

## «زن و مطالعات خانواده»

سال ششم - شماره بیست و چهارم - تابستان 1393

ص ص 65 - 53

تاریخ دریافت: 93/04/15

تاریخ پذیرش: 93/07/16

## بررسی تأثیر فراشناخت درمانی بر میزان رضایت زناشویی زنان

دکتر جمال عاشوری<sup>1\*</sup>

فرزانه خالقی دهنوی<sup>2</sup>

دکتر محمدرضا صفاریان<sup>3</sup>

### چکیده

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر روش فراشناخت درمانی بر میزان رضایت زناشویی زنان انجام شد. جامعه آماری این پژوهش همه زنان دارای مشکل نارضایتی زناشویی مراجعه کننده به مرکز مشاوره احیای شهر مشهد بودند. از میان آنان 40 زن به روش هدفمند، انتخاب و به طور تصادفی در 2 گروه مساوی شامل گروه های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. این مطالعه با استفاده از روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. گروه آزمایش به مدت 8 جلسه 90 دقیقه ای در معرض درمان فراشناختی قرار گرفتند. در طول مدت مداخله گروه کنترل هیچ گونه درمانی دریافت نکرد. ابزار این پژوهش پرسش نامه رضایت زناشویی انریچ بود. داده ها با روش آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس (آنکووا) تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها نشان داد که فراشناخت درمانی بر میزان رضایت زناشویی زنان مؤثر بود. به عبارت دیگر فراشناخت درمانی به طور معناداری باعث افزایش رضایت زناشویی زنان شده است. نتایج حاکی از اهمیت توجه به مداخلات فراشناختی در افزایش رضایت زناشویی زنان بود.

### واژه‌های کلیدی: فراشناخت درمانی، رضایت زناشویی، زنان

<sup>1</sup> - دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، گروه روانشناسی، اصفهان، ایران. نویسنده مسؤول

[jamal\\_ashoori@yahoo.com](mailto:jamal_ashoori@yahoo.com)

<sup>2</sup> - کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. [Farzankhalegi@yahoo.com](mailto:Farzankhalegi@yahoo.com)

<sup>3</sup> - استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران. [Reza.saffarian@iau.ac.ir](mailto:Reza.saffarian@iau.ac.ir)

## مقدمه

خانواده بنیاد اصلی جامعه است و دستیابی به جامعه سالم در گرو سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن ارتباط مطلوب با یکدیگر است. با توجه به اینکه اختلال یک عضو خانواده احتمالاً بر عملکرد سایرین نیز تاثیر منفی می گذارد و از طرف دیگر می تواند ناشی از روابط نامطلوب با سایرین به ویژه والدین باشد، در واقع فرد مشکل دار نشانه اشکال و اختلال در سیستم و کل اعضای خانواده می باشد (موسوی، فرزاد و نوایی نژاد، 1389). افزایش تعداد زوج های مشکل دار، به هم خوردن تعادل خانواده ها، مختل شدن روابط زوجین و نیز سیر صعودی آمار طلاق در سال های اخیر در ایران موجب نگرانی همه صاحب نظران جامعه شناسی و روانشناسی و مسؤولان شده است (رزاقی، نیکی جو، مومباززی و ظهراهی مسیحی، 1390). چرخه حیات خانواده به عنوان مرحله ای پیوسته شناخته شده است که هر مرحله مجموعه ای از وظایفی را در بر می گیرد که اعضای خانواده باید برای ورود به مرحله بعدی رشد آن، آنها را به طور کامل انجام دهند. شکست در انجام وظایف، منجر به ایجاد مشکلات نارضایتی می شود که در نظام خانواده زنان بیش از سایر اعضا در معرض آسیب آن قرار دارند. بنابراین توجه به خانواده و تلاش در جهت رفع مشکلات و معضلات این نظام بنیادی می تواند نوید بخش جامعه ای ارزشمند و متعالی باشد (چیه و پارک<sup>1</sup>، 2006).

نارضایتی زناشویی و طلاق را بعد از مرگ ناگهانی در خانواده، از مهمترین عوامل تنش زا و فشارزا می داند. مشکلات زناشویی در همه ازدواج ها حداقل در دوره های پس از ازدواج وجود دارد. در این زمان ها فشارهای عاطفی و عوارض جسمانی و روانی بسیاری بر زنان وارد می شود که با مداخلات به موقع، تا حد زیادی می توان آنها را کاهش داد. بنابراین توجه به خانواده و تلاش در جهت رفع مشکلات این نظام می تواند نوید بخش جامعه ای متعالی باشد (گلدنبرگ و گلدنبرگ<sup>2</sup>، 2004). رضایت زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس ناشی از رضایت و خوشبختی از یکدیگر داشته باشند. به عبارت دیگر زوجین سازگار زن و شوهرهایی هستند که از روابطشان با یکدیگر راضی اند و در زمینه مسائل گوناگون زندگی مثل گذراندن اوقات فراغت،

<sup>1</sup> . Cheah & Park

<sup>2</sup> . Goldenberg & Goldenberg

سرمایه گذاری، چگونگی ادامه زندگی، ایده ها و تصمیم برای آینده و غیره تا حد زیادی با هم اتفاق نظر دارند (گریف<sup>1</sup>، 2000).

فراشناخت درمانی<sup>2</sup> به عنوان یکی از روش های مهم در درمان اختلال ها شناخته شده اند. فراشناخت یک مفهوم چندوجهی می باشد و به دانش یا باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی اشاره دارد که افراد از آنها برای تنظیم و کنترل فرایندهای تفکر استفاده می کنند. فراشناخت های غلط به ویژه باورهای منفی به کنترل ناپذیری بیشترین همبستگی را با مجموعه ای از مقیاس های مرتبط با آسیب پذیری دارند (ولز<sup>3</sup>، 2000). باورهای ناکارآمد، علت اصلی بسیاری از اختلاف های اجتماعی به ویژه در روابط زوج های جوان است. چنین باورهایی در واقع وجود افکار نادرست و نامنطبق با واقعیت درباره خود و جهان است که یکی از عمده ترین عرصه های بروز این افکار در زندگی زناشویی است که رضایت زوجین را به مقدار زیادی کاهش می دهد (ازخوش و عسگری، 1386).

یکی از درمان های مؤثر که اخیراً برای اختلال نارضایتی مطرح شده، درمان فراشناختی ولز (2000 و 2009) می باشد. برخلاف درمان های شناختی، درمان های فراشناختی بدون توجه به محتوای اختلال، صرفاً بر باورهای فراشناختی تمرکز می کند و برای تعدیل سایر حوزه های باورها (مثل: مسؤولیت پذیری افراطی، کمال گرایی و غیره) تلاش نمی کند. باورهای نارضایتی پیامد باورهای فراشناختی نابهنجار تلقی می شوند (میرز<sup>4</sup> و ولز، 2005). در اختلال های نارضایتی، افراد ممکن است برای جلوگیری از فاجعه، افکار خود را سرکوب نمایند یا سعی می کنند به شیوه دیگری فکر کنند. باورهای فراشناختی بیماران به گونه ای است که این تصورات خطرناک اند و می توانند موجب مشکل شوند. به همین دلیل برای حفظ خود به سختی تلاش می کنند تا ذهن خود را کنترل کنند. نارضایتی در دیدگاه فراشناخت تنها یک پیامد بیمارگونه نیست، بلکه یک شیوه برانگیخته شده فعال ارزیابی و مقابله با تهدیدی است که توسط باورهای فرد ایجاد شده است (گویلیام، ولز و کارترایت هاتون<sup>5</sup>، 2004).

---

1. Greef

2. Meta-cognitive Therapy

3. Wells

4. Myers

5. Gwilliam, Wells & Cartwright-Hatton

پژوهش‌ها در زمینه فراشناخت درمانی حاکی از اثربخش بودن این روش درمانی است (موریسون<sup>1</sup> و ولز، 2003؛ گویلام و همکاران، 2004؛ فیشر<sup>2</sup> و ولز، 2008؛ ولز، ولفورد، کینگ، پاپاگورجیو، ویسلی و مندل<sup>3</sup>، 2010؛ ون در هایدن، موریس و ون در مولن<sup>4</sup>، 2012؛ ولی زاده، حسن وندی، مهرابی زاده هنرمند و افکاری، 2013؛ یوسفی و سهرابی، 1390). برای مثال مورسیون و ولز (2003) در پژوهش خود که به بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر روی زنان انجام شد به این نتیجه رسیدند که این روش درمانی باعث افزایش رضایت زناشویی آنان می‌شود. فیشر و ولز (2008) در مطالعه‌ای به صورت موردی، روی 4 نفر با هدف بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی بر اضطراب و رضایت زناشویی انجام دادند، به نتایج قابل توجهی دست یافتند. نتایج نشان داد استفاده از این راهبرد درمانی باعث کاهش اضطراب و افزایش رضایت زناشویی می‌شود. ولی زاده و همکاران (2013) در پژوهشی با عنوان اثربخشی فراشناخت درمانی گروهی بر اضطراب و باورهای رضایت زناشویی دانشجویان متأهل به این نتیجه رسیدند که این رویکرد درمانی اثربخش بوده و هم باعث کاهش اضطراب و هم باعث افزایش رضایت زناشویی شده است. همچنین یوسفی و سهرابی (1390) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی رویکردهای خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر کیفیت روابط زناشویی در مراجعان در آستانه طلاق به این نتیجه رسید که استفاده از فراشناخت درمانی باعث بهبود کیفیت و افزایش رضایت از روابط زناشویی می‌شود.

پژوهش‌های مربوط به بررسی نقش خانواده در ابتلا به انواع اختلالات عاطفی رفتاری حاکی از آن است که ریشه بسیاری از اختلالات را باید در نظام خانواده و در تعارضات زناشویی جستجو کرد. با توجه به مباحث مطرح شده فراشناخت درمانی می‌تواند به تغییر و اصلاح الگوهای ارتباطی زنان منجر شود. در نتیجه اختلافات عاطفی میان زوجین کاهش یافته و امکان بازگشت مجدد بیماری به علت تغییر شرایط نامطلوب و تبدیل آن به شرایط مطلوب خانواده از بین می‌رود. با توجه به اینکه رضایت زناشویی زنان اهمیت فراوانی در تداوم زندگی دارد، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر فراشناخت درمانی بر میزان رضایت زناشویی زنان انجام شد. بنابراین این پژوهش در پی

<sup>1</sup> . Morrison

<sup>2</sup> . Fisher

<sup>3</sup> . Wells, Welford, King, Papageorgiou, Wisely & Mendel

<sup>4</sup> . Van der Heiden, Muris & Van der Molen

پاسخگویی به این سؤال می باشد: آیا فراشناخت درمانی بر میزان رضایت زناشویی زنان تأثیر دارد؟

## ابزار و روش

جامعه آماری این پژوهش همه زنان دارای مشکل نارضایتی زناشویی مراجعه کننده به مرکز مشاوره احیای شهر مشهد در نیمه دوم سال 1392 (مهر تا اسفند) به تعداد آنان 73 نفر بود. از میان آنان 40 زن که نمره رضایت زناشویی آنان بین 80 تا 100 (عدم رضایت نسبی از روابط زناشویی) و یا پایین تر (نارضایتی شدید از روابط زناشویی) بود به روش هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه مساوی شامل گروه های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برای کنترل متغیرهای مزاحم این پژوهش با استفاده از روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. پس از اجرای پیش آزمون (پرسشنامه انریچ)، مداخله فقط بر روی گروه آزمایش اجرا و گروه کنترل هیچ گونه درمانی دریافت نکرد و در لیست انتظار برای درمان قرار گرفت. گروه آزمایش 8 جلسه 90 دقیقه ای درمان فراشناختی دریافت کرد. در نهایت هر دو گروه پرسشنامه رضایت زناشویی را تکمیل کردند. در نهایت داده ها با روش آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند و برای این منظور از نرم افزار SPSS-19 استفاده شد.

ابزار: پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ<sup>1</sup>: این پرسشنامه توسط اولسون و فاورز<sup>2</sup> (1989) طراحی شده است که فرم اصلی این ابزار 115 سوالی و فرم کوتاه آن 47 سوالی است. در این پژوهش از فرم کوتاه آن استفاده شد که سلیمانیان (1373) آن را هنجار کرد. این ابزار با استفاده از مقیاس درجه ای لیکرت از یک تا پنج (1=کاملاً مخالفم، 5=کاملاً موافقم) نمره گذاری می شود. حداکثر نمره آزمودنی در این ابزار برابر با 235 است. ضمناً سوالات 4، 6، 8، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 30، 31، 32، 33، 35، 37، 38، 39، 40، 41، 42، 43، 45، 46، 47 به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. اولسون و فاورز (1989) اعتبار آن را با روش آلفای کرونباخ 0/95

<sup>1</sup>. ENRICH (Evaluation & Nurturing Relationship Issues Communication and Happiness)

<sup>2</sup>. Olson & Fowers

و روایی آن را با پرسشنامه سازگاری زوجین 0/92 گزارش کردند. همچنین سلیمانیان (1373) اعتبار آن را با روش آلفای کرونباخ 0/93 گزارش کرد.

شیوه ی اجرا: گروه آزمایش 8 جلسه 90 دقیقه ای درمان فراشناختی دریافت کرد. شایان ذکر است که پیش از مداخله و پس از مداخله گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ رضایت زناشویی مورد ارزیابی قرار گرفتند. فرایند مداخله در گروه فراشناخت درمانی به این صورت بود که از راهبردهای محقق ساخته استفاده شد. این راهبردها از تلفیق نظریه شش کلاه تفکر دبونو<sup>1</sup> و فراشناخت درمانی ولز (2000) به دست آمده است. همچنین در این روش از دو راهبرد به تعویق انداختن نگرانی و تغییر توجه نیز استفاده شده است. در ادامه محتوی جلسات فراشناخت درمانی به تفکیک توضیح داده می شوند و سپس به صورت خلاصه در جدول 1 آورده می شوند. در جلسه اول به ایجاد امید و رابطه همدلانه و آشنایی با درمان پرداخته و سپس مشکل مراجعان در قالب مدل فراشناخت درمانی صورت بندی شد. همچنین به هر مراجع بسته ای داده شد که در آن بروشورها و خلاصه جلسات موجود بود. در جلسه دوم پس از مرور جلسه قبل و بازخورد به مراجعان، استفاده از کلاه سفید آموزش داده شد. با این راهبرد افراد به شناسایی نگرانی و نشخواری فکری خود می پردازند، بدون اینکه آنها را تفسیر کنند.

در جلسه سوم درباره راهبرد به تعویق انداختن نگرانی و تغییر توجه آموزش داده شد. برای به تعویق انداختن نگرانی، افراد خود را مانند موبایلشان در حالت سایلنت (سکوت) قرار می دهند، تا اینکه به پیامها اهمیت ندهند و توجه خود را از موقعیت چالش انگیز به موضوع دیگری تغییر می دهند. در جلسه چهارم استفاده از کلاه قرمز آموزش داده شد. افراد با استفاده از کلاه قرمز احساسات و هیجانات را برای خود بازگو می کنند و در عین حال سعی می کنند فکر نکنند که چرا این احساس شکل گرفته است و یا اینکه نتیجه این احساس چه خواهد شد.

در جلسه پنجم استفاده از کلاه های زرد و سیاه آموزش داده شد. تفکر کلاه زرد مثبت و سازنده است. کلاه زرد سمبل نور خورشید، روشنایی و خوش بینی است و به عنوان قضاوت مثبت در نظر گرفته می شود. در واقع کلاه زرد به این سؤال پاسخ می دهد که اگر فرض کنیم تمامی موانع برای رفع موقعیت چالش انگیز شما برطرف شده باشد، شما دارای چه فرصتها، مزایا و توانمندی هایی خواهید شد. مراجعان با استفاده از

<sup>1</sup> . Debono

کلاه سیاه یاد می گیرند موانع موجود در راه رسیدن به هدف را شناسایی کنند. در جلسه ششم استفاده از کلاه سبز آموزش داده شد. افراد با استفاده از این راهبرد یاد می گیرند راه حل جدیدی برای مقابله با موقعیت های چالش انگیز خلق کنند. در جلسه هفتم استفاده از کلاه آبی آموزش داده شد. کلاه آبی با هدف مدیریت، نظارت و کنترل دیگر کلاه ها به کار می رود و مؤثرترین عمل در درمان فراشناختی است. در جلسه هشتم یک بار دیگر موضوعات مطرح شده در جلسات گذشته مرور شد و در پایان میزان رضایت زناشویی مراجعان اندازه گرفته شد.

### جدول (1) - محتوی جلسات فراشناخت درمانی

| جلسات      | محتوی جلسات   |
|------------|---|
| جلسه اول   | ایجاد روابط همدلانه و صورت بندی مشکل در قالب مدل فراشناخت درمانی                              |
| جلسه دوم   | آموزش استفاده از کلاه سفید جهت شناسایی نگرانی و نشخوار فکری بدون تفسیر آنها                   |
| جلسه سوم   | آموزش راهبردهای به تعویق انداختن نگرانی و تغییر توجه  |
| جلسه چهارم | آموزش استفاده از کلاه قرمز جهت بیان کردن هیجانات و بررسی نتیجه و دلیل شکل گرفتن هیجانات       |
| جلسه پنجم  | آموزش استفاده از کلاه زرد و سیاه جهت آموزش خوش بینی و قضاوت مثبت و شناسایی موانع رسیدن به هدف |
| جلسه ششم   | آموزش استفاده از کلاه سبز جهت خلق راه حل های جدید برای مقابله با موقعیت های چالش انگیز        |
| جلسه هفتم  | آموزش استفاده از کلاه آبی جهت کنترل، نظارت و مدیریت دیگر راه حل ها                            |
| جلسه هشتم  | مرور جلسات گذشته و ارزیابی میزان رضایت زناشویی  |

### یافته ها

شرکت کنندگان 40 زن شهر مشهد با دامنه سنی 30-40 و میانگین سنی 33/97 سال بودند. این زنان از زمینه اجتماعی - اقتصادی - تحصیلی متوسط انتخاب شدند. پیش از انجام تحلیل فرضیه های پژوهش به روش تحلیل کوواریانس، پیش فرض های تحلیل کوواریانس مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف معنادار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برقرار است. همچنین نتایج آزمون لوین معنادار بود ( $sig=0/177$ ) که این یافته حاکی از آن است که فرض همگنی واریانس ها تأیید می شود. علاوه بر آن فرض همگنی شیب های رگرسیون به عنوان مفروضه دیگر تحلیل کوواریانس تأیید شد. چون پیش فرض های تحلیل کوواریانس برقرار بود، برای تحلیل می توان از روش تحلیل کوواریانس استفاده کرد. در جدول 2

شاخص های آماری، تعداد، میانگین و انحراف استاندارد برای رضایت زناشویی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است.

جدول (2)- تعداد، میانگین و انحراف معیار رضایت زناشویی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون

| مرحله     | موقعیت | تعداد | میانگین | انحراف معیار |
|-----------|--------|-------|---------|--------------|
| پیش آزمون | آزمایش | 20    | 89/37   | 12/23        |
|           | کنترل  | 20    | 91/64   | 12/25        |
| پس آزمون  | آزمایش | 20    | 164/93  | 15/47        |
|           | کنترل  | 20    | 92/86   | 12/04        |

یافته های جدول 2 نشان داد که میانگین و انحراف معیار رضایت زناشویی در مرحله پیش آزمون برای گروه آزمایش  $89/37 \pm 12/23$  و برای گروه کنترل  $91/64 \pm 12/25$  و در مرحله پس آزمون برای گروه آزمایش  $164/93 \pm 15/47$  و برای گروه کنترل  $92/86 \pm 12/04$  بود. بین نمرات رضایت زناشویی گروه های آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری مشاهده نشد. برای مقایسه رضایت زناشویی گروه های آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول 3 گزارش شده است.

جدول (3)- نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین نمره های پس آزمون رضایت زناشویی

| منبع            | SS         | df | MS       | F     | Sig   | $\eta^2$ |
|-----------------|------------|----|----------|-------|-------|----------|
| پیش آزمون       | 82/714     | 1  | 82/714   | 0/411 | 0/525 | 0/011    |
| گروه            | 1707/003   | 1  | 1707/003 | 8/492 | 0/006 | 0/191    |
| پیش آزمون* گروه | 398/283    | 1  | 398/283  | 1/981 | 0/168 | 0/052    |
| خطا             | 7236/689   | 36 | 201/019  |       |       |          |
| کل              | 696210/000 | 40 |          |       |       |          |

یافته های جدول 3 نشان داد که بین میانگین رضایت زناشویی گروه های آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر فراساخت درمانی در گروه آزمایش باعث افزایش رضایت زناشویی زنان شده است. همچنین با



توجه به مجذور اتا گزارش شده در جدول 2 می توان بیان کرد که 19 درصد از تغییرات مربوط به بهبود رضایت زناشویی در گروه آزمایش ناشی از مداخله آموزشی است.

## بحث و نتیجه گیری

افزایش تعداد زوج های مشکل دار، به هم خوردن تعادل خانواده ها، مختل شدن روابط زوجین و نیز سیر صعودی آمار طلاق در سال های اخیر در ایران موجب نگرانی همه صاحب نظران جامعه شناسی و روانشناسی و مسؤولان شده است. نارضایتی زناشویی و طلاق بعد از مرگ ناگهانی در خانواده، از مهمترین عوامل تنش زا و فشارزا می داند. مشکلات زناشویی فشارهای عاطفی و عوارض جسمانی و روانی بسیاری بر زنان وارد می شود که با مداخلات به موقع تا حد زیادی می توان آنها را کاهش داد. این پژوهش در زنان شهر مشهد که به مرکز مشاوره احیاء مراجعه کردند، انجام شد. نتایج نشان داد فراشناخت درمانی در افزایش رضایت زناشویی مؤثر بود. نتایج این پژوهش با پژوهش های (موریسون و ولز، 2003؛ گویلام و همکاران، 2004؛ فیشر و ولز، 2008؛ ولز و همکاران، 2010؛ ون در هایدن و همکاران، 2012؛ ولی زاده و همکاران، 2013؛ یوسفی و سهرابی، 1390) همسو بود. برای مثال ولی زاده و همکاران (2013) در پژوهشی با عنوان اثربخشی فراشناخت درمانی گروهی بر اضطراب و باورهای رضایتی دانشجویان متأهل مانند پژوهش حاضر به این نتیجه رسیدند که این رویکرد درمانی اثربخش بوده و باعث افزایش رضایت زناشویی شده است. همچنین یوسفی و سهرابی (1390) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی رویکردهای خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر کیفیت روابط زناشویی در مراجعان در آستانه طلاق به این نتیجه رسید که استفاده از فراشناخت درمانی باعث بهبود کیفیت روابط و افزایش رضایت زناشویی می شود.

نتایج یافته ها نشان می دهد که میان گروه فراشناخت درمانی و گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. یکی از دلایل موفقیت درمان فرشناختی به نوع مشکلات آنها مربوط بوده است که عمدتاً مشکلات بین فردی به ویژه در ارتباط با همسر خود بوده اند. لذا درمان فرشناختی با حل این تعارض های میان فردی از طریق آموزش فنونی مانند شناسایی افکار و احساسات منفی، به تعویق انداختن نگرانی و تغییر توجه، بازگویی احساسات و هیجانات، قضاوت مثبت، بررسی راه های رسیدن به

هدف و مقابله با چالش‌ها، خلق راهکار برای مقابله با موقعیت‌های چالش‌انگیز و مدیریت رفتار به زنان کمک کرده است تا نه تنها با مشکلات موجود به شیوه‌ای کارآمد و مناسب مقابله کنند، بلکه از مواجهه با هر نوع مشکل احتمالی دیگر نیز پیشگیری کنند به ویژه در مداخله‌های خانوادگی فراشناخت درمانی تاکید زیادی بر اصلاح الگوهای باور و تفکر غیرمنطقی و انتظارات غیر واقع‌نگر می‌شود. همچنین زنان در برنامه آموزشی یاد گرفتند با بیان افکار و احساساتشان همراه با گوش دادن مؤثر، به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی، تحریف‌های شناختی و اسطوره‌های زندگی زناشویی و چهارچوب دهی مجدد معنای مثبتی برای رویدادها و قایع زندگی بیابند.

دلیل دیگری که در موفقیت درمان فراشناختی می‌توان گفت این است که در جریان درمان فراشناختی مراجعان مشارکت فعالانه‌ای داشتند که توانستند نظرات خود را به نحو شفاف و واضح بیان و ابراز وجود کنند. هنگامی که روابط یک نفر از لحاظ عاطفی تغییر کند، می‌تواند در دیگر تغییر ایجاد کند. مثلاً هنگامی که زن تغییر کند و به موضع انعطاف پذیرانه تری در ابراز عاطفه متمایل شود، مرد و سایر اعضای خانواده نیز مهربان‌تر پاسخ می‌دهند که این امر در نهایت سبب افزایش رضایت زناشویی زنان می‌شود. همچنین یکی از مهمترین اهداف درمان فراشناختی این است که افراد مشکل را به گونه‌ای دیگر ببینند یعنی خود را از مشکل جدا دانسته و با فاصله گرفتن از افکار به ویژه افکار منفی، بهتر بتوانند افکار و اندیشه‌های خود را ارزیابی کنند. مسلماً کاربرد این نحوه تفکر و بیرونی کردن مشکل در حیطه‌های ارتباط از جمله ارتباط صمیمی، وظایف، عشق، کیفیت روابط جنسی و زناشویی و سایر حیطه‌ها مؤثر بوده و باعث می‌شود که جنگ و جدال و مقصر دانستن یکدیگر کمتر شود و از روابط زناشویی خود احساس رضایت بیشتری کنند.

دست‌آورد این پژوهش اینکه فراشناخت درمانی باعث افزایش رضایت زناشویی زنان می‌شود. با توجه به نقش فراشناخت درمانی در افزایش رضایت زناشویی باید مشاوران و متخصصان در زمینه روش‌های درمانی و بهداشت روانی به این روش‌ها توجه نمایند. با کمک به مراجعان جهت افزایش استفاده از روش مذکور می‌توان این امیدواری را داشت که افراد بهتر بتوانند خود را با شرایط زندگی سازگار کنند و از زندگی با همسر خود احساس رضایت بیشتری کنند. بنابراین مشاوران و درمانگران می‌توانند از این روش

برای حل مشکلات خانواده ها و افزایش رضایت زناشویی استفاده کنند تا تحکیم بنیان خانواده را تضمین کنند و در نهایت جامعه ای سالم داشته باشند.

هر چند در این پژوهش سعی شده است تا با انتخاب تصادفی گروه ها، متغیرهای مزاحم و سوگیری های احتمالی کم شود، اما مهمترین محدودیت این پژوهش منحصر شدن نمونه های آن به جنس مؤنث است، محدودیتی که شاید به دلیل کثرت زنان دارای مشکل سازگاری و رضایتی در جامعه آماری باشد. محدودیت دیگر مطالعه حاضر استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی برای سنجش رضایت زناشویی است. بسیاری از این ابزارها ممکن است پاسخ هایی را جمع آوری کنند که دیگران فکر می کنند باید درست باشد. افراد ممکن است خویشتن نگری کافی نداشته باشند و مسؤولانه به گویه ها پاسخ ندهند. علاوه بر آن ابزارهای خودگزارش دهی ممکن است مشارکت کنندگان را به استفاده از شیوه های مبتنی بر تأیید اجتماعی و اجتناب از بدنامی ترغیب کند. پیشنهاد می شود این پژوهش در بین مردان نیز صورت گیرد تا بتوان در تعمیم نتایج و تأثیر این روش درمانی با دقت و اطمینان بیشتری بحث کرد. همچنین می توان روش درمانی این پژوهش را با سایر روش های درمانی مثل خانواده درمانی، معنویت درمانی، درمان رفتاری، درمان شناختی، درمان شناختی - رفتاری و غیره مقایسه کرد.

## منابع:

- ازخوش، منوچهر؛ عسگری، علی (1386)، اندازه گیری باورهای غیرمنطقی در روابط زناشویی: استاندارد سازی پرسشنامه باورهای ارتباطی. فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، 4(14)، 137-153.
- سلیمانیان، علی اکبر (1373)، بررسی رابطه باورهای غیر منطقی با رضایتمندی زناشویی دانشجویان متأهل. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تربیت معلم.
- رزاقی، نرگس؛ نیکی جو، معصومه؛ موجمبازی، آدیس کراسکیان؛ ظهرابی مسیحی، آرینه (1390)، رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت با رضایت زناشویی. فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، 7(27)، 177-269.
- موسوی، رقیه؛ فرزاد، ولی الله؛ نوابی نژاد، شکوه (1389)، تعیین اثر خانواده درمانی ساختاری در در مان اختلالات اضطرابی کودکان. مجله دانشور رفتار، سال 17، شماره 40، 1-10.
- یوسفی، ناصر؛ سهرابی، احمد (1390)، مقایسه اثربخشی رویکردهای خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر کیفیت روابط زناشویی در مراجعان در آستانه طلاق. مجله مشاوره و روان درمانی خانواده، 1(2)، 192-211.
- Cheah, C. H., & Park, S. Y. (2006), Sout Korean mother's beliefs regarding aggression and social withdrawal in preschoolers. *Early Childhood Research quarterly*, 21, 61-75.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008), Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(2), 117-132.
- Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2004), *Family Therapy* (5th Ed.). Peacock Publishers.
- Greef, P. A. (2000), Characteristics of families that function well. *Journal of family issues*, 21(1), 274-289.
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004), Does meta-cognition or responsibility predict obsessive compulsive symptoms: a test of the metacognitive model? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 137-144.

- 
- 
- Morrison, A. P., & Wells, A. (2003), A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 251-256.
  - Myers, S. G., & Wells, A. (2005), Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(7), 806-817.
  - Olson, D. H., & Fowers, B. J. (1989), Predicting marital success with prepare: A predictive validity study. *Journal of marital and family therapy*, 12(2), 403- 413.
  - Valizade, M., Hasanvandi, S., Mehrabizade Honarmand, M., & Afkar, A. (2013), Effectiveness of group metacognitive therapy for students metacognitive beliefs and anxiety. *Social and Behavioral Sciences*, 84, 1555-1558.
  - Van der Heiden, C., Muris, P. T., & Van der Molen, H. (2012), Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Research & Therapy*, 50(2), 100-119.
  - Wells, A. (2000), *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
  - Wells, A. (2009), *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
  - Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J., & Mendel, E. (2010), A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 48, 429-434.

