

بررسی اثربخشی مشاوره به شیوه زوج درمانی - رفتاری بر افسردگی دوران بارداری

زهرا بنازاده*، دکتر ایران باغبان**، دکتر مریم فاتحی زاده**✉

چکیده:

افسردگی در موقعیت‌های گوناگون زندگی بروز می‌کند. یکی از این موقعیت‌ها دوران بارداری است. بارداری و زایمان از تحولات نموی مهم در زندگی زنان می‌باشد و باید سازش‌های فیزیکی، شخصی و اجتماعی در فرد صورت گیرد تا آمادگی برای وضع حمل موفقیت‌آمیز ایجاد شود. اهمیت و ضرورت این پژوهش با توجه به تأثیر سوءافسردگی دوران بارداری بر سلامت جسمی و روانی نوزاد و مادر و همچنین اثر سوء آن بر روابط درون خانواده، محرز و مشخص می‌گردد. روش زوج‌درمانی رفتاری و فنون مربوط به این روش جهت افزایش حمایت همسر و ایجاد رضایت‌مندی زناشویی مناسب است. هدف از این پژوهش بررسی تأثیر شیوه زوج‌درمانی رفتاری در کاهش افسردگی دوران بارداری بوده است. روش این تحقیق به صورت نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون بوده و در آن از دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شده است. جامعه آماری شامل زنان باردار افسرده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر کرمان بوده است. نمونه ۳۰ نفر از این زنان بودند که به صورت گمارش تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. در این پژوهش از تست افسردگی ادینبرگ که دارای پایایی معادل ۰/۷۵ می‌باشد، استفاده شد و از هر دو گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون به عمل آمد. تجزیه و تحلیل آماری توسط Spss و روش آماری مورد استفاده مانوا بوده است. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و همچنین نسبت به گروه گواه کاهش قابل ملاحظه‌ای یافت ($P=0/001$) که نشان می‌دهد ارائه مشاوره به شیوه زوج‌درمانی رفتاری افسردگی دوران بارداری را به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: زوج‌درمانی رفتاری، افسردگی دوران بارداری

* کارشناسی ارشد مشاوره خانواده

** استادیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

✉ نویسنده مسئول: اصفهان - خیابان هزار جریب - دانشگاه اصفهان - دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی - گروه مشاوره

تلفن: ۰۲۱۱-۷۹۳۲۵۱۵

دورنما: ۰۳۱۱-۶۶۸۳۱۰۷

پست الکترونیک: maryamzf@edu.ui.ac.ir

مقدمه

روان‌شناسان دوران بارداری را به‌عنوان دوره بحران‌های عاطفی می‌دانند. برای مثال تئوری اریکسون مبین این مطلب است که در دوره‌هایی از رشد و تکامل، انسان دچار بحران می‌شود و از دوران بارداری به‌عنوان یکی از این مراحل نام برده است. در طی چنین بحرانی شخص و خانواده‌اش در یک حالت عدم تعادل قرار می‌گیرند که باید شیوه‌های جدیدی برای مقابله با آن اتخاذ کرد (جنتی، ۱۳۸۴). حالت اضطراب و افسردگی مادران در دوران بارداری در رشد مناسب جنین اثرات بد برجای می‌گذارد و سازگاری نوزاد را با محیط دشوار می‌سازد. بررسی‌ها نشان می‌دهند زنانی که نسبت به شوهرانشان احساس و علاقه مثبت دارند، بیشتر به جنین خود علاقه‌مند می‌شوند. تضادهای زناشویی در آشکار شدن احساس‌های منفی به جنین و به‌طور کلی نسبت به حاملگی تأثیرگذارند. افسردگی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی است. براساس پژوهش‌های موجود تخمین زده می‌شود که همه ساله بیش از صد میلیون نفر از مردم جهان به بیماری افسردگی دچار می‌شوند. به‌علاوه طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO) این تعداد احتمالاً در حال افزایش است (مبینی، ۱۳۸۰). در چهارمین راهنمای طبقه‌بندی اختلالات روانی چاپ انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۸۱) میزان شیوع در طول عمر برای اختلال افسردگی خویی تقریباً ۶٪ و اختلال افسردگی اساسی در زنان ۱۰٪ تا ۲۵٪ و در مردان ۵٪ تا ۱۲٪ گزارش شده است. دوره افسردگی عمده یک دوره زمانی حداقل دو هفته‌ای است که در ضمن آن خلق افسرده، بی‌علاقگی و فقدان احساس لذت تقریباً در همه فعالیت‌ها وجود دارد. این افراد باید دست کم چهار نشانه از فهرست زیر را داشته باشند: تغییر در اشتها یا وزن، تغییر در خواب و فعالیت روانی حرکتی، کاهش انرژی، احساس بی‌ارزشی یا گناه، اشکال در تفکر، تمرکز یا تصمیم‌گیری یا افکار عودکننده درباره مرگ و خودکشی یا طرح و اقدام برای خودکشی. درمان‌های مختلفی برای افسردگی وجود دارد که شامل درمان به شیوه شوک الکتریکی، تجویز داروهای ضدافسردگی و روان‌درمانی را شامل می‌شوند. میزان شیوع افسردگی در حین حاملگی بین ۲۵٪ تا ۳۵٪ می‌باشد. تقریباً ۱۰٪ آن با معیارهای افسردگی عمده منطبق هستند. مطالعه بهنامی‌فر و همکاران (۱۳۷۹) در ایران نشان داد که شیوع افسردگی در زنان باردار ۲۸/۸٪ می‌باشد. در مورد افسردگی دوران بارداری کمتر تحقیق صورت گرفته است. گاهی تشخیص علائم ناشی از افسردگی، (مانند تغییر در خواب، اشتها، ضعف، کاهش لییدو) از علائم ناشی از حاملگی، مشکل می‌باشد که به همین دلیل افسردگی دوران بارداری تشخیص داده نمی‌شود (گاتلیب^۱، ویفن^۲، ۱۹۹۱). افسردگی در دوران بارداری می‌تواند منجر به عدم توجه به خود و در نتیجه تغذیه ناکافی، مصرف سیگار، مصرف دارو و عدم مراقبت کافی دوران بارداری شود و خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان را افزایش دهد و در موارد نادری خودکشی را به دنبال داشته باشد (زوکرم^۳، ۱۹۹۰). موارد افسردگی ضعیف تا متوسط را باید تحت روان‌درمانی قرار داد و در صورت بروز افسردگی شدید که

خطری متوجه مادر یا جنین شود باید به تجویز دارو پرداخت. گرچه^۴ FDA استفاده از هرگونه داروی ضدافسردگی در دوران بارداری را ممنوع کرده است. به دلیل آن که کلیه داروهای روان‌پزشکی از جفت عبور می‌کنند، ترجیحاً بهتر است در صورت امکان تا پایان سه ماهه اول حاملگی از شروع درمان دارویی خودداری به عمل آید.

تأثیر زوج‌درمانی بر روی افسردگی بر این اساس است که روابط ناسازگارانه منجر به افسردگی می‌گردد و افسردگی هم روابط را تخریب می‌کند. به این دلیل که افسردگی و آشفتگی روابط روی یکدیگر تأثیر متقابل دارند، هدف از درمان تغییر الگوی روابط برای کاهش افسردگی می‌باشد. با توجه به مطالبی که ذکر شد، مناسب‌ترین درمان برای زوجین افسرده و ناهماهنگ، درمانی است که بر روابط زناشویی تمرکز داشته باشد (جاکوبسن^۵، ۲۰۰۱). مطابق مدل لوینسون^۶ (۱۹۷۴) کاهش نسبی در میزان تقویت دریافت شده توسط اعمال و رفتار شخص، به منزله محرکی غیرشرطی برای خلق غمگین و سایر تظاهرات عاطفی و شناختی افسردگی عمل می‌کند. در زوج‌درمانی رفتاری نظر بر این است که فقدان تجارب تقویت‌کننده بیشتر در زمینه روابط زناشویی پیش می‌آید و کمبود تجارب مثبت و زیاد بودن تعارضات و اختلافات در روابط زناشویی منجر به افسردگی می‌گردد. براساس مدل التقاطی لوینسون فاکتورهای محیطی زیادی در میزان افسردگی مؤثرند. با تغییر در عملکرد محیطی، افکار، احساسات یک فرد، افسردگی می‌تواند کاهش یابد. در عین حال که تعداد زیادی عوامل مختلف با هم می‌توانند علت افسردگی باشند، هیچ‌کدام به تنهایی شرط لازم یا کافی برای افسردگی نیستند (لوینسون، ۱۹۹۰).

هدف زوج‌درمانی رفتاری افزایش تعاملات مثبت و کاهش تعاملات منفی در روابط زناشویی می‌باشد و سعی بر درمان افسردگی با تمرکز بر علل آشفتگی در روابط دارد. درمان بر تغییر الگوهای مخرب در جهت ایجاد علائم بهبود در فرد افسرده تمرکز دارد و بر نیازهای روانی زوجین تأکید دارد (جاکوبسن، ۱۹۸۸).

زوج‌درمانی رفتاری در درمان افسردگی تأکید بر پاداش دادن متقابل و حمایت از یکدیگر دارد. زوجین یاد می‌گیرند رفتارهای مثبت یکدیگر را تأیید کنند و نقاط قوتی از یکدیگر که باعث افزایش همبستگی و صمیمیت آن‌ها می‌شود، افزایش دهند. هم‌چنین رفتارهای دفاعی و مهاجمانه را کاهش دهند. زمانی که به این اهداف رسیدند به مداخلاتی مانند آموزش مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله می‌پردازند (جاکوبسن، ۲۰۰۱). تکنیک‌های زوج‌درمانی رفتاری شامل تبادل رفتار، مهارت‌های ارتباطی، ابراز احساسات و توجه به نیازها، گوش دادن، حل مسئله و بازسازی شناختی می‌باشد.

بیچ^۷ در سال ۲۰۰۳ در مطالعه‌ای با عنوان «اختلالات عاطفی» به بررسی مطالعات زوج‌درمانی بر روی افسردگی پرداخت و نتیجه گرفت، زوج‌درمانی برای درمان بسیاری از افراد افسرده نه همه آن‌ها مؤثر است. آندره‌دسالوس^۸ و سوزان‌جانسون^۹ (۲۰۰۳) در تحقیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار^{۱۰} و

دارودرمانی را در درمان افسردگی اساسی مقایسه نمودند و این‌طور نتیجه گرفتند که زوج‌درمانی هیجان‌مدار در درمان افسردگی همراه با مشکلات ارتباطی مؤثرتر است. لف^{۱۱} و همکاران (۲۰۰۰) در تحقیقی زوج‌درمانی و دارودرمانی را در کاهش افسردگی مقایسه کرده‌اند. افراد گروه زوج‌درمانی پیشرفت بیشتری داشتند. ارجحیت زوج‌درمانی بر دارودرمانی بعد از دو سال پی‌گیری نیز ادامه داشت. امانوئل زوربین^{۱۲} و املکامپ^{۱۳} (۱۹۹۶) در تحقیقی زوج‌درمانی متمرکز بر روابط را با درمان شناختی - رفتاری در کاهش افسردگی فردی مقایسه کردند که از نظر کاهش علائم افسردگی بین دو گروه تفاوتی نبود، اما عملکرد زناشویی در گروه زوج‌درمانی بهتر بوده است. جاکوبسن^{۱۴} و همکارانش (۱۹۹۱) در تحقیقی زوج‌درمانی رفتاری^{۱۵} و شناخت‌درمانی^{۱۶} و هر دو نوع درمان با هم را در مورد ۶۰ زوج زن که تشخیص افسردگی اساسی را داشته مورد بررسی قرار دادند. زوج‌درمانی رفتاری به اندازه شناخت‌درمانی در کاهش افسردگی اثر داشت. اما فقط زوج‌درمانی رفتاری، با افزایش رضایت‌مندی زناشویی و سازگاری زناشویی همراه بود. فُلی^{۱۷} و همکاران (۱۹۸۹) در تحقیقی درمان بین فردی را به فرمت زوجی تغییر داده و با درمان بین فردی به فرمت فردی، مقایسه نمودند. اسپانیلی (۱۹۹۷)، در تحقیقی تأثیر روان‌درمانی بین فردی را بر افسردگی دوران بارداری سنجید. نتایج نشان داد که در پایان دوره، میزان افسردگی به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش داشته که نشان‌دهنده اثربخشی روان‌درمانی بین فردی می‌باشد. اسپانیلی^{۱۸} و اندیکوت^{۱۹} (۲۰۰۳)، در پژوهشی با توجه به این‌که افسردگی در دوران بارداری یک عامل خطر آفرین مهم برای افسردگی پس از زایمان نیز می‌باشد، تأثیر روان‌درمانی بین فردی، در مقابل برنامه آموزش والدین برای زنان باردار افسرده را مورد بررسی قرار دادند که نتیجه گرفتند روان‌درمانی بین فردی مثل دارودرمانی برای درمان افسردگی مؤثر است.

وبستر^{۲۰} و همکاران (۲۰۰۰)، در تحقیقی تأثیر حمایت اجتماعی در دوران بارداری را در کاهش افسردگی بررسی کردند. هدف از این تحقیق بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی، افسردگی دوران بارداری بود و با تحلیل نتایج مشخص گردید که زنانی با حمایت اجتماعی کمتر بیشتر در معرض افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان بودند و کمتر به مراقبت از خود اهمیت می‌دادند. برنز^{۲۱}، سایر^{۲۲} و موراس^{۲۳} (۱۹۹۳) در تحقیقی رابطه بین افسردگی و روابط صمیمی را بررسی کردند و نتیجه گرفتند که افسردگی مزمن و کم نسبت به سایر انواع افسردگی ارتباط بیشتری با مشکلات و روابط بین فردی دارد.

در تحقیقی در سال ۱۳۸۰ توسط آروند و شفیع‌آبادی، نقش اختلافات خانوادگی در افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان بررسی شد. در این مطالعه دو ابزار پژوهش تست بک و پرسشنامه‌ای جهت بررسی اختلافات خانوادگی استفاده شد. همبستگی بین اختلافات خانوادگی و میزان افسردگی محاسبه گردید. نتایج نشان داد که بین اختلافات خانوادگی و افسردگی پس از زایمان همبستگی

معناداری وجود دارد و نتیجه‌گیری شد با کمک آموزش‌های لازم در زمینه استرس در خانه و اختلافات خانوادگی و بالا بردن بهداشت جسمانی و روانی دوران بارداری، حتی‌الامکان می‌توان از ابتلای مادران به افسردگی پس از زایمان جلوگیری نمود.

مروری بر پژوهش‌های انجام شده در زمینه درمان افسردگی دوران بارداری و افسردگی پس از زایمان نشان می‌دهد که اکثر مطالعات در خارج از کشور از رویکردهای روان‌درمانی بین فردی، درمان شناختی - رفتاری، درمان‌های غیرتخصصی در دوران بارداری استفاده شده (جاکوبسن، ۱۹۹۱؛ اسپانیلی، ۱۹۹۷؛ اسپانیلی و اندیکوت^{۲۴}، ۲۰۰۳)، اما رویکرد زوج‌درمانی در مورد درمان افسردگی دوران بارداری بررسی نگردیده است. از زوج‌درمانی رفتاری و همراه کردن همسران در مشکلات روحی و روانی زنان در دوران بارداری در این پژوهش برای اولین بار استفاده شده است. در تحقیقات داخل کشور نیز پژوهش‌هایی که انجام شده به‌صورت ارزیابی علل ایجاد این عارضه بوده است. در اکثر آن‌ها مشخص گردیده چگونگی روابط همسران نقش مهمی در ایجاد افسردگی دوران بارداری داشته است.

با توجه به اهمیت افسردگی دوران بارداری و تأثیر آن بر میزان بروز افسردگی پس از زایمان و این‌که در تحقیقات متعدد مشخص شده یکی از عوامل خطرزا در ایجاد این اختلال نداشتن همسر حمایت‌کننده می‌باشد و نقش روابط زناشویی در میزان بروز افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان، روش زوج‌درمانی رفتاری و تکنیک‌های مربوط به این روش که برای افزایش رضایت‌مندی زناشویی و ایجاد رفتارهای حمایت‌کننده مناسب می‌باشد انتخاب شده است. این پژوهش به دنبال بررسی تأثیر زوج‌درمانی رفتاری در کاهش افسردگی دوران بارداری می‌باشد.

روش

این تحقیق نیمه تجربی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون بوده و در آن از دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شده است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل زنان باردار افسرده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان بودند. از بین افراد جامعه به‌طور تصادفی ۱۵ زوج (زن و شوهر) در گروه آزمایش و ۱۵ زوج در گروه گواه قرار گرفتند. به این طریق که آزمون افسردگی ادینبرگ توسط زنان باردار در ماه ششم تا هشتم بارداری که به مراکز بهداشتی درمانی (شرف‌آباد، طاهرآباد، امام حسن، افضل‌پور) مراجعه می‌کردند، تکمیل گردید و براساس نمرات آزمون ۳۰ نفر از زنان افسرده که نمرات بالاتر از ۱۲ داشتند و داوطلب بوده‌اند انتخاب و به‌صورت گمارش تصادفی، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در

گروه گواه قرار گرفتند که به‌صورت زوجی (زن و شوهر) در جلسات مشاوره شرکت نمودند. لازم به ذکر است که در طول پژوهش از هر گروه یک نفر ریزش وجود داشت که دلیل آن عدم دسترسی و پیدا نکردن افراد مورد نظر به علت تغییر محل سکونت بوده، لذا افراد نمونه گروه‌ها ۱۴ زوج در هر گروه می‌باشند.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه افسردگی ادینبرگ استفاده شده است. پرسشنامه ادینبرگ برای اندازه‌گیری افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان در پژوهش‌های بالینی به‌کار رفته است. این پرسشنامه توسط کوکس^{۲۵} و همکاران در سال ۱۹۸۷ تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این ابزار از ده قسمت چهار گزینه‌ای تشکیل شده است که در بعضی از سؤالات، گزینه‌ها از شدت کم به زیاد (مورد ۱، ۲ و ۴) و در بعضی از زیاد به کم (۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰) مرتب شده‌اند. گزینه‌های هر سؤال امتیازی از صفر تا ۳ براساس شدت علامت، به خود اختصاص می‌دهند و امتیازی که فرد کسب می‌کند از جمع امتیازات ده سؤال بدست می‌آید که می‌تواند از صفر تا ۳۰ متغیر باشد. مادرائی که امتیازاتی بالاتر از حد آستانه ۱۲/۵ کسب می‌کنند از افسردگی با شدت‌های متفاوتی رنج می‌برند.

پژوهشی توسط کوکس و همکاران در انگلستان (۱۹۸۷) تحت عنوان تشخیص افسردگی پس از زایمان و ساخت ابزار ده موردی افسردگی پس از زایمان انجام شده است که پایایی به روش دو نیمه کردن معادل ۰/۸۸ بود. در تحقیقی که توسط خدا دوستان (۱۳۷۶) در دانشگاه اصفهان انجام شد، روایی و پایایی این تست معادل ۰/۷۵ تعیین گردید. این پرسشنامه برای استفاده در دوران بارداری نیز مناسب می‌باشد (موری^{۲۶}، کوکس، ۱۹۹۰). پرسشنامه افسردگی ادینبرگ در جمعیت زنان باردار و پس از زایمان شهر کرمان نیز توسط نگارنده مورد بررسی قرار گرفت که روایی این آزمون با استفاده از شیوه تعیین ضریب همبستگی همزمان آزمون ادینبرگ، آزمون افسردگی بک معادل ۰/۷۸ محاسبه گردیده و پایایی این آزمون از روش آلفای کرونباخ و روش دو نیمه کردن معادل ۰/۷۵ بدست آمد.

شیوه اجرا

پس از انتخاب نمونه و گمارش تصادفی در گروه آزمایش و گواه، آزمون افسردگی ادینبرگ به‌عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. سپس برای آزمودنی‌های گروه آزمایش جلسات مشاوره به شیوه زوج‌درمانی رفتاری برگزار گردید. برای گروه گواه جلسات مشاوره‌ای تشکیل نشد. بعد از اتمام جلسات، از دو گروه آزمایش و گواه آزمون‌های افسردگی ادینبرگ به‌عنوان پس‌آزمون اول به‌عمل آمد. تعداد

جلسات زوج‌درمانی رفتاری هفت جلسه بود. این جلسات هر هفته یک بار و هر بار به مدت ۲ ساعت تشکیل می‌شد.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک نمونه شامل میانگین سن، تعداد بارداری، تحصیلات، سابقه افسردگی، نوع زایمان و تغذیه نوزاد بود. در بررسی ویژگی‌های توصیفی گروه نمونه مشخص شد اکثریت زنان گروه نمونه سابقه افسردگی نداشتند و در اکثریت مادران، تغذیه نوزادان به طریق شیر مادر بوده است. تعداد زایمان طبیعی در گروه آزمایش بیشتر از سزارین بوده، در حالی که در گروه کنترل تعداد زایمان طبیعی و سزارین برابر بوده است. زوج‌درمانی رفتاری در کاهش میزان افسردگی زنان باردار شهر کرمان مؤثر است.

مقادیر میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون - پس‌آزمون افسردگی در زنان گروه آزمایش و کنترل

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۵۱/۹۳	۱۰/۴۱	۴۹/۲۹	۱۰/۷۳
کنترل	۴۸/۳۶	۸/۲۷	۴۸/۵۷	۷/۷۰

بررسی میانگین دو گروه نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و همچنین نسبت به گروه کنترل کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته است.

نتایج آزمون F (مانوا) تأثیر آموزش زوج‌درمانی رفتاری در کاهش افسردگی زنان باردار در دو گروه کنترل و آزمایش

منبع	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۹۲/۶۴	۱	۱۹۲/۶۴	۱۴۰/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱
گروه	۵۴/۲۸	۱	۵۴/۲۸	۳۹/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۰/۹۹

به منظور تحلیل آماری داده‌های کمی و با توجه به استفاده از پیش‌آزمون، پس‌آزمون از آزمون F (مانوا) استفاده شد. F مشاهده شده در خصوص دو گروه آزمایش و کنترل در سطح $P < 0/05$ ، تأثیر زوج‌درمانی رفتاری در کاهش افسردگی زنان باردار را نشان می‌دهد ($P = 0/001$). به عبارت دیگر، زوج‌درمانی رفتاری در کاهش افسردگی زنان باردار تأثیر مثبت داشته است.

بحث

نتایج تحلیل مانوا مربوط به فرضیه اول نشان داد که میانگین افسردگی زنان باردار گروه آزمایش که از مشاوره زوج‌درمانی رفتاری استفاده کردند، به‌طور معناداری کمتر از میانگین افسردگی گروه کنترل بود. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مشاوره به شیوه زوج‌درمانی رفتاری، افسردگی زنان باردار را کاهش داده است. این نتیجه با نتایج اسپانیلی (۱۹۹۷، ۲۰۰۳) هم‌خوانی دارد. اسپانیلی (۱۹۹۷)، تأثیر روان‌درمانی بین فردی را بر افسردگی دوران بارداری سنجید و نتیجه گرفت روان‌درمانی بین فردی افسردگی دوران بارداری را کاهش می‌دهد. هم‌چنین در سال ۲۰۰۳ تأثیر روان‌درمانی بین فردی و برنامه آموزش والدین را مقایسه نمود که مشاهده کرد برنامه روان‌درمانی بین فردی باعث کاهش افسردگی دوران بارداری می‌شود. تفاوت این دو تحقیق با تحقیق فعلی در نوع روان‌درمانی بود، در پژوهش حاضر تأثیر زوج‌درمانی رفتاری بر کاهش افسردگی دوران بارداری نشان داده شده است. نتایج این پژوهش با تحقیقات دسالوس (۲۰۰۳)، لف (۲۰۰۰)، امانوئل زورویین و املکامپ (۱۹۹۶)، اولری ویبج (۱۹۹۰)، فلی (۱۹۸۹)، جاکوبسن (۱۹۹۵) که تأثیر دیگر انواع زوج‌درمانی را در کاهش افسردگی مشخص کردند، همسو می‌باشد.

شبهات پژوهش موجود با تحقیقات ذکر شده در استفاده از زوج‌درمانی بوده است. در این تحقیقات حضور زن و شوهر در جلسات الزامی بوده و اثرات زوج‌درمانی در کاهش میزان افسردگی سنجیده شده است. تفاوت تحقیقات ذکر شده با پژوهش موجود در این بود که نمونه‌ها در پژوهش موجود، زوجین با زنان باردار افسرده بوده‌اند که تأثیر زوج‌درمانی رفتاری در کاهش میزان افسردگی آنان سنجیده شده است، در حالی که در تحقیقات ذکر شده، نمونه‌ها افراد افسرده عادی (زنان افسرده غیرباردار) بوده‌اند. در زمینه دلایل احتمالی تأثیر مشاوره به شیوه زوج‌درمانی رفتاری در کاهش افسردگی زنان باردار می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: زوج‌درمانی رفتاری منجر به بالا رفتن رضایت زناشویی و بالا بردن میزان صمیمیت در زوجین می‌گردد و طبق تحقیق برنز، سایر و موراس (۱۹۹۳) افزایش صمیمیت منجر به کاهش افسردگی دوران بارداری می‌شود. بنابراین زوج‌درمانی رفتاری از طریق افزایش صمیمیت سبب کاهش افسردگی می‌شود. زوج‌درمانی رفتاری منجر به افزایش حمایت همسران می‌گردد و طبق تحقیق وبستر (۲۰۰۰)، افزایش میزان حمایت منجر به

کاهش افسردگی می‌گردد. بنابراین زوج درمانی رفتاری از طریق بالا بردن میزان حمایت سبب کاهش افسردگی می‌شود.

یادداشت‌ها

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------|
| 1. Gotlib | 15. Behavior marital Therapy |
| 2. Whiffen | 16. Cognitive Therapy |
| 3. Zuckerman | 17. Foley |
| 4. Food and Drug Administration | 18. Spinelli |
| 5. Jacobson | 19. Endicott |
| 6. Lewinsohn | 20. Webster |
| 7. Beach | 21. Burns |
| 8. Andre Dessaulles | 22. Sayers |
| 9. Susan Johnson | 23. Moras |
| 10. Emotional focused marital therapy | 24. Edinburg |
| 11. Leff | 25. Cox |
| 12. Emanuels-zurveen | 26. Murray |
| 13. Emmelkamp | |
| 14. Jacobson | |

منابع

آروند، ژ، شفیع‌آبادی، ع. (۱۳۸۰). نقش اختلالات خانوادگی در افسردگی پس از زایمان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خاتم.

جنتی، ی. (۱۳۸۱). درسنامه جامع روان پرستاری. بهداشت روان ۲. تهران: سالمی.

جنتی، ی. (۱۳۸۴). روان پزشکی در مامایی. تهران: نشر جامعه‌نگر.

مبینی، س. (۱۳۸۰). افسردگی و درمان شناختی - رفتاری آن، نظریه‌ها، مفاهیم و کاربردهای بالینی. تبریز: انتشارات جیحون.

مصلی‌نژاد، ل. (۱۳۸۳). مادر شدن و سلامت روانی. تهران: انتشارات روشن کتاب.

مولوی، ح. (۱۳۷۹). راهنمای عملی SPSS-10 در علوم رفتاری. اصفهان: انتشارات مهر قائم.

Beach, S. (2003). Affective disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 247-261.

Burns, D. Sayers, S., & Moras, k. (1993). Intimate relationships and depression: Is there causal connection? *Journal Consults Clinical Psychology*, 61(3), 516.9.

Cox, J. Holden, J., & Sagosky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-6.

Desaulles, A., & Johnson, S. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *American Journal of Family Therapy*, 31, 345-353.

- Emanuels-Zuurveen, I., Emmelkamp, P. M. (1996). Individual behavioral-cognitive therapy vs. marital therapy for depression in marital distressed couples. *British Journal of Psychiatry*, 169, 181-188.
- Foley, S., & associates. (1989). Individual versus conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes. *International Journal of Family Psychiatry*, 10, 29-42.
- Gotlib, I., & Whiffen, V. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 122-32.
- Jacobson, N., & Gurman, A. (1988). *Clinical handbook of marital therapy*. New York: the Guilford press.
- Jacobson, N., & Gurman, A. (2001). *Couple therapy*. New York: John Wiley, Ltd.
- Leff, J. & associates. (2000). The London depression intervention trial. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.
- Levenson. J. (2000). *Depression*. American collage of physicians- American society of internal medicine.
- Lewinsohn, P., & Amenson, C. (1975). Some relations between pleasant and unpleasant mood-related events and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(6), 646-654.
- Lewinsohn, P., & Clarke, G. (1990). *Leader's manual for adolescent groups* [On-line]. Available: <http://www.Kpchr.org/>
- Spinelli, M. (1997). Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 1028.
- Spinelli, M., & Endicott, J. (2003). Controlled clinical trial of interpersonal psychoptherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *American Journal of Psychiatry*, 160(3), 555-562.
- Webster, J. (2000). Measuring social support in pregnancy: Can it be simple and meaningful? *Birth*, 27, 97.
- Zuckerman, B. (1990). Maternal depressive symptom during pregnancy and newborn irritability. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11, 94-190.

بررسی رابطه بین میزان بخشودگی و تعارض زناشویی زوجین در استان یزد

ایمانه افخمی* ✉، دکتر فاطمه بهرامی**، دکتر مریم فاتحی زاده**

چکیده:

هدف از مطالعه حاضر بررسی همبستگی بین میزان بخشودگی همسران و تعارض زناشویی آنان می‌باشد. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری کلیه زوجین استان یزد هستند. آزمودنی‌های این پژوهش ۳۰ زوج که با نمونه‌گیری در دسترس (غیراحتمالی) گزیده شده‌اند و شرط ورود آزمودنی‌ها این بود که دست کم شش‌ماه از ازدواج‌شان گذشته باشد. ابزارهای تحقیق عبارت است از: بخشودگی آزمای خانواده (FFS)^۱ و پرسشنامه تعارض زناشویی که با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی آن‌ها به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۹۴ بدست آمد. برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. یافته‌های تحقیق نشان داد که بین تعارض زناشویی و بخشودگی در سه خرده مقیاس درک واقع‌بینانه، تشخیص و تصدیق خطا و جبران عمل اشتباه رابطه وجود دارد. هم‌چنین بین بخشودگی و تعارض زناشویی در خرده مقیاس‌های رابطه فردی با خویشاوندان خود و رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان رابطه معناداری دیده شد ($P < 0/05$).

کلیدواژه‌ها: بخشودگی، تعارض زناشویی، زوجین

* کارشناس ارشد مشاوره خانواده

** استادیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

✉ نویسنده مسئول: اصفهان - خیابان هزار جریب - دانشگاه اصفهان - دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی - گروه مشاوره

تلفن: ۰۳۱۱ - ۷۹۳۲۵۱۵

دورنما: ۰۳۱۱ - ۶۶۸۳۱۰۷

پست الکترونیک: ei_afkhami@yahoo.com

مقدمه

زندگی زناشویی یکی از جهانی‌ترین نهادهای بشری است که از دو نفر با توانایی‌ها و استعدادهای متفاوت و با نیازها و علایق مختلف و در یک کلام با شخصیت‌های گوناگون تشکیل شده است (گلدنبرگ^۱ و گلدنبرگ^۲، ۲۰۰۰). یک رابطه زناشویی صمیمی مستلزم آن است که زوجین یاد بگیرند با هم ارتباط برقرار کنند و با هم متفاوت باشند. تعارض زمانی به وجود می‌آید که زوجین به دلیل همکاری و تصمیمات مشترکی که می‌گیرند درجات مختلفی از استقلال و همبستگی را نشان دهند که این تفاوت‌ها را می‌توان روی یک پیوستار، از تعارض خفیف تا تعارض کامل طبقه‌بندی کرد (یونگ و لانگ^۳، ۱۹۹۸). از نظر گلاسر (۲۰۰۰، به نقل از قربانی، ۱۳۸۴) تعارض زناشویی ناشی از ناهماهنگی زن و شوهر در نوع نیازها و روش ارضای آن، خودمحوری، اختلاف در خواسته‌ها، طرحواره‌های رفتاری و رفتار غیرمسئولانه نسبت به ارتباط زناشویی و ازدواج است (شارف^۴، ۱۹۹۶، گلاسر^۵، ۱۹۹۸، گلاسر، ۲۰۰۰، فرحبخش، ۱۳۸۳). فرایند تعارض زمانی به وجود می‌آید که یکی از طرفین رابطه احساس کند طرف مقابلش بعضی از مسائل مورد علاقه او را سرکوب می‌کند (توماس^۶، ۱۹۷۶، گریف و براین^۷، ۲۰۰۰). از دیدگاه سکستون^۸ (۱۹۹۶؛ قربانی، ۱۳۸۴) تعارض هنگامی رخ می‌دهد که چیزی رضایت را برای شخص فراهم کرده، در حالی که همان چیز برای دیگری محرومیت را به دنبال آورد. درمانگران سیستمی، تعارض را هر نوع تنازع بر سر تصاحب پایگاه‌ها و منابع قدرت که در جهت اخذ امتیازات دیگری و افزایش امتیازات خود بروز می‌کند، می‌دانند. بدیهی است که طرفین نزاع قصد دارند به طرف مقابل خود آسیب برسانند، تاکتیک‌های او را خنثی و بالاخره از صحنه بیرون کنند. بنابراین وجود تعارض زناشویی ناشی از واکنش نسبت به تفاوت‌های فردی است و گاهی اوقات، آن قدر شدت می‌یابد که احساس خشم، خشونت، کینه، نفرت، حسادت و سوءرفتار کلامی و فیزیکی در روابط زوجین حاکم می‌شود و به شکل حالات تخریب‌گر و ویران‌گر بروز می‌کند (یونگ و لانگ، ۱۹۹۸). رایس^۹ (۱۹۹۶) دو نوع تعارض را در روابط زناشویی مطرح می‌سازد: تعارض سازنده و تعارض مخرب. در تعارض سازنده تمرکز بر حل مسئله بوده و در آن نزدیکی، احترام مثبت، اعتماد به یکدیگر وجود ندارد و هیجان منفی و پاسخ کلامی اندکی بین زوجین وجود دارد. در تعارض مخرب زوجین «خود» همدیگر را به جای مسئله مورد حمله قرار می‌دهند. در این تعارض از طریق سرزنش و انتقاد، هر یک سعی دارند دیگری را تحت نفوذ خود درآورده و اظهارنظرهای بسیار منفی علیه یکدیگر به کار می‌برند که در این حالت ارتباط درستی بین آن‌ها برقرار نمی‌شود. در این نوع ارتباط بحث و مجادله‌های بی‌هوده و مخرب، بی‌اعتمادی، بی‌احترامی، توهین، خصومت، دشمنی و دشنام مشاهده می‌گردد. بنابراین می‌توان گفت تعارض زناشویی عبارتست از نوعی ارتباط زناشویی که در آن رفتارهای خصومت‌آمیز مثل توهین، سرزنش، انتقاد و حمله فیزیکی وجود دارد و زوجین در آن نسبت به یکدیگر احساس کینه، نفرت و خشم داشته و هر یک عقیده دارند که «همسرش

انسان نامطلوب و ناسازگاری است که موجب رنجش و عذاب او می‌گردد» (فرحبخش، ۱۳۸۳). به‌طور کلی تعارض در هر رابطه نزدیکی اجتناب‌ناپذیر است. بعضی از زوجین تعارض خود را به شکل باز و مستقیم و بعضی دیگر تعارض‌شان را انکار و سرکوب می‌کنند و به شکل پنهانی بروز می‌دهند. تقریباً هر زوجی که برای درمان می‌آید در مرحله‌ای از تعارض قرار دارد. آن‌ها ممکن است موضوعات مختلفی مثل انتظارات، نیازها، خواسته‌ها، پول، ارتباط جنسی، بچه‌ها و خویشاوندان را برای تعارض‌شان عنوان کنند (ویکس و تریت^{۱۰}، ۲۰۰۱؛ قربانی، ۱۳۸۴). در زمینه تأثیرات مخرب تعارض پژوهش‌های زیادی صورت گرفته که حاکی از آن بودند که وجود تعارض زناشویی بر بهداشت روانی، جسمی و خانوادگی تأثیرگذار است. تحقیقات دیگر رابطه تعارضات زناشویی را با افسردگی، اختلالات خوردن و بیماری‌های خاصی مثل سرطان و بیماری‌های قلبی اثبات کردند. در واقع رفتارهای خصمانه در طی تعارض، با تغییرات دستگاه ایمنی بدن در ارتباط است (فینچام، بیچ^{۱۱}، ۱۹۹۹). از لحاظ روانی، اکثر افراد وجود تعارض در روابط زناشویی را بی‌نهایت تنش‌زا تجربه می‌کنند (هالفورد^{۱۲}، ۲۰۰۱). تعارض زناشویی با پدیده خشونت نیز مرتبط است. خشونت فیزیکی در بین حدوداً ۳۰٪ از زوجین در ایالت متحده اتفاق می‌افتد و منجر به صدمات جسمی در ۱۰٪ زوجین می‌شود (فینچام، ۲۰۰۳). تعارض زناشویی به‌عنوان یک فاکتور خطرناک در ایجاد اختلالات فرزندان و یک پیش‌بینی‌کننده مهم مسائل سازگاری در آنان می‌باشد (فینچام و همکاران، ۲۰۰۴). در نهایت طلاق یکی از پیامدهای اختلافات زناشویی و یکی از پراسترس‌ترین وقایع زندگی محسوب می‌شود و با اختلالات جسمی و روانی در ارتباط است (کریستینسن و هیوی^{۱۳}، ۱۹۹۹). از آنجایی که بروز تعارض زناشویی یکی از مقدمات جدایی و طلاق می‌باشد و اگر این مسئله به‌گونه‌ای حل و کنترل نشود ازدواج به جدایی ختم می‌شود، روان‌شناسان و مشاوران باید در صدد ارائه راه‌کارهایی جهت پیشگیری و درمان آن باشند. حل تعارض یا کشمکش جزء لاینفک یک رابطه موفق می‌باشد و می‌توان گفت رنجشی که در اثر تخطی‌های ازدواج به‌وجود می‌آید احتمالاً می‌تواند تعارض زوجین را تشدید کند و مانع از حل موفقیت‌آمیز تعارض گردد. برعکس بخشودن طرف مقابل برای تخطی‌ها و تخلف‌هایی که صورت داده یک وسیله قوی و توانمند برای خاتمه دادن به یک رابطه مختل شده یا دردناک می‌باشد و شرایط را برای آشتی و مصالحه با فرد خطاکار به‌وجود می‌آورد. بنابراین بخشودگی می‌تواند کاربردهای اساسی برای نتایج رابطه بلندمدت و حتی تعاملات کوتاه‌مدت داشته باشد. به‌خصوص وقتی یکی از طرفین از حلقه تعامل منفی خارج می‌شود، بعید به‌نظر می‌رسد که طرف دیگر رفتارهای منفی خود را ادامه دهد. به‌طور خلاصه، بخشودگی می‌تواند استفاده از راه‌کارهای غیرمؤثر تعارض را که در اثر تخطی‌ها و تجاوزهای نابخشوده طرف مقابل حاصل شده‌اند از بین ببرد (فینچام و همکاران، ۲۰۰۴). در فرهنگ و بستر بخشودگی به‌صورت «رهایی از احساس انزجار نسبت به عمل ارتكابی غلط، اغماض از طلب خسارت، یا جبران عمل از سوی فرد خطاکار و چشم‌پوشی از تقصیر وی» تعریف شده است (سیف و بهاری،

۱۳۸۰). پلینگتون^{۱۴} (۱۹۸۹، به نقل از سلز و هارگریو^{۱۵}، ۱۹۹۸) بخشودگی را دست کشیدن از حق تلافی جویانه متعاقب صدمه وارده، تعریف می‌کند و عنوان می‌کند که بخشودگی، تشخیص می‌دهد، پیش‌بینی می‌کند و تلاش می‌نماید تا برخلاف قانون تلافی عمل کنند. نورث^{۱۶} (۱۹۸۷، به نقل از سلز و هارگریو، ۱۹۹۸) عقیده دارد که بخشودگی فرآیند چشم‌پوشی ارادی از حق عصبانیت یا انزجار از عمل ارتكابی زیان‌بخش است. سیمون و سیمون^{۱۷} (۱۳۷۱) عقیده دارند که بخشودگی عمل بی‌قید و شرطی است که بدون چشم داشت (جبران متقابل) صورت می‌گیرد و ذاتاً ارزشمند است حتی اگر با پاسخ منفعلانه روبه‌رو شود. معطوف به خود است یعنی عملی است که به خاطر خود رابطه و خود شخص صورت می‌گیرد و سلامت طرفین رابطه را تضمین می‌کند. بخشودگی آسیبی به فرد بخشنده نمی‌رساند و به‌طور خودانگیخته و ناگهانی اتفاق نمی‌افتد بلکه در طول زمان و به‌صورت جزئی از فرآیند رشد و تحول صورت می‌گیرد. قرینه‌ای ندارد، گرچه ممکن است پیامدهای قرینه‌ای در پی داشته باشد و اغلب هم همین‌طور است. به عقیده بنسون^{۱۸} (۱۹۸۹، به نقل از هیل^{۱۹}، ۲۰۰۱) بخشودگی عملی تقدیرآمیز و نامشروط است که یقیناً در توان فرد متألم می‌باشد و هوپ^{۲۰} (۱۹۸۷؛ به نقل از اسکینر^{۲۱}، ۱۹۹۸) اظهار می‌دارد که بخشودن، عملی اضدادی است که شخص را از نیاز به انتقام و تلافی‌جویی به‌خاطر اهانت‌ها و یأس‌های گذشته که در خلال فرآیند نو‌مبناسازی و همسطح‌سازی صورت می‌گیرد، معاف می‌سازد. بررسی تعاریف ارائه شده حاکی از آن است که بخشودگی، تنها یک عمل اخلاقی نیست، بلکه فرایندی است التیام‌بخش که می‌توان آن را به شکل مداخلات درمانی در مشاوره‌های خانواده به‌ویژه در روابط دو عضوی‌ها (زن و شوهر، ولی و فرزند، خواهر و برادر، پدر و مادر و مانند آن) به‌کار بست. در مورد کاربرد بخشودگی در کار با خانواده‌ها می‌توان گفت بخشودگی زمانی مطرح می‌شود که عضوی از خانواده با عمل یا سخن خود موجب نارضایتی و آزار عضو یا اعضای دیگر خانواده شده است. در این‌باره ورثینگتون^{۲۲} (۲۰۰۰) معتقد است که اعضای خانواده نمی‌توانند بدون این‌که گاهی مواقع و شاید هم اغلب اوقات یکدیگر را بیازارند، با هم زندگی کنند. این حرف بدان معناست که در روابط خانوادگی وجود تعارض یا دل‌آزاری و رنجش خاطر اجتناب‌ناپذیر است (سیف و بهاری، ۱۳۷۹).

پژوهش‌های زیادی اثربخشی مداخله بخشودگی بر ابعاد مختلف رابطه زناشویی و از آن جمله اثربخشی مداخله بخشودگی بر تعارض زناشویی را مورد بررسی قرار داده‌اند. برای نمونه فینچام^{۲۳}، پلیری^{۲۴} و رگالیا^{۲۵} (۲۰۰۲) در پژوهشی با عنوان «بخشودگی در ازدواج» به بررسی نقش روابط زوجین بر ارتقاء سطح بخشودگی توسط آنان پرداختند و به این نتیجه رسیدند که بین کیفیت روابط و بخشودگی رابطه وجود دارد و همدلی، بخشودگی مردان را و اسناد مسئولیت، بخشودگی زنان را پیش‌بینی می‌کند. هم‌چنین فینچام و بیچ^{۲۶} (۲۰۰۲) در پژوهش دیگری به این نتیجه رسیده‌اند که بخشودگی در زوجین، کیفیت مراقبت از یکدیگر، ارتباط، پرخاشگری و رضایت زناشویی را پیش‌بینی

می‌کند. در پژوهشی دیگر سلز و هارگریو (۱۹۹۸) به بررسی نقش سن بر طرز تلقی از بخشودگی پرداختند و اظهار داشتند که به نظر می‌رسد سن بر طرز تلقی از بخشودگی مراجعان و نیز درمانگران تأثیر می‌گذارد. در پژوهشی دیگر فیتزجیبونز^{۲۷} (۲۰۰۰؛ به نقل از باسکین و اینزایت^{۲۸}، ۲۰۰۴) مشاهده کرد که مشاوره بخشودگی، خشم، اضطراب و افسردگی مددجویان را کاهش می‌دهد، روی سلامت روانی زوجین اثر مثبت دارد و همان‌طور که افراد یاد می‌گیرند دیگران را ببخشند هم‌چنین یاد می‌گیرند خشم خود را به صورت‌های مناسب‌تر نشان دهند، درست مثل مشاهداتی که هانتز (۱۹۹۳) و کافمن^{۲۹} (۱۹۹۵) داشتند. مطالعات فوق نشان می‌دهند که بخشودگی می‌تواند کیفیت رابطه همسران را پیش‌بینی کند. بخشودگی نوعی ارتباط معنوی بین زوجین است که تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی جامعه در میزان و نوع آن مؤثر می‌باشد. این پژوهش در صدد است ارتباط بین میزان بخشودگی و تعارضات زناشویی و هم‌چنین ارتباط بین زیر مؤلفه‌های آن‌ها را در جامعه ایرانی بررسی کند تا زمینه‌ای برای تمرکز درمانگران خانواده بر آموزش بخشودگی شود.

روش

با توجه به ماهیت این پژوهش که به دنبال بررسی رابطه بین میزان بخشودگی و تعارض زناشویی در زوجین شهرستان یزد است، از روش توصیفی و از نوع همبستگی استفاده شد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه این پژوهش شامل کلیه زوجین شهرستان یزد می‌باشد. نمونه شامل ۳۰ زوج می‌شود. از آنجایی که حداقل شش‌ماه فرصت لازم است تا تعارضات زوجین بروز پیدا کنند، شرط ورود آزمودنی‌ها به تحقیق این بود که دست کم شش‌ماه از ازدواج‌شان گذشته باشد. نمونه‌گیری به این صورت انجام گرفت که نخست از زوج‌های در دسترس درباره طول مدت ازدواج آن‌ها سؤال می‌شد و پس از اطمینان از این‌که شرط مورد نظر را دارا هستند مقیاس سنجش بخشودگی (FFS) و پرسشنامه تعارض زناشویی به آن‌ها داده شد.

ابزارهای پژوهش

در این تحقیق از دو پرسشنامه بخشودگی و تعارض زناشویی استفاده شده است. **مقیاس سنجش بخشودگی (FFS)**: (پولارد و همکاران، ۱۹۹۸) این مقیاس به‌وسیله سیف و بهاری (۱۳۸۰) برای خانواده‌های ایرانی هنجاریابی و میزان‌سازی شد و پایایی آن ۰/۸۴ برآورد گردید. این مقیاس دارای ۵ خرده مقیاس (بعد) است: درک واقع بینانه، تصدیق خطا، جبران عمل ارتكابی، دلجویی کردن و احساس بهبودی و سبکبالی. این پرسشنامه ۴۰ پرسش و دو بخش

دارد که بخش نخست (پرسش‌های ۱ تا ۳۰)، بخش‌دگی را در خانواده‌های اصلی (والدین) و بخش دوم (پرسش‌های ۲۱ تا ۴۰) میزان بخش‌دگی را در خانواده هسته‌ای (همسران) می‌سنجد. همچنین هر خرده مقیاس دارای ۸ پرسش چهار گزینه‌ای است که گزینه الف، ۱ امتیاز و گزینه د، ۴ امتیاز دارد. میانگین نمرات این مقیاس ۱۲۱/۶ و انحراف معیار آن ۲۳/۵ است. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌دهنده میزان بخش‌دگی بیشتر و نمرات پایین نشان‌دهنده میزان بخش‌دگی کمتر است.

پرسشنامه تعارض زناشویی: یک ابزار ۴۲ سؤالی است که برای سنجیدن تعارض زناشویی بر مبنای تجربیات بالینی توسط ثنایی (۱۳۷۹) ساخته شده است. این پرسشنامه هفت بعد از تعارضات زناشویی را می‌سنجد که عبارتند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان و جدا کردن امور مالی از یکدیگر. این پرسشنامه از روایی محتوای خوبی برخوردار است. در مرحله تحلیل مواد آزمون، پس از اجرای مقدماتی و محاسبه همبستگی هر سؤال با کل پرسشنامه و مقیاس‌های آن، ۱۳ سؤال از ۵۵ سؤال اولیه حذف گردید.

پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرانباخ برای کل این پرسشنامه روی یک گروه ۳۰ نفری برابر ۰/۹۴ و برای ۷ خرده مقیاس آن به این شرح بدست آمد: کاهش همکاری ۰/۷۰، کاهش رابطه جنسی ۰/۷۲، افزایش واکنش هیجانی ۰/۷۳، افزایش جلب حمایت فرزند ۰/۸۱، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود ۰/۷۵، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۶۹، جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۶۸. هر سؤال براساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت تنظیم شده است که متناسب با پاسخ‌ها، نمرات ۱ تا ۵ به آن‌ها اختصاص می‌یابد که در این ابزار نمره بیشتر به معنی تعارض بیشتر و نمره کمتر به معنی رابطه بهتر است.

تحلیل آماری داده‌ها

داده‌های بدست آمده از آزمودنی‌ها پس از اجرا نمره‌گذاری شده و برای تحلیل آن از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی (میانگین و انحراف معیار) و در سطح آمار استنباطی از آزمون‌های t ، ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون، تحلیل رگرسیون چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱ ضریب همبستگی بین بخش‌دگی و تعارض زوجین را نشان می‌دهد.

جدول ۱: ضریب همبستگی بین بخشودگی با تعارض

تعارض		ضریب همبستگی
-۰/۳۹۲	ضریب همبستگی	بخشودگی
۰/۰۰۲	P-Value	
۶۰	تعداد	

براساس یافته‌های جدول ۱ ضریب همبستگی بین میزان بخشودگی و تعارض در سطح $P \leq ۰/۰۱$ معنادار است. بنابراین بین میزان بخشودگی با تعارض رابطه معنادار وجود دارد. براساس ضریب تعیین ۱۶٪ از واریانس نمرات بخشودگی با تعارض مشترک می‌باشند. در جدول ۲ ضریب همبستگی بین بخشودگی با خرده‌مقیاس‌های تعارض آمده است.

جدول ۲: ضریب همبستگی بین بخشودگی با خرده‌مقیاس‌های تعارض

جدا کردن امور مالی از یکدیگر	رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان	رابطه فردی با خویشاوندان خود	جلب حمایت فرزندان	واکنش‌های هیجانی	رابطه جنسی	همکاری	ضریب همبستگی	بخشودگی
-۰/۱۴۲	-۰/۴۰۴**	-۰/۳۱۰*	-۰/۲۴۵	-۰/۱۴۳	-۰/۲۸۵**	-۰/۲۳۴	ضریب همبستگی	
۰/۲۸۰	۰/۰۰۱	۰/۰۱۴	۰/۰۵۹	۰/۲۷۵	۰/۰۰۲	۰/۰۷۲	P-Value	
۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	تعداد	

براساس یافته‌های جدول ۲ بین بخشودگی با افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود و کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان رابطه معنادار وجود دارد ($P \leq ۰/۰۱$). جدول ۳ ضریب همبستگی بین تعارض با مؤلفه‌های بخشودگی را نشان می‌دهد.

جدول ۳: ضریب همبستگی بین تعارض با مؤلفه‌های بخشودگی

خانواده اولیه	خانواده اصلی	احساس بهبودی و سبک‌بالی	دلجویی کردن	جبران عمل اشتباه	تشخیص و تصدیق خطا	درک واقع‌بینانه	ضریب همبستگی	تعارض
-۰/۰۸۸	-۰/۲۵۶	-۰/۱۷۵	-۰/۲۱۶	-۰/۴۳۸**	-۰/۳۰۷*	-۰/۲۵۰*	ضریب همبستگی	
۰/۵۰۵	۰/۰۴۸	۰/۱۸۰	۰/۰۹۷	۰/۰۰۰	۰/۰۱۷	۰/۰۵۴	P-Value	
۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	تعداد	

براساس یافته‌های جدول ۳ بین تعارض با درک واقع‌بینانه، تشخیص و تصدیق خطا، جبران عمل اشتباه و خانواده اصلی رابطه معنادار وجود دارد ($P \leq 0/05$).
در جدول ۴ ضریب همبستگی بین مؤلفه‌های تعارض و مؤلفه‌های بخشودگی نشان داده شده است.

جدول ۴: ضریب همبستگی بین مؤلفه‌های تعارض و مؤلفه‌های بخشودگی

بخشودگی	تعارض	همکاری	رابطه جنسی	واکنش‌های هیجانی	جلب حمایت فرزندان	رابطه فردی با خویشاوندان خود	رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان	جداکردن امور مالی از یکدیگر
	ضریب همبستگی	۰/۱۸۹	۰/۲۹۱*	۰/۲۱۰	۰/۱۳۵	۰/۱۸۹	۰/۲۴۴	۰/۰۷۲
	P- value	۰/۱۴۹	۰/۰۲۴	۰/۱۰۸	۰/۳۰۴	۰/۱۴۸	۰/۰۶۰	۰/۵۸۶
	ضریب همبستگی	۰/۲۰۵	۰/۲۸۱*	۰/۱۰۵	۰/۱۵۴	۰/۲۶۶*	۰/۳۳۹**	۰/۰۴۷
	P- value	۰/۱۱۶	۰/۰۳۰	۰/۴۲۵	۰/۲۴۰	۰/۰۴۰	۰/۰۰۸	۰/۷۲۰
	ضریب همبستگی	۰/۳۲۵*	۰/۳۹۹**	۰/۱۰۱	۰/۳۰۴*	۰/۴۲۲**	۰/۵۰۸**	۰/۱۴۴
	P- value	۰/۰۱۱	۰/۰۰۲	۰/۴۴۴	۰/۰۱۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۲۸۳
	ضریب همبستگی	۰/۱۰۲	۰/۱۶۳	۰/۰۲۲	۰/۱۱۴	۰/۱۱۶	۰/۱۲۴	۰/۲۳۶
	P- value	۰/۴۳۹	۰/۳۱۵	۰/۸۶۷	۰/۳۸۷	۰/۳۷۷	۰/۳۴۶	۰/۰۶۹
	ضریب همبستگی	۰/۰۶۲	۰/۳۹۲*	۰/۱۶۶	۰/۳۲۳	۰/۰۶۸	۰/۱۵۱	۰/۰۳۱
	P- value	۰/۶۳۸	۰/۰۲۴	۰/۲۰۶	۰/۳۵۰	۰/۶۰۶	۰/۲۴۸	۰/۸۱۳
	ضریب همبستگی	۰/۱۵۸	۰/۳۹۰**	۰/۱۶۱	۰/۰۸۳	۰/۱۳۹	۰/۲۶۴*	۰/۱۱۲
	P- value	۰/۲۲۹	۰/۰۰۲	۰/۲۲۰	۰/۵۲۹	۰/۲۸۹	۰/۰۴۱	۰/۳۹۲
	ضریب همبستگی	-۰/۰۳۰	-۰/۰۴۲	-۰/۰۷۸	-۰/۱۴۷	-۰/۰۶۸	-۰/۰۵۱	-۰/۰۵۳
	P- value	۰/۸۱۸	۰/۷۵۱	۰/۵۵۶	۰/۲۶۲	۰/۶۰۳	۰/۰۶۹۷	۰/۶۸۵

همان‌طور که یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد تعارض در همکاری با مؤلفه‌های جبران عمل اشتباه رابطه معنادار دارد ($P < 0/01$)، یعنی هرچه زوجین عمل اشتباه خود را بیشتر جبران نمایند تعارض در همکاری کاهش می‌یابد. همچنین تعارض در رابطه جنسی با درک واقع‌بینانه ($P < 0/05$) و تشخیص و تصدیق خطا ($P < 0/05$) و جبران عمل اشتباه ($P < 0/01$) و احساس بهبودی و سبکبالی ($P < 0/05$) و سطح بخشودگی در خانواده اصلی ($P < 0/01$) رابطه معنادار داشته است. یعنی هرچه این موارد در ارتباط زوجین افزایش یابد، میزان تعارض در رابطه جنسی کاهش می‌یابد.

تعارض در واکنش‌های هیجانی با هیچ کدام از مؤلفه‌های بخشودگی رابطه نشان نداد ($P > 0.05$). تعارض در جلب حمایت فرزندان با جبران عمل اشتباه ($P < 0.05$) رابطه دارد یعنی هر چقدر افراد عمل اشتباه خود را جبران کنند تعارض در این زمینه کمتر می‌شود. تعارض در رابطه فردی با خویشاوندان خود با تشخیص و تصدیق خطا ($P < 0.05$) و جبران عمل اشتباه ($P < 0.01$) رابطه دارد، یعنی هر چقدر زوجی خطای خود را بپذیرد و به جبران آن بپردازد، میزان کاهش تعارضات در ارتباط با خویشاوندان خود کمتر می‌شود. تعارض در رابطه با خویشاوندان همسر و دوستان با جبران عمل اشتباه ($P < 0.01$) و ارتباط با خانواده اصلی ($P < 0.05$) رابطه دارد، یعنی هر چقدر سطح بخشودگی در خانواده اصلی بالاتر باشد و زوجین عمل اشتباه خود را جبران کنند، تعارض با خانواده همسر و دوستان کمتر می‌شود. تعارض در مسائل مالی با هیچ کدام از زیر مقیاس‌های بخشودگی رابطه‌ای نشان نداد.

جدول ۵: رگرسیون چند متغیره بین تعارض با مؤلفه‌های بخشودگی

ملاک	پیش‌بین	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	F	سطح معناداری
تعارض	جبران عمل اشتباه	-۰/۴۳۸	۰/۱۹۲	۱۳/۷۸	۰/۰۰۰

برای پیش‌بینی میزان تعارض براساس سطح بخشودگی از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد که از بین مؤلفه‌های بخشودگی تنها عامل جبران عمل اشتباه می‌تواند سطح تعارض زوجین را تبیین کند ($P \leq 0.001$). به این معنی که هر چه فرد به جبران عمل اشتباه خود اقدام نماید سطح تعارض بین زوجین کاهش می‌یابد. براساس ضریب تعیین، ۱۹٪ از واریانس تعارض توسط جبران عمل اشتباه قابل تبیین می‌باشد.

تحلیل یافته‌های پژوهش نشان داد بین بخشودگی و تعارض رابطه وجود دارد. براساس ضریب تعیین، ۱۶٪ از واریانس نمرات بخشودگی و تعارض مشترک می‌باشد. براساس جدول (۱) بررسی رابطه بین بخشودگی با مؤلفه‌های تعارض نشان داد که رابطه بین بخشودگی با افزایش رابطه فردی با خویشان خود و کاهش رابطه فردی با خویشان همسر و دوستان ارتباط معنادار منفی دارد، یعنی هر چقدر بخشودگی بیشتر شود، رابطه با خانواده همسر بیشتر و وابستگی به خانواده خود کمتر می‌شود. به عبارت دیگر هر چه فرد بتواند درک واقع‌بینانه‌تری از اشتباهات خود داشته باشد و عمل خطای خود را تشخیص بدهد و آن را جبران کند میزان بخشودگی را افزایش داده، منجر به کاهش تعارض می‌شود.

بحث

در این پژوهش رابطه بین بخشودگی و تعارض زوجین شهر یزد بررسی شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین بخشودگی و تعارض رابطه معنادار وجود دارد. همان‌گونه که در جدول ۱ نشان داده شده است بین میزان بخشودگی و تعارض در سطح $(P \leq 0/01)$ رابطه معنی‌دار وجود دارد و ضریب تعیین نشان می‌دهد ۱۶٪ از واریانس نمرات بخشودگی با تعارض مشترک می‌باشد. نتایج حاصل از این تحقیق با تحقیق فینچام و استون (۲۰۰۴) همسو می‌باشد که تأثیر بخشودگی را با حل تعارضات زوجین مورد بررسی قرار دادند و مشخص شد که بخشودگی با حل تعارضات زوجین رابطه مؤثری دارد. همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین بخشودگی و خرده‌مقیاس‌های تعارض (افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود و کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان) در سطح $P \leq 0/05$ رابطه معنی‌دار و منفی وجود دارد. نتایج حاصل از پژوهش با پژوهش جکسون (۱۹۹۸) مبنی بر این‌که به‌کار بردن بخشودگی در روابط تأثیر معنی‌داری در میزان اعتماد در روابط میان فردی دارد، هماهنگ می‌باشد. از یافته‌های پژوهش چنین برمی‌آید که بین تعارض با درک واقع‌بینانه، تشخیص و تصدیق خطا و جبران عمل اشتباه در سطح $(P \leq 0/05)$ رابطه معنی‌داری وجود دارد و این یافته‌ها نقش مهمی که فرایند بخشودگی در حل تعارض زوجین دارد، تأیید می‌کند. نتایج پژوهش دی بلاسیو (۲۰۰۲، به‌نقل از حسینی، ۱۳۸۳) در خصوص این‌که درمان به شیوه عفو و بخشش برای حل مسائل خانوادگی و مشکلات مؤثر می‌باشد، همخوان است. با توجه به این‌که اعتقاد به بخشودگی و سطح آن وابسته به فرهنگ و ارزش‌های مذهبی در هر جامعه‌ای است و از آنجایی که این تحقیق در شهرستان یزد که دارای بافت سنتی می‌باشد انجام گرفته است، لذا لازم است این پژوهش در سایر شهرها اجرا شود تا بتوان با اطمینان بیشتری به تعمیم آن پرداخت. همان‌طور که نتایج پژوهش نشان داد (جدول ۴) به‌ترتیب مؤلفه‌های تشخیص و تصدیق خطا، جبران عمل اشتباه و سطح بخشش در خانواده اصلی در کاهش تعارضات زناشویی بیشترین رابطه را نشان داده‌اند. بنابراین در نظر گرفتن این مقوله‌ها در آموزش به زوجین می‌تواند به‌عنوان پیش‌گیری از وجود و پیشرفت تعارضات زوجی مثمر ثمر باشد.

به‌طور کلی، بررسی نتایج یافته‌های پژوهش‌های یاد شده و پژوهش حاضر نشان‌دهنده آن است که فرایند بخشودگی قابل آموزش بوده و آموزش راهبردهای آن به زوجین در بهبودی و بازسازی روابط نقش اساسی دارد. در نتیجه فعال‌سازی و پرورش توانمندی‌هایی از قبیل بخشودگی می‌تواند در حفظ سلامت خانواده نقش مؤثری داشته باشد. پیشنهاد می‌شود که مشاوران و درمانگران زناشویی و ازدواج به فرایند بخشودگی در همسران دچار درد عاطفی و آزرده‌خاطر توجه کنند و به آن‌ها آموزش دهند که فرایند بخشودگی را برای درمان روحی - روانی به درستی طی کنند.

یادداشت‌ها

1. Family Forgiveness Scale
2. Goldenberg
3. Yong & Long
4. Sharf
5. Glaser
6. Thomas
7. Greeff & Bruyne
8. Sexton
9. Rice
10. Weeks & treat
11. Fincham & Beach
12. Halford
13. Christensen & Heavey
14. Pingleton
15. Sells & Hargrave
16. North
17. Simon & Simon
18. Benson
19. Hill
20. Hope
21. Skinner
22. Worthivgton
23. Fincham & Bich
24. Pleari
25. Regalia
26. Beach
27. Fitzgibbons
28. baskin & Enright
29. Kaufman

منابع

براتی، ط. (۱۳۷۵). تأثیر تعارضات زناشویی بر روابط متقابل زن و شوهر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن.

ثنایی، ب. (۱۳۷۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج، تهران: انتشارات بعثت.

حسینی، ا. (۱۳۸۳). بررسی بخشش در خانواده‌های اصلی (نسل اول) و خانواده‌های هسته‌ای (نسل دوم/زوجین) و ارتباط آن با رضامندی زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران.

سیف، س. بهاری، ف. (۱۳۷۹). بخشودگی، معرفی یک مدل درمانی در مشاوره ازدواج و خانواده. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، جلد ۲، شماره ۸ و ۷.

سیف، س. بهاری، ف. (۱۳۸۰). استانداردسازی و هنجاریابی مقیاس سنجش خانواده، برای خانواده‌های ایرانی. دانشگاه الزهراء.

سیمون و سیمون، س. (۱۳۷۱). بخشودن (ترجمه: مهدی قراچه‌داغی). تهران: مترجم.

فرحبخش، ک. (۱۳۸۳). مقایسه میزان اثربخشی مشاوره زناشویی به شیوه شناختی الیس، واقعیت درمانی گلاسر و اختلاطی از آن دو در کاهش تعارضات زناشویی. رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

قربانی، ک. (۱۳۸۴). تأثیر زوج درمانی به شیوه درمان عقلانی - هیجانی رفتاری بر تعارضات و افکار غیرمنطقی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان، اصفهان.

Baskin, T. Enright, R. (2004). Intervention studies on forgiveness: A meta analysis. *Journal of Counseling and Development*, 84, 12-79.

Christensen, A., & Heavey, C. L. (1999). Interventions for couples. *Annual Review of Psychology*, 50, 90-165.

Jackson, S. M. (1998). *The influence of forgiveness on intimacy and trust in marital and committed relationship*. dissertation Abstracts International Sciences B: The Sciences & Engineering, 58 -69.

- Fincham, F. (2003). Marital conflict: Correlates, structure and context. *American psychological society, 12*, 10.
- Fincham, F., & Beach, S. (1999). Conflict in marriage: implications for working with couples. *Annual Review psychology, 50*, 47-77.
- Fincham, F., & Beach, S. (2002). Forgiveness in marriage: Implications for psychological agnation and constructive communication. *Personal Relationship, 9*, 239 – 257.
- Fincham, F., Beach, S. & Davila, J. (2004). Forgiveness and conflict resolution in marriage. *Journal of Family Psychology, 18*, 72-81.
- Fincham, F., Paleri, G., Recalia, C. (2002). Forgiveness in marriage: the role of relationship quality, attributions, and empathy. *Personal Relationships, 9*, 23-37.
- Fincham, F. D., & Steven, R. H. (2004). Forgiveness and conflict resolution in marriage. *Journal of Family Psychology, 18*, 72-81.
- Greeff, A., & Bruyne, T. (2000). Conflict management style and marital satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy, 2*, 321- 334.
- Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (2002). *Family therapy: An overview*. Canada: Thomson learning.
- Halford, W. K. (2001). *Brief couple therapy for couples*. New York: Gilford publication.
- Hunter, R. C. (1993). Forgiveness, retaliation, and paranoid actions. *Journal of Family Therapy, 23*, 167-173.
- Hill, E. (2001). Understanding forgiveness as discovery: Implications for marital and family therapy. *Contemporary Family Therapy, 23*(4).
- Kaufman, M. E. (1995). The courage to forgive. *Journal of Psychology and Christianity, 21*, 177-187.
- Rice, L. P. (1996). *Intimate relationship marriage and family*. California: Cole.
- Sells, J., & Hargrave, J. (1998). Forgiveness: Review of the theoretical and empirical literature. *Journal of Family Therapy, 20*, 21-36.
- Skinner, W. (1998). The healing paradox of forgiveness. *Journal of Family Therapy, 20*, 3-19.
- Worthington, E. L. (2000). The psychology of unforgiveness and forgiveness and implications clinical practice. *Journal of Social and Clinical Psychology, 18*, 358-418.
- Young, E. M., & Long, L. (1998). *Counseling and Therapy for Couples*. New York: Intonation Thomson publishing company.