

## بررسی تأثیر مداخلات خانواده درمانی راهبردی در اختلافات زناشویی

دکتر فریده عامری\*، دکتر احمد علی نوربالا\*\*

دکتر جواد اژه‌ای\*\*\*، دکتر سید کاظم رسولزاده طباطبایی\*

### چکیده

پژوهش حاضر به بررسی تأثیر مداخلات خانواده درمانی راهبردی در اختلافات زناشویی می‌پردازد. به این منظور ۳۹ زوج از زوجینی که برای حل اختلافات زناشویی به مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند، بطور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۱ زوج) و گواه (۱۸ زوج) قرار گرفتند. برای ارزیابی زوجین در این پژوهش از مصاحبه بالینی و آزمون رضایت زناشویی اتریچ استفاده شد. ابتدا زوجین با آزمون رضایت زناشویی مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از آن برنامه مداخلات خانواده درمانی راهبردی در مورد گروه آزمایش اجرا گردید، در حالیکه گروه گواه در لیست انتظار بودند و بعد از ۶ هفته مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند و گروه آزمایش پس از اتمام درمان مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون t و تحلیل واریانس و آزمونهای تعقیبی استفاده شد. نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که مداخلات خانواده درمانی راهبردی نه تنها منجر به افزایش رضایت زناشویی در بین گروه آزمایش شده، بلکه تعارضات بین فردی آنان را نیز کاهش داده است، این مداخلات در زنان مؤثرتر بوده است. همچنین نتایج پژوهش مبین

\* دانشگاه تربیت مدرس

\*\* گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

\*\*\* دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

آن است که این مداخلات روی مشکلات ارتباطی نسبت به سایر مؤلفه‌های سبب‌شناسی اختلاف، تأثیر بیشتری دارد.

**کلید واژه‌ها:** خانواده درمانی راهبردی، رضایت زناشویی، تعارضات و اختلافات

زناشویی



#### ● مقدمه

خانواده مهمترین نهاد اجتماعی است که نقش اساسی در سلامت جامعه دارد. و زوجین به‌عنوان نیروی تعیین‌کننده جهت و شیوه حرکت خانواده در چرخه زندگی آن، توجه ویژه‌ای را می‌طلبد. در دوران معاصر خانواده ایرانی در معرض تغییرات ساختاری قرار گرفته که همین امر روابط موجود در میان اعضای خانواده را دچار دگرگونی نموده است، به تبع این دگرگونی هنوز هنجارها به مثابه قواعد رفتاری که مورد پذیرش همگانی باشند به صحنه اجتماعی نیامده‌اند، به همین علت رفتار در محیط خانوادگی دارای پراکندگی است. در نتیجه قویترین پیوندهای انسانی در مستحکم‌ترین قرارگاه آن، یعنی نظام ریشه‌دار خانواده، در معرض تهدید جدی قرار می‌دهد. روز به روز کارآیی خانواده در تحقق وظایفش کم‌رنگتر می‌شود و این سلامت جامعه را تهدید می‌کند، زیرا اختلال در کارآیی خانواده مشکلاتی را در منظومه خانواده ایجاد می‌کند و در صورت تشدید مشکلات، خانواده را به سمت فروپاشی سوق می‌دهد. طلاق و فروپاشی خانواده ضمن برهم زدن تعادل روانی - عاطفی افراد خانواده و جامعه، منجر به بروز بسیاری از آسیب‌های اجتماعی می‌گردد. طلاق خواه به عنوان یکی از علل یا معلول ناهنجاریهای اجتماعی به نوبه خود معلول تعامل‌های نامناسب بین زوج‌هاست. پیامدهای سوء طلاق در پیکر اجتماع و پدید آیی نابسامانی متعاقب آن برای زن و شوهر و فرزندان و نیز کسانی که به نوعی با آنان مرتبند، در ابعاد مختلف روانی، رفتاری، اقتصادی و اجتماعی حائز اهمیت است و ضرورت و اهمیت خاص بررسی عوامل زمینه‌ساز پدیده طلاق و ارائه راهبردهایی برای مداخله در این امر را نمایان می‌سازد. لذا مسئولیت عمده خانواده درمانی بالا بردن احساس همبستگی و وحدت خانواده، فعال کردن نقش طبیعی خود التیام بخشی خانواده و بالاخره تجربه‌ای است که راه را برای رسیدن به یک گروه طبیعی و واقعی باز می‌کند. اکنون به نظر می‌رسد خانواده درمانی جایگاه مطمئنی در بین شیوه‌های درمانی به دست آورده و روش و رویکرد منظم و اصولی برای

حل مشکلات ارزش خود را نشان داده است.

در حال حاضر دیدگاه‌های نظری متعددی با رویکردهای متفاوت به دنبال تبیین و حل تعارض‌های زناشویی هستند. رویکردهایی از قبیل خانواده درمانی مبتنی بر روان تحلیل‌گری، درمان نظام‌های گسترده خانواده‌بوئن<sup>۱</sup>، خانواده درمانی تجربی، خانواده درمانی رفتاری شناختی و خانواده درمانی راهبردی<sup>۲</sup>.

رویکردهای متنوع خانواده درمانی از جهت اهمیت بیشتر به گذشته یا حال، تأکید بر تحلیل و تفسیر یا اقدام و ایجاد تجارب جدید، توجه به تحول و رشد کل خانواده یا تنها تأکید روی حل مشکل خاص، تأکید روی یک شیوه رسمی در مقابل طرح‌های ویژه برای هر مشکل، توجه به واحد یک یا دو یا سه نفری خانواده، اهمیت به سلسله مراتب، اهمیت به قیاس در ارتباط و به کارگیری پیامهای صریح یا متناقض متفاوت اند. اما اهمیت خانواده درمانی کمک به افراد در یافتن شیوه‌های جدید تعامل با اعضای خانواده به منظور افزایش استقلال در عین وابستگی‌های شدید عاطفی است. تعامل خانواده، مجموعه‌ای از واکنش‌های زنجیره‌ای بی پایان است و درمانگر در شناخت الگوهای تکراری که رفتار در آن صورت می‌گیرد، تمرکز می‌کند. بنابراین هدف یافتن یک رفتار یا واقعه که موجب پیدایش رفتار شده، نیست. بلکه مداخله در پیشگیری از تکرار آن الگوی رفتاری است.

در پیشینه پژوهشی غرب، تحقیقات متعددی در زمینه مداخلات درمانی مشکلات زناشویی برای افزایش سازگاری و درمان افسردگی و پیشگیری از علائم افسردگی وجود دارد (بیچ، اسمیت و فینچام، ۱۹۹۴).

لازمن و بروک (۱۹۹۳) الگویی جهت مداخلات روان درمانی زوج ارائه داده‌اند. الگوی حل تعوی ارتباطی (RCR)<sup>۳</sup> شیوه‌ای کوتاه مدت در زمینه حل تعارض حاد و زود هنگام در رابطه زناشویی است. بر طبق این الگو تعارض در رابطه، غیر قابل اجتناب است. این الگو زود هنگام بودن تعارض را به عنوان شاخصی از ساختارهای ذهنی قبلی زوج می‌داند که از طریق تعامل بین زوج خود را آشکار می‌کند. بسیاری از رویکردهای معاصر زوج درمانی بر اهمیت حل مشکلات ارتباطی در صمیمیت و سازگاری زوجین تأکید می‌کند (باکوم<sup>۴</sup> و آدامز<sup>۵</sup>، ۱۹۸۷، گاتمن<sup>۶</sup> ۱۹۷۹، نولر<sup>۷</sup> ۱۹۸۰، تینگ تومی<sup>۸</sup> ۱۹۸۳، ویس<sup>۹</sup> ۱۹۸۰، به نقل از: اُذنوهیو و گروچ، ۱۹۹۶).

تامورا (۱۹۹۲) با بررسی روند خانواده درمانی دو درمانگر اروپایی و آسیایی در مورد خانواده‌های انگلیسی و ژاپنی به این نتیجه رسید که آشنایی خانواده درمانگر با فرهنگ و ارزشهای نظام خانواده مورد درمان تأثیر به سزایی در درمان دارد. ریچپارت، هلی و مدالاین (۱۹۹۸) با استفاده از شفابخشی فرهنگهای مختلف و خانواده درمانی راهبردی به درمان اسکیزوفرنی پرداخته‌اند و با تکیه بر این دیدگاه، روش آنها شامل درگیر کردن خانواده و جامعه در درمان است. کیم (۱۹۹۸) با استفاده از خانواده درمانی راهبردی به درمان اختلال تضاد ورزی و همچنین درمان تعارضات بین زوجین پرداخته و نتیجه کار او موفقیت آمیز بوده است.

سوهو (۱۹۹۹) در خانواده‌های چینی مقیم امریکا، خانواده درمانی راهبردی کوتاه مدت را به کار برده و به این نتیجه رسیده است که این رویکرد برای کار با فرهنگهای متفاوت مناسب است. او به جنبه‌هایی از این درمان که در کار با مراجعینش مؤثر بوده اشاره نموده که عبارتند از: زمان محدود، واقعی و عملی بودن، توجه روی حل مشکل، تمرکز روی تغییر تعاملات، توجه به حال و آینده، توجه روی تغییر شناخت و رفتارهای غیر مؤثر، توجه به چارچوب معرف خانواده<sup>۱۰</sup>، و توجه به تحول رفتاری بر اساس راههای جدید.

رویکرد خانواده درمانی راهبردی توسط هلی و مادانس مطرح شد. فنون این روانشناسان، فنونی هدفمند است و هدف از به کارگیری این فنون کاهش جنبه‌های مختلفی است که ویژه خانواده است، در این شیوه وظیفه درمانگر، مشاهده، نظارت و ارزیابی و ایجاد و توسعه بهبودی است (مینوچین<sup>۱۱</sup>، ۱۳۸۱).

مادانس (۱۹۸۱) ریشه بسیاری از مشکلاتی که به درمان آورده می‌شود را درگیری بین عشق و خشونت می‌داند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۰) در این روش تمرکز روی مشکل فعلی است یعنی محوری که خانواده به علت آن مراجعه کرده است و چرخه زندگی خانوادگی و روند خاص تعامل را مد نظر قرار می‌دهد.

هدف پژوهش حاضر شناسایی تأثیر مداخلات خانواده درمانی راهبردی در اختلافات زناشویی زوجین ایرانی به منظور شناسایی مؤلفه‌های سبب‌شناسی اختلاف، میزان رضایت زناشویی و میزان تعارضات بین فردی زوجین است. با این هدف که زمینه ارائه خدمات بهداشت روانی در جهت رفع و کاهش اختلافات زناشویی و ایجاد تفاهم و نهایتاً حفظ انسجام خانواده فراهم آید.

در این پژوهش محقق بر آن بوده است که با اجرای روش خانواده درمانی راهبردی در بین زوجین دارای مشکلات زناشویی و بعضاً متقاضی طلاق به بررسی این موضوع پردازد که آیا روش خانواده درمانی راهبردی در کاهش اختلافات زناشویی و افزایش رضایت زناشویی مؤثر می‌باشد؟

آیا این تأثیر نسبت به مؤلفه‌های سبب‌شناسی متفاوت است، یعنی با توجه به نوع مشکلات فی مابین زوجین، آیا این درمان در بعضی مشکلات مؤثرتر است و آیا خانواده درمانی راهبردی در تعارض بین فردی زوجین می‌تواند نقشی ایفاء کند و موجب تقلیل تعارضات بین فردی گردد؟

و سؤال آخر اینکه با توجه به تفاوت‌های فردی زن و مرد، آیا این نوع مداخلات در دو جنس تأثیر یکسانی دارد، یا این نوع مداخلات در یکی از زوجین مؤثرتر است.

#### ● روش

##### ○ جامعه آماری نمونه

جامعه آماری در این پژوهش، زوجین دچار اختلافات زناشویی و بعضاً متقاضی طلاق بودند که در طی ۶ ماه اول سال ۱۳۸۱ به مراکز مشاوره بهزیستی مراجعه کرده بودند. نمونه این تحقیق که از نوع نمونه‌های در دسترس و به روش تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. حجم نمونه ابتدا ۳۰ زوج در هر گروه بود، اما با افت آزمودنیها، نهایتاً در گروه آزمایش ۲۱ زوج و در گروه گواه ۱۸ زوج قرار گرفتند. در این پژوهش ابتدا زوجین توسط آزمون رضایت زناشویی مورد ارزیابی قرار گرفتند و گروه آزمایش بعد از اتمام مداخلات درمانی مجدداً آزمون شدند. در حالیکه گروه گواه در لیست انتظار بودند و بعد از ۶ هفته مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند.

##### ○ ابزار تحقیق

برای گردآوری در این تحقیق از مصاحبه بالینی و آزمون رضایت زناشویی انریچ<sup>۱۲</sup> استفاده شد این پرسشنامه به‌عنوان یک ابزار تحقیق معتبر در تحقیقات متعددی برای رضایت زناشویی مورد

استفاده قرار گرفته است. تهیه کنندگان این پرسشنامه اولسن<sup>۱۳</sup>، فُرْنیر<sup>۱۴</sup> و درانگمن<sup>۱۵</sup> هستند. این ابزار برای ارزیابی مشکلات بالقوه زوجها به کار می‌رود، ۱۲ مقیاس این پرسشنامه عبارت است از: ۱- پاسخ قراردادی، ۲- رضایت زناشویی، ۳- مسایل شخصی، ۴- ارتباط زناشویی، ۵- حل تعارض، ۶- مدیریت مالی، ۷- فعالیتهای اوقات فراغت، ۸- رابطه جنسی، ۹- فرزندان و فرزندپروری، ۱۰- نقشهای مساوات‌طلبی، ۱۱- جهتگیری مذهبی و ۱۲- بستگان و دوستان. سؤالات به صورت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافق، موافق، نه موافق نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالف) است. اولسن و دیگران اعتبار این پرسشنامه را با روش ضریب آلفا ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند (ثنایی، ۱۳۷۹). در این پژوهش از فرم ۴۷ سؤالی انریچ که توسط سلیمانیان (۱۳۷۳) به کار گرفته شده و ضریب آلفای آن ۰/۹۵ بدست آمده، استفاده شده است.

#### ○ روش مداخله

هدف درمان راهبردی تسهیل حل مشکل فعلی و انجام آن با کارآمدترین و اخلاقی‌ترین شیوه ممکن می‌باشد و برای این هدف تشخیص و دستورالعمل مفید ضرورت دارد، تشخیص از میان توصیف مشکل با مفاهیم حمایت<sup>۱۶</sup>، واحد<sup>۱۷</sup>، فرآیند<sup>۱۸</sup> تعامل و سلسله مراتب<sup>۱۹</sup> حاصل می‌آید (دُنوان، ۱۹۹۹).

بر طبق نظریات اریکسن<sup>۲۰</sup> و جکسن<sup>۲۱</sup> در تنظیم مشکلات راهبردی معمولاً روی تواناییهای مراجع تأکید می‌شود. تأکید روی ظرفیتهای انسانی به عنوان رسالت کمال خود و تمرکز روی تواناییها به جای ضعف می‌تواند کلید موفقیت و درمان باشد (هلی، ۱۹۶۳).

همچنین تأکید در مورد اجتناب از آسیب، توسط زبان است به عنوان مثال برچسب‌زدن که می‌تواند به مراجع و درمانگر صدمه بزند، زیرا درجه امیدواری را محدود می‌کند و باعث ساده کردن بیش از حد مراجع، مشکلات و راه‌حلها می‌گردد. تغییراتی طراحی می‌شود که به مراجع اجازه دهند مشکلات خود را به شیوه‌ای سازنده و جدید بنگرد، در نتیجه راه‌حلها مؤثرتر اجازه شکوفایی می‌دهد. در این روش قوت‌های مراجع ترسیم و ترسیم این قوتها برای غلبه بر ضعف ضروری است. در تعیین مشکل اصلی، درمانگر ممکن است اعتقاد داشته باشد که ۵۰ متغیر در ایجاد، ابقاء یا حل مشکلات فعلی نقش داشته‌اند، اما درمانگر در درمان روی محدودی از آنها

تمرکز می‌کند. تأکید روی نحوه ایجاد مشکل نیست، بلکه روی نحوه کمک به حل آن است، راه‌حل‌ها ممکن است هیچ کاری با دلایل نداشته باشد. بدین منظور باید حرکت بجای از «چه کسی مقصر است»، به «چه کاری باید در این باره انجام گیرد»، تبدیل شود.

موضوع دیگر حفظ ارتباط زوجین با هم در تمامی مراحل است و این امر باید در قرارداد درمانی گنجانده شود در این رویکرد دستورالعمل، جزء روشهای درمانی اصلی هستند و موجب تشویق فکر و فعالیت می‌باشند. دستورالعملها طیف وسیعی دارند، از ضعیف تا قوی، ممکن است صریح یا متناقض، ساده و شامل یک یا دو فرد یا پیچیده و شامل همه خانواده باشد. گاه درمانگر دستورالعمل را به شیوه استعاره‌ای بدون صراحت ارائه می‌دهد کتاب کاربرد استفاده در روان‌درمانی بارکر (۱۹۸۵) در رابطه با این تدبیر درمانی است هنگامیکه روشهای مستقیم مؤثر نیستند، درمان تناقضی پیشنهادی ویکز و لوآیت (۱۹۸۲) در رابطه با افراد، زوجها و خانواده به کار گرفته می‌شود.

تعیین وظایف و انجام عادات به‌عنوان تدابیری برای ایجاد و تغییر است. وُلین و بنت (۱۹۸۴) متذکر شدند که عادات جزء قدرتمندی از زندگی خانواده و محور هویت آن هستند. عادات اغلب به عنوان اجزایی از طرحهای راهبردی به کار می‌رود که ممکن است شامل یک یا چند تدبیر یا مفهوم راهبردی دیگر نیز باشند. تدابیر درمانی راهبردی چیزی بالاتر از انجام دادن یک وظیفه‌اند (بارکر، ۱۳۷۵).

در پژوهش حاضر فرآیند درمان عملی و کوتاه بود و توسط درمانگر اداره و کنترل می‌شد. هدف فرآیند درمان، قطع زنجیره‌های رفتاری به منظور پیشبرد کار و نیل به هدف بود و براساس نظر هلی درمان شامل ۵ مرحله بود.

۱) مرحله اجتماعی: مرحله آشنایی و ایجاد ارتباط در عین توجه به نحوه و ترتیب نشستن، حرکات و حالات و آهنگ صدای افراد و ترسیم فرضیه‌ای در ذهن.

۲) مرحله طرح مشکل: درمانگر در رابطه با مشکل پرسشهایی را مطرح می‌کرد و نظر افراد را در رابطه با مشکل اصلی جویا می‌شد.

۳) مرحله تمایل: درمانگر از اعضای خانواده می‌خواست درباره مشکل با هم گفتگو کنند و نحوه تعامل را ارزیابی می‌کرد.

۴) مرحله هدف چینی: درمانگر پیگیری می‌نمود که اعضای خانواده از درمان چه تغییراتی را انتظار دارند و این تغییرات را به زبان رفتاری روشن بیان می‌کرد؛ با بیانی که راه حل را نیز نشان دهد.

۵) مرحله تعیین تکالیف: درمانگر به خانواده دستورالعمل می‌داد، این دستورالعمل می‌تواند در جلسه به شکل عملی اجرا گردد ولی بیشتر اوقات تعیین تکلیفی بود که باید در فاصله بین جلسات انجام پذیرد.

#### ○ روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

با استفاده از شاخصهای مرکزی، پراکندگی و نمایش هندسی به توصیف اطلاعات جمعیت‌شناسی پرداخته شد. برای پاسخگویی به پرسشهای تحقیق از آزمونهای آماری تحلیل واریانس، آزمون t مستقل، وابسته، تحلیل واریانس یک طرفه و آزمونهای پیگیری استفاده شد.

#### نتایج

نگاهی اجمالی به ویژگیهای نمونه پژوهش نشان می‌دهد مراجعینی که به دلیل مشکلات خانوادگی به مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند، هر چند در طیف گسترده‌ای از سن قرار داشتند (دامنه بین ۲۰ تا ۷۲ سال) و طول مدت ازدواجشان دامنه گسترده‌ای داشت (بین ۱ تا ۴۵ سال زندگی مشترک)، اما بیشترین فراوانی مشکلات زناشویی در چهار سال اول زندگی مشترک به چشم می‌خورد، یعنی در این مقطع ریسک طلاق بالاست و بیشترین تعداد مراجعین، زوجین فاقد فرزند بودند که این خود نشان دهنده آسیب‌پذیری این نوع خانواده‌هاست. نکته دیگر اینکه اکثر مراجعین در سطح متوسط اجتماعی - اقتصادی بوده و غالباً تحصیلاتی از دیپلم تا لیسانس داشتند.

برای بررسی سؤالات اساسی در این مطالعه، اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

مقایسه اولیه نمرات رضایت زناشویی پیش آزمون گروه گواه و آزمایش از طریق آزمون t مستقل نمایانگر عدم تفاوت معنی‌دار بین دو گروه بود. اما نتایج حاصل از مقایسه تفاضل نمرات



پس آزمون از پیش آزمون گروه آزمایش و گواه نشان داد که مداخلات درمانی در گروه آزمایش موجب تغییرات معنی دار در نتایج پس آزمون گروه آزمایش گردیده که این حاکی از اثربخشی روش خانواده درمانی راهبردی در افزایش رضایت زناشویی و کاهش اختلافات زناشویی بوده، در حالیکه در گروه گواه تغییر و بهبودی مشاهده نشده است. (جدول ۱)

جدول ۱- مقایسه تغییرات نمره‌های رضایت زناشویی در پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و گواه

گروهها	شاخصها	حجم نمونه	میانگین تفاوت	انحراف معیار	خطای معیار	t	سطح معنی داری
آزمایش		۴۲	۶/۴۳	۵/۱۹	٪۸۰	۳/۷۵۸	۰/۰۰۱
گواه		۳۶	-۰/۲۸	۱/۲۸	۰/۲۱		

باید توجه داشت که زوجینی که دچار تعارضات زناشویی بودند، مؤلفه‌های سبب‌شناسی متفاوتی در مشکلات آنان نقش ایفاء می‌کرد. در بین مجموع زوجین مراجعه کننده هفت نوع علت به عنوان علل اصلی اختلاف مشاهده گردید: مشکلات ارتباطی، تفاوت‌های شخصیتی، بی‌وفایی، مشکلات خانواده مرکب، تعارضات مالی، بد رفتاری و سوء ظن. مقایسه میانگین گروه آزمایش با علت‌شناسی متفاوت در پس آزمون نمایانگر تفاوت میانگین‌ها بود (جدول ۲).

جدول ۲- خلاصه تحلیل واریانس یک واحد توزیع تفاوت‌های پیش آزمون و پس آزمون گروهها با سبب‌شناسی متفاوت

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی آزادی	F	سطح معنی داری
بین گروهها	۴۹۴/۷۶۳	۸۲/۴۶۵	۶	۴/۷۳۶	۰/۰۰۱
درون گروهها	۶۰۹/۵۵۰	۱۷/۴۱۶	۳۵		
کل	۱۱۰۴/۲۸۶		۴۱		

همانطور که در جدول مشاهده می‌شود تفاوت میانگین‌ها معنی دار می‌باشد. با استفاده از آزمونهای تعقیبی مقایسه میانگینها (آزمون حداقل تفاوت معنی دار) LSD بین میانگینها، از بین ۷ عاملی که در سبب‌شناسی مشکلات توسط زوجین مطرح بود، یکی از مؤلفه‌ها نسبت به ۵ مؤلفه دیگر تفاوت معنی دار داشت. میانگین گروهی که دچار مشکلات ارتباطی بودند، نسبت به ۵

علت دیگر (بی وفایی، تفاوت‌های شخصیتی، مشکلات مالی، سوء رفتار، مشکلات خانواده مرکب) تفاوت معنی دار داشت و مقایسه آن با مؤلفه سوء ظن و حسادت معنی دار نبود (جدول ۳).

جدول ۳- آزمون LSD برای تفاوت گروهها با سبب شناسی متفاوت

خانواده مرکب	بدرفتاری	تعارضات مالی	مشکلات ارتباطی	تفاوت‌های شخصیتی	بی وفایی	نوع مشکلات
					-	بی وفایی
				-	۱/۰۵	تفاوت شخصیتی
			-	۶/۱۵*	۷/۶۵*	مشکلات ارتباطی
		-	۶/۹۰*	۰/۷۵	۰/۷۵	تعارضات مالی
	-	۰/۵	۷/۴۰*	۱/۲۵	۰/۲۵	بدرفتاری و پرخاشگری
-	۱	۱/۵	۸/۴۰*	۲/۲۵	۰/۷۵	مشکلات خانواده مرکب
۵	۴	۳/۵	۳/۴۰	۲/۷۵	۴/۲۵	سوء ظن

\* تفاوت معنی داری در سطح ۰/۰۵

مقایسه میانگین تفاضل نمرات حل تعارض مرحله پس آزمون از پیش آزمون گروه آزمایش نشان داد که مقدار  $t$  معنادار ( $p < ۰/۰۰۰۱$ ) است؛ یعنی مداخلات درمانی در گروه آزمایش موجب تغییرات معنادار در نتایج پس آزمون گردیده و تعارضات بین فردی را کاهش داده است و باعث افزایش نمره حل تعارض زوجین شده است. جدول ۴ نقش تأثیر خانواده درمانی راهبردی را در کاهش تعارضات بین فردی نشان می دهد.

جدول ۴- تغییرات نمرات حل تعارض در دو گروه آزمایش و گواه

گروهها	شاخصها	حجم نمونه	میانگین تفاوت	انحراف معیار	خطای معیار	$t$	سطح معنی داری
آزمایش		۴۲	۱۷/۷۱	۴/۰۹	٪۶۳	۶/۱۷۵	۰/۰۰۰۱
گواه		۳۶	۱۲/۳۶	۳/۵۶	۰/۵۹		

برای بررسی نقش خانواده درمانی راهبردی در زنان و مردان نمرات رضایت زناشویی زنان و مردان از طریق آزمون  $t$  گروههای مستقل مقایسه شده است (جدول ۵). نتایج این مقایسه حاکی از این امر است که در حالیکه مداخلات خانواده درمانی راهبردی روی زوجین موجب تغییرات معناداری در میزان رضایت آنان شده، اما مداخلات درمانی در

مورد زنان مؤثرتر بود. به عبارت دیگر مداخلات خانواده درمانی راهبردی در زنان اثربخشی بیشتری داشته است.

جدول ۵- میانگین تغییر نمرات رضایت زناشویی پس از مداخله در زنان و مردان گروه آزمایش

گروهها	شاخصها	حجم نمونه	میانگین تفاوت	انحراف معیار	خطای معیار	t	سطح معنی داری
زن		۲۱	۹/۰۵	۵/۱۳	۱/۱۲	۸/۰۹۳	۰/۰۰۰۱
مرد		۲۱	۳/۸۱	۳/۸۰	۰/۸۳		

### ● بحث

○ این پژوهش بر خانواده درمانی تمرکز دارد، به عبارت دیگر تأکید بر به میان کشیدن کل خانواده به عنوان عاملی در بهداشت روانی است. هنر خانواده درمانگری به معنی پیوستن به جمع یک خانواده و تجربه واقعیت‌ها آنگونه که اعضا آن خانواده آن را تجربه می‌کنند و نیز شرکت در مراددهای مکرری است که ساختار خانواده، شیوه رفتار و تفکر و تعامل افراد خانواده را شکل می‌دهد. خانواده درمانی مفهومی به مراتب گسترده‌تر از صرف دیدار اعضا خانواده با یکدیگر است. آنچه خانواده درمانی را از انواع دیگر روان درمانی متفاوت می‌کند، شیوه اندیشیدن درباره ماهیت و علل اختلالات عاطفی و رفتاری است. درمانگران خانواده معتقدند که درک و شناخت رفتار بدون درک و شناخت زمینه‌ای که در آن رفتار رخ داده، غیرممکن است. بنابراین نمی‌توان شرایط منطقه‌ای و ویژگیهای فرهنگی ملل مختلف را نادیده انگاشت و برای تمام بشریت رهنمودی واحد ارائه داد. پس لازم است با در نظر داشتن این تفاوتها برای هر منطقه نسخه‌ای ویژه‌ای فراهم ساخت.

○ بر این مبنا در این پژوهش تلاش شد از شیوه‌ای برای خانواده درمانی استفاده شود که در کار با فرهنگهای مختلف نتایج مثبتی به بار آورده و به علت اینکه روش خانواده درمانی راهبردی در کار با خانواده‌های آسیایی نتایج مطلوبی داشته است (سوهو، ۱۹۹۹)، روش راهبردی در این پژوهش به کار گرفته شد و نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی این روش در زوجینی بود که مورد درمان قرار گرفته بودند. به سخن دیگر کارآیی شیوه خانواده درمانی راهبردی در فرهنگ ایرانی در این پژوهش مورد تأیید قرار گرفته است. هنگامیکه خانواده توان کمک به خود توسط خود و

یا منابع اطرافش را ندارد، با جلساتی مواجه می‌شود که با همدلی مشکل خاص آنها و حل آنرا مورد توجه قرار می‌دهند، بنابراین درمان را بخوبی پذیرا می‌شود. از آنجا که اغلب زوجین ایرانی، بر خلاف بعضی فرهنگهای غربی (که فرد محورند) دیگر محورند و به روابط درون فردی حساس می‌باشند و نسبت به خانواده احساس وظیفه‌شناسی بالایی دارند، با روند درمان همکاری می‌کردند و هنگامی که مشاهده می‌نمودند با انجام تکالیف گام به گام، تعاملات بهبود یافته و این امکان را می‌یافتند که تواناییهای خود را بروز دهند و از تعاملهای خود به خصوص در زندگی زناشویی احساس رضایت و خرسندی کنند، به جلسات درمان اقبال بیشتری نشان می‌دادند.

○ آنچه در نتایج قابل توجه است، افزایش چشمگیر میزان رضایت زناشویی و کاهش تعارضات بین فردی افراد گروه آزمایش است. این نتایج با مطالعات بیچ، اسمیت و فینجام (۱۹۹۴) و کریستیان، اولیری و ویوان (۱۹۹۴) همسو است. این نتایج نه تنها اثربخشی روش به کار رفته را نشان می‌دهد، بلکه نمایانگر انعطاف‌پذیری خانواده‌هایی است که به رغم اختلافات و تعارضات شدید برای با هم بودن تلاش می‌کنند. در حالیکه عدم تغییر مثبت در گروه گواه (بر خلاف بسیاری از نظرات که حاکی از بهبود خود بخودی خانواده‌هاست) حاکی از بحران در خانواده و تردید در کارآیی پاره‌ای از عملکردها، وظایف و نقش آفرینیهاست.

○ نتایج تحقیق حاضر نشان داد که روش خانواده درمانی راهبردی در خانمها مؤثرتر بوده است. شاید این امر را از یکسو بتوان به شیوه برقرار کردن ارتباط زن و مرد نسبت داد. تحقیقات تانن<sup>۲۲</sup> (۱۳۷۳) در مورد تفاوت بین شیوه ارتباط برقرار کردن زنان و مردان نشان داد که مردان ارتباط را وسیله‌ای برای حفظ استقلال، حفظ سلسله مراتب و نظم اجتماعی می‌دانند، در حالیکه زنان در پی ایجاد ارتباط به دنبال برقراری صمیمیت و حمایت هستند. از سوی دیگر وقتی دو فرد بزرگسال که به شکل زوج برای درمان مراجعه می‌کنند، باورها، ارزشها، آموخته‌هایشان در مورد درک جنسی آنها از خودشان و نقششان در رابطه موجود، جزء لاینفک مشکلات آنان با همدیگر و جستجویشان برای راه حل است و درمانگر هنگام کار با آنها نمی‌تواند مانع از تأثیر ارزشها و تجارب زندگی آنها بر ادراکشان از تکلیف درمانی شود و جنسیت مفهومی است که مفاهیم دیگر را تحت الشعاع قرار می‌دهد (جونز<sup>۲۳</sup>، ۱۳۷۸) و زوج درمانی به طرز مستقیم‌تر از بسیاری روشهای درمانی دیگر، با هویت اختصاصی درمانگر ارتباط پیدا می‌کند و در پژوهش

اخیر وجود درمانگر خانم در مداخله، می‌تواند یکی از دلایل تأثیرپذیری بیشتر خانمها تلقی شود. زیرا مراجعین نگرش و توقعات مربوط به جنسیت خاص خود را در روند درمان وارد می‌کنند. یعنی دیدگاههای آنها از همدیگر، توقعاتشان، ناامیدها، نقطه‌های کور و مانند اینها و نیز برداشت آنها از درمانگر روی روند درمان تأثیر می‌گذارد.

○ دیگر نتایج پژوهش حاضر حاکی از این است که این نوع درمان نسبت به مشکلات ارتباطی بین زوجین تأثیر بیشتری دارد. از میان ۳۱ مشکلی که در سبب‌شناسی مشکلات زناشویی توسط آیری<sup>۲۴</sup>، (۱۳۸۱) مطرح شده، مشکلات مراجعه‌کنندگان (گروه آزمایش و گواه) در ۷ گروه طبقه‌بندی شد (مشکلات ارتباطی، بی‌وفایی و خیانت، پرخاشگری و سوء رفتار فیزیکی، تفاوت‌های شخصیتی، تعارضات مالی، حسادت و سوء ظن، مشکلات خانواده مرکب) و نتایج حاکی از مؤثر بودن خانواده درمانی راهبردی در تمامی مشکلات بوده اما مقایسه‌های تعقیبی میانگین بین گروهها نتایج تأثیر نسبت به مشکلات ارتباطی را بسیار چشمگیرتر نشان داده است. با توجه به اینکه مرکز مشاوره خانواده امریکا علت ۷۸٪ اختلافات زناشویی را مشکلات ارتباطی ذکر کرده (یانگ و لانگ، ۱۹۹۸)، و در این پژوهش نیز ۵۰٪ موارد اختلاف را مشکلات ارتباطی تشکیل می‌دهند، این حاکی از عدم یادگیری مهارت‌های ارتباطی مؤثر برای شروع زندگی مشترک است. نتایج پژوهش حاضر یا نتایج بسیاری رویکردهای معاصر درمانی در رابطه با حل مشکلات ارتباطی و توافق زناشویی ارتباط دارد (باکوم و آدامز، ۱۹۷۸، گاتمن، ۱۹۷۹، نولر، ۱۹۸۰، تینگ تومی، ۱۹۸۳، ویس، ۱۹۸۰ به نقل از ادنوهیو و گروچ، ۱۹۹۶).

زوجهای درمانده و تحت فشار معمولاً مشکلاتی را در حیطه ارتباطهای خود تجربه می‌کنند، آنها شدیداً گرفتار الگوهای ارتباطی بی‌حاصل هستند، یا در ارتباطهای خود بیشتر به نیت عمل به جای نتیجه آن توجه می‌کنند. بورلسن (۱۹۹۷) رابطه بین مهارت‌های ارتباطی و رضایت زناشویی را امری پیچیده می‌داند و تأکید می‌کند که محققین باید بین انگیزه‌ها، مهارتها و رفتارها تمایز قایل شوند. گاتمن (۱۹۹۴) براین عقیده است که بسیاری از الگوهای ارتباطی منفی از چهار طبقه رفتار تبعیت می‌کند: انتقاد، اهانت، تدافعی بودن و سرسختی در مقاومت. (یانگ و لانگ، ۱۹۹۸)

○ تأکید روی یادگیری مهارت‌های ارتباطی قبل از ازدواج نقش ارزنده‌ای در جلوگیری از مشکلات آتی زندگی مشترک دارد و این مهم را می‌توان در تعالیم مذهبی خود بیابیم، تأکید روی تعامل اعضای خانواده و همچنین سنت پسندیده صلوة‌رحم، احساس تعلق به گروه را افزایش

داده و در نتیجه افزایش رضایتمندی، آرامش را بدنبال خواهد داشت. احیاء و ترویج ارزشهای مذهبی و معنوی، ابراز عواطف مثبت بصورت کلامی و غیر کلامی نسبت به هم، ایفای نقش مناسب و متعادل توسط اعضای خانواده مبتنی بر شیوه‌های رفتاری مطلوب، درک و تلقی متقابل و احترام‌آمیز والدین و فرزندان، تقویت معیارهای الگوسازی در خانواده می‌تواند بر جاذبیت تعامل و در کنار هم زیستن بیافزاید و در این گذرجوان نحوه تعامل صحیح با دیگران و مهارت‌های ارتباطی لازم برای شروع زندگی مشترک را کسب می‌نماید و این مهم‌ترین گام برای تضمین یک زندگی مشترک با ثبات می‌باشد.

○ ○ ○

#### یادداشت‌ها

- |                                     |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1- Bowen                            | 2- Strategic family therapy    |
| 3- Relationship conflict resolution | 4- Bacom                       |
| 5- Adams                            | 6- Gottman                     |
| 7- Noller                           | 8- Tingtoomy                   |
| 9- Wiss                             | 10- Family's frame of refernce |
| 11- Minuchin                        | 12- Enrich                     |
| 13- Olson, D. H.                    | 14- Fournier, D. G.            |
| 15- Drunckman                       | 16- Protection                 |
| 17- Unit                            | 18- Sequence                   |
| 19- Hierarchy                       | 20- Milton, H. Erickson        |
| 21- Don Jacson                      | 22- Tannen, D.                 |
| 23- Jones                           | 24- O'Leary                    |

#### منابع:

- اولیری، دانیل، هیمن، ریچارد، جانگسما، آرتور. (۱۳۸۱). روان درمانی زوجین طرح‌های درمان. ترجمه فریده عامری، انتشارات برگ زیتون، تهران.
- بارکر، فیلیپ. (۱۳۷۵). خانواده درمانی پایه، ترجمه محسن دهقانی و زهره دهقانی. انتشارات رشد، تهران.
- تانن، دبرا. (۱۳۷۳). مرانمی فهمی، تو هم مرانمی فهمی. ترجمه مهدی قراچه‌داغی، زهره فتوحی، انتشارات خاتون، تهران.
- ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۷۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. انتشارات بعثت، تهران.
- جونز، الزا، (۱۳۷۸). درمان سیستم‌های خانواده. ترجمه فرزین رضاعی. انتشارات ارجمندی، تهران.
- سلیمانیان، علی‌اکبر، (۱۳۷۳). بررسی تأثیر تفکرات غیر منطقی بر رضایت زناشویی، پایان‌نامه، کارشناسی ارشد دانشگاه

تربیت معلم، تهران.

- مینو چین، سالوادور، فیلمن، چارلز، (۱۳۸۱). فنون خانواده درمانی، ترجمه فرشادبهراری و فرح سبا، انتشارات رشد، تهران.

Barker, P. (1985). *Using metaphor in psychotherapy*. New York: Brunner / Mazel.

Beach, S. R. H.; Smith, D. A. & Fincham, F. D. (1994). Marital interventions for depression. *Journal of Applied and Preventive Psychology*, 3(4), 233-250.

Burleson, B. R. (1997). The relationship between communication skills and marital satisfaction. *Journal of Marriage & the Family*, 59(4), 884-919.

Christian, J. L. O'Leary, K. D. & Vivian, D. (1994), Depressive symptomate. *Journal of Family Psychology*, 8(1), 32-42.

Donovan, J. M. (1999). *Short-term couple therapy*. London: Gilford Pub.

Goldenberg, H. & Goldenberg, I. (2000). *Family therapy* Brooks/Cole.

Gottman, J. (1984). *Why marriage succeed and fail*. New York: Firside.

Haley, J. (1963). *Strategies of Psychotherapy*. New York: Grun & Stratton.

Lareman, L. & Brock, J. (1993). Relationship conflict resolution model: A short-term approach to couples. *Counseling Journal Family of Therapy*, 20(3), 145-164.

Madance, C. (1981). *Strategic family therapy*. Sanfrancisco: Jossey-Bass.

Odonohue, W. & Grouch, J. L. (1996). Marital therapy and gender linked factors in communication. *Journal of Marital and Family Therapy*. 22, 87-110.

Richepart. ; Haley. & Madelein. (1998). Approach to madness shared by cross-cultural healing systems and strategic family therapy. *Americam Journal of Family Therapy*. 26(1), 75-88.

Soo-Hoo, Terry, (1999). Brief strategic therapy with chinese Americans. *American Journal of Family Therapy*, 27(2), 163-179.

Tamura, Takeshi, Lau, A. (1992). Connectedness VS Separatenss. Applicability of family therapy to Japanese families. *Family Process*. 31(4), 319-340.

Weeks, G. R. & L'Abate, L. (1982). *Paradoxical psychotherapy*. Theory and techninue with induals couples and families. New York: Branner/Mazel.

Wolin, S. J. & Bennett, L. A. (1984). *Family rituals*. Family Press.

Young, Mark. E. ; Long, Lynn. L. (1998). *Counseling and therapy for couples*. Brooks/Cole Pub.