

# اثر بخشی روش آموزش حل مسأله بر رضایت زناشویی و نیمرخ روانی زوجین شهرستان بروجن\*

اسماعیل پاکروان<sup>۱</sup>

سید عباس حقایق<sup>۲</sup>

حمید طاهر نشاط دوست<sup>۳</sup>

حسین مولوی<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۲/۸/۲۵

تاریخ وصول: ۹۲/۲/۱۲

## چکیده

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثر بخشی روش آموزش حل مسئله بر رضایت زناشویی و نیمرخ روانشناختی زوجین شهرستان بروجن بود. بدین منظور ۳۰ زوج از مراجعه کنندگان کلینیک روانشناختی اداره آموزش و پرورش شهرستان بروجین انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ زوج) و گروه کنترل (۱۵ زوج) قرار گرفتند. مداخله درمانی طی ۸ جلسه هفتگی براساس مدل درمانی هاوتون انجام شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ و چک لیست نشانه‌های مرضی (Scl-90-R) در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری توسط زوجین تکمیل شد. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری نشان داد بین میانگین نمرات پس آزمون نمرات رضایت زناشویی بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد و این نتایج در مرحله پیگیری نیز مشاهده می شود. همچنین به استثنای نمرات وسواس فکری- عملی، اضطراب

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه اصفهان (نویسنده مسئول)، abbas\_haghighayegh@yahoo.com

۲- استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، اصفهان، ایران.

۳- استاد گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان

۴- استاد گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان

فوبی و روانپریشی بین میانگین نمرات پس آزمون سایر متغیرها بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنادار وجود دارد و این نتایج در مرحله پیگیری نیز مشاهده می شود. به طور کلی نتایج نشان می دهد که آموزش حل مساله راهبرد مناسبی در افزایش رضایت زناشویی و کاهش علائم روانشناختی زوجین می تواند باشد: با این حال این روش درمانی در درمان فوبیا، وسواس فکری-عملی و سایکوز کمتر مفید است، اما در مراحل بعدی درمان های مستقیم اختلالات یاد شده می توان از آن سود جست.

واژگان کلیدی: حل مسئله، رضایت زناشویی، نیمرخ روانی.

#### مقدمه

هر خانواده ای با فشارهای روانی خاص خود مواجه است. برای بسیاری از زوجها و خانواده ها، فشار روانی بخش اجتناب ناپذیری از زندگی مدرن محسوب می شود (داویلا و همکاران، ۲۰۰۳) و درصد بالایی از این فشارها را نمی توان از زندگی خانواده های امروزی حذف کرد. برخی از زوجها و خانواده ها عوامل ایجاد کننده فشار روانی را با موفقیت پشت سر می گذارند، در حالی که برخی دیگر نمی توانند به تنهای خود را با آن وفق دهند و دچار نارضایتی زناشویی و اختلالاتی چون علائم روانشناختی می گردند (کترال، ۱۳۸۸).

رضایت زناشویی به احساس ذهنی از خشنودی رضایت و لذت تجربه شده ی زن و مرد با توجه به همه ابعاد یک رابطه زناشویی تعریف شده است (دیویس، ۱۳۸۲). رضایت زناشویی به عنوان یکی از مهمترین مولفه ها و عوامل تعیین کننده بهداشت روانی و ثبات عاطفی زوجین به حساب می آید (گابریل، بیچ و بودنمان، ۲۰۱۰). پژوهش های متعددی، تاثیر کیفیت روابط زوجین و رضایت زناشویی را بر شادکامی خانوادگی، سلامت جسمانی و روانی و سازگاری

روانی - اجتماعی زوجین در ابعاد گوناگون زندگی فردی و اجتماعی تایید کرده اند (چانگ و همکاران، ۲۰۰۷، جاکمنکرام، دابسون و مارتین، ۲۰۰۶، داویلا و همکاران، ۲۰۰۳).

نیمرخ روانی زوجینی که در روابط خود دچار ناسازگاری و نارضایتی هستند، نامطلوب گزارش شده و میزان شیوع اختلالات خلقی و اضطرابی بسیار بیشتر از گروه کنترل گزارش شده است (جاکمنکرام، دابسون و مارتین، ۲۰۰۶، کانوی و همکاران، ۲۰۰۳) مسائل زناشویی ممکن است دلیلی برای درمان فردی زن یا شوهر به متخصصان بهداشت روانی باشد. در چنین مواردی، احتمالاً یکی از طرفین از مراجعه به درمانگر یا مشاور خانواده مراجعه کرده و یا اینکه فرد مراجعه کننده، مسائل زناشویی را به خودی خود، علت مشکلات جاری خود نمی داند. بنابراین چنین زوجینی که پذیرش و همکاری لازم را جهت حل مشکلات و تعارضات زناشویی خود ندارند، دچار اختلالات افسردگی، اضطراب و سوء مصرف مواد ناشی از آن می شوند (چانگ و همکاران، ۲۰۰۷، بیچ و همکاران، ۱۹۹۰).

یکی از مهمترین عواملی که در علت شناسی مشکلات و نارضایتی های زناشویی به آن اشاره شده است، ناآگاهی از مهارت های ارتباطی و ناتوانی در حل مسائل و تعامل های آسیب زای خانوادگی است (بیچ و همکاران، ۲۰۰۸، بوالدو و همکاران، ۲۰۰۶). زوجهای به سامان کمتر تحت تاثیر هیجانات لحظه ای هستند و مهارت های بیشتری در حل تعارض و مدیریت روابط از خود نشان می دهند. فقدان مهارت در حل تعارض، باعث می شود که نزاعها و تعارضهای حل نشده که در طی ارتباطات زوجین شکل گرفته اند روی هم انباشته شوند و نهایتاً باعث خطر افزایش ابتلا به اختلالات روانشناختی و روی آوردن به راهبردهی هیجان مدار (نوع منفی) مانند سوء مصرف مواد و بزهکار یهی اجتماعی و در بسیاری از موارد جدایی و طلاق می شود. (جاکمنکرام، دابسون و مارتین، ۲۰۰۶).

رویکردهای شناختی- رفتاری به مشکلات زناشویی از زمان پیدایش خود در کمتر از دو دهه پیش تا کنون دستخوش تحولات گسترده ای شده اند (اپشتین و باکوم، ۲۰۰۲). تاکید اساسی در مداخلات رفتاری جدید، افزایش رفتارهای مثبت و خوشایند، بهبود ارتباط، ایجاد تغییر در

الگوهای زیانبخش یا مخدوش فکری و به خصوص ایجاد مهارت‌های حل مسئله در زوجین است (سئو و همکاران، ۲۰۰۷). درمانگران شناختی-رفتاری متخصص در حل مسائل زناشویی، علاوه بر ارزیابی علل مورد نظر رفتارها، باید شیوه‌ای را که هریک از طرفین در تفسیر تاثیر رفتار خود و رفتار طرف دیگر بکار می‌گیرند (سبک شناختی) مورد ارزیابی قرار دهد (مک موران و همکاران، ۲۰۰۷). در حال حاضر یکی از معضلاتی که می‌توان در درمان و بهبودی آن از راهبردهای شناختی-رفتاری با تاکید بر مسئله گشایی سود برد، مشکلات زناشویی و علائم روانشناختی همراه با آن است. امروزه داشتن مهارت‌های زندگی یکی از ملاک‌های اساسی است که کارشناسان سلامت روان بر روی آن تاکید فراوانی دارند. یکی از این ملاک‌ها توانایی حل مسئله یا همان مسئله گشایی است که تا کنون تحقیقات زیادی هم به خود اختصاص داده است (جاکمنکرام، دابسون و مارتین، ۲۰۰۶).

با توجه به مطالب فوق، هدف از انجام این پژوهش، پاسخگویی به این سوال بود که آیا آموزش حل مسئله بر سطح رضایت زناشویی و نیمرخ روانی (شامل رضایت زناشویی، علائم جسمانی کردن، وسواس فکری-عملی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، اضطراب فوبی، اندیشه پردازی پارانوئید و روانپریشی) زوجین ناسازگار مراجعه کننده به کلینیک روانشناختی شهرستان بروجن موثر است؟

## روش

### طرح پژوهش

این پژوهش در دسته پژوهش‌های تجربی قرار می‌گیرد، و طرح تحقیق آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) و شامل سه مرحله؛ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (دو ماهه) است. متغیر مستقل آموزش حل مسئله بود که فقط در گروه آزمایش اعمال گردید و تاثیر آن بر نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش نسبت به گروه گواه مورد مقایسه قرار گرفت. سیمای کلی طرح پژوهش در جدول ۱ قرار گرفته است.

جدول ۱: سیمای کلی طرح پژوهش

گروه‌ها	حجم نمونه قبل از آزمایش	پیش آزمون	اعمال متغیر مستقل	حجم نمونه بعد از ریزش	پس آزمون	پیگیری
آزمایش	۱۵زوج	T1	#	۱۵زوج	T2	T3
کنترل	۱۵زوج	T1	-----	۱۵زوج	T2	T3

#### جامعه، پژوهش و شیوه اجرای پژوهش

جامعه پژوهش حاضر را، کلیه زوجین شهرستان بروجن تشکیل می دادند که به کلینیک آموزش خانواده اداره آموزش و پرورش مراجعه کرده اند. ۳۰ زوج که داوطلب به شرکت در پژوهش بودند (مراجعاتی که در مصاحبه تشخیصی شکایت اصلی آنها مشکلات زناشویی بود و در پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ نمره خارج از نقطه برش کسب کرده بودند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند) و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ زوج) و کنترل (۱۵ زوج) قرار گرفتند. مداخله آموزش حل مسأله طی هشت جلسه هفتگی و بر اساس راهنمای درمانی هاوتون انجام شد. پرسشنامه های رضایت زناشویی انریچ و چک لیست نشانه های روانی در مراحل هر پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (دو ماهه) انجام شد، تا نمرات دو گروه آزمایش و کنترل مورد مقایسه قرار گیرد.

ویژگی های جمعیت شناختی هر یک از گروه های آزمایش و گواه در جدول ۲ آورده شده است.

## جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی اعضای نمونه در هر یک از گروه‌های آزمایش و گواه

گروه‌ها	سن	فراوانی	تحصیلات	فراوانی
آزمایش	۳۵ تا ۴۲ سال (زنان)	۱۵	دیپلم به بالا	۱۵
	۳۵ تا ۴۷ سال (شوهران)	۱۵	دیپلم به بالا	۱۵
کنترل	۳۵ تا ۴۲ سال (زنان)	۱۵	دیپلم به بالا	۱۵
	۳۵ سال تا ۴۷ سال (شوهران)	۱۵	دیپلم به بالا	۱۵

## ابزار پژوهش

فهرست یا چک لیست نشانه‌های بیماری ۹۰ تجدید نظر شده<sup>۱</sup> (SCL-90-R)

چک لیست نشانه‌های بیماری ۹۰ تجدید نظر شده (SCL-90-R) به منظور سنجش سریع نوع و شدت نشانه‌های مراجع از طریق خود سنجی ساخته شده است. ضرایب همسانی درونی برای ۹ بعد از نشانه‌های بیماری این پرسشنامه در مورد بیماران روانی سرپایی در دامنه ی حد اقل ۰/۷۹، برای اندیشه پردازی پارانوئیدی تا بالای ۰/۹۰، برای افسردگی قرار دارد. بر اساس برخی پژوهش‌های انجام شده درباره ساختار تک عاملی، معلوم شده است که scl-90-R نسبت به تغییرات محسوس از نظر بالینی حساسیت نشان می دهد و قابل کاربرد در پژوهش های بالینی است (سید هاشمی، ۱۳۷۹).

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ<sup>۲</sup>، کاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی این ابزار توسط السون، فورنیر<sup>۳</sup> و دراکمن<sup>۴</sup> (۱۹۸۲)، برای زوجهای ازدواج کرده ساخته شده در سال ۲۰۰۰، مورد تجدید نظر و اعتباریابی مجدد قرار گرفت. همسانی درونی با آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ در نوسان می‌باشد. اعتبار باز آزمایی نیز در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۹۲

1. Symptom Checklist-90-R(SCL-90-R)

2. ENRICH

3. David Fournier

4. Joan Druckman

بالاست. این ابزار، از نظر روایی همزمان، با مقیاس سازگاری زناشویی در گانهو آزمون سازگاری زناشویی لاک - والاس همبستگی بالایی دارد (اولسون، ۲۰۰۲).

### تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌های خام حاصل از این پژوهش توسط نرم افزار SPSS-16 در دو بخش توصیفی و استنباطی با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و تحلیل کواریانس صورت گرفت. در تحلیل کواریانس تاثیر نمرات پیش آزمون بر روی متغیرهای وابسته کنترل شد و سپس دو گروه با توجه به میانگین‌های تعدیل شده مورد مقایسه قرار گرفتند.

### نتایج

#### یافته‌های توصیفی

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات رضایت زناشویی و علائم روانشناختی شامل ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات رضایت زناشویی و علائم روانشناختی

متغیر	شاخص	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
رضایت	آزمایش	شهران	۱۳۸/۴۰	۰/۶۰	۱۵۵/۸۰	۱۵/۵۸	۱۶۰/۴۰
			۱۱/۹۸				
زناشویی	گواه	زنان	۱۳۹/۸۰	۱۰/۶۱	۱۵۵/۲۷	۱۱/۹۹	۱۵۸/۴۰
			۱۰/۵۶				
جسمانی	آزمایش	شهران	۱۳۹/۵۳	۱۰/۵۴	۱۴۱/۱۳	۱۰/۸۲	۱۴۲/۱۳
			۹/۹۲				
کردن	گواه	زنان	۱۳۸/۶۰	۸/۸۳	۱۴۰/۲۷	۸/۶۰	۱۴۲/۲۷
			۸/۲۵				
جسمانی	آزمایش	شهران	۰/۵۸۶	۰/۲۱۶	۰/۴۸۷	۰/۲۰۰	۰/۴۸۶
			۰/۴۵				
کردن	گواه	زنان	۱/۴۸۷	۰/۲۷۸	۱/۰۷۸	۰/۳۵۴	۰/۹۲۱
			۰/۳۸۷				
جسمانی	آزمایش	شهران	۰/۷۵۳	۰/۴۴۸	۰/۷۰۳	۰/۴۳۹	۰/۶۶۱
			۰/۴۱۹				
کردن	گواه	زنان	۱/۱۳۸	۰/۵۵۹	۱/۰۸۰	۰/۵۴۹	۱/۰۳۹
			۰/۵۵۰				

فرهنگ مشاوره و روان درمانی

وسواس	آزمایش	شوهران	۱۵	۱/۰۸۴	۰/۲۶۵	۱/۰۸۲	۰/۲۹۳	۱/۰۶۲	۰/۳۹۱
فکری-		زنان	۱۵	۱/۵۱۹	۰/۵۴۵	۱/۵۲۵	۰/۵۰۲	۱/۵۲۲	۰/۴۹۵
عملی	گواه	شوهران	۱۵	۱/۱۹۳	۰/۲۷۱	۱/۱۸۶	۰/۲۶۵	۱/۱۷۴	۰/۲۶۳
		زنان	۱۵	۱/۵۰۴	۰/۴۹۶	۱/۴۹۰	۰/۴۹۰	۱/۴۹۰	۰/۴۸۸
حساسیت	آزمایش	شوهران	۱۵	۱/۸۱۴	۰/۵۷۲	۱/۲۳۴	۰/۵۴۱	۱/۴۰۹	۰/۵۴۶
بین فردی		زنان	۱۵	۱/۳۴۶	۰/۳۸۷	۱/۶۰۷	۰/۳۷۹	۱/۳۳	۰/۳۵۸
	گواه	شوهران	۱۵	۱/۵۸۰	۰/۵۴۳	۱/۴۹۲	۰/۵۴۵	۱/۰۰	۰/۵۱۰
		زنان	۱۵	۲/۴۴	۰/۳۵۱	۲/۲۵۱	۰/۳۳۹	۲/۱۴۴	۰/۳۴۶
افسردگی	آزمایش	شوهران	۱۵	۲/۰۶۳	۰/۳۵۹	۱/۳۳	۰/۳۱۳	۱/۰۸۹	۰/۳۲۴
		زنان	۱۵	۲/۳۵۶	۰/۴۵۱	۱/۷۱۲	۰/۳۵۹	۱/۴۴۸	۰/۳۴۵
	گواه	شوهران	۱۵	۲/۱۳۷	۰/۳۰۲	۲/۰۹۵	۰/۳۰۸	۱/۹۷۹	۰/۲۹۵
		زنان	۱۵	۲/۰۳۱	۰/۴۸۹	۲/۱۱	۰/۵۱۱	۱/۹۸۷	۰/۵۴۳
اضطراب	آزمایش	شوهران	۱۵	۱/۷۲۷	۰/۴۴۶	۱/۱۰۰	۰/۳۳۸	۰/۸۸۸	۰/۲۹۴
		زنان	۱۵	۲/۴۷۳	۰/۵۷۱	۱/۶۸۲	۰/۵۱۲	۱/۶۸۵	۰/۵۵۶
	گواه	شوهران	۱۵	۲/۱۹۴	۰/۳۶۶	۲/۱۶۹	۰/۳۶۹	۱/۹۹۳	۰/۳۹۳
		زنان	۱۵	۲/۲۶۰	۰/۸۶۹	۲/۱۲۶	۰/۸۰۸	۱/۹۷۱	۰/۷۳۵
خصوصیت	آزمایش	شوهران	۱۵	۱/۲۸۰	۰/۵۹۸	۰/۹۲۰	۰/۳۴۰	۰/۷۷۷	۰/۳۲۶
		زنان	۱۵	۱/۶۲۶	۰/۷۱۵	۰/۹۵۴	۰/۶۷۳	۰/۸۴۶	۰/۵۸۷
	گواه	شوهران	۱۵	۱/۷۰۸	۰/۷۴۱	۱/۷۰۴	۰/۸۱۴	۱/۵۹۹	۰/۸۲۶
		زنان	۱۵	۱/۲۹۰	۰/۷۳۴	۱/۲۵۹	۰/۷۲۹	۱/۲۰۶	۰/۷۲۰
اضطراب	آزمایش	شوهران	۱۵	۰/۵۳۷	۰/۲۲۸	۰/۵۳۰	۰/۲۲۹	۰/۵۳۲	۰/۲۲۱
فوبی		زنان	۱۵	۰/۹۲۱	۰/۴۸۰	۰/۹۱۰	۰/۴۷۵	۰/۹۰۳	۰/۴۷۲
	گواه	شوهران	۱۵	۰/۶۵۲	۰/۳۲۴	۰/۶۴۰	۰/۳۱۸	۰/۶۳۶	۰/۳۱۸
		زنان	۱۵	۰/۷۹۲	۰/۴۰۳	۰/۷۸۰	۰/۳۹۷	۰/۷۸۳	۰/۳۹۵
اندیشه	آزمایش	شوهران	۱۵	۰/۹۶۴	۰/۳۶۹	۰/۴۳۲	۰/۳۶۸	۰/۴۰۱	۰/۳۷۰
پردازش		زنان	۱۵	۲/۱۳۶	۰/۴۸۱	۱/۱۷۹	۰/۵۱۲	۱/۰۴۱	۰/۶۰۵
پارانوئید	گواه	شوهران	۱۵	۱/۲۵۴	۰/۶۸۰	۱/۲۵	۰/۶۸۰	۱/۱۹۲	۰/۶۶۸
		زنان	۱۵	۱/۶۳	۰/۷۷۵	۱/۶۱۵	۰/۷۶۳	۱/۵۷۸	۰/۷۷۰
روانپریشی	آزمایش	شوهران	۱۵	۰/۵۵۸	۰/۲۰۴	۰/۵۵۰	۰/۲۰۳	۰/۵۴۳	۰/۲۰۹



۰/۳۵۸	۰/۹۸۵	۰/۳۵۳	۱/۰۰	۰/۳۵۳	۱/۰۱۲	۱۵	زن
۰/۲۲۰	۰/۵۷۸	۰/۲۲۲	۰/۵۸۵	۰/۲۲۵	۰/۵۹۱	۱۵	شوهران
۰/۳۹۶	۱/۰۱۶	۰/۳۷۴	۱/۰۱۸	۰/۳۷۱	۱/۰۲	۱۵	زن

### پیش فرض‌های آماری

قبل استفاده از تحلیل کوواریانس، پیش فرض‌های مربوط به آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد به غیر از نمرات جسمانی کردن و افسردگی، بقیه نمرات از توزیع نرمالی برخوردار هستند. همچنین نتایج آزمون لوین نشان داد که بین واریانس نمرات اضطراب زنان و پارانیویای مردان، تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین با توجه به این نتایج و تساوی حجم نمونه در دو گروه، لذا استفاده از تحلیل کوواریانس (به عنوان یک آزمون پارامتریک) بلامانع است.

### یافته‌های استنباطی

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مقایسه نمرات دو گروه)، در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری در مقایسه نمرات دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	زوجین	مرحله	F	sig	اندازه اثر	توان آماری
رضایت زناشویی	شوهران	پس آزمون	۱۰۰/۴۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴	۱
		پیگیری	۳/۱۱۴	۰/۰۳۶	۰/۸۵۱	۰/۰۵
	زن	پس آزمون	۵۴/۳۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵۱	۱
		پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۹۷۳	۰/۰۰	۰/۰۵
جسمانی کردن	شوهران	پس آزمون	۲۴/۳۲۴	۰/۰۳	۰/۴۸	۰/۹۹۷
		پیگیری	۰/۱۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰	۰/۰۶۸
	زن	پس آزمون	۵/۲۷۵	۰/۶۸	۰/۱۶	۰/۵۹۹
		پیگیری	۲۶/۴۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۹۹

## فرهنگ مشاوره و روان درمانی

۱	۰/۶۹	۰/۰۰۰۱	۵۹/۷۴۱	پس آزمون	شوهران	وسواس فکری -
۰/۹۸	۰/۴۰	۰/۰۰۰۱	۱۷/۶۰۱	پیگیری		عملی
۱	۰/۷۶	۰/۰۰۰۱	۲۸۳۸/۷۲۵	پس آزمون	زنان	
۱	۰/۵۶	۰/۰۰۰۱	۳۳/۸۳۲	پیگیری		
۱	۰/۶۳۲	۰/۰۰۰۱	۴۲/۸۸۳	پس آزمون	شوهران	حساسیت بین
۱	۰/۶۸۷	۰/۰۰۰۱	۵۷/۰۰۳	پیگیری		فردی
۱	۰/۶۹۶	۰/۰۰۰۱	۵۹/۵۹۱	پس آزمون	زنان	
۱	۰/۷۳۷	۰/۰۰۰۱	۷۲/۷۶۱	پیگیری		
۱	۰/۶۶۵	۰/۰۰۰۱	۵۱/۵۸۰	پس آزمون	شوهران	افسردگی
۰/۹۸۲	۰/۴۰۶	۰/۰۰۰۱	۱۷/۷۵۷	پیگیری		
۱	۰/۷۵۲	۰/۰۰۰۱	۷۸/۷۵۲	پس آزمون	زنان	
۰/۹۹۸	۰/۴۹۳	۰/۰۰۰۱	۲۵/۲۷۸	پیگیری		
۱	۰/۶۶۵	۰/۰۰۰۱	۵۱/۵۸۰	پیگیری		
۱	۰/۸۰۹	۰/۰۰۰۱	۱۰۹/۸۹۵	پس آزمون	شوهران	اضطراب
۰/۹۹۹	۰/۵۰۳	۰/۰۰۰۱	۲۶/۲۷۸	پیگیری		
۱	۰/۷۹۵	۰/۰۰۰۱	۱۰۰/۷۲۷	پس آزمون	زنان	
۰/۶۳۹	۰/۱۸۲	۰/۰۲۴	۵/۷۸۴	پیگیری		
۰/۹۳۶	۰/۳۳۵	۰/۰۰۱	۱۳/۰۹۵	پس آزمون	شوهران	خصوصیت
۰/۸۳۰	۰/۲۶۱	۰/۰۰۶	۹/۱۶۲	پیگیری		
۰/۹۲۸	۰/۳۲۷	۰/۰۰۱	۱۲/۶۲۰	پس آزمون	زنان	
۰/۹۰۰	۰/۳۰۳	۰/۰۰۲	۱۱/۳۲۷	پیگیری		
۰/۱۵۱	۰/۰۳۴	۰/۳۴۹	۰/۹۱۰	پس آزمون	شوهران	اضطراب فوبی
۰/۰۶۵	۰/۰۰۵	۰/۷۱۰	۰/۱۴۱	پیگیری		
۰/۱۲۹	۰/۰۲۷	۰/۴۰۵	۰/۷۱۷	پس آزمون	زنان	
۰/۳۴۱	۰/۰۹۱	۰/۱۲۰	۲/۵۹۰	پیگیری		
۰/۹۹۹	۰/۵۲۰	۰/۰۰۰۱	۲۸/۲۰۴	پس آزمون	شوهران	اندیشه پردازی
۱	۰/۷۱۶	۰/۰۰۰۱	۶۵/۶۴۷	پیگیری		پارانویید
۱	۰/۵۴۷	۰/۰۰۰۱	۳۱/۳۹۰	پس آزمون	زنان	
۰/۹۹۹	۰/۵۰۶	۰/۰۰۰۱	۲۶/۶۱۶	پیگیری		

۰/۰۸۵	۰/۰۱۲	۰/۵۷۷	۰/۳۲۰	پس آزمون	شوهران	روانپزشی
۰/۱۴۹	۰/۰۳۳	۰/۳۵۴	۰/۸۹۲	پیگیری		
۰/۰۶۰	۰/۰۰۴	۰/۷۵۸	۰/۰۹۷	پس آزمون	زنان	
۰/۱۸۴	۰/۰۴۴	۰/۲۸۴	۱/۱۹۸	پیگیری		

همانطور که نتایج نشان می‌دهد، به استثنای نمرات جسمانی کردن زنان و اضطراب فویبای و روانپزشی زنان و مردان (در مرحله پس آزمون) و نمرات رضایت زناشویی زنان و اضطراب فویبای و روانپزشی زنان و مردان (در مرحله پیگیری)، بین میانگین نمرات سایر متغیرها بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). این نتایج در قسمت بعدی مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

#### بحث

استفاده از روش آموزش حل مسأله، در بین درمان‌های مشکلات زناشویی جایگاه ویژه‌ای پیدا کرده است. پژوهش حاضر اثر بخشی این روش را بر رضایت زناشویی و نیمرخ روانی زوجین مورد آزمون قرار داده است. در این قسمت ابتدا نتایج مربوط به رضایت زناشویی تبیین می‌شود و سپس نتایج مربوط به علائم روانشناختی مورد تبیین قرار می‌گیرد.

نتایج تحلیل کواریانس حاکی از اثر بخشی آموزش حل مسئله بر میزان رضایت زناشویی زنان و شوهران گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه بود. این یافته‌ها با نتایج تحقیق مک نولتیا و راسل<sup>۱</sup> (۲۰۰۹)، شیلینگ، باوکام، بارنت، آلن و رگلند<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) همخوانی دارد. در تبیین نتیجه این فرض می‌توان به این مسئله اشاره کرد که از آنجا که هر خانواده با مشکلات مختلفی روبرو است، لذا یادگیری این روش به زوج کمک خواهد کرد که بتوانند قبل از پرداختن به حل مسائل آنها را اولویت بندی کرده و ابتدا مشکلات و مسائلی

1. McNulty, J.K., Russella, V  
2. Shiling, barcam & bartet

که تاثیر بیشتری بر روابط زوجین داشته آنها را حل کنند. آموزش حل مسئله به فرد کمک می کند تا به جای شیوه های مواجهه ناکارآمد از روش مشارکتی استفاده کند. همانطور که پژوهش های متعدد نشان داده است رضایت زناشویی با مهارت های زندگی و به خصوص حل مسئله ارتباط مستقیمی دارد. روش حل مسئله به زوجین کمک می کند تا توانایی خود را در حل مسائل و به خصوص مسائل ارتباطی بهبود ببخشند و خزانه مهارت های حل مسئله خود را افزایش دهند. در تبیین اثر بخشی در مرحله پیگیری باید گفت که با توجه به تمرینات و جزوه ای که در اختیار زوجین قرار داده شده بود و از آنها خواسته شده بود که در موقعیت های دیگر از آن تکنیک استفاده کنند، و این موجب افزایش رضایت زناشویی زوجین شده است.

جسمانی کردن: نتایج این پژوهش با نتایج تحقیق بوالدا و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) همخوانی دارد. در تبیین نتیجه این فرض می توان به این مسئله اشاره کرد که دیستری روانی خود را به شکل های مختلفی از جمله علائم جسمانی نشان می دهد. مهمترین عامل در کاهش و کنترل دیستری زوجین میزان استفاده از راهبردهای مقابله ای مسئله مدار است. در این اختلال از آنجا که تعارضهای روانی خود را به صورت مشکلات یا شکایت های جسمانی نشان می دهند و این اختلال به صورت یک دوره افت و خیز دار در می آید که رویدادهای استرس زا می تواند نشانه های آن را تشدید کند. لذا آموزش حل مسئله به این بیماران در بهتر برخورد کردن آنها در این موقعیت ها کمک کننده خواهد بود. در روش حل مسئله به زوجین کمک می شود تا در مقابله با استروسرهای زندگی به جای استفاده از روش مقابله ای هیجان مدار و اجتناب مدار از روشهای مسئله مدار استفاده کنند.

وسواس فکری- عملی: در تبیین نتیجه این فرض می توان به این مسئله اشاره کرد که در حال حاضر مناسب ترین شیوه درمان اختلال وسواس، مواجهه بیمار با موضوع مربوطه و سواسی و اجتناب او از پاسخ می باشد، البته پس از تحلیل رفتاری دقیق و درجه بندی مناسب سطوح مواجهه از کمترین میزان برانگیختگی به سوی بالاترین میزان و این نکته که تعدادی تکلیف

1. FemKe M. Buwalda,-, Theo.K.Bouman, Marijtje A.J

حتما باید در حضور درمانگر صورت پذیرد. در حوزه راهبردهای شناختی می توان از شیوه شکل گیری این اختلال، لایه های سه گانه این اختلال و اینکه در هر کدام از لایه های مربوطه از چه راهکارهای عملی می توان سود برد؛ راهبردهای شناختی قابل استفاده هستند. در تبیین افزایش شدت این اختلال در مرحله پیگیری می توان گفت که هرگونه کوتاهی در درمان این اختلال باعث شدید شدن آن گشته و درمان خود به خودی در این اختلال وجود ندارد. مبتلایان به این اختلال در صورت عدم دریافت درمان مناسب و به موقع؛ احتمال اینکه دچار اختلالات دیگر شوند خالی از انتظار نیست.

حساسیت بین فردی: این یافته ها با نتایج تحقیق اپستاین و باکوم<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) همخوانی دارد. در تبیین نتیجه این فرض می توان به این مسئله اشاره کرد که مهارت حل مسئله به فرد کمک می کند تا شخص در موقعیت های بین فردی دچار مشکل قابل ملاحظه ای نشود، نسبت به روابط دیگران انتظارات منفی نداشته باشد و نسبت به دیگران احساس حقارت نکند و در مجموع باعث کاهش حساسیت اجتماعی افزایش سلامت روانی فرد می شود.

افسردگی: در تبیین نتیجه این فرض می توان به این مسئله اشاره کرد علاوه بر اینکه افسردگی زوجین رابطه مستقیمی با رضایت زناشویی زوجین دارد در آموزش روش حل مسئله همانطور که قبلا اشاره شد به زوجین آموزش داده می شود در مقابله با تعارض های زناشویی و ارتباطی از روش های مفید حل مسئله استفاده کنند. این روند باعث افزایش رضایت زناشویی و کاهش سطح افسردگی می شود.

اضطراب: در تبیین نتیجه این فرض می توان به این مسئله اشاره کرد که یکی از عواملی که می تواند باعث افزایش سطح اضطراب زوجین می شود احساس ناتوانی و ناکار آمدی آنها در مقابله با رویدادهای استرس زای زندگی است. در آموزش حل مسئله به آنها کمک می شود تا این خطای شناختی خود را شناسایی کرده و به طور موثری این موقعیت ها را مدیریت نمایند. رویکردهای شناختی- رفتاری به درمان های حالت های اضطرابی، نو آوری جدیدی به شمار

می‌رود. اما از آنجا که مؤلفه‌های شناختی در مدل درمانی این اختلال نقش اساسی به شمار می‌رود می‌توان با یادگیری مسئله‌گشایی در تبیین هرچه کارآمدتر بودن آن بهره‌برد و قبل از اینکه دور باطل افکار و نشانه‌ها شکل بگیرد مناسب‌ترین راهکار مربوطه را اتخاذ کرد این نتایج نشان می‌دهد اثرات حل مسئله بر کاهش اضطراب می‌تواند در درازمدت باقی بماند.

خصوصیت: این یافته‌ها با نتایج تحقیق کانوی و همکاران (۲۰۰۳) همخوانی دارد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که عدم کنترل خشم، تحریک پذیر بودن و احتمالاً با غیظ رفتار کردن در زندگی اجتماعی، امروزه علاوه بر ایجاد بیماری‌های جسمی (اختلال در سیستم قلبی و عروقی، گوارشی و...) موجب به خطر افتادن سلامت روانشناختی و کاهش عملکرد مطلوب افراد خواهد شد. یکی از عواملی که باعث ایجاد بدبینی و احساس خصومت زوجین نسبت به یکدیگر می‌شود این است که گاهی زوجین ناتوانی و بی‌مهارتی طرف مقابل را حمل بر عدم همکاری عامدانه و هدفمند طرف مقابل بدانند. در روش حل مسئله به آن آموزش داده می‌شود که مهارت‌های مدیریت استرس و حل مسئله خود را افزایش دهند. این افزایش در خزانه مهارت‌های زندگی زوجین خصوصیت احتمالی را کاهش می‌دهد. اینکه انسان‌ها یاد بگیرند در شرایط حساس و بحرانی بهترین تصمیم‌ها را بگیرند و راهکارهای مختلف را بررسی کنند.

اضطراب فوبیا: در تبیین این نتیجه همانگونه که در بالا اشاره گردید، می‌توان گفت که در حال حاضر مناسب‌ترین درمان انتخابی فوبی مواجه تدریجی همراه با ماندن در حالت اضطراب می‌باشد چون فرد در این صورت است که با احساس حد اکثری اضطراب پی به غیره طبیعی بودن ترس خود برده و به خود اثرمندی لازم برای ادامه درمان خواهد رسید. در غیر این صورت اختلال فوبی ضمن تقویت اساس خود باعث اجتناب هرچه بیشتر بیمار گشته و این دور باطل موجب تقویت فوبی و تبدیل آن به شکل‌های دیگر خواهد شد.

اندیشه ورزی پارانوئید: این یافته با نتایج تحقیق مک موران و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) دارای همخوانی نمی‌باشد. با توجه به اینکه بین خصومت و حالت پارانوئیدی رابطه نزدیکی وجود دارد، لذا نتایج مربوط به فرضیه هفتم (خصومت) همخوان با نتایج فرضیه نهم (پارانویا) است. از آنجا که وجود اختلالات شدید خلقی و شخصیتی در نمونه مورد پژوهش ما وجود نداشت ما شاهد معنی دار بودن فرایند حل مسئله در اندیشه پردازی پارانوئید می‌باشیم.

روانپریشی: این یافته‌ها با نتایج تحقیقات ادینگتون<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) و سو و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) همخوانی دارد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که در ابتلای فرد به سایکوز عواملی چون عوامل ژنتیک، عوامل بیوشیمیایی، آسیب شناسی عصبی و عوامل متعدد دیگری مؤثر هستند. شاید در تمامی انواع روانپریشی‌ها عوامل ژنتیک دخالت دارند و استعداد مبتلای فرد به سایکوز مربوط به عوامل ژنتیکی می‌باشد. لذا در چنین اختلالاتی با موءلفه‌های ژنتیکی قوی مسئله گشایی نمی‌تواند از راهبردهای درمانی به حساب آید. از مسئله گشایی در اختلال روانپریشی در دوره بعد از درمان دارویی و هدف از آن افزایش قابلیت‌های اجتماعی، خود اتکایی، مهارت‌های عملی و روابط بین فردی به کار می‌رود. در درمان سه مرحله‌ای سایکوز؛ مرحله اول درمان در مرحله حاد و راهبرد مربوطه داروهای ضد روانپریشی می‌باشد. در مرحله دوم که مرحله تثبیت نام دارد هدف جلوگیری از عود می‌باشد و باز هم راهبرد مربوطه داروهای ضد روانپریشی می‌باشد و در مرحله سوم که روان‌درمانی بیماران سایکوز صورت می‌گیرد و مهارت‌های چون مسئله گشایی را می‌توان در آن جای داد؛ را باید مسئله‌ای در حد چند دهه دانست نه در حد چند نشست، چند ماه و یا حتی چند سال.

1. McMurrin, M., Duggan, C., Christopher, G
2. Addington J., Addington, D
3. Ji-Min Seo, Sukhn Ahn

### نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج نشان می‌دهد که آموزش حل مسأله راهبرد مناسبی در افزایش رضایت زناشویی و کاهش علائم روانشناختی زوجین می‌تواند باشد: با این حال این روش درمانی در درمان فوبیا، وسواس فکری-عملی و سایکوز کمتر مفید است، اما در مراحل بعدی درمان‌های مستقیم اختلالات یاد شده می‌توان از آن سود جست.

### منابع فارسی

دان ر. کترال، (۱۳۸۸)، عوامل ایجاد فشار روانی، ترجمه، علی اصغر احمدی، کیومرث جهانگردی، تهران، انتشارات انجمن اولیا و مربیان.

کنث دیویس، (۱۳۸۲)، خانواده، ترجمه فرشاد بهاری، تهران، انتشارات تزکیه.

سیدهاشمی، ح. (۱۳۷۹). هنجاریابی پرسشنامه SCL-90-R در دانش‌آموزان دوره متوسطه شهرستان زرین شهر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه اصفهان.

محمدزاده، س. (۱۳۸۸). اثر بخشی آموزش گروهی حل مسئله بر میزان شادکامی، رضایت زناشویی و بهبود کیفیت زندگی زنان متأهل ۲۵-۳۵ ساله. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه اصفهان.

### منابع لاتین

- Addington, J., Addington, D. (2008). Social and cognitive functioning in psychosis. *Schizophrenia Research*, 99, 176-181.
- Beach, S. R. H., Jones, D. J., & Franklin, K. J. (2008). Marital, family, and interpersonal therapies for depression in adults. In I. H. Gotlib, & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression*. New York: Guilford.
- Beach, S. R. H., sandeen, E.E., & OLeary, K.D. (1990). *Depression in marriage: A model for etiology and treatment*. New York: Guilford.
- Buwalda, F. M., Bouman, T. K., Marijtje & van Duijn, A. J. (2006). Psychoeducation for hypochondriasis: A comparison of a cognitive-behavioural approach and a problem-solving approach. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 887-899.



- Chang, c. Edward-sannaj Lawrence. (2007). Relations between problem solving styles and psychological adjustment in young adults: Is stress a mediating variable. *Journal of personality and Individual Differences*, 42, 135-144.
- Davila, J., Karney, B. R., Hall, T. W., & Bradbury, T. N. (2003). Depressive symptoms and marital satisfaction: Within-subject associations and the moderating effects of gender and neuroticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 380-384.
- Epstein, N. & Baucom, D. B. (2002). Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach. Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Gabriel, B., Beach, S.R.H., Bodenmann, G. (2010) Depression, marital satisfaction and communication in couples: Investigating gender differences. *Behavior Therapy*, 50, 36-38.
- Jackman-Cram, S., Dobson, K. S., & Martin, R. (2006). Marital problem-solving behavior in depression and marital distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 380-384
- Kanoy, K., Ulku-Steinerb, B., Cox, M. and Burchinald, M. (2003). Marital relationship and individual psychological characteristics that predict physical punishment of children. *American Psychological Association*.
- Kroenke, K. & Swindle, R. (2000). Cognitive-behavioral therapy for somatization, and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom*, 69, 205-15.
- McMurrin, M., Duggan, C., Christopher, G. & Huband, N. (2007). The relationships between personality disorders and social problem solving in adults. *Personality and Individual Differences*, 42, 145-155.
- McNulty, J. K. and Russella, V. M. (2010). When "Negative" Behaviors Are Positive: A Contextual Analysis of the Long-Term Effects of Problem-Solving Behaviors on Changes in Relationship Satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 4, 587-604.
- Seo, J. M., Ahn, S., Byun, E. K. and Ki, C. K. (2007). Social Skills Training as Nursing Intervention to Improve the Social Skills and Self-Esteem of Inpatients with Chronic Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21, 6, 317-326.