اثربخشی خانواده‌درمانی به شیوه شناختی ـ رفتاری بر حس انسجام و انعطاف‌پذیری شناختی زوجین شهر رشت

نرجس حاجی‌پور ماشکی[1]
فرشته حسنی اسطلخی[2]

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی به شیوه شناختی ـ رفتاری بر حس انسجام و انعطاف‌پذیری شناختی زوجین شهر رشت انجام شد. طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی با گروه آزمایش و کنترل همراه پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل همه زوجین شهر رشت در سال ۱۴۰۳ بود. نمونه آماری ۵۰ نفر از زوجین بودند که به روش در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۵ نفر) و کنترل (۲۵ نفر) گمارده شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه حس انسجام آنتونوسکی و پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنای و وان‌دروال بود. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تحت مداخله خانواده‌درمانی شناختی ـ رفتاری (بر اساس الگوی فریمن و گارسیا، ۲۰۰۹) قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) تحلیل شدند. نتایج نشان داد خانواده‌درمانی شناختی ـ رفتاری تأثیر معناداری بر افزایش حس انسجام و انعطاف‌پذیری شناختی زوجین دارد ($P<0.01$). مداخله خانواده‌درمانی شناختی ـ رفتاری می‌تواند به عنوان رویکردی اثربخش در ارتقای انسجام روانی و انعطاف‌پذیری شناختی زوجین به کار گرفته شود و برای ارتقای سلامت روانی خانواده‌ها و بهبود روابط زناشویی در حوزه‌های مشاوره و روان‌درمانی پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: خانواده‌درمانی به شیوه شناختی ـ رفتاری، حس انسجام، انعطاف‌پذیری شناختی، زوجین.

---

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، مؤسسه آموش عالی سیمای دانش، رشت، ایران (نویسنده مسئول).
Hajipoornarjes59@gmail.com

۲. دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. F.hassani.es@gmail.com

مقدمه

در انسان یک گرایش کلی به ادراک و احساسات وجود دارد که زندگی را برای او قابل درک، کنترل‌پذیر و پر معنی می‌کند و موجب ادراک منسجم شخصی از جهان می‌شود. انسجام روانی، یک جهت‌گیری شخصی به زندگی است که موجب ادراکی منسجم در رابطه با جهان و رویدادهای پیش‌رو می‌شود و با چگونگی تنظیم جنبه‌های مختلف زندگی فرد مرتبط است (سوندبرگ[1] و همکاران، ۲۰۲۲). به همین دلیل برای اینکه فرد بتواند با محدودیت‌ها مقابله کند و سالم بماند، ساختاری مانند حس انسجام مورد نیاز است. حس انسجام عامل اصلی در مدل سالوتوژنیک است که در ابتدا توسط آنتونوفسکی[2] (۱۹۹۰) پیشنهاد شد. این سازه به عنوان یک جهت‌گیری جهانی تعریف می‌شود که بیانگر میزان احساس اطمینان فراگیر، پایدار و پویاست که محرک‌های ناشی از محیط‌های درونی و بیرونی فرد در طول زندگی، ساختاریافته و قابل پیش‌بینی و توضیح هستند. منابع برای پاسخگویی به خواسته‌های این محرک‌ها در دسترس است. این خواسته‌ها، چالش‌هایی هستند که ارزش سرمایه‌گذاری و مشارکت را دارند (آنتونوفسکی، ۱۹۹۶). از این‌رو حس انسجام دارای بعد شناختی و بعد رفتاری ـ ابزاری است (مارتلا و استگر،[3] ۲۰۱۶). این ساختار بین‌فرهنگی نشان‌دهنده جهت‌گیری کلی در ارتقای سلامت است که به افراد اجازه می‌دهد به طور فعال از منابع داخلی و محیطی موجود برای رویارویی با رویدادهای نامطلوب و در نهایت افزایش انعطاف‌پذیری در برابر آن‌ها استفاده کنند (آنتونوفسکی، ۱۹۹۰). افراد با سطوح بالاتر حس انسجام محیط خود را قابل درک و مدیریت می‌دانند و معتقدند که زندگی آن‌ها معنادار است (شافر[4] و همکاران، ۲۰۲۲)؛ در حالی که بسیاری از بررسی‌های سیستماتیک به ارتباط منفی قابل توجهی از حس انسجام و مشکلات سلامت روان در جمعیت‌های بزرگسال تا مسن اشاره کردند (دل‌پینو ـ کاسادو[5] و همکاران، ۲۰۱۹). آنتونوسکی (۱۹۸۷) معتقد است که انسجام روانی، یک منبع مقاومت تعمیم‌یافته است که

1. Sundberg
2.Antonovsky
3.Martela & Steger
4.Schäfer
5. Del Pino-Casado

اثرات استرس را بر سلامت تعدیل می‌کند و این تعدیل از این طریق انجام می‌شود که انسجام روش‌های سودمند و مفیدی از برخورد با عوامل استرس‌زا را در اختیار افراد قرار می‌دهند. از این‌رو افراد را قادر می‌کند تا در برابر اثرات استرس‌های زندگی مقاومت بیشتری از خود نشان دهند و سلامتی خود را حفظ کنند (داولیویرا[1] و همکاران، ۲۰۲۲). افراد دارای انسجام روانی محرک‌های درونی و بیرونی را در زندگی خود قابل پیش‌بینی و کنترل می‌دانند و معتقدند توانایی مقابله سازگار با محرک‌ها را دارند (دآرائو[2] و همکاران، ۲۰۲۳).

انعطاف‌پذیری شناختی توانایی تخصیص منعطف منابع برای پردازش و مدیریت اطلاعات در یک محیط همواره در حال تغییر است (گیلر و بست،[3] ۲۰۱۹). سازمان یونسکو[4] (۲۰۱۷) چهار مفهوم اصلی انعطاف‌پذیری شناختی را شناسایی کرده است: «توانایی یا مهارت»، «خاصیت حالات شناختی»، «ویژگی شخصیتی» و «تفکر واگرا / خلاقیت» (موریس و منسل،[5] ۲۰۱۸). همچنین انعطاف‌پذیری شناختی نه تنها مهارت مهمی برای موفقیت در زندگی به حساب می‌آید؛ بلکه برای یک زندگی سالم خانوادگی و اجتماعی نیز بسیار حیاتی است (هولت[6] و همکاران، ۲۰۲۴)؛ زیرا ظرفیت تعبیه کردن، تغییر روش‌ها و دیدگاه‌ها، انطباق با موقعیت‌ها و شرایط جدید را در بر می‌گیرد. یک فرد در مواقعی به مقابله با نا امیدی می‌پردازد که تغییر انتظارات در فرد به دلیل تغییرات و شرایط غیر منتظره در روال عادی زندگی رخ دهد. در این شرایط فرد از مهارت انعطاف‌پذیری شناختی استفاده خواهد کرد (کاراکوس،[7] ۲۰۲۴). روان‌شناسان بر این باورند که افراد با انعطاف‌پذیری شناختی نسبت به سایر افراد در جامعه از سلامت بیشتری برخوردارند و به نسبت دیگران از رشد بیشتری در زندگی بهره‌مند می‌شوند (پاتواردان[8] و همکاران، ۲۰۲۳).

1. de Oliveira
2. de Araújo
3. Giller & Beste
4. Ionescu
5. Morris & Mansell
6. Howlett
7. Karaku
8. Patwardhan

درمانگران، خانواده‌درمانی را با هدف کمک به بهبود تعامل افراد به کار می‌برند. از همین‌روست که مراجع را از خانواده جدا نمی‌دانند؛ بلکه سامانه خانواده را با هر یک از اعضای آن مورد هدف قرار می‌دهند و درمان می‌کنند. در خانواده‌درمانی مبتنی بر الگوی شناختی ـ رفتاری از اصول یادگیری و روش‌های مربوط به آن برای تغییر رفتار استفاده می‌شود (وارویک[1] و همکاران، ۲۰۱۷). در فرایند درمان خانواده با روش شناختی رفتاری، باورداشت‌های غلط اعضای خانواده که موجب هیجان‌های منفی و رفتار نادرست می‌شود و تعاملات ناسازگار را شکل می‌دهد، شناسایی و اصلاح خواهند شد. اعضای خانواده، تعاملات صحیح و مبتنی بر باورهای واقع‌بینانه و عقلایی را فرا می‌گیرند (هرس[2] و همکاران، ۲۰۲۳). خانواده‌درمانی مبتنی بر الگوی شناختی ـ رفتاری، رویکردی فعال و همه جانبه‌نگر است و بر فعال بودن هر یک از اعضای خانواده در فرایند درمان تأکید دارد (ونلوئنن[3] و همکاران، ۲۰۲۲). بر اساس پژوهش‌های تجربی به‌کارگیری خانواده‌درمانی مبتنی بر الگوی شناختی ـ رفتاری بیشترین تأثیر را در بهبود بیماری‌های روانی و مشکلات خانوادگی دارد (کروو و مک‌کی،[4] ۲۰۱۷). نتایج پژوهش کیانی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت ستیر موجب افزایش حس انسجام و تنظیم شناختی هیجان زوج‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. نتایج پژوهش سیلورمن[5] و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که درمان شناختی ـ رفتاری مبتنی بر خانواده، به طور معناداری موجب کاهش نشانه‌های ناسازگاری و اختلالات رفتاری در کودکان و والدین آن‌ها شده و عملکرد خانواده را افزایش داده است. در پژوهشی که توسط کندال[6] و همکاران (۲۰۱۸) انجام شد، نتایج حاصل آشکار کرد که به‌کارگیری خانواده‌درمانی شناختی ـ رفتاری موجب افزایش عملکرد خانواده و کاهش علائم بالینی و اختلالات روان‌شناختی موجود در اعضای خانواده شده است. همچنین نتایج این تحقیق نشان داد عملکرد مطلوب خانواده،

1. Warwick
2. Herres
3. van Loenen
4. Crowe & McKay
5. Silverman
6. Kendall

تأثیر مثبت معناداری بر کاهش علائم روان‌شناختی و نوسانات خلقی زوجین دارد و موجب افزایش سازگاری زناشویی آن‌ها شده است. با توجه به بررسی‌های انجام شده و خلأ پژوهشی در زمینه اثربخشی خانواده‌درمانی شناختی ـ رفتاری بر حس انسجام و انعطاف‌پذیری شناختی در زوجین، این پژوهش به دنبال بررسی تأثیر استفاده از فنون خانواده‌درمانی به‌ویژه رویکرد شناختی ـ رفتاری بر عملکرد خانواده و سازگاری رفتاری زوجین است که موجب اصلاح باورداشت‌های غلط اعضای خانواده، احساسات و هیجان‌های ناگوار و رفتار ناسازگار آن‌ها می‌شود. به همین دلیل برای بهبود و ارتقای عملکرد خانواده و بررسی اثرات مداخله خانواده‌درمانی شناختی ـ رفتاری بر حس انسجام و انعطاف‌پذیری شناختی، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی شناختی ـ رفتاری بر حس انسجام و انعطاف‌پذیری شناختی زوجین است.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود؛ بدین صورت که در مرحله پیش‌آزمون از هر دو گروه، آزمون حس انسجام و انعطاف‌پذیری شناختی گرفته شد. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه تحت خانواده‌درمانی به شیوه شناختی ـ رفتاری قرار گرفتند و گروه گواه در این مدت برنامه مداخله را دریافت نکردند. پس از به پایان رسیدن ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برنامه مداخله، مرحله پس‌آزمون اجرا و از هر دو گروه آزمون حس انسجام و انعطاف‌پذیری شناختی گرفته شد. جامعه آماری پژوهش همه زوجین شهر رشت در سال ۱۴۰۳ به تعداد ۱۰۰۰۰ نفر بود. حجم نمونه آماری پژوهش تعداد ۵۰ نفر از زوجین بودند که بعد از مشاوره و توضیح شرایط پژوهش و رضایت افراد نمونه در دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند (۲۵ نفر در گروه آزمایش و ۲۵ نفر در گروه گواه). ملاک ورود و خروج نیز عبارتند از: محدوده سنی ۲۵ تا ۴۰ سال، حداقل سطح تحصیلات دیپلم، حداقل ۵ سال سابقه زندگی مشترک، نداشتن مشکلات روانی (مانند اضطراب و افسردگی و...) و نداشتن مشکلات زناشویی است.

در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شده است:

پرسشنامه انسجام روانی آنتونوسکی (۱۹۹۳): پرسشنامه انسجام روانی توسط آنتونوسکی (۱۹۹۳) ساخته و توسط فلنسبرگ ـ مدسن، ونتیگد و مریک[1] (۲۰۰۶) تجدیدنظر شد. این ابزار دارای ۳۵ گویه است که با استفاده از مقیاس سه درجه‌ای (۳=بله، ۲=نمی‌دانم و ۱=خیر) یا پنج درجه‌ای (۳=بسیار راضی و راضی، ۲=گاهی راضی و گاهی ناراضی و ۱=ناراضی و بسیار ناراضی) نمره‌گذاری می‌شود. نمره ابزار با مجموع نمره‌های گویه‌ها به دست می‌آید و هر اندازه نمره آزمودنی بیشتر باشد، انسجام روانی او بیشتر است. اریکسون و میتلمارک[2] (۲۰۱۶) ضمن تأیید روایی سازه ابزار، پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند. همچنین کیان ارثی و همکاران (۱۳۹۷) پایایی این ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و با روش دو نیمه کردن ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. افزون بر آن یوسفی‌افزاشته و رضایی (۱۴۰۰) پایایی ابعاد قابل فهم، قابل مدیریت، معنادار و کل انسجام روانی را به ترتیب با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۰۶، ۰/۵۱۳، ۰/۷۸۵ و ۰/۸۵۳ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنای و ونادروال (۲۰۱۰): پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنای و ونادروال در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سؤال است. این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی ـ رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. در ایران و در پژوهش شاره و همکاران (۱۳۹۷) سه زیر مقیاس برای این پرسشنامه به دست آمده است که عبارتند از: جایگزین‌ها، کنترل و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی. این مقیاس پنج گزینه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش ولی‌زاده و همکاران (۱۳۹۹) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ضریب پایایی مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد. روایی مقیاس به روش همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ به دست آمد. هارون رشیدی و کاظمیان‌مقدم (۱۳۹۷) در یک بررسی مقطعی، پایایی مقیاس را در دانش‌آموزان

1. Flensborg-Madsen, Vetegodt & Merrick

2. Eriksson & Mittelmark

و بـه کمـک ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ به دسـت آوردند و در محاسـبه اعتبار مقیاس نتایج تحلیل عامل مقیاس مقدار ضریب KMO را برابر ۰/۸۹ و مقدار آزمون کرویت بار تلت را برابر ۱۸۹۳/۸۳ محاسبه کردند.

برنامـه مداخلـه شـامل ۱۰ جلسـه ۴۵ دقیقـه‌ای و در صـورت شـرکت زوجیـن، ۱۲۰ دقیقه‌ای خانواده‌درمانـی شـناختی رفتـاری بـوده اسـت. خلاصـه‌ای از جلسـات خانواده‌درمانـی شناختی ـ رفتاری اقتباس از الگوی جنیفر بی فریمن و آبه مارس گارسیا (۲۰۰۹) به شرح ذیل است:

جدول ۱: خلاصه جلسات خانواده‌درمانی شناختی رفتاری

جلسه	شرح
اول	معارفه، برقراری ارتباط اولیه، اجرای پیش‌آزمون، آشنایی با اصول و اهداف جلسه، تعریف رویکرد درمانی شناختی رفتاری و تفهیم رابطه میان احساس و هیجانات با طرز تفکر و باورداشت‌های فرد و رابطه متقابل آن‌ها با رفتار فرد، توانایی برقراری ارتباط درست، بررسی انتظارات از برنامه، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد
دوم	مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکالیف، چرخه آگاهی و بررسی و تفسیر رویدادهایی که میان زوجین موجب جر و بحث و تنش شده است، شناسایی افکار و خطاهای شناختی و اصالح باورداشت‌های غلط و آموزش صبر و بردباری در برخورد با یکدیگر، ارائه تکلیف و دریافت بازخورد
سوم	مرور خلاصه‌ای از جلسه و تکالیف، شناسایی باورها و انتظارات زوجین از همدیگر، نشان دادن تأثیر باورها بر احساسات و رفتار، ارائه تکلیف و تنظیم قرارداد رفتاری برای زوجین و تشویق آن‌ها به تحقق انتظارات و ثبت آن‌ها
چهارم	خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکالیف، آموزش مهارت گوش دادن، حرف زدن، مزیت‌های گوش دادن فعال، ارائه تکلیف، بازخورد
پنجم و ششم	مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکالیف، مهارت ابراز احساسات مثبت و منفی، آموزش مهارت‌های حل تعارض، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد
هفتم	مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکالیف، انتخاب سبک‌های ارتباطی، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد

جلسه	شرح
هشتم	مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکالیف، مقابله با ناکامی، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد
نهم و دهم	مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکالیف، آموزش تجسمی مرور تکالیف درسی در کلاس همراه با تسلط، تقویت خودکارآمدی درسی، مرور یادگیری مهارت‌های آموزش‌دیده، دریافت بازخورد، اختتام جلسه و اجرای پس‌آزمون

در پژوهش حاضر گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای خانواده‌درمانی شناختی ـ رفتاری دریافت کردند؛ در حالی که گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. در صورت لزوم، زوجین گروه آزمایش در جلسات خانواده‌درمانی شرکت داشتند، اما زوجین گروه گواه خود تحت مداخله درمانی قرار نگرفتند.

یافته‌ها

نتایج مربوط به میانگین و انحراف معیار بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون حس انسجام و انعطاف‌پذیری شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حس انسجام	کنترل	۵۱/۰۰	۲/۵۰	۵۱/۴۰	۲/۵۰
	آزمایش	۵۲/۱۱	۲/۷۲	۵۷/۸۶	۲/۸۲
انعطاف‌پذیری شناختی	کنترل	۷۴/۰۶	۸/۴۲	۷۴/۰۵	۷/۷۳
	آزمایش	۷۵/۰۵	۸/۱۸	۸۸/۶۰	۷/۹۳

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین حس انسجام و انعطاف‌پذیری شناختی در دو گروه گواه و آزمایش در پیش‌آزمون، تقریباً یکسان بوده و گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون

افزایش یافته است. برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع داده‌های مربوط به متغیرهای تحقیق، از آزمون کولموگروف ـ اسمیرنوف بهره‌گیری شده است.

جدول ۳: نتاریج بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها

متغیر	مرحله	شاخص z	p
		K-S	
حس انسجام	پیش‌آزمون	۱/۰۶	۰/۲۱
	پس‌آزمون	۰/۸۹	۰/۳۹
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	۰/۵۸	۰/۸۸
	پس‌آزمون	۰/۶۲	۰/۸۳

جدول ۳ نتایج آزمون کلموگروف ـ اسمیرنوف را نشان می‌دهد. در این آزمون هر گاه سطح معناداری متغیرها بیشتر و بزرگ‌تر از سطح (۰/۰۵) باشد، می‌توان گفت داده‌ها دارای توزیع نرمال هستند. از این‌رو همان‌گونه که مشاهده می‌شود همه متغیرها سطح معناداری آن‌ها بزرگ‌تر از (۰/۰۵) است و شرایط برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک آماده است. برای تعیین برابری واریانس‌ها، آزمون لوین در جدول ۴ بررسی شده است.

جدول ۴: نتایج آمزمون لون برای بررسی یکاسنی واریانس نمرات

متغیر	F	CF1	DF2	p
حس انسجام	۲/۱۸	۱	۴۸	۰/۱۴۲
انعطاف‌پذیری شناختی	۲/۲۵	۱	۴۸	۰/۱۷۰

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون لون معنادار نبوده و فرض یکسانی واریانس‌ها برقرار است. در ادامه مفروضه یکسانی رگرسیون از طریق بررسی تعامل نمرات پیش‌آزمون و سطوح متغیر مستقل در تأثیرگذاری بر نمرات پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از آن بود که این تعامل معنادار نیست و مفروضه مورد نظر برقرار است؛ بنابراین می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

جدول ۵: تحلیل کواریانس میزان اثر گروه‌ها در متغیر حس انسجام و انعطاف‌پذیری شناختی

متغیر	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
حس انسجام	پیش‌آزمون	۴۰/۴۳۲	۱	۴۰/۴۳۲	۳۰/۴۸۱	۰/۰۰۱	۰/۵۱۲
	گروه	۶/۲۵۸	۱	۶/۲۵۸	۴/۷۱۸	۰/۰۳۸	۰/۱۴۰
	خطا	۳۸/۴۶۷	۴۷	۱/۳۲۶			
	جمع	۴۷۸/۴۰۳	۵۰				
	اصلاح مجموع	۷۹/۰۱۸	۴۹				
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	۰/۲۵۲	۱	۰/۲۵۲	۰/۰۳۶	۰/۸۵۲	۰/۰۰۱
	گروه	۲۵/۶۸۳	۱	۲۵/۶۸۳	۳/۶۳۶	۰/۰۶۶	۰/۱۱۱
	خطا	۲۰۴/۸۴۲	۴۷	۷/۰۶۴			
	جمع	۲۳۲۹/۵۰۰	۵۰				
	اصلاح مجموع	۲۳۳/۲۱۹	۴۹				

در جدول ۵، مقدار F تأثیر کواریانس در متغیر حس انسجام ۴/۷۱۸ است که این مقدار F معنادار است؛ زیرا احتمال آن از سطح معناداری ۰/۰۵ کوچک‌تر است. پس از حذف اثرهای متغیر همپراش تفاوت معناداری بین میانگین دو گروه وجود دارد و می‌توان گفت تفاوت معناداری میان دو گروه در متغیر حس انسجام در مرحله پس‌آزمون وجود دارد. همچنین جدول فوق مقدار F تأثیر کواریانس در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی ۳/۶۳۶ است که این مقدار F معنادار است؛ چون احتمال آن از سطح معناداری ۰/۰۵ کوچک‌تر است. پس از حذف اثرهای متغیر همپراش تفاوت معناداری میان میانگین دو گروه وجود دارد و می‌توان گفت تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی زوجین در مرحله پس‌آزمون وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که دوره‌های خانواده‌درمانی به شیوه شناختی ـ رفتاری، سبب بهبود حس انسجام و انعطاف‌پذیری شناختی در گروه آزمایش شده است و آموزش خانواده می‌تواند نقشی مهم در بهبود حس انسجام و انعطاف‌پذیری شناختی داشته باشد. این نتایج با پژوهش لوی و همکاران (۲۰۲۲)، سیلورمن و همکاران (۲۰۲۲) و کندال و همکاران (۲۰۱۸) همسوست. در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت خانواده‌درمانی ابزاری قدرتمند برای بهبود انسجام و پویایی خانواده است. با ایجاد فضایی امن برای بیان احساسات و یادگیری، خانواده‌درمانی به اعضای خانواده کمک می‌کند تا الگوهای ارتباطی سالم‌تری ایجاد و با چالش‌ها و تعارضات خود به شکلی مؤثرتر مقابله کنند. خانواده‌درمانی با تمرکز بر بهبود ارتباطات، کاهش تعارضات، تغییر الگوهای رفتاری، افزایش همدلی و ایجاد حس تعلق نقش مهمی در افزایش انسجام و پویایی خانواده ایفا می‌کند. مهارت‌های خانواده‌درمانی به شیوه شناختی ـ رفتاری، خانواده‌ها می‌توانند از این مزایا بهره‌مند شوند و روابط سالم‌تری را تجربه کنند. خانواده‌درمانی شناختی ـ رفتاری از اندوخته‌ها و توانایی‌های خود مراجعان در فرایند تغییر استفاده و این کار تصویری از امید را در مراجعان ایجاد می‌کند؛ به‌طوری که حس خودکفایی و خودمختاری در مراجعان تقویت می‌شود. این کار از طریق تواناسازی مراجعان در خلق راه‌حل‌ها و ساختار دادن به این راه‌حل‌ها انجام می‌شود. از این‌رو درمانگران راه‌حل‌مدار معتقدند که مشکلات زوجی به وسیله روشی که زوج برای حل آن‌ها به کار می‌برند، باقی می‌مانند و بدتر می‌شوند (بهبهانی و ذوالفقاری، ۱۳۹۹). همچنین مهارت‌های شناختی به بررسی و اصلاح انتظارات و افکار غیر واقع‌بینانه زوجین می‌پردازد. این باورها، انتظارات، برداشت‌ها و اسنادهای مخرب و غیرمنطقی روابط زناشویی را تحت شعاع قرار می‌دهد. از این‌رو آموزش‌های شناختی به اصلاح برداشت‌ها و اسنادهای غلط زن و شوهر از رفتار یکدیگر می‌پردازد و موجب رفع سوءتفاهم، بهبود حس انسجام روانی و توجه به جنبه‌های مثبت رفتار یکدیگر و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود. برخی زوجین بعد از گذشت ماه‌های اولیه زندگی به علت درگیر شدن در مسائل و مشکلات زندگی و یا عدم

اعتقاد به ضرورت و تأثیر مهارت‌های رفتاری، عملاً به کاهش تقویت‌کننده‌ها کمک می‌کنند.

از سوی دیگر بروز تعارضات و رنجش‌ها و حل نشدن آن‌ها موجب بر هم خوردن حس انسجام و احساس منفی و در نتیجه عدم تمایل به انجام رفتارهای خوشایند و افزایش رفتارهای منفی مثل بی‌توجهی، سرزنش و تحقیر می‌شود. در تبیین این موضوع عدم شناخت دقیق همسران از یکدیگر و تفاوت‌های فردی در تقویت و تنبیه را نیز نباید نادیده گرفت. بسیاری از همسران به علت نوع رابطه نسبت به آنچه برای طرف مقابل تقویت یا تنبیه‌کننده است، آگاهی ندارند. می‌توان برداشت کرد که با توجه به هدف درمانی شناختی ـ رفتاری که عبارت است از شناسایی، به چالش کشیدن و تغییر افکار و شناخت‌های منفی افرادی که تعارض در روابط را تجربه می‌کنند، شناسایی این تحریفات و سوءگیری‌های فکری و طرح‌ریزی و تحقق بخشیدن یک طرح درمانی برای چالش کشیدن و نهایتاً تغییر آن‌ها، موجب بهبودی یا تخفیف یافتن نشانه‌های موجود، جایگزینی احساسات، رفتار و تفکر مثبت و سرانجام برگشتن ارتباط به سطح بهتر و سالم‌تری شده است. همچنین خانواده‌درمانی شناختی ـ رفتاری به زوجین کمک می‌کند نیازهای یکدیگر را بشناسند و بر اساس نیازهای دو طرف با همدیگر به تعامل بپردازند.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود. روش نمونه‌گیری غیرتصادفی بود که ممکن است معرفی از جامعه مورد نظر پژوهش نباشند. بنابراین لازم است در تعمیم نتایج به دست‌آمده احتیاط شود. دیگر اینکه مطالعه حاضر فقط در شهر رشت انجام شد. پیشنهاد می‌شود رویکرد خانواده‌درمانی شناختی ـ رفتاری برای درمان اختلالات شخصیتی مثل اختلالات روان‌پریشی زوجین به کار برده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود بعد از مداخلات خانواده‌درمانی شناختی ـ رفتاری در بلندمدت ثبات تغییرات آن پیگیری شود که از ماندگاری آن‌ها اطمینان حاصل شود.

فهرست منابع

الف) منابع فارسی

۱. بهبهانی، مریم و مریم ذوالفقاری (۱۳۹۹)، «اثربخشی زوج درمانی راه‌حل‌محور بر انعطاف‌پذیری شناختی زوجین متقاضی طلاق»، فصلنامه سنجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی، دوره ۳، ش۷، ص۲۷ ـ ۱۷.

۲. کیان‌ارثی، فرحناز و نسرین مجابی (۱۳۹۷)، «بررسی سهم احساس انسجام و خودشفقتی در پیش‌بینی شکوفایی دانشجویان»، اندیشه‌های نوین تربیتی، دوره ۱۴، ش۲، ص۲۶۱ ـ ۲۴۷.

۳. کیانی، احمدرضا، سعید خاکدال، حسین قمری کیوی و یاسمن جمشیدیان نائینی (۱۳۹۷)، «اثربخشی خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت‌ستیر بر حس انسجام و تنظیم شناختی هیجان زوجین ناسازگار»، پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، دوره ۸، ش۱، ص۲۰ ـ ۵.

۴. ولی‌زاده، شاهرخ، بهنام مکوندی، سعید بختیارپور و فریبا حافظی (۱۳۹۹)، «اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر انعطاف‌پذیری شناختی زندانیان»، روان پرستاری، دوره ۸، ش۴، ص۹ ـ ۱.

۵. هارون رشیدی، همایون و کبری کاظمیان‌مقدم (۱۳۹۷)، «رابطه الگوهای ارتباطی، انعطاف‌پذیری و انسجام خانواده با جرأت‌ورزی دانش‌آموزان دختر»، فصلنامه فرهنگی ـ تربیتی زنان و خانواده، دوره ۱۳، ش۴۴، ص۱۸۳ ـ ۱۶۵.

۶. یوسفی افراشته، مجید و شمسی رضایی (۱۴۰۰)، «معنویت و کیفیت زندگی در سالمندان: نقش میانجی خودشفقت‌ورزی و احساس انسجام»، روان‌شناسی پیری، دوره ۷، ش۲، ص۱۵۱ ـ ۱۳۷.

ب) منابع لاتین

1. Antonovsky, A. (1990). A somewhat personal odyssey in studying the stress process. *Stress Med*. 6, 71-80
2. Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion 1. *Health Promot*. Int. 11, 11-18.
3. Crowe, K., & McKay, D. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders*, 49, 76-87.
4. de Araújo, G. V., Pontes da Silva, G. A., & Sarinho, E. S. C. (2023). Caregiver's sense of coherence and adherence to paediatric asthma treatment. *Paediatric respiratory reviews*, 45, 45-51.
5. de Oliveira, T. N., Dos Santos, I. B. F., Souza, G. L. N., Alvarenga, R. N., Paiva, S. M., Hidalgo-Martinez, P., Otero, L., & Abreu, L. G. (2022). Sense of coherence and dental fear/dental anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Special care in dentistry: official publication of the American Association of Hospital Dentists*, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry, 42 (3), 257-265.

6. Del-Pino-Casado, R., Espinosa-Medina, A., López-Martínez, C., & Orgeta, V. (2019). Sense of coherence, burden and mental health in caregiving: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 242, 14-21.
7. Eriksson, M, Mittelmark M. (2016). The Sense of Coherence and Its Measurement. In: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, et al., editors. *The Handbook of Salutogenesis [Internet]*.
8. Giller, F., & Beste, C. (2019). Effects of aging on sequential cognitive flexibility are associated with fronto-parietal processing deficits. *Brain structure & function*, 224 (7), 2343-2355.
9. Herres, J., Krauthamer Ewing, E. S., Levy, S., Creed, T. A., & Diamond, G. S. (2023). Combining attachment-based family therapy and cognitive behavioral therapy to improve outcomes for adolescents with anxiety. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1096291.
10. Howlett, C. A., Stanford, T., Berryman, C., Karran, E. L., Bellan, V., Coussens, S., Miles, S., & Moseley, G. L. (2024). Investigating self-report and neuropsychological assessments of cognitive flexibility in people with and without persistent pain: An online, cross-sectional, observational study. *British journal of pain*, 18 (2), 176-196.
11. Ionescu, T. (2017). The variability-stability-flexibility pattern: A possible key to understanding the flexibility of the human mind. *Rev. Gen. Psychol*. 21, 123-131.
12. Karakuş İ. (2024). University students' cognitive flexibility and critical thinking dispositions. *Frontiers in psychology*, 15, 1420272.
13. Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76 (2), 282-297.
14. Levy, H. C., Stevens, K. T., & Tolin, D. F. (2022). Research Review: A meta-analysis of relapse rates in cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders in youth. *Journal of child psychology and psychiatry*, and allied disciplines, 63 (3), 252-260.
15. Martela, F., and Steger, M. F. (2016). The three meanings of meaning in life: distinguishing coherence, purpose, and significance. *J. Posit. Psychol*. 11, 531-545.
16. Morris, L., and Mansell, W. (2018). A systematic review of the relationship between rigidity/flexibility and transdiagnostic cognitive and behavioral processes that maintain psychopathology. *J. Exp. Psychopathol*. 9, 1-40.
17. Schäfer, S. K., Kunzler, A. M., Kalisch, R., Tüscher, O., & Lieb, K. (2022). Trajectories of resilience and mental distress to global major disruptions. *Trends in cognitive sciences*, 26 (12), 1171-1189.
18. Silverman, W. K., Rey, Y., Marin, C. E., Jaccard, J., & Pettit, J. W. (2022). Does Training

Parents in Reinforcement Skills or Relationship Skills Enhance Individual Youths' Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety? Outcome, Specificity, and Mediation. Clinical psychological science: a *journal of the Association for Psychological Science*, 10 (2), 355-373.

19. Sundberg, K., Nilsson, M., Petersson, L. M., Kenne Sarenmalm, E., & Langius-Eklöf, A. (2022). The sense of coherence scale in a clinical nursing perspective: A scoping review. *Journal of clinical nursing*, 31 (11-12), 1428-1439.
20. van Loenen, I., Scholten, W., Muntingh, A., Smit, J., & Batelaan, N. (2022). The Effectiveness of Virtual Reality Exposure-Based Cognitive Behavioral Therapy for Severe Anxiety Disorders, Obsessive-Compulsive Disorder, and Posttraumatic Stress Disorder: Meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, 24 (2), e26736.
21. Warwick, H., Reardon, T., Cooper, P., Murayama, K., Reynolds, S., Wilson, C., & Creswell, C. (2017). Complete recovery from anxiety disorders following Cognitive Behavior Therapy in children and adolescents: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 52, 77-91.