

ارزیابی و تشخیص بالینی در زوج‌درمانی؛ تجدید نظر و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس غربالگری آشفتگی زناشویی و ارتباطی (SSMRD)*

Assessment and Clinical Diagnosis in Couple Therapy; Revision and Scrutiny for Psychometrics of the Screening Scale for Marital and Relationship Discord (SSMRD)

R. Behrad Far, Ph.D. Candidate

رحیم بهرادفر

دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان

R. Jazayeri, Ph.D.

دکتر رضوان السادات جزایری ✉

استادیار دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

F. Bahrami, Ph.D.

دکتر فاطمه بهرامی

استاد دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

M. R. Abedi, Ph.D.

دکتر محمدرضا عابدی

استاد دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

O. Etemadi, Ph.D.

دکتر عذرا اعتمادی

دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

S. M. Fatemi, Ph.D. Fellow

دکتر سیدمحسن فاطمی

فوق دکتری روان‌شناسی دانشگاه هاروارد آمریکا

دریافت مقاله: ۹۵/۱/۱۷

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۵/۷/۱۱

پذیرش مقاله: ۹۵/۷/۱۲

Abstract

According to the research literature, marital distress is one of the most substantial affecting factors on physical and mental health and has considerable role in initiation, exacerbation, complexity and relapse of mental disorders.

چکیده

ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که آشفتگی زناشویی از مهمترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت جسم و روان بوده که در شروع، تشدید، پیچیدگی و عود اختلالات روانی نقش قابل توجهی دارد.

* این پژوهش مستخرج از پایان‌نامه دکتری تخصصی نویسنده اول در دانشگاه اصفهان می‌باشد.

✉ نویسنده مسئول: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه مشاوره
پست الکترونیکی: r.jazayeri@edu.ui.ac.ir

✉ Corresponding author: Dept. of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University Of Isfahan, HezarJarib Street, Isfahan, Iran.
Email: r.jazayeri@edu.ui.ac.ir

On the other hand the lack of clear diagnostic guidelines, has created an anarchy in clinical and research situations; therefore a great need for reliable diagnostic measurements in this regard has been felt. This study was designed to revise the Screening Scale for Marital and Relationship Discord (SSMRD) and consider the psychometric characteristic and diagnostic functional indices of in the couples of Isfahan city. The method this research was descriptive cross-sectional survey and subjects were 308 married women and men who were selected by convenience sampling method. After the clinical interview based on DSM-5, they completed the Screening Scale for Marital and Relationship Discord-Revised (SSMRD-R) and Marital Quality Index (QMI). Statistical analyses, particularly main factor analysis with Varimax rotation and ROC analysis revealed acceptable psychometric characteristic and diagnostic functional indices for SSMRD-R. This scale can be applied for clinical diagnoses in therapeutic, screening and research situations.

Keywords: Marital and Relationship Distress, Clinical Diagnosis, Psychometrics Characteristic, SSMRD-R.

از طرفی فقدان رهنمودهای تشخیصی مبرهن در این زمینه، آشفتگی محسوسی را در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی ایجاد کرده و نیاز عمیقی به مقیاس‌های تشخیصی معتبر در این خصوص احساس می‌شود. این پژوهش با هدف تجدید نظر مقیاس غربالگری آشفتگی زناشویی و ارتباطی (SSMRD) و بررسی ویژگی‌های روانسنجی و شاخص‌های عملکرد تشخیصی آن در زوجین شهر اصفهان انجام شد. این پژوهش از نوع توصیفی - پیمایشی مقطعی بوده و گروه نمونه را ۳۰۸ زن و مرد متأهل تشکیل می‌دهند، که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از مصاحبه بالینی براساس DSM-5 به مقیاس تجدید نظر شده غربالگری آشفتگی زناشویی و ارتباطی (SSMRD-R) و پرسشنامه کیفیت زناشویی (QMI) پاسخ دادند. تحلیل‌های آماری به ویژه تحلیل عوامل اصلی با چرخش واریماکس و تحلیل ROC، ویژگی‌های روانسنجی و شاخص‌های عملکرد تشخیصی مطلوبی را برای مقیاس SSMRD-R نشان دادند. این مقیاس می‌تواند به منظور تشخیص بالینی در موقعیت‌های درمانی، غربال‌گری و پژوهشی مورد استفاده قرار بگیرد.

کلیدواژه‌ها: آشفتگی زناشویی و ارتباطی، تشخیص بالینی، ویژگی‌های روان‌سنجی، SSMRD-R

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

اهمیت رابطه و به ویژه رابطه زناشویی در سلامت روان انسان تا حدی است که فیبرن^۱ (۱۹۴۹؛ به نقل از هاروی^۲، ۲۰۰۵) آن را مهم‌ترین نیاز انسان معرفی می‌کند و مینوچین^۳ معتقد است که دوام و استحکام خرده‌نظام زوجی در درون سیستم خانواده عامل کلیدی ثبات خانواده می‌باشد (گلدنبرگ و گلدنبرگ^۴، ۲۰۱۳). از طرفی ستیر^۵ (۱۹۸۸؛ ترجمه بیرشک^۶، ۱۳۸۴)، سلامت جامعه را

در گرو سلامت خانواده می‌داند. بنابراین می‌توان گفت که سطح آشفتگی رابطه زوجی و میزان کیفیت این رابطه یکی از مهم‌ترین مسائل تأثیرگذار در سلامت روانی - اجتماعی انسان و جوامع عصر حاضر می‌باشد.

ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۷ (DSM-5) «آشفتگی ارتباطی با همسر یا شریک صمیمی»^۸ را به این صورت تعریف می‌کند: «این طبقه تشخیصی زمانی می‌بایست مورد استفاده قرار گیرد که تمرکز عمده تماس بالینی بررسی کیفیت رابطه صمیمانه (با همسر یا شریک) باشد یا زمانی که کیفیت این رابطه بر مسیر، پیش‌آگهی یا درمان اختلالات پزشکی یا روانی تأثیر می‌گذارد و به طور معمول، آشفتگی ارتباطی با اختلال عملکرد در حوزه‌های رفتاری، شناختی و عاطفی در ارتباط است. نمونه‌هایی از مشکلات رفتاری می‌تواند شامل دشواری در حل تعارض، کناره‌گیری و یا درگیری بیش از حد باشد. مشکلات شناختی می‌تواند شامل انتساب مزمن اسناد منفی به مقاصد دیگران و یا نادیده گرفتن رفتارهای مثبت همسر باشد. مشکلات عاطفی نیز می‌تواند شامل غم و اندوه مزمن، بی‌تفاوتی و یا خشم نسبت به همسر یا شریک مقابل باشد» (DSM-5، انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

متأسفانه از ابتدای نگارش DSM رهنمودهای تشخیصی که برای ارزیابی آشفتگی زناشویی و ارتباطی^{۱۰} ارائه شده‌اند با پیشرفت‌هایی که در زمینه دانش تجربی روابط صمیمانه و روابط زوجی اتفاق افتاده‌اند، همخوانی نداشته و به ویژه این‌که تعاریف مشکلات ارتباطی با همسر یا شریک صمیمی هم‌چنان مبهم و کلی باقی مانده‌اند (ویسمن، اشنايدر و بیچ^{۱۱}، ۲۰۰۹). اگرچه در ویراست پنجم DSM تعریف طبقه آشفتگی ارتباطی با همسر یا شریک صمیمی نسبت به ویراست چهارم (DSM-IV) دقیق‌تر شده و بر سه بعد رفتاری، عاطفی و شناختی تأکید دارد، ولی در DSM-5 به آشفتگی زوجی به عنوان یک اختلال بالینی یا شخصیتی خاص اشاره نشده است و طبق این دیدگاه نمی‌توان آن را یک اختلال روانی^{۱۲} به حساب آورد و در فرآیند ارزیابی و تشخیص بر مبنای DSM-5، این شرایط روانی به حد طبقه «سایر شرایطی که ممکن است کانون توجه بالینی قرار گیرند» و تخصیص یک کد «V» از «آشفتگی ارتباطی با همسر یا شریک صمیمی» (V61.10) تنزل یافته است (DSM-5، انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و لذا مشکل آشفتگی زناشویی و ارتباطی به صورت مستقل و در خلاء سایر اختلالات روانی مورد توجه قرار نگرفته و نشانگان تشخیصی مشخصی مانند سایر اختلالات روانی و شخصیتی به این طبقه اختصاص نیافته است، ولی با این وجود هنوز این مسئله مورد مناقشه و قابل بحث است که آشفتگی زوجی اگر نه زیاد، ولی به اندازه همان اختلال‌های روانی مورد توجه DSM، درد^{۱۳} روان‌شناختی و جسمی ایجاد می‌کند (بورمن و مارگولین^{۱۴}، ۱۹۹۲).

به اعتقاد ویسمن و بروس^{۱۵} (۱۹۹۹) آشفتگی زوجی می‌تواند باعث شروع، تشدید و پیچیدگی اختلالات DSM یا باعث عود آن‌ها گردد. شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که آشفتگی زناشویی تغییرات بلندمدتی را در نشانگان و علائم اختلالات روان‌شناختی و روان‌پزشکی، پیش‌بینی می‌کند (بیچ و الیری^{۱۶}، ۱۹۹۳؛ بیچ، کاتز، کیم و برودی^{۱۷}، ۲۰۰۳؛ داویلا، کارنلی، هال و برادبوری^{۱۸}، ۲۰۰۳) و هم‌چنین در شیوع (ویسمن، ۱۹۹۹؛ ۲۰۰۷)، ایجاد، عود و نتایج ضعیف درمان اختلالات خلقی، اضطرابی و سوء‌مصرف مواد اثرات قابل توجهی دارد (هولی و تیزدل^{۱۹}، ۱۹۸۹؛ آفارل، هولی، فالس استوارت و کاتر^{۲۰}، ۱۹۹۸؛ ویسمن، ۲۰۰۱؛ کُوین، تامپسون و پالمر^{۲۱}، ۲۰۰۲؛ داس، سیمپسون و کریستنسن^{۲۲}، ۲۰۰۴).

پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که آشفتگی در روابط زوجین منجر به پیدایش مشکلات جسمانی و روانی مختلف می‌شود. با افزایش آشفتگی در روابط زوجین، ناسازگاری افزایش می‌یابد و نارضایتی بیشتری از زندگی حاصل می‌شود و همین مشکلات پیامدهایی مانند سطح پایین کیفیت روابط بین‌فردی (یانگ و لانگ^{۲۳}، ۱۹۹۸؛ آماتو و هامان‌ماریوت^{۲۴}، ۲۰۰۷؛ کوی و فینچام^{۲۵}، ۲۰۱۰)، ناسازگاری‌های روان‌شناختی و پرخاشگری در کودکان و نوجوانان (اوه، لی و پارک^{۲۶}، ۲۰۱۱؛ جرارد و بوهلر^{۲۷}، ۲۰۰۳)، اختلال‌های خوردن و سوء‌مصرف شدید الکل (فینچام، ۲۰۰۳)، خشونت و درگیری (بوک‌والا، سابین و زدانیوک^{۲۸}، ۲۰۰۵)، بیماری‌های جسمانی مانند نارحتی‌های قلبی (سالز و بوند^{۲۹}، ۲۰۰۵) و سرطان (الینامان^{۳۰}، ۲۰۰۴) را باعث می‌شوند.

از سویی شواهد نشان می‌دهد که زوج‌درمانی در کاهش آشفتگی روابط زوجی حتی علی‌رغم وجود اختلالات روان‌پزشکی در زوجین مؤثر است (اشنایدر، کاستلانی و ویسمن^{۳۱}، ۲۰۰۶) و نقش تأثیرگذار و مساعدتی ویژه‌ای در درمان گستره وسیعی از مشکلات رفتاری و هیجانی در خصوص افرادی که درگیر روابط آشفته زوجی هستند، دارد (بیچ و گوپتا^{۳۲}، ۲۰۰۵). در حال حاضر اتفاق آرا و اجماعی در این خصوص پدیدار شده است که مسئله روابط بین‌فردی و وقایع ارتباطی نسبت به آسیب‌شناسی روانی و کاربست بالینی در درمان آسیب‌های روانی، مرکزیت و اهمیت بیشتری دارند و لذا مسئله ارتباط و آشفتگی ارتباطی باید در سیستم تشخیصی به صورت برجسته‌ای مطرح شده و مد نظر قرار گیرد (بیچ، ومبولدت، کاسلاو، هیمین و رایز^{۳۳}، ۲۰۰۶).

نتایج مطالعات اخیر که بر مبنای تحلیل تاکسونومیک^{۳۴} انجام شده است، نشان می‌دهد که زوجین با روابط آشفته نسبت به زوجین غیرآشفته از نظر کیفی (کیفیت رابطه) متفاوت هستند و تفاوت این دو گروه تنها از نظر کمی نیست؛ لذا آشفتگی زوجی را می‌توان یک تاکسون یا طبقه تشخیصی در نظر گرفت (ویسمن و همکاران، ۲۰۰۹). به ویژه این‌که پژوهش بیچ، فینچام، امیر و لئونارد^{۳۵} (۲۰۰۵) که با استفاده از تحلیل تاکسونومی و با حجم نمونه ۴۴۷ زوج انجام شد، نشان می‌دهد که طبقه تشخیصی آشفتگی زناشویی با نرخ پایه (نرخ شیوع) تقریبی ۰/۲۰ وجود دارد

(تقریباً ۲۰٪ در طبقه تشخیصی زوجین آشفته قرار می‌گیرند) و پژوهش دیگری که توسط ویسمن، بیچ و اشنايدر (۲۰۰۸) انجام شد، با کاربرد روش تحلیل تاکسونومی و با حجم نمونه ۱۰۲۰ نفر از زوجین جامعه ایالات متحده آمریکا نشان داد که آشفتگی زناشویی با یک نرخ پایه کلی و تقریبی ۰/۳۲، یک تاکسون یا طبقه تشخیصی مجزا به لحاظ کمی و کیفی از طبقه زوجین غیرآشفته است.

نتایج مطالعات مذکور آشکار می‌کنند که زوجین آشفته، هم به لحاظ کمی و هم به لحاظ کیفی از زوجین غیرآشفته متمایز هستند و نرخ پایه شیوع آشفتگی زناشویی بسته به جوامع مختلف متفاوت خواهد بود. از سویی دیگر شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که متخصصین بالینی مختلف در خصوص تشخیص‌گذاری طبقه تشخیصی مشکلات ارتباطی با همسر، با هم اتفاق نظر نداشته و نمی‌توانند با اطمینان این تشخیص را به کار ببرند (ویسمن و همکاران، ۲۰۰۹) و از طرفی فقدان رهنمودهای تشخیصی لازم و مشخص در ویراست‌های متعدد DSM و حتی آخرین ویراست آن (DSM-5) در خصوص تشخیص آشفتگی ارتباطی برای ارزیابی بالینی و اتخاذ تصمیم در موقعیت‌های درمانی و پژوهشی خلاء بزرگی را در این زمینه ایجاد کرده است.

از این رو نیاز به وجود ابزارهای تشخیصی و غربالگری کوتاه، دقیق و معتبر که بتوان از آن‌ها در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی برای تشخیص آشفتگی ارتباطی زوجین و اقدام برای درمان آن و نیز بررسی میزان شیوع احتمالی مشکلات گزارش شده در قسمت روابط صمیمانه با همسر/ شریک استفاده کرد، بسیار ملموس است و هم‌چنین بررسی روایی، پایایی و نقطه برش مقیاسی کوتاه و دقیق که بتواند در تشخیص بالینی آشفتگی زناشویی و ارتباطی به روان‌شناسان، مشاوران خانواده و پژوهشگران حوزه خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی کمک کند، در داخل کشور پژوهشی انجام نشده است، لذا انجام چنین پژوهشی بسیار ضروری به نظر می‌رسد.

اهداف پژوهش حاضر عبارتند از: ۱- تجدید نظر در مقیاس غربالگری آشفتگی زناشویی و ارتباطی^{۳۶} (SSMRD)، بررسی روایی محتوایی و انطباق گویه‌ها با بافت روانی - اجتماعی - فرهنگی زوجین شهر اصفهان. ۲- بررسی روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و نیز بررسی روایی همگرا، واگرا و پایایی مقیاس تجدید نظر شده مذکور و ۳- بررسی شاخص‌های عملکرد تشخیصی (حساسیت^{۳۷}، ویژگی^{۳۸}، بهینه‌ترین نقطه برش^{۳۹}، ارزش اخباری مثبت^{۴۰}، ارزش اخباری منفی^{۴۱}، نرخ صحیح تشخیص^{۴۲} و ضریب توافق تشخیص) مقیاس تجدید نظر شده با استفاده از تحلیل منحنی مشخصه عامل گیرنده^{۴۳} و مقایسه نقطه برش‌های نسخه اصلی مقیاس (SSMRD) و نسخه تجدید نظر شده آن (SSMRD-R)^{۴۴}.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی - پیمایشی مقطعی از نوع همبستگی (تحلیل عاملی اکتشافی به شیوه چرخش متعامد واریماکس و تحلیل منحنی مشخصه عامل گیرنده: ROC Curve) می‌باشد. جامعه پژوهش حاضر کلیه زوجین مراجعه‌کننده شهر اصفهان به مراکز مشاوره در سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۴ و نمونه آماری آن در مرحله پایلوت شامل ۵۱ فرد متأهل (۲۵ مرد و ۲۶ زن) و در مرحله اصلی شامل ۳۲۵ فرد متأهل (۱۵۱ زن و ۱۷۴ مرد) مراجعه‌کننده به دو مرکز دولتی جهت دریافت انواع خدمات روان‌پزشکی، روان‌شناختی و مشاوره‌ای می‌باشد که در هر دو مرحله، به صورت نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. لازم به ذکر است که پس از گردآوری داده‌ها در گروه نمونه اصلی پژوهش، داده‌های ۱۷ مورد از افراد به دلایل آماری و فنی (که در قسمت یافته‌ها به صورت مبسوط توضیح داده شده است) از حجم نمونه حذف شد و فرآیند تجزیه و تحلیل با داده‌های گردآوری شده از ۳۰۸ فرد باقیمانده (۱۴۴ زن و ۱۶۴ مرد) ادامه یافت. گیلفورد^{۴۵} (۱۹۵۶) معتقد است که در تحقیقات همبستگی از نوع تحلیل عاملی، به منظور به دست آوردن عامل‌های معتبر، حجم نمونه نمی‌بایست از ۲۰۰ کمتر باشد که در این پژوهش در مرحله اصلی از ۳۰۸ نفر به عنوان حجم نمونه استفاده شد.

میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها در نمونه اصلی پژوهش به ترتیب ۳۴/۴۳ و ۸/۸۹، میانگین و انحراف استاندارد تعداد فرزندان به ترتیب ۱/۳۱ و ۱/۱۱ و میانگین و انحراف استاندارد طول سال‌های ازدواج به ترتیب ۱۱/۸۹ و ۹/۴۰ به دست آمد. هم‌چنین جنسیت آزمودنی‌ها، برابر با ۱۴۴ زن و ۱۶۴ مرد بود، ۱۲٪ نمونه دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۳۱/۵٪ دارای تحصیلات دیپلم، ۱۲/۷٪ دارای تحصیلات فوق‌دیپلم، ۳۴/۱٪ دارای تحصیلات لیسانس، ۹/۴٪ دارای تحصیلات فوق‌لیسانس و ۰/۳٪ دارای تحصیلات دکتری بودند. ۹۷/۷٪ شرکت‌کنندگان دین خود را اسلام، ۱/۹٪ مسیحی و ۰/۴٪ خود را معتقد به سایر ادیان گزارش کرده‌اند. ۵/۲٪ شرکت‌کنندگان دارای سابقه طلاق و ۹۴/۸٪ بدون سابقه طلاق بوده‌اند و از نظر پایگاه اقتصادی - اجتماعی نیز ۳/۶٪ افراد نمونه، وضعیت اقتصادی - اجتماعی خود را بسیار بالا، ۲۶/۳٪ متوسط رو به بالا، ۵۲/۳٪ متوسط، ۱۴/۳٪ متوسط رو به پایین و ۳/۶٪ نیز وضعیت اقتصادی - اجتماعی خود را بسیار پایین گزارش کرده‌اند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس غربالگری آشفتگی زناشویی و ارتباطی (SSMRD): این مقیاس توسط ویسمن و همکاران (۲۰۰۹) با استفاده از برخی گویه‌های پرسش‌نامه تجدیدنظر شده رضایت زناشویی^{۴۶} (MSI-R) به منظور غربالگری زوجین آشفتگی از غیرآشفتگی طراحی شد. مقیاس دارای ۱۰ ماده

می‌باشد که ابعاد مختلف آشفتگی زناشویی را در ۵ حوزه ارزیابی می‌کند که عبارتند از: ۱- سطح کلی آشفتگی زناشویی، ۲- عدم رضایت جنسی، ۳- با هم گذراندن وقت، ۴- ارتباط عاطفی و ۵- ارتباط معطوف به حل مسئله. ویسمن و همکاران (۲۰۰۹) به منظور تعیین و استخراج نقطه برش جهت تشخیص زوجین آشفته و غیرآشفته این مقیاس را روی ۱۰۲۰ زوج اجرا و با استفاده از تحلیل منحنی مشخصه عامل گیرنده بهینه‌ترین نقطه برش برای هر دو گروه زنان و مردان، نمره ۴ را به دست آوردند. بدین معنی که کسب نمره ۴ و بالاتر از ۴ به معنی وجود آشفتگی زناشویی و ارتباطی در روابط زوجی می‌باشد. در این مطالعه میانگین و انحراف استاندارد گروه زنان به ترتیب ۳/۲۰ و ۲/۸۱ و در گروه مردان به ترتیب ۳/۰۸ و ۲/۶۸ بوده است. مقادیر حساسیت، ویژگی، ارزش اخباری مثبت (PPV)، ارزش اخباری منفی (NPV) و نرخ صحیح تشخیص (HR) در پژوهش مذکور برای گروه مردان به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۵، ۰/۷۳، ۰/۹۳ و ۰/۸۶ و برای گروه زنان به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۴، ۰/۷۲، ۰/۹۴ و ۰/۸۶ گزارش شده است. طراحان این آزمون به منظور بررسی ثبات زمانی تشخیص^{۴۷} از روش پایایی بازآزمایی با نمونه ۱۰۶ نفری از زوجین که با فاصله زمانی ۶ هفته به مقیاس ۱۰ سؤالی SSMRD دو بار پاسخ دادند، استفاده کرده‌اند که ضریب پایایی برای گروه مردان ۰/۷۸ و برای گروه زنان ۰/۸۰ گزارش شده است. همچنین شاخص کاپا، در گروه مردان ۰/۷۰ و در گروه زنان ۰/۶۸ گزارش شده است که هر دو شاخص پایایی بازآزمایی و کاپا بیانگر مطلوبیت ثبات تشخیص طبقه آشفتگی زناشویی و ارتباطی می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برای گروه زنان و مردان به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۱ گزارش گردیده است.

طراحان آزمون به منظور بررسی روایی هم‌زمان مقیاس مذکور از پرسش‌نامه تجدید نظر شده رضایت زناشویی (MSI-R) استفاده کردند که مقدار این روایی برای گروه زنان و مردان به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۲ گزارش شده است. در نسخه اصلی این مقیاس آزمودنی به گویه‌ها به صورت دو گزینه‌ای (درست/غلط) پاسخ می‌دهد که دامنه نمرات بین صفر (کمترین مقدار آشفتگی زناشویی) تا ۱۰ (بیشترین مقدار آشفتگی زناشویی) متغیر خواهد بود. سؤالات ۱، ۲، ۵، ۶ و ۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در پژوهش حاضر از مقیاس تجدید نظر شده مقیاس مزبور استفاده شد که پس از اعمال تجدید نظر بعد از اجرای این مقیاس در گروه نمونه پایلوت در جهت ایجاد روایی محتوایی و نیز افزایش قدرت تشخیصی آزمون (ریچنبرگ^{۴۸}، ۲۰۱۴) نحوه پاسخگویی به طیف ۵ گزینه‌ای تغییر یافت که آزمودنی درجه موافقت خود را در پیوستاری بین ۱ (کاملاً درست) تا ۵ (کاملاً نادرست) گزارش می‌دهد و دامنه نمره کل مقیاس بین ۱۰ (کمترین مقدار آشفتگی زناشویی) تا ۵۰ (بیشترین مقدار آشفتگی زناشویی) متغیر خواهد بود.

پرسش‌نامه کیفیت زناشویی^{۴۹} (QMI): این پرسش‌نامه توسط نورتون^{۵۰} به منظور سنجش قضاوت و ارزیابی ذهنی همسران درباره ازدواج و همسرشان ساخته شده است که ابعاد کیفیت رابطه

زوجی مانند سازگاری، رضایت، شادمانی، انسجام و تعهد را در یک سازه کلی تحت عنوان کیفیت زناشویی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه یک ابزار شش سؤالی است که آزمودنی درجه موافقت خود را در پنج سؤال پرسش‌نامه در دامنه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) نشان می‌دهد. در سؤال ششم که یک سؤال کلی است آزمودنی درجه موافقت خود را در دامنه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۱۰ (کاملاً موافق) ابراز می‌کند. فینچام، پالیری و رگالیا^{۵۱} (۲۰۰۲) پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ برای هر دو گروه زنان و مردان گزارش کرده‌اند. اشنورمن - کروک^{۵۲} (۲۰۰۱؛ به نقل از فینچام و همکاران، ۲۰۰۲) نیز پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۷ گزارش کرده است. خجسته‌مهر، کرای و رجبی^{۵۳} (۱۳۸۹) پایایی این پرسش‌نامه را در ایران با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب روایی سازه آن را با استفاده از پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ (ENRICH) ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند که در سطح $(P < ۰/۰۰۱)$ معنادار است.

شیوه اجرا

در این پژوهش، ابتدا مقیاس غربالگری آشفتگی زناشویی و ارتباطی ویسمن و همکاران (۲۰۰۹) بر اساس روش پیشنهادی وایلد^۴ و همکاران (۲۰۰۵) با استفاده از روش ترجمه استاندارد «Backward-Forward» توسط دو فرد مسلط به زبان انگلیسی، ترجمه و به منظور تجدید نظر و بررسی روایی صوری و محتوایی، نسخه فارسی ویرایش شده به ۴ تن از اساتید گروه مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان و ۵ متخصص روان‌شناسی و مشاوره خانواده ارائه شد و پس از اعمال دیدگاه‌های افراد مورد نظر در متن گویه‌ها، روایی محتوایی پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفت و به منظور ارزیابی سهولت اجرا، مقیاس SSMRD به صورت پایلوت در اختیار ۵۱ فرد (نمونه پایلوت) قرار گرفت تا امکان درک و پاسخ دادن به گویه‌های مقیاس توسط این افراد بررسی شود.

نتایج حاصل از بررسی بازخوردهای دریافت شده طی مصاحبه‌های فردی با ۵۱ فرد گروه نمونه پایلوت، مشخص ساخت که ۸۲٪ از افراد پاسخگو از دو گزینه‌ای بودن پاسخ‌های گویه‌های مقیاس شکایت دارند، مبنی بر این که بسیاری از ابعاد رابطه زناشویی (مانند داشتن تفاهم در مذاکرات، رضایت از رابطه جنسی، گذراندن وقت با همدیگر و...) را نمی‌توان در دو طبقه هست یا نیست (درست یا غلط) و به صورت مطلق دسته‌بندی کرد؛ بلکه حضور یا عدم حضور این ابعاد در روابط صمیمانه نسبی بوده و دادن نمره به این گویه‌ها در یک طیف، بسیار مناسب‌تر و قابل درک‌تر می‌باشد. این مسئله مؤید لزوم تجدید نظر در مقیاس مذکور بود. لذا با هماهنگی اساتید و متخصصان حوزه روان‌شناسی و مشاوره خانواده، نخستین تجدیدنظر در مقیاس مذکور در راستای تغییر دامنه پاسخگویی از حالت دوگزینه‌ای (درست/غلط) به طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (از مقدار یک به معنی

کاملاً درست تا مقدار ۵ به معنی کاملاً نادرست) انجام شد. ریچنبرگ (۲۰۱۴) معتقد است که سنجش پیوستاری (استفاده از طیف ۴ یا ۵ درجه‌ای) پدیده‌های روان‌شناختی نسبت به سنجش طبقاتی (با رویکرد مطلق و دو قطبی بله/خیر) سودمندی بالینی^{۵۵} بیشتری دارد و باعث تقویت دقت تشخیص از سوی درمانگران می‌شود، چرا که در بسیاری از موارد، سازه‌های ذهنی، اختلالات روانی و سایر پدیده‌های روانی، مسائلی هستند که روی یک پیوستار قرار دارند و در افراد انسانی، شدت، قدرت، فراوانی و مدت متفاوتی داشته و نمی‌توان آن را با یک رویکرد طبقاتی بله/خیر اندازه‌گیری کرد و همین امر دلیل افزوده شدن رویکرد ابعادی - پیوستاری^{۵۶} بر جهت‌گیری‌های تشخیصی در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) بوده است.

پس از اعمال تجدید نظر، نسخه تجدید نظر شده فارسی تهیه و سپس به منظور دریافت بازخوردهای اصلاحی بین ۱۵ نفر از افراد متأهل توزیع شد و پس از مرتفع کردن سایر نقاط ابهام در متن گویه‌ها و اطمینان از گویایی مقیاس، نسخه نهایی تجدید نظر شده مقیاس (SSMRD-R) به همراه سایر ابزارهای استفاده شده در پژوهش، در طول ۱۸ ماه توسط ۵ متخصص روان‌شناسی و مشاوره خانواده در بین افراد نمونه اصلی توزیع شد. در این پژوهش، در راستای تعیین استاندارد طلایی^{۵۷} (گولد استاندارد) یا متغیر آزمون^{۵۸} (T.V) به منظور تشخیص آشفته یا غیرآشفته بودن وضعیت ارتباطی و زناشویی افراد نمونه با کلیه این افراد قبل از تکمیل مقیاس‌های مزبور، بر اساس DSM-5 (مؤلفه‌های کد تشخیصی V61.10) مصاحبه بالینی به عمل آمد و در نهایت افرادی که در مصاحبه مذکور توسط متخصصین به عنوان زوجین دارای آشفتگی زناشویی و ارتباطی تشخیص داده شدند و هم‌زمان نمرات آن‌ها در پرسش‌نامه کیفیت زناشویی (QMI؛ نورتون، ۱۹۸۳) دو انحراف معیار پایین‌تر از میانگین بود، در متغیر آزمون یا گولد استاندارد به عنوان افراد با تشخیص آشفتگی ارتباطی و زناشویی مشخص شدند و افرادی که معیارهای فوق را کسب نکردند به عنوان افراد غیرآشفته در نظر گرفته شدند.

یافته‌ها

پس از گردآوری داده‌ها، محاسبات آماری تحت نرم‌افزارهای SPSS/22 و AMOS/22 انجام گرفت. پیش از انجام تحلیل‌های آماری، در زمینه مدیریت داده‌های جاافتاده^{۵۹}، بنا بر توصیه شوماخر و لومکس^{۶۰} (۲۰۱۰؛ ترجمه قاسمی^{۶۱}، ۱۳۸۸) از رویکرد جایگزین کردن میانگین استفاده شد. به منظور بررسی وضعیت داده‌های دورافتاده^{۶۲} از شاخص فاصله ماهالانوبیس^{۶۳} (مجذور d) در نرم‌افزار AMOS/22 استفاده شد که در مجموع مقادیر P1 و P2 برای ۱۷ مورد از ارزش‌های d^2 در مجموعه داده‌های مشاهده شده کوچک‌تر از ۰/۰۵ بود که به معنی دورافتاده یا پرت بودن این موارد در مجموعه داده‌های گردآوری شده از بین ۳۲۵ آزمودنی بود. لذا داده‌های دورافتاده حذف و فرآیند

تجزیه و تحلیل با ۳۰۸ مورد از داده‌ها ادامه یافت. پس از حذف داده‌های دورافتاده، نسبت‌های بحرانی (C.R) مقادیر کجی و کشیدگی تک‌متغیره و چندمتغیره برای هیچ یک از متغیرها از قدر مطلق ۲/۵۸ تجاوز نداشت، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض‌های نرمالیتی ساده و چندمتغیره در مجموعه داده‌های گردآوری شده پس از حذف داده‌های دورافتاده نقض نشده است (شوماخر و لومکس، ۲۰۱۰؛ ترجمه قاسمی، ۱۳۸۸). جدول ۱ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش حاضر

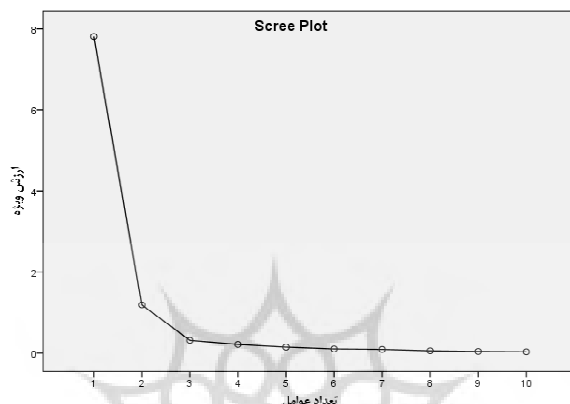
مقیاس	میانگین			انحراف استاندارد			کمترین		بیشترین	
	زن	مرد	کل	زن	مرد	کل	زن	مرد	زن	مرد
مقیاس SSMRD	۲۹	۲۹/۶۸	۲۹/۳۳	۱۱/۶۶	۱۱/۹۶	۱۱/۸۱	۱۰	۱۰	۵۰	۵۰
مقیاس QMI	۳۲/۰۶	۳۱/۵۱	۳۱/۷۷	۱۱/۵۲	۱۱/۴۴	۱۱/۴۶	۶	۶	۴۵	۴۵

سایر یافته‌های پژوهش به ترتیب ارائه شده در قسمت اهداف پژوهش مورد بحث قرار خواهند گرفت. همان‌گونه که در قسمت روش ذکر شد پس از تجدید نظر و تأیید روایی محتوایی مقیاس تجدید نظر شده (SSMRD-R)، به منظور بررسی روایی سازه مقیاس تجدید نظر شده مذکور (با لیکرت ۵ گزینه‌ای) ابتدا از روش تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و شیوه چرخش متعامد واریماکس استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل عاملی جهت بررسی کفایت حجم نمونه، از آزمون کیسر - میر - اوکلین^{۶۴} (KMO) و آزمون کرویت بارتلت^{۶۵} استفاده شد. مقدار KMO برای پژوهش حاضر برابر با ۰/۹۳۶ بود که نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه است. بر اساس یافته‌های کیسر و سرنی^{۶۶} (۱۹۷۷) وقتی مقدار KMO بیشتر از ۰/۶۰ باشد، با اطمینان می‌توان تحلیل عاملی را انجام داد. هم‌چنین مقدار کای اسکوئر (χ^2) در آزمون کرویت بارتلت برابر با ۵۰۳۰/۴۰۱ با درجه آزادی ۴۵ و در سطح معنی‌داری (P<۰/۰۰۱) بدست آمد که نشان‌دهنده وجود همبستگی بالا و معنادار بین گویه‌های مقیاس تجدید نظر شده در جامعه مورد نظر و امکان انجام تحلیل عاملی است. جدول ۲ مقادیر استخراج شده و چرخش یافته عامل‌ها در مقیاس تجدید نظر شده (SSMRD-R) پس از انجام تحلیل عاملی اکتشافی را نشان می‌دهد.

جدول ۲: مقادیر استخراج شده و چرخش یافته عامل‌ها در مقیاس SSMRD-R

عامل‌ها	مجموع مجذورات بارهای استخراج شده			مجموع مجذورات بارهای چرخش یافته		
	مقدار ویژه	درصد واریانس	درصد واریانس جمعی	مقدار ویژه	درصد واریانس	درصد واریانس جمعی
۱	۷/۸۱۱	۷۸/۱۱۰	۷۸/۱۱۰	۴/۶۸۶	۴۶/۸۶۳	۴۶/۸۶۳
۲	۱/۱۹۴	۱۱/۹۳۷	۹۰/۰۴۷	۴/۳۱۸	۴۳/۱۸۴	۹۰/۰۴۷

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، ماتریس عاملی چرخش یافته واریماکس گویه‌های مقیاس تجدید نظر شده (SSMRD-R) نشان داد که عامل‌های اول و دوم این مقیاس دارای ارزش ویژه بیشتر از یک می‌باشند که عامل اول در حالت چرخش یافته $46/863\%$ و عامل دوم $43/184\%$ و در مجموع $90/047\%$ از واریانس کل را تبیین می‌کردند. هم‌چنین رسم نمودار ارزش‌های ویژه و الگوی وزن‌های عاملی (نمودار اسکری یا سنگریزه) نیز وجود دو عامل با ارزش ویژه بیشتر از یک را پیشنهاد کرد. نمودار ۱ ارزش‌های ویژه و الگوی وزن‌های عاملی مقیاس تجدید نظر شده را نشان می‌دهد.



نمودار ۱: ارزش‌های ویژه و الگوی وزن‌های عاملی (نمودار اسکری) در مقیاس تجدید نظر شده

ماتریس عاملی چرخش یافته گویه‌های مقیاس تجدید نظر شده (SSMRD-R) نشان داد که کلیه گویه‌ها با طیف ۵ گزینه‌ای نیز دارای بار عاملی بالاتر از $0/4$ می‌باشند، بدین ترتیب که گویه‌های ۳، ۴، ۸، ۹ و ۱۰ بر روی عامل اول بار شده‌اند که با توجه به محتوای گویه‌های بار شده بر روی عامل اول، این عامل، «عامل خرسندی زناشویی و ارتباطی» نام‌گذاری شد. بارهای عاملی چرخش یافته گویه‌های این عامل، در دامنه بین $0/883$ تا $0/902$ استخراج گردید که در مجموع $46/863\%$ از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کند. هم‌چنین ماتریس عاملی چرخش یافته نشان داد که گویه‌های ۱، ۲، ۵، ۶ و ۷ در نسخه تجدید نظر شده این مقیاس با طیف ۵ گزینه‌ای بر روی عامل دوم بار شده‌اند که با توجه به محتوای گویه‌های بار شده بر روی عامل دوم، این عامل، «عامل ناخرسندی زناشویی و ارتباطی» نام‌گذاری شد. بارهای عاملی چرخش یافته گویه‌های این عامل، در دامنه بین $0/813$ تا $0/867$ استخراج گردید که در مجموع $43/184\%$ از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کند. جدول ۳ ماتریس عاملی چرخش یافته گویه‌های مقیاس تجدید نظر شده (SSMRD-R) را نشان می‌دهد.

جدول ۳: ماتریس عاملی چرخش یافته واریماکس گویه‌های مقیاس تجدیدنظر شده با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی

ردیف	سؤالات مقیاس SSMRD-R		عامل اول	عامل دوم
			خرسندی زناشویی و ارتباطی	ناخرسندی زناشویی و ارتباطی
۱	گاهی اوقات نسبت به رابطه‌ام با همسرم بسیار دل‌سرد می‌شوم.		۰/۳۶۷	۰/۸۱۳
۲	همسرم اغلب در درک نقطه نظرات من راجع به مسائل مختلف، ناموفق است.		۰/۳۹۲	۰/۸۲۵
۳	هر گاه که احساس غم و اندوه دارم، همسرم سعی می‌کند مرا شاد کند و به من حس دوست‌داشتنی بودن را القا کند.		۰/۸۹۱	۰/۳۹۷
۴	من و همسرم زمان مناسبی را برای تفریح، سرگرمی و بازی‌های مختلف اختصاص می‌دهیم و راجع به زمان و سایر مسائل جانبی آن با هم توافق خوبی داریم.		۰/۹۰۰	۰/۳۸۹
۵	همسرم گاهی اوقات توجه بسیار اندکی نسبت به رضایت جنسی من دارد و رضایت من در این زمینه برایش مهم نیست.		۰/۳۷۱	۰/۸۶۵
۶	مشکلات بسیار جدی‌ای در رابطه من و همسرم وجود دارد.		۰/۳۵۷	۰/۸۶۷
۷	اغلب در رابطه من و همسرم، اختلافات بسیار جزئی و ناچیز، تبدیل به دعوای و جر و بحث‌های بزرگ و شدید می‌شود.		۰/۳۵۹	۰/۸۴۳
۸	درست در لحظاتی که بیشترین نیاز را دارم، همسرم به من توجه می‌کند و باعث می‌شود که احساس اهمیت بکنم.		۰/۹۰۲	۰/۳۹۳
۹	زندگی روزمره من و همسرم، سرشار است از چیزهای جالبی که با همدیگر می‌توانیم آن‌ها را انجام دهیم.		۰/۹۰۰	۰/۳۹۲
۱۰	رابطه جنسی من و همسرم کاملاً رضایت‌بخش است.		۰/۸۸۳	۰/۳۸۳

به منظور بررسی روایی همگرا و واگرای مقیاس یاد شده، همبستگی نمرات این مقیاس با مقیاس کیفیت زناشویی (QMI) و نیز همبستگی عوامل درونی مقیاس محاسبه و هم‌چنین به منظور بررسی پایایی مقیاس مذکور از شیوه‌های آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی استفاده شد. جدول ۴ ضرایب پایایی، روایی همگرا، واگرا و همبستگی عوامل درونی مقیاس (SSMRD-R) را نشان می‌دهد.

جدول ۴: ضرایب پایایی، روایی همگرا، واگرا و همبستگی عوامل درونی مقیاس تجدیدنظر شده (SSMRD-R)

انحراف معیار	میانگین	روایی واگرا: همبستگی عوامل درونی مقیاس SSMRD-R		روایی همگرا: مقیاس با همگرا: کیفیت زناشویی QMI	پایایی		مقیاس
		عامل ناخرسندی زناشویی و ارتباطی	عامل خرسندی زناشویی و ارتباطی		دونیمه‌سازی	آلفای کرونباخ	
۱۱/۸۱	۳۱/۷۷	۰/۹۳۲*	۰/۹۳۰*	-۰/۶۲۹*	۰/۹۰	۰/۹۴	کل مقیاس SSMRD-R
۶/۳۰	۱۴/۵۰	---	۰/۷۳۴*	-۰/۶۲۰*	۰/۸۹	۰/۹۲	عامل ناخرسندی زناشویی
۶/۳۷	۱۴/۸۶	---	---	-۰/۵۷۰*	۰/۸۸	۰/۹۱	عامل خرسندی زناشویی
۱۱/۴۶	۳۱/۷۷	---	---	---	۰/۹۵	۰/۹۶	مقیاس QMI

$P < 0.01^*$ (2-tailed) $n = 308$

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۴، ضرایب پایایی این مقیاس با استفاده از روش‌های همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و دونیمه‌سازی (تنصیف) برای کل مقیاس تجدید نظر شده (SSMRD-R) به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ و برای زیرمقیاس ناخرسندی زناشویی و ارتباطی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۹ و برای زیرمقیاس خرسندی زناشویی و ارتباطی به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ به دست آمد.

ضرایب پایایی با استفاده از روش‌های مذکور برای مقیاس کیفیت زناشویی به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۵ و بدست آمد. همچنین همبستگی این مقیاس با مقیاس QMI برای کل مقیاس یاد شده ۰/۶۲۹- و برای زیرمقیاس ناخرسندی زناشویی و ارتباطی ۰/۵۷۰- به دست آمد که در سطح ($P < 0/01$) معنی‌دار هستند و به معنی وجود روایی همگرا بین مقیاس مذکور و ابعاد درونی آن با مقیاس QMI است. ضریب همبستگی عوامل اول و دوم مقیاس مذکور، ۰/۷۳۴ به دست آمد که بیانگر روایی واگرا و معنی‌دار ($P < 0/01$) مقیاس است. لازم به ذکر است که منفی شدن ضرایب همبستگی مقیاس MRDSS-R با مقیاس کیفیت زناشویی به دلیل غیر هم‌جهت بودن معنای نمرات بالا و پایین در این دو مقیاس است.

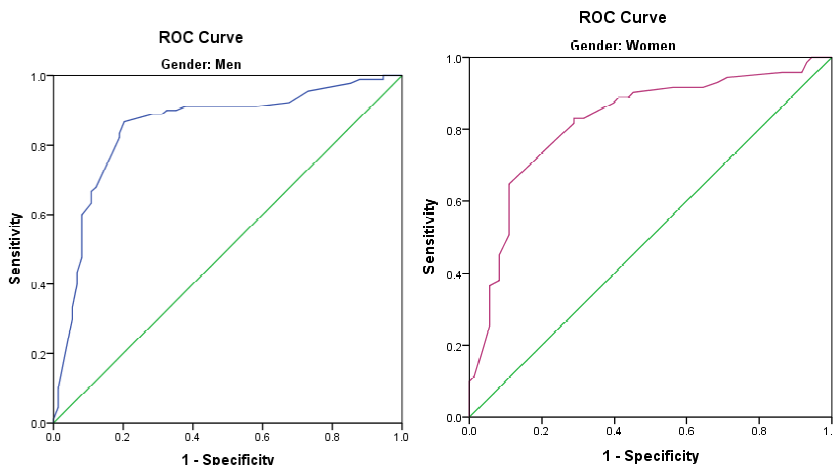
به منظور بررسی شاخص‌های عملکرد تشخیصی مقیاس تجدیدنظر شده (SSMRD-R) (حساسیت، ویژگی، بهینه‌ترین نقطه برش بالینی، ارزش مثبت واقعی، ارزش مثبت کاذب و ضریب توافق تشخیص) تحلیل منحنی مشخصه عامل گیرنده یا تحلیل منحنی راک (ROC Curve) و تحلیل‌های جانبی دیگری نظیر ضریب کاپا استفاده شد. نمودارهای ۲ (گروه زنان) و ۳ (گروه مردان) ناحیه زیر منحنی راک و جدول ۵ شاخص‌های آماری نمودارهای مزبور برای گروه زنان و مردان در مقیاس تجدید نظر شده در پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.

با توجه به نمودارهای ۲ و ۳ و بر اساس مندرجات جدول ۵، نتایج به دست آمده از تحلیل منحنی مشخصه عامل گیرنده، در تناظر بین استاندارد طلایی و نمرات مقیاس (SSMRD-R)، شاخص AUC^{67} برای گروه زنان و مردان به ترتیب ۰/۸۲۰ و ۰/۸۵۱ به دست آمد که به معنی قدرت تشخیصی قابل اعتماد و مطلوب مقیاس مورد مطالعه در سطح معنی‌داری ($P < 0/01$) برای دو گروه زنان و مردان است.

جدول ۵: شاخص‌های آماری ناحیه زیر منحنی راک برای مقیاس

تجدیدنظر شده [Area Under the Curve]

جنسیت	شاخص AUC	خطای استاندارد S.E	سطح معناداری P	فاصله اطمینان ۹۵٪	
				حد پایین	حد بالا
زن	۰/۸۲۰	۰/۰۳۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴۹	۰/۸۹۱
مرد	۰/۸۵۱	۰/۰۳۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸۸	۰/۹۱۴



نمودارهای ۲ و ۳: نمودارهای تحلیل راک برای گروه زنان و مردان؛ خروجی نرم‌افزار SPSS/22

جدول ۶ شاخص‌های عملکرد تشخیصی مقیاس یاد شده را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج مندرج در این جدول بهترین تعادل میان حساسیت و ویژگی برای گروه زنان به ترتیب ۰/۸۳۱ و ۰/۷۷۲ به دست آمد که بهینه‌ترین نقطه برش بالینی ۲۷ را برای این گروه پیشنهاد می‌دهد و بهترین تعادل میان حساسیت و ویژگی برای گروه مردان به ترتیب ۰/۸۳۳ و ۰/۸۱۱ به دست آمد که بهینه‌ترین نقطه برش بالینی ۲۸ را برای این گروه پیشنهاد می‌دهد؛ بدین معنی که در گروه زنان و مردان افرادی که در مقیاس یاد شده به ترتیب نمرات پایین‌تر از ۲۷ و ۲۸ کسب می‌کنند، به عنوان افراد غیرآشفته و افرادی که نمرات ۲۷ و ۲۸ یا بالاتر کسب می‌کنند، به عنوان افراد دارای آشفتگی زناشویی و ارتباطی تشخیص بالینی داده می‌شوند.

جدول ۶: شاخص‌های عملکرد تشخیصی مقیاس تجدید نظر شده (SSMRD-R)

ضرب کاپا Kappa	نرخ صحیح تشخیص HR	ارزش اخباری		بهینه‌ترین نقطه برش بالینی Cut off point	ویژگی Specificity	۱-ویژگی 1- Specificity	حساسیت Sensitivity	گروه جنس
		منفی NPV	مثبت PPV					
۰/۶۶۷	۸۳/۸۰	۸۴/۹۳	۸۳/۰۹	۲۷	۰/۷۷۲	۰/۲۲۸	۰/۸۳۱	زن
۰/۷۰۵	۸۶/۵۸	۸۳/۷۸	۸۸/۸۸	۲۸	۰/۸۱۱	۰/۱۸۹	۰/۸۳۳	مرد

مقادیر ارزش اخباری مثبت (PPV) برای گروه زنان و مردان به ترتیب ۸۳/۰۹ و ۸۸/۸۸ به دست آمد؛ بدین مفهوم که در تطابق با تشخیص‌های استاندارد طلایی، هنگامی که فردی دارای آشفتگی زناشویی و ارتباطی با همسر خود باشد با احتمال ۸۳/۰۹٪ (در گروه زنان) و ۸۸/۸۸٪ (در گروه مردان) توسط مقیاس تجدید نظر شده (SSMRD-R) نیز تشخیص بالینی آشفته خواهد گرفت.

هم‌چنین مقادیر ارزش اخباری منفی (NPV) برای گروه زنان و مردان به ترتیب ۸۴/۹۳ و ۸۳/۷۸ به دست آمد که بیانگر این نکته است که در تطابق با تشخیص‌های استاندارد طلایی هنگامی که فردی دارای آشفتگی زناشویی و ارتباطی با همسر خود نباشد با احتمال ۸۴/۹۳٪ (در گروه زنان) و ۸۳/۷۸٪ (در گروه مردان) توسط مقیاس مزبور نیز تشخیص بالینی آشفته نخواهد گرفت.

نتایج به دست آمده از تحلیل منحنی مشخصه عامل گیرنده هم‌چنین نشان داد که میزان دقت یا نرخ صحیح تشخیص (HR) توسط مقیاس مزبور برای گروه زنان و مردان به ترتیب ۸۳/۸۰٪ و ۸۶/۵۸٪ می‌باشد که به معنی صحت نتایج تشخیصی مقیاس به میزان ۸۳/۸۰٪ و ۸۶/۵۸٪ (در گروه‌های زنان و مردان) در مقایسه با نتایج استاندارد طلایی است. هم‌چنین مقدار آماری ضریب کاپا برای گروه زنان برابر با ۰/۶۶۷ ($P < ۰/۰۰۱$, $T=۷/۹۹۹$, $SE=۰/۰۶۲$) و برای گروه مردان برابر با ۰/۷۰۵ ($P < ۰/۰۰۱$, $T=۹/۰۲۲$, $SE=۰/۰۵۶$) بدست آمد که به معنی وجود توافق معنی‌دار بین تشخیص‌های داده شده با مقیاس SSMRD-R و استاندارد طلایی است که در هر دو گروه زنان و مردان در سطح $P < ۰/۰۰۱$ است. به منظور مقایسه نمرات نقطه برش بالینی به دست آمده در نسخه اصلی مقیاس SSMRD در مطالعه ویسمن و همکاران (۲۰۰۹) و مقیاس تجدید نظر شده (SSMRD-R) در مطالعه حاضر، با توجه به این که مقیاس اندازه‌گیری در دو مطالعه متفاوت است (پاسخ‌گویی به گویه‌ها در نسخه اصلی، دو گزینه‌ای و در نسخه تجدید نظر شده در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای می‌باشد)، نمرات نقطه برش هر دو مطالعه به نمره استاندارد T تبدیل شدند. جدول ۷ نقطه برش‌های بالینی بر اساس نمره خام و نمرات استاندارد T را برای دو مقیاس SSMRD و SSMRD-R نشان می‌دهد.

جدول ۷: مقایسه نقطه برش‌های نمرات خام و نمرات استاندارد T دو

مقیاس SSMRD و SSMRD-R

مطالعه	جنسیت	نمره خام			نمره استاندارد T	
		نقطه برش	میانگین	انحراف معیار	نقطه برش	Z
نسخه اصلی مقیاس SSMRD	زن	۴	۳/۲۰	۲/۸۱	۰/۲۸	۵۲/۸
	مرد	۴	۳/۰۸	۲/۶۸	۰/۳۴	۵۳/۴
نسخه تجدید نظر شده SSMRD-R	زن	۲۷	۲۹	۱۱/۶۶	- ۰/۱۷	۴۸/۳
	مرد	۲۸	۲۹/۶۸	۱۱/۹۶	- ۰/۱۴	۴۸/۶

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۷ مقدار نقطه برش در مطالعه ویسمن و همکاران (۲۰۰۹) در نسخه اصلی مقیاس SSMRD برای گروه زنان و مردان ۴ و میانگین و انحراف استاندارد گروه زنان ($M=۳/۲۰$, $SD=۲/۸۱$) و گروه مردان ($M=۳/۰۸$, $SD=۲/۶۸$) به دست آمده است. نقطه برش بر

اساس نمره T بین گروه‌های زنان و مردان در مطالعه ویسمن و همکاران (۲۰۰۹) برای نسخه اصلی مقیاس SSMRD به ترتیب ۵۲/۸ و ۵۳/۴ به دست آمده که هر دو نمره به ترتیب ۲/۸ و ۳/۴ بالاتر از میانگین نمره T (۵۰) هستند و نقطه برش بر اساس نمره T برای گروه‌های زنان و مردان در مطالعه حاضر برای مقیاس تجدید نظر شده به ترتیب ۴۸/۳ و ۴۸/۶ به دست آمد که هر دو نمره به ترتیب ۱/۷ و ۱/۴ پایین تر از میانگین نمره T هستند. با نقطه برش محاسبه شده در مطالعه ویسمن و همکاران (۲۰۰۹) در گروه زنان ۴/۵ نمره با انحراف معیار ۰/۴۵ و در گروه مردان ۴/۸ نمره با انحراف معیار ۰/۴۸ تفاوت دارد.

یافته جانبی

در ادامه، تحلیلی جانبی به منظور پاسخ‌گویی به این سؤال انجام شد که آیا بر اساس تشخیص‌های انجام شده منطبق بر نقطه برش استخراج شده برای مقیاس تجدید نظر شده، بین افراد دارای آشفتگی زناشویی و غیرآشفتگی در دو گروه زنان و مردان، در نمرات مقیاس کیفیت زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد یا خیر؟ به منظور پاسخ‌گویی به این سؤال با توجه به این‌که پیش‌فرض همسانی واریانس‌ها در مجموعه داده‌های دو گروه زنان و مردان نقض می‌شد و از طرفی اندازه گروه‌ها مساوی نبود، لذا از آزمون ناپارامتریک U مان ویتنی^{۶۸} استفاده شد. جدول ۸ نتایج آزمون U را نشان می‌دهد.

جدول ۸: نتایج آزمون U مان ویتنی در مقایسه نمرات کیفیت زناشویی گروه آشفتگی و غیرآشفتگی

شاخص‌های آماره U		جمع رتبه‌ها	رتبه میانگین	N	تشخیص بر اساس مقیاس SSMRD-R	جنسیت	
۷۷۹/۰۰۰	U	۶۳۴۰	۱۰۰/۶۳	۶۳	آشفتگی	مقیاس کیفیت زناشویی	گروه زنان
۴۱۰۰/۰۰۰	W	۴۱۰۰	۵۰/۶۲	۸۱	غیرآشفتگی		
-۷/۱۴۷	Z	---	---	۱۴۴	کل		
۰/۰۰۱	P	معنی‌داری					
۸۰۲/۰۰۰	U	۸۳۵۷/۰۰	۱۱۷/۷۰	۷۱	آشفتگی	مقیاس کیفیت زناشویی	گروه مردان
۵۱۷۳/۰۰۰	W	۵۱۷۳/۰۰	۵۵/۶۲	۹۳	غیرآشفتگی		
-۸/۳۰۴	Z	---	---	۱۶۴	کل		
۰/۰۰۱	P	معنی‌داری					

با توجه به مندرجات جدول ۸، نتایج به دست آمده از آزمون ناپارامتریک U نشان می‌دهد که میانگین نمرات مقیاس کیفیت زناشویی افراد دارای آشفتگی ارتباطی و زناشویی و افراد غیرآشفتگی (که بر اساس نقطه برش مقیاس تجدید نظر شده SSMRD-R تشخیص آشفتگی یا غیرآشفتگی دریافت کرده‌اند) در دو گروه زنان ($U=779, P<0/001, Z=-7/147$) و مردان ($U=802, P<0/001$)،

$Z = -۸/۳۰۴$) تفاوت معناداری با هم دارند که بیانگر روایی تشخیصی مقیاس تجدیدنظر شده (SSMRD-R) است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تجدید نظر و بررسی روایی محتوایی، همگرا، واگرا و پایایی مقیاس غربالگری آشفتگی زناشویی و ارتباطی (SSMRD) و نیز بررسی روایی سازه مقیاس مذکور پس از تجدید نظر با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و شاخص‌های عملکرد تشخیصی با استفاده از تحلیل منحنی مشخصه عامل گیرنده، در زوجین شهر اصفهان انجام شد. یافته‌های تحلیل عاملی اکتشافی با روش چرخش واریماکس منتج به استخراج دو عامل در مقیاس تجدید نظر شده (SSMRD-R) گردید که با توجه به محتوای گویه‌های بار شده بر روی هر عامل، عامل اول، خرسندی زناشویی و ارتباطی و عامل دوم، ناخرسندی زناشویی و ارتباطی نام‌گذاری شد که عامل اول $۴۶/۸۶۳\%$ و عامل دوم $۴۳/۱۸۴\%$ و در مجموع $۹۰/۰۴۷\%$ از واریانس کل را تبیین می‌کردند. یافته مذکور با یافته‌های بلوم و محرابیان^{۶۹} (۱۹۹۹) که با انجام تحلیل عاملی اکتشافی بر دو بعدی بودن مقیاس رضایت زناشویی (عامل خشنودی از ازدواج و عامل ناخشنودی از ازدواج) تأکید داشته‌اند و همچنین یافته‌های بیچ و همکاران (۲۰۰۵) و ویسمن و همکاران (۲۰۰۸؛ ۲۰۰۹) با استفاده از تحلیل تاکسونومی بر وجود دو تاکسون تشخیصی زوجین آشفته و غیرآشفته هم‌خوان می‌باشند که به لحاظ کمی و کیفی از همدیگر منفک هستند.

دو بعدی بودن مفهوم آشفتگی زناشویی که به لحاظ مفهومی و محتوایی دربرگیرنده مفاهیمی چون کیفیت، رضایت، سازگاری و ثبات زناشویی نیز می‌باشد، مؤید این نکته است که زوجین با روابط آشفته نسبت به زوجین غیرآشفته از نظر کیفی (کیفیت رابطه) نیز با هم متفاوت هستند و تفاوت این دو گروه تنها از نظر کمی نیست. بنابراین آشفتگی زوجی را می‌توان یک طبقه تشخیصی بالینی در نظر گرفت. از طرفی هر دو عامل خرسندی زناشویی و ارتباطی و ناخرسندی زناشویی و ارتباطی یک مفهوم را می‌سازند که در یک پیوستار قرار دارند، در همین راستا دهشیری و موسوی^{۷۰} (۱۳۹۵) در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سنجش رابطه^{۷۱} (RAS)، الگوی تک‌عاملی را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند، بنابراین باید توجه داشت که اگرچه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی در مطالعه حاضر، بر دو عاملی بودن این سازه یا مفهوم تأکید دارد، ولی در کاربردهای بالینی و پژوهشی فقط نمره کل این مقیاس مورد استفاده قرار می‌گیرد و عوامل به عنوان زیرمقیاس‌های مجزا از هم در نظر گرفته نمی‌شوند.

ضریب همبستگی مقیاس SSMRD-R با مقیاس QMI برای کل مقیاس یاد شده $۰/۶۲۹-$ و برای بعد ناخرسندی زناشویی و ارتباطی $۰/۶۲۰-$ و برای بعد خرسندی زناشویی و ارتباطی $۰/۵۷۰-$

به‌دست آمد که در سطح ($P < 0/01$) معنی‌دار هستند و به معنی وجود روایی همگرا بین مقیاس مذکور و ابعاد درونی آن با مقیاس QMI است. ضریب همبستگی عوامل اول و دوم مقیاس مذکور، $0/734$ به دست آمد که بیانگر روایی واگرا و معنی‌دار ($P < 0/01$) مقیاس تجدید نظر شده است. ضرایب پایایی این مقیاس نیز با استفاده از روش‌های همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و دونیمه‌سازی (تصنیف) برای کل مقیاس SSMRD-R به ترتیب $0/94$ و $0/90$ و برای بعد ناخرسندی زناشویی و ارتباطی به ترتیب $0/92$ و $0/89$ و برای بعد خرسندی زناشویی و ارتباطی به ترتیب $0/91$ و $0/88$ به دست آمد که به معنای همسانی درونی گویه‌های مقیاس تجدید نظر شده است. این یافته‌ها با یافته‌های ویسمن و همکاران (۲۰۰۹) هم‌خوان می‌باشند.

در نتایج به دست آمده از تحلیل منحنی مشخصه عامل گیرنده شاخص AUC برای گروه زنان و مردان به ترتیب $0/820$ و $0/851$ به دست آمد ($P < 0/001$) و بهترین تعادل میان حساسیت و ویژگی برای گروه زنان به ترتیب $0/831$ و $0/772$ با بهینه‌ترین نقطه برش بالینی 27 و برای گروه مردان به ترتیب $0/833$ و $0/811$ با بهینه‌ترین نقطه برش بالینی 28 به دست آمد؛ بدین معنی که در گروه زنان و مردان افرادی که در مقیاس یاد شده به ترتیب نمرات 27 و 28 یا بالاتر کسب می‌کنند، به عنوان افراد دارای آشفتگی زناشویی تشخیص بالینی داده می‌شوند. در خصوص عدم تفاوت نقطه برش‌های گروه زنان و مردان، یافته مطالعه حاضر با یافته مطالعه خدایاری‌فرد، شهابی و اکبری زردخانه^{۲۲}، 1386 هم‌خوان است و بر اساس یافته‌های پژوهشی، تفاوت‌های جنسیتی ممکن است هنگامی خود را نشان دهند که دیدگاه بالینی و پژوهشی متمرکز بر ابعاد خاصی از رابطه زوجی باشد (تیموری آسفچی، غلامعلی لواسانی و بخشایش^{۲۳}، 1391).

هم‌چنین مقایسه نمرات نقطه برش محاسبه شده برای مقیاس تجدید نظر شده در این مطالعه با نقطه برش محاسبه شده در مطالعه ویسمن و همکاران (۲۰۰۹)، بر اساس نمره استاندارد T نشان داد که نقطه برش محاسبه شده در جامعه ایران و در مقیاس تجدید نظر شده در گروه زنان $4/5$ نمره ($0/45$ انحراف معیار) و در گروه مردان $4/8$ نمره ($0/48$ انحراف معیار) در مقیاس نمره T پایین‌تر از نقطه برش مطالعه ویسمن و همکاران (۲۰۰۹) است. اگرچه این تفاوت از نظر آماری در دو گروه زنان و مردان بسیار ناچیز و حتی کمتر از $0/5$ انحراف معیار است و می‌تواند به دلیل تغییر در طیف پاسخ‌گویی یا تفاوت جوامع و نمونه‌های آماری در دو مطالعه باشد، ولی هم‌چنین این اختلاف می‌تواند به دلیل تفاوت دیدگاه‌های فرهنگی در خصوص مفهوم آشفتگی زناشویی در جوامع مختلف و به معنای بالاتر بودن استانداردهای ذهنی زوجین جامعه ایرانی نسبت به زوجین جامعه آمریکا در خصوص رابطه زناشویی باشد؛ بدین معنی که در جامعه ایران تعریف سختگیرانه‌تری در خصوص آشفتگی زناشویی در ذهن زوجین وجود دارد. آماتو و راجرز^{۲۴} (1999) در پژوهش خود یافتند که نگرش‌های همراه با تسامح و بی‌تفاوتی نسبت به خانواده، رابطه زوجی و طلاق، باعث پایین

آمدن سطح استانداردهای ذهنی و انگیزش زوجین نسبت به رابطه زوجی شده و از طرفی باعث سست شدن انگیزه‌های حفظ رابطه و افزایش احتمال نارضایتی زناشویی و طلاق می‌شود.

مقادیر ارزش اخباری مثبت (PPV) برای گروه زنان و مردان به ترتیب ۸۳/۰۹ و ۸۸/۸۸، مقادیر ارزش اخباری منفی (NPV) به ترتیب ۸۴/۹۳ و ۸۳/۷۸، نرخ صحیح تشخیص (HR) به ترتیب ۸۳/۸۰٪ و ۸۶/۵۸٪ و ضریب کاپا به ترتیب برابر با ۰/۶۶۷ ($P < ۰/۰۰۱$)، $T = ۷/۹۹۹$ ، $SE = ۰/۰۶۲$ و ۰/۷۰۵ ($P < ۰/۰۰۱$)، $T = ۹/۰۲۲$ ، $SE = ۰/۰۵۶$ به دست آمد که با یافته‌های مطالعه ویسمن و همکاران (۲۰۰۹) هم‌خوان هستند. همچنین یافته‌های تحلیل جانبی مبنی بر این‌که آیا بر اساس نقطه برش استخراج شده برای مقیاس تجدید نظر شده (SSMRD-R)، بین افراد دارای تشخیص بالینی آشفتگی زناشویی و غیرآشفتگی در دو گروه زنان و مردان، در نمرات مقیاس کیفیت زناشویی (QMI) تفاوت معنادار وجود دارد یا خیر؛ نتایج به دست آمده از آزمون ناپارامتریک U مان ویتنی نشان داد که نمرات کیفیت زناشویی افراد دارای تشخیص آشفتگی ارتباطی و زناشویی و افراد غیرآشفتگی در دو گروه زنان ($P < ۰/۰۰۱$)، $U = ۷۷۹$ ، $Z = -۷/۱۴۷$ و مردان ($P < ۰/۰۰۱$)، $U = ۸۰۲$ ، $Z = -۸/۳۰۴$) تفاوت معناداری با هم دارند که بیانگر روایی تشخیصی مقیاس SSMRD-R است.

با توجه به یافته‌های به دست آمده در این پژوهش می‌توان گفت مقیاس تجدیدنظر شده غربالگری آشفتگی ارتباطی و زناشویی (SSMRD-R)، ویژگی‌های روان‌سنجی و شاخص‌های عملکرد تشخیصی مطلوبی در زوجین جامعه ایران دارد و می‌تواند به عنوان ابزاری کوتاه و با قابلیت پایایی، روایی و همچنین قدرت و دقت تشخیصی مطلوب در موقعیت‌های بالینی برای مقاصد درمانی، غربالگری و پژوهشی مورد استفاده قرار گیرد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حجم پایین نمونه (۳۰۸ نفر) نسبت به نمونه خارجی (۱۰۲۰ نفر) و انجام انحصاری آن در شهر اصفهان اشاره کرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود جهت افزایش گستره تعمیم‌پذیری یافته‌ها، این پژوهش در نمونه وسیع‌تر و جوامع دیگر نیز تکرار شده و با استفاده از مقیاس مذکور، نرخ شیوع آشفتگی زناشویی در یک مطالعه پیمایشی گسترده، در ایران بررسی شود.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|--|--|
| 1. Fairbairn | 41. Positive predictive value |
| 2. Harway | 42. Negative predictive value |
| 3. Minuchin | 43. Hit rate |
| 4. Goldenberg & Goldenberg | 44. Receiver operating characteristic (ROC) curve |
| 5. Satir | 45. Screening Scale for Marital and Relationship Discord-Revised |
| 6. Birashk | 46. Guilford |
| 7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders | |

- | | |
|--|---|
| 8. Relationship distress with spouse or intimate partner | 47. Marital Satisfaction Inventory-Revised |
| 9. American Psychiatric Association | 48. Temporal stability of diagnosis |
| 10. Marital and relationship discord /distress | 49. Reichenberg |
| 11. Whisman, Snyder & Beach | 50. Quality of Marriage Index |
| 12. Mental disorder | 51. Norton |
| 13. Pain | 52. Fincham, Paleari & Regalia |
| 14. Burman & Margolin | 53. Schnurman- Crook |
| 15. Whisman & Bruce | 54. Khojasteh Mehr, Koraei & Rajabi |
| 16. Beach & O'Leary | 55. Wild |
| 17. Beach, Katz, Kim & Brody | 56. Clinical utility |
| 18. Davila, Karney, Hall & Bradbury | 57. Dimentional-continuum approach |
| 19. Hooley & Teasdale | 58. Golden standard |
| 20. O'Farrell, FalsStewart & Cutter | 59. Test variable |
| 21. Coyne, Tompson & Palmer | 60. Missing data |
| 22. Doss, Simpson & Christensen | 61. Schumacker & Lomax |
| 23. Yong & Long | 62. Ghasemi |
| 24. Amato & Hohmann-Marriot | 63. Observations farthest from the centroid |
| 25. Cui & Fincham | 64. Mahalanobis Distance |
| 26. Oh, Lee & Park | 65. Kaiser-Meyer-Olkin |
| 27. Gerard & Buehler | 66. Bartlett's Test of Sphericity |
| 28. Bookwala, Sobin & Zdaniuk | 67. Kaiser & Cerny |
| 29. Suls & Bund | 68. Area under the Curve |
| 30. Elinaman | 69. U Mann Whitney |
| 31. Snyder, Castellani & Whisman | 70. Bloum & Mehrabian |
| 32. Beach & Gupta | 71. Dehshiri & Mousavi |
| 33. Beach, Wamboldt, Kaslow, Heyman & Reiss | 72. Relationship Assessment Scale |
| 34. Beach, Wamboldt, Kaslow, Heyman & Reiss | 73. Khodayarifard, Shahabi & Akb-ari Zardkhaneh |
| 35. Taxonomic analysis | 74. Teimoori Asfichi, Qolamali - Lavasani & Bakhshayesh |
| 36. Beach, Fincham, Amir & Leonard | 75. Amato & Rogers |
| 37. Screening Scale for Marital and Relationship Discord | |
| 38. Sensitivity | |
| 39. Specifity | |
| 40. Cut off point | |

منابع

- تیموری آسفیچی، د.؛ غلامعلی لواسانی، م. و بخشایش، ع. (۱۳۹۱). پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس سبک‌های دل‌بستگی و خودمتمایزسازی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۸(۴)، ۴۴۳-۴۴۱.
- خجسته‌مهر، ر.؛ کرابی، ا. و رجبی، غ. (۱۳۸۹). بررسی یک مدل پیشنهادی برای پیش‌آیندها و پیامدهای گذشت در ازدواج. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۴(۱۶)، ۱۶۲-۱۳۵.
- خدایاری فرد، م.؛ شهبایی، ر. و اکبری زردخانه، س. (۱۳۸۶). رابطه نگرش مذهبی با رضایت‌مندی زناشویی در دانشجویان متأهل. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۳(۱۰)، ۶۲۰-۶۱۱.

دهشیری، غ. و موسوی، س. ف. (۱۳۹۵). خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس سنجش رابطه بین زوجین. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۲(۱)، ۱۴۱-۱۵۴.

ستیر، و. (۱۹۸۸). *آدم‌سازی در روان‌شناسی خانواده*. ترجمه بیرشک، ب. (۱۳۸۴). تهران: انتشارات رشد.

شوماخر، ر. ا. و لومکس، ر. ج. (۲۰۱۰). *مقدمه‌ای بر مدل‌سازی معادله ساختاری*. ترجمه قاسمی، و. (۱۳۸۸). تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.

- Amato, P. R. & Rogers, S. J. (1999). Do attitudes toward divorce affect marital quality? *Journal of Family Issues*, 20 (1), 69-86.
- Amato, P. R., & Hohmann-Marriot, B. (2007). A comparison of high - and low- distress marriages that end in divorce. *Journal of Marriage and Family*, 62, 621-638.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition. Arlington: American Psychiatric Association.
- Beach, S. R. H., & Gupta, M. (2005). Marital discord in the context of depressive episode: Research on efficacy and effectiveness. In W. Pinsoff & J. Lebow (Eds.), *Family psychology: The art of the science*. (pp. 451-470). England: Oxford University Press.
- Beach, S. R. H., Fincham, F. D., Amir, N., & Leonard, K. E. (2005). The taxometrics of marriage: Is marital discord categorical? *Journal of Family Psychology*, 19, 276-285.
- Beach, S. R. H., Katz, J., Kim, S., & Brody, G. H. (2003). Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20, 355-371.
- Beach, S. R., Wamboldt, M. Z. Kaslow, N. J., Heyman, R. E., First, M. B., Underwood, L. G., & Reiss, D. (2006). *Relational processes and DSM-V: Neuroscience, assessment, prevention, and intervention*. USA: American Psychiatric Association.
- Beach, S. R., & O'Leary, K. D. (1993). Marital discord and dysphoria: For whom does the marital relationship predict depressive symptomatology? *Journal of Social and Personal Relationships*, 10, 405-420.
- Blum, J. S., & Mehrabian, A. (1999). Personality and temperament correlates of marital satisfaction. *Journal of Personality*, 67, 93-125.
- Bookwala, J., Sobin, J. & Zdaniuk, B. (2005). Gender and aggression in marital relationship: A life-span perspective. *Sex Roles*, 52, 797-506
- Burman, B., & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin*, 112, 39-63.
- Coyne, J., Tompson, R., & Palmer, S. (2002). Marital quality, coping with conflict, marital complains, and affection in couples with depressed wife. *Journal of Family Psychology*, 16(1), 26-37.
- Cui, M. & Fincham, F. D. (2010). The differential effects of parental divorce and marital conflict on young adult romantic relationships. *Personal Relationships*, 17, 331-343.
- 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 Family Psychology*, 17, 557-570.
- Dehshiri, G., & Mousavi, S. F. (2016). [Psychometric Properties of the Persian Version of the Relationship Assessment Scale among Couples]. *Journal of Family Research*, 12(1) 141-154 [in Persian].

- Doss, B., Simpson, L. & Christensen, A. (2004). Why do couple seek marital therapy? *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(6), 608-614.
- Elinaman, T. (2004). Resolving conflict in marriage. Family life, communications in corporate. *Retrieved from: www.findarticle.com*
- Fincham, F. (2003). Marital conflict: structure and content. *American Psychological Society*, 12, 10- 24.
- Fincham, F. D., Paleari, G., & Regalia, C. (2002). Forgiveness in marriage: The role of relationship quality, attributions, and empathy. *Journal of Personal Relationships*, 9, 27-37.
- Gerard, J. A., & Buehler, C. (2003). Marital conflict: Parent-child relations and young maladjustment. *Family Process*, 38(1), 105-116.
- Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (2013). *Family therapy an Overview*. 8th edition. New York: Brooks/Cole. & Thomson.
- Guilford, J. P. (1956). *Psychometric Method*. New York: MacGraw-Hill.
- Harway, M. (2005). *Handbook of Couple Therapy*. Canada: Wiley.
- Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 229-235.
- Kaiser, H. F., & Cerny, B. A. (1977). A study of a measure of sampling adequacy for factor analytic correlation matrices. *Multivariate Behavioral Research*, 12, 43-47.
- Khodayarifard, M., Shahabi, R., Akbari Zardkhaneh, S. (2007). [Relationship between Religious Attitude and Marital Satisfaction]. *Journal of Family Research*, 3(10) 611-620 [in Persian].
- Khojasteh, M. R., Koraei, A., & Rajabi, G. (2009). [Studying a Proposed Model for the Antecedents and Consequences of Forgiveness in Marriage]. *Journal of Modern Psychological Research*, 4(16), 135-162 [in Persian].
- O'Farrell, T. J., Hooley, J., Fals-Stewart, W., & Cutter, H. S. G. (1998). Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 744-752.
- Oh, K. J., Lee, S. & Park, S. H. (2011). The Effects of Marital Conflict on Korean Children's Appraisal of Conflict and Psychological Adjustment. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 444-451.
- Reichenberg, L. W. (2015). *DSM-5 Essentials: The Savvy Clinician's Guide to the Changes in Criteria*. New Jersey: Wiley.
- Satir, V. (1988). *Making Contact*. (B. Birashk, Trans.). Tehran: Roshd Publication [in Persian].
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. J. (2010). *Structural Equation Modeling* (V. Ghasemi, Trans.). Tehran: Sociologists Publication [in Persian].
- Snyder, D. K., Castellani, A. M., & Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annual Review of Psychology*, 57, 317-344.
- Suls, J., & Bund, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131(2), p 260-300.
- Teimoori Asfichi, A., Qolamali Lavasani, M., & Bakhshayesh, A. (2013). [Predicting Marital Satisfaction on the Basis of Attachment Styles and Differentiation of Self]. *Journal of Family Research*, 8(4) 441-463 [in Persian].

- Whisman, M. A. (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: Results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 701–706.
- Whisman, M. A. (2001). Marital adjustment and outcome following treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 125–129.
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM–IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 638–643.
- Whisman, M. A., Beach, S. R. H., & Snyder, D. K. (2008). Is marital discord taxonic and can taxonic status be assessed reliably? Results from a national, representative sample of married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 745–755.
- Whisman, M. A., & Bruce, M. L. (1999). Marital distress and incidence of major depressive episode in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 674–678.
- Whisman, M. A., Snyder, D. K., & Beach, S. R. H. (2009). Screening for marital and relationship discord. *Journal of Family Psychology, 23*, 247–254.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation, Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health, 8*, 94–104.
- Yong, M. E. & Long, L. L. (1998). *Counseling and therapy for couples*, New York: Brooks/Cool Publisher Company. P 69-72.

