

مقایسه ی میزان سلامت روان در میان همسران شاهدهی که ازدواج مجدد کردند و همسران شاهدهی که ازدواج مجدد نکردند و تعیین اثربخشی درمان رفتاری- شناختی CBT بر مؤلفه های سلامت روان آنها

شهره قربان شیرودی^{۱*}، زینب پور صدیقی^۲

(۱) استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران

(۲) دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

*نویسنده مسئول: shohrehghorbanshirodi@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله ۸۹/۹/۲۶ تاریخ آغاز بررسی مقاله ۸۹/۱۰/۴ تاریخ پذیرش مقاله ۹۰/۲/۱۵

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه ی میزان سلامت روانی در میان همسران شاهدهی که ازدواج مجدد کردند و همسران شاهدهی که ازدواج مجدد نکردند و تعیین اثربخشی درمان رفتاری- شناختی CBT بر مؤلفه های سلامت روان آن ها می باشد. طرح تحقیق در بخش اول این پژوهش، روش علی- مقایسه ای و برای بخش دوم از روش شبه آزمایشی با طرح تحقیق از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. کلیه ی زنان شاهد شهرستان تنکابن چه آنهایی که ازدواج مجدد کردند و آنهایی که ازدواج مجدد نکردند جامعه ی آماری را تشکیل می دهند. نمونه آماری شامل ۱۰۰ نفر از این زنان است که به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. در این پژوهش پرسشنامه ی سلامت عمومی (GHQ) گلدبرگ، مورد استفاده قرار گرفت که روایی محتوایی آن در نمونه ی ایرانی تأیید و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۰ گزارش شده است. برای بررسی فرضیه ها از آزمون t و آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته های این پژوهش نشان داد که میزان سلامت روان قبل از درمان، در دو گروه همسران شاهدهی که ازدواج مجدد کرده اند و همسران شاهدهی که ازدواج مجدد نکرده اند متفاوت نیست. همچنین نشان داد که آموزش شناختی رفتاری، بر مؤلفه های سلامت روان همسران شاهدهی که ازدواج مجدد کرده اند و در آنهایی که ازدواج مجدد نکرده اند نیز مؤثر بوده است.

کلید واژه ها: سلامت روان، درمان شناختی- رفتاری، همسران شاهد.

مقدمه

زناشویی^۲ خود را فعلیت بخشند. همه ی انسان ها از نافذترین جاذبه های حیات بهره مند هستند. تنها بستر مشروع متبادر این جاذبه ها، از طریق ارتباط با همسر است. ارتباط مؤثر و سازنده، سنگ زیربنایی خانواده ی سالم و موفق است (گلادینگ^۳، ۲۰۰۶، ص ۴۲۷). تغییرات جزئی و ملایم نه تنها مضر

ازدواج^۱، پیچیده ترین شکل رابطه ی انسانی است. انسان بدون ارتباط سازنده و سالم نمی تواند شکوفا شود. در واقع ازدواج اصلی ترین زمینه ای است که در آن اثر صمیمیت و روابط اجتماعی رشد می یابد و متجلی می گردد. زوجین در زندگی مشترک و تعامل با یکدیگر می توانند مهارت های

² - Marital skills

³ - Gladding

¹ - Marriage

ازدواج یک خواسته ی طبیعی است که همه ی جوامع بشری و ادیان آسمانی بر آن صحه نهاده اند. مخصوصاً دین اسلام پیروان خود را به ازدواج دعوت می کند و از عزوبت برحذر می دارد. ازدواج نه تنها منفور نیست بلکه از دیدگاه اسلام امری مستحب و در بعضی موارد واجب می باشد و اگر با قصد غربت انجام گیرد عبادت نیز محسوب می شود (امینی، ۱۳۸۱، ص ۲۷).

مؤیدی (۱۳۷۴) طی پژوهشی تحت عنوان بررسی تأثیر ازدواج مجدد همسران شهدا بر وضعیت روانی - اجتماعی آنان به این نتیجه رسید که ازدواج مجدد همسران شهدا، تا حدی بر وضعیت عاطفی - روانی آنان تأثیر مثبت داشته است (به نقل از ریاحی، ۱۳۸۶، ص ۳). بری^{۱۱} و همکاران (۱۹۸۷) دریافتند زوج هایی که ازدواج مجدد کرده اند طی ۶ ماه دارای حالات منفی بیشتر و مهارت کمتری در حل مشکلات می باشند. تحقیق اسکسینگر^{۱۲} در سال ۱۹۷۵ به بررسی رابطه ی بین رضامندی زنان و توفیق آنها در ازدواج مجدد پرداخته است که نتایج آن حاکی از رضایت موفقیت ۹۴ درصد نمونه ی مورد بررسی بود ۲۷ درصد این ازدواج ها به پیشنهاد و توصیه ی اقوام و والدین صورت گرفته است و ۷۳ درصد به وسیله ی خود زن و دوستان توصیه شده است. تحقیق دیگری در سال ۱۹۷۷ توسط انگل و کلادین^{۱۳} انجام یافت. برخلاف تحقیق قبلی نتایج آن حاکی از پایین بودن سطح رضایت مندی و خشنودی در افرادی که دوباره ازدواج کرده اند بود و این نارضایتی در میان زنان بود تا مردان و علت آن این است که برای مرد «همسر دوم» جای عزیز از دست رفته را گرفته است

نیستند، بلکه مفید و سازنده هستند و در پرورش حس سازش پذیری^۱ افراد نقش عمده ای ایفا می کنند. خود را در دل طوفان انداختن و با تغییرات دست و پنجه نرم کردن به تدریج آنها را قوی تر و مستحکم تر می کند، اما وقتی که تغییرات از حد مجاز فراتر روند و در طول دوره ای از زمان بر زندگی افراد اثر منفی بگذارند، ظرفیت سازش پذیری آنها اشباع خواهد شد و تحمل آن غیرممکن خواهد شد (حسینی، ۱۳۸۸، ص ۵۲). امروزه رویکرد رفتار - درمانی شناختی^۲ بیش از همه در درمان عدم سلامت روان و به خصوص در درمان افسردگی و اضطراب مورد ارزیابی واقع شده و مؤثر بوده است. رفتار - درمانی شناختی در کامل ترین مفهوم خود در برگیرنده ی آمیزه ی پیچیده ای از فنون شناختی - رفتاری است. این فنون تا حدی شامل شیوه های مداخله درمانی است که توسط افرادی چون لوینسون^۳، کراس کاپ^۴، رم^۵، آبرهام سون^۶، سلینگمن^۷ مورد استفاده قرار گرفته است (هاوتون^۸ و همکاران، ۱۹۸۹، ص ۶۲). فرهنگ بزرگ لاروس^۹ سلامت روان را چنین تعریف می کند: «استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کار کردن، برای موقعیت های دشوار، انعطاف پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خود توانایی داشتن» (گنجی، ۱۳۷۸، ص ۱۰). ازدواج عبارت است از پیوند جنسی و پسندیده میان دو نفر بزرگسال که از نظر اجتماعی به رسمیت شناخته شده است (گیدنز^{۱۰}، ۲۰۰۶، ص ۶۵).

1- Sense of compatibility

2 - Approach to treatment - cognitive therapy

3 - Levinson

4 - Crass Cap

5 - Rom

6 - Abrahamson

7 - Seligman

8 - Hawton

9 - Grand Larousse encyclopedia

10 - Giddens

11 - Bray

12 - Skesinger

13 - Angel & Cladin

گلدشتاین^۳ سلامت روانی را تعادل بین اعضا و محیط در رسیدن به خودشکوفایی می داند(کاپلان^۴، ۱۹۹۱، ص ۹۸۳). چاهن^۵ (۱۹۹۱) نیز سلامت روانی را، وضعیتی از بلوغ روان شناختی تعبیر می کند که عبارت است از حداکثر اثربخشی و رضایت به دست آمده از تقابل فردی و اجتماعی که شامل احساسات و بازخورد های مثبت نسبت به خود و دیگران می شود(چاهن، ۱۹۹۱، ص ۱۵). او به ذکر پنج الگوی رفتاری در ارتباط با سلامت روان مبادرت ورزیده است:

۱- حس مسولیت پذیری^۶: کسی که دارای سلامت روان است، نسبت به نیازهای دیگران حساس است و در جهت ارضای خواسته ها و ایجاد آسایش آنان می کوشد.

۲- حس اعتماد به خود^۷: کسی که واجد سلامت روانی است، به خود و توانایی های خود اعتماد دارد و مشکلات را پدیده ای مقطعی می انگارد که حل شدنی است. از این رو، موانع، خدشه ای به روحیه ی او وارد نمی سازد.

۳- هدف مداری^۸: به فردی اشاره دارد که واجد مفهوم روشنی از آرمان های زندگی است. از این رو، تمامی نیرو و خلاقیت خود را در جهت دست یابی به این اهداف هدایت می کند.

۴- ارزش های شخصی^۹: چنین فردی در زندگی خود، از فلسفه ای خاص مبتنی بر اعتقادات، باورها و اهدافی برخوردار است که به سعادت و شادکامی او یا اطرافیان او می انجامد و خواهان افزایش مشارکت اجتماعی است.

نه اینکه به عنوان یک فرد جدیدی به افراد خانواده افزوده شده باشد(کریمی طالقانی، ۱۳۸۳، ص ۸۷).

بعد از فوت همسر واکنش ماتم^۱ شکل می گیرد و در صورتی که ازدواج مجدد در جهت رفع واکنش ماتم باشد نقش مثبتی خواهد داشت. بهتر است همانند کشورهای دیگر آموزش مرگ از کودکی تعلیم داده شود و افراد از ابتدا با مرگ و اثرات آن آشنا شوند تا از مشکلات و عوارض آن در بزرگسالی بکاهدند، چرا که در غیر این صورت دچار استرس ها و ترس از مرگ می شوند.

تجاری (۱۳۷۹) طی پژوهشی تحت عنوان بررسی و مقایسه ی بین سلامت عمومی همسران شاهد ازدواج مجدد نموده با همسران مجرد مانده، به این نتیجه رسید که ازدواج در سلامتی روح انسان به خصوص زن، مؤثر است و مجرد ماندن نیز تأثیر منفی در همسران دارد(به نقل از نعمت الهی، ۱۳۸۲، ص ۴۸). در سال های اخیر انجمن کانادایی، بهداشت روانی^۲ «سلامت روانی» را در سه بخش تعریف کرده است:

بخش اول- بازخورد های مربوط به خود شامل: تسلط بر هیجان های خود، آگاهی از ضعف های خود و رضایت از خوشی های خود می باشد.

بخش دوم- بازخورد های مربوط به دیگران شامل: علاقه به دوستی های طولانی و صمیمی، احساس تعلق به یک گروه و احساس مسئولیت در مقابل محیط انسانی و مادی می باشد.

بخش سوم- بازخورد های مربوط به زندگی شامل: پذیرش مسئولیت ها، ذوق توسعه امکانات، علایق خود و توانایی اخذ تصمیم های شخصی و ذوق خوب کار کردن می باشد(گنجی، ۱۳۷۸، ص ۱۰).

³ - Goldstein

⁴ - Kaplan

⁵ - Chauhan

⁶ - Sense of responsibility

⁷ - Sense of self-confidence

⁸ - The central purpose

⁹ - Personal values

¹ - Mourning reaction

² - Canadian Mental Health Association

۵- فردیت و یگانگی^۱: کسی که دارای سلامت روان است، خود را جدا و متمایز از دیگران می شناسد و می کوشد بازخورد ها و الگوهای رفتاری خود را توسعه دهد. به گونه ای که نه همنوایی کور و ناهشیارانه با خواسته ها و تمایلات دیگران دارد و نه توسط دیگران مطرود و متروک می شود(چاهن، ۱۹۹۱، ص ۱۵).

ونتیز^۲ (۱۹۹۵) سلامت روان را وابسته به هفت ملاک می داند که عبارتند از: رفتار اجتماعی مناسب، رهایی از نگرانی و گناه، فقدان بیماری روانی، کفایت فردی و خود مهارگری، خویشتن پذیری و خودشکوفایی، توحید یافتگی و سازماندهی شخصیت، گشاده نگری و انعطاف پذیری(ونتیز، ۱۹۹۵، ص ۳۹). یکی از شروط لازم برای دستیابی به سلامت روان، برخورداری از یک نظام ارزشی است و همان گونه که چاهن^۳ (۱۹۹۱) می گوید: بهره مندی از یک سلسله ارزش های شخصی و فلسفه ای مبتنی بر باورها، آرزوها و آرمان هایی که با سعادت فرد و اطرافیان او پیوندی نزدیک دارد، شرط لازم برای کسب سلامت روان است(چاهن، ۱۹۹۱، ص ۱۵). مزلو (۱۹۵۴) اصول و ارزش های افراد مأیوس^۴ و درمانده و افرادی را که واجد سلامت روانی هستند؛ دست کم در برخی موارد، متفاوت می داند. زیرا آنان دارای ادراکات و طرز تلقی های متفاوتی از جهان مادی، اجتماعی و جهان روان شناختی خصوصی هستند که همین ادراکات و طرز تلقی های متفاوت، نظام ارزشی فرد را رقم می زنند(مزلو^۵، ۱۹۵۴، ص ۱۴۸). جلوگیری از بروز اختلال های روانی

(پیشگیری نخستین^۶) تشخیص و درمان زود هنگام اختلال ها (پیشگیری ثانوی^۷) و کمک به معضلات و مشکلات ناشی از ابتلا به اختلال های روانی (پیشگیری ثالث^۸). در روانشناسی علاوه بر اهمیتی که برای پیشگیری فایل می شویم، به دنبال دستیابی به ویژگی ها و کیفیاتی هستیم که سالم، سازگار و در یک کلام مطلوب به شمار می آیند- مواردی که نمی توان تنها از طریق توجه محض به پیشگیری به آنها دست یافت- کما اینکه این طرز تلقی با تعریف کامل بهداشت روانی نیز مطابقت بیشتری دارد(سپینگتون^۹، ۲۰۰۴، ص ۸۳). درمانگران شناختی^{۱۰} معتقدند که تفکر تحریف شده^{۱۱} موجب رفتار آشفته^{۱۲} می شود و اصلاح تفکر تحریف شده، رفتار آشفته را آرام و حتی درمان می کند. در مقابل رفتار- درمانگران، معتقدند که رفتار آشفته از تجربه ی گذشته آموخته می شود، و با آموزش دادن به بیماران برای این که رفتارهای جدید و سازگارانه تری را به کار برند، می کوشند اختلالات را تسکین دهند. این دو دیدگاه، مغایر هم هستند و بسیاری از درمانگران سعی می کنند هم شناخت های تحریف شده را اصلاح کنند و هم به بیماران آموزش دهند که به رفتارهای جدید بپردازند. هنگامی که درمانگران هر دو شیوه را با هم ترکیب می کنند، این ترکیب، درمان شناختی- رفتاری نامیده می شود(روزنهان و سلیمان^{۱۳}، ۱۹۹۵، ص ۶۷). رویکردهای شناختی - رفتاری مانند رفتار درمانی بسیار متنوع هستند ولی در این ویژگی ها مشترکند: ۱- رابطه ی مشترک بین درمانجو و درمانگر^{۱۴}.

6 - Prevention First
7 - Secondary Prevention
8 - Thirdly Prevention
9 - Sappington
10 - Cognitive Therapists
11 - Distorted Thinking
12 - Chaotic Behavior
13 - Rosenhan & Seligman
14 - Patient and Therapist

1 - Individuality and Uniqueness
2 - Ventis
3 - Chauhan
4 - Discourage People
5 - Maslow

- مبتنی بودن بر مدل شناختی منسجم درباره ی اختلال هیجانی نه مجموعه ی ناهماهنگی از فنونی که فاقد هر نوع اساس وحدت بخشی منطقی باشد.

- مبتنی بودن بر همکاری درمانی استوار بین بیمار و درمانگر، که در آن بیمار به صراحت به عنوان فردی تلقی می شود که در رویکرد تیمی به حل مسأله، نقشی برابر دارد.

- کوتاه و محدود بودن از لحاظ زمانی، که در آن سعی می شود به بیمار کمک شود تا در خود مهارت های خودیاری مستقلی پدید آورد.

- سازمان یافته و جهت بخش بودن.

- مسأله مدار و معطوف بودن به عوامل تداوم بخش مشکلات نه منشأ آنها.

- متکی بودن بر فرایند سؤال و «کشف راهبردی شده»^۵ نه قانع سازی؛ موعظه و مباحثه.

- استفاده از روش های استقرایی، به طوری که بیمار فرا می گیرد که افکار و اعتقادهای را به عنوان فرضیه هایی که باید اعتبارشان آزموده شود، بنگرد.

- آموزشی بودن، که در آن فنون شناختی- رفتاری به عنوان مهارت هایی که باید از طریق ممارست فرا گرفته شوند و از طریق تکلیف خانگی وارد محیط بیمار گردند، تلقی می شوند.

هدف درمان، عبارت از: پیدا کردن راه حل هایی برای مسایل بیمار که با استفاده از راهبردهای شناختی- رفتاری کوتاه مدت، تسکین نشانه هاست و در درازمدت، از همان راهبردها، برای حل مسایل زندگی (مانند مشکلات موقعیتی و یا ارتباطی، پیش گیری یا حداقل در جهت تقلیل دادن بر همه ی افسردگی در آینده، استفاده می شود (هاوتون و همکاران، ۱۹۸۹، ص ۶۲). لذا با توجه به اهمیت

۲- این اصل که پریشانی روان شناختی عمدتاً حاصل آشفته گی هایی در فرایندهای شناختی است.

۳- تمرکز روی تغییر دادن شناخت ها برای ایجاد تغییرات مطلوب در عاطفه و رفتار.

۴- درمان کوتاه مدت و آموزشی متمرکز بر مشکلات خاص.

درمان شناختی با تمرکز بر زمان حال، گرایش به این دارد که کوتاه مدت باشد. هدف های درمانی عبارتند از: برطرف کردن نشانه، کمک کردن به درمانجویان در حل کردن اضطرابی ترین مشکلات آنها و آموزش دادن راهبردهای پیشگیری از برگشت نشانه به درمانجویان. اخیراً به مؤلفه های ناهشیار، هیجانی، و حتی وجودی درمان شناختی توجه زیادی شده است (کری^۱، ۲۰۰۸، ص ۱۰۸). درمان های شناختی- رفتاری بر نقش تفکر، انتظار و باورها در سبب شناسی و استمرار مشکلات بالینی تأکید دارند (ترال و فیرس^۲، ۱۹۹۷، ص ۲۸). امتیاز مهم CBT این است که روان درمانی التقاطی^۳ است. طرفدار استفاده از فنون شناختی- رفتاری در چارچوب وجودی است.

۱- به چالش طلبیدن درمان جویان برای روبه رو شدن با عقاید غلط با توجه به شواهد مغایری که گردآوری و ارزیابی می کنند.

۲- کمک کردن به درمان جویان برای پیدا کردن عقاید خشک و به حداقل رسانیدن آنها.

۳- آگاه شدن از افکار خودکار و تغییر دادن آنها (کری، ۲۰۰۸، ص ۱۰۸).

رفتار درمانی شناختی افسردگی^۴، درمانی است:

1 - Corey

2 - Trull & Phares

3 - Eclectic psychotherapy

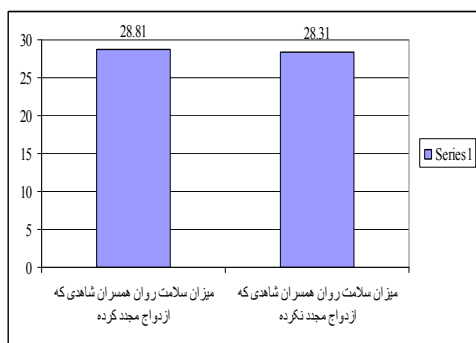
4 - Cognitive behavioral therapy for depression

⁵ - Strategy has been discovered

سؤال های شامل چهار گزینه هستند. روش نمره گذاری برای این پرسشنامه به صورت نمره گذاری لیکرت (۰-۱-۲-۳) می باشد. بنابراین نمره ی فرد از ۰ تا ۸۴ متغیر خواهد بود. که در هر مقیاس از نمره ی ۶ و در مجموع از نمره ی ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است. ضرایب پایایی با سه روش دوباره سنجی، تصنیف و آلفای کرونباخ به ترتیب: ۰/۷۰، ۰/۹۳، ۰/۹۰ گزارش شده است. روایی مناسب آزمون در پژوهش با نمونه ی ایرانی گزارش شده است (سامانی و جوکار، ۱۳۸۶، ص ۷۰). تحت نظر براهنی پایایی کل آزمون پرسشنامه سلامت عمومی را ۰/۸۸ و ضریب پایایی خرده مقیاس ها را ۰/۵۱ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است (به نقل از اوتادی، ۱۳۸۰، ص ۷۰). در این پژوهش برای بررسی فرضیه ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته ها

فرضیه ی اول: میزان سلامت روان قبل از درمان، در همسران شاهدی که ازدواج مجدد کرده و همسرانی که ازدواج مجدد نکرده اند، متفاوت است.



نمودار ۱- توزیع میانگین میزان سلامت روانی بین همسران شاهدی که ازدواج مجدد کرده و همسران شاهدی که ازدواج مجدد نکرده اند.

درمان بر سلامت روانی، پژوهش حاضر در صدد بررسی فرضیه های زیر می باشد:

فرضیه ی اول: میزان سلامت روان قبل از درمان، در همسران شاهدی که ازدواج مجدد کرده اند و همسران شاهدی که ازدواج مجدد نکرده اند، متفاوت است.

فرضیه ی دوم: آموزش شناختی- رفتاری بر روی مؤلفه های سلامت روان همسران شاهدی که ازدواج مجدد کرده اند مؤثر است.

فرضیه ی سوم: آموزش شناختی- رفتاری بر روی مؤلفه های سلامت روان همسران شاهدی که ازدواج مجدد نکرده اند مؤثر است.

روش تحقیق

طرح تحقیق در بخش اول این پژوهش علی-مقایسه ای و برای بخش دوم، روش شبه آزمایشی با طرح تحقیق از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه ی آماری را کلیه ی زنان شاهد شهرستان تنکابن که ازدواج مجدد کردند و آن هایی که ازدواج مجدد نکردند، تشکیل می دهند. نمونه ی آماری شامل ۱۰۰ نفر از این زنان است که به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه ی ۲۸ سؤال سلامت عمومی GHQ بوده است. این پرسشنامه، از چهار خرده آزمون تشکیل شده است که هر کدام شامل هفت سؤال است. سؤال های ۱ تا ۷ مربوط به خرده آزمون نشانه های جسمانی، سؤال های ۸ تا ۱۴ مربوط به خرده آزمون اضطراب و بی خوابی، سؤال های ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده آزمون عملکرد اجتماعی و سؤال های ۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده آزمون افسردگی است، که کلاً وضعیت روانی- جسمانی فرد را در یک ماه اخیر نشان می دهد. تمام

جدول ۱. توزیع t محاسبه شده میزان سلامت روانی بین همسران شاهدی که ازدواج مجدد کرده و همسران شاهدی که

ازدواج مجدد نکرده اند

شاخص آماری گروهها	میانگین	انحراف استاندارد	t بحرانی	t مشاهده شده	سطح α	df	سطح معناداری
همسران شاهدی که ازدواج مجدد کرده	۲۸/۸۱	۲/۶۵۷	۱/۹۸۰	۰/۸۲۱	۰/۰۵	۹۸	۰/۵۹۰
همسران شاهدی که ازدواج مجدد نکرده	۲۸/۳۱	۲/۷۸۲					

فرضیه ی دوم: آموزش شناختی- رفتاری بر روی مؤلفه های سلامت روان همسرانی که ازدواج مجدد

کرده اند مؤثر است.

جدول ۲. توزیع نمرات پس آزمون (تعدیل شده)

گروه ها	N	میانگین \bar{X}	انحراف استاندارد S
گروه آزمایش: در سلامت روان	۱۵	۱۰/۰۶۱	۱/۱۲۴
گروه کنترل: در سلامت روان	۱۵	۲۶/۹۳۶	۱/۱۲۴
گروه آزمایش: در علائم جسمانی	۱۵	۴/۵۸۰	۰/۴۹۷
گروه کنترل: در علائم جسمانی	۱۵	۱۵/۷۵۳	۰/۴۹۷
گروه آزمایش: در علائم اضطراب	۱۵	۲/۲۴۸	۰/۷۶۳
گروه کنترل: در علائم اضطراب	۱۵	۱۷/۳۵۲	۰/۷۶۳
گروه آزمایش: در علائم افسردگی	۱۵	۴/۰۱۴	۰/۴۰۴
گروه کنترل: در علائم افسردگی	۱۵	۱۷/۷۱۹	۰/۴۰۴
گروه آزمایش: در علائم کارکرداجتماعی	۱۵	۳/۳۸۵	۰/۴۷۶
گروه کنترل: در علائم کارکرداجتماعی	۱۵	۱۳/۶۱۵	۰/۴۷۶

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیرهای سلامت روان، علایم جسمانی و اضطراب و افسردگی و کارکرد اجتماعی

منبع پراش	مجموع مجذورات s.s	درجه آزادی d.f	میانگین مجذورات m.s	F	سطح معناداری P	اندازه اثر Eta	توان آزمون
بین گروه ها							
پس آزمون سلامت روان	۸۹۲/۷۳۱	۱	۸۹۲/۷۳۱	۷۹/۹۵۴	۰/۰۰۰	۰/۷۷۷	۱/۰۰۰
پس آزمون علایم جسمانی	۳۹۱/۲۸۸	۱	۳۹۱/۲۸۸	۱۷۹/۱۲۷	۰/۰۰۰	۰/۸۸۶	۱/۰۰۰
پس آزمون علایم اضطراب	۴۵۹/۱۶۹	۱	۴۵۹/۱۶۹	۸۹/۱۹۰	۰/۰۰۰	۰/۷۹۵	۱/۰۰۰
پس آزمون علایم افسردگی	۵۸۸/۷۳۲	۱	۵۸۸/۷۳۲	۴۰۷/۸۶۶	۰/۰۰۰	۰/۹۴۷	۱/۰۰۰
پس آزمون علایم کارکرد اجتماعی	۲۱۲/۳۲۹	۱	۲۱۲/۳۲۹	۱۰۶/۰۶۲	۰/۰۰۰	۰/۸۲۲	۱/۰۰۰
درون گروه ها							
پس آزمون سلامت روان	۲۵۶/۸۰۸	۲۳	۱۱/۱۶۶				
پس آزمون علایم جسمانی	۵۰/۲۴۲	۲۳	۲/۱۸۴				
پس آزمون علایم اضطراب	۱۱۸/۴۰۹	۲۳	۵/۱۴۸				
پس آزمون علایم افسردگی	۳۳/۱۹۹	۲۳	۱/۴۴۳				
پس آزمون علایم کارکرد اجتماعی	۴۶/۰۴۵	۲۳	۲/۰۰۲				
کل							
پس آزمون سلامت روان	۱۳۳۴۷	۳۰					
پس آزمون علایم جسمانی	۴۲۲۱	۳۰					
پس آزمون علایم اضطراب	۵۴۴۳	۳۰					
پس آزمون علایم افسردگی	۵۰۵۸	۳۰					
پس آزمون علایم کارکرد اجتماعی	۳۵۰۱	۳۰					

بنابراین F معنادار می باشد. لذا می توان گفت نمرات پس آزمون سلامت روان در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری دارد.

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۳، و پس از تعدیل میانگین نمرات پیش آزمون به مقدار ۱۶ برای متغیر علایم جسمانی، با توجه به F محاسبه شده $P < ۰/۰۰۰۵$ و $F_{(۱,۳۳)} = ۱۷۹/۱۲۷$ ، $\eta^2 = ۰/۸۸۶$ ، $(Sig = ۰/۰۰۰۰, \eta^2)$

آزمون علایم افسردگی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری دارد.

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۳، و پس از تعدیل میانگین نمرات پیش آزمون به مقدار ۱۵/۸۰ برای متغیر کارکرد اجتماعی، با توجه به F محاسبه شده $P < ۰/۰۰۰۵$ و $F_{(۱,۳۳)} = ۱۰۶/۰۶۲$ و $\eta^2 = ۰/۸۲۲$ ، $(Sig = ۰/۰۰۰۰$ ، میزان شده ی بن فرونی $(۰/۰۰۲)$ می باشد، بنابراین F معنادار می باشد. لذا می توان گفت که نمرات پس آزمون کارکرد اجتماعی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری دارد. با عنایت به معنادار شدن تفاوت میانگین ها با $۰/۹۹$ اطمینان بیان می کنیم که فرضیه ی پژوهش مبنی بر این که اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر مؤلفه های سلامت روان همسران شاهدی که ازدواج مجدد کرده اند مؤثر است، تأیید می شود.

فرضیه ی سوم: آموزش شناختی- رفتاری بر روی مؤلفه های سلامت روان همسرانی که ازدواج مجدد نکرده اند مؤثر است.

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۳، و پس از تعدیل میانگین نمرات پیش آزمون به مقدار ۲۸/۰۷ برای متغیر سلامت روان، جهت تحلیل متغیر وابسته ی سلامت روان در دو گروه آزمایش و کنترل، از آلفای بن فرونی $(۰/۰۰۲)$ استفاده شده است. با توجه به F محاسبه شده $P < ۰/۰۰۰۵$ و $F_{(۱,۳۳)} = ۷۹/۹۵۴$ ، $\eta^2 = ۰/۷۷۷$ ، $(Sig = ۰/۰۰۰۰)$ چون سطح معناداری، کمتر از آلفای میزان شده بن فرونی $(۰/۰۰۲)$ می باشد، چون سطح معناداری کمتر از آلفای میزان شده بن فرونی $(۰/۰۰۲)$ می باشد، بنابراین F معنادار می باشد. لذا می توان گفت که نمرات پس آزمون علایم جسمانی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری دارد.

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۳، پس از تعدیل میانگین نمرات پیش آزمون به مقدار ۱۹/۱۰ برای متغیر علایم اضطراب، با توجه به F محاسبه شده $P < ۰/۰۰۰۵$ و $F_{(۱,۳۳)} = ۸۹/۱۹۰$ ، $\eta^2 = ۰/۷۹۵$ ، $(Sig = ۰/۰۰۰۰$ ، میزان شده بن فرونی $(۰/۰۰۲)$ می باشد، بنابراین F معنادار می باشد. لذا می توان گفت که نمرات پس آزمون علایم اضطراب در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری دارد.

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۳، و پس از تعدیل میانگین نمرات پیش آزمون به مقدار ۱۷/۴۰ برای متغیر علایم افسردگی، با توجه به F محاسبه شده $P < ۰/۰۰۰۵$ و $F_{(۱,۳۳)} = ۴۰۷/۸۶۶$ و $\eta^2 = ۰/۹۴۷$ ، $(Sig = ۰/۰۰۰۰$ ، چون سطح معناداری کمتر از آلفای میزان شده بن فرونی $(۰/۰۰۲)$ می باشد، بنابراین F معنادار می باشد. لذا می توان گفت که نمرات پس

جدول ۴. توزیع نمرات پس آزمون (تعدیل شده)

گروه ها	N	میانگین \bar{X}	انحراف استاندارد S
گروه آزمایش: در سلامت روان	۱۵	۱۷/۱۲۳	۱/۵۵۱
گروه کنترل: در سلامت روان	۱۵	۲۷/۶۱۰	۱/۵۵۱
گروه آزمایش: در علایم جسمانی	۱۵	۸/۶۸۹	۰/۴۷۹
گروه کنترل: در علایم جسمانی	۱۵	۱۵/۱۱۱	۰/۴۷۹
گروه آزمایش: در علایم اضطراب	۱۵	۱۰/۴۷۶	۰/۶۵۴
گروه کنترل: در علایم اضطراب	۱۵	۱۵/۵۲۴	۰/۶۵۴
گروه آزمایش: در علایم افسردگی	۱۵	۹/۴۲۵	۰/۵۸۸
گروه کنترل: در علایم افسردگی	۱۵	۱۶/۹۷۵	۰/۵۸۸
گروه آزمایش: در علایم کارکرد اجتماعی	۱۵	۸/۹۸۸	۰/۵۶۲
گروه کنترل: در علایم کارکرد اجتماعی	۱۵	۱۳/۹۴۶	۰/۵۶۲

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیرهای سلامت روان، علایم جسمانی و اضطراب و افسردگی و کارکرد اجتماعی

منبع تغییرات (پراش)	متغیر وابسته	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی d.f	میانگین مجذورات M.S	F	سطح معناداری Sig	اندازه اثر Eta	توان آزمون
بین گروه ها	سلامت روان	۲۰۶/۵۱۱	۱	۲۰۶/۵۱۱	۱۴/۲۸۴	۰/۰۰۱	۰/۳۸۳	۰/۹۵۱
	علایم جسمانی	۷۷/۴۲۶	۱	۷۷/۴۲۶	۵۶/۱۷۷	۰/۰۰۰	۰/۷۱۰	۱/۰۰۰
	علایم اضطراب	۴۷/۸۳۷	۱	۴۷/۸۳۷	۱۸/۶۱۸	۰/۰۰۰	۰/۴۴۷	۰/۹۸۵
	علایم افسردگی	۱۰۷/۰۳۶	۱	۱۰۷/۰۳۶	۵۱/۵۸۶	۰/۰۰۰	۰/۶۹۲	۱/۰۰۰
	کارکرد اجتماعی	۴۶/۱۵۶	۱	۴۶/۱۵۶	۲۴/۳۵۷	۰/۰۰۰	۰/۵۱۴	۰/۹۹۷
درون گروه ها	سلامت روان	۳۳۲/۵۱۴	۲۳	۱۴/۴۵۷				
	علایم جسمانی	۳۱/۷۰	۲۳	۱/۳۷۸				
	علایم اضطراب	۵۹/۰۹۸	۲۳	۲/۵۶۹				
	علایم افسردگی	۴۲/۷۲۳	۲۳	۲/۰۷۵				
	علایم کارکرد اجتماعی	۴۳/۵۸۵	۲۳	۱/۸۹۵				
کل	سلامت روان	۱۶۴۵۷	۳۰					
	علایم جسمانی	۴۸۶۹	۳۰					
	علایم اضطراب	۶۱۱۲	۳۰					
	علایم افسردگی	۵۹۵۶	۳۰					
	علایم کارکرد اجتماعی	۴۲۹۴	۳۰					
	اجتماعی							

از آلفای میزان شده بن فرونی (۰/۰۰۲) می باشد، بنابراین F معنادار می باشد. لذا می توان گفت نمرات پس آزمون سلامت روان در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری دارد. بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۵، و پس از تعدیل میانگین نمرات پیش آزمون به مقدار ۱۵ برای متغیر علایم جسمانی، با توجه به F محاسبه شده (۰/۰۰۰۵) $P <$ و $\eta^2 = ۰/۳۸۳$ (Sig=۰/۰۰۰) چون سطح معناداری، کمتر

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۵، و پس از تعدیل میانگین نمرات پیش آزمون به مقدار (۲۸/۴۰) برای متغیر سلامت روان، جهت تحلیل متغیر وابسته ی سلامت روان در دو گروه آزمایش و کنترل، از آلفای بن فرونی (۰/۰۰۲) استفاده شده است. با توجه به F محاسبه شده (۰/۰۰۰۵) $P <$ و $F_{(۱, ۲۳)} = ۱۴/۲۸۴$ (Sig=۰/۰۰۰، $\eta^2 = ۰/۳۸۳$) چون سطح معناداری، کمتر

کنترل تفاوت معناداری دارد. با عنایت به معنادار شدن تفاوت میانگین‌ها با $0/99$ اطمینان بیان می‌کنیم که فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر این که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر مؤلفه‌های سلامت روان همسران شاهدی که ازدواج مجدد نکرده‌اند مؤثر است، تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه‌ی میزان سلامت روان در بین همسران شاهدی که ازدواج مجدد کرده و همسران شاهدی که ازدواج مجدد نکرده‌اند و تعیین اثربخشی درمان رفتاری-شناختی CBT بر مؤلفه‌های سلامت روان آنها بود و یافته‌ها نشان داد که ازدواج همسران شاهد بر سلامت روان آنها مؤثر می‌باشد. ازدواج یک خواسته‌ی طبیعی است که همه‌ی جوامع بشری و ادیان آسمانی بر آن صحنه نهاده‌اند. مخصوصاً دین اسلام پیروان خود را به ازدواج دعوت نموده است و از عزوبت برحذر می‌دارد (امینی، ۱۳۸۱، ص ۲۷). حدود ۹۵ درصد از آدمیان در برهه‌ای از زمان ازدواج می‌کنند و دلیل خوبی نیز برای این کار وجود دارد. داده‌ها حاکی از آن هستند که افراد متأهل از لحاظ روانی و جسمانی نسبت به افراد مجرد کارکرد بهتری دارند- احتمالاً به خاطر حمایت دوجانبه‌ای که در ازدواج به چشم می‌خورد می‌باشد. از آنجایی که ازدواج موفق و سالم با کارکرد عمومی سالم و ازدواج ضعیف و ناموفق با کارکرد ضعیف رابطه دارد، درک عواملی که این دو حالت را از یکدیگر مجزا می‌سازند نکته‌ی با ارزشی خواهد بود (سایپینگتون، ۲۰۰۴، ص ۸۳). زندگی شرایط سخت و دشواری را برای زنانی که به دلایل مختلف همسران خود را از دست داده‌اند ایجاد می‌کند. این زنان ناچار می‌شوند با داشتن فرزند به

$(Sig = 0/000, \eta^2 = 0/710, F_{(1, 23)} = 56/177)$. چون سطح معناداری، کمتر از آلفای میزان شده بن فرونی $(0/002)$ می‌باشد، بنابراین F معنادار می‌باشد. لذا می‌توان گفت که نمرات پس‌آزمون علائم جسمانی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری دارد. بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۵، پس از تعدیل میانگین نمرات پیش‌آزمون به مقدار $(18/07)$ برای متغیر علائم اضطراب، با توجه به F محاسبه شده $P < 0/0005$ و $18/618$ $(Sig = 0/000, \eta^2 = 447, F_{(1, 23)})$. چون سطح معناداری، کمتر از آلفای میزان شده‌ی بن فرونی $(0/002)$ می‌باشد، بنابراین F معنادار می‌باشد. لذا می‌توان گفت که نمرات پس‌آزمون علائم اضطراب در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری دارد.

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۵، و پس از تعدیل میانگین نمرات پیش‌آزمون به مقدار $(16/97)$ برای متغیر علائم افسردگی، با توجه به F محاسبه شده $P < 0/0005$ و $51/586$ $(Sig = 0/000, \eta^2 = 0/692, F_{(1, 23)})$ کمتر از آلفای میزان شده‌ی بن فرونی $(0/002)$ می‌باشد، بنابراین F معنادار می‌باشد. لذا می‌توان گفت که نمرات پس‌آزمون علائم افسردگی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری دارد.

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۵، و پس از تعدیل میانگین نمرات پیش‌آزمون به مقدار $(15/73)$ برای متغیر کارکرد اجتماعی، با توجه به F محاسبه شده $P < 0/0005$ و $24/357$ $(Sig = 0/000, \eta^2 = 0/514, F_{(1, 23)})$ ، چون سطح معناداری، کمتر از آلفای میزان شده بن فرونی $(0/002)$ می‌باشد، بنابراین F معنادار می‌باشد. لذا می‌توان گفت که نمرات پس‌آزمون کارکرد اجتماعی در دو گروه آزمایش و گروه

موقعیتی مربوط به گذشته صحبت کند؛ زمانی که کار روی مشکلات جاری به شناخت ناچیز یا تغییر رفتاری و هیجانی اندکی منجر شود؛ یا هنگامی که درمانگر به این نتیجه برسد که لازم است از نحوه یا زمانی که عقاید کژکار به خصوصی به وجود آمدند و بر طرح واره های فعلی درمان جو تأثیر گذاشته اند، آگاه شود. درمان شناختی با تمرکز بر زمان حال به کوتاه مدت بودن گرایش دارد باشد. هدف های درمانی عبارتند از: برطرف کردن نشانه، کمک کردن به درمان جویان در حل کردن اضطرابی ترین مشکلات آنها و آموزش دادن راهبردهای پیشگیری از برگشت نشانه به درمان جویان. اخیراً به مؤلفه های ناهشیار، هیجانی، و حتی وجودی درمان شناختی توجه زیادی شده است (کری^۳، ۲۰۰۸، ص ۱۰۸).

در درمان شناختی رفتاری، هدف پیدا کردن راه حل هایی برای مسایل بیمار با استفاده از راهبردهای شناختی- رفتاری، آماج کوتاه مدت، تسکین نشانه هاست و در دراز مدت از همان راهبردها برای حل مسایل زندگی و پیشگیری یا حداقل در جهت تقلیل دادن بر همه ی افسردگی و اضطراب و سایر علایم مرتبط با آینده استفاده می شود. در این تحقیق هر جلسه ی درمان با یک دستور کار آغاز می شود که شامل مروری بر تکلیف هفته ی قبل و نیز یک یا دو مساله ی اختصاصی بوده است که به عنوان کانون اصلی جلسه مطرح شده است و جلسات همیشه با تعیین یک تکلیف خانگی پایان پذیرفته است.

تاکنون اکثر تحقیقات انجام شده در مورد ازدواج مجدد همسران و بهبود سلامت روان همسران شاهد و تأثیر CBT بر مؤلفه های آن به این نتیجه دست یافتند که ازدواج مجدد در بهبود افسردگی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و علایم جسمانی این گروه از زنان

تنهایی زندگی را سرپرستی نمایند. به این علت نه تنها دچار اختلالات روحی مثل اضطراب و افسردگی می شوند، بلکه نبودن کار مناسب و ازدواج نکردن باعث آسیب و مشکلات بسیاری برای آنها می شود. استرس های شدید و اختلالات بیمارگونه در آنان به وجود می آید به این علت ازدواج این دسته از زنان در صورتی که بر اساس شناخت و رعایت اصول انجام شود پسندیده است. لوینسون^۱ (۱۹۷۶) بیان می دارد فردی که همسرش را از دست می دهد نمی تواند مرگ او را بپذیرد خویشاوندان و دوستان وی باید او را یاری کنند تا با موقعیت جدید سازگاری یابد و بتواند کودکان خود را برای سازش مجدد آماده سازد (کریمی طالقانی، ۱۳۸۳، ص ۸۷).

متأسفانه در کشور ما به دلیل فرهنگ سازی اشتباه، بعضی از افراد، تا آخر عمر به دلیل مرگ همسر با یاد و خاطره ی او زندگی می کنند و همین امر می تواند ضربه ی سختی را به آنها وارد سازد. درمان شناختی - رفتاری درصدد اصلاح یا تغییر الگوهای تفکر است که در مشکلات بیمار نقش دارند. این فنون از حمایت تجربی قابل توجهی برخوردارند و جزو مؤثرترین مداخلات روان شناختی هستند (ترال و فیرس^۲، ۱۹۹۷، ص ۲۸).

درمان شناختی- رفتاری به مقدار زیاد بر این فرض استوار است که بازسازی اظهارات شخصی فرد به بازسازی برابر در رفتار او منجر خواهد شد. درمان شناختی بر زمان حال تأکید می کند و قصد دارد کوتاه مدت باشد. درمان، بدون توجه به تشخیص، بر مشکلات جاری متمرکز است، گو اینکه تحت شرایط خاصی به گذشته توجه می شود، مانند زمانی که درمان جو نشان دهد بسیار تمایل دارد درباره ی

^۱ - Luainsen

^۲ - Trull & Phares

^۳ - Corey

- مؤثر بوده است. تحقیقات انجام شده توسط تجاری (۱۳۷۹)، ریاحی (۱۳۸۶)، نعمت الهی (۱۳۸۲)، کریمی طالقانی (۱۳۸۳)، یوسفی و همکاران (۲۰۰۶)، جهانی پور (۱۳۸۹)، هربلین^۱ و همکاران (۲۰۰۲)، کامپتون^۲ و همکاران (۲۰۰۴)، هربرت^۳ و همکاران (۲۰۰۴)، پونوسامی و عزت غزالی^۴ (۲۰۰۵)، کراسک^۵ و همکاران (۲۰۰۵)، باتلر^۶ و همکاران (۲۰۰۶) در همین راستا بوده است و با این پژوهش همسو می باشد.
- از جمله محدودیت های این پژوهش این بود که چون طرح پژوهشی، طرح گروهی است در پایان نتایج گروه ها مقایسه شده اند، تغییرات فردی نادیده گرفته شده است و پیشنهاد می شود در تحقیقات آتی با توجه به طرح پژوهش این مقوله نیز بررسی شود.
- منابع**
- امینی، ابراهیم. (۱۳۸۱). *انتخاب همسر*. تهران. سازمان تبلیغات اسلامی. شرکت چاپ و نشر بین الملل. چاپ ششم.
- اوتادی، مریم. (۱۳۸۰). *تأثیر اشتغال زنان بر سلامت روان همسرانشان*. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده دانشگاه الزهرا.
- تجاری، مرضیه. (۱۳۷۹). *بررسی مقایسه بین سلامت عمومی همسران شاهدهی که ازدواج مجدد نموده اند با غیر ازدواج مجدد در شهرستان جرقویه*. پایان نامه کارشناسی چاپ نشده، مرکز آموزشگاه عالی ضمن خدمت فرهنگیان استان اصفهان.
- جهانی پور، سارا. (۱۳۸۹). *اثر بخشی روشهای درمانی شناختی- رفتاری و آرمیدگی عضلانی بر اضطراب امتحان دانش آموزان دختر مقطع اول دبیرستان منطقه ۱ تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده روان شناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن.
- حسینی، ساناز. (۱۳۸۸). *تعیین اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله با استرس بر روی پرخاشگری و سازگاری اجتماعی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد تنکابن*. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده روان شناسی عمومی. دانشگاه آزاد تنکابن.
- ریاحی، محمد اسماعیل. (۱۳۸۶). *بررسی عوامل روانی- اجتماعی مؤثر بر میزان شیوع اختلالات روان تنی در بین همسران شاهد استان مازندران*. طرح پژوهشی چاپ نشده گروه علوم اجتماعی دانشگاه مازندران.
- سامانی، سیامک. جوکار، بهرام. (۱۳۸۶). *بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی. مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*. دوره ۲۶، شماره ۳، ۶۵-۷۷.
- کریمی طالقانی، ماه نساء. (۱۳۸۳). *بررسی تأثیر ازدواج مجدد همسران شاهد بر سلامت روان آنها و فرزندانشان*. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده رشته روان شناسی تربیتی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی. دانشکده روان شناسی و علوم اجتماعی.
- گنجی، حمزه. (۱۳۷۸). *بهداشت روانی*. تهران: ارسباران.

1 - Herbelin
2 - Compton
3 - Herbert
4 - Ponnusamy & Ezzat Ghazali
5 - Craske
6 - Butler

- Giddens, Anthony, (2006), **Sociology**, Polity Press; 5th Edition.
- Gladding, S. T, (2006), **Family Therapy: History, Theory, and Practice**, Prentice Hall; 4 edition.
- Hawton, Keith. Salkovskis, Paul. M., Kirk, Joan. Clark, David, M., (1989), **Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide**, United Kingdom, Oxford Medical Publications.
- Herbelin, B., Riquier, F., Vexo, F., Thalmann, D.,(2002), Virtual Reality in Cognitive Behavioral Therapy : a Study on Social Anxiety Disorder, **International Conference on Virtual Systems and Multimedia (VSMM)**.
- Herbert, James D., Rheingold, Alyssa A., Gaudiano, Brandon A., Myers, Valerie H., (2004), Standard versus extended cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: A randomized-controlled trial, **Behavioral and Cognitive Psychotherapy**, Vole 32, Iss 02, 131-147.
- Kaplan, Harold I., Sadock, Benjamin J, (1991), **Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry**, United States, Williams & Wilkins publications.
- Maslow, Abraham H.,(1954), **Motivation and personality**, New York, HarperCollins Publications.
- Ponnusamy,S., Ezzat Ghazali, Shazli. (2005). Kajian Kes/Case Study: Cognitive-Behavioral Treatment of Panic Disorder with Agoraphobia, **Journal Sains Kesehatan Malaysia**, Vole 3, Iss 2, 67-78.
- Rosenhan, David L., Seligman, Martin E. P.,(1995), **Abnormal psychology**, New York, W W Norton & Co Inc publications, 3 edition.
- نعمت الهی، عبدالمجید. (۱۳۸۲). **بررسی موانع و مشکلات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی موجود در ازدواج مجدد همسران شهدا استان مرکزی**. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده رشته جامعه شناسی. دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده تحصیلات تکمیلی واحد اراک.
- Butler, Andrew C., Chapman, Jason E., Forman, Evan M., Beck, Aaron T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses, **Psychological Medicine Review**, Vole 26, Iss 1, 17-31.
- Chauhan, S.S. (1991). **Mental Hygiene - A Science of Adjustment**, 2edition, New Delhi Allied Publisher.
- Compton, Scott N., March, John S., Brent, D., Albano, A M., WEERSING, V. Robin. CURRY, J. (2004). Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents: An Evidence-Based Medicine Review, **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, Vole 43, Iss 8, 930-959.
- Corey, Gerald. (2008). **Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy**, USA, Thomson Brooks Cole Publications, 8 edition.
- Craske, MG. Golinelli, D., Stein, MB. Roy-Byrne, PP., Bystritsky, A., Sherbourne, CD. (2005). Does the addition of cognitive behavioral therapy improve panic disorder treatment outcome relative to medication alone in the primary care setting? **Psychological Medicine Review**, Vole 35, Iss 11, 1645-1654.

- Mental Health, *Journal of Social issues*, Vole 51, Iss 2, 33-48.
- Yousefy, A., Khayyam-Nekouei, Z., Sadeghi, M., Ahmadi, SA., Ruhafza, H., Rabiei, K., Khayyam-Nekouei, SA., (2006), The effect of cognitive-behavioral therapy in reducing anxiety in heart disease patients, *ARYA Journal*, Vole 2, Iss 2, 84-88.
 - Sappington Andrew,(2004), *Mental Health, Hamid Reza Hussein Shahi Baravaty*,tehran, Ravan press.
 - Trull, T. J., Phares, E. J., (1997), *Clinical psychology: Concepts, methods, and profession* (5th ed.), USA, Pacific Grove, CA: Brooks/Cole publication.
 - Ventis, W. Larry. (1995), *The Relationships Between Religion and*

Quarterly Journal of Educational Psychology
Islamic Azad University Tonekabon Branch
Vol. 2, No. 1, spring 2011, No 5

The Comparison of Mental Health among Remarried Shahed Spouses and Non-Remarried Shahed Spouses and Determining the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Their Mental Health Components

Ghorbanshiroudi. Shohreh^{*1}, Poursedighi. Zeinab²

1) Assistant professor, Department of psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran

2) M.A Psychology. IAU Tonekabon Branch. Tonekabon. Iran

*Corresponding author: shohrehghorbanshirodi@yahoo.com

Abstract

This study aimed to compare mental health among remarried Shahed spouses and non-remarried Shahed spouses and determining the effectiveness of CBT cognitive behavioral therapy on their mental health components. The research design, in part one of the study, was comparative, and the 'pretest-posttest' research design with control group was used for part two. The population of the study included all women who remarried and those who did not remarry in Tonekabon province. The sample in this study included 100 women who were selected based on simple random sampling, and Goldberg's Mental Health Questionnaire (GHQ) was conducted on these samples. The T-test and Covariance Analysis were used to test the hypotheses of the study, and the data were analyzed using the SPSS software. The research findings showed that there was no difference between Shahed spouses who remarried and those who did not remarry in terms of mental health before the treatment. The results also showed that cognitive behavioral training was effective on mental health components of Shahed spouses who remarried. Cognitive behavioral training was also effective on health components among spouses who did not remarry.

Key words: Mental Health, Cognitive-Behavioral Therapy, Shahed Spouse.
