

Original Article

Investigating the Relationship between Irrational Beliefs and Marital Adjustment among Couples with Chronic Disease

Hakimeh Vahedparast¹, Seyedeh Sara Hosseini², Masoud Bahreini¹, Razieh Bagherzadeh^{3*}

1. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

2. Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

3. Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran ORCID: 0000-0002-3452-7981

* **Corresponding author.** Tel: +987733450187, E-mail: r.bagherzadeh@bpums.ac.ir

Article info

Article history:

Received: Oct 07, 2023

Accepted: Jan 01, 2024

Keywords:

Beliefs

Marital Discord

Marital Adjustment

Chronic Disease

Couples

ABSTRACT

Background: There is a bidirectional relationship between marital discord and chronic disease. Considering its importance to individuals with chronic diseases, it is critical to explore the factors that influence marital adjustment. This study aimed to investigate the relationship between irrational beliefs and marital adjustment among couples with chronic diseases in Bushehr, Iran.

Methods: This descriptive correlational cross-sectional study investigated 92 couples (including 184 individuals) in which at least one spouse had one or more of the most common chronic diseases. Participants were selected using a convenience sampling method from internists' and cardiologists' offices, specialty clinics, and comprehensive healthcare centers in Bushehr during 2022. Data were collected using a demographic survey, the Dyadic Adjustment Scale developed by Graham B. Spanier and the short-form of Jones Irrational Beliefs Questionnaire (IBQ). Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation, and univariate and multivariate hierarchical linear regression tests using SPSS-20 software. A significance level of $p < 0.05$ was considered for all analyses.

Results: The mean and standard deviation of the total irrational belief scores for women and their husbands were 111.21 ± 23.60 and 105.24 ± 25.24 , respectively. Furthermore, the mean marital adjustment score of the couples was 102.50 ± 18.36 . Additionally, 38% of the couples had marital discord. No significant correlation was found between the women's irrational belief domains and their marital adjustment. However, regarding men's irrational belief domains, "feeling helpless against change" showed a significant negative relationship with marital adjustment ($\beta = -0.400$; CI95%: -0.703; -0.083).

Conclusion: The results showed that men's beliefs influenced the marital adjustment of couples. Therefore, when counseling couples experiencing marital discord, especially those with chronic diseases, the psychologists and family counselors need to identify the factors affecting it. For instance, men's irrational beliefs, especially feeling helpless against change is an affecting factor that can be reduced through appropriate counseling.



بررسی ارتباط باور غیرمنطقی و سازگاری زناشویی در زوجین مبتلا به بیماری مزمن

حکیمه واحدپرست^۱، سیده سارا حسینی^۲، مسعود بحرینی^۱، راضیه باقرزاده^{۳*}

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

۳. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۷۷۳۳۴۵۰۱۸۷ ایمیل: r.bagherzadeh@bpums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: ناسازگاری زناشویی با بیماری مزمن رابطه ای دو سویه دارد. با توجه به اهمیت سازگاری زناشویی در مبتلایان به بیماری های مزمن، بررسی عوامل مرتبط با سازگاری زناشویی حائز اهمیت است. پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط باور غیر منطقی و سازگاری زناشویی در زوجین مبتلا به بیماری مزمن شهر بوشهر انجام گردید.

روش کار: مطالعه حاضر، یک پژوهش مقطعی از نوع توصیفی- همبستگی بود که در سال ۱۴۰۱ روی ۹۲ زوج (۱۸۴ نفر)، که یک یا هر دو نفر آنها به حداقل یکی از شایعترین بیماری های مزمن، مبتلا بوده و به مطب های متخصصین داخلی و قلب، کلینیک های تخصصی و مراکز جامع سلامت شهر بوشهر مراجعه نموده بودند، با روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. ابزار گردآوری داده ها شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه سازگاری زناشویی گراهام بی اسپنیر و فرم کوتاه پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز بود. داده ها پس از جمع آوری با نرم افزار SPSS-20 و با استفاده از آزمون های ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون خطی تک متغیره و چند متغیره سلسله مراتبی، تحلیل شد. سطح معنی داری در تمام موارد کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین نمره کل باور غیرمنطقی زنان و همسرانشان به ترتیب $111/21 \pm 23/60$ و $105/24 \pm 25/24$ و نمره سازگاری زناشویی زوجین (متوسط نمره زنان و همسرانشان) $102/50 \pm 18/36$ بود. ۳۸ درصد زوج ها، ناسازگاری زناشویی داشتند. هیچ یک از حیطه های باور غیرمنطقی در زنان، با سازگاری زناشویی در ارتباط نبود. از بین حیطه های باور غیرمنطقی در مردان، حیطه درماندگی در برابر تغییر با سازگاری زناشویی ارتباط منفی و معنی دار داشت ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج نشان دهنده تأثیر باورهای مردان بر سازگاری زناشویی زوجین بود. بنابراین لازم است متخصصین روانشناسی و مشاوران خانواده هنگام مشاوره دادن به زوجین با ناسازگاری زناشویی به ویژه مبتلایان به بیماری مزمن، عوامل مؤثر بر ناسازگاری از جمله باورهای غیرمنطقی مردان، به ویژه درماندگی در برابر تغییر را شناسایی نمایند تا بتوانند با مشاوره مناسب این گونه باورها را کاهش دهند.

واژه های کلیدی: باورها، تعارض زناشویی، سازگاری زناشویی، بیماری مزمن، زوجین

دریافت: ۱۴۰۲/۷/۱۵ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۱۱

مقدمه

سازگاری زناشویی، هماهنگی و همدلی در وصول به اهداف مشترک زندگی بین زن و شوهر است که به احساس رضایت از زندگی منجر می‌شود (۱). رضایت زناشویی دارای چهار مؤلفه اصلی توافق، رضایت، همبستگی و بیان محبت آمیز است. توافق، میزان موافقتی است که زوجین در مورد موضوعات مهمی نظیر اداره کردن امور مالی خانواده و اتخاذ تصمیمات مهم دارند. همبستگی، به این موضوع اشاره دارد که زوجین با چه فواصلی درگیر فعالیت‌های مشترک می‌شوند و ابراز محبت نیز مربوط به این است که زوجین با چه فواصلی به یکدیگر ابراز عشق و علاقه می‌کنند و سرانجام، رضایت دو نفری، میزان شادمانی در روابط و همچنین فراوانی تعارضات تجربه شده در رابطه را پوشش می‌دهد (۲). سازگاری زناشویی به مرور زمان رخ می‌دهد و فرایندی تکاملی است، چراکه این امر مستلزم شناخت ویژگی‌های شخصیتی، الگوهای رفتاری و سازگاری و سبک زندگی افراد است (۳). یک مرور سیستماتیک نشان داده است که سازگاری زناشویی با بهبود عملکرد خانواده، افزایش طول عمر زوجین، تسهیل نقش فرزندپروری و افزایش رضایت از زندگی ارتباط داشته و تأثیر مثبتی بر سلامت جسمی، اجتماعی و عاطفی زوجین دارد (۴). سازگاری زناشویی، جزء مهمی در زندگی همه زوجین است. با این حال، مبتلا بودن یکی از زوجین به بیماری مزمن، اهمیت سازگاری زناشویی را دو چندان می‌نماید، زیرا ناسازگاری زناشویی با بیماری مزمن رابطه دو سویه دارد؛ به این معنی که ناسازگاری زناشویی می‌تواند با ایجاد محیط پر تنش، زمینه را برای ایجاد بیماری مزمن فراهم نماید؛ و از سوی دیگر با ایجاد بیماری مزمن در یکی از زوجین، احتمال ناسازگاری زناشویی افزایش می‌یابد (۵، ۶). همچنین ناسازگاری زناشویی می‌تواند فرایند درمان بیماری مزمن را با مشکل مواجه سازد (۷).

یک مطالعه روی افراد بالای ۵۰ سال نشان داد که حدود دوازده میلیون نفر به بیماری مزمن مبتلا بوده‌اند که تخمین زده می‌شود در سال ۲۰۵۰ به ۲۴ میلیون نفر افزایش یابد (۸)؛ همچنین بیماری‌های مزمن عامل ۷۱ درصد مرگ‌ها در جهان هستند (۹). ایران نیز با چالش بیماری‌های مزمن مواجه است و ۸۲ درصد از کل مرگ‌ها در ایران به بیماری‌های مزمن نسبت داده شده است (۱۰، ۱۱). با توجه به این که در قرن بیست و یکم، این دسته از بیماری‌ها، چالش بزرگ سیستم‌های بهداشت و درمان در سراسر جهان می‌باشند و با توجه به اهمیت سازگاری زناشویی در زوجین مبتلا به بیماری مزمن، بررسی عوامل مرتبط با سازگاری زناشویی حائز اهمیت است.

تعاملات درون خانواده و رفتار زوجین، از عوامل تأثیرگذار بر سازگاری زناشویی است؛ زیرا رفتار انسان‌ها، ریشه در طرز تفکر آن‌ها دارد. از دیدگاه ایس^۱، باورها و طرز تفکر افراد بر رفتار آن‌ها مؤثر است (۱۲). بر اساس این دیدگاه، رویدادها و اتفاقات پیرامون افراد موجب رفتار آن‌ها نمی‌شود، بلکه نگرش و باورهای افراد از رخدادها و حوادث است که منجر به ایجاد رفتار در آن‌ها می‌گردد (۱۳، ۱۲). ایس این گونه باورها را تحت عنوان باورهای غیرمنطقی تعریف نموده است (۱۲). باورهای غیرمنطقی به تفکرات اشتباه و غیرمنطبق با واقعیت در مورد خود و دیگران اطلاق می‌شود که بر ذهن و روان فرد، مسلط شده و تعیین می‌کند که افراد چگونه رویدادها را تعبیر و تفسیر نموده و کیفیت و کمیت احساسات و روابطشان را تنظیم کنند (۱۴). گزارش‌ها نشان می‌دهند افرادی که دارای باورهای غیرمنطقی هستند، اضطراب بالا و عملکرد اجتماعی ضعیف‌تری دارند (۱۵، ۱۶). مطالعاتی که در زمینه ارتباط باور غیرمنطقی و سازگاری زناشویی در افراد سالم انجام شده، نتایج متفاوتی را گزارش نموده‌اند. بطوری که،

^۱ Ellis

مسرت مشهدی و دولتشاهی (۱۳۹۶) در مطالعه خود روی زنان شهر تهران نشان دادند که بین باورهای غیرمنطقی و سازگاری زناشویی همبستگی منفی و معنی‌دار وجود دارد (۱۷). ادیب‌کیا و همکاران نیز در پژوهش خود روی زوجین شهر تهران نشان دادند که باور غیرمنطقی با میانجی رفتارهای تعارضی، بر رضایت زناشویی تأثیر منفی دارد (۱۸). در مقابل، نتایج مطالعه گنجی و همکاران نشان داد که تنها برخی از حیطه‌های باور غیرمنطقی مثل وابستگی و بی‌مسئولیتی هیجانی ارتباط منفی با سازگاری زناشویی دارند و بین دیگر حیطه‌های باور غیرمنطقی و سازگاری زناشویی ارتباط آماری معنی‌دار وجود ندارد (۱۹). صافیان اصفهانی و همکاران نیز در مطالعه خود روی معلمان، بین باور غیرمنطقی و سازگاری زناشویی، ارتباط آماری معنی‌داری گزارش نکردند (۲۰). فلیپوویچ^۱ و همکاران نشان دادند که در زنان سالم، باورهای غیرمنطقی با واسطه احساسات ناکارآمد، منجر به کاهش سازگاری زناشویی می‌گردد. این مطالعه همچنین نشان داد که احساسات ناکارآمد در مردان، پیش‌بینی‌کننده دیدگاه زنان در مورد سازگاری زناشویی است؛ اما احساسات ناکارآمد در زنان، سازگاری زناشویی از دیدگاه مردان را پیش‌بینی نمی‌کند (۲۱).

اگرچه مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که در مبتلایان به بیماری‌های مزمن، باور غیرمنطقی بیشتر و سازگاری زناشویی کمتر از افراد سالم است (۵،۲۲،۲۳)، اما به این موضوع پرداخته‌اند که در مبتلایان به بیماری مزمن، ارتباط این دو مفهوم چگونه است. همچنین اغلب مطالعات انجام شده روی افراد سالم، زوجین را با هم در نظر نگرفته‌اند، در حالی که، خانواده و منظومه زن و شوهری، به عنوان یک کل و نظام در نظر گرفته می‌شوند و روابط همه اعضای آن بر یکدیگر تأثیر گذاشته و از هم تأثیر می‌پذیرند

(۲۴). با توجه به این که در نظام خانواده، افراد، بیشترین تعاملات را با همسر خود دارند و باورهای فرد می‌تواند بر شریک زندگی وی تأثیر بگذارد، بنابراین بررسی مفاهیمی که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت زوجین تأثیر می‌گذارد، حائز اهمیت است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط باور غیرمنطقی با سازگاری زناشویی در زوجین مبتلا به بیماری مزمن انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی همبستگی است که در سال ۱۴۰۱ روی ۹۲ زوج مبتلا به حداقل یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن (بیماری‌های با عوامل خطر مشترک شامل دیابت، پرفشاری خون، بیماری‌های قلبی-عروقی و چربی خون بالا) انجام شد. حجم نمونه با استفاده از اندازه اثر محاسبه شده برای استفاده در فرمول رگرسیون، برابر با ۰/۲۵ در مطالعه آزادی و همکاران (۲۵)، خطای نوع اول ۰/۰۵، توان ۸۰ درصد و ۱۵ متغیر پیش‌بین، ۷۳ زوج در نظر گرفته شد که با احتساب احتمال ریزش سی درصدی، ۹۵ زوج تعیین گردید. برای تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار G power 3.1.9.2 استفاده شد. نهایتاً ۹۲ زوج (۱۸۴ نفر) پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. با توجه به امکان‌پذیر نبودن انتخاب تصادفی، نمونه‌گیری با مراجعه به محیط‌های پژوهش، یعنی مطب‌های متخصصین داخلی و قلب، کلینیک‌های تخصصی و مراکز جامع سلامت شهر بوشهر به صورت در دسترس انجام شد.

معیارهای ورود به پژوهش برای زوجین شامل سن بالای ۳۰ سال، داشتن زندگی مشترک، ابتلای یکی از زوجین یا هر دوی آن‌ها به حداقل یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن شامل دیابت، پرفشاری خون، چربی خون بالا و بیماری‌های قلبی و عروقی بنا بر خوداظهاری یا بر اساس داروهای مصرفی فرد، داشتن حداقل تحصیلات در حد خواندن و نوشتن، توانایی

جسمی و ذهنی برای پر کردن پرسشنامه، عدم ابتلا به اختلال روانی در فرد یا همسر و عدم اعتیاد به مصرف الکل یا سوءمصرف مواد در فرد یا همسر بنا به اظهار خود فرد، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن غیر از بیماری‌های مدنظر برای ورود به پژوهش (مثلاً آسم، سرطان، اختلالات تیروئیدی و...)، نداشتن بیش از یک ازدواج در هر یک از زوجین، عدم وجود بیماری مزمن قبل از ازدواج و رضایت جهت شرکت در پژوهش بود. در صورتی که یکی از زوجین (زن یا همسرش) حاضر به شرکت در مطالعه نمی شدند، زوج از مطالعه خارج می گردید.

به منظور جمع آوری داده‌ها از فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی، فرم کوتاه پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز^۱ و پرسشنامه سازگاری زوجی^۲ استفاده شد. برای سنجش باورهای غیرمنطقی از فرم کوتاه ۴۰ گویه‌ای یعنی پرسشنامه باور غیرمنطقی اهواز^۳ استفاده شد. این پرسشنامه در ایران توسط عبادی و معتمدین (۱۳۸۴)، بر اساس فرم بلند ۱۰۰ گویه‌ای باورهای غیرمنطقی جونز (۲۶)، طراحی و روانسنجی گردیده است. آن‌ها پس از تحلیل پاسخنامه‌های آزمودنی‌ها، ۶۰ ماده از ۱۰۰ ماده آزمون را حذف نموده و یک ساختار چهار عاملی به دست آوردند. این چهار عامل عبارتند از: درماندگی در برابر تغییر (گویه ۱ تا ۱۵)، توقع تائید از دیگران (گویه ۱۶ تا ۲۵)، اجتناب از مشکل (گویه ۲۶ تا ۳۰) و بی‌مسئولیتی هیجانی (گویه ۳۱ تا ۴۰). مقیاس پاسخ‌گویی به گویه‌ها، طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۵) بود. دامنه نمره کل پرسشنامه بین ۴۰ تا ۲۰۰ می‌باشد که نمره بیشتر به معنی باور غیرمنطقی بیشتر می‌باشد. در مطالعه عبادی و معتمدین (۱۳۸۴)، ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه بین ۰/۷۱ تا

۰/۸۱ و برای کل پرسشنامه ۰/۷۵ گزارش گردیده است. همچنین روایی همگرا با بررسی همبستگی بین پرسشنامه طراحی شده با فرم بلند ۱۰۰ سؤالی بررسی شد که ضریب همبستگی ۰/۷۸ گزارش گردید (۲۷). در مطالعه حاضر برای تعیین روایی، پرسشنامه در اختیار ۵ عضو هیئت علمی گروه پرستاری و روانشناسی قرار داده شد که محتوای پرسشنامه توسط آنان تأیید شد. پایایی پرسشنامه نیز با همسانی درونی بررسی شد که آلفای کرونباخ برای حیطه‌ها بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ محاسبه شد.

پرسشنامه سازگاری زوجی اسپانیر^۴ در سال ۱۹۷۶ به منظور سنجش سازگاری بین زوجین و یا هر دو نفری که با هم زندگی می‌کنند طراحی شده است. این پرسشنامه ۳۲ گویه‌ای، دارای چهار حیطه‌ی رضایت زوجی (گویه‌های ۱۶ تا ۲۳، گویه ۳۱ و ۳۲)، همبستگی زوجی (گویه‌های ۲۴ تا ۲۸)، توافق زوجی (گویه‌های ۱ تا ۳، ۵ و ۹ تا ۱۵) و ابراز محبت (گویه‌های ۴، ۶، ۲۹ و ۳۰) می‌باشد. طیف پاسخ‌گویی به گویه‌های پرسشنامه برحسب نوع سؤال متفاوت است. گویه‌های ۱ تا ۲۲ به صورت طیف ۶ درجه‌ای لیکرت، گویه‌های ۲۳ تا ۲۸ به صورت طیف ۵ درجه‌ای لیکرت و گویه‌های ۲۹ و ۳۰ به صورت ۲ نمره‌ای پاسخ داده می‌شوند. گویه ۳۱ به صورت طیف ۷ درجه‌ای لیکرت، برای سنجش میزان شادکامی و گویه ۳۲ نیز به صورت طیف ۶ درجه‌ای لیکرت، برای سنجش احساس زوجین درباره آینده رابطه، طراحی گردیده است. دامنه نمره کلی این پرسشنامه از ۴ تا ۱۵۱ متغیر است و نمرات بالاتر از ۱۰۰، روابط سازگارانه و نمرات پایین‌تر از ۱۰۰ ناسازگاری زناشویی را نشان می‌دهد (۲، ۲۸). در پژوهش حاج ابول زاده (۱۳۸۱)، به منظور تعیین ضریب پایایی پرسشنامه، بازآزمایی با فاصله زمانی یک هفته روی نمونه‌ای متشکل از ۱۵ زوج اجرا گردید.

^۱ Jones^۲ DAS: Dyadic Adjustment Scale^۳ 4-IBT-A^۴ Spanier

ضریب همبستگی بین نمرات مردان و زنان طی دو بار اجرا در کل پرسشنامه، $0/81$ ، و برای حیطه‌ها بین $0/61$ تا $0/81$ گزارش گردید (۲۸). در مطالعه حاضر، جهت بررسی پایایی پرسشنامه، همسانی درونی سنجیده شد که آلفای کرونباخ برای حیطه‌ها، بین $0/70$ تا $0/86$ و برای کل پرسشنامه $0/88$ محاسبه شد. همچنین همبستگی بین نمرات زنان و همسران آنان نیز بررسی شد که ضریب همبستگی بالا به دست آمد ($r=0/93$, $p<0/001$).

پس از تصویب پروپوزال و اخذ مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، جمع‌آوری داده‌ها آغاز شد. نحوه انجام کار به این صورت بود که محقق با مراجعه و ارائه معرفی‌نامه به مطب پزشکان داخلی و قلب، کلینیک‌های تخصصی و مراکز جامع سلامت شهرستان بوشهر، زوجین مبتلا به بیماری‌های مزمن را انتخاب می‌نمود. سپس با یکی از زوجین (مرد یا زن) که دارای بیماری مزمن بوده و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، صحبت و در صورت تمایل به شرکت در پژوهش، با همسر وی نیز به صورت حضوری یا تلفنی صحبت می‌شد. در صورتی که همسر ایشان هم معیارهای ورود به مطالعه را داشته و رضایت خود را جهت شرکت در پژوهش اعلام می‌کرد، رضایت‌نامه کتبی اخذ و پرسشنامه‌ها تکمیل می‌شدند. با توجه به این که از چندین محیط پژوهشی نمونه‌گیری انجام شد، برای هر زوج یک کد شناسایی مشخص شد و این کد و نام بیمار به طور محرمانه ثبت گردید تا از تکراری بودن نمونه‌ها جلوگیری شود. لازم به ذکر است که از میانگین نمره رضایت زناشویی زن و مرد (هر زوج) به عنوان رضایت زناشویی زوجین در تحلیل استفاده شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-20 انجام شد. برای توصیف داده‌ها از گزارش میانگین، انحراف

معیار و جداول فراوانی استفاده شد. توزیع داده‌ها از نظر تطابق با توزیع نرمال، با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف بررسی شد؛ که توزیع داده‌ها نرمال بود. برای بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک کیفی با سازگاری زناشویی از رگرسیون خطی تک‌متغیره و ارتباط متغیرهای کمی پژوهش، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد و در نهایت برای تعیین رابطه باور غیرمنطقی با سازگاری زناشویی با لحاظ اثر متغیرهای دموگرافیک از رگرسیون خطی چند متغیره سلسله مراتبی استفاده شد. در تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی، در گام اول متغیر دموگرافیک مرتبط با متغیر وابسته، یعنی وضعیت اقتصادی وارد رگرسیون شد؛ در گام دوم و سوم به ترتیب حیطه‌های باور غیرمنطقی مرد و زن به مدل اضافه شد. در رگرسیون‌های انجام شده برای ورود متغیرهای اسمی و رتبه‌ای به رگرسیون متغیر تصنعی ساخته شد و این متغیر تصنعی به جای متغیر اصلی وارد رگرسیون گردید. پیش‌فرض‌های رگرسیون خطی در نظر گرفته شد. سطح معنی‌داری در تمام موارد کمتر از $0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

دامنه سنی در زنان و مردان شرکت‌کننده در مطالعه، ۳۰ تا ۵۹ سال بود. سن $78/3$ درصد از مردان و $60/9$ درصد زنان بالای چهل سال بود. میانگین طول ازدواج و طول مدت ابتلا به بیماری مزمن به ترتیب $10/51 \pm 19/12$ و $7/14 \pm 4/12$ سال بود. مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش و همچنین ارتباط بین متغیرهای کیفی دموگرافیک با سازگاری زناشویی در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک و نتایج رگرسیون تک متغیره بین این متغیرها و سازگاری زناشویی در زوجین مبتلا به بیماری مزمن شهر بوشهر سال ۱۴۰۱

متغیر	زیرگروه	تعداد (درصد)	میانگین (انحراف معیار)	ضریب رگرسیون	سطح معنی داری
سن مرد	۳۰-۳۹ سال	۲۰ (۲۱/۷)	۱۰۱/۷۶ (۱۶/۲۸)	مرجع	-
	۴۰-۴۹ سال	۳۸ (۴۱/۳)	۱۰۱/۰۹ (۱۵/۹۷)	-۰/۰۱۸	۰/۸۸۹
	۵۰-۵۹ سال	۳۴ (۳۷)	۱۰۴/۶۱ (۲۲/۱۵)	-۰/۰۷۵	۰/۵۹۷
سن زن	۳۰-۳۹ سال	۳۶ (۳۹/۱)	۱۰۳/۰۳ (۱۶/۹۳)	مرجع	-
	۴۰-۴۹ سال	۳۴ (۳۷)	۱۰۴/۵۹ (۱۶/۵۸)	-۰/۰۶۸	۰/۵۶۹
	۵۰-۵۹ سال	۲۲ (۲۳/۹)	۱۰۰/۰۰ (۲۳/۲۷)	-۰/۰۴۷	۰/۶۹۲
سطح تحصیلات مرد	زیر دیپلم	۱۱ (۱۲)	۹۹/۱۱ (۱۹/۶۴)	مرجع	-
	دیپلم	۱۹ (۲۰/۷)	۹۶/۵۰ (۲۳/۲۴)	-۰/۰۵۹	۰/۷۲۴
	دانشگاهی	۶۲ (۶۷/۳)	۱۰۴/۸۷ (۱۵/۷۴)	-۰/۱۴۶	۰/۳۲۴
سطح تحصیلات زن	زیر دیپلم	۱۷ (۱۸/۵)	۱۰۰/۰۰ (۲۷/۲۹)	مرجع	-
	دیپلم	۲۳ (۲۵)	۹۹/۸۰ (۱۷/۱۱)	-۰/۰۰۵	۰/۹۷۵
	دانشگاهی	۵۲ (۵۶/۵)	۱۰۴/۴۵ (۱۵/۷۰)	-۰/۱۲۱	۰/۸۲۲
شغل مرد	کارمند	۴۵ (۴۸/۹)	۱۰۵/۷۰ (۱۵/۹۴)	مرجع	-
	آزاد	۱۸ (۱۹/۶)	۹۹/۶۴ (۱۶/۸۲)	-۰/۱۳۳	۰/۲۴۲
	بازنشسته	۱۵ (۱۶/۳)	۹۸/۸۸ (۲۷/۴۰)	-۰/۱۳۲	۰/۲۴۳
	نظامی	۱۰ (۱۰/۹)	۱۰۲/۷۵ (۱۴/۸۸)	-۰/۰۵۱	۰/۶۴۸
	سایر	۴ (۴/۴)	۹۱/۲۵ (۲۳/۳۷)	-۰/۱۶۴	۰/۱۳۶
شغل زن	خانه دار	۵۱ (۵۶/۷)	۱۰۰/۹۰ (۱۸/۹۸)	مرجع	-
	شاغل	۳۹ (۴۳/۳)	۱۰۵/۵۳ (۱۶/۹۲)	-۰/۱۲۸	۰/۲۳۸
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۷ (۷/۷)	۸۷/۹۳ (۲۹/۵۶)	مرجع	-
	متوسط	۴۲ (۴۶/۳)	۹۸/۸۴ (۱۷/۸۵)	-۰/۲۸۷	۰/۱۴۱
	خوب	۴۲ (۴۶/۳)	۱۰۹/۲۴ (۱۳/۹۷)	-۰/۵۸۱	۰/۰۰۳
تعداد فرزند	بدون فرزند	۶ (۶/۵)	۱۰۰/۵۰ (۱۴/۹۷)	مرجع	-
	۱-۳	۷۲ (۷۸/۳)	۱۰۴/۹۷ (۱۵/۸۴)	-۰/۰۹۶	۰/۵۴۷
	>۴	۱۴ (۱۵/۲)	۸۸/۵۰ (۲۷/۱۷)	-۰/۲۲۵	۰/۲۰۵

میانگین نمره کل باور غیرمنطقی زنان و همسرانشان به ترتیب $111/21 \pm 23/60$ و $105/24 \pm 25/24$ و سازگاری زناشویی زوجین $102/50 \pm 18/36$ بود. همچنین نتایج نشان داد که ۳۵ زوج (۳۸٪)، ناسازگاری زناشویی داشتند. در آزمون همبستگی، بین دو حیطه از باور غیرمنطقی مردان یعنی درماندگی در برابر تغییر و اجتناب از مشکل، و دو حیطه از باور غیرمنطقی زنان یعنی درماندگی در برابر تغییر و بی مسئولیتی هیجانی، با سازگاری زناشویی همبستگی منفی و معنی دار وجود داشت (جدول ۲).

جدول ۳ نتایج رگرسیون چند متغیره سلسله مراتبی برای بررسی عوامل مرتبط با سازگاری زناشویی را

نشان می دهد. طبق نتایج رگرسیون در گام آخر که همه متغیرهای مرتبط یعنی وضعیت اقتصادی، حیطه های باور غیرمنطقی مرد (درماندگی در برابر تغییر و اجتناب از مشکل) و دو حیطه از باور غیرمنطقی زن (درماندگی در برابر تغییر و بی مسئولیتی هیجانی) در مدل وارد شدند، این عوامل، روی هم ۲۵/۴ درصد از تغییرات سازگاری زناشویی را تبیین نموده و تنها دو متغیر با سازگاری زناشویی در ارتباط بودند؛ به این صورت که خوب بودن وضعیت اقتصادی ارتباط آماری مثبت و درماندگی در برابر تغییر در مرد، ارتباط آماری منفی با سازگاری زناشویی داشتند.

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای کمی پژوهش

متغیر	ضریب همبستگی و سطح معنی داری	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱-طول بیماری	ضریب همبستگی سطح معنی داری	۱									
۲-طول مدت ازدواج	ضریب همبستگی سطح معنی داری	۰/۴۰۲	۱								
۳-درماندگی در برابر تغییر-مرد	ضریب همبستگی سطح معنی داری	۰/۰۹۴	۰/۱۰۷	۱							
۴-درماندگی در برابر تغییر-زن	ضریب همبستگی سطح معنی داری	۰/۱۷۳	۰/۲۰۴	۰/۴۷۰	۱						
۵-توقع تأیید از دیگران-مرد	ضریب همبستگی سطح معنی داری	۰/۰۰۴	۰/۱۲۹	۰/۳۹۱	۰/۳۳۵	۱					
۶-توقع تأیید از دیگران-زن	ضریب همبستگی سطح معنی داری	۰/۹۶۷	۰/۱۵۹	۰/۳۵۹	۰/۳۶۰	۰/۴۱۲	۱				
۷-اجتناب از مشکل-مرد	ضریب همبستگی سطح معنی داری	۰/۶۶۸	۰/۲۵۶	۰/۵۲۴	۰/۴۰۰	۰/۴۳۲	۰/۴۴۸	۱			
۸-اجتناب از مشکل-زن	ضریب همبستگی سطح معنی داری	۰/۸۶۹	۰/۹۲۴	۰/۳۹۸	۰/۴۵۲	۰/۴۹۰	۰/۴۳۰	۰/۴۲۷	۱		
۹-بی مسئولیتی هیجانی-مرد	ضریب همبستگی سطح معنی داری	۰/۰۰۴*	۰/۱۲۹	۰/۴۹۱	۰/۴۳۵	۰/۹۰۰	۰/۴۱۲	۰/۴۳۲	۰/۴۹۰	۱	
۱۰-بی مسئولیتی هیجانی-زن	ضریب همبستگی سطح معنی داری	۰/۰۶۵	۰/۱۵۶	۰/۳۵۹	۰/۴۶۰	۰/۴۱۲	۰/۹۸۰	۰/۴۴۸	۰/۵۳۰	۰/۵۱۲	۱
۱۱-سازگاری زناشویی	ضریب همبستگی سطح معنی داری	۰/۱۱۰	۰/۰۵۳	۰/۴۲۲	۰/۳۴۰	۰/۱۶۵	۰/۱۱۹	۰/۲۳۷	۰/۱۹۳	۰/۱۶۵	۰/۲۱۹
	سطح معنی داری	۰/۳۰۶	۰/۶۲۶	۰/۰۰۱*	۰/۰۰۱*	۰/۱۲۱	۰/۱۳۹	۰/۰۱۰*	۰/۰۷۱	۰/۱۲۱	۰/۰۳۹*

جدول ۳. ضرایب تحلیل رگرسیون چندمتغیره سلسله مراتبی برای بررسی رابطه باور غیرمنطقی زن و مرد با سازگاری زناشویی در زوجین مبتلا به

بیماری مزمن شهر بوشهر، سال ۱۴۰۱

متغیر پیش بین*	گام اول		گام دوم		گام سوم		وضعیت اقتصادی
	ضریب رگرسیون استاندارد (Beta)	سطح معنی داری (P value)	ضریب رگرسیون استاندارد (Beta)	سطح معنی داری (P value)	ضریب رگرسیون استاندارد (Beta)	سطح معنی داری (P value)	
ضعیف	مرجع						وضعیت اقتصادی
متوسط	۰/۲۸۷	۰/۱۴۱	۰/۲۳۶	۰/۲۰۷	۰/۲۳۲	۰/۲۲۵	
خوب	۰/۵۸۱	۰/۰۰۳	۰/۴۲۵	۰/۰۲۷	۰/۴۰۵	۰/۰۴۴	
درماندگی در برابر تغییر	-	-	۰/۴۱۲	۰/۰۰۵	۰/۴۰۰	۰/۰۱۳	حیطه های باور
اجتناب از مشکل	-	-	۰/۰۸۱	۰/۵۶۵	۰/۱۰۸	۰/۴۷۶	غیرمنطقی مرد
درماندگی در برابر تغییر	-	-	-	-	۰/۰۲۸	۰/۸۴۴	حیطه های باور
بی مسئولیتی هیجانی	-	-	-	-	۰/۰۵۷	۰/۶۴۱	غیرمنطقی زن
ضریب تعیین استاندارد (R^2 Adjusted)		۰/۱۳۶	۰/۲۵۰		۰/۲۵۴		
آماره F (سطح معنی داری) برای مدل		۶/۶۷۰ (۰/۰۰۲)	۶/۹۰۰ (<۰/۰۰۱)		۷/۱۱۰ (<۰/۰۰۱)		

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط باور غیرمنطقی با سازگاری زناشویی در زوجین مبتلا به بیماری مزمن انجام شد. بر اساس نتایج، ۳۸ درصد زوجین شرکت کننده در پژوهش، ناسازگاری زناشویی داشتند و از بین حیطه‌های باور غیرمنطقی زوجین، فقط بین حیطه درماندگی در برابر تغییر در مردان و سازگاری زناشویی، رابطه منفی معنادار مشاهده شد. مطالعات انجام شده در این خصوص، نتایج متناقضی را گزارش کرده اند. برای مثال، فلیپوویچ در مطالعه روی زوجین سالم صربستان، نشان داد که باور غیرمنطقی زن با سازگاری زناشویی وی ارتباط ندارد، اما در مورد مردان، این ارتباط معنی‌دار است (۲۱). سواری و فرازی نیز در مطالعه خود روی افسران مرد شاغل در نیروی انتظامی نشان دادند که بین باور غیرمنطقی با رضایت زناشویی ارتباط آماری منفی و معنی‌دار وجود دارد (۲۹). در مقابل، مطالعه صافیان اصفهانی روی زنان و مردان معلم شهر اصفهان نشان داد که باور غیرمنطقی افراد با سازگاری زناشویی از دیدگاه خود آنان ارتباطی ندارد (۲۰). ادیب کیا و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که باور غیرمنطقی افراد به طور مستقیم، رضایت زناشویی آنان را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد (۱۸). در مورد علت تفاوت بین یافته‌ها می‌توان به این مساله اشاره کرد که در مطالعات صافیان اصفهانی و ادیب کیا و همکاران، فقط یکی از زوجین بررسی شده اند، بنابراین ممکن است این سازگاری نشان‌دهنده سازگاری واقعی زوجین نباشد. نتایج مطالعه مسرت مشهدی و همکاران روی زوج‌های متأهل ساکن شهر تهران، نشان داد که باور غیرمنطقی، پیش‌بینی‌کننده منفی سازگاری زناشویی است (۱۷). با این که مطالعه ذکر شده، روی زوجین انجام شده است؛ اما در تحلیل آماری، باور غیرمنطقی زنان و مردان تفکیک نشده و آنالیز به طور کلی روی افراد انجام شده است. همچنین حیطه‌های باور غیرمنطقی نیز تفکیک نشده است. گرچه به دلیل

تحلیل متفاوت، نتایج این مطالعه چندان قابل مقایسه با مطالعه حاضر نمی‌باشد، اما تا حدی نشان می‌دهد که باور غیرمنطقی می‌تواند با ناسازگاری زناشویی در ارتباط باشد. شاید اگر در مطالعه مسرت مشهدی و همکاران باور غیرمنطقی زوجین تفکیک شده بود؛ یعنی نقش باور غیرمنطقی زنان و مردان و همچنین حیطه‌های باور غیرمنطقی در آنالیز لحاظ می‌گردید، دقیق‌تر می‌شد قضاوت نمود که ارتباط آماری به دست آمده مربوط به کدام حیطه از باور غیرمنطقی زنان یا همسرانشان است. جانجانی و همکاران نیز در مطالعه خود روی زنان کارمند کرمانشاهی، نشان دادند که باور غیرمنطقی با سازگاری زناشویی همبستگی منفی دارد (۳۰)؛ که نتایج با مطالعه حاضر همراستا نمی‌باشد. شاید تفاوت در نتایج به این علت باشد که مطالعه فقط روی زنان انجام شده است. پورمحمدرضای تجریشی و همکاران نیز در پژوهش خود روی زوجین شهر اصفهان نشان دادند که فقط حیطه اتکا به دیگران با ناسازگاری زناشویی در ارتباط است (۳۱)؛ که این یافته متفاوت از نتایج پژوهش حاضر است. علت تفاوت ممکن است ناشی از نحوه تحلیل، و نوع ابزار استفاده شده باشد. در مطالعه فوق، اگرچه زوجین مدنظر بوده‌اند، اما باور غیرمنطقی افراد به طور فردی در نظر گرفته شده و باور غیرمنطقی هر دو زوج در تحلیل دیده نشده است. همچنین در مطالعه ذکر شده از پرسشنامه صد سؤالی جونز استفاده شده در حالی که در مطالعه حاضر از پرسشنامه ۴۰ سؤالی استفاده شده که حیطه اتکا به دیگران را ندارد و گویه‌های حیطه درماندگی در برابر تغییر نیز با گویه‌های این حیطه در پرسشنامه صد سؤالی متفاوت می‌باشد.

گرچه مطالعات پیشین به تفکیک نقش باورهای غیرمنطقی هر یک از زوجین در ایجاد ناسازگاری زناشویی پرداخته‌اند (۲۹، ۲۰، ۱۸)؛ اما با توجه به نتیجه مطالعه حاضر به نظر می‌رسد، آنچه از باور غیرمنطقی که در ایجاد ناسازگاری زناشویی نقش

دارد، مربوط به مرد است. درماندگی در برابر تغییر در مرد منجر به ناسازگاری زناشویی در زوجین می‌شود. شاید نقش‌های جنسیتی و توزیع قدرت در خانواده است که مشخص می‌کند، فرد باور غیرمنطقی همسر را بپذیرد یا خیر، به عبارت دیگر نه تنها باور غیرمنطقی هر فرد در خانواده اهمیت دارد، بلکه اثرپذیری افراد خانواده از باورهای غیرمنطقی دیگر افراد خانواده نیز مهم است. در خانواده‌های ایرانی، به ویژه شهر بوشهر، هنوز فرهنگ خانواده و روابط زن و شوهری، سنتی است (۳۲)، و از آنجایی که در خانواده‌های سنتی، مردسالاری وجود دارد، بنابراین تفکرات و عقاید مرد، بیشتر از هر فرد دیگری در خانواده، می‌تواند روی روابط درون خانواده تأثیر بگذارد. تفکرات مردسالارانه از زمان کودکی در مردان نهادینه می‌شود، و با ازدواج به خانواده جدید منتقل می‌شود (۳۳). اگر افراد اسیر زندگی گذشته خود باشند، و نتوانند در خود تغییری ایجاد کنند، و اعتقاد داشته باشند هیچ چیز قابل تغییر نیست، تلاشی برای تغییر رویه خود نخواهند نمود (۳۴)، و این اعتقاد به عدم تغییر، باعث حفظ روحیه مردسالارانه شده که می‌تواند عقاید همسر را نیز تحت تأثیر خود قرار دهد. (۳۵). فلیپوویچ و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که باورهای غیرمنطقی باعث احساسات ناکارآمد می‌شود، و تنها احساسات ناکارآمد مرد، باعث کاهش سازگاری زناشویی از دیدگاه زنان می‌شود، و عکس این حالت صادق نیست (۲۱). در زوجین مبتلا به بیماری مزمن، نقش باورهای فرد مسلط، به عنوان تعیین کننده سازگاری زناشویی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. بیماری‌های مزمن، به عنوان یک واقعه ناگوار در زندگی نگریسته می‌شود که می‌تواند نحوه واکنش و تعاملات درون خانواده را تغییر دهد و باید به عنوان یک مشکل خانوادگی دیده شود (۵، ۲۴). با ایجاد بیماری در یکی از زوجین، لزوم تطابق با این بیماری و در واقع لزوم تغییر رفتار بیشتر مشخص می‌گردد. بر اساس تئوری خودکارآمدی

بندورا^۱، خودکارآمدی به عنوان باور فرد به توانایی خود برای عمل، به گونه‌ای که موقعیت‌های آینده را مدیریت کند، توصیف می‌شود. به بیان دیگر خودکارآمدی، به این معنا است که آنچه فرد در یک سلسله رفتار انجام می‌دهد، به باورهای بستگی دارد که او از خودش در مورد انجام پذیرفتن موفقیت آمیز چنین عملی دارد (۳۶). چنانچه مرد نتواند خود را تغییر داده و با شرایط پیش آمده سازگار شود، بیماری خود یا همسرش را به عنوان مشکل غیر قابل مدیریت دیده و با رفتار و مقابله نامناسب، می‌تواند زمینه تشدید ناسازگاری زناشویی را ایجاد نماید که این ناسازگاری می‌تواند به عنوان مانعی برای شکل گیری سیستم حمایتی لازم در جهت مدیریت بیماری عمل نماید و باعث تشدید بیماری شود. بنابراین پرستاران هنگام مراقبت از بیماران بایستی به نقش همسران، نحوه تفکر آنان و چگونگی تعاملات درون خانواده و میزان سازگاری زناشویی توجه داشته باشند تا بتوانند علاوه بر مراقبت جسمی، برای مشکلات خانوادگی بیماران که می‌تواند درمان بیماری را با مشکل مواجه سازد نیز تدابیر لازم را اتخاذ نمایند.

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود؛ اولاً: این پژوهش، یک مطالعه مقطعی بود، بنابراین روابط به دست آمده نباید تفسیر علیتی شود. ثانياً: نمونه گیری در مطالعه حاضر به صورت در دسترس انجام شد، بنابراین تعمیم نتایج به جامعه پژوهش باید با احتیاط صورت گیرد. اگر چه حجم نمونه با استناد به مطالعات پیشین تعیین شد، اما یک علت احتمالی برای نتایج منفی، می‌تواند کم بودن حجم نمونه و توان مطالعه باشد. تکرار پژوهش با حجم نمونه بزرگتر و نمونه گیری تصادفی می‌تواند نتایج دقیق‌تری را حاصل نماید. ثالثاً: این مطالعه روی بیماران خاصی انجام شده

^۱Bandura's Self-Efficacy Theory

است؛ بنابراین تعمیم آن به افراد مبتلا به سایر بیماری‌ها باید با احتیاط صورت گیرد.

درماندگی در برابر تغییر را شناسایی نمایند تا بتوانند با مشاوره مناسب، این گونه باورها را کاهش دهند.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج، از بین باورهای غیرمنطقی زنان و مردان، آنچه می‌تواند باعث ناسازگاری زناشویی شود، برخی از جنبه‌های باور مردان است. مراقبان سلامت هنگام ارائه مراقبت به بیماران مزمن بایستی علاوه بر مراقبت‌های جسمی به تعاملات درون خانواده از جمله سازگاری زناشویی توجه داشته باشند و در صورت وجود ناسازگاری زناشویی، زوجین را به مشاوره خانواده یا روانشناس ارجاع دهند. مشاوران نیز هنگام بررسی و مشاوره دادن به زوجین با ناسازگاری زناشویی، باید عوامل مؤثر بر ناسازگاری از جمله باورهای غیرمنطقی مردان به ویژه

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر با کد اخلاق IR.BPUMS.REC.1401.017 می‌باشد. نویسندگان از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم بوشهر و کلیه شرکت کنندگان در مطالعه، پرسنل مراکز جامع خدمات سلامت و پزشکان داخلی و قلب شهر بوشهر، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

- 1- Kara A, Kulbas E. A structural model of marriage adjustment for married individuals. *Educational Policy Analysis and Strategic Research*. 2022;17(3):164-81.
- 2- Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*. 1976;38(1):15-28.
- 3- Takbiri Boroujeni A, Imeni M, Gilasi HR, Amerian M. Comparison of marital satisfaction in the elderly and non-elderly and related factors in 2012. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*. 2020;10(1):31-38.
- 4- Jiménez-Picón N, Romero-Martín M, Ramirez-Baena L, Palomo-Lara JC, Gómez-Salgado J. Systematic review of the relationship between couple dyadic adjustment and family health. *Children*. 2021;8(491):1-14.
- 5- Keyhani E, Falsafinejad MR, Khodabakhshi-koolaei A. Comparison of marital satisfaction and adjustment in diabetic and healthy women. *Journal of Diabetes Nursing*. 2019;6(4):653-63 [Persian].
- 6- Smith TW, Baucom BR. Intimate relationships, individual adjustment, and coronary heart disease: Implications of overlapping associations in psychosocial risk. *American Psychologist*. 2017;72(6):578-89.
- 7- Pereira MG, Pedras S, Ferreira G, Machado JC. Family and couple variables regarding adherence in type 2 diabetes patients in the initial stages of the disease. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2019;45(1):134-48.
- 8- Ansah JP, Chiu C-T. Projecting the chronic disease burden among the adult population in the United States using a multi-state population model. *Frontiers in Public Health*. 2023;10:1082183.
- 9- Mahumud RA, Sultana M, Kundu S, Rahman MA, Mistry SK, Kamara JK, et al. The burden of chronic diseases and patients' preference for healthcare services among adult patients suffering from chronic diseases in Bangladesh. *Health Expectations*. 2022;25(6):3259-73.
- 10- Ministry of Health and Medical Education. Four high-risk diseases for Iranians; 2019. Available from: <https://b2n.ir/n07390>.

- 11- Rahimi E, Mohammadi R, Mokhayeri Y, Nazari S. Decomposing gender disparity in the risk of noncommunicable diseases in adults, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2023;29(6):630-37.
- 12- Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. USA: Lyle Stuart; 1962.
- 13- Grieger R, Ellis A. Handbook of rational-emotive therapy. Springer; 1977.
- 14- Basharpour S, Hoseinikiasari ST, Soleymani E, Massah O. The role of irrational beliefs and attitudes to death in quality of life of the older people. *Iranian Journal of Aging*. 2019;14(3):260-71 [Persian].
- 15- Chadha NJ, Turner MJ, Slater MJ. Investigating irrational beliefs, cognitive appraisals, challenge and threat, and affective states in golfers approaching competitive situations. *Frontiers in Psychology*. 2019;10:2295.
- 16- Turner MJ, Carrington S, Miller A. Psychological distress across sport participation groups: The mediating effects of secondary irrational beliefs on the relationship between primary irrational beliefs and symptoms of anxiety, anger, and depression. *Journal of Clinical Sport Psychology*. 2019;13(1):17-40.
- 17- Maserrat Mashhadi Z, Dolatshai B. Evaluation of the effectiveness couples marital adjustment rates of irrational beliefs. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*. 2017;6(1):69-84 [Persian].
- 18- Adibkia A, Emamipour S, Keshavarzi Arshadi F, Mohammadkhani P. The relationship between irrational beliefs and the marital satisfaction based on the mediating role of the conflict resolution behavior and the marital stress. *Journal of Practice in Clinical Psychology*. 2022;10(3):225-32.
- 19- Gonji S, Khoshkonesh A, Pourebrahim T. Relationship between marital adjustment and irrational beliefs in women and non-cosmetic surgery. *Electronic Journal of Biology*. 2016;12(2):196-201.
- 20- Safian Esfahani M. The effect of excitement and irrational beliefs on marital incompatibility of married high school teachers in Isfahan. *New Approach in Educational Sciences*. 2020;2(1):87-94 [Persian].
- 21- Filipović S, Vukosavljević-Gvozden T, Opačić G. Irrational beliefs, dysfunctional emotions, and marital adjustment: a structural model. *Journal of Family Issues*. 2016;37(16):2333-50.
- 22- Afsahi F, Kachooei M. Relationship between hypertension with irrational health beliefs and health locus of control. *Journal of Education and Health Promotion*. 2020;9:110.
- 23- Vassou C, Georgousopoulou EN, Chrysohoou C, Yannakoulia M, Pitsavos C, Cropley M, et al. Irrational beliefs trigger depression and anxiety symptoms, and associated with increased inflammation and oxidative stress markers in the 10-year diabetes mellitus risk: the ATTICA epidemiological study. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2021;20(1):727-39.
- 24- Tikdarinejad A, Khezri Moghadam N. Relationship between irrational beliefs and marital conflicts in couples based on rational-emotive behavior therapy. *Journal of Patient Safety & Quality Improvement*. 2017;5(2):526-30.
- 25- Azadi Z, Kimiaei SA, Abbasi S. Relationship between family problem-solving and irrational thinking on marital problems and maladjustment. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2015;9(36):1-17 [Persian].
- 26- Jones RG. A factored measure of Ellis' irrational belief system, with personality and maladjustment correlates. Ph.D Thesis of Clinical Psychology. Texas Technological College: Michigan; 1968.
- 27- Ebadi G, Motemedin M. Investigating the factor structure of Jones irrational beliefs test in Ahvaz. *Comprehensive Portal of Humanities*. 2005;23:73-92 [Persian].
- 28- Hajiabol Zadeh N. The effect of communication skills training with cognitive-behavioral approach on marital adjustment of couples living in Karaj. Master's Thesis in Counselling. Faculty of education and psychology-Alzahra University: Tehran; 2002 [Persian].
- 29- Savari K, Farazi F. Predictions of marital satisfaction in police disciplinary of Ahwaz. *Biannual Journal of Applied Counseling*. 2018;7(2):55-68 [Persian].
- 30- Janjani P, Momeni K, Rai A, Saidi MR. Mediating role of irrational beliefs in the relationship between the quality of family communication and marital satisfaction. *Middle East Journal of Family Medicine*. 2017;99(5489):1-6.

- 31- Pourmohamadreza Tajrishi M, Palevan neshan S, Najafi fard T. The relationship between irrational beliefs and marital adjustment in couple of Isfahan city. *Social Welfare*. 2014;14(53):179-93 [Persian].
- 32- Ahmadi S, Hamidpoor K, Sedaghat H, Karami F. Violence against women: the rule of patriarchal ideology and the hegemony of male domination (case study: women in Bushehr). *Woman in Development & Politics*. 2021;19(4):545-72 [Persian].
- 33- Navidnia M, Shamloo E. Social factors affecting spouse abuse in the family with emphasis on the role of patriarchy system of the family. *Woman in Development & Politics*. 2018;16(1):131-47 [Persian].
- 34- Giti S, Jafari Roshan M. Comparison of irrational beliefs, communication skills and marital adjustment in three generations of Tehrani women. *Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy*. 2019;7(28):30-49 [Persian].
- 35- Khazan N, Vosooghi M. On a sociological explanation of the impact of patriarchy on women's perceived relative deprivation and alienation (self and marital life) in Isfahan. *Journal of Social Problems of Iran*. 2016;7(1):57-98 [Persian].
- 36- Poluektova O, Kappas A, Smith CA. Using Bandura's self-efficacy theory to explain individual differences in the appraisal of problem-focused coping potential. *Emotion Review*. 2023;15(4):302-12.