
Iranian-Islamic Models with Common Self-Talking-Based Cognitive Therapy  
on Marital Conflicts of Women

Yasser Rezapour Mirsaleh

یاسر رضاپور میر صالح\*

Abstract

The main purpose of present study was to comparison of self-talking-based cognitive therapy considering the Iranian-Islamic models with common self-talking-based cognitive therapy on marital conflicts of married women. This study was a semi-experimental research with post and pretest with control group. 42 women who referred to a counseling center in Meybod city were selected by available sampling and then randomly assigned in 2 experiment and 1 control groups (2 participant cannot finished the study). The first experimental group received self-talking-based cognitive therapy considering the Iranian-Islamic models, and second experimental group received common self-talking-based cognitive therapy (both of them have 7 sessions). The control group didn't receive any intervention. Before and after the experiment, all groups answer to marital conflict questionnaire. Finally, data analyzed by one-way ANOVA. The results show that both of interventions in experimental groups significantly decrease marital conflicts of participants, but intervention based on Iranian-Islamic models than intervention based on self-talking-based cognitive therapy have greater effect on improving of the marital conflicts ( $p < .01$ ). Therefore, we can conclude that in self-talking-based cognitive therapy, common models should be replaced by teachings witch roots in Islamic and Iranian Models.

**Keywords:** Cognitive Therapy, Self-Talk, Iranian-Islamic Models, Marital Conflicts

چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه شناخت درمانی مبتنی بر خودگویی بر اساس الگوی ایرانی- اسلامی با شناخت درمانی رایج مبتنی بر خودگویی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان متأهل بود. پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ۴۲ نفر از زنان مراجعه‌کننده به یکی از مراکز مشاوره شهرستان میبد به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه آزمایش اول، دوم و گروه کنترل جایگزین شدند (در ادامه، ۲ نفر در هر دو گروه آزمایش از پژوهش انصراف دادند). گروه آزمایش اول شناخت درمانی مبتنی بر خودگویی بر اساس الگوی ایرانی- اسلامی و گروه آزمایش دوم شناخت درمانی رایج مبتنی بر خودگویی (هر کدام به مدت هفت جلسه دو ساعته) دریافت کردند و گروه کنترل هیچ برنامه مداخله‌ای دریافت نکرد. قبل و بعد از اجرای برنامه درمانی، شرکت‌کنندگان هر سه گروه، پرسشنامه تعارضات زناشویی را تکمیل کردند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از تحلیل واریانس یک‌راهه تحلیل شدند. نتایج نشان داد که هم مداخله مبتنی بر الگوی ایرانی- اسلامی و هم مداخله شناخت درمانی رایج مبتنی بر خودگویی، در کاهش تعارضات زناشویی آزمودنی‌ها تأثیر معنی‌داری داشتند، اما مداخله مبتنی بر الگوی ایرانی- اسلامی در کاهش تعارضات زناشویی مؤثرتر از مداخله رایج بود ( $p < .01$ ). بنابراین، می‌توان گفت در مداخلات شناخت درمانی مبتنی بر تغییر خودگویی بهتر است آموزه‌هایی جایگزین مدل‌های رایج شود که انعکاسی از الگوهای ایرانی و اسلامی باشد.

**واژه‌های کلیدی:** شناخت درمانی، خودگویی، الگوی ایرانی- اسلامی، تعارضات زناشویی

email: y.rezapour@ardakan.ac.ir

\* عضو هیات علمی دانشگاه اردکان

Received: 3 Feb 2015

Accepted: 6 Des 2015

پذیرش: ۹۴/۹/۱۵

دریافت: ۹۳/۱۱/۱۴

## مقدمه

با وجود اینکه فرهنگ نقش زیادی در رفتار انسان دارد، بررسی نقش فرهنگ در کاربست<sup>۱</sup> روان‌درمانی به طور کلی، و در درمان شناختی به طور خاص، تا حد زیادی نادیده گرفته شده است. به طوری که تا دهه ۱۹۸۰، اغلب کاربست‌های روان‌درمانی که درمان شناختی هم شامل آنها می‌شد، با فرضیه‌هایی هدایت می‌شدند که ساختارها و اصول آن در ایالات متحده آمریکا با کاربرد اروپایی- آمریکایی گسترش یافته بود و برای تمام افراد در سراسر جهان به کار برده می‌شد (ورا، ویلا و آلگریا، ۲۰۰۳؛ ص ۵۲۱). با این وجود، سو و زینی (۱۹۸۷) استدلال می‌کنند که درمان‌های سنتی به دلیل اینکه در ابتدا برای جامعه آمریکا شکل گرفته‌اند، باید برای مراجعان فرهنگ‌های دیگر تغییر داده شوند. آنها معتقدند که درمان باید با سبک زندگی فرهنگی<sup>۲</sup> یا تجربیات مراجع مطابقت داده یا متناسب شود (ص ۳۸). به دلیل اینکه مبنای درمان‌های شناختی تغییر باورهای افراد است و این باورها تا حد زیادی تحت تأثیر فرهنگ هستند، توجه به مسائل فرهنگی در درمان‌های شناختی، ضرورت بیشتری نسبت به سایر الگوهای درمانی دارد (قاسم زاده، ۲۰۰۷).

یکی از مدل‌های شناخت درمانی که کاربرد زیادی در زوج درمانی و درمان مشکلات زناشویی دارد، درمان مبتنی بر خودگویی است. خودگویی به عنوان گفتگویی درونی تعریف می‌شود که ممکن است با صدای بلند و یا آهسته و بی‌صدا صورت گیرد و از طریق آن، فرد افکار و احساسات خود را تفسیر می‌کند، ارزیابی‌ها و اعتقادات خود را تغییر می‌دهد، به خود آموزش می‌دهد یا خود را تقویت می‌کند (سافرن و همکاران، ۲۰۰۰). یکی از عوامل مهمی که ممکن است منجر به بهبود روابط زناشویی و یا تشدید مشکلات زناشویی شود، خودگویی و افکاری است که زوجین در مورد یکدیگر و رابطه و شرایط زندگی‌شان مدام در ذهن با خود مرور می‌کنند (ایدلسون و اپستین، ۱۹۸۲). با این وجود، به مانند سایر درمان‌های شناختی، هنگام مداخلات درمانی برای تغییر خودگویی‌های زوجین باید به این نکته توجه داشت که درمان‌های شناختی رایج، ممکن است در فرهنگ‌های غیر غربی کاربردی نداشته باشد. تفاوت‌های بسیاری بین فرهنگ‌های غربی و غیر غربی در شناخت‌های افراد گزارش شده است. برای مثال نعیم و همکارانش (۲۰۰۹) دریافته‌اند که دانشجویان پاکستانی بسیاری از جنبه‌های درمان شناختی را ناهمسو با ارزش‌های مذهبی خود می‌دانند. همچنین مطالعات مختلف نشان می‌دهند که قابلیت استفاده از درمان شناختی در کشورهای در حال توسعه محدود است (رحمان و همکاران، ۲۰۰۸). بنابراین، یک

<sup>۱</sup> . practice

<sup>۲</sup> . cultural lifestyle

شناخت درمانگر، باید به الگوهای شناختی خاصی که در افراد جامعه وی با توجه به نوع فرهنگشان وجود دارد، توجه خاصی داشته باشد.

با توجه به این مسئله، و وجود تفاوت‌های زیاد میان فرهنگ غرب و فرهنگ جامعه ایران، در درمان شناختی باید از الگوهای شناختی و مدل بالینی استفاده کرد که با فرهنگ جامعه ایران متناسب شده باشد، در غیر این صورت درمانگر دچار یک تناقض میان الگوهای شناختی فرهنگ غرب و ایران می‌شود (قاسم زاده، ۲۰۰۷). با این وجود، بیشتر پژوهش‌های انجام شده در زمینه تأثیر مداخلات درمانی مبتنی بر فن خودگویی، با توجه به مدل‌های رایج شناخت درمانی موجود انجام شده‌اند و کمتر به موضوعات فرهنگی در مداخلات درمانی آن‌ها توجه شده است. برای مثال دهقانی (۱۳۸۶)، در تحقیقی به بررسی اثربخشی آموزش خودگویی‌های درونی مثبت بر افزایش میزان باورهای خودکارآمدی عمومی زنان پرداخت. نتایج مطالعه وی نشان داد که آموزش خودگویی‌های مثبت در افزایش میزان باورهای خودکارآمدی عمومی زنان مؤثر بوده است. در پژوهش دیگری، نوری (۱۳۸۰) به بررسی ارتباط خودگویی‌های درونی با سازگاری اجتماعی، عاطفی و آموزشی دختران دانش آموز پرداخت. نتایج حاکی از وجود رابطه معنادار بین خودگویی‌ها با سطح سازگاری اجتماعی، عاطفی و آموزش دانش آموزان مورد نظر بود. بهاری (۱۳۸۵) به بررسی اثربخشی آموزش تکنیک کنترل خودگویی به زنان در حل تعارضات زناشویی پرداخت. نتایج مطالعه او نشان داد که آموزش تکنیک کنترل خودگویی به زنان، در مجموع در افزایش تمام مؤلفه‌های رضایت زناشویی به جز رابطه جنسی، مؤثر بود. کیانی نژاد (۱۳۸۷) نیز در مطالعه خود به بررسی تأثیر آموزش خودگویی واقع‌گرایانه بر افزایش رضایت زناشویی زنان پرداخت. نتایج مطالعه او نیز نشان داد که آموزش فن خودگویی بر افزایش رضایت زناشویی و مؤلفه‌های آن مؤثر است. اسمعیلی (۱۳۸۵) در مطالعه خود نیز به نتایج مشابهی دست یافت. با این وجود، با توجه به اینکه بسیاری از خانواده‌های ایرانی، علی‌رغم تحولاتی که در سال‌های اخیر به وجود آمده است، هنوز به باورهای سنتی خاصی در مورد رابطه زناشویی و اصول آن پای‌بندند. یک درمانگر برای توفیق بیشتر در درمان مشکلات خانوادگی بایستی اصول درمان چندفرهنگی را مورد توجه قرار دهد و بر مبنای فرهنگ جامعه ایرانی شیوه‌های درمانی خود را تغییر دهد. این مسئله در حالی است که انعطاف‌پذیری و قدرت<sup>۱</sup> درمان شناختی این امکان را برای درمانگر فراهم می‌کند تا یک مدل فرهنگی از درمان شناختی بر اساس دانش بالینی و همچنین دانش نظری محققان و درمانگرانی که در موقعیت‌های فرهنگی مختلف کار می‌کنند، بسازد (قاسم زاده، ۲۰۰۷). بنابراین، شاید بتوان گفت شناخت درمانی بیشترین سازگاری را می‌تواند با درمان‌های چندفرهنگی داشته باشد (قاسم زاده، ۲۰۰۷).

<sup>۱</sup> . strength

با توجه به این موضوع، در پژوهش حاضر با الگویی از خودگویی‌های تغییر یافته بر اساس باورهای اسلامی در مدل هاج و ندیر (۲۰۰۸)، مداخله‌ای طراحی شد که در آن الگوهای شناختی با توجه به الگوی ایرانی- اسلامی تغییر داده شده بودند و هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی این مداخله یعنی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر خودگویی بر اساس الگوی ایرانی- اسلامی با مداخله شناخت درمانی رایج مبتنی بر خودگویی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان متأهل بود. با توجه به این هدف، فرضیه‌های پژوهشی زیر تنظیم شدند:

۱. مداخله شناخت درمانی مبتنی بر خودگویی بر اساس الگوی ایرانی- اسلامی در کاهش تعارضات زناشویی زنان مؤثر است.
۲. مداخله شناخت درمانی رایج مبتنی بر خودگویی در کاهش تعارضات زناشویی زنان مؤثر است.
۳. مداخله شناخت درمانی مبتنی بر خودگویی بر اساس الگوی ایرانی- اسلامی در کاهش تعارضات زناشویی زنان مؤثرتر از مداخله شناخت درمانی رایج مبتنی بر خودگویی است.

## روش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر را کلیه مراجعان زن یکی از مراکز مشاوره شهرستان میبد تشکیل می‌دادند. از بین این زنان، ابتدا به روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۲ نفر برای شرکت در پژوهش انتخاب شد. سپس در هر گروه، ۱۴ نفر به شیوه تصادفی جایگزین شدند. برای هر گروه ۱۴ نفر انتخاب شد تا در صورت افت نمونه، مشکل چندانی متوجه پژوهش نباشد. به تصادف یک گروه برای مداخله شناخت درمانی مبتنی بر خودگویی بر اساس الگوی ایرانی- اسلامی (گروه آزمایش اول) و یک گروه برای مداخله شناخت درمانی رایج مبتنی بر خودگویی (گروه آزمایش دوم) انتخاب شد. گروه دیگر هم در انتظار درمان قرار داده و به عنوان گروه کنترل انتخاب شد. تمامی افراد انتخاب شده قبل و بعد از اجرای برنامه‌های مداخله‌ای به تکمیل پرسشنامه تعارضات زناشویی پرداختند که اطلاعات مربوط به روایی و پایایی آن در ادامه می‌آید. در پایان، ۲ نفر در گروه آزمایش اول و ۲ نفر در گروه آزمایش دوم موفق به شرکت کامل در جلسات آموزشی نشدند و ۲ نفر هم در گروه کنترل برای یکسان شدن تعداد نمونه‌ها در گروه‌ها، به تصادف حذف شدند. برنامه‌های مداخله‌ای در هفت جلسه دو ساعته (هر هفته یک جلسه) تنظیم و به گروه‌های آزمایش یک و دو ارائه شدند. جزئیات برنامه‌های مداخله‌ای در جدول ۱ آورده شده است.

مقایسه شناخت درمانی مبتنی بر خودگویی بر اساس الگوی ایرانی-اسلامی با ...

**پرسشنامه تعارضات زناشویی<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه یک ابزار ۴۲ سؤالی است که توسط ثنایی و براتی در سال ۱۳۷۵ تهیه شده و برای سنجیدن تعارضات زن و شوهری و بر مبنای تجربیات بالینی ساخته شده است. این پرسشنامه ۷ بُعد از تعارضات را می‌سنجد که عبارتند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جداکردن امور مالی از یکدیگر (ثنایی، ۱۳۷۹). نمره‌گذاری بر مبنای یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) انجام می‌شود و نمرات بالا نشان‌دهنده تعارض بیشتر زوجین هستند. آلفای کرونباخ نمره کل این پرسشنامه ۰/۵۳ بود. همچنین همبستگی درونی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه با یکدیگر بالا بود که نشان می‌داد زیرمقیاس‌ها احتمالاً یک سازه را می‌سنجد. همچنین این پرسشنامه دارای روایی تمایزی مناسبی در تمایز دو گروه زوجین سازگار و ناسازگار بود (ثنایی، ۱۳۷۹).

**جدول ۱. برنامه جلسات مداخله‌ای شناخت درمانی مبتنی بر خودگویی بر اساس الگوی ایرانی-اسلامی و مداخله شناخت درمانی رایج مبتنی بر خودگویی**

الف) مداخله رایج شناخت درمانی مبتنی بر فن خودگویی (کیانی نژاد، ۱۳۸۷)	ب) مداخله درمانی مبتنی بر فن خودگویی بر اساس الگوهای فرهنگی ایرانی و اسلامی (با الگوبری از مدل هاج و ندریر، ۲۰۰۸).
جلسه اول: ۱- معارفه اعضای گروه و بیان قوانین گروهی ۲- صحبت در مورد تعارضات زناشویی، ۳- آشنایی با مفهوم خودگویی ۵- نقش و تأثیر خودگویی در تعاملات زناشویی، ۶- آشنایی با رابطه حلقوی بین خودگویی، احساسات و رفتار، ۷- پایان جلسه، بحث و نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه تکلیف.	جلسه اول: ۱- نحوه تأثیر آداب و رسوم ایرانی و الگوهای دینی در شکل‌گیری افکار و خودگویی‌ها و پیامدهای احساسی و رفتاری پس از آن، ۲- نقش تسهیل‌کنندگی و بازدارندگی دین به ترتیب در خودگویی‌ها منطقی و غیرمنطقی، ۳- بررسی شناخت‌های رایج در جامعه در مورد روابط زناشویی، ۴- بررسی باورهای رایج مخرب رابطه زناشویی در فرهنگ ایرانی و نقش باورهای دینی در مقابله با آن‌ها
جلسه دوم: ۱- بررسی و بحث پیرامون تکلیف منزل جلسه گذشته، ۲- معرفی ابعاد مختلف خودگویی و رابطه آنها با پیامدهای احساسی و رفتاری در افراد، ۳- نقش خود افراد در خودگویی‌هایشان ۴- پایان جلسه، بحث و نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه تکلیف.	جلسه دوم: ۱- نقش مبانی فکری دینی و فرهنگ ایرانی بر کنترل خودگویی‌ها، ۲- بحث در مورد خودگویی‌های مثبتی که با توجه به باورهای مذهبی فرد صورت می‌گیرد، ۳- بررسی نقش خود در دامن زدن به خودگویی‌های غیرمنطقی که از الگوهای بد فرهنگی ناشی شده‌اند، ۴- مرور دستورات دینی مبنی بر نقش خود در کنترل باورهای غلط رایج در جامعه
جلسه سوم: ۱- بحث و بررسی پیرامون تکلیف منزل جلسه گذشته، ۲- آشنایی بیشتر با افکار خودمغلوبی، ۳- گفتگو درباره نقش افکار خودمغلوبی در موقع بروز مشکل، ۴- نقش افکار خودمغلوبی در ایجاد خودگویی‌ها (و تشخیص دور باطل خودگویی‌های منفی)، ۵- نحوه تغییر افکار خود مغلوبی، ۶- پایان جلسه، خلاصه و نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه تکلیف.	جلسه سوم: ۱- بررسی عوامل فرهنگی مؤثر بر افکار خودمغلوبی، ۲- بررسی محدودیت‌های موقعیتی زنان در جامعه و نقش آن در افکار خودمغلوبی، ۳- بحث در مورد مبانی دینی تکریم زن در خانواده برای جلوگیری از خودگویی‌های خودمغلوبی، ۴- بررسی مبانی دینی و فرهنگی ایرانی در اهمیت به کرامت انسان و نقش شیطان در ایجاد افکار خودمغلوبی در انسان‌ها با ذکر مثال‌های دینی

<sup>۱</sup> . Marital conflict Questionnaire

<p>جلسه چهارم: ۱- بحث در مورد مبانی فکری فرهنگی و دینی مؤثر بر بر افکار خودارزشمندی، ۲- نقش توکل، امیدواری به بخشش خداوند، قضا و قدر و گذشت به عنوان مفاهیم دینی دخیل در خودگویی های خودارزشمندی، ۳- ارزش های فرهنگی در مورد حفظ رابطه زناشوییکه در خودگویی های خودارزشمندی نقش دارند، ۴- بررسی ضرب المثل های رایج جامعه در مورد لزوم ایجاد افکار مثبت</p>	<p>جلسه چهارم: ۱- بحث و بررسی پیرامون تکلیف منزل جلسه گذشته، ۲- بحث پیرامون مشخص کردن اظهارات مثبت مربوط به خود، ۳- بحث پیرامون تقویت خود در جهت اظهارات مثبت، ۴- آشنایی با نحوه توصیف خود، ۵- پایان جلسه، خلاصه و نتیجه‌گیری از جلسه ارائه تکلیف.</p>
<p>جلسه پنجم: ۱- آشنایی با عوامل فرهنگی مؤثر بر سبک های اسنادی و ابعاد آن، ۲- مبانی دینی پذیرش مسئولیت فردی در اسنادهای نسبت داده شده با دیگران، ۳- نقش قضا و قدر و اشتباه افراد در اسناد دهی اشتباه به آن، ۴- بحث در مورد کراهت زن و گمان نسبت به دیگران در اسلام جهت جلوگیری از اسنادهای بیرونی</p>	<p>جلسه پنجم: ۱- بحث و بررسی پیرامون تکلیف منزل جلسه گذشته، ۲- تعریف و مفهوم سبک اسنادی، ۳- توضیح درباره انواع سبک‌های اسنادی، ۴- نقش سبک‌های اسنادی در خودگویی، ۵- بحث پیرامون چگونگی شکل‌گیری اسنادها، ۶- تمرین تغییر سبک اسنادی، ۷- پایان جلسه، خلاصه و نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه تکلیف.</p>
<p>جلسه ششم: ۱- استفاده از مبانی مذهبی و فرهنگی در به خود دستور دادن برای تغییر خودگویی های نامناسب، ۲- پیروی از دستورات دینی در هنگام بروز مشکلات و جایگزین کردن افکار خودآیند با دستورات دینی در مواجهه با مشکلات، ۳- مرور احادیث و روایات مربوط به پرهیز از خطاهای شناختی و کنترل افکار</p>	<p>جلسه ششم: ۱- بررسی تکلیف هفته گذشته، ۲- شناسایی نقش صحبت با خود در کنترل حوادث، ۳- توضیح نظریه a-b-c آلبرت الیس، ۴- توضیح درباره چگونگی نقش صحبت با خود (دستور دادن به خود) در کنترل افکار، احساسات و رفتارها، ۵- توضیح و بحث پیرامون انواع دیگر خطاهای شناختی و تکنیک‌های کنترل فکر، ۶- پایان جلسه، خلاصه و نتیجه‌گیری از جلسه.</p>
<p>جلسه هفتم: ۱- استفاده از الگوهای مذهبی برای تحریک خودگویی های منطقی و مناسب در ۹ موقعیتی که منجر به بیشترین خودگویی های منفی، غیرمنطقی و خودمغلوبی می شوند (خود کنترلی و تغییر، خود ارزشمندی، پذیرش دیگران، تحمل ناکامی، موفقیت، نیاز به تأیید و عشق، پذیرش مسئولیت، پذیرش خود). ۲- جایگزینی افکار منفی با باورهای مذهبی، ۳- تمرین جایگزینی ذکر های مذهبی هنگام هجوم افکار خودآیند منفی، ۴- تأکید بر یاد خداوند به عنوان بهترین فکر مثبت در موفقیت ها</p>	<p>جلسه هفتم: ۱- بررسی و بحث پیرامون تکلیف منزل جلسه گذشته ۲- توضیح درباره چگونگی نقش صحبت با خود (دستور دادن به خود) در کنترل افکار، احساسات و رفتارها، ۳- آشنایی با یازده مورد تفکر غیر منطقی الیس، ۴- آشنایی با موقعیت‌هایی (۹ موقعیت) که اغلب منجر به تحریک افکار منفی می‌شوند، ۵- تمرین عملی گروه برای خودگویی های مناسب در این گونه موقعیت‌ها ۶- تلخیص مطالب مطرح شده در جلسه ۷- جمع‌بندی از گروه و ارزیابی رسیدن به اهداف ۸- ارائه تمرین‌های عملی و پایان داده به گروه</p>

**(در مداخله الگوی ایرانی-اسلامی، قسمت ب، شناخت درمانی رایج نیز به عنوان محور اصلی بحث مطرح و مباحث اشاره شده به عنوان مباحث مکمل و تکمیلی به شرکت کنندگان ارائه می‌شود).**

### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمره کل تعارض زناشویی آزمودنی‌های شرکت کننده در پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک سه گروه آزمایش اول، آزمایش دوم و گروه کنترل در جدول ۲ آورده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش اول و دوم کمتر از میانگین پس‌آزمون گروه کنترل است و میانگین نمرات تعارض زناشویی آزمودنی‌های گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت چندانی با یکدیگر ندارد.

مقایسه شناخت درمانی مبتنی بر خودگویی بر اساس الگوی ایرانی- اسلامی با ...

**جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره کل تعارض زناشویی زنان در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه آزمایش اول، گروه آزمایش دوم و گروه کنترل**

متغیر	نوع آزمون	گروه آزمایش اول		گروه آزمایش دوم		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نمره کل تعارض	پیش‌آزمون	۱۳۵/۳۳	۵/۲۸	۱۳۶/۰۸	۵/۰۹	۱۳۵/۹۲	۵/۰۶
زناشویی	پس‌آزمون	۱۰۱/۰۸	۴/۶۱	۱۱۳/۵۰	۴/۳۲	۱۳۴/۸۳	۵/۰۴

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (One-Way ANOVA) استفاده شد که نتایج آن برای نمره کلی تعارض زناشویی در جدول ۳ و ۴ آورده شده است. به این صورت که ابتدا با کسر نمرات پس‌آزمون از پیش‌آزمون در هر سه گروه، نمرات اختلافی محاسبه شد و میانگین نمرات اختلافی در سه گروه با استفاده از این آزمون با یکدیگر مقایسه شد. با این وجود، این آزمون که از انواع آزمون‌های پارامتریک می‌باشد، پیش‌فرض‌هایی از قبیل نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه و همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون متغیرها دارد، که قبل از انجام آزمون بررسی و مورد تأیید قرار گرفتند. همچنین بررسی اختلاف بین پیش‌آزمون‌های هر سه گروه نشان داد که شرکت‌کنندگان هر سه گروه در پیش‌آزمون تعارض زناشویی با هم برابر هستند.

**جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه میانگین نمرات اختلافی پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره کل تعارض زناشویی در سه گروه آزمایش اول، دوم و گروه کنترل**

منبع پراکندگی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
بین گروهی	۶۷۹۳/۵۶	۲	۳۳۹۶/۷۸	۴۴۴/۶۷	۰/۰۰۰
درون گروهی (خطا)	۲۵۲/۰۸	۳۳	۷/۶۴		
کل	۷۰۴۵/۸۴	۳۵			

نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه روی نمرات اختلافی پیش‌آزمون و پس‌آزمون تعارض زناشویی در گروه‌ها برای آزمون فرضیه اول و دوم در جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار F بدست آمده در سطح  $p < ۰/۰۱$  معنی‌دار است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که اختلاف بین میانگین‌های اختلافی نمره کل تعارض زناشویی در سه گروه آزمایش اول، آزمایش دوم و کنترل معنی‌دار است و یا به عبارت دیگر، حداقل بین میانگین‌های نمرات اختلافی دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای تعیین اینکه بین کدام جفت میانگین‌های اختلافی تفاوت وجود دارد، از آزمون تعقیبی توکی (LSD) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است.

**جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دو به دو میانگین نمرات اختلافی در گروه- های آزمایش اول، دوم و کنترل (نمره کل تعارض زناشویی)**

گروه‌ها	اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری	فاصله اطمینان ۹۵ درصد حد بالا	حد پایین	
آزمایش اول	کنترل	-۳۳/۱۷	۱/۱۳	۰/۰۰۰	-۳۵/۴۶	-۳۰/۸۷
آزمایش دوم	کنترل	-۲۱/۵۱	۱/۱۳	۰/۰۰۰	-۲۳/۷۹	-۱۹/۲۱
آزمایش اول	آزمایش دوم	-۱۱/۶۷	۱/۱۳	۰/۰۰۰	-۱۳/۹۶	-۹/۳۷

نتایج آزمون تعقیبی توکی برای آزمون فرضیه سوم در جدول ۴ نشان می‌دهد که اختلاف بین میانگین‌های اختلافی در هر دو گروه آزمایش با گروه کنترل معنی‌دار است. به عبارت دیگر، شرکت در هر دو گروه آزمایش و دریافت مداخله‌های رایج شناخت درمانی مبتنی بر خودگویی و شناخت درمانی مبتنی بر خودگویی بر اساس الگوی ایرانی- اسلامی، منجر به کاهش معنی‌دار نمره کل تعارض زناشویی در زنان شرکت کننده در این پژوهش شده است. با این وجود، تفاوت ۱۱/۶۴ بین نمرات اختلافی در گروه آزمایش اول که درمان مبتنی بر الگوی ایرانی- اسلامی را دریافت کرده بودند، و گروه دوم آزمایش که درمان رایج خودگویی را دریافت کرده بودند، وجود داشت که معنی‌دار بود ( $p < 0/01$ ). این مسئله نشان می‌دهد که مداخله شناخت درمانی مبتنی بر خودگویی بر اساس الگوی ایرانی- اسلامی نسبت به مداخله رایج شناخت درمانی مبتنی بر خودگویی تأثیر بیشتری بر کاهش تعارضات زناشویی زنان داشته است.

**بحث و نتیجه گیری**

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که هم مداخله مبتنی بر الگوی ایرانی- اسلامی و هم مداخله رایج شناخت درمانی مبتنی بر خودگویی به طور معنی‌داری نمرات تعارض زناشویی را در آزمودنی‌های گروه آزمایش کاهش دادند. اما یافته‌های آزمون تعقیبی توکی نشان داد که مداخله مبتنی بر الگوی ایرانی- اسلامی در کاهش تعارضات زناشویی آزمودنی‌ها مؤثرتر از مداخله رایج شناخت درمانی مبتنی بر خودگویی بود. بنابراین، هر سه فرضیه پژوهش حاضر تأیید شدند. این نتایج همسو با یافته‌های هاج و ندیر (۲۰۰۸)، ازهر و همکاران (۱۹۹۴، ۱۹۹۵)، العبدالجبار و العیسی (۲۰۰۰)، الرادی و مهدی (۱۹۹۴)، بنوی و استوکتون (۱۹۹۳)، ندیر و وزلوسیکی (۲۰۰۱) بود که نتایج مشابهی را در تغییر الگوهای شناخت درمانی بر اساس آموزه‌های اسلامی گرفته بودند. اسکورزلی و رینکی-اسکورزلی (۱۹۹۴) در مطالعه‌ای که با دانشجویان روانشناسی هندی انجام دادند، نشان دادند که ۸۲ درصد دانشجویان شیوه‌های شناختی را در تعارض با ارزش‌ها و باورهای خود می‌دیدند، ۴۶ درصد دانشجویان مفاهیم شناخت درمانی را در تعارض با ارزش‌های خانوادگی و فرهنگی خود، و ۴۰ درصد آنها شناخت درمانی را متضاد با ارزش‌های مذهبی



خود می‌دیدند. دلیل اصلی این ناهمسویی، این باور مذهبی است که سرنوشت انسان توسط یک نیروی فراطبیعی و اعمالی که قبلاً انسان در زندگی خود انجام داده (یا اعمالی که انسان در زندگی خود انجام می‌دهد)، کنترل می‌شود. دانشجویان هندی معتقد بودند که فرد باید از قوانین و ارزش‌های خانواده و جامعه خود پیروی کند تا یک زندگی بامعنا و بدون تعارض داشته باشد و زنان همیشه نیاز دارند که از سوی یک قدرتمندتر حمایت شوند (اسکورزلی و رینکی - اسکورزلی، ۱۹۹۴). داتیلیو (۱۹۹۵) اشاره می‌کند که برخی از فرهنگ‌های مدیترانه‌ای و خاورمیانه‌ای درباره مذهب، زندگی زناشویی و خانواده، و روش‌های فرزندپروری مقرراتی جدی دارند. این مقررات اغلب با ویژگی «به چالش کشیدن» درمان شناختی در تضاد هستند. برای مثال، امکان دارد درمان‌گری به یک خانم توصیه کند که انگیزه‌های همسرش را زیر سؤال ببرد. بدیهی است که در بعضی از فرهنگ‌های خاورمیانه چنین کاری ممنوع شده است (کوری، ۲۰۰۵، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۵).

با این وجود، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان رایج شناختی در کاهش تعارضات زناشویی افراد مؤثر است، هرچند تأثیر آن از درمان شناختی که بر اساس الگوهای بومی طراحی شده بود، کمتر بود. این نتیجه با یافته‌های آیوی و همکارانش (۱۹۹۳) همسو بود. آنها دریافتند که هرچند در موضوعات چند فرهنگی مربوط به شیوه‌های شناختی درمان شناختی، چالش‌هایی در مورد چارچوب مرجع شناختی وجود دارد، اما تمام نظریه‌های شناختی (الیس، بک و گلاسر) تکنیک‌های موفقیت‌آمیزی در کار با مراجعان فرهنگ‌های گوناگون دارند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که تفاوت‌های عمیق و مهمی بین جهان‌بینی غرب و شرق وجود دارد که بعضی از این تفاوت‌ها در مفاهیمی همچون قدرت، فردگرایی، مرد یا زن سالاری، روابط خانوادگی، زمان و وجود است. بسیاری از مراجعان در تمام دنیا قربانی اشتباه مشاوران در تشخیص نادرست، ارجاع بد، روش درمانی نامناسب، زمان درمانی نامناسب و غیره می‌شوند. مبنای پذیرفته شده‌ی غرب در مورد سلامت رفتاری به طور عمده دارای نوعی جهت‌گیری است که ممکن است در فرهنگ‌های دیگر منفی ارزیابی شوند. به همین ترتیب، نگرشی که در مورد مفهوم خانواده و کارکردهای آن در غرب وجود دارد، ممکن است متفاوت با نگرش دیگر فرهنگ‌ها در مورد خانواده باشد (هاردی و لازلوفی، ۱۹۹۵). خانواده در هر فرهنگی مفهوم و ویژگی‌های خاص خود را دارد و درمان‌گران خانواده هنگام کار با زوج‌ها یا اعضای یک خانواده بایستی به این تفاوت‌ها توجه داشته باشند.

تعریف خانواده در فرهنگ‌های مختلف با هم تفاوت دارد. به بیان دیگر، تعریف خانواده یک مقوله‌ی فرهنگی است که بستگی به فرهنگ هر قوم دارد. تعریف آمریکایی‌ها از خانواده بر یک دستی و تمرکز آن تاکید دارد، در صورتی که افتخار خانواده‌های آفریقایی-آمریکایی به گستردگی شبکه‌ی خانوادگی‌شان است. ایتالیایی‌ها نیز همچون آمریکایی‌ها بر خانواده‌های هسته‌ای تاکید می‌کنند و خانواده

را چیزی جز قدرت و همبستگی اعضا نمی‌دانند، اما از طرف دیگر خانواده چینی شامل تمام نیاکان و اولاد آنهاست (بمفورد، ۲۰۱۱).

این مسئله که فرهنگ اسلامی جزئی از فرهنگ جامعه ایرانی است، قابل انکار نیست. بنابراین، درمان‌های شناختی که در جامعه ایران به کار می‌رود، لزوماً باید این مسئله را مدنظر داشته باشند و در به چالش کشیدن برخی از باورهای شناختی مراجعان ایرانی دقت لازم را به عمل آورند. باورهایی که در مورد «قضا و قدر یا قسمت در زندگی» و «توکل به خداوند در امور زندگی» در جامعه ایران وجود دارد، هرچند ممکن است با برخی از اصول شناخت درمانی غربی ناهمسو باشند، اما جزئی از فرهنگ مردم ایران هستند و باید در درمان شناختی نه تنها برخلاف آنها عمل نکرد، بلکه باید آنها را در فرآیند درمانی لحاظ کرد. برای اینکه بتوان در درمان شناختی خدماتی متناسب با فرهنگ مسلمانان برای آنها فراهم کرد، لازم است که اصطلاحات غیر مذهبی که اساس آموزه‌های درمانی این رویکرد را شکل می‌دهند، واکاوی شوند و مجموعه‌ای از آموزه‌هایی جایگزین آن شود که انعکاسی از آموزه‌ها و اصطلاحات اسلامی باشد (هاج و ندیر، ۲۰۰۸).

مطالعات نشان می‌دهند که شناخت درمانی معنوی براساس آموزه‌های اسلام، در کاهش اختلالات اضطرابی (ازهر و همکاران، ۱۹۹۴). افسردگی (ازهر و وارما، ۱۹۹۵b) و داغدیدگی (ازهر و وارما، ۱۹۹۵a) مؤثر است. شواهد محدودی نشان می‌دهند که شناخت درمانی که بر اساس اصول اسلامی تغییر داده شده است، حمایت بالایی را از سوی اعضای خانواده دریافت می‌کند و مخالف با بدنامی جستجوی درمان (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۶) در افراد است (ازهر و وارما، ۱۹۹۵a). دین و معنویت در بسیاری از خانواده‌های لاتین تبار (دوارتی- ولز و همکاران، ۲۰۱۰) و ایرانی (سالاری فر، ۱۳۸۶) جزء ارزش‌های مهم فرهنگی محسوب می‌شود. در حالی که برخی از نظریه پردازان غربی در زمینه شناختی مانند الیس (۱۹۸۰)، وارد کردن باورهای مذهبی در مسائل خانوادگی را نوعی تحریف شناختی در نظر می‌گیرند و این مسئله نشان از ناکارآمد بودن برخی از جنبه‌های شناخت درمانی رایج در فرهنگ ایران دارد.

به طور کلی، بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که برای اینکه بتوان در درمان شناختی خدماتی متناسب با فرهنگ مسلمانان در جامعه ایران برای آنها فراهم کرد، لازم است که اصطلاحات غیر مذهبی که اساس آموزه‌های درمانی این رویکرد را شکل می‌دهند و الگوهایی که با فرهنگ جامعه ایران در تعارض هستند، در برنامه شناخت درمانی رایج مجدداً مورد بازبینی قرار گیرند و مجموعه‌ای از آموزه‌هایی جایگزین آن‌ها شود که انعکاسی از الگوهای فرهنگ ایرانی و اسلامی باشد. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود که بایستی در تعمیم نتایج آن به این محدودیت‌ها توجه داشت. از جمله اینکه تفاوت شرکت کنندگان از لحاظ میزان اعتقادات مذهبی ممکن بود در

مقایسه شناخت درمانی مبتنی بر خودگویی بر اساس الگوی ایرانی- اسلامی با ...

اثربخشی مداخله تأثیرگذار باشد. همچنین به علت محدودیت‌های اجرایی، اثربخشی مدل شناخت درمانی طراحی شده تنها در زنان مورد بررسی قرار گرفت که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با مشکل مواجه می‌کند. با توجه به این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود به منظور تعمیم بهتر یافته‌های پژوهش، الگوی مداخله‌ای به کار رفته در پژوهش حاضر، در جوامع آماری دیگر، به خصوص در خرده فرهنگ‌هایی که در جامعه ایران وجود دارد نیز مورد ارزیابی قرار گیرد. همچنین به دلیل اینکه طراحی مدل‌های شناخت درمانی بومی، احتیاج به پژوهش‌های زمینه‌ای و کیفی برای شناسایی الگوهای شناختی رایج در فرهنگ ایرانی و اسلامی دارد، برای تکمیل الگوی مداخله‌ای به کار رفته در پژوهش حاضر، بهتر است مطالعات کیفی بیشتری در این زمینه صورت گیرد. در نهایت پیشنهاد می‌شود اثربخشی مدل شناخت درمانی طراحی شده در پژوهش حاضر در دیگر زمینه‌های رابطه زناشویی مانند رضایت زناشویی، میزان صمیمیت و همدلی و غیره نیز مورد ارزیابی قرار گیرد.

## منابع

- اسمعیلی، معصومه (۱۳۸۵). تأثیر آموزش فن خودگویی مبتنی بر واقعیت بر تعارضات زناشویی: گزارش موردی. فصلنامه روانشناسی و علوم تربیتی، شماره پنجم، صفحات ۳۶-۲۱.
- بهراری، رزاق (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی آموزش تکنیک خودگویی به زنان در حل تعارضات زناشویی در بین زنان شهر ارومیه در سال ۱۳۸۵. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ثناپی، باقر (۱۳۷۹). مقیاس سنجش خانواده و ازدواج. چاپ اول، تهران: انتشارات بعثت.
- دهقانی، طیبه (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی آموزش خودگویی‌های درونی مثبت بر افزایش میزان باورهای خود کارآمدی زنان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- سالاری فر، محمدرضا (۱۳۸۶). خانواده در نگرش اسلام و روانشناسی. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- کیانی نژاد، سحر (۱۳۸۷). تأثیر آموزش خودگویی واقع‌گرایانه بر افزایش رضایت زناشویی زنان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- کوری، جرال (۲۰۰۵). نظریه و کاربردهای مشاوره و روان‌درمانی. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۵). تهران: انتشارات ارسباران.
- نوری، مرجانه (۱۳۸۰). بررسی ارتباط خودگویی‌های درونی با سازگاری اجتماعی، عاطفی و آموزشی دختران دانش‌آموز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء.

- Al-Abdul-Jabbar, J., & Al-Issa, I. (2000). Psychotherapy in Islamic society. In I. Al-Issa (Ed.), *Al-Jtinun: Mental illness in the Islamic world* (pp. 277-293). Madison, CT: International Universities Press.
- Al-Radi, O., & Mahdy, M. A. (1994). Group therapy: An Islamic approach. *Integrative Psychiatry*, 10 (3), 106-109.
- Azhar, M. Z., & Varma, S. L. (1995a). Religious psychotherapy as management of bereavement. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91 (4), 233-235.

- Azhar, M. Z., & Varma, S. L. (1995b). Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 63 (3-4), 165-168.
- Azhar, M. Z., Varma, S. L., & Dharap, A. S. (1994). Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (1), 1-3.
- Bamford, R. (2011). Cultural diversity, families, and research subjects. *The American Journal of Bioethics*, 11(5), 33-34.
- Banawi, R., & Stockton, R. (1993). Islamic values relevant to group work, with practical applications for the group leader. *Journal for Specialists in Group Work*, 18 (3), 151-160.
- Dattilio, F. M. (1995). Cognitive techniques with couple and families. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9 (4), 285-286.
- Duartè-Vèlez, Y., Bernal, G., & Bonilla, K. (2010). Culturally Adapted Cognitive-Behavioral Therapy: Integrating Sexual, Spiritual, and Family Identities in an Evidence-Based Treatment of a Depressed Latino Adolescent. *Journal of Clinical Psychology*, 66(8), 895-906.
- Eidelson, R. J., & Epstein, N. (1982). Cognition and Relationship Maladjustment: Development of a Measure of Dysfunctional Relationship Beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (5), 715-720.
- Ellis, A. (1980). Psychotherapy and atheistic values: A response to AE Bergin's "Psychotherapy and religious values". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48 (5), 635-639.
- Ghassemzadeh, H. (2007). The practice of cognitive-behavior therapy in Roozbeh hospital: some cultural and clinical implications of psychological treatment in Iran. *American Journal of Psychotherapy*, 61 (1), 53-69.
- Hardy, K., & Laszloffy, T. (1995). The cultural genogram: Key to training culturally competent family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 227-237.
- Hodge, D. R., & Nadir, A. (2008). Moving toward Culturally Competent Practice with Muslims: Modifying Cognitive Therapy with Islamic Tenets. *Social Work*, 53(1), 31-41.
- Ivey, A.E., Ivey, M.B., & Simek-Morgan, L. (1993). *Counseling and psychotherapy: A multicultural perspective*. Boston: Allyn & Bacon.
- Nadir, A., & Dziegielewski, S. R (2001). Islam. In M. Van Hook, B. Hugen, & M. Agviilar (Eds.), *Spirituality within religious traditions in social work practice* (pp. 146-166). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Naeem, F., Gobbi, M., Ayub, M., & Kingdon, D. (2009). University students' views about compatibility of cognitive behavior therapy (CBT) with their personal, social and religious values (a study from Pakistan). *Mental Health, Religion & Culture*, 12(8), 847-855.
- Rahman, A., Malik, A., Sikander, S., Roberts, C., & Creed, E. (2008). Cognitive behaviour therapybased intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: A cluster-randomized controlled trial. *Lancet*, 372(9642), 902-909.

مقایسه شناخت درمانی مبتنی بر خودگویی بر اساس الگوی ایرانی- اسلامی با ...

- Safren, S. A., Heimberg, R.G., Lerner, A. H., Warman, M., & Kendall, P.C. (2000). Differentiating anxious and depressive self-statements: Combined factor structure of the Anxious Self-Statements Questionnaire and the Automatic Thoughts Questionnaire—Revised. *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 327–344.
- Scorzelli, J. F., & Reinke-Scorzelli, M. (1994). Cultural Sensitivity and Cognitive Therapy in India. *The Counseling Psychologist*, 22 (4), 603-610.
- Sue, S. & Zane, N.W.S. (1987). The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critique and reformulation. *American psychologist*, 42 (1), 37-45.
- Vera, M., Vila, D. & Alegria, M. (2003). Cognitive-behavioral therapy: concepts, issues, and strategies for practice with racial/ethnic minorities. In G. Bernal et al., (eds.), *Handbook of racial and ethnic minority psychology*, (pp. 521-537). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Williams, M.W., Foo, K.H., & Haarhoff, B. (2006). Cultural Considerations in using Cognitive Behaviour Therapy with Chinese People: A Case Study of an Elderly Chinese Woman with Generalised Anxiety Disorder. *New Zealand Journal of Psychology*, 35(3), 153-162.