



اثربخشی مهارت های ارتباطی بر افزایش صمیمیت و کیفیت زندگی زنان دچار تعارضات زناشویی

زینب ایرانی^۱

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مهارت های ارتباطی بر افزایش صمیمیت و کیفیت زندگی زنان دچار تعارضات زناشویی انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر شبه آزمایشی با گروه آزمایش و گواه و طرح پیش آزمون، پس آزمون با پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری در این پژوهش را ۱۲۱ نفر از زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز روان درمانی شهر تهران در پاییز ۱۳۹۷ تشکیل می داد. از بین این افراد ۳۰ نفر از زنان از آنان انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. شرکت کنندگان با مقیاس صمیمیت (واکر و تامپسون، ۱۹۸۳) و مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۹) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس شرکت کنندگان گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش مهارت های ارتباطی میلر، میلر، و نانالی (۲۰۰۴) قرار گرفتند و گروه گواه هیچ آموزشی را دریافت نکردند. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته ها:** نتایج نشان داد بین نمره های پس آزمون گروه های آزمایش و گواه در متغیرهای صمیمیت ($F=7/04$, $p<0/001$) و کیفیت زندگی ($p<0/05$) تفاوت معنی داری وجود دارد. **نتیجه گیری:** با توجه به اینکه آموزش مهارت های ارتباطی منجر به افزایش نمره صمیمیت و کیفیت زندگی در زنان گروه آزمایش شده است و همچنین اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی در افزایش صمیمیت و کیفیت زندگی زنان دارای تعارضات زناشویی، می توان در قالب برنامه های درمانی به طور کاربردی از این روش درمانی استفاده کرد.

کلمات کلیدی: تعارضات زناشویی، صمیمیت زناشویی، کیفیت زندگی و مهارت های ارتباطی.

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب (نویسنده مسئول)



مقدمه

دستیابی به جامعه سالم آشکارا در گرو سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن رابطه‌های مطلوب با یکدیگر است. ارتباط زناشویی هسته مرکزی نظام خانواده و اختلال در آن به منزله تهدیدی جدی برای بقا و سلامت روان خانواده است (ثنایی، ۱۳۹۶؛ برنشتاین، برنشتاین، ترجمه سهرابی، ۱۳۸۴).

تحقیقات در مورد زوج مؤید این امر است که تقریباً ۱۰ تا ۱۵ درصد از افراد متأهل، مرتباً مشکلات ارتباطی مهمی را گزارش می‌کنند (فولادی، ۱۳۹۲). موانع ارتباطی میان زوج شامل عدم درک پیام، پیچیدگی معانی پیام‌ها، اختلاف در مجاری ارتباطی... از جمله علل ایجاد تعارض میان آنهاست (جواد چاوشی و صیدی، ۱۳۹۷). مشکلات ارتباطی و بروز تعارضات زناشویی می‌تواند موجب کاهش صمیمیت و کیفیت زندگی زوج شود.

صمیمیت^۱ عبارت است از رابطه نزدیک، خودمانی و معمولاً محبت‌آمیز یا رابطه‌ای عاشقانه و شخصی با فرد دیگری که مستلزم داشتن اطلاعات بسیار جزئی یا شناخت عمیق وی است (باگاروزی، ۲۰۱۴، جابری، اعتمادی و احمدی، ۱۳۹۴). صمیمیت فرایندی تعاملی و شامل ابعادی مرتبط به هم است. محور این فرایند، شناخت، درک، پذیرش^۲، همدلی با احساسات فرد دیگر، قدردانی و پذیرش دیدگاه اوست. تن‌هاتن (۲۰۰۷) هم صمیمیت را توانایی برقراری ارتباط با دیگری و بیان عواطف تعریف می‌کند و آن را حق مسلم و از حالت‌های طبیعی انسان می‌داند (به نقل از لطفی، زارعی و سماوی، ۲۰۱۵).

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، در تعاریف گوناگون، اگر صمیمیت مترادف با یک ارتباط سالم نباشد، یکی از عوامل مهم در ایجاد و برقراری صمیمیت زناشویی محسوب می‌شود. ارتباط زناشویی عبارت است از فرایند تبادل اطلاعات به‌طور کلامی و غیرکلامی بین زوج که شامل مهارت‌هایی برای تبادل الگوهای اطلاعات درون سیستم زناشویی است (گلادینگ، ترجمه تاجیک اسمعیلی و رسولی ۱۳۹۴). مهارت‌های ارتباطی^۳ به منزله آن دسته از مهارت‌هایی هستند که به واسطه آن‌ها افراد می‌توانند درگیر تعامل‌های بین‌فردی و فرایند ارتباط شوند؛ فرایندی که افراد در طی آن، اطلاعات، افکار و احساسات خود را از طریق مبادله کلامی و غیرکلامی با یکدیگر در میان می‌گذارند (پیش‌دار و رضانی، ۱۳۹۳). این مهارت‌ها مشتمل بر مهارت‌های فرعی زیر است که اساس مهارت‌های ارتباطی را تشکیل می‌دهد:

۱- درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی: توانایی دریافت و ارسال پیام‌های واضح ارتباطی که از آن به صورت مهارت‌های درک پیام یاد می‌شود.

۲- نظم‌دهی به هیجان‌ها^۴: به‌طور خلاصه مقوله کنترل عواطف، ناظر به توان ابراز احساسات و کنترل آن و نیز کنارآمدن با عواطف دیگران است.

۳- گوش دادن^۵: گوش دادن، فرایند آموخته شده و پیچیده حس کردن، تفسیر، ارزیابی، ذخیره‌سازی و پاسخ‌دهی به پیام‌های شفاهی است. گوش دادن مؤثر، فعالیتی است که گوینده را در انتقال منظور خویش یاری می‌کند و از طرفی، حالت دفاعی را در گوینده از بین می‌برد.

۴- بینش نسبت به فرایند ارتباط: توانایی درک چگونگی تأثیرگذاری در روابط اجتماعی و نیز توانایی فهم دیگران است که یکی دیگر از مهارت‌های ارتباطی است.

۵- قاطعیت^۱ در ارتباط: این مهارت ناظر به برخورداری از جسارت بدان حد است که فرد بتواند صرف نظر از واکنش عاطفی دیگران، سؤال‌ها و ابهامات خود را بیان کند (پیش‌دار و رضانی، ۱۳۹۳).

¹ intimacy

² acceptance

³ communication skills

⁴ emotion regulation

⁵ active listening



این مهارت‌ها از چنان اهمیتی برخوردارند که نارسایی آن‌ها می‌تواند با احساس تنهایی، افسردگی^۱، حرمت خود پایین و عدم موفقیت‌های تحصیلی و شغلی همراه باشد (کورتیس و همکاران، ۲۰۱۳) و در نتیجه موجبات کاهش کیفیت زندگی افراد را فراهم سازند.

کیفیت زندگی یکی از بنیادی‌ترین مفاهیمی است که همسو با سلامت روان مطرح شده است. روان‌شناسان معتقدند که با بهبود کیفیت زندگی می‌توان به ارتقای سلامت روان افراد کمک کرد. کیفیت زندگی احساسی از رضایت یا عدم رضایت، در مورد جنبه‌های مختلف و مهم زندگی می‌باشد و حوزه‌های روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی را دربر می‌گیرد (گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^۲، ۱۹۹۳، ۱۹۹۴، ۱۹۹۵، ۲۰۰۶). کیفیت زندگی عبارت است از احساس خوب بودن ناشی از رضایت یا عدم رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی که برای فرد مهم است. این مفهوم یک درک کاملاً ذهنی و شخصی مبتنی بر خوشحالی یا رضایت فرد از عوامل مؤثر بر رفاه، عملکرد جسمی، عاطفی و اجتماعی که در جهت ارتقا یا حفظ توانایی فرد برای بهترین عملکرد و وضعیت ممکن می‌باشد. کیفیت زندگی با تصویری که فرد از خود دارد، نقطه نظرات، مواضع و طرز فکرش درباره زندگی تعریف می‌شود (دامید و همکاران، ۲۰۱۷).

تحقیقات نشان داده است که الگوهای ارتباطی و میزان ارتباط بین همسران پیش‌بینی‌کننده رضایت‌مندی زناشویی^۳ و کیفیت بهتر زندگی است (فولادی و همکاران، ۱۳۹۲) و کیفیت ارتباط بین زن و شوهر قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده استحکام خانواده بوده و ارتباط مؤثر به حفظ و نگهداری روابط بین زوجها کمک می‌کند (هالفورد و متیو، ۲۰۰۷).

از ویژگی‌های مهارت ارتباطی خانواده قابل یادگیری بودن آن‌هاست (هارجی، ساندرز و دیکسون، ۱۳۹۰، ترجمه فیروز بخت و بیگی). در نتیجه می‌توان این مهارت‌ها را در جهت مثبت، تغییر داد. مهارت‌های ارتباطی ابزاری در اختیار زوج قرار می‌دهد که با آن بتوانند تعارض را حل کرده و صمیمیتی را که موجب انطباق نیازهای زنان و مردان می‌شود، افزایش داده و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند. ارتباط نامؤثر موجب فاصله بین فردی عمیقی می‌شود که در همه جنبه‌های زندگی تجربه می‌شود. پیامد فروپاشی ارتباط در اغلب موارد تنهایی، مشکلات خانوادگی، عدم صلاحیت و ناراضی‌ت شغلی، فشار روانی، بیماری جسمی و... خواهد بود. زندگی اغلب زوج‌هایی که امید دارند ازدواجی بارور داشته باشند، به دلیل فقدان مهارت‌های لازم به یک رابطه موازی بدون صمیمیت می‌انجامد و هنگامی که ارتباط متوقف می‌شود انرژی عشق به آزدگی و خشم تبدیل می‌شود و در نتیجه منازعه‌های فراوان، عدم علائق جنسی و ... را موجب می‌شود (کمالی زاده، ۱۳۹۵).

ویکتوریا (۲۰۰۸)، معتقد است که زوج‌های آشفته و درمانده شدیداً گرفتار الگوهای ارتباطی ناکارآمد هستند و وجود مشکلات تعاملی، باعث فروپاشی روابط زناشویی می‌شود. اهمیت ارتباط، پژوهشگران و نظریه‌پردازان را بر آن داشته که الگوهایی را در زمینه رشد و چگونگی روابط در خانواده تعریف و راهبردهایی ارائه نمایند. با وجود این رویکردهای آموزشی گوناگون و تأکید زیاد بر ارائه این تعلیمات برای زوجها، هنوز هم مشکلات ارتباطی از رایج‌ترین مشکلاتی است که زوج بیان می‌کنند. بیش از ۹۰٪ زوج‌های آشفته این مشکلات را به عنوان مسئله کلیدی در روابط خود بیان می‌کنند (جباری، اعتمادی و احمدی، ۱۳۹۴، رضازاده، ۱۳۸۱). بنابراین برای جلوگیری از ایجاد تنش و طلاق، و نیز بهبود روابط بین زوجها ارائه آموزش‌هایی از این نوع همواره لازم و ضروری است.

همان گونه که ذکر آن رفت تحقیقات متعدد خارجی و حتی در داخل کشور، تأثیر و اهمیت ارتباط زوجها را مورد بررسی و پژوهش قرار داده‌اند و ارتباط را یک عامل بسیار مهم در سلامت جسمانی، روانی و سازگاری و صمیمیت زناشویی دانسته‌اند

¹ decisiveness

² depression

³ The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)

⁴ marital Satisfaction



(ویکتوریا ۲۰۰۸، کمالی زاده، ۱۳۹۵، جابری، اعتمادی و احمدی، ۱۳۹۴، سلیمانی و زربخش، ۱۳۹۴). ارتباط مؤثر به حفظ و نگه داشتن روابط زوج کمک می کند و کانون اصلی اغلب برنامه های آموزشی است (گالوین، بریث ورث و بایلند، ۲۰۱۵؛ هالفورد و متیو، ۲۰۰۷) زیرا با ایجاد تغییراتی در تعاملات زوج و نگرش تازه نسبت به مسائل منجر به تعاملات صمیمانه بیشتری می شود و سطح رضایت مندی زناشویی و حتی سلامت جسمی آن ها را بالا می برد. با وجود مطالعات متعدد انجام شده در مورد مهارت های ارتباطی، صمیمیت و کیفیت زندگی، تحقیقاتی که به بررسی تأثیر آموزش مهارت های ارتباطی بر بهبود صمیمیت و کیفیت زندگی زنان دارای تعارض زناشویی بپردازد محدود است. به طوری که پژوهش های انجام شده در داخل کشور، اثربخشی این مهارت ها را بر بهبود صمیمیت و کیفیت زندگی افرادی از جامعه دانشجویی یا زوج عادی بررسی کرده اند، و محدودیت بررسی اثربخشی این مهارت ها در جوامع دارای مشکلات و تعارضات زناشویی قابل توجه است.

با توجه به آنچه تاکنون گفته شد، اجرای پژوهش های کنترل شده و دقیق در جهت سنجش اثر مداخلات مرتبط با بهبود مولفه های سلامت روان و رضایت زناشویی^۱ ضروری است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی بر بهبود صمیمیت و کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان دارای تعارضات زناشویی انجام می شود.

فرضیه های پژوهش

آموزش مهارت های ارتباطی صمیمیت زنان دچار تعارضات زناشویی را افزایش می دهد.

آموزش مهارت های ارتباطی کیفیت زندگی زنان دچار تعارضات زناشویی را افزایش می دهد.

روش پژوهش

هدف پژوهش حاضر کاربردی می باشد. پژوهش حاضر شبه آزمایشی با گروه آزمایش و گواه و طرح پیش آزمون، پس آزمون با پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری در این پژوهش ۱۲۱ نفر از زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز روان درمانی دارای مجوز از سازمان نظام مناطق ۲، ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۸ شهر تهران در پاییز ۱۳۹۷ بودند. از بین این افراد ۳۰ نفر از زنان مراجعه کننده که ملاک های ورود به پژوهش (ملاک های ورود: ۱. پایین بودن صمیمیت و کیفیت زندگی براساس پرسشنامه های مورد استفاده ۲. برقراری سلامت جسمانی و روانشناختی (در این مورد از آزمودنی ها سوال پرسیده می شود و به جواب مثبت و منفی آنها اکتفاء می شود). ۳. تحصیلات بالای سیکل ۴ داشتن تمایل به همکاری) را داشتند انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. بدین ترتیب به منظور انتخاب نمونه، از روش نمونه گیری در دسترس و با جایگزینی تصادفی استفاده شد.

ابزار پژوهش

۱- مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون (۱۹۸۳)

مقیاس صمیمیت توسط واکر و تامپسون در سال ۱۹۸۳ با هدف سنجش مهر و صمیمیت در خانواده تهیه شده است. این پرسشنامه یک ابزار ۱۷ سوالی است که برای سنجیدن مهر و صمیمیت تدوین شده است. این مقیاس جزئی از یک ابزار بزرگتر است که چندین بعد صمیمیت را در بر می گیرد اما توسط تهیه کنندگان آن (الکسیس جی. واکر و لیندا تامپسون) به صورت مقیاس مستقلی گزارش شده است. این مقیاس توسط ثنایی در سال ۱۳۷۹ ترجمه شده است. صمیمیت توجه و اهمیت اعضای خانواده برای یکدیگر تعریف شده است و عوامل نزدیکی عاطفی در قالب مهر، از خود گذشتگی و رضایت را شامل می شود احساسی است مبنی بر این که رابطه مهم باز توام با عزت همبستگی و تعهد متقابل است. نمره گذاری مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون بر روی یک مقیاس لیکرتی ۷ درجه ای از ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) صورت می گیرد. نمره آزمودنی در مقیاس صمیمیت از طریق جمع نمرات عبارات و تقسیم آن بر عدد ۱۷ حاصل می شود. دامنه نمرات بین ۱ تا ۷ و نمره بالاتر

¹ Marital Satisfaction



نشانه صمیمیت بیشتر است. مقیاس صمیمیت ابتدا روی ۱۶۶ دانشجوی دوره کارشناسی که ۶۸٪ آنها ۲۰ تا ۲۵ ساله و ۱۶۶ مادر دانشجویان طبقه متوسط که اکثراً بین ۴۰ تا ۴۹ سال (۶۳٪) و ۷۳٪ آنها در وضعیت ازدواج اول بودند و ۱۴۷ مادر بزرگ که ۴۰٪ آنها در سنین ۶۰ تا ۶۹ سال و ۴۰٪ در سنین ۷۰ و ۷۹ سال و ۵۲٪ آنها متأهل و ۴۵٪ آنها بیوه بودند اجرا شد میانگین صمیمیت برای مادران ۲۱/۶ (SD=۰/۶۹) و برای دختران ۴۰/۶ (SD=۱) بود (واکر و تامپسون، ۱۹۸۳). این مقیاس توسط ثنایی ترجمه شده است. برای تعیین روایی محتوی و صوری ابتدا پرسش نامه توسط ۱۵ نفر از اساتید مشاوره و ۱۵ نفر زوج بررسی شده و روایی صوری و محتوی آن تأیید شد (اعتمادی و همکاران، ۱۳۸۳). ثنایی و همکاران (۱۳۸۷) ضریب پایایی این پرسشنامه را براساس داده‌های ۱۰۰ زوج در اصفهان ۹۶٪ بدست آورده است. مقیاس صمیمیت با ضریب آلفای ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ از همسانی درونی بسیار عالی برخوردار است. از طریق اجرای همزمان این پرسشنامه با مقیاس صمیمیت زناشویی ضریب همبستگی دو پرسشنامه محاسبه شد. ضریب همبستگی محاسبه شده ۰/۵۸ بدست آمد که نشان دهنده اعتبار این مقیاس است روایی محتوا از طریق ضریب توافق متخصصین روانشناسی و مشاوره خانواده در برابر این پرسش که آیا این مقیاس می تواند صمیمیت زوج را بسنجد به دست آمد که ضریب توافق برابر ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ گزارش شده است (بهرامی خوندابی، فاتحی زاده و اولیا، ۱۳۸۴). آلفای کرونباخ نمره کل مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۸۹ بدست آمد.

۲- پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (فرم کوتاه).

این پرسشنامه با همکاری سازمان جهانی بهداشت و حدود ۱۵ مرکز بین المللی تهیه شده است و در واقع یک معیار سنجش بین المللی می باشد؛ شکل اولیه پرسشنامه کیفیت زندگی در سال ۱۹۹۱ طراحی شده و فرم اولیه ۱۰۰ سوالی آن در سال ۱۹۹۵ و فرم نهایی ۱۰۰ سوالی آن نیز در سال ۱۹۹۷ کامل شده است. فرم کوتاه این پرسشنامه نیز توسط سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۹) به منظور سنجش کیفیت زندگی طراحی شده است که دارای ۲۶ سوال می باشد. مقیاس WHO-QOL-BREE که در مطالعه حاضر استفاده شد به مطالعه ۴ بعد از کیفیت زندگی می پردازد که شامل: ۱- سلامت جسمانی ۲- سلامت روانی ۳- روابط با دیگران ۴- کیفیت محیط زندگی است. در این ابزار، جهت سنجش سلامت جسمانی، از ۷ گویه (سوالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸)، جهت سنجش سلامت روانی، از ۶ گویه (سوالات ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹، ۲۵)، جهت سنجش روابط اجتماعی، از ۲ گویه (۲۰، ۲۱) و جهت سنجش کیفیت محیط زندگی، از ۸ گویه (سوالات ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۲، ۲۳، ۲۴) استفاده می شود. ۲ گویه نیز کیفیت آشکار زندگی و سلامت عمومی افراد را مورد بررسی قرار می دهند که در نمره گذاری شرکت داده نمی شوند (نصیری، ۱۳۸۵). برای هر بعد چند گویه در نظر گرفته شده است و برای هر گویه نمره ای از ۱ تا ۵ در نظر گرفته شده است. دو سوال اول به هیچ یک از حیطه ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد سوال قرار می دهد. برای تبدیل نمرات خام دو روش وجود دارد، که در پژوهش حاضر از اولین روش استفاده شده است، در این روش تبدیل نمره خام هر حیطه در دامنه بین ۴ تا ۲۰ است، بدین ترتیب در هر حیطه، امتیازی معادل ۴ تا ۲۰ به دست می آید که ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۵۹ گزارش کرده اند (لی یونگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). در ایران، نصیری و همکاران (۱۳۸۵)، این مقیاس را به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن را مطلوب گزارش کرده اند. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ نشان دهنده همسانی درونی مطلوب آن است. ضریب آلفای پرسشنامه برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی، ۰/۷۰، سلامت روانی، ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ گزارش شده است. ضریب پایایی روش بازآزمایی را پس از دو هفته ۰/۷۰ گزارش کرده اند. نصیری به منظور تعیین روایی مقیاس از روش روایی همزمان استفاده کرد و رابطه نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن را با نمره کل و خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی از طریق ضریب همبستگی سنجید. در پژوهش

¹ Leung



حاضر برای تعیین روایی از همبستگی نمره کلی هر بعد با تک تک سؤال‌های تشکیل دهنده آن بعد استفاده شد. دامنه ضریب‌های همبستگی به دست آمده از ۰/۴۵ تا ۰/۸۳ بود و همه ضریب‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. هر گویه نیز بیشترین همبستگی را با بعد مربوط به خود داشت (نصیری، ۱۳۸۵). آلفای کرونباخ نمره کل پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۱ به دست آمد.

شیوه اجرا

در پژوهش حاضر پس از جلب رضایت مشارکت‌گندگان ابتدا پرسشنامه‌ها بین زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز روان درمانی شهر تهران که علاقمند و داوطلب شرکت در پژوهش بودند توزیع شد. از بین آن‌ها ۳۰ نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، به عنوان نمونه انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه (آزمایش و گواه) جایگزین شدند. گروه آزمایش در جلسات آموزشی-درمانی مهارت‌های ارتباطی به مدت ۸ جلسه شرکت کردند. پس از خاتمه جلسه‌های درمانی، افراد هر دو گروه آزمایش و گواه مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. در زمانی که گروه آزمایش تحت درمان قرار گرفتند گروه گواه هیچ گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد و در لیست انتظار ماند. جهت جمع آوری داده‌ها از مقیاس صمیمیت توسط واکر و تامپسون و پرسش نامه سنجش کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (فرم کوتاه) استفاده شد. خلاصه اهداف و روش‌های جلسات آموزش مهارت‌های ارتباطی (برگرفته از میلر، میلر، و نانالی، ۲۰۰۴، ترجمه بهادری، ۱۳۸۵) در قسمت زیر ارائه شده است:

جلسه اول: معارفه، برقراری ارتباط اولیه، اجرای پیش‌آزمون، آشنایی با اصول و اهداف جلسه، تعریف ارتباط، اهمیت ارتباط در رابطه زناشویی، توانایی برقراری ارتباط درست، ارائه تکلیف، دریافت بازخورد

جلسه دوم: شناسایی باورها و انتظارات غیرواقع بینانه زوجین. بررسی انتظارات، باورها و تصورات زوجین در مورد صمیمیت و بهداشت روان، نشان دادن تأثیر باورها بر احساسات و رفتارها، مرور خلاصه‌ای از جلسه قبل و مرور تکالیف، استفاده از چرخه آگاهی، سازمان‌دهی چرخه آگاهی، ارائه تکلیف، دریافت بازخورد

جلسه سوم: رفع سوء تفاهم ناشی از برداشت‌های غلط یا متفاوت از یکدیگر، جایگزین کردن باورها و انتظارات منطقی. توضیح خطاهای شناختی تبیین اهداف و انتظارات واقع بینانه آشنایی با انتظارات متقابل و توجه به ویژگی‌های مثبت یکدیگر، مرور تکالیف جلسه قبل، حرف زدن با خود، آموزش مهارت‌های حرف زدن، اقداماتی برای توجه به خود، حرف زدن از طرف خود با استفاده از مهارت‌های چرخه آگاهی، ارائه تکلیف، دریافت بازخورد

جلسه چهارم: ایجاد مهارت انتقال و دریافت روشن، صحیح و مؤثر افکار، احساسات و نیازهای یکدیگر. ارزیابی اشکالات مربوط به فرستنده و گیرنده پیام تمرین و آموزش مهارت‌های فرستنده و گیرنده پیام مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش گپ زدن و حرف زدن راجع به کسب و کار و گوش دادن رسمی، آموزش حرف زدن سلطه‌گرانه، خصمانه، کنایه آمیز و گوش دادن واکنشی، ارائه تکلیف و دریافت بازخورد

جلسه پنجم: ایجاد مهارت‌های درک همدلانه و گوش دادن. ارزیابی الگوها و موانع ارتباطی زوجین تمرین و آموزش مهارت‌های ارتباط کارآمد، مرور تکالیف جلسه قبل، استفاده از حلقه گوش دادن، مزایای گوش دادن فعال، گوش دادن واکنشی، آموزش مهارت‌های توجه کردن، گوش دادن به همسر، مهارت‌های حلقه گوش دادن، ارائه تکلیف و دریافت بازخورد. جلسه ششم: افزایش تبادلات رفتاری مثبت و کاهش تنبیه، شناخت الگوهای تقویت و تنبیه افزایش تقویت کننده‌های مثبت و کاهش تنبیه.

جلسه هفتم: کاهش مشکلات و یادگیری مهارت حل مسأله. بررسی مشکلات موجود و ارزیابی روش‌های حل مسأله همسران آموزش و تمرین مراحل روش حل مسأله.



جلسه هشتم: کاهش تعارضات بین همسران و افزایش رضایت زناشویی (اجرای پس آزمون). بررسی تعارضات بین همسران بررسی الگوهای حل تعارض و پیامدهای آن آموزش و تمرین روش های حل تعارض، مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با فهرستی از تعارضها، آموزش الگوهای حل تعارض، آموزش فرآیندهای حل تعارض، برنامه ریزی برای حل مشارکتی تعارضها، آرایه تکلیف و دریافت بازخورد.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار Spss21 استفاده شد، همچنین برای تحلیل داده های جمع آوری شده از روش های آمار توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار استفاده شد و در بخش آمار استنباطی با توجه به فرضیه ها روش آماری از روش تحلیل واریانس اندازه مکرر استفاده قرار گرفت.

یافته ها

جدول زیر شاخص های توصیفی داده های حاصل از اجرای پرسشنامه در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را به تفکیک گروه نشان می دهد (جدول ۱).

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد صمیمیت و کیفیت زندگی

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
صمیمیت	آزمایش	۲/۸	۰/۸۶	۴/۴۰	۱/۱۶	۴/۵۲	۱/۰۷
	گواه	۲/۹۳	۰/۹۶	۳/۱۰	۰/۸۳	۲/۸۸	۰/۸۹
کیفیت زندگی	آزمایش	۴۴/۴۷	۶/۵۸	۵۱/۴۰	۶/۳	۵۱/۸۰	۶/۴۳
	گواه	۴۵/۱۳	۶/۳۹	۴۴/۲۷	۵/۹۶	۴۶/۱۱	۶/۰۸

به منظور بررسی اثربخشی مهارت های ارتباطی بر کیفیت زندگی و صمیمیت زنان دچار تعارضات زناشویی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری های مکرر استفاده شد.

پیش از اجرای تحلیل اندازه گیری مکرر آمیخته مفروضه های آن با استفاده از آزمون های کرویت موجلی^۱ و لوین^۲ مورد بررسی قرار گرفت. که نتایج آزمون لوین در متغیر صمیمیت طی سه مرحله پیش آزمون ($F_{(1,29)} = 0.70, p = 0.35$)، پس آزمون ($F_{(1,29)} = 0.47, p = 0.78$) و پیگیری ($F_{(1,29)} = 0.49, p = 0.61$) از نظر آماری معنادار نیست. از اینرو می توان گفت شرط برابری واریانس های بین گروهی برقرار است. نتایج آزمون موجلی ($W_{(1)} = 0.94, p = 0.25$) حاکی از عدم رد فرض کرویت است. بنابراین می توان نتایج را با فرض همسانی ماتریس خطای کوواریانس ها تفسیر کرد. و در متغیر کیفیت زندگی آزمون لوین در طی سه مرحله پیش آزمون ($F_{(1,29)} = 1.41, p = 0.25$)، پس آزمون ($F_{(1,29)} = 1.38, p = 0.26$) و پیگیری ($F_{(1,29)} = 2.12, p = 0.13$)، از نظر آماری معنادار نیست، لذا فرض برابری واریانس های برقرار است. نتایج آزمون موجلی ($W_{(1)} = 0.64, p = 0.18$) بیانگر از عدم رد فرض کرویت است.

جدول ۲. تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری های مکرر در سه مرحله

منبع	اجزاء	مجموع	درجه آزادی	میانگین	نسبت F	معناداری	اندازه اثر
------	-------	-------	------------	---------	--------	----------	------------

¹ Mauchly's test

² Levine



تغییرات		مجذورات		مجذورات	
صمیمیت	مراحل	۱۴/۸۲	۲	۷/۴۱	۷/۸۹
	مراحل*گروه	۱۳/۲۳	۲	۶/۶۲	۷/۰۴
	گروه	۱۹/۷۴	۱	۱۹/۷۴	۲۱/۰۳
کیفیت	مراحل	۲۷۷/۳	۲	۱۳۸/۶	۳/۵
زندگی	مراحل*گروه	۲۵۷/۷	۲	۱۲۸/۹	۳/۲۵
	گروه	۳۶۹/۷	۱	۳۶۹/۷	۹/۳۳

نتایج جدول ۲ نشان دهنده آن است که در متغیر صمیمیت اثر مرحله (۰/۴۱=اندازه اثر، $p < 0/001$)، $F(2)=7/41$ ، گروه (۰/۵۳=اندازه اثر، $p < 0/001$)، $F(1)=21/03$ و تعامل مرحله با گروه (۰/۳۸=اندازه اثر، $p < 0/001$)، $F(2)=7/04$ معنادار است. همچنین در متغیر کیفیت زندگی اثر مرحله (۰/۲۰=اندازه اثر، $p < 0/05$)، $F(2)=3/5$ ، گروه (۰/۳۶=اندازه اثر، $p < 0/01$)، $F(1)=9/33$ و تعامل مرحله با گروه (۰/۱۹=اندازه اثر، $p < 0/05$)، $F(2)=3/25$ معنادار است. لذا می توان گفت که آموزش مهارت های ارتباطی موجب افزایش صمیمیت و بهبود کیفیت زندگی (بهبود سلامت روانی و روابط با دیگران) در زنان دچار تعارضات زناشویی شده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مهارت های ارتباطی بر افزایش صمیمیت و کیفیت زندگی زنان دچار تعارضات زناشویی بود. نتایج فرضیه اول پژوهش نشان داد که مداخلات انجام گرفته در صمیمیت موثر است. این نتیجه با یافته های پژوهش های جواد چاوشی و صیدی (۱۳۹۷)، طرفی عمیدپور، اردلی و احمدی تبار (۱۳۹۶)، حبیبی (۱۳۹۵)، جابری، اعتمادی و احمدی (۱۳۹۴)، اعتمادی، جابری، جزایری، و احمدی (۱۳۹۳)، حمید، کیانی مقدم و حسن زاده (۲۰۱۵)، برگر و هانا (۲۰۱۳)، وارینگ و کلون (۲۰۰۶) و بیسگو، پراگر، پیتا، تمیر و استیفنز (۱۹۹۲) همسویی دارد که نشان دادند آموزش مهارت های ارتباطی می تواند منجر به افزایش صمیمیت میان زوج ها شود. صمیمیت عنصری ترکیبی، چندبعدی، رشدیابنده، پویا و تکاملی است. به عبارتی، صمیمیت یک هنر و مهارت است برای ایجاد و تداوم روابط صمیمانه و حل مشکلات. بنابراین استمرار و پایایی، مسئولیت پذیری، مذاکره پذیری، همدلی، موافقت، هماهنگی، خودآشنایی، آسان گیری، محدودیت و تعالی از جمله مؤلفه های صمیمیت اند (برگر و هانا، ۲۰۱۳) که با مهارت های برقراری ارتباط همپوشی دارند.

در تبیین این یافته می توان گفت رابطه صمیمانه با خودآشنایی و درک نیازهای همسر در رابطه برابر تعریف می شود. ارتباط عبارت است از انتقال و به اشتراک گذاشتن عقاید، تصاویر و اندیشه ها. هر چه زوج بیشتر قادر باشند معانی و عقاید خود را به اشتراک بگذارند، یا به عبارتی میزان اشتراک عقاید و افکار بین آنها بیشتر شود، ارتباط نیرومندتر و موثرتری بین آن ها برقرار می شود. از سوی دیگر، مهارت های ارتباطی ضعیف می تواند منجر به سوءبرداشت ها، سوءتفاهم، احساسات منفی و کاهش صمیمیت و کیفیت رابطه بین زوج شود (گوردون، ۲۰۰۴). پژوهشگران مهارت های ارتباط موثر، را شامل موارد زیر دانسته اند: مهارت گوش دادن فعال (تمرکز شنونده بر آنچه که شخص مقابل احساس می کند و بر زبان می آورد، با هدف درک کامل سخنان گوینده)، مهارت تنظیم عواطف (شناخت کافی از هیجانات و عواطف فرد مقابل)؛ مهارت بینش (پرورش انتخاب عمل خود به دور از سلطه پذیری یا پرخاشگری)؛ مهارت درک پیام (آگاهی از نحوه پردازش اطلاعات در فرد مقابل و انتقال پیام های کلامی به گونه ای که با درک طرف مقابل همخوانی داشته باشد)؛ مهارت قاطعیت (برقراری رابطه صادقانه، صریح، روشن و توأم با احترام متقابل و اصیل (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۱۰). با این وجود، پژوهش ها حاکی از آن است که گوش دادن فعال می تواند بیشترین اثر را در ایجاد صمیمیت در روابط بین فردی داشته باشد و منجر به تداوم آن شود (لیندن، ۲۰۱۷). بر این



اساس می توان گفت به نظر می رسد آموزش مهارت های ارتباطی زوج در زمینه گوش دادن، منجر به فهم بیشتر احساسات و هیجانات فرد مقابل شده و درک همدلانه را تسهیل می کند؛ در نتیجه فرد می تواند از این روش، نیازها و پیش داوری های خود را کاهش داده و از زاویه نگاه فرد مقابل به موضوع بنگرد.

براساس مبانی نظری، صمیمیت زناشویی نتیجه افشای مسائل صمیمانه و در میان گذاشتن تجارب صمیمانه است. ارتباط تنها و مؤثرترین شیوه ای است که می تواند در رابطه ای به صمیمیت عمق ببخشد. اگر افراد برقرارکننده های خوب ارتباط باشند، همه جنبه های زندگی آن ها بهبود بخشیده می شود. پژوهشگران آموزش ارتباط را مؤثرترین شیوه صمیمیت بخشیدن به روابط زناشویی می داند؛ چون عمق صمیمیتی که زوج ها در روابطشان ایجاد می کنند، به توانایی آن ها برای انتقال روشن، صریح و مؤثر افکار، احساسات، نیازها، خواسته ها و آرزوهایشان بستگی دارد. بنابراین یادگیری مهارت های ارتباطی مؤثر، گام مهمی در ایجاد و افزایش صمیمیت بین زوج است. ارتباط خوب، صمیمیت عمیقی ایجاد می کند؛ در حالی که ارتباط بد، تعهد و نکات مثبت رابطه را از بین می برد (جابری، اعتمادی و احمدی، ۱۳۹۴).

زوج هایی که ارتباط مؤثر برقرار می کنند و رابطه صمیمانه دارند، از توانایی لازم برای تصدیق یکدیگر، گوش دادن و پاسخ های غیرتدافعی به نیازهای همسر خود و تمرکز بر مسائل موجود در هنگام بروز سوء تفاهم ها و احساسات منفی برخوردارند (دیبروت، کوک، پرز و هرن، ۲۰۱۲). بعلاوه درک متقابل خواسته ها، عقاید، افکار و احساسات فرد مقابل موجب می شود زوج نسبت به علائم هیجانی خود و همسرشان شناخت و توجه کافی کسب کنند، این مساله نیز علاوه بر کاهش تعارضات می تواند در افزایش صمیمیت بین آنها نقش مؤثری ایفا کند. به طور کلی، صمیمیت زوج سبب افزایش تبادل مثبت، مهارت های ارتباطی، حل مشکل و تغییر الگوهای فکری مخرب می شود (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۱۰). بنابراین منطقی به نظر می رسد که آموزش مهارت های ارتباطی موجب افزایش صمیمیت گروه آزمایش شده است.

در ارتباط با فرضیه دوم پژوهش نتایج نشان داد که مداخلات انجام گرفته در کیفیت زندگی و زیرمقیاس های سلامت روان و رابطه با دیگران مؤثر است. یافته های پژوهش حاضر مبنی بر اثرگذاری آموزش مهارت های ارتباطی با بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان افراد با پژوهش های انجام شده قبلی همسویی دارد: کمالی زاده (۱۳۹۵)، سلیمانی و زربخش (۱۳۹۴)، فولادی و همکاران (۱۳۹۲)، فرید، قمری و امیری مجد (۲۰۱۴)، پاپگیرگو، لوک و فرمیج (۲۰۱۷)، کانینگهام (۲۰۰۳) و بیسگو، پراگر، پیتا، تمیر و استیفنز (۱۹۹۲).

همانطور که ذکر شد کیفیت زندگی از بنیادی ترین مفاهیمی است که هسمو با سلامت روان مطرح شده است. بر اساس مدل سازمان جهانی بهداشت از کیفیت زندگی، حوزه سلامت روانی شامل تصویر ظاهری و بدنی، احساسات منفی، احساسات مثبت، اعتماد به نفس، تفکر، یادگیری، حافظه و تمرکز (کارکردهای شناختی برتر) و معنویت است. حوزه روابط اجتماعی در بردارنده روابط شخصی، حمایت اجتماعی و فعالیت جنسی است. بر این اساس به نظر می رسد بهبود روابط میان فردی با ارتقای مهارت های ارتباط مؤثر موجب می شود زنان احساسات مثبت بیشتری تجربه کرده، و این امر علاوه بر کاهش افسردگی و اضطراب آنها، با افزایش اعتماد به نفس، بهبود کارکردهای شناختی و ... همراه باشد. همچنین کاهش تعارضات ناشی از ارتباط بین زوج می تواند بر روابط اجتماعی و فعالیت جنسی بین زوج اثر بگذارد. این امر نیز به نوبه خود بخشی از تعارضات زوج را کاهش داده و بر کیفیت زندگی آنها اثر می گذارد. از این روست که روانشناسان معتقدند در یک رابطه متقابل با بهبود کیفیت زندگی می توان به ارتقای سلامت روان افراد کمک کرد و بهبود سلامت روان می تواند در بهبود کیفیت زندگی مؤثر باشد؛ چرا که کیفیت زندگی یک سازه چندبعدی است که احساسی از رضایت یا عدم رضایت در مورد جنبه های مختلف و مهم زندگی در حوزه های روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی را در بر می گیرد (گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۶).

در مورد تبیین اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی بر کیفیت زندگی (و سلامت روان و رابطه با دیگران) می توان گفت شیوه های ارتباطی موجود در خانواده، عامل مهمی در تامین سلامت روانی فرد است. فقدان مهارت های ارتباطی مؤثر، می



تواند بر فرد، کیفیت زندگی و سلامت او تاثیر بگذارد. بر اساس مطالعات انجام شده قبلی، زوج سردی که فاقد روابط گرم و محبت آمیزند، شیوه های ارتباطی نامتناسب و وابسته ای دارند که بر سلامت روان آنها موثر است. در حالیکه شیوه های ارتباطی محترمانه، گرم و صمیمانه بر سلامت روان اعضای خانواده اثر مثبت دارد (قاسم زاده، ۱۳۹۲).

به نظر می رسد آموزش مهارت هایی برای صحبت کردن و گوش دادن کارآمدتر به دیگران، شناخت هیجان ها و پذیرش آنها، افزایش همدلی و ... باعث می شود که بیشتر ابعاد زندگی زناشویی تحت تاثیر قرار گیرد و با افزایش رضایت و صمیمیت زناشویی، بر کیفیت زندگی آن ها نیز به طور مطلوبی اثرگذار باشد. آموزش مهارت های ارتباطی می تواند کمک کند زوج ها الگوهای ارتباطی ناسالم خود را تغییر داده و به سمت الگوی ارتباط سازنده متقابل که در طی آن هر کدام از زوج سعی می کنند در مورد مشکل ارتباطی خود بحث و گفتگو کنند، احساساتشان را نسبت به هم ابراز نمایند و برای مشکل ارتباطی، پیشنهاد راه حل و مذاکره بدهند و هر دو احساس می کنند که همدیگر را درک می کنند؛ حرکت کنند. این امر به نوبه خود بر سلامت روان، رابطه با دیگران و به طور کلی کیفیت زندگی فرد اثر می گذارد.

بر اساس رویکرد فیزیولوژیکی به مهارت های ارتباطی، آموزش مهارت های ارتباطی در کلیه ابعاد (گوش دادن فعال، مهارت تنظیم عواطف، بینش، درک پیام و مهارت قاطعیت) سبب ایجاد ارتباط موفق و مناسب بین زوج در کوتاه مدت فراهم می شود، بعلاوه در درازمدت، سبب بروز هیجانات و عواطف مثبتی در سطح سلولی بدن می شود. مثلا کروزر و لندرز (۲۰۱۰) به نقل از دیناری، (۱۳۹۲) نشان داده اند ارتباط موفق بین زوجین، با افزایش سلول های کاهنده درد و افزایش سیتوکین^۱ (از جمله پروتئینهای تولید شده توسط انواع سلولهای ایمنی می باشد؛ که واکنشهای التهابی و ایمنی^۲ را تحریک و تنظیم می نمایند)، دستگاه ایمنی فرد را تقویت کرده و باعث ترشح دوپامین^۳ (هورمون شادی و سرخوشی) در بدن می شود. دوپامین در کاهش اضطراب و افسردگی نقش اساسی دارد و کاهش سطح اضطراب فرد می تواند باعث بهبود کیفیت زندگی، افزایش سلامت روان و ... شود.

نتایج به دست آمده در این پژوهش حاکی از آن بود که آموزش مهارت های ارتباطی بر سلامت جسمانی و کیفیت محیط زندگی اثر معنادار ندارد. بخشی از این یافته با نتایج پژوهش فولادی و همکاران (۱۳۹۲) همسو و بخشی ناهمسو است. در پژوهش فولادی و همکاران، مشخص شد آموزش مهارت های ارتباطی بر مؤلفه های سلامت روانی و محیط موثر بوده است. در حالی که در میانگین مؤلفه های سلامت جسمانی و روابط اجتماعی بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری مشاهده نشد. بخشی از این ناهمسوئی می تواند مربوط به شرایط محیطی و اجتماعی باشد که پژوهش در آن انجام شده است. همانطور که ذکر شد، کیفیت زندگی دربردارنده حوزه های اجتماعی و اقتصادی نیز هست و عوامل موجود در این حوزه ها می توانند بر سلامت روان و به طور کلی کیفیت زندگی فرد تاثیر بگذارند. به نظر می رسد شرایط فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی حال حاضر، که تحت کنترل پژوهشگر قرار نداشته و بتواند عدم تاثیر مداخلات را بر زیرمقیاس محیط زندگی و سلامت جسمانی تبیین کند. علت دیگری که می توان به آن اشاره کرد، شاید این باشد که در این پژوهش آموزش ها فقط برای زنان انجام شده است و همسرانشان این آموزش ها را دریافت نکرده اند. دلیل احتمالی دیگر نیز زمان کوتاه بین خاتمه مداخله و ارزیابی است که می تواند نتایج را تحت تاثیر قرار دهد.

به طور کلی با توجه به نتایج پژوهش حاضر می توان به این نتیجه رسید که این درمان بر بهبود صمیمیت و کیفیت زندگی و عوامل مرتبط به آن موثر بوده است. به طور خلاصه می توان گفت طبق بررسی های انجام شده، روانشناسان بر بعضی ویژگی های روابط صمیمانه تأکید کرده اند. ویژگی هایی مانند: در میان گذاشتن عمیق ترین افکار و احساسات با هم دیگر، همدلی با

¹ cytokine

² inflammatory and immune responses

³ dopamine



و درک طرف مقابل، اعتماد متقابل، دل بستگی به یک دیگر و مراقبت و رابطه عاشقانه رضایت بخش. تا آن جا که گفته شده است، صمیمیت یک هنر و مهارت است. یافته های این تحقیق نیز آن ها را تأیید می کند. و نشان می دهد آموزش روش های برقراری ارتباط موثر می تواند منجر به افزایش صمیمیت شود به طوریکه کمک می کند ارتباطات کلامی آن ها در روندی مثبت پیش رود.

بعلاوه مهارت آموزی برقراری ارتباط موثر با افزایش هیجانات مثبت و کاهش تنش های موجود در روابط بین فردی زوجین، می تواند منجر به کاهش استرس، افسردگی و اضطراب زوج شده و بهبود کیفیت زندگی را در پی داشته باشد. بنابراین استفاده از آموزش مهارت های ارتباط موثر در بهبود کیفیت زندگی، کاهش تعارضات زناشویی و افزایش صمیمیت بین زوج ها پیشنهاد می شود.

پیشنهادات

۱. پیشنهاد می گردد درمانگران با توجه به نتایج بدست آمده، از آموزش مهارت های ارتباطی برای پیشگیری و کاهش تعارضات زناشویی استفاده کنند.
۲. پیشنهاد می شود کارگاه های آموزشی مرتبط با کاهش تعارض و بهبود مهارت های ارتباطی با هدف پیشگیری از تعارضات و نیز بهبود کیفیت زندگی و افزایش صمیمیت برای زنان و مردان مجرد و متأهل برگزار شود.

منابع

- احمدی، محمدسعید. (۱۳۹۶). *مهارت های ارتباطی*. تهران: آوای نور.
- اعتمادی، عذرا، جابری، سمیه، جزایری، رضوان السادات و احمدی، سیداحمد. (۱۳۹۳). بررسی رابطه مهارت های ارتباطی، الگوهای ارتباطی و سبک های حل تعارض با صمیمیت زناشویی در زنان شهر اصفهان. *زن و جامعه (جامعه شناسی زنان)* ۵ (۱): ۶۳-۷۴.
- اعتمادی، عذرا، شکوه نوابی نژاد، سیداحمد احمدی، ولی اله فرزاد. (۱۳۸۳). بررسی تأثیر زوج درمانی به شیوه ایماگوتراپی بر افزایش صمیمیت زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره در اصفهان. *پژوهش های مشاوره (۹)*: ۹-۲۲.
- امانی، رزیتا. (۱۳۹۴). مقایسه تعارض زناشویی در ساختار توزیع قدرت در خانواده. *زنان و خانواده*. ۳۲: ۴۱-۵۲.
- بهرامی خوندایی، فاطمه، فاتحی زاده، مریم، و اولیا، نرگس. (۱۳۸۴). ساخت و تعیین روایی و پایایی آزمون صمیمیت زوجین. ارائه شده در هشتمین هفته پژوهش، دانشگاه اصفهان.
- پیش دار، مهناز و رمضانی، علیرضا (۱۳۹۳). *مهارت های ارتباطی*. تهران: پیوند مهر.
- تقدسی محسن، فهیمی فرآمنه (۱۳۹۳). تأثیر درمان مرور زندگی با رویکرد معنوی بر کیفیت زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان. *فیض*: ۱۸ (۲): ۱۳۶-۱۴۴.
- ثنایی، باقر. (۱۳۹۶). فرهنگ توصیفی: خانواده درمانی سیستمی و زمینه های وابسته. تهران: رشد.
- جواد چاوشی، علی، و صیدی، پگاه. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی بر صمیمیت و بهداشت روان زوجین شرکت کننده در کلاس های مشاوره پیش از ازدواج. *فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ*. ۱۰ (۳۶): ۸۷-۹۹.
- حاجی کرم، آمنه. (۱۳۹۵). ارتباط تعارض خانواده-کار با سلامت روان و تعارض زناشویی در زنان شاغل شهر تهران. *پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره (مطالعات تربیتی و روان شناسی)*. ۶ (۱): ۱۱۳-۱۲۷.
- دیناری، علی. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر آموزش مهارت های ارتباطی بر رضایت زناشویی زوجین شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.



- زهات، عباس و امیدوار، بنفشه. (۱۳۹۵). پیش‌بینی عملکرد خانواده و شادکامی زناشویی بر اساس سرمایه روان‌شناختی زن در خانواده‌های کارمندان زن متاهل شهرداری شهر شیراز. *فصلنامه زن و جامعه*، ۴(۷)، ۲۹-۴۲.
- سالاری فر، محمدرضا، یونسی، سیدجلال، شریفی نیا، محمدحسین و غروی، سیدمحمد (۱۳۹۲). مبانی و ساختار زوج درمانی اسلامی. *مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۷(۱۲): ۳۷-۶۸.
- شرفی، علی. (۱۳۸۲). *رابطه بین الگوهای ارتباطی زناشویی و سلامت روان معلمان زن و همسران آن‌ها در تهران*. پایان نام کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت معلم.
- شعبانی، عامره. (۱۳۹۶). مهارت‌های ارتباطی و سلامت روان. تهران: سخنوران.
- طرفی عمیدپور، شمس‌الدین، اردلی، نسرين، و احمدی تبار، مرتضی. (۱۳۹۶). اثربخشی رفتار درمانی بر افزایش صمیمیت بین زوجین. *روانشناسی اجتماعی*، ۲(۳۹): ۵۹-۶۶.
- فریش، مایکل بی. (۱۳۹۰). *روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی*، ترجمه اکرم خمسه. تهران: انتشارات ارجمند.
- فلاح زاده، هاجر (۱۳۸۹). بررسی و مقایسه تاثیر زوج درمانی هیجان مدار (EFT) و زوج درمانی سیستمی تلفیقی (IST) در حل صدمه دلبستگی و اضطراب صمیمیت زوج‌ها. پایان نامه دکتری چاپ نشده، دانشگاه خوارزمی.
- کلینکه، کریس. (۱۳۹۶). *مجموعه کامل مهارت‌های زندگی روش‌های مقابله با: اضطراب، افسردگی، تنهایی، کمرویی، شکست، اختلافات زناشویی، فقدان، پیری، درد، بیماری، آسیب*. ترجمه شهرام محمدخانی. تهران: رسانه تخصصی.
- لهسایی زاده، عبدالعلی، مردانی، مرضیه و حکیمی نیا، بهزاد. (۱۳۹۲). بررسی عوامل مرتبط با تعارضات زناشویی در شهر شیراز. *علوم اجتماعی شوستر*، ۴(۲۳): ۱-۱۸.
- محبی کیا، راضیه. (۱۳۸۷). *تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی با رویکرد شناختی - رفتاری بر سازگاری زناشویی زنان*. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه شهید بهشتی.
- نصر اصفهانی، نرگس. (۱۳۹۲). گنجینه‌ی طلایی اصول و فنون راهنمایی و مشاوره خانواده (مبانی زوج درمانی و خانواده درمانی و مشاوره و حمایت از کودکان در برابر ناملایمات). تهران: پیام دانشگاهی.
- الیس، آلبرت. (۱۳۹۷). *زوج درمانی عقلانی هیجانی*. ترجمه مهرداد فیروزبخت. تهران: رسا.
- Akin, S., Can, G., Durna, Z. and Aydiner, A. (2008). The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy European. *Journal of Oncology Nursing*, 12,449-456.
- Ali, A. S., Hayes, M. C., Birch, B., Dudderidge, T., & Somani, B. K. (2015). Health related quality of life (HRQoL) after cystectomy: comparison between orthotopic neobladder and ileal conduit diversion. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 41(3), 295-299.
- Berger, R., & Hannah, M. T. (2013). *Preventive approaches in couples therapy*. Routledge.
- Birren, J. E., Lubben, J. E., Rowe, J. C., & Deutchman, D. E. (Eds.). (2014). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. Academic Press.
- Campbell, S. (2011). *Saying What's Real: Seven Keys to Authentic Communication and Relationship Success*. HJ Kramer.
- Debrot, A., Cook, W. L., Perrez, M., & Horn, A. B. (2012). Deeds matter: Daily enacted responsiveness and intimacy in couples' daily lives. *Journal of Family Psychology*, 26(4), 617..
- Ellegaard, C. (2012). Interpersonal attraction in buyer-supplier relationships: A cyclical model rooted in social psychology. *Industrial Marketing Management*, 41(8), 1219-1227.
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Baldwin, L. M. (1982). McMaster Model of Family Functioning: A view of the normal family.



- Gaspar, T., Santos, T., & de Matos, M. G. (2017). Relationship between Subjective Wellbeing and Weight Perception in Children and Adolescents: Gender and Age Differences. *Child Indicators Research*, 10(3), 811-824.
- Gurkan, A., Pakyuz, S. Ç., & Demir, T. (2015, June). Stress coping strategies in hemodialysis and kidney transplant patients. In *Transplantation proceedings* (Vol. 47, No. 5, pp. 1392-1397). Elsevier.
- Halford, K. J.; Matthew, S. (2007). Couple communication in step families, family process, Academic Research libraries, 46, 421-432
- Hamid, N., Kianimoghadam, R., & Hossnzadeh, A. (2015). Effect of communication skills training through Religion-based cognitive-behavioral approach on intimacy and the satisfaction with life among couples. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*, 19(2), 119-126.
- Linden, J. F. (2017). Timing Is Everything: Corticothalamic Mechanisms for Active Listening. *Neuron*, 95(1), 3-5.
- Mukherjee, A., Dye, B. A., Clague, J., Belin, T. R., & Shetty, V. (2018). Methamphetamine use and oral health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 1-12.
- Osarenren, N. (2013). The impact of marital conflicts on the psychosocial adjustment of adolescents in Lagos Metropolis, Nigeria. *Journal of Emerging Trends in Educational Research and Policy Studies*, 4(2), 320-326.
- Panuzio, J., & DiLillo, D. (2010). Physical, psychological, and sexual intimate partner aggression among newlywed couples: Longitudinal prediction of marital satisfaction. *Journal of Family Violence*, 25(7), 689-699.
- Papageorgiou, A., Loke, Y. K., & Fromage, M. (2017). Communication skills training for mental health professionals working with people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Papp, L. M., Kouros, C. D., & Cummings, E. M. (2009). Demand-withdraw patterns in marital conflict in the home. *Personal Relationships*, 16(2), 285-300.
- Pasareanu, A. R., Opsal, A., Vederhus, J. K., Kristensen, Ø., & Clausen, T. (2015). Quality of life improved following in-patient substance use disorder treatment. *Health and quality of life outcomes*, 13(1), 1.
- Pereira, R. F., Daibs, Y. S., Tobias-Machado, M., & Pompeo, A. C. L. (2011). Quality of life, behavioral problems, and marital adjustment in the first year after radical prostatectomy. *Clinical genitourinary cancer*, 9(1), 53-58.
- Philbrook, L. E., Erath, S. A., Hinnant, J. B., & El-Sheikh, M. (2018). Marital conflict and trajectories of adolescent adjustment: The role of autonomic nervous system coordination. *Developmental psychology*, 54(9), 1687.
- Phillips, D. (2006). *Quality of life: Concept, policy and practice*. Routledge.
- Veenhoven, R. (2006). The Four Qualities of Life, ordering concepts and measures of the good life, *Journal of Happiness Studies*, Vol.1.
- Ventegodt, S., Merrick, J., & Andersen, N. J. (2003). Quality of life theory I. The IQOL theory: an integrative theory of the global quality of life concept. *The Scientific World Journal*, 3, 1030-1040.
- Victoria, L. B. (2008). Does marriage and relationship education improve couples communication? A metaanalytical study. *Department of marriage family and human development. Brigham Young University*, 34-56.



Zeidner, M., & Kloda, I. (2013). Emotional intelligence (EI), conflict resolution patterns, and relationship satisfaction: Actor and partner effects revisited. *Personality and Individual Differences*, 54(2), 278-283.



Evaluation of the effectiveness of communication skills on increasing intimacy and quality of life of women with marital conflicts referred to psychiatric centers in Tehran

Abstract:

The purpose of this study was to determine the effectiveness of communication skills on increasing the intimacy and quality of life of women with marital conflicts. The statistical population in this study was women with marital conflicts referring to psychiatric centers in Tehran in the fall of 1397. In this study, 30 women who referred to the criteria for entering the study were selected and then randomly assigned to two groups of 15 (experimental and control) groups. Participants with intimacy (Walker & Thompson, 1983) and the World Health Organization Quality of Life Scale (1999) were evaluated. Then, the participants in the experimental group received communication skills during eight 90-minute sessions and the control group did not receive any training. Data were analyzed using covariance analysis. The findings showed that there is a significant difference between the post test scores of the experimental and control groups in the intimacy and quality of life variables. Communication skills training has led to an increase in the intimate and quality of life of women in the experimental group. Regarding the effectiveness of communication skills training in increasing the intimacy and quality of life of women with marital conflicts, it can be used in the form of therapeutic programs to apply this therapeutic approach.

Key words: Marital conflicts, marital intimacy, quality of life and communication skills.