



مقایسه اثربخشی زوج درمانی خودتنظیم‌گری-دلبستگی و زوج درمانی سیستمی - رفتاری بر عملکرد خانواده در زنان دارای همسر وابسته به مواد*

فاطمه شیری^۱، محمود گودرزی^۲، امید مرادی^۳، حمزه احمدیان^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۱/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۵/۰۸

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی زوج درمانی خود تنظیم‌گری-دلبستگی و زوج درمانی سیستمی-رفتاری بر عملکرد خانواده زنان دارای همسر وابسته به مواد بود. **روش:** پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری زنان دارای همسر وابسته به مواد مراجعه کننده به مرکز مشاوره ویژه زنان در شهر سمنان بود. در میان آن‌ها، ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار سنجش خانواده استفاده شد. یک گروه آزمایش زوج درمانی خودتنظیم‌گری-دلبستگی و گروه دیگر آزمایش زوج درمانی سیستمی-رفتاری دریافت کردند. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس آمیخته تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که هر دو رویکرد بر عملکرد خانواده اثربخش بودند. این تاثیر در مرحله پیگیری پایدار بود. همچنین نتایج مقایسه نشان داد که بین گروه‌های زوج درمانی تفاوت معنادار وجود داشت. زوج درمانی سیستمی-رفتاری در مقایسه با زوج درمانی خودتنظیم‌گری-دلبستگی بر بهبود عملکرد خانواده موثرتر بود. **نتیجه‌گیری:** در روابط زوجی فنون درمان سیستمی-رفتاری می‌تواند ابعاد مختلفی را پوشش داده و به شدت با تاثیر بر تنظیم هیجانی روابط را متاثر سازد.

کلیدواژه‌ها: زوج درمانی خودتنظیم‌گری-دلبستگی، زوج درمانی سیستمی-رفتاری، عملکرد خانواده

* این مقاله بر گرفته از رساله دکتری مشاوره نویسنده اول می‌باشد

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه مشاوره خانواده، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران، پست الکترونیک: mg.sauc@gmail.com

۳. استادیار، گروه مشاوره خانواده، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

مقدمه

امروزه اعتیاد سرپرست خانواده به یک معضل جدی برای جوامع بشری تبدیل شده است که روز به روز بر میزان آن افزوده می‌شود و کشور ایران نیز از شیوع و خطرات آن مصون نمانده است. فرد معتاد در طول اعتیادش از خانواده‌ی خود جدایی عاطفی پیدا کرده و به نیازهای خانوادگی و خصوصاً همسر خود بی‌توجه است و لذت و رضایت خود را از مواد کسب می‌کند. در اشکال پیچیده‌تر و عمیق‌تر آن می‌توان طلاق عاطفی را شاهد بود (آرمان‌پناه، سجادیان و نادى، ۱۳۹۹). زنان دارای همسر معتاد علاوه بر امور خانه‌داری و تربیت فرزندان ناگزیر هستند مسائل مالی و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده بگیرند. همچنین در معرض انواع آسیب‌های سوء مصرف مواد مخدر نیز می‌باشند. شواهد تلخ از گسستگی‌های عاطفی، طلاق و از هم پاشیدگی کانون خانواده از عوارض اعتیاد به شمار می‌رود. با توجه به ساختار این خانواده‌ها، فقدان ارتباطات صحیح بین زوجین، آشفتگی‌ها و کشمکش‌های بین اعضای خانواده اثبات می‌شود. در نتیجه، این عوامل موجب اختلال در عملکرد این خانواده‌ها می‌شوند (محمدی‌فر، طالبی و طباطبایی، ۱۳۸۹).

عملکرد خانواده بر اساس مدل مک‌مستر مبتنی بر رویکرد سیستمی است که ساختار، سازمان و الگوی تبدلی واحد زناشویی را توصیف می‌کند و اجازه می‌دهد که روابط خانوادگی یا زناشویی در یک طیف سطحی، از وضعیت سلامت تا اختلال شدید روانی مورد آزمایش قرار گیرد. مدل مک‌مستر ابعاد مهمی از عملکرد خانواده را که غالباً نمود بالینی پیدا می‌کنند مورد توجه قرار می‌دهد (بوترهون دی‌هان، هافکوست، لاورینس، ساویر و زوبریک، ۲۰۱۵). عملکرد موفق و سالم در خانواده‌هایی با روابط روشن ایجاد می‌شود که نقش‌ها به خوبی تعریف شده و دارای انسجام و تنظیم مناسب هیجانات باشند. در مقابل عملکرد ضعیف خانواده در خانواده‌هایی با سطوح بالای تعارض، بدتنظیمی و کنترل ضعیف احساسات و رفتار ایجاد می‌شود (لواندوسکی، پالرمو، استینسون، هندلی و چمبرز، ۲۰۱۰). نتایج حاصل از یک پژوهش نشان داد که عملکرد خانواده گروه وابسته

به مواد مخدر در همه حیطه‌ها شامل عملکرد کلی، ارتباطات، آمیختگی عاطفی، ایفای نقش، حل مسئله، همراهی عاطفی و کنترل رفتار، به شکل معنی داری نامناسب‌تر از گروه سالم بود (میرزایی علویجه، نصیرزاده، اسلامی، شریفی راد و حسن‌زاده، ۱۳۹۲). زنان دارای همسر معتاد، در معرض اختلالات روانشناختی مانند افسردگی و اضطراب هستند (کیشور، لاکشمی و پاندیت^۱، ۲۰۱۲).

امروزه درمانگران با موضوعات گوناگون و پیچیده‌ای در ساختارهای خانوادگی و زوجی مواجه هستند و درمان‌های تک بعدی به تنهایی نتوانسته‌اند روابط خانوادگی را با همه پیچیدگی‌های آن در نظر بگیرند (هالفورد و اسناید^۲، ۲۰۱۲). با توجه به پیچیدگی و چند جانبه بودن مشکلات زنان دارای همسر معتاد و محدودیت رویکردهای تک مکتبی برای تاثیر بیشتر و ماندگارتر درمان زوجین و اینکه پژوهشی مبنی بر اثربخشی این دو رویکرد انتخابی بر عملکرد خانواده انجام نشده است، دو رویکرد تلفیقی در این پژوهش انتخاب شد. همچنین در مورد علت انتخاب این دو رویکرد می‌توان گفت از آنجایی که بر اساس پژوهش‌های انجام شده حدود ۷۸ درصد مشکلات زوج‌های جوان در نوع ارتباط آن‌ها نهفته است (بلامر و مورفی^۳، ۲۰۱۱)؛ هر دو رویکرد مورد استفاده در این پژوهش روابط زوجین را مورد مداخله قرار داده‌اند.

یکی از مدل‌های تلفیقی زوج درمانی خود تنظیم‌گری-دلبستگی می‌باشد. این مدل درمانی از تلفیق و یکپارچه‌سازی مفاهیم نظری و اصول درمانی دو نظریه خود تنظیم‌گری و دلبستگی توسط سپهوند، رسول زاده طباطبایی، بشارت و الهیاری، در سال ۱۳۹۳ ساخته شده است. افراد باسبک دلبستگی ایمن در مواجهه با مشکلات زندگی از روش‌های بهتری برای حل مسئله استفاده می‌کنند و رفتارهای طردکننده کمتری را در برابر همسرشان از خود نشان می‌دهند. افراد با سبک دلبستگی اضطرابی و اجتنابی در تعارض زناشویی، رفتارهای منفی و ناکارآمد دارند (چونگ و گیل^۴، ۲۰۰۹). زوج درمانی تلفیقی مبتنی بر خود تنظیم‌گری-دلبستگی عبارت است از تغییر رفتارها، شناخت‌ها و هیجان‌های زوجین

توسط خود آن‌ها که با بازسازی و گسترش سبک‌های دلبستگی به کمک درمانگر و ایجاد یک فضای تعاملی ایمن میان آن‌ها تسهیل می‌شود (سپهوند و همکاران، ۱۳۹۳). برنامه زوج درمانگری تلفیقی خود تنظیم‌گری-دلبستگی با حذف چرخه‌های تعاملی منفی و تنظیم هیجانات منفی زوجین و رشد صلاحیت‌های خود تنظیم‌گری آنان برای دستیابی به اهداف خود تغییری، آشفتگی و تنش بین زوجین را کاهش می‌دهد. همچنین این برنامه زوج درمانگری بر نقش حمایت و مراقبت در رضایت از روابط زوجی تمرکز دارد. در نتیجه، روابط ایمن در رابطه زوجی را ارتقاء می‌بخشد (سپهوند، رسول زاده طباطبایی، بشارت و الهیاری (۱۳۹۴). نتایج پژوهش‌ها حاکی از تاثیر مثبت زوج درمانی خود تنظیم‌گری-دلبستگی است. آراین فر و اعتمادی (۱۳۹۶) نشان دادند که زوج درمانی خود تنظیم‌گری-دلبستگی موجب افزایش سازگاری زناشویی و ابعاد آن شامل افزایش ابراز محبت بین زوجین، رضایت زناشویی، همبستگی زناشویی و توافق زناشویی می‌گردد. سپهوند و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که زوج درمانی خود تنظیم‌گری-دلبستگی در افزایش سلامت روانی زوجین موثر است. نتایج پژوهش جعفری، جعفری و حسینی (۱۳۹۶) نشان داد که آموزش توانمندسازی روانشناختی موجب کاهش اضطراب و ارتقاء کارکردهای اجرایی (برنامه‌ریزی، سازماندهی و حل مسئله) در زنان دارای همسر معتاد می‌شود. در پژوهش دیگری، اصغری، قاسمی جوینه، حسینی صدیق و جامعی (۱۳۹۵) نشان دادند که آموزش ذهن آگاهی در افزایش تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در زنان دارای همسر معتاد موثر است. رتال جامع علوم انسانی

یکی دیگر از رویکردهای تلفیقی موثر بر روابط زوجین، زوج درمانی سیستمی-رفتاری می‌باشد. زوج درمانی سیستمی-رفتاری در سال ۱۹۹۰ توسط کرو و ریدلی^۱ در انگلستان معرفی شد. این رویکرد کاربردی است و تلفیقی از زوج درمانی رفتاری استوارت و زوج درمانی سیستمی مینوچین است و برای تغییر فرایند تعامل زوج‌ها و کمک به حل مشکلات آنان بکار می‌رود (به نقل از اسنایدر و بالدراما-دوربین^۲، ۲۰۱۲). در اصل درمانگر یک مدل خودیاری با جهت‌یابی ویژه فراهم می‌کند که زوجین بتوانند تکنیک‌های درمان را به

1. Crowe & Ridley

2. Snyder & Balderrama-Durbin

موقعیت خانه منتقل کنند (کرو و ریدلی، ۱۳۹۵). تکنیک‌های مورد استفاده در زوج درمانی سیستمی-رفتاری، ترکیبی از تکنیک‌های زوج درمانی رفتاری و سیستمی است. انتخاب مداخلات سیستمی یا رفتاری متناسب با هر مرحله تعیین شده و با اصطلاح «سطوح متناوب سلسله مراتب مداخله» تعریف می‌شود (کرو و ریدلی، ۱۹۹۰). بر اساس شواهد پژوهشی، زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری در افزایش بهزیستی روانی زوجین (یوسف‌زاده، فرزاد، نوابی‌نژاد و نورانی‌پور، ۱۳۹۶)، افزایش سازگاری زناشویی، کاهش مشکلات زناشویی و استفاده مناسب از هیجان‌ات مثبت و منفی در ارتباط زوجین (گودرزی و بوستانی‌پور، ۱۳۹۲)، بهبود مهارت‌های ارتباطی و سازگاری زوجین (ساکي، یونسی، شارت و جعفری، ۱۳۹۵) و افزایش میل جنسی زوجها (بوستانی‌پور، ۱۳۸۸) موثر بوده است. همچنین نتایج پژوهش گودرزی (۱۳۹۲) نشان داد که زوج درمانی با رویکرد ارتباطی باعث کاهش میزان دلزدگی زناشویی می‌شود. نتایج پژوهش چرای، گودرزی و اکبری (۱۳۹۸) نشان داد که دو مدل زوج درمانی با رویکرد ایماگو‌تراپی و یکپارچه‌نگر فلدمن باعث افزایش صمیمیت زناشویی و کاهش تعارض زناشویی شده است.

بر اساس نتایج پژوهش انجام شده در زوجین مطلقه، اعتیاد به مواد مخدر از جمله عوامل اجتماعی موثر بر طلاق شناخته شده است (مشکی، شاه قاسمی، دلشاد نوقابی، ۱۳۹۰). آمار رسمی طلاق، به طور کامل میزان ناکامی زوجین در زندگی زناشویی را نشان نمی‌دهد. زیرا در بسیاری از خانواده‌ها، زن و مرد در کنار هم به سردی زندگی می‌کنند اما به دلایل مختلف از جمله وجود فرزندان و فقدان حمایت مالی و اجتماعی، از نظر قانونی تقاضای طلاق نمی‌کنند ولی ادامه زندگی با آسیب‌های جدی همراه است. نتایج یک پژوهش نشان داد که ۳۴ درصد از زنان دارای همسر معتاد سالم، ۵۸ درصد دارای روان رنجوری و ۸ درصد دارای روان‌پریشی بوده‌اند و در کل بین وضعیت سلامت روانی زنان دارای همسر معتاد و سالم تفاوت معناداری وجود دارد (توده رنجبر و عراقی، ۱۳۹۷). زنان دارای همسر معتاد در مقایسه با زنان دارای همسر سالم آمار بیشتری در ابتلا به اختلالات روانی مانند اضطراب، افسردگی و عزت نفس پایین به خود اختصاص داده‌اند. همچنین مسائل و مشکلات رفتاری بیشتری از جمله مصرف مواد، رابطه فرازناشویی، تجربه خشونت فیزیکی

از سوی همسر، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی نسبت به گروه شاهد را گزارش کردند که ضرورت تدوین برنامه‌های پیشگیرانه ویژه زنان دارای همسر معتاد را ایجاب می‌کند (رفیعی و همکاران، ۱۳۹۳). با توجه به افزایش آمار پدیده اعتیاد سرپرست خانواده و اختلال در ابعاد عملکرد خانواده، جهت کمک به حل مشکلات زنان دارای همسر معتاد پژوهش حاضر، با هدف مقایسه اثربخشی زوج درمانی خود تنظیم‌گری-دلبستگی و زوج درمانی سیستمی-رفتاری بر بهبود عملکرد خانواده و در پاسخ به این سوال انجام شد که آیا بین اثربخشی دو رویکرد زوج درمانی خود تنظیم‌گری-دلبستگی و سیستمی رفتاری بر عملکرد خانواده زنان دارای همسر معتاد تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با دو گروه آزمایش، یک گروه گواه بود. جامعه آماری زنان دارای همسر معتاد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره ویژه زنان تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی کردستان در شهرستان سنندج در سال ۱۳۹۸ بود. بدین ترتیب برای شروع مطالعه ابتدا، کد اخلاق IR MUK. REC.1398.104 از واحد پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کردستان اخذ شد. سپس در مرکز مشاوره ویژه زنان که شرایط مداخله و آموزش را داشت و زنان دارای همسر معتاد در این مرکز پرونده داشتند؛ اطلاع‌رسانی شد و از افرادی که جهت شرکت در پژوهش اظهار علاقه‌مندی کرده بودند، لیستی تهیه شد. در مرحله بعد جهت انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد، تعداد ۴۵ نفر از افراد متقاضی که ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بودند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، اعتیاد همسر به مواد مخدر، حداقل میزان تحصیلات سیکل و توانایی تکمیل پرسش‌نامه‌ها، عمر ازدواج حداقل ۲ سال، توانایی شرکت در جلسات، داشتن حداقل یک فرزند، و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل شرکت همزمان در جلسات درمانی دیگر، استفاده از داروهای روان‌پزشکی، طلاق قانونی و عدم حضور در جلسات بود. برای گروه اول برنامه زوج درمانی خود تنظیم‌گری-

دلبستگی سپهوند و همکاران (۱۳۹۳) به میزان ۸ جلسه، و گروه دوم برنامه سیستمی-رفتاری کرو و ریدلی (۱۳۹۵) به میزان ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار اجرا شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش نظیر رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات، جلب رضایت و تمایل برای شرکت در پژوهش، حق انتخاب برای ادامه یا انصراف از شرکت در جلسه‌های مداخله یا پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها رعایت شد. برای رعایت موازین اخلاقی برای گروه گواه پس از پایان پژوهش ۱۰ جلسه زوج درمانی سیستمی-رفتاری اجرا شد. شرح جلسات مداخله در جداول ۱ و ۲ آمده است.

جدول ۱: طرح درمان زوج درمانگری تلفیقی مبتنی بر خودتنظیم‌گری-دلبستگی سپهوند و همکاران (۱۳۹۳)

عنوان جلسه	اهداف و محتوای جلسه
۱ ارزیابی اولیه	آشنایی و مقدمات، بیان ساختار جلسه، بررسی انگیزه درمان، بررسی جنبه‌های خشونت آمیز رابطه و آسیب‌شناسی فردی، اجرای پیش‌آزمون، ارزیابی سطح آشفتگی، سبک‌های دلبستگی، زمینه‌های مهم تضاد و زمینه‌های تغییر، خلاصه کردن نگرانی‌های فردی، مذاکره در مورد ارزیابی که باید قبل از جلسه بعدی انجام شود.
۲ ادامه ارزیابی	مرور مطالب جلسه قبل و مذاکره پیرامون موضوعات مورد بحث در جلسه، ارزیابی تعامل زوج با همسر، خلاصه کردن روند رشد تا این مرحله.
۳ شناسایی چرخه تعامل منفی و رفتارهای مربوط به دلبستگی	ارزیابی مشکل و موانع دلبستگی، درک و شناسایی چرخه‌های تعامل منفی، بررسی نقش عملکرد رفتاری زوج در حفظ یا وخیم‌تر کردن ناایمنی و نارضایتی، بررسی نقش مراقبت‌کننده و مراقبت‌جوینده، تبیین تغییر و انعطاف-پذیری سبک‌های دلبستگی.
۴ تحلیل و تغییر هیجانات	بازکردن تجربه‌های برجسته مربوط به دلبستگی، پذیرش احساسات تصدیق نشده بنیادی، پذیرش چرخه تعامل توسط زوجین،
۵ درگیری هیجانی	افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی، ابراز و پذیرش هیجانات، ارتقای روش‌های جدید تعامل، تمرکز روی خود نه دیگری، ارائه تکلیف خانگی ابراز خواسته و آرزوها در حضور همسر.
۶ بازخورد و مذاکره در مورد اهداف	مشخص کردن نقاط قوت و ضعف ارتباط، رفتارهای ناایمن‌کننده ارتباط، عوامل شروع‌کننده و تداوم بخش مشکلات ارتباط، ارائه مدل مشارکتی و

جدول ۱: طرح درمان زوج درمانگری تلفیقی مبتنی بر خودتنظیم‌گری-دلبستگی سپهوند و همکاران (۱۳۹۳)

عنوان جلسه	اهداف و محتوای جلسه
ارزیابی خود	کاربردی درمانگر درباره ارتباط که مبتنی بر نکات فوق باشد تعیین اهداف
تغییری کوتاه مدت	احتمالی و ارزیابی مهارت‌های سطح بالای خودتنظیم‌گری زوجین.
۷ اجرای خودتغییری کوتاه مدت و	بحث درباره خودتغییری در زوجین، ارزیابی تأثیر خودتغییری بر رابطه‌شان، تحلیل تعامل‌های زوجین بین جلسات و توجه به انجام اهداف خودتغییری
حمایت از آن	مشخص شده در جلسات قبل، تقویت و برانگیختن خودتغییری.
۸ ادامه خودتغییری، جمع‌بندی و اختتام	کمک به همسران برای خودتنظیم‌گری در شیوه رفتاری، فکری و احساس افراد نسبت به یکدیگر، هدف‌گذاری‌های طبیعی در منزل و تعمیم آموخته‌ها به خارج از جلسه درمانی، رسیدن به این نتیجه که برای سرزندگی، نیازی به درمان‌گر نیست و تغییر خود مهمتر از تغییر همسر است.

طرح زوج درمانی سیستمی-رفتاری کرو و ریدلی به تفکیک جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: طرح درمان زوج درمانی سیستمی-رفتاری کرو و ریدلی (۱۳۹۵)

ردیف	عنوان جلسه	محتوای جلسه	اهداف جلسه
۱	ارزیابی	آشنایی و مقدمات، شرح حال، فرضیه- ارزیابی مشکل و الگوی تعامل بین سازی، شناسایی کارکرد علامت	فردی، تعیین اهداف
۲	گفتگوی متقابل	بیان انتظارات، آموزش مهارت‌های گفتگو، (گوش دادن، ساده کردن درخواستها، تبدیل شکایت به خواسته)، ارائه تکلیف	تعمیل فعلی و بهبود گفتگو
۳	آموزش ارتباط(۱)	پیام‌های روشن و متناسب، همدلی، آموزش مهارت‌های ارتباطی کلامی و مهارت حل مساله، ارائه تکلیف	غیر کلامی
۴	آموزش ارتباط(۱)	تمرکز بر موضوع اصلی، بازخورد توانایی در شناسایی و ابراز صحیح تعامل، بیان احساسات	احساسات
۵	تفکر سیستمی	زنجیره رفتار تکرار، فرمول بندی مجدد، چرخشی بودن قوانین حاکم بر زنجیره‌ها، هماهنگی در تعامل	شناخت و گست از الگوی تعاملی جاری

جدول ۲: طرح درمان زوج درمانی سیستمی - رفتاری کرو و ریدلی (۱۳۹۵)

ردیف	عنوان جلسه	محتوای جلسه	اهداف جلسه
۶	مفاهیم سیستمی	اتحادها، مرزها، سلسله مراتب، نزدیکی و آشنایی با قواعد سیستم	
		فاصله	
۷	مداخلات ساختاری	تمرکز بر موضوعات جزئی - چالش با توانایی بازسازی ساختارناکارآمد فرضیه‌ها، تمرکز بر میزان تعامل، تندیس سازی	
۸	مداخلات سیستمی	فرمول بندیها، جداول زمانبندی، ارائه استفاده از جایگزین‌ها برای مشکلات تکلیف خانگی	خاص
۹	روابط جنسی	تعامل رابطه جنسی و رابطه کلی	تمایز بین مشکلات جنسی و عوامل دخیل در عدم علاقه
۱۰	جلسه پایانی	مرور مهارت‌های تعام موثر، جلسه بانک ارزیابی میزان پیشرفت	

ابزار

۱- پرسش‌نامه سنجش عملکرد خانواده مک مستر: این پرسش‌نامه توسط اپستاین، بالدوین و بیشاب (۱۹۸۳) بر پایه مدل مک مستر تهیه شده است. دارای ۶۰ سوال و شش خرده‌مقیاس (حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، آمیختگی عاطفی، کنترل رفتار و پاسخ‌گویی عاطفی) می‌باشد. حل مسئله توانایی خانواده در حل مشکلات از قبیل مسائل علمی و روزمره زندگی مانند تهیه غذا، مسکن، پوشاک و تامین بودجه خانواده در حد کفایت و نیز مشکلات عاطفی مثل خشونت یا عدم اعتماد بین اعضای خانواده را اندازه‌گیری می‌کند. ارتباط توانایی خانواده در تبادل اطلاعات به ویژه ارتباطات کلامی و غیر کلامی به صورت آشکار و غیر آشکار یا صریح و غیر صریح را می‌سنجد. نقش‌ها الگوهای تکراری رفتار افراد خانواده را اندازه‌گیری می‌کند. به عبارت دیگر نقش به رفتارهای توصیه شده و تکراری موجود در مجموعه‌ای از فعالیت‌های دو جانبه با سایر اعضای خانواده گفته می‌شود. آمیختگی عاطفی مشارکت و درگیر بودن اعضای خانواده با یکدیگر به لحاظ عاطفی را اندازه‌گیری می‌کند. این خرده‌مقیاس به درجه و کیفیت علاقه و نگرانی اعضای خانواده نسبت به هم مربوط است. کنترل رفتار قواعدی که خانواده بر اساس آن‌ها گذران امور می‌کند را می‌سنجد. همچنین میزان تاثیری که اعضای خانواده بر

یکدیگر دارند را بررسی می‌کند. پاسخ‌گویی عاطفی چگونگی واکنش عاطفی خانواده در روابطش مورد مطالعه قرار می‌گیرد و این که آیا خانواده توانایی ابراز عواطف مختلف را دارد یا خیر. نمره کل پرسش‌نامه نشان‌دهنده عملکرد خانواده است. نمره هر سؤال بین $1 =$ کاملاً موافق، تا $4 =$ کاملاً مخالف خواهد بود. و عباراتی که توصیف‌کننده عملکرد ناسالم هستند، یعنی ۱، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۷، ۳۹، ۴۱، ۴۲، ۴۴، ۴۵، ۴۷، ۴۸، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۸ نمره معکوس می‌گیرند. سؤالات هر بعد با هم جمع می‌شوند و نشان‌دهنده عملکرد خانواده در آن بعد است و نمره کمتر نشانگر عملکرد سالم‌تر خانواده در بعد مربوطه است. ضریب آلفای کل و خرده‌مقیاس‌های آن در دامنه‌ی ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (رحیمی‌نژاد و پاک‌نژاد، ۱۳۹۳). در پژوهش زاده‌محمدی و ملک خسروی (۱۳۸۵) ضریب آلفای کرونباخ کل، ۰/۷۱ و خرده‌مقیاس‌های حل مسئله ۰/۷۲، ارتباطات در خانواده ۰/۷۰، نقش‌ها و مسئولیت‌ها در خانواده ۰/۷۱، آمیختگی عاطفی در خانواده ۰/۷۴، کنترل رفتار در خانواده ۰/۶۶ و پاسخ‌گویی عاطفی در خانواده ۰/۷۸ گزارش شد. در پژوهش دیگری، اپشتاین (۲۰۰۱)، حداقل ضریب آلفا را ۰/۷۵ گزارش نمود (به نقل از: ساعتچی، کامکاری و عسگریان، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین (انحراف استاندارد) سن گروه آزمایش خودتنظیم‌گری-دلبستگی ۳۳ (۶/۶۵) سال و گروه آزمایش سیستمی-رفتاری ۳۴/۴ (۵/۹۶) سال و گروه گواه ۳۶/۲ (۶) سال بود. طول مدت ازدواج ۵-۲ سال ۹ درصد، ۹-۶ سال ۱۸ درصد، بیشتر از ۹ سال ۷۳ درصد. تعداد فرزندان یک فرزند ۲۲ درصد، دو فرزند ۶۰ درصد، بیشتر از دو فرزند ۱۸ درصد. و کلیه شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی عملکرد خانواده و مولفه‌های آن به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	نوع آزمون	خودتنظیم‌گری -		گواه		سیستمی رفتاری
		میانگین	انحراف- استاندارد	میانگین	انحراف- استاندارد	
حل مسئله		۲۱/۵۳	۱/۵۱	۲۱/۹۳	۱/۳۳	۲۱/۸۶
نقش‌ها		۲۸/۸۷	۲/۵۰	۳۲/۰۷	۱/۶۷	۳۲/۰۳
پاسخ‌گویی عاطفی	پیش- آزمون	۲۶/۲۰	۱/۵۲	۲۷/۶۷	۱/۳۵	۲۷/۶۷
ارتباط		۲۳/۶	۲/۵۰	۲۳/۴۷	۲/۱۳	۲۳/۳۳
آمیزش عاطفی		۲۶/۳۳	۱/۶۸	۲۷/۶۷	۲/۷۴	۲۷/۶۷
کنترل رفتار		۴۴/۲۷	۲/۳۷	۴۶/۶۷	۲/۱۶	۴۷/۵۳
عملکرد کلی		۳۳/۲۲	۱/۵۷	۳۰/۲۵	۲/۱۲	۳۵/۲۲
حل مسئله		۱۰/۵۳	۲/۷۰	۲۱/۴۰	۱/۴۵	۷/۲۷
نقش‌ها		۱۵/۲۷	۲/۱۵	۲۸/۹۳	۲/۸۹	۱۰/۶۷
پاسخ‌گویی عاطفی		۱۲/۹۳	۱/۶۲	۲۶/۳۳	۱/۵۴	۹/۴۷
ارتباط	پس-	۱۱/۴۷	۱/۵۱	۲۳/۲۷	۲/۴۰	۸/۴۰
آمیزش عاطفی	آزمون	۱۲/۴۷	۱/۳۰	۲۶/۲۷	۱/۶۷	۹/۴۷
کنترل رفتار		۲۲/۰۶	۲/۰۹	۴۴/۲۰	۲/۲۷	۱۵/۶
عملکرد کلی		۳۰/۲۲	۲/۲۵	۲۹/۳۵	۲/۲۸	۲۸/۲۶
حل مسئله		۱۲/۹۳	۵/۰۶	۲۱/۶۰	۱/۴۰	۷/۵۳
نقش‌ها		۱۷/۲۷	۲/۰۲	۲۸/۱۳	۲/۳۷	۱۲/۰۰
پاسخ‌گویی عاطفی		۱۵/۶۷	۱/۳۵	۲۶/۲۰	۱/۵۲	۹/۸
ارتباط	پیگیری	۱۳/۱۳	۰/۹۲	۲۳/۴۷	۲/۳۹	۹/۸
آمیزش عاطفی		۱۴/۶۰	۱/۴۰	۲۶/۴۷	۱/۴۶	۱۰/۴۷
کنترل رفتار		۲۴/۷۳	۱/۷۹	۴۴/۷۳	۲/۳۷	۱۶
عملکرد کلی		۳۱/۳۲	۲/۵۵	۳۲/۳۲	۱/۵۷	۳۰/۳۲

یکی از مفروضه‌های آزمون پارامتریکی نرمال بودن توزیع متغیرهاست. نتایج آزمون شاپیروویلکز نشان داد تمام متغیرها دارای توزیع نرمال هستند ($P > ۰/۰۵$). جهت بررسی

برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد تمامی متغیرها در هر سه مرحله اندازه‌گیری واریانس‌های برابر دارند ($P > 0/05$). نتایج آزمون باکس نیز نشان داد برابری ماتریس واریانس-کواریانس برقرار است. بنابراین تحلیل واریانس آمیخته انجام شد. با توجه به این که فرض کرویت ماجلی رد شد بنابراین از آزمون گرین‌هاوس-گیسر برای بررسی اثرات درون گروهی استفاده شد. در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی اثرات درون گروهی متغیر عملکرد خانواده در مقایسه اثربخشی زوج درمانی خود تنظیم‌گری-دلبستگی و زوج درمانی سیستمی-رفتاری ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی اثرات درون گروهی متغیر عملکرد خانواده

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	معناداری	ضریب اتا
زمان	۱۴۰۶۷۹/۸۳	۱/۵۷	۸۹۵۵۵/۳۷	۱۸۸۰/۵۸	۰/۰۰۰۵	۰/۹۸
اثر تعاملی زمان و گروه	۶۰۹۶۳/۷۴	۳/۱۴	۱۹۴۰۴/۴۱	۴۰۷/۴۷	۰/۰۰۰۵	۰/۹۵
خطا	۳۱۴۱/۸۶	۶۵/۹۷	۴۷/۶۲	-	-	-

همانگونه که مشاهده می‌شود بین نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد ($F = 1880/58, P < 0/001$). هم‌چنین اثر متقابل زمان و گروه نیز معنادار است ($F = 407/47, P < 0/001$).

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی اثرات بین گروهی متغیر عملکرد خانواده

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	ضریب اتا
(گروه)	۱۲۷۰۳۴/۷۲	۲	۶۳۵۱۷/۳۶	۱۱۳۰/۹۶	۰/۰۰۰۵	۰/۹۸
خطا	۲۳۵۸/۸۰	۴۲	۵۶/۱۶	-	-	-

همانگونه که مشاهده می‌شود بین میانگین‌های سه گروه تفاوت وجود دارد. به منظور بررسی الگوهای تفاوت از آزمون بونفرونی استفاده شد.

جدول ۶: نتایج حاصل از آزمون بونفرونی برای بررسی الگوهای تفاوت

معناداری	انحراف استاندارد	تفاضل میانگین‌ها	گروه ۲	گروه ۱
۰/۰۰۰۵	۱/۵۷۹	-۵۵/۷۳	گواه	خودتنظیم‌گری-دلبستگی
۰/۰۰۰۵	۱/۵۷۹	۱۵/۷۷	سیستمی-رفتاری	
۰/۰۰۰۵	۱/۵۷۹	۵۵/۷۳	خودتنظیم‌گری-دلبستگی	گواه
۰/۰۰۰۵	۱/۵۷۹	۷۱/۵۱	سیستمی-رفتاری	
۰/۰۰۰۵	۱/۵۷۹	-۱۵/۷۷	خودتنظیم‌گری-دلبستگی	سیستمی-رفتاری
۰/۰۰۰۵	۱/۵۷۹	-۷۱/۵۱	گواه	

نتایج حاصل از مقایسه دو به دو گروه‌ها نشان می‌دهد میانگین نمرات عملکرد خانواده گروه زوج درمانی سیستمی-رفتاری از زوج درمانی دلبستگی کمتر است. هم‌چنین بین هر کدام از گروه‌های زوج درمانی با گروه گواه تفاوت وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). هر دو گروه زوج درمانی بهتر از گروه گواه عمل کردند. شکل ۱ تغییرات نمودار متغیر عملکرد خانواده را در طی سه مرحله نشان می‌دهد.



نمودار ۱: نمودار تعاملی اثربخشی زوج درمانی خودتنظیم‌گری-دلبستگی و سیستمی-رفتاری در شکل ۱ نمودارها نشان می‌دهند متغیر عملکرد خانواده در گروه زوج درمانی خودتنظیم‌گری-دلبستگی و گروه زوج درمانی سیستمی-رفتاری در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون خود گروه‌ها و نسبت به گروه گواه کاهش یافته و این کاهش در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است. ولی در گروه گواه تغییری مشاهده نمی‌شود. تغییر

عملکرد خانواده در گروه زوج درمانی سیستمی رفتاری بیشتر از گروه خودتنظیم‌گری-دلبستگی است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی زوج درمانی خودتنظیم‌گری-دلبستگی و زوج درمانی سیستمی-رفتاری بر عملکرد خانواده بود. نتایج پژوهش حاکی از تاثیرگذاری هر دو رویکرد زوج درمانی بر بهبود عملکرد خانواده بود. این تاثیر در مرحله پیگیری سه ماهه نیز ماندگار بود. همچنین نتایج مقایسه نشان داد که بین اثربخشی زوج درمانی خودتنظیم‌گری-دلبستگی و زوج درمانی سیستمی-رفتاری بر عملکرد خانواده تفاوت معنی‌داری وجود داشت و زوج درمانی سیستمی-رفتاری در مقایسه با زوج درمانی خودتنظیم‌گری-دلبستگی اثربخشی و تداوم اثر بیشتری بر بهبود عملکرد خانواده داشت. در خصوص تبیین اثربخشی زوج درمانی خودتنظیم‌گری-دلبستگی بر عملکرد خانواده همسو با پیشینه پژوهش (آرین فر و همکاران، ۱۳۹۶؛ سپهوند و همکاران، ۱۳۹۳؛ سپهوند و همکاران، ۱۳۹۴؛ جعفری و همکاران، ۱۳۹۷؛ و اصغری و همکاران، ۱۳۹۵) می‌توان گفت که زوج درمانی خودتنظیم‌گری-دلبستگی با ایجاد سبک دلبستگی ایمن فضایی مطمئن همراه با امنیت را برای زنان دارای همسر معتاد ایجاد می‌کند. از طرفی دیگر عملکرد خانواده مناسب نیازمند اعتماد و امنیت افراد در روابط با یکدیگر است. افراد دارای سبک دلبستگی ایمن می‌توانند در ارتباط با اعضای خانواده، ایفای نقش‌ها و سایر ابعاد عملکرد خانواده موفق‌تر باشند (شاه اویسی، گودرزی و عزت‌پور، ۱۳۹۸). زوج درمانی خودتنظیم‌گری-دلبستگی به زوجین کمک می‌کند که نیاز سالم خویش به دلبستگی ایمن را درک کنند، چرخه‌های منفی حل تعارض را شناسایی و آن‌را با چرخه‌های مثبت حل تعارض جایگزین کنند و تعاملات ناکارآمد را کاهش دهند. در زوج درمانی خودتنظیم‌گری-دلبستگی، زوجین بجای اینکه متکی به تغییر همسرانشان باشند تغییراتی در خودشان شناسایی می‌کنند که منجر به بهبود ارتباطشان شود (هالفورد، اسنایدرز و برنز،

۱۹۹۴). در زوج درمانی خود تنظیم‌گری-دلبستگی زوجین از فرآیندهای ناهشیار تاثیرگذار در رابطه، تجارب و آسیب‌های اولیه و نحوه التیام آنها در رابطه آگاه شده و در طول جلسات درمان، نحوه تعامل و ابراز نیازهای سرکوب شده را می‌آموزند و آموخته‌های خود را در رابطه با همسر بکار می‌گیرند.

همچنین در خصوص تبیین اثربخشی زوج درمانی سیستمی-رفتاری بر عملکرد خانواده همسو با پیشینه پژوهش (گودرزی و همکاران، ۱۳۹۲؛ یوسف‌زاده و همکاران، ۱۳۹۶؛ ساکی و همکاران، ۱۳۹۵) می‌توان گفت که هدف زوج درمانی سیستمی-رفتاری بهبود تعامل زوجین است. زوج‌ها هنگامی به درمان مراجعه می‌کنند که مشکلاتشان به بحران رسیده است، به نظر می‌رسد که بیشتر احساس خشم و بی‌اعتمادی میان آنان حکم فرما باشد تا احساس پذیرش و همکاری؛ بنابراین وظیفه درمانگر آن است که باید اتهام‌ها و گلایه‌های همسران را از یکدیگر به کوشش مشترک برای مشکل‌گشایی دگرگون کند (برنشتاین و برنشتاین، ۲۰۰۶؛ ترجمه پورعابدی نائینی و منشی، ۱۳۸۹). در تبیین اثربخشی بیشتر زوج درمانی سیستمی-رفتاری در مقایسه با زوج درمانی خودتنظیم‌گری-دلبستگی بر بهبود عملکرد خانواده می‌توان گفت که زوج درمانی سیستمی-رفتاری با بهره‌گیری از فنون درمانی در نظریه رفتاری و سیستمی با ارائه تکنیک‌هایی جهت بهبود تعامل و ارتباط زوجین، موجب افزایش اعتماد به نفس و جرات‌ورزی در زنان دارای همسر معنادار شده است، به همین علت اثربخشی این رویکرد بیشتر است. زوج درمانی سیستمی-رفتاری رویکردی متمرکز بر حل مسئله است. مهارت حل مسئله به عنوان راهبردی برای حل تعارض مستلزم بکارگیری مهارت‌های زوجین است. بسته به علت بروز تعارض، اعضای خانواده، راهبردهای مختلفی را جهت حل مسئله بکار می‌گیرند که نشان‌دهنده کیفیت روابط بین فردی است. راهبردهایی که زنان دارای همسر معنادار در فنون درمان سیستمی-رفتاری آموختند؛ باعث افزایش سطح سلامت آنان شده و تمامی جنبه‌های زیستی، روانی، اجتماعی و اخلاقی آنان را تحت تاثیر قرار داده و در نهایت باعث افزایش تنظیم هیجانی آنان شد. در واقع در این آموزش‌ها راهبردهایی وجود دارد که فرد را به پویایی رسانده و

مانع از انفعال وی و تسلیم شدن در برابر مشکلات می‌شود. در آموزش فنون درمان سیستمی-رفتاری فرد خود را همواره ارزیابی نموده و رفتاراش را مدام تغییر می‌دهد تا بتواند به سطح مطلوب دست یابد. بنابراین فنون درمان سیستمی-رفتاری، جامع و وسیع است و در بردارنده‌ی تنظیم هیجان‌هایی مانند عصبانیت، ترس، در کنار حالات اخلاقی و تمام انواع واکنش‌های تاثیر گذار می‌باشد. بنابراین در روابط زوجی فنون درمان سیستمی-رفتاری می‌تواند ابعاد مختلفی را پوشش داده و به شدت با تاثیر بر تنظیم هیجانی روابط را متاثر سازد. نتایج پژوهش‌ها حاکی از تاثیر مثبت مداخلات در زنان دارای همسر معتاد می‌باشد از جمله آنها می‌توان به آموزش ذهن آگاهی در کاهش فرسودگی زناشویی در زنان دارای همسر معتاد (قاسمی جوبنه، نظری و ثنایی، ۱۳۹۴)، و تاثیر زوج‌درمانی هیجان مدار و زوج درمانی سیستمی مسئله مدار بر کاهش تعارض زناشویی در زنان دارای همسر معتاد (نقدی، حاتمی، کیامنش و نوایی‌نژاد، ۱۳۹۶) اشاره کرد. خانواده محل ارضای نیازهای مختلف جسمی، عقلانی و عاطفی است و داشتن آگاهی از نیازهای زیستی و روانی و شناخت چگونگی ارضای آن‌ها و تجهیز شدن به فنون ارتباط موثر ضرورتی انکارناپذیر است (ادالتی، ردزوان، ۲۰۱۰).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، انتخاب جامعه آماری مراجعه کنندگان به مرکز مشاوره در شهر سنج بود که ممکن است این شهر از نظر فرهنگ و مسائل اقتصادی و اجتماعی با شهرهای دیگر تفاوت‌هایی داشته باشد؛ لذا در تعمیم یافته‌ها لازم است احتیاط شود. برای حصول اطمینان از نتایج، جهت تعمیم گسترده‌تر، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر با متغیرهای دیگر و در جمعیت‌های دیگر انجام شود. همچنین با توجه به اثر بخش بودن این دو مدل زوج درمانی بر بهبود عملکرد خانواده، پیشنهاد می‌شود از این رویکردها در بهبود روابط زوجین استفاده شود. با توجه به اثربخشی بیشتر زوج درمانی سیستمی-رفتاری بر عملکرد خانواده پیشنهاد می‌شود که نهادهای اجتماعی مانند کمیته امداد امام (ره) و بهزیستی در کنار حمایت مالی از زنان دارای همسر معتاد، در مراکز مشاوره خود با آموزش‌های مناسب به ارتقاء مهارت‌های آنان جهت مقابله با شرایط سخت و دشوار

زندگی کمک کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود مراکز ترک اعتیاد با آموزش فنون این رویکرد به مردان در حال ترک به ارتقاء مهارت‌های زناشویی کمک کنند.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- آرمان‌پناه، آزاده؛ سجادیان، ایلناز و نادى، محمدعلی. (۱۳۹۹). نقش میانجی تعارضات زناشویی در رابطه‌ی بین باورهای ارتباطی، اختلالات هیجانی، ارتباطات زناشویی با رضایت زناشویی زنان دارای همسر معتاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۲۸-۹.
- آرین‌فر، نیره و اعتمادی، عذرا (۱۳۹۶). تاثیر زوج درمانی تلفیقی مبتنی بر خودتنظیم‌گری-دلبستگی بر سازگاری زناشویی زوجین. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲(۶۸)، ۶۱-۷۱.
- اصغری، فرهاد؛ قاسمی‌جوینه، رضا؛ حسینی‌صدیقی، مریم‌السادات و جامعی، مینو. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد. *فرهنگ مشاوره روان درمانی*، ۷(۲۶)، ۱۱۵-۱۳۲.
- برنشتاین، فیلیپ؛ و برنشتاین، ماری (۱۳۸۹). *زناشویی درمانی (از دیدگاه رفتاری-ارتباطی)*. ترجمه سیدحسن پورعابدی نائینی؛ غلامرضا منشی، تهران: رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۶)
- بوستانی‌پور، علیرضا (۱۳۸۸). بررسی تاثیر زوج درمانی سیستمی-رفتاری بر افزایش رابطه جنسی زوج‌های مرد و شاغل. *چهارمین همایش آسیب شناسی جنسی خانواده*، تهران: دانشگاه شاهد.
- توده رنجبر، محسن و عراقی، فاطمه (۱۳۹۷). بررسی وضعیت سلامت روانی زنان دارای همسر معتاد. *پیشرفت‌های نوین در روانشناسی. علوم تربیتی و آموزش و پرورش*، ۲، ۱۰۰-۸۳.
- جعفری، اصغر؛ جعفری، صبا و حسینی، مجید (۱۳۹۶). اثربخشی توانمندسازی روان‌شناختی در کاهش اضطراب و بهبود کارکردهای اجرایی زنان دارای همسر معتاد. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۸(۳۲)، ۱۰۹-۸۹.
- چرای، لیلا؛ گودرزی، محمود و اکبری، مریم (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی زوج درمانی با رویکرد ایماگوتراپی و یکپارچه‌نگر فلدمن بر صمیمیت زناشویی زوجین متعارض. *زن و جامعه*، ۱۰(۳۹)، ۲۳۹-۲۵۴.
- رحیمی‌نژاد، عباس و پاک‌نژاد، محسن (۱۳۹۳). رابطه عملکرد خانواده و نیازهای روان‌شناختی با سلامت روانی نوجوانان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۰(۳۷)، ۱۱۱-۹۹.

رفیعی، حسن؛ فتحی، لایلا؛ نوری، رویا؛ اکبریان، مهدی؛ نارنجی‌ها، هومان؛ کاردوانی، راحله و ساداتی، انسیه (۱۳۹۳). بررسی عوارض و تبعات اعتیاد همسر از طریق مقایسه زنان عادی و زنان دارای همسر معتاد. *مطالعات اجتماعی- روانشناسی زنان*، ۱۲(۲)، ۱۷۱-۱۹۴.

زاده‌محمدی، علی و ملک خسروی، غفار (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۲(۵)، ۸۹-۶۹.

ساعتچی، محمود؛ کامکاری، کامبیز و عسگریان، مهناز (۱۳۹۰). *آزمون‌های روانشناختی*، تهران: ویرایش.

ساکي، لایلا؛ یونسی، سیدجلال؛ بشارت، محمدعلی و جعفری، پروین. (۱۳۹۵). *اثربخشی زوج درمانی رفتاری- سیستمی بر افزایش مهارت‌های ارتباطی و سازگاری زناشویی*. پایان‌نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد. بهزیستی و توان‌بخشی. دانشگاه علوم.

سپهوند، تورج؛ رسول‌زاده طباطبایی، کاظم؛ بشارت، محمدعلی و الهیاری، عباس (۱۳۹۴). اثربخشی الگوی زوج درمانگری تلفیقی خود تنظیم‌گری- دلبستگی بر رضایت زناشویی و سلامت روانی زوجین. *روانشناسی بالینی*، ۱(۲۵)، ۳۹-۲۷.

سپهوند، تورج؛ رسول‌زاده طباطبایی، سید کاظم؛ بشارت، محمدعلی و الهیاری، عباس (۱۳۹۳). مقایسه مدل زوج درمانگری تلفیقی مبتنی بر خود تنظیم‌گری- دلبستگی با مدل غنی‌سازی انریچ در افزایش رضایت زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی زوجین. *روان‌شناسی معاصر*، ۱(۹)، ۷۰-۵۵.

شاه‌اویسی، سمیرا؛ گودرزی، محمود و عزت‌پور، عمادالدین (۱۳۹۸). مقایسه بین‌سبک‌های دلبستگی و عشق‌ورزی در زوج‌های بزرگ‌شده در خانواده‌های طلاق و عادی. *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۶(۴)، ۸۹-۸۰.

قاسمی‌جوینه، رضا؛ نظری، علی محمد و ثنایی، باقر. (۱۳۹۴). *اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی در کاهش فرسودگی زنان دارای همسر معتاد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خوارزمی، تهران.

کرو، مایکل و ریدلی، جین. (۱۳۹۵). *زوج درمانی کاربردی با رویکرد سیستمی- رفتاری*. ترجمه اشرف‌السادات موسوی، چاپ سوم، تهران: مهر کاویان. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۰).

گودرزی، محمود (۱۳۹۲). *اثربخشی زوج درمانی با رویکرد ستیر بر بهبود عملکرد خانواده و کاهش دلزدگی زناشویی*. *فصلنامه پژوهش‌های مشاوره*، ۱۲(۴۸)، ۱۵۶-۱۴۲.

گودرزی، محمود و بوستانی‌پور، علیرضا. (۱۳۹۲). *بررسی اثربخشی زوج درمانی سیستمی- رفتاری بر افزایش سازگاری زناشویی*. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲(۲)، ۲۹۶-۲۸۱.

محمدی‌فر، محمدعلی؛ طالبی، ابوالفضل و طباطبایی، سید موسی (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر عملکرد خانواده در زنان دارای همسر معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۴(۱۶)، ۲۵-۴۰.
مشکی، مهدی؛ شاه قاسمی، زهره؛ دلشاد نوقابی، علی و مسلم، علیرضا. (۱۳۹۰). بررسی وضعیت و عوامل مرتبط با طلاق از دیدگاه زوجین مطلقه‌ی شهرستان گناباد در سال‌های ۸۸-۸۷. *اقی دانش*، ۱۷(۱)، ۳۵-۴۴.

میرزایی علویجه، مهدی؛ نصیرزاده، مصطفی؛ اسلامی، احمد علی؛ شریفی‌راد، غلام رضا و حسن‌زاده، اکبر (۱۳۹۲). تأثیر عملکرد خانواده در وابستگی جوانان به مواد مخدر صنعتی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۱(۲)، ۳۰-۱۹.

نقدی، هادی؛ حاتمی، محمد؛ کیامنش، علیرضا و نوابی‌نژاد، شکوه (۱۳۹۶). هم‌سنجی تأثیر زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان با درمانگری سیستمی مسئله‌مدار در تعارض زناشویی همسران مردان تحت درمان وابستگی به مواد. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۷(۱)، ۲۳-۴۴.
یوسف‌زاده، پیمان؛ فرزاد، ولی‌الله؛ نوابی‌نژاد، شکوه و نورانی‌پور، رحمت‌الله. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش زوج‌درمانی سیستمی - رفتاری بر بهزیستی روانی زوج‌های ناسازگار. *مجله پژوهش‌های مشاوره*، ۱۶(۶۳)، ۴۹-۶۵.

References

- Blumer, M. L. C., & Murphy, M. J. (2011). Alaskan gay males' couple of experiences of societal non-support: Coping through families of choice and therapeutic means. *Contemporary Family Therapy*, 33(3), 273-290.
- Boterhoven de Haan, K. L., Hafekost, J., Lawrence, D. Sawyer, M. G., & Zubrick, S. R. (2015). Reliability and validity of a short version of the general functioning subscale of the McMaster Family Assessment Device. *Family process*, 54(1), 116-123.
- Chunge, H. & Gale, G. (2009). "Family function and self-differentiation: across cultural examination". *Journal of contemporary family therapy*, 31, 19-33.
- Crowe, M., Ridley J. (1990). *Therapy with couples: a behavioural systems approach to marital and sexual problems*. Oxford: Blackwell.
- Edalati, A., & Redzuan, M. (2010). Perception of women towards family values and their marital satisfaction, *Journal of American Science*, 6(4), 132-137.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180.
- Halford, W. K., & Snyder, D. k. (2012). Universal processes and common factors in couple therapy and relationship education. *Behavior Therapy*, 43, 1-12.

- Halford, W. K., Sanders, M. R. & Behrens, B. (1994). Self-regulation in behavioral coupletherapy. *Behavior Therapy*, 25, 431-452.
- Snyder, D. K. & Balderrama-Durbin, C. (2012). Integrative approaches to coupletherapy: Implications for clinical practice and research. *Behavior Therapy*, 43, 13-24.
- Kishor, M., Lakshmi, V., & Pandit, R. (2013). Psychiatric morbidity and marital satisfaction among spouses of men with alcohol dependence, *Indian J Psychiatry*. 55(4), 360-365.
- Lewandowski, A. S., Palermo, T. M., Stinson, J., Handley, S., & Chambers, C. T. (2010). Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. *The Journal of Pain*, 11(11), 1027-1038.

