ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e9

Journal of Police Medicine

ORIGINAL ARTICLE OPEN ACCESS

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Communication Patterns, Marital Commitment, and Emotional Adjustment in Married Women

Nasim Jahansari[1], Naeimeh Moheb[1*]

[1] Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences, Tabriz Medical Science Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

ABSTRACT

AIMS: This study was conducted to investigate the effectiveness of cognitive–behavioral therapy on communication patterns, marital commitment, and emotional adjustment in couples.

MATERIALS AND METHODS: The method of this study was quasi-experimental, and a two-group experimental–control research design with pretest and posttest was used. The statistical population of this study included all married women in Tabriz with low communication patterns, marital commitment, and emotional adjustment. The sample consisted of 30 married women who had referred to a counseling center, and purposive sampling was used to select them. They were then randomly divided into two groups: an experimental group of 15 participants and a control group of 15 participants. An eight-session program was implemented for the experimental group. The intervention used in this study was cognitive–behavioral therapy. Data-collection instruments included the Communication Patterns Questionnaire developed by *Ritchie* and *Fitzpatrick* (1990), the Marital Commitment Questionnaire developed by *Adams* and *Jones* (1997), and the Emotional Adjustment Questionnaire developed by *Spanier* (1976). The data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) at a significance level of 0.05.

FINDINGS: The results of the analysis of covariance showed that the difference between the experimental and control groups was significant overall with respect to the scores of the dependent variables. The mean scores for personal commitment (M=37.26, SD=1.71), moral commitment (M=34.57, SD=1.12), and structural commitment (M=64.80, SD=3.16) at posttest showed improvement compared with the mean scores for personal commitment (M=17.71, SD=1.32), moral commitment (M=21.20, SD=3.02), and structural commitment (M=41.22, SD=3.65) at pretest. The mean scores for marital satisfaction (M=18.60, SD=2.47), dyadic correlation (M=8.87, SD=1.58), dyadic agreement (M=27.47, SD=2.99), and expression of affection (M=5.13, SD=1.40) at posttest increased compared with the mean scores for marital satisfaction (M=29.13, SD=5.68), dyadic correlation (M=15.00, SD=3.50), dyadic agreement (M=34.07, SD=3.41), and expression of affection (M=2.27, SD=3.51) at pretest. In addition, the mean scores for conversational orientation (M=35.60, SD=2.19) and conformity orientation (M=24.60, SD=1.68) at posttest were higher than the corresponding pretest means of 27.13 (SD=2.32) and 17.53 (SD=1.88). The results showed that 97.6% of the variance in personal commitment, 98.0% of the variance in moral commitment, and 93.2% of the variance in structural commitment were attributable to the experimental condition ($p<0.001$). In addition, 63.5% of the variance in marital satisfaction, 59.3% of the variance in dyadic correlation, 47.2% of the variance in dyadic agreement, and 25.3% of the variance in expression of affection were attributable to the experimental condition ($p<0.001$). Furthermore, the results of the analysis of covariance showed that 77.1% of the variance in conversational orientation and 92.7% of the variance in conformity orientation were attributable to the experimental condition ($p<0.001$).

CONCLUSION: Based on the findings, it can be concluded that cognitive–behavioral therapy can help improve communication patterns, marital commitment, and emotional adjustment in couples and contribute to improved marital satisfaction.

KEYWORDS: **Cognitive–behavioral therapy**; **Couple therapy**; **Communication**; Marital commitment; **Emotional adjustment**; **Spouses**.

How to cite this article:

Jahansari N., Moheb N.. *The effectiveness of cognitive behavioral couple therapy on communication patterns, marital commitment, and emotional adjustment in couples*. J Police Med. 2025;14:e9.

***Correspondence:**

Address: Ahar Junction, Basmenj Road, Islamic Azad University, Tabriz Medical Sciences Branch. Postal Code: 5159115705.
eMail: **n.jahansari@gmail.com**

Article History:

Received: 01/06/2024
Accepted: 27/12/2024
ePublished: 26/03/2025

Copyright © 2025, Journal of Police Medicine | This open access article is licensed under a *Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License*

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

INTRODUCTION

Marriage is the foundation of family formation and is widely recognized as the highest form of social institution for meeting the emotional and security needs of adults. Although a satisfactory marriage is regarded as an important determinant of societal mental health, when marriage and family life create unfavorable conditions for satisfying the psychological needs of spouses, mental health is not achieved; rather, negative and sometimes irreversible consequences may result [1]. Marriage is one of the most important social and intimate relationships in human life. Among the significant dimensions of a marital relationship are sexual satisfaction and marital adjustment, both of which spouses experience within marriage. The family, as a social unit, encompasses the most extensive, profound, and fundamental human relationships and is formed on the basis of marriage and marital life. Overall, marriage may be understood as a relationship characterized by unique breadth and integrity, incorporating biological, emotional, psychological, economic, and social dimensions [2].

As one of the most important social institutions and a major influence on personality development, the family operates according to particular rules and principles and assigns diverse roles to its members. The fundamental value of the family derives from the network of relationships created among its members. One of the most important family-related constructs is family communication patterns. A family communication pattern refers to the communicative structure of family life, defined by how family members relate to one another, what they say and do, and the meanings they attribute to these interactions [3]. In general, the concept of family communication patterns, or family communication schemas, refers to a scientific representation of the observable family system based on how members communicate, what they say and do, and the meanings they assign to these interactions [3]. Two underlying dimensions of family communication patterns are conversation orientation and conformity orientation. Conversation orientation refers to the extent to which families create an intimate environment in which all members are encouraged to participate freely and comfortably in interaction, discussion, and the exchange of views on a wide range of topics. In such families, diverse and differing opinions are accepted, and children may disagree with their parents while maintaining respect for them [4]. *Parsa* examined the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in reducing marital conflict and improving the marital relationships of depressed couples attending psychological clinics in Rasht. The findings showed that cognitive-behavioral therapy was effective in reducing marital conflict and improving the relationships of these couples [5].

One of the most important factors affecting marital satisfaction is marital commitment. Marital commitment refers to an individual's attachment, loyalty, and willingness to make sacrifices for a spouse or life partner. Commitment in married life makes trust and intimacy possible. Studies indicate a positive correlation between sexual satisfaction and marital commitment. Sexual satisfaction within marriage is now recognized as a bidirectional variable and an appropriate indicator of marital stability. In general, couples who experience lower sexual satisfaction in their marriage may seek relief through divorce; however, there are circumstances in which one partner is dissatisfied with the marriage yet tolerates the situation because of a high level of marital commitment [6].

Gorjian et al. concluded that emotionally focused couples therapy and Dattilio's cognitive-behavioral couples therapy were effective in improving stress symptoms, cognitive emotion regulation, and trust in marital relationships at both the post-test and follow-up stages [7].

One issue that should be examined in relation to marital commitment is the emotional adjustment of couples. Emotional adjustment refers to the resilience of mental health in the face of existing pressures, personal satisfaction with life, the experience of positive affect, and the creation of harmony among emotions, thoughts, and behavior. For couples, adjustment means that they generally experience satisfaction and happiness. Acceptance, mutual interest, caring for one another, mutual understanding, and efforts to meet each other's needs can foster adjustment in marriage [8]. Adjustment develops gradually throughout married life. Achieving it requires spouses to understand each other's personality characteristics, share compatible preferences, and establish behavioral principles for their relationship [9]. Couples who lack adequate adjustment encounter difficulties when facing marital challenges and the minor and major problems of daily life; they may also struggle to regulate their emotions and respond appropriately. Such individuals may behave in a highly passive manner or display considerable irritability [10].

Taheri and *Mahvi-Shirazi* found that strengthening positive psychological characteristics, together with the use of conflict-resolution strategies and healthy relationship practices, can enhance an individual's ability to manage different situations and ultimately improve marital adjustment [11].

Today, interest in nonpharmacological approaches to reducing psychological problems within families is increasing. One such approach is cognitive-behavioral therapy. Cognitive-behavioral therapy is based on the assumption that when an individual's irrational or negative thinking is corrected, behavior will consequently change. In couples therapy, the aim of cognitive-behavioral therapy is to challenge spouses' inaccurate thoughts about one another and about their relationship [12].

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

Cognitive-behavioral therapy is a psychotherapeutic system that seeks to reduce emotional reactions and self-damaging behaviors by correcting the defective or erroneous thinking and maladaptive beliefs underlying them [12]. This therapeutic approach is a structured form of psychotherapy designed to reduce symptoms and help patients learn more effective ways to cope with problems that cause distress. A defining feature of this approach is that all therapeutic efforts are directed toward problem solving [13].

In its specific and limited sense, the term cognitive-behavioral refers to a comprehensive therapeutic approach developed and formulated by *Aaron T. Beck* et al. According to *Beck*, emotional distress is not produced by mysterious and impenetrable forces; rather, it often results from errors in learning, faulty inferences, and an inability to distinguish imagination from reality. At times, a person becomes depressed without any identifiable external cause. In such cases, it can reasonably be concluded that a cognitive process—that is, a thought or memory—has contributed to the depression. Misinterpretations may sometimes become habitual and occupy the individual's mind to such an extent that the person is unaware of them. Patients may also distort tangible and objective reality; for example, a paranoid patient may believe that everyone intends to harm them, whereas a depressed patient may think that they are incapable of reading, writing, or even driving. In other cases, a patient may hold an irrational belief. For instance, a depressed patient who notices a leaking faucet, a malfunctioning gas-stove pilot, or a loose stair may conclude that the house is unsuitable for living [14].

Ajideh, *Beyrami*, and *Hashemi* demonstrated that integrative cognitive-behavioral therapy is effective in improving marital satisfaction and couples' intimacy among maladjusted couples [15]. *Dehghani*, *Goshtasbi*, and *Pouladi* also found that cognitive therapy reduces negative beliefs and increases emotional adjustment and marital satisfaction among couples seeking divorce [16]. *Shahbazfar*, *Zarei*, and *Haji-Alizadeh* showed that, across all dimensions of couples' emotional needs and marital quality, a cognitive-behavioral counseling approach can be effective [17].

Given the limited information and research on the effectiveness of cognitive-therapy interventions for communication patterns, marital commitment, and couples' emotional adjustment, as well as the lack of educational interventions aimed at enhancing these variables, the researcher concluded that an appropriate intervention should be implemented to contribute to this field and enrich the available evidence, thereby facilitating future research. This study sought to answer whether cognitive-behavioral therapy is effective in improving communication patterns, marital commitment, and emotional adjustment among couples. Accordingly, the study was conducted to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on communication patterns, marital commitment, and emotional adjustment in married women.

MATERIALS & METHODS

This study used a quasi-experimental design with two groups—experimental and control—and included pretest and posttest assessments. The design is presented schematically in **Table 1**.

Table 1) Summary of the Study Design

Group	Pretest	Independent Variable	Posttest
Experimental	T1	Cognitive-behavioral therapy	T2
Control	T1	—	T2

The statistical population consisted of all married women with low levels of communication patterns, marital commitment, and emotional adjustment who attended couples counseling centers in Tabriz in 2025. Because this was an intervention study, participants were selected if their scores on communication patterns, marital commitment, and emotional adjustment were one standard deviation below the mean. Consequently, the sample was limited and was selected purposively. The study sample comprised 30 married women from the target population. The selected participants were then allocated by lottery to two groups: an experimental group of 15 participants and a control group of 15 participants. An eight-session intervention program was administered to the experimental group. It should be noted that the couples selected for the study had scores on the communication-patterns, marital-commitment, and emotional-adjustment measures that were one standard deviation below the mean. Inclusion criteria were at least a high-school diploma and being married. Exclusion criteria included severe mental illness, substance use, any condition preventing the participant from responding to the auditory or written tasks associated with psychological interventions, and the use of medication likely to substantially affect mood.

Data were collected using standardized instruments, including the Communication Patterns Questionnaire, the Marital Commitment Questionnaire, the Emotional Adjustment Questionnaire, and a cognitive-behavioral therapy intervention package.

Communication Patterns Questionnaire: The purpose of the Family Communication Patterns Questionnaire developed by Ritchie and Fitzpatrick (1990) is to investigate relationships among the dimensions of family communication patterns—conversation orientation and conformity orientation—and their relationship to family structure. The questionnaire assesses respondents' agreement or disagreement with 26 items concerning the communication patterns in their family on a five-point scale. A

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

score of 4 indicates strong agreement, whereas a score of 0 indicates strong disagreement. The first 15 items assess conversation orientation, and the remaining 11 items assess conformity orientation. Each participant obtains two scores from the instrument. A higher score on either scale indicates that the participant perceives greater conversation orientation or conformity orientation, respectively, in their family. The Kaiser–Meyer–Olkin coefficient was 0.852, indicating adequate sampling for the correlation matrix. Bartlett's test of sphericity was 498.231 and was statistically significant at $p<0.05$. The revised Family Communication Patterns instrument demonstrated content validity [18]. Regarding criterion validity, different family types and the underlying dimensions of their typology were shown to correlate with theoretically related measures [67]. In another study, Ritchie and Fitzpatrick reported test–retest reliability across three different age groups after a three-week interval; the coefficient was close to 1.00 for conversation orientation and ranged from 0.73 to 0.93 for conformity orientation [3].

Marital Commitment Questionnaire: The Marital Commitment Questionnaire measures individuals' commitment to their spouse and marriage and assesses its various dimensions. Developed by *Adams* and *Jones* (1997) for research purposes, the instrument measures three dimensions of marital commitment: (1) personal commitment, or commitment to the spouse based on the spouse's attractiveness; (2) moral commitment, or commitment to the marriage based on the sanctity and respect accorded to the marital relationship; and (3) structural commitment, or commitment to the spouse and marriage based on a perceived obligation to continue the marriage or fear of the consequences of divorce. The questionnaire contains 43 items. Each item is rated on a five-point scale—strongly disagree, disagree, undecided, agree, and strongly agree—with scores ranging from 1 to 5. A score of 5 is assigned to strongly agree and a score of 1 to strongly disagree [19]. To establish the questionnaire's reliability and validity, *Adams* and *Jones* administered it in six studies to 416 married individuals, 346 single individuals, and 47 divorced individuals. In these studies, correlations between individual items and the total score were high and statistically significant, and the dimensions of the questionnaire received substantial empirical and theoretical support. Adams and Jones reported reliability coefficients of 0.91 for personal commitment, 0.89 for moral commitment, and 0.86 for structural commitment in the aforementioned sample. In a preliminary study conducted by *Abbasi Molid* [20], the validity and reliability of the questionnaire were examined

Table 2) Description of the Cognitive-Behavioral Therapy Intervention Sessions (Palmo, 2020)

Session	Objective	Content	Homework
1	Establishing a therapeutic relationship, familiarizing participants with the study, and administering the pretest	Introductions and orientation; explaining the research objectives, study procedures, number of sessions, and rules and regulations of the educational group; administering the pretest	Participants identify their personal goals for taking part in the research project
2	Self-awareness	Reviewing the previous session's homework and discussing participants' goals for taking part in the study; enhancing self-awareness and understanding of personal characteristics, needs, wants, goals, values, and identity	Identifying and recording positive and negative characteristics, needs, wants, and values
3	Identifying and modifying cognitive distortions	Reviewing the previous session's homework and discussing participants' difficulties with self-awareness, needs, and wants; introducing the relationship among thoughts, emotions, and behavior; introducing automatic thoughts and cognitive distortions; and challenging cognitive distortions	Keeping a daily record of events, thoughts, and subsequent emotions, and identifying cognitive distortions
4	Introducing the concept of attribution	Reviewing the previous session's homework and discussing identified cognitive distortions and their effects on clients' thoughts, emotions, and behavior; introducing attribution; examining the causes of misinterpretations; and teaching methods for modifying attributions	Identifying attributions related to distressing life events and attempting to modify inaccurate attributions
5	Introducing problem-solving skills	Reviewing the previous session's homework; discussing the effects of changing attributions on clients' emotions, thoughts, and behavior; and teaching problem-solving skills, including defining the problem, generating alternative solutions, evaluating solutions, selecting and implementing the preferred solution, and evaluating the implemented solution	Selecting one problem faced by the client and applying problem-solving skills to it
6	Introducing communication and negotiation skills	Reviewing the previous session's homework and discussing the effects of applying problem-solving skills in personal and social life; defining communication and its elements; introducing effective communication skills and their characteristics; and teaching effective negotiation and conflict-resolution methods	Practicing effective communication during the week and reviewing its consequences
7	Introducing assertive behavior	Reviewing the previous session's homework and discussing the effects of applying effective communication methods in personal and social life; introducing assertive behavior; and conducting practical activities and role-play to teach this skill	Practicing assertive behavior during the week and reviewing its consequences
8	Summarizing the sessions and administering the posttest	Providing a summary of the educational sessions and reviewing the skills taught; discussing the therapist's and program's strengths and weaknesses; obtaining feedback from participants; administering the posttest; and concluding the sessions	

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

in Iran; the reliability coefficients for the moral-commitment subscale across two assessments were 0.83 and 0.76, respectively [20].

Emotional Adjustment Questionnaire: In this study, the Dyadic Adjustment Scale developed by Graham Spanier (1976) was used to collect information on emotional adjustment. Couples completed the questionnaire before and after the intervention. This 23-item instrument evaluates the quality of a marital relationship from the perspective of either spouse or both partners living together. It was developed for two purposes. By calculating the total score, it can be used to measure overall satisfaction in an intimate relationship. Factor analysis indicates that the scale assesses four relationship dimensions: dyadic satisfaction, dyadic cohesion, dyadic consensus, and affectional expression. The scale provides three types of rating formats for spouses. Higher scores indicate a better and more well-adjusted relationship. Scoring is based on a Likert scale. The total scale demonstrates good internal consistency, with a Cronbach's alpha of 0.96. Internal consistency across the subscales ranges from good to excellent: dyadic satisfaction, 0.94; dyadic cohesion, 0.81; dyadic consensus, 0.90; and affectional expression, 0.73 [20].

Cognitive-Behavioral Therapy Intervention Package: Details regarding the objectives, session content, and educational assignments of the cognitive-behavioral therapy intervention package, based on Palmo's model (2020), are reported in **Table 2**.

Ethical Considerations: The study data were registered with the Ethics Committee of Islamic Azad University under ethics code IR.IAU.TABRIZ.REC1404.054.

Statistical Analysis: Descriptive statistics, including the mean, standard deviation, and minimum and maximum scores, and inferential statistics, including the Kolmogorov–Smirnov test to assess the normality of the data distribution and multivariate analysis of covariance (MANCOVA) to evaluate intervention effectiveness, were used for data analysis. The significance level was set at 0.05 for all tests.

FINDINGS

Table 3 presents descriptive indicators for the study variables, including their means, standard deviations, and minimum and maximum values. As shown in **Table 3**, posttest scores for marital commitment and its subscales, emotional adjustment and its subscales, and communication patterns and their subscales differed from and were higher than the corresponding pretest scores in the experimental group. The results of the Kolmogorov–Smirnov test were then examined to assess whether the data distributions were normal or non-normal.

At this stage, the assumptions required for multivariate analysis of covariance—including normality, homogeneity of regression slopes, and homogeneity of variances—were examined in detail.

Table 4 presents the results of the Kolmogorov–Smirnov test. The results showed that the significance levels for the subscales of marital commitment, emotional adjustment, and communication patterns, except for conversation orientation, were greater than 0.05 ($p>0.05$), indicating that the distributions were normal. Non-normality in the distribution of a single subscale does not necessarily compromise the findings. Therefore, given the nonsignificant results of this test ($p>0.05$), the scores of the variables had a normal distribution at both the pretest and posttest stages.

Multivariate analysis of covariance was used to test the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on marital commitment among couples. The relevant multivariate analysis-of-covariance statistics for the components of marital commitment are reported in **Table 5**. According to **Table 5**, the group effect on the combined set of study components was statistically significant. Accordingly, eta squared indicated that the difference between the two groups, considered across the dependent-variable components, was significant overall; the effect size for the combined outcome was 0.989. In other words, 98.9% of the variance in marital-commitment scores was attributable to the experimental effect. The results of the multivariate analysis of covariance are presented below.

To compare the experimental and control groups on each component of marital commitment, the results of the multivariate analysis of covariance are reported in **Table 5**. The findings indicated significant differences between the experimental and control groups on the components of marital commitment. Eta squared showed that 97.6% of the variance in personal commitment, 98% of the variance in moral commitment, and 93.2% of the variance in structural commitment were attributable to the experimental condition ($p<0.001$).

Multivariate analysis of covariance was used to test the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on emotional adjustment among couples. The relevant multivariate analysis-of-covariance statistics for the components of emotional adjustment are reported in **Table 6**. According to the **Table 6**, the group effect on the combined set of study components was statistically significant. Eta squared indicated that the difference between the two groups, considered across the dependent-variable components, was significant overall; the effect size for the combined outcome was 0.674. Thus, 67.4% of the variance in emotional-adjustment scores was attributable to the experimental effect.

To compare the experimental and control groups on each component of emotional adjustment, the results of the multivariate analysis of covariance are reported in **Table 6**.

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

The findings indicated significant differences between the experimental and control groups on the components of emotional adjustment. Eta squared showed that 63.5% of the variance in marital satisfaction, 59.3% of the variance in dyadic cohesion, 47.2% of the variance in dyadic consensus, and 25.3% of the variance in affectional expression were attributable to the experimental condition (p<0.001).

Multivariate analysis of covariance was used to test the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on communication patterns among couples. The relevant multivariate analysis-of-covariance statistics for the components of communication patterns are reported in Table 7. According to Table 7, the group effect on the combined set of study components was statistically significant. Eta squared indicated that the difference between the two groups, considered across the dependent-variable components, was significant overall; the effect size for the combined outcome was 0.941. Thus, 94.1% of the variance in communication-pattern scores was attributable to the experimental effect.

To compare the experimental and control groups on each component of communication patterns, the results of the multivariate analysis of covariance are reported in Table 7. The findings indicated significant differences between the experimental and control groups on the components of communication patterns. Eta squared showed that 77.1% of the variance in conversation orientation and 92.7% of the variance in conformity orientation were attributable to the experimental condition (p<0.001).

Table 3) Descriptive Statistics for the Study Variables

Variable	Subscale	Pretest				Posttest			
		Control M	Control SD	Experimental M	Experimental SD	Control M	Control SD	Experimental M	Experimental SD
Marital commitment	Personal commitment	16.87	2.20	17.71	2.07	17.17	1.32	37.26	1.71
	Moral commitment	20.10	2.29	21.20	3.02	16.45	1.36	34.57	1.12
	Structural commitment	39.89	3.23	41.22	3.64	41.51	3.35	64.80	3.16
Emotional adjustment	Marital satisfaction	17.78	2.61	18.60	2.47	16.33	1.63	29.13	5.68
	Dyadic cohesion	7.53	3.20	8.87	1.58	7.93	1.16	15.00	3.50
	Dyadic consensus	24.47	2.58	27.47	2.99	26.60	3.15	34.07	3.41
	Affectional expression	4.73	1.22	5.13	1.40	3.53	0.64	2.27	3.51
Communication patterns	Conversation orientation	25.60	2.09	27.13	2.32	26.33	2.28	35.60	2.19
	Conformity orientation	15.60	1.88	17.53	1.88	14.60	0.91	24.60	1.68

Table 4) Kolmogorov–Smirnov Normality Test Results

Variable	Subscale	Pretest		Posttest	
		K–S	p	K–S	p
Marital commitment	Personal commitment	0.105	0.201	0.176	0.058
	Moral commitment	0.162	0.054	0.119	0.064
	Structural commitment	0.156	0.060	0.190	0.053
Emotional adjustment	Marital satisfaction	0.139	0.051	0.132	0.068
	Dyadic cohesion	0.102	0.112	0.137	0.056
	Dyadic consensus	0.209	0.052	0.169	0.059
	Affectional expression	0.163	0.051	0.169	0.058
Communication patterns	Conversation orientation	0.195	0.005	0.180	0.014
	Conformity orientation	0.152	0.057	0.184	0.051

Table 5) Analysis of Covariance for Marital Commitment

Source	Component	SS	df	MS	F	p	η^2
Group	Personal commitment	2505.45	1	2505.45	1055.92	0.001	0.976
	Moral commitment	2025.18	1	2025.18	1203.20	0.001	0.980
	Structural commitment	3257.22	1	3257.22	343.15	0.001	0.932
Error	Personal commitment	61.05	25	2.44			
	Moral commitment	42.07	25	1.67			
	Structural commitment	23.29	25	9.49			

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

Table 6) Analysis of Covariance for Marital Satisfaction

Source	Component	SS	df	MS	F	p	η^2
Group	Marital satisfaction	679.40	1	679.40	41.69	0.001	0.635
	Dyadic cohesion	247.85	1	247.85	34.96	0.001	0.593
	Dyadic consensus	253.54	1	253.54	21.47	0.001	0.472
	Affectional expression	56.18	1	56.18	8.07	0.009	0.253
Error	Marital satisfaction	391.06	24	16.29			
	Dyadic cohesion	170.14	24	7.08			
	Dyadic consensus	283.41	24	11.80			
	Affectional expression	166.89	24	6.95			

Table 7) Analysis of Covariance for Communication Patterns

Source	Component	SS	df	MS	F	p	η^2
Group	Conversation orientation	422.48	1	422.48	87.38	0.001	0.771
	Conformity orientation	564.75	1	564.75	330.10	0.001	0.927
Error	Conversation orientation	131.65	26	5.06			
	Conformity orientation	44.48	26	1.71			

DISCUSSION

The research findings showed that cognitive-behavioral therapy was effective in improving communication patterns, marital commitment, and emotional adjustment among couples. This result was consistent with previous studies in the field [21–33]. These findings may be explained by the fact that cognitive-behavioral interventions aim to modify maladaptive thoughts and behaviors. Accordingly, this form of therapy can improve relationships, modify distorted thinking patterns in couples, enhance problem-solving skills to prevent the escalation of conflict, and promote changes in destructive behavioral patterns. In practice, cognitive-behavioral therapy creates conditions in which individuals can learn to identify and modify harmful thoughts and behaviors. By emphasizing the correction of cognitive errors in relationships, it also promotes positive behaviors and reduces negative ones [23].

This therapy is particularly important because it focuses on recognizing positive and negative emotions, anxiety, and commitment in married life; identifying situations that generate emotional reactions; offering coping strategies; and considering pre-action thoughts and beliefs as well as factors that influence thinking and behavior [22]. It examines automatic thoughts preceding emotional reactions, the physical and emotional symptoms arising from beliefs, and behaviors resulting from thoughts. It also addresses spouses' self-talk when commitment is violated, the identification and modification of destructive behaviors arising from thoughts and negative self-talk, and the monitoring of automatic thoughts to identify core beliefs and maladaptive behaviors [34]. Training in behavioral control, communication methods, relaxation, and problem-solving skills are additional components of this approach. Participation in such programs may therefore strengthen marital commitment. Marital commitment refers to an individual's loyalty to the marriage, and many theories maintain that this commitment is based on a sense of moral loyalty to marriage and its sacred institution. Some researchers likewise argue that this dimension of commitment is related to individuals' moral maturity [21].

This finding may be explained by the fact that cognitive skills help individuals analyze and revise unrealistic expectations and thoughts. Such inaccurate beliefs, expectations, and interpretations can affect quality of life. Cognitive training therefore helps correct inaccurate interpretations and attributions concerning one another's behavior [27], reduces misunderstanding, resentment, and anger, and increases attention to positive aspects of others' behavior. The cognitive-behavioral approach focuses on skills [26] and seeks to teach cognitive skills, problem solving, conflict management, communication, and principles of appropriate behavior.

Cognitive-behavioral therapy addresses issues such as increasing social knowledge, expressing wishes and emotions, verbal communication, and maladaptive cognitions. This approach also holds that individual functioning results from continuous interaction between behavior and social conditions and recognizes the influence of cognitive functioning. Cognitive-behavioral therapy seeks to modify an individual's thoughts and actions by influencing their thinking patterns [35]. Cognitive-behavioral education helps individuals whose quality of life has declined and who commonly exhibit cognitive errors and irrational beliefs to increase their awareness of inaccurate attributions and beliefs. Through exercises and between-session assignments, it also addresses the correction of beliefs and inaccurate attributions that have contributed to emotional disengagement [35]. Correcting irrational beliefs

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

and expectations reduces dissatisfaction and increases recognition of positive behavioral features, ultimately reducing stress [24]. By strengthening positive thoughts and reducing negative attitudes, cognitive-behavioral therapy contributes to improved quality of life [23].

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in improving couples' emotional-adjustment strategies may be explained by the fact that therapy aimed at accurately understanding emotions and thoughts and modifying couples' thinking enables spouses to understand one another more fully, strengthen their relationship, fulfill their responsibilities toward each other more effectively, and manage disagreements more successfully. By helping couples recognize emotions and thoughts in different situations and influencing their cognitive representations of events, the approach reduces cognitive errors and inaccurate beliefs about one another and increases adjustment and satisfaction with married life. The cognitive-behavioral approach emphasizes the reciprocal influence of spouses on each other. One partner's behavior evokes cognitions, beliefs, emotions, and behaviors in the other partner, whose responses in turn elicit corresponding beliefs, emotions, and behaviors. Within this circular interaction, a dysfunctional cognition, belief, emotion, or behavior can generate substantial problems. Cognitive-behavioral therapy helps couples gain greater awareness of this circular interactional pattern involving their own and their partner's beliefs and behaviors, which may improve emotional adjustment.

In explaining the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on communication patterns, it is important to note that unmet attachment and intimacy needs, together with frustration arising from early emotional relationships, can create maladaptive schemas concerning intimate relationships and attachment [28]. These beliefs and interpersonal schemas become evident in partner selection during adulthood and in marital relationships, where they may exert a destructive influence [28]. Cognitive training therefore addresses spouses' inaccurate interpretations and attributions regarding each other's behavior and emphasizes resolving misunderstandings, reducing resentment and anger, and attending to positive aspects of one another's behavior [29]. As marital resentment decreases, feelings of security in the relationship increase, gradually improving communication patterns. A possible explanation for the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in reducing clingy, avoidant, unstable, unserious, and disinterested communication patterns is that the quality of each person's marital relationship reflects their beliefs, thoughts, behaviors, and actions and is related to their prior decisions and functioning. The absence of supportive, positive, and satisfying interactions between spouses may lead to fatigue, increased conflict, and reduced attachment and relational security [30].

By enhancing couples' behavioral skills, cognitive-behavioral therapy promotes the exchange of positive and pleasant behaviors and reduces negative and punitive behaviors. Changes in spouses' emotions and behavior also alter their attitudes and positively influence the cost–reward ratio. Ultimately, these changes increase intimacy and marital satisfaction and reduce emotional burnout. In addition, many spouses are unaware, because of the nature of their relationship, of what reinforces, interests, or punishes the other partner [32]. Problems involving couple conflict are also initially the result of failures to establish appropriate communication. Couples' ability to communicate effectively depends on the clear, accurate, and effective transmission of thoughts, feelings, needs, and wishes. Accordingly, cognitive-behavioral therapy, through various therapeutic techniques and methods, reduces marital conflict and strengthens secure attachment between spouses. According to the behavioral exchange model underlying behavioral couples therapy, marital disagreements are to a considerable extent consequences of the reinforcement or punishment each spouse applies to the other, as well as the reinforcing and punitive interactions each partner displays [33].

Another explanation for the findings regarding the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on communication patterns is that discussing each spouse's family experiences during sessions enables couples to acquire new information, understand one another's perspectives on different issues, and share in each other's positive and negative emotions. The counselor also uses the downward-arrow technique to help couples become aware of their chains of thought and observe how they reinforce enduring assumptions that are not necessarily accurate. The counselor then helps them correct misunderstandings and inaccurate perceptions by clarifying the reasons and intentions underlying their behaviors. Couples are asked to identify the cognitive processes that disrupt their relationships and replace them with rational beliefs so that they can express important thoughts and beliefs in the relationship without fear of their partner's reaction [32].

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on marital satisfaction can be explained by research demonstrating an association between cognitive distortions and marital conflict. Cognitive theorists likewise maintain that cognitive distortions in couples' relationships lead to behavioral maladjustment and marital conflict [33].

The aim of cognitive-behavioral therapy is to strengthen couples' communication skills so that spouses can safely disclose their needs and emotions without fear of negative reactions from their partner. Instead of blaming one another, couples learn to express their emotions

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

and needs through speaker–listener rules and techniques. Cognitive-behavioral therapy also uses cognitive-affective techniques such as cognitive restructuring, which involves identifying and challenging irrational thoughts that produce negative emotions [36]. Through participation in cognitive-behavioral sessions, couples experiencing marital conflict learn to engage in deep emotional self-disclosure, empathic listening, and emotion-focused support—that is, dyadic coping—consistent with their partner's needs. These processes increase emotional bonding, intimacy, mutual closeness, and trust between spouses [37].

Overall, the findings showed that cognitive-behavioral therapy had a significant effect on communication patterns, marital commitment, and emotional adjustment among married women. This effectiveness can be explained in light of the cognitive and emotional mechanisms of the approach and with reference to the subscales of each variable. In the domain of communication patterns, improvement in conversation orientation indicates increased open interaction, emotional expression, and constructive exchange of ideas. Cognitive-behavioral therapy provides a basis for effective dialogue and reduced misunderstanding by teaching communication skills and correcting dysfunctional beliefs about conflict. At the same time, the reduction in conformity orientation may reflect strengthened assertiveness and a decrease in communication patterns based on avoidance, submission, or control, all of which are addressed in cognitive-behavioral therapy.

Regarding marital commitment, the results indicated improvement in all three subscales: personal, moral, and structural commitment. Increased personal commitment may be attributed to changes in individuals' attitudes toward the relationship and to greater satisfaction and conscious attachment. Moral commitment may have been strengthened through reconsideration of values, increased responsibility, and reinforcement of beliefs concerning the importance of loyalty and adherence to the marital relationship. Improvement in structural commitment also indicates greater awareness of the consequences of maintaining or ending the relationship and stronger problem-solving strategies for managing the challenges of married life, which are among the primary objectives of cognitive-behavioral interventions.

Finally, emotional adjustment improved across the subscales of marital satisfaction, emotional cohesion, dyadic consensus, and affectional expression. By helping couples identify and regulate emotions, reduce negative emotional reactions, and increase empathy, cognitive-behavioral therapy enhances marital satisfaction and emotional cohesion. Training in conflict resolution and cognitive restructuring also improves dyadic consensus, while strengthening emotional-expression skills increases affectional expression within the relationship. Overall, cognitive-behavioral therapy appears to improve multiple dimensions of marital relationships in a coordinated manner by changing thought patterns, behaviors, and emotional responses.

The most important limitation of the present study is that variables such as moral commitment, structural commitment, and marital satisfaction are strongly influenced by contextual factors, including cultural norms, couples' shared experiences, economic conditions, and the history of the relationship. Consequently, it is not possible to determine with complete certainty what proportion of the observed changes was attributable specifically to the CBT intervention and what proportion resulted from the natural development of the relationship or environmental factors. In other words, the complexity and multidimensional nature of commitment and emotional adjustment make it difficult to isolate the treatment's pure effect from other variables, even in a controlled research design. In addition, the absence of a long-term follow-up period limits the assessment of the durability and persistence of cognitive-behavioral therapy effects on communication patterns, marital commitment, and emotional adjustment.

Clinical and Practical Implications for Law Enforcement Medicine

The findings indicate that cognitive-behavioral couples therapy can be used as an effective intervention to improve couples' communication patterns, marital commitment, and emotional adjustment. Given the decisive role of family mental health in reducing social and law-enforcement-related harms, it is recommended that counseling centers, police counseling units, and social-work departments of the law-enforcement organization use this therapeutic approach with couples experiencing conflict and maladjustment. Training in communication skills and cognitive restructuring, delivered through short-term workshops, may substantially reduce family tension, increase marital satisfaction, and consequently help decrease cases involving disputes and domestic violence.

Acknowledgments: The authors sincerely thank all the specialists and participants who assisted in conducting this study.

Authors' Contributions: Nasim Jahan-Sari contributed the idea, study design, and data collection; Naeimeh Moheb contributed to data analysis. All authors participated in the initial drafting and revision of the manuscript, approved the final version, and accept responsibility for the accuracy and integrity of the material presented.

Conflict of Interest: The authors hereby declare that they have no conflict of interest in relation to the present study.

Funding: The present study received no financial support.

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e9

نشریه طب انتظامی

مقاله اصیل

دسترسی آزاد

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر الگوهای ارتباطی، تعهد زناشویی و سازگاری عاطفی در زنان متاهل

نسیم جهان سری[1] ، نعیمه محب[1]*

[1] گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی، واحد علوم پزشکی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

چکیده

اهداف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر الگوهای ارتباطی، تعهد زناشویی و سازگاری عاطفی در زوجین انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: روش انجام این پژوهش نیمه تجربی بود و از طرح پژوهشی دوگروهی آزمایشی-کنترل همراه با پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیهٔ زنان متاهل دارای الگوهای ارتباطی، تعهد زناشویی و سازگاری عاطفی پایین شهر تبریز بود. نمونهٔ این تحقیق مشتمل بر ۳۰ نفر از زنان متاهل مراجعه کننده به مرکز مشاوره بود و برای انتخاب آنها از روش هدفمند استفاده شد. سپس به طور تصادفی به ۲ گروه که یک گروه آن ۱۵ نفره آزمایش و یک گروه ۱۵ نفره کنترل تقسیم می‌شوند و برنامهٔ ۸ جلسه‌ای بر روی گروه های آزمایش اجرا شد. نوع مداخله پژوهش حاضر، درمان شناختی-رفتاری است. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه الگوهای ارتباطی *Ritchie* و *Fitzpatrick* (۱۹۹۰)، پرسشنامه تعهد زناشویی *Adams* و *Jones* (۱۹۹۷) و پرسشنامه سازگاری عاطفی *Spanier* (۱۹۷۶) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل با توجه به نمرات متغیر وابسته، در مجموع معنی‌دار بود. میانگین تعهد شخصی (M=۳۷/۲۶، SD=۱/۷۱)، تعهد اخلاقی (M=۳۴/۵۷، SD=۱/۱۲) و تعهد ساختاری (M=۶۴/۸۰، SD=۳/۱۶) در پس آزمون نسبت به میانگین تعهد شخصی (M=۱۷/۷۱، SD=۱/۳۲)، تعهد اخلاقی (M=۲۱/۲۰، SD=۳/۰۲) و تعهد ساختاری (M=۴۱/۲۲، SD=۳/۶۵) در پیش آزمون بهبود نشان داده است. میانگین رضایت زناشویی (M=۱۸/۶۰، SD=۲/۴۷)، همبستگی دو نفری (M=۸/۸۷، SD=۱/۵۸)، توافق دو نفری (M=۲۷/۴۷، SD=۲/۹۹) و ابراز محبت (M=۵/۱۳، SD=۱/۴۰) در پس آزمون نسبت به میانگین رضایت زناشویی (M=۲۹/۱۳، SD=۵/۶۸)، همبستگی دو نفری (M=۱۵/۰۰، SD=۳/۵۰)، توافق دو نفری (M=۳۴/۰۷، SD=۳/۴۱) و ابراز محبت (M=۲/۲۷، SD=۳/۵۱) در پیش آزمون افزایش نشان داده است. همچنین میانگین جهت‌گیری گفت و شنود (M=۲۷/۱۳، SD=۲/۳۲) و جهت‌گیری همنوایی (M=۱۷/۵۳، SD=۱/۸۸) در پیش آزمون نسبت به پس آزمون جهت‌گیری گفت و شنود (M=۳۵/۶۰، SD=۲/۱۹) و جهت‌گیری همنوایی (M=۲۴/۶۰، SD=۱/۶۸) کمتر است. نتایج نشان می‌دهد که ۹۷/۶ درصد از واریانس تعهد شخصی، ۹۸ درصد از واریانس تعهد اخلاقی و ۹۳/۲ درصد از تعهد ساختاری ناشی از شرایط آزمایشی است (p<۰/۰۰۱). ۶۳/۵ درصد از واریانس رضایت زناشویی، ۵۹/۳ درصد از واریانس همبستگی دو نفری و ۴۷/۲ درصد از توافق دو نفری و ۲۵/۳ درصد از ابراز محبت ناشی از شرایط آزمایشی است (p<۰/۰۰۱). همچنین، نتایج تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که ۷۷/۱ درصد از واریانس جهت گیری گفت و شنود و ۹۲/۷ درصد از واریانس جهت گیری همنوایی ناشی از شرایط آزمایشی است (p<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: با استناد به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری می‌تواند در بهبود الگوهای ارتباطی، تعهد زناشویی و سازگاری عاطفی زوجین کمک‌کننده باشد و به بهبود رضایت زناشویی آنان کمک کند.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، زوج درمانی، ارتباط، تعهد زناشویی، سازگاری عاطفی، زوجین.

نحوه استناد به مقاله:

Jahansari N., Moheb N.. *The effectiveness of cognitive behavioral couple therapy on communication patterns, marital commitment, and emotional adjustment in couples.* J Police Med. 2025;14:e9.

نویسنده مسئول*:

آدرس پستی: تبریز: سه راهی اهر جاده باسمنج، دانشگاه آزاد اسلامي واحد علوم پزشکی تبریز، کد پستی: ۵۱۵۹۱۱۵۷۰۵.

پست الکترونیکی:
n.jahansari@gmail.com

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۲
پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۰۷
انتشار: ۱۴۰۳/۰۱/۰۶

Copyright © 2025, Journal of Police Medicine | This open access article is licensed under a *Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License*

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e9

نشریه علمی پژوهشی طب انتظامی دوره ۱۴، ۱۴۰۴

مقدمه

ازدواج مقدمه تشکیل خانواده است و به‌عنوان عالی‌ترین رسم اجتماعی برای دستیابی به نیازهای عاطفی و امنیتی افراد بزرگسال، همواره مورد تأیید است. علیرغم این‌که ازدواج رضایت‌بخش، یکی از عوامل مهم بهداشت روانی جامعه به شمار می‌رود، چنانچه ازدواج و زندگی خانوادگی، شرایط نامساعدی برای ارضاء نیازهای روانی زوجین ایجاد کند. در این صورت، نه تنها بهداشت روانی تحقق نمی‌یابد بلکه اثرات منفی و گاهی جبران ناپذیر برجا می‌گذارد [۱]. ازدواج یکی از مهم‌ترین روابط اجتماعی و صمیمانه آدمی است. از جمله جوانب با اهمیت یک نظام زناشویی، رضایت جنسی و سازگاری زناشویی است که همسران در ازدواج تجربه می‌کنند. خانواده در حکم یک واحد اجتماعی در برگیرنده بیشترین، عمیق‌ترین و اساسی‌ترین مناسبات انسانی است که بر اساس ازدواج و زندگی زناشویی شکل می‌گیرد. روی هم رفته، ازدواج را می‌توان ارتباطی دانست که دارای تمامیت بی‌نظیر و گسترده‌ای است؛ ارتباطی که دارای ابعاد زیستی، عاطفی، روانی، اقتصادی و اجتماعی است [۲].

خانواده به عنوان یکی از مهم‌ترین نهادهای جامعه و شکل‌دهندهٔ شخصیت آدمی، دارای قواعد و اصولی خاص است و برای اعضای خود نقش‌های متنوعی تعیین می‌کند. ارزش اصلی خانواده حاصل شبکه روابطی است که توسط اعضای آن به وجود آمده است. یکی از مهم‌ترین سازه‌های مربوط به خانواده، الگوهای ارتباطی خانواده است. الگوی ارتباطی خانواده، ساختار ارتباطی از دنیای خانواده است که بر اساس ارتباط اعضای خانواده با یکدیگر و اینکه اعضا چه چیزی به یکدیگر می‌گویند، چه کاری انجام می‌دهند و چه معنایی از این ارتباطات دارند، تعریف می‌شود [۳]. اصولاً مفهوم الگوی ارتباطی خانواده یا طرحواره‌های ارتباط خانواده، ساختار علمی از دنیای ظاهری خانواده است که بر اساس ارتباط اعضای خانواده با یکدیگر و اینکه اعضا چه چیزی به یکدیگر می‌گویند و چه کاری انجام می‌دهند و اینکه چه معنایی از این ارتباطات دارند، تعریف می‌شود [۳]. دو بعد زیربنایی در الگوی ارتباطات خانوادگی شامل جهت‌گیری گفت و شنود و جهت‌گیری هم نوایی است. جهت‌گیری گفت و شنود به معنای آن است که خانواده‌ها شرایط صمیمانه‌ای را فراهم می‌آورند که در آن، همهٔ اعضای خانواده تشویق به شرکت آزادانه و راحت در تعامل، بحث و تبادل نظر درباره طیف وسیعی از موضوعات می‌شوند. در این‌گونه خانواده‌ها عقاید متنوع و متفاوت مورد پذیرش قرار می‌گیرد و فرزندان ضمن احترام به والدین می‌توانند به مخالفت با آنان بپردازند [۴]. *پارسا* در پژوهشی به بررسی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش تعارض زناشویی و بهبود در روابط زوجین زوجین افسرده مراجعه کننده به درمانگاه‌های روانشناسی شهر رشت پرداخته است. نتایج نشان داده که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش تعارض زناشویی و بهبود در روابط زوجین زوجین افسرده مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های روانشناسی شهر رشت اثربخش است [۵].

یکی از مهم‌ترین عواملی که رضایت زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، تعهد زناشویی است. تعهد زناشویی به میزان دلبستگی، وفاداری و فداکاری فرد به همسر یا شریک زندگی خود اشاره دارد. تعهد درزندگی زناشویی اعتماد و صمیمیت را امکان‌پذیر می‌سازد. مطالعات بیانگر آن است که بین رضایت جنسی و تعهد زناشویی، همبستگی مثبتی وجود دارد. امروزه رضایت جنسی از ازدواج و تأهل به عنوان متغیری دو سویه به‌عنوان شاخص مناسبی برای ثبات ازدواج مشخص گردیده است. به‌طورکلی، زوج‌هایی که رضایت جنسی کمتری درمورد ازدواج خود دارند به دنبال آسودگی خود به واسطه طلاق می‌باشند، اما شرایط و موقعیت‌هایی وجود دارد که در آن یک زوج از وضعیت ازدواج خود رضایت کمی داشته است، اما به خاطر تعهد زناشویی بالا، این شرایط را تحمل می‌کنند [۶].

گرجیان و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیده‌اند که زوج‌درمانی بازسازی عاطفی و زوج‌درمانی شناختی رفتاری داتیلیو بر بهبود نشانگان تنیدگی، تنظیم شناختی هیجان و اعتماد در روابط زناشویی در مرحله پس آزمون و پیگیری اثربخش بوده است [۷].

یکی از موضوعاتی که در ارتباط با تعهد زناشویی بایستی مورد بررسی قرار گیرد، سازگاری عاطفی زوجین است. سازگاری عاطفی عبارت است از مقاومت سلامت روانی در برابر فشارهای موجود و رضایتمندی شخصی از زندگی خود، داشتن خلق مثبت و ایجاد هماهنگی بین احساسات، افکار و رفتار. سازگاری برای زوجین بدین معناست که زوجین در اکثر مواقع احساس رضایتمندی و خوشبختی داشته باشند. پذیرش، علاقه متقابل، مراقبت از یکدیگر و اینکه زوجین یکدیگر را درک کنند و برای ارضای نیازهای هم تلاش کنند می‌توانند سازگاری را در ازدواج ایجاد کند [۸]. سازگاری به مرور زمان و در زندگی مشترک به وجود می‌آید و برای داشتن سازگاری لازم است که زوجین خصوصیات شخصیتی یکدیگر را خوب بشناسند و سلیقهٔ آن‌ها تناسب داشته باشد و بتوانند اصول رفتاری برای خودشان بسازند [۹]. آن دسته از زوجین که سازگاری لازم را ندارند در برابر چالش‌های زندگی زناشویی و مشکلات کوچک و بزرگی که در زندگی روزمره وجود دارد دچار مشکل می‌شوند و نمی‌توانند آن طور که نیاز است هیجانات خودشان را کنترل کرده و رفتار مناسبی از خود نشان دهند. این دسته از افراد می‌توانند تا حد زیادی منفعل رفتار کنند و یا تحریک پذیری بالایی نشان دهند [۱۰].

طاهری و *محوی شیرازی* با انجام پژوهشی دریافته‌اند که افزایش ویژگی‌های مثبت روان شناختی و همچنین استفاده از روش‌های حل تعارض و رابطه سالم می‌توانند به قوی‌تر شدن شخص در مدیریت کردن موقعیت‌های مختلف و در نهایت می‌توانند موجب افزایش سازگاری زناشویی شود [۱۱].

امروزه، تمایل به استفاده از روش‌های غیردارویی برای کاهش مشکلات روانشناختی خانواده در حال افزایش است. یکی از این روش‌ها استفاده از درمان شناختی رفتاری است. درمان شناختی رفتاری بر این فرض استوار است که اگر نوع تفکر غیر منطقی یا منفی فرد تصحیح شود، به تبع آن رفتار نیز عوض خواهد شد. هدف درمان شناختی رفتاری زوجین را به چالش کشیدن افکار نادرست زوجین نسبت به یکدیگر و نسبت به روابط آن‌ها می‌دانند [۱۲].

درمان شناختی رفتاری یک نظام روان درمانی است که تلاش می‌کند، واکنش‌های عاطفی و رفتار خود

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e9

آسیب‌رسان را با اصلاح تفکر معیوب یا خطادار و عقاید ناسازگارانه‌ای که زیربنای این واکنش‌ها هستند، کاهش دهد [۱۲]. این شیوهٔ درمانی شکلی سازمان یافته از روان درمانی است که برای کاهش علائم و کمک به بیمار برای یادگیری روش‌های موثرتر به منظور مواجهه با مشکلاتی که سبب ناراحتی او می‌شوند، طراحی شده است. ویژگی درمان با این شیوه این است که همه کوشش‌ها معطوف به حل مشکل می‌باشند [۱۳].

اصطلاح شناختی رفتاری در معنایی محدود مشخص، بر رویکرد درمانی جامعی دلالت دارد که توسط *Aaron T.Beck* و همکاران او تهیه و تدوین شده است. به نظر *Beck* ناراحتی‌های عاطفی محصول نیروهای اسرارآمیز و نفوذ ناپذیر نیست بلکه غالباً در اثر اشتباه در یادگیری، استنباط‌های غلط و تمیز ندادن خیال از واقعیت است. گاهی انسان بدون دلیل خارجی افسرده می‌شود. در این‌صورت، با اطمینان می‌توان گفت که یک جریان شناختی یعنی یک فکر یا یک خاطره باعث افسردگی او شده است. گاهی برداشت‌های غلط در فرد به صورت یک عادت در می‌آید و چنان ذهن او را مشغول می‌دارد که حتی خود او هم از وجود آن برداشت‌ها بی‌خبر است. گاهی بیمار واقعیت ملموس و عینی را تحریف می‌کند، مثلاً یک بیمار پارانوئید خیال می‌کند که همهٔ اشخاص به او آسیب می‌رسانند، یا بیمار افسرده فکر می‌کند که توانایی خواندن و نوشتن و حتی رانندگی را ندارد. گاهی بیمار اندیشه‌ای غیرمنطقی دارد. مثلاً بیمار افسرده با مشاهده اینکه شیر آب دستشویی چکه می‌کند یا پیلوت اجاق گاز خراب شده یا یکی از پله‌ها لق شده است، نتیجه می‌گیرد که این خانه برای زندگی کردن مناسب نیست [۱۴].

آژیده، *بیرامی* و *هاشمی* نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری و یکپارچه نگر بر ارتقای رضایت زناشویی و صمیمیت زوجینی در زوجین ناسازگار اثربخش است [۱۵]. همچنین، *دهقانی*، *گشتاسبی* و *پولادی* مشخص کرده‌اند که شناخت درمانی بر کاهش باورهای منفی، افزایش سازگاری عاطفی و رضایت زناشویی زوجین متقاضی طلاق مؤثر است [۱۶]. *شهبازفر*، *زارعی* و *حاجی علیزاده* (۱۴۰۱)، در پژوهشی نشان دادند که در همه ابعاد نیازهای عاطفی و کیفیت زناشویی زوجین، رویکرد مشاوره‌ای درمان شناختی-رفتاری می‌تواند اثربخش باشد [۱۷].

با توجه به کمبود اطلاعات و پژوهش‌ها در زمینهٔ اثربخشی مداخله درمان شناخت درمانی بر الگوهای ارتباطی، تعهد زناشویی و سازگاری عاطفی زوجین، فقدان مداخله آموزشی در افزایش الگوهای ارتباطی، تعهد زناشویی و سازگاری عاطفی در زوجین، محقق به این نتیجه رسید که با اتخاذ مداخله‌ای مناسب، در این راه قدم برداشته و منابع موجود را غنی‌تر نموده تا راه برای پژوهش‌های بعدی هموارتر باشد. در این پژوهش سعی شد به این سؤال پاسخ داده شود که آیا درمان شناختی رفتاری بر الگوهای ارتباطی، تعهد زناشویی و سازگاری عاطفی در زوجین اثربخش است. بر این اساس، این مطالعه با هدف اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر الگوهای ارتباطی، تعهد زناشویی و سازگاری عاطفی در زنان متاهل انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش انجام این پژوهش نیمه تجربی بود و از طرح پژوهشی دوگروهی آزمایشی- کنترل همراه با پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. که در جدول ۱، دیاگرام این طرح، ملاحظه می‌شود.

جدول ۱) خلاصه‌ای از طرح مطالعه

پس آزمون	متغیر مستقل	پیش آزمون	گروه
T1	درمان شناخت درمانی	T2	آزمایش
T2	-	T1	کنترل

جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیهٔ زنان متأهل دارای الگوهای ارتباطی، تعهد زناشویی و سازگاری عاطفی پایین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره زوجین شهر تبریز در سال ۱۴۰۴ بودند. با توجه به اینکه این طرح، یک طرح مداخله‌ای بود، در آن از آزمودنی‌هایی که در متغیرهای الگوهای ارتباطی، تعهد زناشویی و سازگاری عاطفی یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین دارند، استفاده شد. در نتیجه، تعداد نمونه آماری محدود بود که با روش هدفمند انتخاب شدند. نمونه این تحقیق مشتمل بر ۳۰ نفر از زنان متأهل از جامعه مذکور بود که برای انتخاب آن‌ها از روش هدفمند استفاده شد. سپس افراد انتخاب شده با روش هدفمند به طور تصادفی با روش قرعه‌کشی به ۲ گروه که یک گروه آن ۱۵ نفره آزمایش و یک گروه ۱۵ نفره کنترل تقسیم شدند و برنامهٔ ۸ جلسه‌ای بر روی گروه‌های آزمایش اجرا شد. لازم به ذکر است در این پژوهش زوجینی به عنوان نمونه انتخاب شدند که نمرهٔ آنان در آزمون‌های الگوهای ارتباطی، تعهد زناشویی و سازگاری عاطفی یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین بود. ملاک‌های ورود به پژوهش، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، متأهل بودن بود. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از ابتلاء به بیماری‌های شدید روانی، استفاده از ماده مخدر، برخورداری از هر مشکلی که باعث می‌شود فرد نتواند به تکالیف شنیداری یا نوشتاری مربوط به درمان‌های روانشناختی پاسخ دهد و استفاده از داروهایی که ممکن است شدیداً خلق را تحت تأثیر قرار دهند.

برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای استاندارد شامل، پرسشنامه الگوهای ارتباطی، پرسشنامه تعهد زناشویی، پرسشنامه سازگاری عاطفی و بسته مداخله‌ای درمان شناخت درمانی استفاده شد.

پرسشنامه الگوهای ارتباطی: هدف از پرسشنامه الگوی ارتباطات خانوادهٔ *Ritchie* و *Fitzpatrick* (۱۹۹۰)، پژوهش در زمینهٔ روابط موجود بین ابعاد الگوهای ارتباطات خانواده (جهت‌گیری گفت و شنود و جهت‌گیری همنوایی) است و به ساختار خانواده مربوط می‌شود. در این پرسشنامه میزان موافقت یا عدم موافقت پاسخ دهنده را با ۲۶ گویه که درباره وضعیت ارتباطات خانواده وی هستند در دامنه ۵ درجه‌ای مورد سؤال قرار می‌دهد. نمره ۴ معادل کاملاً موافقم و نمره صفر معادل کاملاً مخالفم است. ۱۵ گویه اول مربوط به بعد جهت‌گیری گفت و شنود و ۱۱ گویه بعدی مربوط به جهت‌گیری همنوایی می‌باشند. هر آزمودنی دو نمره از این ابزار بدست می‌آورد.

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e9

نمره بیشتر در هر مقیاس به این معناست که آزمودنی در خانواده خود به ترتیب جهت‌گیری گفت و شنود یا همنوایی بیشتری را ادراک می‌کند. اندازه ضریب کیرز-مایر-آلکین برابر با ۰/۸۵۲ بود که حاکی از کفایت نمونه‌گیری محتوایی ماتریس همبستگی اطلاعات است. ضریب آزمون کرویت بارتلت نیز برابر با ۴۹۸/۲۳۱۹ و در سطح p<۰/۰۵ معنادار بود. ابزار تجدید نظر شده الگوی ارتباطات خانواده از روایی محتوایی برخوردار است [۱۸]. در مورد روایی ملاکی نشان داده شده است که انواع متفاوت خانواده‌ها و ابعاد زیربنایی تیپ شناسی آن‌ها با اندازه‌هایی که از لحاظ نظری به آن‌ها مربوط هستند همبستگی دارند [۶۷]. *Ritchie* و *Fitzpatrick* در مطالعه دیگری گزارش داده‌اند ضریب پایایی به روش آزمون بازآزمون سه گروه سنی متفاوت بعد از یک دوره سه هفته‌ای در مورد جهت‌گیری گفت و شنود نزدیک به ۱ و در مورد جهت‌گیری همنوایی بین ۰/۷۳ و ۰/۹۳ بوده است [۳].

پرسشنامه تعهد زناشویی: پرسش‌نامهٔ تعهد زناشویی میزان پایبندی افراد به همسر و ازدواجشان و ابعاد آن را اندازه گیری می‌کند. این آزمون توسط *Adams* و *Jones* (۱۹۹۷) برای مقاصد پژوهشی تهیه و تدوین شده و سه بعد تعهد زناشویی را اندازه گیری می‌کند. این ابعاد عبارتند از، ۱) تعهد شخصی (تعهد نسبت به همسر که مبتنی بر جذابیت همسر است)؛ ۲) تعهد اخلاقی (تعهد نسبت به ازدواج که مبتنی بر تقدس و حرمت رابطه زناشویی است)؛ ۳) تعهد ساختاری (تعهد نسبت به همسر و ازدواج که مبتنی بر احساس اجبار به تداوم ازدواج یا ترس از پیامدهای طلاق است). این پرسش نامه دارای ۴۳ سؤال است. هر سؤال آزمون دارای یک مقیاس پنج درجه‌ای (کاملًا مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و کاملًا موافقم) است که به هر گزینه، نمره‌ای بین ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. به گزینه کاملًا موافقم نمرهٔ ۵ و به گزینه کاملًا مخالفم نمرهٔ ۱ داده می‌شود [۱۹]. *Adams* و *Jones* در شش پژوهش گوناگون به منظور به‌دست آوردن پایایی و روایی پرسشنامه، آن را بر روی ۴۱۶ نفر متأهل، ۳۴۶ نفر مجرد و ۴۷ نفر مطلقه اجرا کردند. در این مطالعات همبستگی هر سؤال با نمرهٔ کل آزمون، بالا و معنادار بود و به‌طورکلی، ابعاد این پرسشنامه از بیشترین حمایت تجربی و نظری برخوردار بود. *Adams* و *Jones*، میزان پایایی هر یک از مقیاس‌های این آزمون را بر روی نمونهٔ مذکور را به ترتیب، تعهد شخصی ۰/۹۱، تعهد اخلاقی ۰/۸۹ و تعهد ساختاری ۰/۸۶ به‌دست آورده‌اند. در یک مطالعه مقدماتی توسط عباسی مولید [۲۰]، روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران بررسی شد که ضریب پایایی خرده مقیاس تعهد اخلاقی طی دوبار بررسی به‌ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۶ محاسبه گردید [۲۰].

پرسشنامه سازگاری عاطفی: در این پژوش از مقیاس سازگاری دو عضوی *Graham Spanier* (۱۹۷۶)، برای جمع آوری اطلاعات مربوط به سازگاری عاطفی استفاده خواهد شد. این پرسشنامه، قبل و بعد از اجرای آزمایش توسط زوج‌ها تکمیل می‌شود. این مقیاس یک ابزار ۲۳ سؤالی برای ارزیابی کیفیت رابطه‌ی زناشویی ازنظر زن یا شوهر یا هر دو نفری است که با هم زندگی می‌کنند. این ابزار برای دو هدف ساخته شده است. می‌توان با به دست آوردن کل نمرات، از این ابزار برای اندازه‌گیری رضایت کلی دریک رابطه صمیمانه استفاده کرد. تحلیل عاملی نشان می‌دهد که این مقیاس چهار بعد رابطه را می‌سنجد. این چهار بعد، رضایت دونفری، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری و ابراز محبت هستند. مقیاس نمره‌گذاری زن و شوهر، سه نوع مقیاس متفاوت رتبه‌بندی به دست می‌دهد. نمرات بالاتر نشان دهندهٔ رابطه بهتر وسازگارتر است. نمره‌گذاری براساس مقیاس لیکرت انجام می‌شود. نمره‌ی کل مقیاس با آلفای کرانباخ ۰/۹۶ از همسانی درونی خوبی برخوردار است. همسانی درونی خرده مقیاس‌ها بین خوب تا عالی است. رضایت دونفری ۰/۹۴، همبستگی دو نفری ۰/۸۱، توافق دو نفری ۰/۹۰ و ابراز محبت ۰/۷۳ (۲۰) بود.

بسته مداخله‌ای درمان شناخت درمانی: جزئیات مربوط به اهداف، محتوای جلسات و تکالیف آموزشی در بسته مداخله‌ای درمان شناختی-رفتاری بر اساس مدل پالمو (۲۰۲۰) در جدول ۲ گزارش شده است.

ملاحظات اخلاقی: اطلاعات این پژوهش با کد در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی با کد اخلاق IR.IAU.TABRIZ.REC1404.054 ثبت شده است.

تجزیه و تحلیل آماری: در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات) و آمار استنباطی (آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها و تحلیل کوواریانی چندمتغیری MANCOVA برای بررسی اثربخشی مداخله) استفاده شد. سطح معنی‌داری در تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در جدول ۳، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین، انحراف معیار و حداقل و حداکثر مقدار متغیرهای پژوهش ارائه شده است. بر اساس جدول ۳ مشاهده شد که نمرهٔ تعهد زناشویی و خرده مقیاس‌های آن، نمره سازگاری عاطفی و خرده مقیاس‌های آن، نمره الگوهای ارتباطی و خرده مقیاس‌های آن در پس آزمون گروه آزمایش نسبت پیش آزمون گروه آزمایش متفاوت است و بیشتر شد؛ در ادامه، نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنف برای بررسی وضعیت توزیع داده‌ها از لحاظ نرمال یا غیر نرمال‌بودن بررسی شد.

در این بخش، ابتدا پیش‌فرض‌هایی که برای آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره نیاز است که شامل توزیع بهنجار، مفروضه شیب همگنی رگرسیون، همگنی واریانس‌ها است به طور موشکافانه بررسی شد.

نتایج جدول ۴، آزمون کولموگراف-اسمیرنف را نشان می‌دهد. نتایج این آزمون نشان داد که سطح معنی‌داری برای خرده مقیاس‌های تعهد زناشویی، سازگاری عاطفی و الگوهای ارتباطی (به غیر از جهت‌گیری گفت و شنود) بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمده (p>۰/۰۵) و به این معنی است که توزیع داده‌ها برای آن‌ها نرمال است. غیرنرمال بودن توزیع داده یک خرده مقیاس نمی‌تواند خللی در نتایج ایجاد کند. بنابراین، با توجه به عدم معنی‌داری این آزمون (p>۰/۰۵)، در پیش و پس آزمون، توزیع نمرات متغیرها دارای توزیع بهنجار بود.

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e9

برای آزمون درمان شناختی رفتاری بر تعهد زناشویی در زوجین از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مولفه‌های تعهد زناشویی در جدول ۵ گزارش شد. طبق نتایج مندرج در جدول ۵، اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های مورد مطالعه معنی‌دار بودند. بر این اساس، مجذور اتا نشان داد که تفاوت بین دو گروه با توجه به مؤلفه‌های متغیر وابسته، در مجموع معنی‌دار بود و میزان این تفاوت، برای ترکیب پژوهش ۰/۹۸۹ بود؛ یعنی ۹۸/۹ درصد از واریانس نمره تعهد زناشویی ناشی از اثر آزمایشی بود. در ادامه، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری ارائه شد.

برای مقایسه تفاوت‌های گروه آزمایش و کنترل، در هر یک از مؤلفه‌های تعهد زناشویی، در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری مؤلفه‌های تعهد زناشویی گزارش شد. نتایج نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های تعهد زناشویی تفاوت معنادار وجود داشت. مجذور اتا نشان داد که ۹۷/۶ درصد از واریانس تعهد شخصی، ۹۸ درصد از واریانس تعهد اخلاقی و ۹۳/۲ درصد از تعهد ساختاری ناشی از شرایط آزمایشی بود (p<۰/۰۰۱).

برای آزمون اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سازگاری عاطفی در زوجین از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مولفه‌های سازگاری عاطفی در جدول ۶ گزارش شد. طبق نتایج مندرج در جدول ۶، اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های مورد مطالعه معنی‌دار بود. بر این اساس، مجذور اتا نشان داد که تفاوت بین دو گروه با توجه به مؤلفه‌های متغیر وابسته، در مجموع معنی‌دار بود و میزان این تفاوت، برای ترکیب پژوهش ۰/۶۷۴ بود؛ یعنی ۶۷/۴ درصد از واریانس نمره سازگاری عاطفی ناشی از اثر آزمایشی است.

برای مقایسه تفاوت‌های گروه آزمایش و کنترل، در هر یک از مؤلفه‌های سازگاری عاطفی، در جدول ۶ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری مؤلفه‌های تعهد زناشویی گزارش شد. نتایج نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های سازگاری عاطفی تفاوت معنادار وجود داشت. مجذور اتا نشان داد که ۶۳/۵ درصد از واریانس رضایت زناشویی، ۵۹/۳ درصد از واریانس همبستگی دو نفری و ۴۷/۲ درصد از توافق دو نفری و ۲۵/۳ درصد از ابراز محبت ناشی از شرایط آزمایشی بود (p<۰/۰۰۱).

جدول ۲) شرح جلسات مداخله ای درمان شناخت درمانی (پالمو، ۲۰۲۰)

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، اجرای پیش آزمون	معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات گروه آموزشی، اجرای پیش آزمون	مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط شرکت کنندگان
دوم	خودآگاهی	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره اهداف شرکت کنندگان از شرکت در طرح پژوهشی، توانمندسازی اعضاء در زمینه خودآگاهی و شناخت خصوصیات، نیازها،خواسته ها، اهداف، ارزشها و هویت خود	شناسایی و یادداشت ویژگیهای مثبت و منفی، نیازها، خواسته ها و ارزش ها
سوم	شناسایی و تغییر تحریف های شناختی	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره مشکلات شرکت کنندگان در مسیر خودآگاهی و بررسی نیازها و خواسته ها، آشنایی اعضا با رابطه بین فکر، احساس ورفتار و آشنایی با افکار خودآیند، تحریفات شناختی و به چالش کشیدن تحریف های شناختی	یادداشت روزانه رویدادها، افکار و احساسات متعاقب آنها و شناسایی تحریف های شناختی
چهارم	آشنایی با مفهوم اسناد	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تحریف های شناختی شناسایی شده و تأثیر آنها در افکار، احساسات و رفتار درمانجویان، آشنایی با مفهوم اسناد و بررسی علل سوءبرداشتها و آموزش شیوه تغییر اسنادها	شناسایی اسنادها در مورد وقایع تلخ زندگی و سعی در تغییر اسنادهای نادرست
پنجم	آشنایی با مهارت حل مسأله	بررسی تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد تأثیر تغییر اسنادها در احساسات، افکار و رفتار درمانجویان، آموزش مهارت حل مسأله شامل تعریف مشکل، ارائه راه حلهای جایگزین، ارزیابی راه حلها، انتخاب و اجرای راه حل انتخابی و ارزیابی راه حل انتخابی اجرا شده	بررسی یکی از مشکلاتی که درمانجو با آن مواجه است و اجرای مهارت حل مسأله در مورد آن
ششم	آشنایی با مهارتهای ارتباطی و مذاکره	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد تأثیر بکارگیری مهارت حل مسأله در زندگی شخصی و اجتماعی، تعریف ارتباط و عناصر آن، آشنایی اعضا با مهارت ارتباط موثر و ویژگیهای آن و آموزش شیوه های موثر مذاکره و رفع اختلاف	تمرین ارتباط موثر در طول هفته و بررسی پیامدهای آن
هفتم	آشنایی با رفتار جرأتمندانه	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد تأثیر بکارگیری شیوههای ارتباط موثر در زندگی شخصی و اجتماعی، آشنایی شرکت کنندگان با رفتار جرأتمندانه و انجام فعالیتهای عملی و ایفای نقش در جهت آموزش این مهارت	تمرین مهارت رفتار جرأتمندانه در طول هفته و بررسی پیامدهای آن
هشتم	جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون	ارائه خلاصهای از جلسات آموزشی و مرور کلی مهارتهای آموزش داده شده، بحث درباره نکات مثبت و نقطه ضعفهای درمانگر و طرح آموزشی و دریافت بازخورد از شرکت کنندگان ، اجرای پس آزمون و اتمام جلسات آموزشی	

برای آزمون اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر الگوهای ارتباطی در زوجین از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مولفه‌های الگوهای ارتباطی در جدول ۷ گزارش شد. طبق نتایج مندرج در جدول ۷، اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های مورد مطالعه معنی‌دار بود. بر این اساس، مجذور اتا نشان داد که تفاوت بین دو گروه با توجه به مؤلفه‌های متغیر وابسته، در مجموع معنی‌دار بود و میزان این تفاوت، برای ترکیب پژوهش ۰/۹۴۱ بود؛ یعنی ۹۴/۱ درصد از واریانس نمره الگوهای ارتباطی ناشی از اثر آزمایشی است.

برای مقایسه تفاوت‌های گروه آزمایش و کنترل، در هر یک از مؤلفه‌های الگوهای ارتباطی، در جدول ۷ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری مؤلفه‌های الگوهای

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e9

نشریه علمی پژوهشی طب انتظامی دوره ۱۴، ۱۴۰۴

ارتباطی گزارش شد. نتایج نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های الگوهای ارتباطی تفاوت معنادار وجود داشت. مجذور اتا نشان داد که ۷۷/۱ درصد از واریانس جهت‌گیری گفت و شنود و ۹۲/۷ درصد از واریانس جهت‌گیری همنوایی ناشی از شرایط آزمایشی بود (p<۰/۰۰۱).

جدول ۳) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	خردهمقیاس	کنترل		آزمایش		کنترل		آزمایش	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
تعهد زناشویی	تعهد شخصی	۱۶/۸۷	۲/۲۰	۱۷/۷۱	۲/۰۷	۱۷/۱۷	۱/۳۲	۳۷/۲۶	۱/۷۱
	تعهد اخلاقی	۲۰/۱۰	۲/۲۹	۲۱/۲۰	۳/۰۲	۱۶/۴۵	۱/۳۶	۳۴/۵۷	۱/۱۲
	تعهد ساختاری	۳۹/۸۹	۳/۲۳	۴۱/۲۲	۳/۶۵	۴۱/۵۱	۳/۳۵	۶۴/۸۰	۳/۱۶
سازکاری عاطفی	رضایت زناشویی	۱۷/۸۷	۲/۶۱	۱۸/۶۰	۲/۴۷	۱۶/۳۳	۱/۶۳	۲۹/۱۳	۵/۶۸
	همبستگی دو نفری	۷/۵۳	۳/۲۰	۸/۸۷	۱/۵۸	۷/۹۳	۱/۱۶	۱۵/۰۰	۳/۵۰
	توافق دو نفری	۲۴/۴۷	۲/۵۸	۲۷/۴۷	۲/۹۹	۲۶/۶۰	۳/۱۵	۳۴/۰۷	۳/۴۱
	ابراز محبت	۴/۷۳	۱/۲۲	۵/۱۳	۱/۴۰	۳/۵۳	۰/۶۴	۲/۲۷	۳/۵۱
الگوهای ارتباطی	جهت گیری گفت و شنود	۲۵/۶۰	۲/۰۹	۲۷/۱۳	۲/۳۲	۲۶/۳۳	۲/۲۸	۳۵/۶۰	۲/۱۹
	جهت گیری همنوایی	۱۵/۶۰	۱/۸۸	۱۷/۵۳	۱/۸۸	۱۴/۶۰	۰/۹۱	۲۴/۶۰	۱/۶۸

جدول ۴) نتیجه آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای نرمال بودن توزیع نمرات

متغیرهای پژوهش		پیش آزمون		پس آزمون	
		K-S	P	K-S	P
تعهد زناشویی	تعهد شخصی	۰/۱۰۵	۰/۲۰۱	۰/۱۷۶	۰/۰۵۸
	تعهد اخلاقی	۰/۱۶۲	۰/۰۵۴	۰/۱۱۹	۰/۰۶۴
	تعهد ساختاری	۰/۱۵۶	۰/۰۶۰	۰/۱۹۰	۰/۰۵۳
سازکاری عاطفی	رضایت زناشویی	۰/۱۳۹	۰/۰۵۱	۰/۱۳۲	۰/۰۶۸
	همبستگی دو نفری	۰/۱۰۲	۰/۱۱۲	۰/۱۳۷	۰/۰۵۶
	توافق دو نفری	۰/۲۰۹	۰/۰۵۲	۰/۱۶۹	۰/۰۵۹
	ابراز محبت	۰/۱۶۳	۰/۰۵۱	۰/۱۶۹	۰/۰۵۸
الگوهای ارتباطی	جهت گیری گفت و شنود	۰/۱۹۵	۰/۰۰۵	۰/۱۸۰	۰/۰۱۴
	جهت گیری همنوایی	۰/۱۵۲	۰/۰۵۷	۰/۱۸۴	۰/۰۵۱

جدول ۵) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مولفه های تعهد زناشویی

منبع	مؤلفه‌ها	SS	DF	MS	F	P	Eta
گروه	تعهد شخصی	۲۵۰۵/۴۵	۱	۲۵۰۵/۴۵	۱۰۵۵/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۹۷۶
	تعهد اخلاقی	۲۰۲۵/۱۸	۱	۲۰۲۵/۱۸	۱۲۰۳/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۹۸۰
	تعهد ساختاری	۳۲۵۷/۲۲	۱	۳۲۵۷/۲۲	۳۴۳/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۹۳۲
خطا	تعهد شخصی	۶۱/۰۵	۲۵	۲/۴۴			
	تعهد اخلاقی	۴۲/۰۷	۲۵	۱/۶۸			
	تعهد ساختاری	۲۳/۲۹	۲۵	۹/۴۹			

جدول ۶) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مولفه های سازگاری عاطفی

منبع	مؤلفه‌ها	SS	DF	MS	F	P	Eta
گروه	رضایت زناشویی	۶۷۹/۴۰	۱	۶۷۹/۴۰	۴۱/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۳۵
	همبستگی دو نفری	۲۴۷/۸۵	۱	۲۴۷/۸۵	۳۴/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹۳
	توافق دو نفری	۲۵۳/۵۴	۱	۲۵۳/۵۴	۲۱/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷۲
	ابراز محبت	۵۶/۱۸	۱	۵۶/۱۸	۸/۰۷	۰/۰۰۹	۰/۲۵۳
خطا	رضایت زناشویی	۳۹۱/۰۶	۲۴	۱۶/۲۹			
	همبستگی دو نفری	۱۷۰/۱۴	۲۴	۷/۰۸			
	توافق دو نفری	۲۸۳/۴۱	۲۴	۱۱/۸۰			
	ابراز محبت	۱۶۶/۸۹	۲۴	۶/۹۵			

جدول ۷) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مولفه های الگوهای ارتباطی

منبع	مؤلفه‌ها	SS	DF	MS	F	P	Eta
گروه	جهت گیری گفت و شنود	۴۲۲/۴۸	۱	۴۲۲/۴۸	۸۷/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۷۱
	جهت گیری همنوایی	۵۶۴/۷۵	۱	۵۶۴/۷۵	۳۳۰/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲۷
خطا	جهت گیری گفت و شنود	۱۳۱/۶۵	۲۶	۵/۰۶			
	جهت گیری همنوایی	۴۴/۴۸	۲۶	۱/۷۱			

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e9

بحث

نتایج پژوهش‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر الگوهای ارتباطی، تعهد زناشویی و سازگاری عاطفی در زوجین اثربخش است، نتیجه این پژوهش با پژوهش‌های انجام شده در این زمینه همسو بود [۳۳-۲۱]. در تبیین این داده‌ها می‌توان گفت از آنجا که هدف مداخلات شناختی-رفتاری تغییر افکار و رفتارهای ناسازگارانه است، این نوع درمان می‌تواند به بهبود روابط، تغییر الگوهای فکری مخدوش زوجین، ارتقای مهارت‌های حل مسئله برای جلوگیری از تشدید تعارض‌ها و تلاش برای تغییر الگوهای رفتاری مخرب کمک کند. در واقع درمان شناختی-رفتاری شرایطی را فراهم می‌آورد که افراد بتوانند روش‌های لازم برای شناسایی و اصلاح افکار و رفتارهای مضر را بیاموزند و با تأکید بر رفع خطاهای شناختی در روابط به افزایش رفتارهای مثبت و کاهش رفتارهای منفی نیز توجه دارد [۲۳].

این درمان به دلیل تمرکز بر شناخت هیجانات مثبت و منفی، اضطراب و تعهد در زندگی، شناسایی موقعیت‌های ایجاد کننده هیجانی و ارائه راهکارهای مقابله با آن‌ها و همچنین، توجه به افکار و باورهای پیش از عمل و عواملی که بر فکر و عمل تأثیر می‌گذارند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است [۲۲]. این درمان به بررسی افکار خودکار قبل از بروز هیجانات، نشانه‌های جسمانی و هیجانی ناشی از باورها و رفتارهای ناشی از افکار می‌پردازد. همچنین، خودگویی‌های اعضا در زمان شکستن تعهد، شناسایی و تغییر رفتارهای مخرب ناشی از افکار و خود گویی های منفی و پیگیری افکار خودکار برای شناسایی باورهای بنیادی و رفتارهای ناسازگار را شامل می‌شود [۳۴]. آموزش کنترل رفتار، شیوه‌های ارتباطی، آرام‌سازی و مهارت‌های حل مسئله نیز از دیگر جنبه‌های این رویکرد هستند. بنابراین، شرکت در چنین دوره‌هایی می‌تواند به افزایش تعهد زناشویی کمک کند. تعهد زناشویی به معنای وفاداری فرد به ازدواج است و بسیاری از نظریه‌ها بر این باورند که این تعهد بر اساس احساس وفاداری اخلاقی به ازدواج و نهاد مقدس آن شکل می‌گیرد. برخی پژوهشگران نیز بر این عقیده‌اند که این بعد از تعهد به کمال اخلاقی افراد مرتبط است [۲۱].

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که مهارت‌های شناختی به تحلیل و اصلاح انتظارات و افکار غیر واقعی افراد می‌پردازد. این باورها، انتظارات و برداشت‌های نادرست می‌توانند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهند. بنابراین، آموزش‌های شناختی به اصلاح برداشت‌ها و اسناد نادرست از رفتار یکدیگر کمک کرده [۲۷] و موجب کاهش سوء تفاهم، رنجش و خشم می‌شود و توجه به جنبه‌های مثبت رفتار دیگران را افزایش می‌دهد. روش شناختی-رفتاری بر مهارت‌ها تمرکز دارد [۲۶] و تلاش می‌کند مهارت‌های شناختی، حل مسأله، مدیریت تعارض، برقراری ارتباط و اصول رفتار صحیح را به افراد آموزش دهد.

در درمان شناختی-رفتاری به مسائلی مانند افزایش دانش اجتماعی، بیان خواسته‌ها و هیجانات، ارتباط کلامی و شناخت‌های ناسازگارانه توجه می‌شود. همچنین، این رویکرد بر این باور است که عملکرد فرد نتیجه تعامل مداوم بین رفتار و شرایط اجتماعی است و کارکرد شناختی را نیز مؤثر می‌داند. در درمان شناختی-رفتاری تلاش می‌شود تا با تأثیرگذاری بر الگوی فکری فرد، افکار و اعمال او اصلاح شود [۳۵]. آموزش شناختی-رفتاری به افراد با افت کیفیت زندگی که معمولاً دارای خطاهای شناختی و باورهای غیر منطقی هستند کمک می‌کند تا آگاهی آن‌ها نسبت به اسناد و باورهای نادرست افزایش یابد. همچنین، با انجام تمرین‌ها و تکالیف خارج از جلسات به اصلاح باورها و اسناد نادرستی که موجب دلزدگی آن‌ها شده است پرداخته می‌شود [۳۵]. اصلاح باورها و انتظارات غیر منطقی باعث کاهش نارضایتی و افزایش شناخت جنبه‌های مثبت رفتار می‌شود که در نهایت به کاهش استرس منجر می‌گردد [۲۴]. درمان شناختی-رفتاری با تقویت افکار مثبت و کاهش نگرش‌های منفی، به بهبود کیفیت زندگی کمک می‌کند [۲۳].

در تبیین اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر راهبردهای سازگاری عاطفی زوجین، می‌توان گفت درمان شناختی-رفتاری که با هدف درک صحیح احساسات و افکار و تغییر افکار زوجین انجام می‌یابد، باعث می‌شود زوجین درک بیشتری از یکدیگر داشته باشند، روابط بین آن‌ها تقویت شود، مسئولیت‌های خود را در قبال هم به خوبی انجام دهند و در حل و فصل اختلافاتشان بهتر عمل کنند؛ همچنین، با شناخت احساسات و افکار در موقعیت‌های متفاوت و تأثیر بر بازنمایی‌های ذهنی-شناختی زوجین از رویدادها، باعث کاهش خطاهای شناختی و باورهای نادرست نسبت به هم شده و سطح سازگاری و رضایتمندیشان از زندگی مشترک افزایش یابد. رویکرد شناختی-رفتاری بر تأثیر دوجانبه زوجین بر یکدیگر تأکید دارد. رفتار یک فرد، شناخت و باورها، هیجان‌ها و رفتارهایی را در همسرش بر می‌انگیزد و پاسخ‌های همسر نیز، باور، هیجان و رفتاری را در زوج متقابلاً به دنبال دارد. در این تعامل حلقوی، یک شناخت و باور یا هیجان و رفتار ناکارآمد می‌تواند مشکلات زیادی را به همراه آورد. درمان شناختی-رفتاری باعث می‌شود زوجین شناخت بیشتری از این الگوی تعاملی حلقوی باورها و رفتارهای خود و همسر کسب کنند و این امر می‌تواند در بهبود سازگاری عاطفی مؤثر واقع شود.

در تبیین اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر الگوهای ارتباطی، اشاره به این موضوع مهم است که ارضا نشدن نیازهای دلبستگی و صمیمیت و سرخوردگی از روابط عاطفی اولیه، طرحواره های ناسازگار مربوط به روابط صمیمانه و دلبستگی را ایجاد می‌کند [۲۸]. این باورها و طرحواره‌های مربوط به روابط بین فردی در بزرگسالی در همسر گزینی و در دوران تأهل در روابط زناشویی نمود می‌یابد و بر آن تأثیر مخرب می‌گذارد [۲۸]. لذا، آموزش‌های شناختی به اصلاح برداشت‌ها و اسنادهای غلط زن و شوهر از رفتار یکدیگر می‌پردازد و بر رفع سوءتفاهم، کاهش رنجش و خشم و توجه به جنبه‌های مثبت رفتار یکدیگر تأکید دارد [۲۹]. هرچه این رنجش‌های زناشویی کمتر شود احساس امنیت در رابطه بالاتر رفته و به مرور باعث بهبود الگوهای ارتباطی در روابط می‌شود. منطق احتمالی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش الگوهای ارتباطی چسبنده، کناره‌گیر، بی‌ثبات، غیر جدی

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e9

و بی‌علاقه این است که کیفیت رابطه زناشویی هر فرد، نتیجه باورها، اندیشه‌ها، رفتار و کردار خویش بوده و به تصمیمات و عملکرد گذشته‌اش مربوط می‌شود و عدم وجود روابط شاد و مثبت و مساعد بین زوجین موجب بروز خستگی و افزایش تعارضات و کاهش دلبستگی و امنیت رابطه می‌گردد [۳۰].

درمان شناختی-رفتاری با ارتقای مهارت‌های رفتاری زوجین، منجر به مبادلهٔ رفتارهای مثبت و خوشایند و کاهش رفتارهای منفی و تنبیه می‌شود. تغییر در احساس و رفتار زوجین به تغییر نگرش نیز می‌انجامد و بر نرخ هزینه-پاداش تأثیر مثبت می‌گذارد. این تغییرات در نهایت منجر به افزایش صمیمیت، رضایت زناشویی و کاهش دلزدگی عاطفی زوجین می‌شود. علاوه بر این، بسیاری از همسران به علت نوع رابطه نسبت به آنچه برای طرف مقابل تقویت، علاقه یا تنبیه است، آگاهی ندارند [۳۲]. همچنین، مشکلات مربوط به تعارضات زوجین، به طور اولیه نتیجه شکست در برقراری روابط صحیح است. توانایی زوجین در برقراری ارتباط مؤثر به انتقال روشن، صحیح و مؤثر افکار، احساسات، نیازها و خواسته‌هایشان بستگی دارد. بنابراین، درمان شناختی-رفتاری با استفاده از تکنیک‌ها و روش‌های درمانی مختلف باعث کاهش تعارضات زناشویی و افزایش دلبستگی ایمن در زوجین می‌گردد. طبق الگوی تبادل رفتار که درمان رفتاری زوجین بر آن استوار است. اختلاف‌های زناشویی تا حد زیادی پیامد میزان تقویت و یا تنبیه اعمال شده، از طرف زوجین نسبت به هم و هر رابطه تقویت و تنبیهی که هر زوج از خود نشان می‌دهند، در نظر گرفته می‌شود [۳۳].

در تبیین دیگر چرایی نتایج حاصل از پژوهش در مورد اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر الگوهای ارتباطی می‌توان گفت که آگاهی از تجارب خانوادگی همسر در جلسات باعث می‌شود زوجین به اطلاعات جدیدی دست یابند و بتوانند از دیدگاه یکدیگر در موضوعات مختلف آگاه شوند و در احساسات مثبت و منفی یکدیگر شریک باشند. همچنین، مشاور از شیوهٔ پیکان نزولی استفاده می‌کند و به زوجین کمک می‌کند که از زنجیره افکار خودشان آگاه شوند و ببینند که چگونه فرضیات پایداری را تقویت می‌کنند که الزاماً درست نیستند. سپس، ضمن توضیح دلایل و نیات رفتارهای خود به اصلاح سوءتفاهم‌ها و تصورات غلط از یکدیگر بپردازند. مشاور از زوجین می‌خواهد که فرایندهای شناختی را که موجب آشفتگی در روابط می‌شوند، شناسایی کنند و باورهای منطقی را در روابط جایگزین کنند تا بدون هیچ‌گونه ترسی از واکنش همسر، افکار و باورهای مهم خود را در رابطه بیان کنند [۳۲].

در تبیین اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر رضایت زناشویی باید گفت که نتایج تحقیقات نشان دهنده ارتباط بین تحریف‌های شناختی و تعارضات زناشویی است. از طرفی نیز شناخت گراها عقیده دارند وجود تحریف‌های شناختی در روابط زوجین باعث ناسازگاری‌های رفتاری و تعارضات زناشویی می‌شود [۳۳].

هدف درمان شناختی-رفتاری تقویت مهارت‌های ارتباطی زوجین است تا به زوجین اجازه دهد تا با خیال راحت نیازها و هیجانات خود را بدون خطر واکنش‌های منفی همسر خود افشا کنند. بنابراین، به جای سرزنش همسر، زوجین یاد می‌گیرند که هیجانات و نیازهای خود را با استفاده از قوانین و فنون گوینده شنونده بیان کنند. همچنین، درمان شناختی-رفتاری از فنون شناختی-عاطفی مانند بازسازی شناختی (یعنی شناسایی و مخالفت با افکار غیر منطقی که منجر به هیجانات منفی می‌شود) استفاده می‌کند [۳۶]. بنابراین زوجین دارای تعارضات زناشویی با شرکت در جلسات درمان شناختی-رفتاری یاد می‌گیرند که در خودافشایی هیجانی عمیق، گوش دادن همدلانه و ارائه حمایت متمرکز بر هیجان (یعنی مقابله دوتایی یا زوجی) که با نیازهای همسر مطابقت دارد مشارکت کنند. با انجام این کار، پیوند عاطفی، صمیمیت و صمیمیت متقابل و همچنین اعتماد متقابل بین زوجین افزایش می‌یابد [۳۷].

به طور کلی، یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری تأثیر معناداری بر الگوهای ارتباطی، تعهد زناشویی و سازگاری عاطفی زنان متأهل داشته است. این اثربخشی را می‌توان در پرتو سازوکارهای شناختی و هیجانی این رویکرد و با توجه به خرده‌مقیاس‌های هر متغیر تبیین کرد. در حوزهٔ الگوهای ارتباطی، بهبود در خرده‌مقیاس جهت‌گیری گفت‌وشنود، نشان‌دهندهٔ افزایش تعامل‌های باز، بیان هیجان‌ها و تبادل افکار به شیوه‌ای سازنده است. درمان شناختی-رفتاری با آموزش مهارت‌های ارتباطی و اصلاح باورهای ناکارآمد درباره تعارض، زمینه را برای گفت‌وگوی مؤثر و کاهش سوءتفاهم‌ها فراهم می‌کند. همزمان، کاهش جهت‌گیری همنوایی را می‌توان ناشی از تقویت جرأت‌مندی و کاهش الگوهای ارتباطی مبتنی بر اجتناب، تسلیم یا کنترل دانست که در درمان شناختی-رفتاری مورد توجه قرار می‌گیرد.

در بعد تعهد زناشویی، نتایج حاکی از بهبود در هر سه خرده‌مقیاس تعهد شخصی، تعهد اخلاقی و تعهد ساختاری است. افزایش تعهد شخصی را می‌توان به تغییر نگرش‌های فرد نسبت به رابطه و افزایش احساس رضایت و دلبستگی آگاهانه نسبت داد. تعهد اخلاقی نیز از طریق بازنگری ارزش‌ها، مسئولیت‌پذیری و تقویت باور به اهمیت وفاداری و پایبندی به رابطه زناشویی در فرایند درمان ارتقا یافته است. همچنین، بهبود تعهد ساختاری بیانگر افزایش آگاهی نسبت به پیامدهای حفظ یا گسست رابطه و تقویت راهبردهای حل مسئله برای مدیریت چالش‌های زندگی مشترک است که از اهداف اصلی مداخلات شناختی-رفتاری محسوب می‌شود.

در نهایت، سازگاری عاطفی با توجه به خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی، همبستگی عاطفی، توافق دونفری و ابراز محبت بهبود یافته است. درمان شناختی-رفتاری با کمک به شناسایی و تنظیم هیجان‌ها، کاهش واکنش‌های هیجانی منفی و افزایش همدلی، موجب ارتقای رضایت زناشویی و همبستگی عاطفی می‌شود. همچنین، آموزش حل تعارض و بازسازی شناختی به افزایش توافق دونفری کمک کرده و با تقویت مهارت‌های ابراز هیجان، سطح ابراز محبت در رابطه را افزایش می‌دهد. در مجموع، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی-رفتاری از طریق تغییر الگوهای فکری، رفتاری و هیجانی، به بهبود هماهنگ ابعاد مختلف روابط زناشویی منجر شده است.

مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر آن است که با توجه به این‌که متغیرهایی مانند تعهد اخلاقی، تعهد

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e9

ساختاری یا رضایت زناشویی به‌شدت تحت تأثیر عوامل زمینه‌ای نظیر هنجارهای فرهنگی، تجربه‌های مشترک زوجین، شرایط اقتصادی و حتی تاریخچه رابطه هستند، تعیین اینکه چه میزان از تغییرات مشاهده‌شده دقیقاً ناشی از مداخله CBT بوده و چه میزان حاصل تحولات طبیعی رابطه یا عوامل محیطی بوده است، به‌طور کامل ممکن نیست. به عبارت دیگر، پیچیدگی و چندعاملی بودن ساختار تعهد و سازگاریِ عاطفی موجب می‌شود اثر خالص درمان به‌صورت کاملاً مجزا از سایر متغیرها سنجیده نشود، حتی اگر طرح پژوهش کنترل‌شده باشد. همچنین، نبود دوره پیگیری طولانی‌مدت، امکان ارزیابی پایداری و ماندگاری اثرات درمان شناختی-رفتاری بر الگوهای ارتباطی، تعهد زناشویی و سازگاری عاطفی را محدود می‌کند.

نکات بالینی و کاربردی در طب انتظامی

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری زوجین می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مؤثر در بهبود الگوهای ارتباطی، تعهد زناشویی و سازگاری عاطفی زوجین مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به نقش تعیین‌کننده سلامت روانی خانواده در کاهش آسیب‌های اجتماعی و انتظامی، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره و کلانتری‌های مشاوره‌ای و دوائر مددکاری اجتماعی نیروی انتظامی از این رویکرد درمانی برای زوجین دارای تعارض و ناسازگاری استفاده کنند. آموزش مهارت‌های ارتباطی و بازسازی شناختی در قالب کارگاه‌های کوتاه‌مدت می‌تواند به کاهش تنش‌های خانوادگی، افزایش رضایت زناشویی و در نتیجه کاهش پرونده‌های مربوط به نزاع و خشونت خانگی کمک شایانی نماید.

تشکر و قدردانی: نویسندگان از تمام متخصصین و شرکت‌کنندگانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنند.

سهم نویسندگان: نسیم جهان سری، ارائه ایده و طراحی مطالعه و جمع‌آوری داده‌ها؛ نعیمه محب، تجزیه و تحلیل داده‌ها. همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله و بازنگری آن سهیم بودند و همه با تأیید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

تعارض منافع: بدین‌وسیله نویسندگان مقاله تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تعارض منافعی در قبال مطالعه حاضر وجود ندارد.

حمایت مالی: پژوهش حاضر هیچگونه حمایت مالی نداشته است.

REFERENCES

1. Asoodeh MH. Enrich marital satisfaction.2010 scale. Tehran: Azmonyar Pouya; [Persian]
2. Ovliya N, Fatehizadeh M, Bahrami, F. Marital life enrichment training. Tehran: Danjeh (Persian) .2011 Publications;
3. Fitzpatrick M. A., & Koerner A. F. Family communication schema effect on children's resiliencyrunning head: family communication schemata, The evolution of key mass communication concepts: Honoring Jack M. McLeod, 2004, 115-139.
4. Sigelman CK, Rider EI. Life-span Human Development (7th Ed.). Belmont, 2018, CA: Wadsworth. [Book]
5. Parsa, M. (1403). Investigating the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy on reducing marital conflict and improving couples' relationships in Rasht. Thesis for obtaining a master's degree, Islamic Azad University, Rasht Branch, Faculty of Humanities. [Persian]
6. Thomson RL, Stewart KA. Forecasting friendship: How marital quality, maternal mood, and attachment security are linked to children's peer relationship. J Appl Dev Psychol. 2007; 28: 499-514. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2007.06.004
7. Gorjian, H. Sheikh-al-Salami, A. Kiani, A. Rezaei, A. The effectiveness of emotional reconstruction couple therapy and Dattilio cognitive behavioral couple therapy on stress symptoms, cognitive emotion regulation and trust in marital relationships in women affected by marital infidelity. Thesis for obtaining a master's degree, University of Mohaghegh Ardabili, Faculty of Educational Sciences and Psychology. 1402. [Persian]
8. Chiara G. Eva G. Elisa M. Luca R. Piera B. (2014). Psychometrical properties of the dyadic adjustment scale for measurement of marital quality with Italian couples. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 2014: 127, 499-503. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.298
9. Bigras N. Godbout N. Hebert M. Runtz M. Daspe M. Identity and relatedness as mediators between child emotional abuse and adult couple adjustment in women. Child Abuse Neglect, 2015: 50, 85-93 https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.009
10. Ward A. Arola N. Bohnert A. Lieb R. Social-emotional Adjustment and Pet Ownership Among Adolescents with Autism Spectrum Disorder. Journal of Communication Disorders, 2017: 65: 35-42. https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2017.01.002
11. Taheri, Z. Mahvi Shirazi, M. The relationship between expectations of marriage and distress tolerance with women's marital adjustment. Women's Research Journal, Institute for Humanities and Cultural Studies, Quarterly Scientific-Research Journal, 2019, 10 (1), 116-99. https://doi.org/10.30465/ws.2019.4031
12. Dugas MJ, Robichaud M. Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: From Science to practice.New York: 2017. Routledge. [Book]
13. Farhang, S., Comparing the effectiveness of cognitive therapy and supportive therapy - an indicator of psychological adjustment in patients with multiple sclerosis, Master's thesis, Ardabil, University of Mohaghegh Ardabili. 2011. https://doi.org/10.12740/APP/64975

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

14. Beck, A. Cognitive Therapy of Depression, New York, 1974. Guilford co. pp. 184-200.

15. Azhideh, L. Bayrami, M. and Hashemi, T. A comparative study of the effectiveness of cognitive behavioral and integrative couple therapy on improving marital satisfaction and marital intimacy in incompatible couples. Thesis for obtaining a master's degree from Tabriz University, Aras International Campus. 1403. [Persian]

16. Dehghani, Y. Gashtasbi, M. and Polladi, A. A study of the effectiveness of cognitive therapy on reducing negative beliefs, increasing emotional adjustment and marital satisfaction of couples seeking divorce. The fourth conference on cognitive behavioral psychotherapy with a focus on transferring clinical experiences between future generation therapists. 1402. [Persian]

17. Shahbazfar, R. Zarei, A. and Haji Alizadeh, K. Identifying couples' emotional needs and the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy counseling approach on satisfying emotional needs and improving marital quality of Iranian couples. Doctoral thesis, Islamic Azad University, Bandar Abbas Branch, Faculty of Humanities. 1401. [Persian]

18. Karahan. T.F. (2007). The effects of a couple communication program on conflict tendency among married passive couples. Educational Sciences: Theory & Practice, 7 (2), 845-858. https://elmnet.ir/doc/198466-90218

19. Adams JM, Joens WH. The conceptualization of marital commitment: an integrative analysis. J Pers Soc Psychol. 1997; 72(5): 1177-1196. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.72.5.1177

20. Sanaei, B. Family Assessment Scales, Besat Publications. and Anxiety. 1379, Tehran. [Persian]

21. Zarei S. The Relationship Between Moral Intelligence and Spiritual Intelligence with Marital Commitment in Women: The Mediating Role of Marital Intimacy. Rooyesh. 2020; 9(7): 45- 54. [Persian] https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.2383353.1399.9.7.8.3

22. Ebadi Z, Pasha R, Hafezi F & et al. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Marital Intimacy and Identification of the Basic Psychological Needs among Couples Referring to Counseling Centers. Avicenna J Neuro Psycho Physiology. 2018; 5(4): 189-196.[Persian] https://www.sid.ir/en/VEWSSID/J_pdf/50003820180403.pdf

23. Ganesh NS, Kaur M, Abd Rashid R & et al. Positive Emotions and Quality of Life among Malaysian Patients on Methadone Maintenance Therapy and Their Psychosocial Correlates. Psychiatry International. 2024;5(3): 360-9.[Persian] https://doi.org/10.3390/psychiatryint5030025

24. Rahimi A, Amiri H, Afsharriniya K & et al. Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) with Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the Enhancement of Marital Satisfaction and Sexual Intimacy in Couples Referred to Counseling Centers. Avicenna J Neuro Psycho Physiology. 2020; 7(2): 126-132.[Persian] https://doi.org/10.22038/JFMH.2023.75821.3090

25. Särnholm J, Skuladottir H, Rück C & et al. Cognitive behavioral therapy improves quality of life in patients with symptomatic paroxysmal atrial fibrillation. Journal of the American College of Cardiology. 2023;82(1): 46-56. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.04.044

26. Xia S. Effect of cognitive behavioral stress management on anxiety, depression, and quality of life in colorectal cancer patients post tumor resection: a randomized, controlled study. Irish Journal of Medical Science. 2023;192(4): 1637-44. https://doi.org/10.1007/s11845-023-03405-7

27. Hosein Ghorban N, Abbaspoor Azar Z. The effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy on quality and marital intimacy on the verge of divorce. Family and Health. 2019; 9(3): 100-113. [Persian] https://en.civilica.com/doc/2506785/

28. Arab Alidousti A, Nakhaee N, Khanjani N. Reliability and validity of the Persian versions of the ENRICH marital satisfaction (brief version) and Kansas Marital Satisfaction Scales. JHD 2015; 4(2):158-67. [Persian] https://jhad.kmu.ac.ir/article_91375.html

29. Hartmann M, Datta S, Browne EN, Appiah P, Banay R, Caetano V, et al. A combined behavioral economics and cognitive behavioral therapy intervention to reduce alcohol use and intimate partner violence among couples in Bengaluru, India: results of a pilot study. JIV 2020; 14(3): 221-234. https://doi.org/10.1177/0886260519898431

30. Durães RS, Khafif TC, Lotufo-Neto F, Serafim AD. Effectiveness of Cognitive Behavioral Couple Therapy on Reducing Depression and Anxiety Symptoms and Increasing Dyadic Adjustment and Marital Social Skills: An Exploratory Study. TFJ 2020; 8(2):73-80. https://doi.org/10.1177/1066480720902410

31. Bélanger C, Laporte L, Sabourin S, Wright J. The effect of cognitive-behavioral group marital therapy on marital happiness and problem solving self-appraisal. The American Journal of Family Therapy 2015; 43(2):103-18. https://doi.org/10.1080/01926187.2014.956614

32. Nilsson A, Magnusson K, Carlbring P, Andersson G, Hellner C. Behavioral couples therapy versus cognitive behavioral therapy for problem gambling: a randomized controlled trial. Addiction 2020; 115(7):1330-42. https://doi.org/10.1111/add.14900

33. Rathgeber M, Bürkner PC, Schiller EM, Holling H. The efficacy of emotionally focused couples therapy and behavioral couples therapy: A meta-analysis. JMFT 2019; 45(3):447-63. https://doi.org/10.1111/jmft.12336

34. Haddadi K, Niosha B, Shaterian Mohammadi F. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Stress Management Training on Marital Commitment and

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

Communication Beliefs in Mothers with Low Marital Satisfaction. Iranian Evolutionary Educational Psychology Journal.2023; 5(1): 192- 204.[Persian] https://ieepj.hormozgan.ac.ir/article-1-576-en.pdf

35. Elis, A. (2004) The nature of disrupted martial interaction. www.Rebt.com. https://doi.org/10.1023/A:1025825725522
36. Bodenmann, G., Kessler, M., Kuhn, R., Hocker, L., & Randall, A. K. (2020). Cognitive-behavioral and emotion- focused couple therapy: Similarities and differences. Clinical Psychology in Europe, 2(3), 1-15. https://doi.org/10.32872%2Fcpe.v2i3.2741
37. Bodenmann, G., & Randall, A. K. (2020). General and health- related stress and couples' coping. The handbook of systemic family therapy, 3(1), 253-268. https://doi.org/10.1002/9781119790945.ch11

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]