

مقایسه‌ی اثربخشی رویکردهای خانواده‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر کیفیت روابط زناشویی در مراجعان در آستانه‌ی طلاق

ناصر یوسفی^۱

استادیار، گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه کردستان، سنندج

احمد سهرابی

استادیار، گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه کردستان، سنندج

پذیرش مقاله: ۹۰/۹/۱

دریافت مقاله: ۹۰/۷/۲

چکیده

مقدمه: این مطالعه با هدف مقایسه‌ی اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن (MBFT) و خانواده‌درمانی فراشناختی (MCFT) بر کیفیت روابط زناشویی در مراجعان در آستانه‌ی طلاق صورت گرفت.

روش: طرح این پژوهش از نوع آزمایشی به شیوه‌ی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. برای این منظور ۶۶ مراجع متقاضی طلاق به مراکز مشاوره‌ای به طور تصادفی انتخاب شدند و به شیوه‌ی گمارش تصادفی به سه گروه ۲۲ نفری تقسیم شدند. به وسیله‌ی پرسشنامه صمیمیت زوجین، ابتدا میزان کیفیت روابط زناشویی در این مراجعان اندازه‌گیری شد (پیش‌آزمون) و بعد از مداخله گروهی بر روی دو گروه آزمایشی در ۸ جلسه، سرانجام پرسشنامه مجدداً اجرا شد (پس‌آزمون).

یافته‌ها: داده‌های به دست آمده برای بررسی میزان تأثیر روش‌های درمانی تحلیل شدند. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری بین مراجعان متقاضی طلاق گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر وابسته یعنی کیفیت روابط زناشویی تفاوت معناداری نشان داد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه اثربخشی خانواده‌درمانی MBFT و MCFT بر کیفیت روابط زناشویی تأیید شد. همچنین اثر تقریباً یکسانی برای دو روش درمانی مورد استفاده یافت شد.

کلیدواژه‌ها: خانواده‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن، خانواده‌درمانی فراشناختی، کیفیت روابط زناشویی، طلاق.

۱- آدرس نویسنده مسؤول، ناصر یوسفی، گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه کردستان، تلفاکس،

۰۸۷۱)۷۲۱۲۳۹۳.

مقدمه

تحقیق حاضر با توجه به روند رو به افزایش طلاق در دهه‌های اخیر در جهان (یانگ و لانگ^۱، ۱۹۹۸) صورت گرفت. طبق آمار رسمی در ایران نیز از هر هزار مورد ازدواج، حدود دویست مورد به طلاق منجر می‌شود (بهاری و میروسی، ۱۳۷۷) و ایران چهارمین کشور جهان از نظر نسبت طلاق به ازدواج معرفی شده است (کیان‌نیا، ۱۳۷۵).

طبق تعریف، طلاق فرایندی است که با تجربه‌ی بحران عاطفی هر دو زوج شروع می‌شود و با تلاش برای حل تعارض از طریق ورود به موقعیت جدید با نقش‌ها و سبک زندگی جدید خاتمه می‌یابد (گاتمن^۲، ۱۹۹۳). مطالعه‌ی روابط زوجین به درک چارچوبهای ساختاری روابط زوجین کمک می‌کند. در بررسی علت طلاق علاوه بر عوامل اجتماعی، اقتصادی، و حقوقی، توجه به علل فردی و روان‌شناختی از جمله کیفیت روابط زناشویی که منجر به طلاق می‌شود از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (گاتمن^۳، ۱۹۹۳). کیفیت روابط زناشویی^۴ نقش اساسی در ارزیابی کیفیت کلی ارتباطات خانوادگی دارد (برادبوری، فینچام، و بیچ^۵، ۲۰۰۰). کیفیت روابط زناشویی مفهومی چندبعدی است و شامل ابعاد گوناگون ارتباط زوجین مانند سازگاری، رضایت، شادمانی، انسجام، و تعهد می‌شود (تروکسل^۶، ۲۰۰۶).

سه رویکرد عمده برای مفهوم‌سازی کیفیت روابط زناشویی وجود دارد. رویکرد اول مربوط به لیوایز و اسپانیر^۷ (۱۹۷۹)؛ به نقل از ادیتال و لاول^۸ (۲۰۰۵) است که کیفیت روابط زناشویی را ترکیبی از سازگاری و شادمانی می‌داند. رویکرد دوم مربوط به فینچام و برادبوری (۱۹۸۷)؛ به نقل از کرولی (۲۰۰۶) است. بر اساس این رویکرد کیفیت روابط زناشویی منعکس‌کننده‌ی ارزیابی کلی فرد از رابطه‌ی زناشویی است. رویکرد سوم مربوط به مارکس^۹ (۱۹۸۹)؛ به نقل از تروکسل (۲۰۰۶) است که تلفیقی از رویکرد لیوایز و اسپانیر و رویکرد سیستمی بوئن^{۱۰} (منبع در صورت امکان) است. مارکس نسبت به فرد، رابطه‌ی فرد با همسرش، و رابطه‌ی فرد با دیگران نگرش سیستمی دارد. از این دیدگاه یک فرد متأهل دارای سه زاویه، شامل «زاویه‌ی درونی، زاویه‌ی همسری، و زاویه‌ی بیرونی» است. اولین زاویه، خود درونی فرد است که در برگزیده‌ی بعد درونی فرد و

1. Young, E. & Long, L.
2. Guttman, J
3. Guttman, J
4. Marital quality
5. Bradbury, T., Fincham, F., & Beach, S.
6. Troxel, W.
7. Lewis & Spanier
8. Adital, B. & Lavee, Y.
9. Marks
10. Bowen, B.

تلاشها، انگیزه‌ها، و انرژی‌های گوناگون است که به وسیله‌ی پیشینه‌ی طولانی از تمامی تجربیات زندگی فرد شکل می‌گیرد. زاویه دوم رابطه با همسر است. آن بخش از خود که به طور مداوم به همسر توجه می‌کند، با او هماهنگ می‌شود و از او مراقبت می‌کند. زاویه‌ی دوم پل استقلال- همبستگی است، به همین دلیل است که همسر به عنوان نیمه‌ی دوم شخص تصور می‌شود. زاویه‌ی سوم هر نقطه‌ی تمرکزی خارج از خود بجز همسر را نشان می‌دهد. به عبارتی اینجا نیز از مثلث‌ها بحث می‌شود، منتها بر خلاف نظر بوئن که دیگری مهم را صرفاً یک شخص می‌داند، مارکس معتقد است که دیگری مهم می‌تواند شغل، سرگرمی، و غیره نیز می‌باشد. بر این اساس، مارکس کیفیت روابط زناشویی را چنین تعریف می‌کند: «کیفیت روابط زناشویی نتیجه‌ی شیوه‌هایی است که افراد متأهل به طور نظام‌مند خود را در این مثلث (سه زاویه) سازماندهی می‌کنند (تروکسل، ۲۰۰۶). بر اساس نظریه‌ی فینچام و برادبوری (۱۹۸۷؛ به نقل از ادیتال، ۲۰۰۵)، کیفیت روابط زناشویی و میزان شادمانی تابع نحوه‌ی تعامل زن و شوهر و شیوه‌های مقابله‌ی آنها با موقعیتهای تنش‌زای زندگی است (برادبوری، فینچام، و بیچ، ۲۰۰۰؛ وایت وی، ۲۰۰۲؛ کرولی، ۲۰۰۶).

پژوهشهای صورت گرفته رابطه‌ی بین کیفیت زناشویی با نحوه‌ی ارتباط (هازن و شیور، ۱۹۸۷؛ کولینز، ۱۹۹۶؛ فینی، ۱۹۹۹؛ کرولی، ۲۰۰۶؛ دی وایت و هاور، ۲۰۰۸)، رضایت‌مندی زناشویی (حمیدی، ۱۳۸۶؛ سیمپسون^۱، ۱۹۹۰)، نحوه‌ی تعامل (فینی، نولر، و کالان^۲، ۱۹۹۴)، تعارض (سیمپسون، ۱۹۹۰؛ کریسی، ۲۰۰۲)، الگوی سازگاری با تعارض (الکساندراو، ۲۰۰۳؛ پیتروموناکو، گرینوود، و فلدمن^۳، ۲۰۰۴)، الگوی تمایل-اجتناب^۴ (ساگرستانو، کریستنسن، و هی وی^۵، ۱۹۹۹؛ کافلین و ونگلیستی^۶، ۲۰۰۰؛ الدرینگ و کریستنسن^۷، ۲۰۰۲؛ هسلی، ۲۰۰۶)، شیوه‌ی ابراز عواطف (دی وایت و هور، ۲۰۰۸)، خشونت در روابط زناشویی (کیمبرلی و باکر، ۲۰۰۸) و رضایت زناشویی (وایت وی و هور، ۲۰۰۸؛ هسلی، ۲۰۰۶) اشاره دارند. با مروری بر نتایج پژوهشهای گذشته مشخص می‌شود که این پژوهشها متغیرهای مهم در رابطه با کیفیت در روابط زناشویی زوجها را بررسی کرده‌اند ولی، برای درک واقع بینانه تر کیفیت در روابط زناشویی زوجها ایرانی، ضرورت دارد که در این زمینه پژوهشهایی از جمله اثربخشی روشهای درمانی مورد بررسی و تحقیق قرار گیرد.

تاکنون درمانهای شناختی متنوعی برای درمان مشکلات ارتباطی زوجین مورد استفاده قرار گرفته‌اند. شناخت درمانی معمول (مثلاً؛ بک و بک، ۱۹۹۵) بیشتر سعی دارد بر روی منشأ محتوای افکار منفی متمرکز شود ولی در مورد شکل‌گیری افکار

1. Simpson, J. A.
2. Feeney, J., Noller, P., & Callan, V.
3. Pietromonaco, P., Greenwood, D., & Feldman, B.
4. Demand- Withdraw
5. Sagrestano, L., Christensen, A. & Heavey, C.
6. Caughlin, J., & Vangelisti, A.
7. Eldridge, K., & Christensen, A.

منفی و یا این که چه مکانیسم‌هایی این تفکرات ناکارآمد را برجسته می‌سازند، تلاش زیادی نکرده است. پس در اینجا بررسی رویکردی که دلایلی برای شیوهی فکر کردن افراد، باورهای فرد در مورد فکرش، و راهبردهای فردی او در مورد کنترل توجهش را مورد توجه قرار دهد، لازم به نظر می‌رسد. این رویکرد، فراشناخت^۱ است که یکی از روشهای مورد استفاده در این پژوهش است.

شیوهی فراشناخت می‌تواند تغییر باور را تسهیل کند. در این شیوه فرد قادر است از طریق فاصله گرفتن از خودش، ارزیابی‌ها، افکار و باورهایش را مورد آزمایش قرار دهد و با آنها به عنوان وقایعی رفتار کند که باید مورد ارزیابی قرار گیرند نه این که آنها را به عنوان تصویری از واقعیت بپذیرد (ولز و پاپاجورجیو^۲، ۱۹۹۸). درمان فراشناختی، شامل توانا کردن اشخاص آشفته به گونه‌ای است که با افکار خودشان به گونه‌ای متفاوت ارتباط برقرار کنند و هدف آن، فعال کردن شیوهی فراشناختی و افزایش کنترل انعطاف پذیر بر روی توجه است به طوری که توانایی جدا کردن خود از فرایند نشخوار فکری (نگرانی فعال) افزایش یابد (ولز و پاپاجورجیو، ۱۹۹۸).

روانشناسی فراشناخت، حوزه‌ی اندیشه‌گری نوینی است که پیشینه آن به حدود دهه ۱۹۷۰ می‌رسد. فلاول^۳ (۱۹۷۹) نخستین کسی بود که گفتگو درباره فراشناخت را آغاز کرد. فراشناخت به عنوان هرگونه دانش یا فرایند شناختی که در ارزیابی، نظارت یا کنترل شناخت ما مشارکت دارد تعریف می‌شود (فلاول، ۱۹۷۹). آنچه که درباره مفهوم فراشناخت اساسی است این است که فرد در مورد افکارش فکر می‌کند. این افکار می‌تواند درباره دانش شخص باشد (مثل دانش فراشناختی) یا شامل آنچه باشد که فرد در حال انجام آن است (مهارت‌های فراشناختی) و یا درباره فکر کردن در مورد شناخت و یا عواطفی باشد که در همان لحظه دارد (تجربه فراشناختی). برای اینکه افکار فراشناختی را از انواع دیگر فکرها جدا کنیم باید منبع افکار فراشناختی را مد نظر قرار دهیم.

افکار فراشناختی زائیده‌ی پاسخ فوری شخص به مراقبت‌های بیرونی نیستند بلکه زائیده‌ی تظاهرات ذهنی درون شخص نسبت به واقعیت می‌باشند و شامل آنچه است که شخص درباره تظاهرات درونی، چگونه کار کردن و چگونه احساس کردن آن دارد. بنابراین گاهی فراشناخت به عنوان فکر کردن در مورد فکر، شناخت در مورد شناخت و یا دانش و شناخت درباره پدیده‌های شناختی تعریف می‌شود. فراشناخت آگاهی شخص از خودش است، درست مثل هنر پیشه‌ای که می‌داند در هر لحظه چه کاری انجام می‌دهد، این کار مستلزم حس قوی از خود به عنوان فرد فعالی است که می‌تواند اطلاعات را به طور

1. Meta-cognitive
2. Wells, A. & Papageorgiou, C.
3. Flavell, J.

درمان مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر کیفیت روابط زناشویی مراجعان در آستانه‌ی طلاق / یوسفی، ناصر و همکاران

عمدی ذخیره و یا بازیابی کند (فلاول، ۱۹۷۹). رویکرد فراشناخت تاکنون برای اختلالات بالینی از جمله اختلال اضطراب فراگیر، وسواس فکری^۱ عملی و اختلال استرس پس از ضربه مورد استفاده قرار گرفته، نتایج مطلوبی را هم فراهم نموده است (ولز و پاپاجورجیو، ۱۹۹۸). با توجه به اهمیت صمیمیت در کیفیت زناشویی و با توجه به این که بهبود روابط صمیمی زوجین باعث بهبود رضایتمندی‌شان از زندگی زناشویی می‌شود، انجام تحقیقاتی در این راستا ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به این ضرورت این پژوهش به بررسی تأثیر درمان فراشناخت بر بهبود و افزایش صمیمیت زوجین می‌پردازد. شیوه فراشناخت، شیوه‌ای نوظهور در درمان مشکلات زوج و خانواده می‌باشد.

در این پژوهش علاوه بر روش فراشناخت از روش حضور ذهن استفاده شد. از نظر تاریخی حضور ذهن^۱ تکنیک اصلی مورد استفاده در مراقبه‌ی بودایی^۲ است که ریشه در آیین مذکور دارد. روش حضور ذهن قصد دارد از طریق آموزش ذهنی، نه تنها در تغییر سیر کارکردی و بالینی ذهنی مراجع، بلکه در تغییر نحوه عملکرد و رابطه نیز به مراجع کمک کند. جان کبات-زین^۳ حضور ذهن را در روانشناسی و پزشکی ذهن-بدن، مخصوصاً کاهش استرس، با موفقیت بکار گرفت (مثلاً؛ کبات-زین، ۱۹۹۴). شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن^۴ (MBCT) نیز با کتاب سگال، ویلیامز، و تیزدیل (۲۰۰۲) معروف شد.

در روش حضور ذهن مورد استفاده در این مطالعه، بیمار با نظارت درونی خود فرایندی چهار مرحله‌ای را، که برگرفته از فلسفه بودا است، و توسط شوارتز^۵ برای اولین بار در کتاب قفل ذهن در سال ۱۹۹۷ مطرح شده، طی می‌کند (شوارتز، ۲۰۰۴). شوارتز (۲۰۰۴) در این روش فرایند چهار مرحله‌ای را برای افزایش توانایی مراجع جهت مواجهه و جلوگیری از پاسخ بدون نیاز به کمک مستقیم درمانگر پیشنهاد نموده است. اصل اساسی در این روش این است که مراجع با درک ماهیت واقعی افکار و امیال، نحوه کنترل و اداره ترس و اضطراب را یاد می‌گیرد و اداره اضطراب و ترس وی به نوبه‌ی خود به بیمار این امکان را می‌دهد تا به نحو مؤثرتری پاسخ‌های رفتاری خویش را مهار کند. مراجع از اطلاعات زیست‌شناختی و آگاهی‌شناختی برای انجام مواجهه و جلوگیری از پاسخ بهره خواهد گرفت. این راهبرد درمانی از چهار مرحله بنیادی تشکیل شده است که هدف از هر مرحله به اختصار ارائه می‌شود:

1. Mindfulness

۲. آیین بودایی در هند و شمال چین توسط سیدارتا گوتاما بودا که رهبری مذهبی بود، ۵۰۰ سال قبل از میلاد و در واکنش به رنج افراد فقیر، بیمار، مسن، و در حال احتضار پایه‌گذاری شد. امروزه دالایما رهبری این مذهب را به عهده دارد (مثلاً؛ دالایما و کتلا، ۱۹۹۸).

3. John Kabat-Zinn

4. Mindfulness-Based Cognitive Therapy

5. Schwartz, j.

مرحله اول، برجسب‌دهی مجدد^۱: مراجع یاد می‌گیرد چگونه افکار و تمایلات مزاحم خود را تشخیص دهد و درک عمیقی راجع به این مسأله به دست آورد که احساس آزار دهنده فعلی مربوط به یک اختلال طبی است.

مرحله دوم، اسناد مجدد^۲: مراجع عمیقاً متوجه می‌شود که افکار یا تمایلات او معنادار نبوده بلکه پیام‌های غلطی هستند که از مغز (قسمت استریاتم) صادر شده و با عدم تعادل زیست شیمیایی در مغز مرتب‌اند که بر روابط اثر می‌گذارد.

مرحله سوم، تمرکز مجدد^۳: مراجع درصدد برمی‌آید تا با تمرکز مجدد و معطوف ساختن توجه خود بر رفتار خوشایند صمیمی دیگر در پیرامون خود حتی برای چند دقیقه به رفتار دیگری (مثل ابراز احساسات و صمیمیت) بپردازد.

مرحله چهارم، ارزش‌گذاری مجدد^۴: مراجع یاد می‌گیرد که به ارزش‌گذاری افکار و امیال مزاحمی که به نحو ناگزیری او را به انجام رفتارهای خشک و فقدان صمیمیت وادار می‌سازند، بپردازد و به صحت ظاهری آنها توجه نکند.

بورپی^۵ و لانگر (۲۰۰۵) در پژوهش خود نشان دادند که رابطه معنادار بالایی بین حضور ذهن و رضایت زناشویی وجود دارد. گاتمن^۶ (۱۹۹۴) معتقد است که نسبت تعاملات مثبت به منفی در ازدواج نشان دهنده‌ی میزان موفقیت در آن است. بدین معنی معنی که اگر میزان نسبت تعاملات مثبت به تعاملات منفی ۵ به ۱ باشد، نشان دهنده‌ی سطح بالای رضایت در ازدواج است در حالی که در دلزدگی زناشویی احتمالاً این نسبت کمتر شده یا معکوس می‌شود.

بعضی از تحقیقات نشان داده‌اند که زوجین راضی هماهنگی مفهومی (صمیمیت) بیشتری را نسبت به زوج‌های ناراضی نشان می‌دهند (بونک^۷ و مسترز، ۱۹۹۹). بورپی و لانگر (۲۰۰۵) معتقدند که هماهنگی مفهومی می‌تواند نشانی از حضور ذهن باشد؛ بدین معنا که درجه‌ی اشتیاق زن یا شوهر جهت ارزیابی مجدد تفکرات خود در مورد همسر می‌تواند نشان دهنده‌ی میزان تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری آنها در موقعیت‌های مختلف باشد. همچنین تعدادی از محققین معتقدند، زوج‌هایی که دارای رضایت زناشویی بهتر و کیفیت زناشویی بالاتری هستند حضور ذهن بیشتری دارند (باس^۸، ۱۹۹۹؛ کیم، مارتین و مارتین^۹، ۱۹۸۹؛ نمچک و اولسون^{۱۰}، ۱۹۹۶).

1. Relabel
2. Reattribute
3. Refocus
4. Revalue
5. Burpee, L. & Langer, E.
6. Gottman
7. Buunk, B. & Mutsaers, W.
8. Buss, D.
9. Kim, A., Martin, D. & Martin M.
10. Nemechek, S., & Olson, K.

درمان مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر کیفیت روابط زناشویی مراجعان در آستانه‌ی طلاق / یوسفی، ناصر و همکاران

در واقع، این پژوهش به منظور پاسخ به این سوال عمده طراحی شده، که میزان اثربخشی خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن^۱ (از این به بعد، MBFT) و خانواده درمانی فراشناختی^۲ (از این به بعد، MCFT) بر کیفیت روابط زناشویی در مراجعان مراجعان متقاضی طلاق چگونه است؟ فرضیه‌ی اصلی پژوهش این است که خانواده درمانی مبتنی بر درمان به روش حضور ذهن و درمان فراشناخت بر کیفیت روابط زناشویی مؤثر هستند.

روش

در این پژوهش از روش تحقیق آزمایشی به شیوه پیش آزمون- پس آزمون با گروه آزمایشی و کنترل استفاده شده است. جامعه آماری این تحقیق کلیه مراجعین متقاضی طلاق (زن و شوهر) اعم از مراجعان خود ارجاعی و یا ارجاع داده شده از طرف دادگاه خانواده شهرستان سنندج به مراکز مشاوره‌ای بهزیستی شهرستان سنندج واقع در استان کردستان در سال ۱۳۹۰ بودند.

معیارها و شرایط ورود: معیارها و شرایط ورود در این پژوهش عبارت بودند از: زن یا شوهری که دارای تحصیلات حداقل پنجم ابتدایی بودند، در دادگاه پرونده طلاق داشتند و از طرف دادگاه به مراکز مشاوره‌ای ارجاع داده شده یا خودشان مراجعه کرده بودند و همچنین مایل به همکاری جهت دریافت مداخله مشاوره‌ای بودند.

شرایط و معیار خروج عبارت بودند از زن یا شوهری که همسر معتاد و الکلی داشتند، زن یا شوهری که مبتلا به بیماری صعب‌العلاج جسمی بودند، زن یا شوهری که به دلایل قتل همسر یا بزهکاری و جرم اقدام به گرفتن طلاق کرده بودند، زنانی که دارای مشکل نازایی بودند و زن یا شوهری که در طول درمان مشخص می‌شد، شرایط منطبق با اهداف پژوهش را نداشتند.

روش نمونه‌گیری: روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی چند مرحله‌ای انجام شد. در مرحله اول از میان ۲۵۵ مراجع (مرد یا زن) که در بهار سال ۱۳۹۰ به مراکز مشاوره‌ای شهرستان سنندج، مراجعه کرده بودند، شرایط ورود بررسی شد و افرادی که دارای شرایط ورود به جامعه تحقیق را داشتند انتخاب شدند (در این مرحله تعداد ۴۳ نفر شرایط ورود نداشتند و از جامعه تحقیق حذف شدند). در مرحله دوم از طریق شیوه نمرگیری (عریضی و فراهانی، ۱۳۸۷) با کل نمونه باقی مانده‌ی قبلی (۲۱۲ نفر) جهت پی بردن به تمایل به شرکت در جلسات مشاوره‌ای تماس تلفنی گرفته شد، از بین این افراد تعداد ۱۷۸ نفر از مراجعان متقاضی طلاق مراکز مذکور حاضر به همکاری جهت شرکت در جلسات خانواده درمانی شدند، در مرحله سوم از میان ۱۷۸ مراجع حاضر به همکاری (مرد یا زن)، ۶۶ نفر بصورت تصادفی ساده انتخاب شدند (نام افراد با اعداد ۱ تا ۱۷۸

1. Mindfulness-Based Family Therapy
2. Meta-Cognitive Family Therapy

نوشته شد و در ظرفی ریخته شد و به قید قرعه ۶۶ نفر انتخاب شدند). در مرحله چهارم با استفاده از مقیاس و ابزار مربوطه کیفیت روابط زناشویی در مراجعان متقاضی طلاق اندازه گیری شد (پیش آزمون). سرانجام در مرحله پنجم، به شیوه جایگزینی تصادفی ساده، افراد در سه گروه ۲۲ نفری (گروه حضور ذهن درمانی، فراشناخت درمانی و گروه گواه) گماشته شدند (ابتدا سه برگ تنظیم شد و بر روی هر برگ نام گروه حضور ذهن درمانی، فراشناخت درمانی نوشته شد و سپس از داخل ظرف که حاوی ۶۶ کد آزمودنی بود، هر بار به قید قرعه ۳ کد انتخاب و به طور تصادفی در یکی از برگه‌ها ثبت شد، به این صورت سه گروه ۲۲ نفری مشخص شدند).

لازم به ذکر است، از لحاظ آماری طرح‌های تجربی با حجم نمونه ۱۵ تا ۲۰ نفر کفایت می‌کند (عریضی و فراهانی، ۱۳۸۷). بنابراین محققان ۲۰ نفر را انتخاب نمودند و تعداد ۲ نفر را مازاد برای جایگزینی احتمالی در صورت افت آزمودنی انتخاب کردند. کفایت حجم نمونه، به انجام تحلیل آماری بعد از اجرای مداخله موکل شد. بدین صورت که پس از انجام تحلیل مقدماتی شاخص توان آماری بررسی شد که در این پژوهش توان آماری برابر با «۱» است، یعنی امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است، بدین ترتیب به حجم نمونه گرفته شده اکتفا شد.

ابزارها: در این پژوهش از سه پرسشنامه استفاده شد که در زیر ویژگی‌های روانسنجی آنها شرح داده می‌شود:

الف: پرسشنامه‌ی وضعیت زناشویی گلوبوک - راست (گریمس)^۱: پرسشنامه‌ی گریمس دارای ۲۸ عبارت است که در مقابل هر جمله ۴ گزینه قرار دارد: کاملاً مخالف، مخالف، موافق، و کاملاً موافق. پاسخگو با توجه به وضعیت زناشویی خودش یکی از این ۴ گزینه را انتخاب می‌کند. این پرسشنامه توسط راست، بنون، کراو و همکاران^۲ (۱۹۹۸) ساخته شده، برای ارزیابی کیفیت زندگی زناشویی به کار می‌رود. این پرسشنامه ارزیابی کلی فرد از زندگی زناشویی خویش را نشان می‌دهد. از لحاظ روایی این پرسشنامه با نظریه‌ی فینچام و برادبوری در مورد کیفیت روابط زناشویی همسو است (هولیس و میلر، ۲۰۰۵). روایی این پرسشنامه با ۲۴ زوج سنجدیده شده است که همبستگی میان بهبودی زوجها و مقیاس درمانگر ۰/۹۱ بوده است (راست، بنون، کراو، و همکاران، ۱۹۹۸). پژوهش عیسی‌نژاد (۱۳۸۶) نتایج همبستگی این پرسشنامه را با پرسشنامه سازگاری زناشویی باسبی، کران، لارسن، و کریستنسن^۳ (۱۹۹۵) که به منظور ارزیابی کیفیت روابط زناشویی براساس نظریه لیوایز و اسپنیر (۱۹۷۹) در مورد کیفیت زناشویی ساخته شده است (ادیتال و لاو، ۲۰۰۵)، به میزان ۰/۶۷ نشان داده است. پرسشنامه همچنین به مداخلات غنی‌سازی حساس بوده است که نشان دهنده روایی سازه‌ای و ملاکی پرسشنامه می‌باشد

^۱. The Golombok-Rust Inventory of Marital State (GRIMS)

^۲. Rust, J., Bennun, I., Crowe, M., & et al.

^۳. Busby, Crane, Larson, & Christensen

درمان مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر کیفیت روابط زناشویی مراجعان در آستانه‌ی طلاق / یوسفی، ناصر و همکاران

(عیسی‌نژاد، ۱۳۸۶). پژوهش عیسی‌نژاد، احمدی، و اعتمادی (۱۳۸۷) پایایی این پرسشنامه را به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۹ نشان داده است. بشارت نیز (۱۳۸۰) پایایی این پرسشنامه را به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و به شیوه بازآزمایی پس از دو هفته ۰/۹۴ برآورد کرده است. در پژوهش حاضر در مطالعه مقدماتی پایایی پرسشنامه به شیوه‌ی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۸ بدست آمد.

ب: پرسشنامه‌ی اطلاعات خانوادگی: این پرسشنامه را محقق ساخته است و دارای ۳۲ سؤال است که در این پژوهش برای سنجش ویژگیهای جمعیت شناختی و خانوادگی زوجین از قبیل طول مدت ازدواج، سن ازدواج، سن، تفاوت سنی، تحصیلات، میزان درآمد، تعداد فرزندان، و میزان و مدت آشنایی استفاده شد.

ج: پرسشنامه‌ی رضایت مراجع: پرسشنامه‌ی رضایت مراجع^۱ توسط لارسن، اتیکسون، هارگریوز و همکاران (۱۹۷۹) به منظور سنجیدن رضایت مراجعان از برنامه‌ی مشاوره‌ای و روان‌درمانی ساخته شده است. پرسشنامه‌ی رضایت مراجع یک مقیاس ۸ سوالی است، هر سؤال دارای ۴ گزینه است و به سهولت اجرا و نمره‌گذاری می‌شود. سؤالات این پرسشنامه براساس رتبه بندی یک مجموعه سؤالات مربوط به رضایت مراجع، توسط متخصصان بهداشت روانی و همچنین براساس تحلیل عاملی انتخاب شده‌اند. پرسشنامه‌ی رضایت مراجع یک بُعدی^۲ است، یعنی یک برآورد همگن از رضایت کلی مراجع از خدمات بالینی به دست می‌دهد. این پرسشنامه به طور وسیعی مورد مطالعه قرار گرفته است. با وجودی که لزوماً مقیاسی برای ادراک مراجع از دستاوردهای درمانی یا نتایج آن نیست، اما برداشت مراجع را از ارزش خدماتی که دریافت می‌کنند، نشان می‌دهد. نمره‌ی رضایت مراجع به سادگی با جمع کردن نمرات تک تک سؤالات بدست می‌آید. برای هر سؤال نمره‌ای بین ۱ تا ۴ در نظر گرفته شده است. دامنه نمرات بین ۸ تا ۳۲ است که نمرات بالاتر از میانه نشانه‌ی رضایت بیشتر است. پرسشنامه روی اقشار متعدد مراجعان اجراء شده است. وسیع‌ترین مطالعه‌ی به عمل آمده بر روی ۳۲۶۸ نفر از مراجعان سرپایی و بستری ۷۶ مرکز بالینی و مشاوره انجام شده است. آزمودنی‌های این پژوهش شامل ۴۲ آمریکایی مکزیکی تبار، ۹۶ اسپانیایی تبار غیرمکزیکی^۳، ۳۶۱ سیاهپوست، و ۲۶۰۵ سفید پوست بوده است. آزمودنیها از هر دو جنس زن و مرد و شامل دامنه‌ی وسیعی از انواع مراجعان بوده‌اند. چنین به نظر می‌رسد که این پرسشنامه تمام گروههای نژادی و فرهنگی را پوشش می‌دهد. دامنه‌ی نمرات میانگین هر چهار گروه بین ۲۶/۳۵ تا ۲۷/۲۳ بوده است، که از لحاظ آماری تفاوت معناداری نشان نمی‌دهد. آلفای کرونباخ بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ در چندین پژوهش بیانگر همسانی درونی و پایایی بالای پرسشنامه می‌باشد. از لحاظ روایی

1 . (Client Satisfaction Questionnaire = CSQ)

3. Uni-dimensional

3.Hispanics

پرسشنامه با رتبه بندی مراجعان از نشانه شناسی و بهبود کلی و همچنین رتبه بندی درمانگران از پیشرفت درمانی مراجعان و یا احتمال پیشرفت آنها همبستگی دارد، این پرسشنامه با نرخ ترک درمانی مراجعان همبستگی منفی داشته است که این رابطه‌ها دلالت بر روایی عالی پرسشنامه دارد (لارسون و ویلسون، ۱۹۹۸).

مداخله: قبل از مداخله درمانی حاضر هیچ جلسه‌ی مشاوره‌ای با مراجعان در مراکز مذکور انجام نشده بود. مداخله شامل ۸ جلسه MBFT (خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن) روی یکی از گروه‌های مداخله و ۸ جلسه MCFT (خانواده درمانی فراشناختی) روی گروه مداخله‌ی دیگر بود. این جلسات به صورت یک ساعتی با تواتر هفته‌ای دو بار تشکیل شد و مداخله در مراکز مشاوره‌ای در اتاقی مخصوص انجام می‌شد. مداخله به صورت گروهی با رویکرد خانوادگی با مرد یا زن توسط نویسنده‌ی اول، متناسب با فرهنگ مراجعان انجام شد. بر اساس روش کراس اور یا جایگزینی عرضی^۱، به گروه کنترل هم گفته شد که در پایان جلسات مداخله روی دو گروه دیگر، آنها نیز می‌توانند به مراکز مذکور جهت دریافت همان خدمات مراجعه کنند. بعداً خاتمه‌ی جلسات مداخله به گروه کنترل اطلاع رسانی شد.

جهت رعایت اخلاق پژوهش به مراجعان گفته شد، این مداخله ضمن مفید بودن برای خودشان، بخشی از یک کار تحقیقی محسوب می‌شود و مواردی که در جلسه درمان مطرح می‌کنند با هیچ‌کسی بدون رضایت مراجع در میان گذاشته نشده، هویت آنها در مورد نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه تلقی می‌گردد و آنها می‌توانند از طریق پست الکترونیکی یا آدرس پستی از نتایج کار مطلع شوند، بعد از مداخله درمانی نیز بهتر است درمان را هر از چند گاهی ادامه دهند. بعد از اتمام جلسات درمانی روی دو گروه آزمایشی، گروه کنترل هم که در انتظار درمان بودند جلسات خانواده درمانی دریافت کردند (که در اینجا گزارش نمی‌شود).

یافته‌ها

برای بررسی میزان تأثیر روشهای درمانی، داده‌ها توسط مانکوا تحلیل شدند. ابتدا، نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های نمرات متغیرهای تحقیق گروه‌ها و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه بررسی شد، که فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در متغیرهای تحقیق (با مقدار $0/728$) $F=$ در سطح $0/05$ $p>$ تأیید گردید. به عبارت دیگر پیش فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بود. همچنین پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پس آزمون برای متغیرهای تحقیق تأیید گردید.

1- Cross-over

درمان مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر کیفیت روابط زناشویی مراجعان در آستانه‌ی طلاق / یوسفی، ناصر و همکاران

نسبت جنسیت زن به مرد (۶۷ درصد به ۳۳ درصد) بود. بیشترین شیوه‌ی آشنایی مربوط به وساطت بود (۰/۸۹). همچنین، ۰/۸۶ از افراد نمونه در فاصله‌ی سنی ۲۷ تا ۳۵ سال ازدواج کرده بودند. تفاوت سنی زوجین در ۰/۵۰ درصد بین ۳ تا ۷ سال بوده و طول مدت زندگی مشترک زوجین در ۰/۷۵ نمونه در فاصله‌ی ۱ تا ۷ سال به طلاق منجر شده بود. سن طلاق در ۰/۶۸ بین ۲۸ تا ۳۳ سال، سطح سواد اغلب افراد نمونه در حد مقطع راهنمایی (۰/۴۵)، درآمد زوجین در موقع زندگی مشترک در بیشتر موارد کمتر از ۱۸۰۰ (۰/۷۴)، و اکثر افراد نمونه از زمان درخواست طلاق جدا از همسرشان، یعنی در خانه والدین زندگی می‌کردند (۰/۸۳). بیشتر زوجها عامل مشکل کنونی را دخالت خانواده‌ی همسر خود می‌دانستند (۰/۴۶) و بسیاری از زوجین به نظر خودشان از لحاظ تعداد اعضای خانواده با همسرشان تفاوت زیادی داشتند (۰/۴۳).

جدول شماره ۱ میانگین و انحراف و خطاهای استاندارد نمرات آزمودنی‌ها را در پرسشنامه‌ی کیفیت روابط زناشویی به تفکیک جنسیت زنان و مردان نشان می‌دهد. همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین کیفیت روابط زناشویی زنان بالاتر از مردان است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت روابط زناشویی به تفکیک جنسیت

متغیر	میانگین	خطای استاندارد	انحراف معیار
جنسیت زنان	۶۹/۴۵	۱/۴۳	۱۴/۱۶
مردان	۶۸/۸۹	۱/۵۶	۱۳/۴۲
کل	۶۹/۱۷	۱/۴۲	۱۳/۷۸

جدول ۲: آزمون وی کرامر برای رابطه بین کیفیت روابط زناشویی و جنسیت

آزمون	مقدار مشاهده شده	سطح معنی داری
کرامر ۷	۰/۶۷۲	۰/۰۰۱

برای بررسی رابطه‌ی جنسیت و کیفیت روابط زناشویی از آزمون وی کرامر و خی دو استفاده شد. همچنانکه در جدول شماره ۲ آمده است، آزمون وی کرامر نشان می‌دهد که بین جنسیت و کیفیت روابط زناشویی ارتباط معنادار وجود دارد (۰/۰۰۱ < p). برای مقایسه‌ی کیفیت زندگی زناشویی در میان زنان و مردان از تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شده است. جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که بین زنان و مردان در میزان کیفیت روابط زناشویی تفاوت معنادار وجود ندارد (p=۰/۷۱).

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه کیفیت زندگی زناشویی مردان و زنان

منبع	درجه آزادی df	مجذور میانگین	مقدار F	سطح معنی داری (p=)
بین گروهی	۲	۲/۵۷۳	۰/۱۲	۰/۷۱
درون گروهی	۶۴	۲۴۴/۲۰۱		
کل	۶۵			

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین پس آزمون نمرات کیفیت روابط زناشویی مراجعان متقاضی طلاق گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیرها	نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	Sig. (p<)	مجذور اتا	توان آماری
روابط زناشویی	پیلایی	۰/۲۴۱	۳	۳۹	۲/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۱۲۱	۰/۸۲۱
	ویلکز	۰/۲۴۱	۳	۳۹	۲/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۱۲۱	۰/۸۲۱
	هتلینگ	۰/۲۱۲	۳	۳۹	۲/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۱۲۱	۰/۸۲۱
	ریشه	۰/۳۰۱	۳	۳۹	۲/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۱۲۱	۰/۸۲۱
گروه‌ها	پیلایی	۰/۱۲۱	۶	۹۷	۹/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۱/۰۰
	ویلکز	۰/۱۲۴	۶	۱۰۱	۴۵/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۲۱	۱/۰۰
	هتلینگ	۵/۳۱	۶	۹۸	۸۹/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱/۰۰
	ریشه	۷/۱۲	۳	۳۹	۲۹۸/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱/۰۰

جدول ۴ نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون بین مراجعان متقاضی طلاق گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ متغیرهای وابسته‌ی کیفیت روابط زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=۸۹/۳۱$ و $p<۰/۰۰۱$). میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۸۹ می‌باشد، یعنی ۸۹ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون کیفیت روابط زناشویی مربوط به تأثیر دو روش خانواده‌درمانی می‌باشد. توان آماری برابر با ۱ است، یعنی امکان خطای نوع دوم وجود نداشته، که حاکی از دقت آماری بسیار بالا و کفایت حجم نمونه است.

برای پی بردن به تفاوت‌ها، نتایج حاصل از تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا، در جداول بعدی نشان داده شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی پس آزمون میانگین نمرات کیفیت روابط زناشویی مراجعان متقاضی طلاق گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	مجذورات	توان آماری
کیفیت روابط	پیش آزمون	۱	۱۲۲۳/۱۲	۷/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۰/۹۳
زناشویی	گروه	۲	۱۴۱۲۱/۲۷	۱۲۲/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱
	خطا	۴۲	۲۴۱/۳۲				

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود با کنترل پیش آزمون بین مراجعان متقاضی طلاق گروه‌های آزمایش و گروه گواه از لحاظ کیفیت روابط زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=122/34$ و $p < 0/001$)، میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۹۵ می‌باشد و توان آماری برابر با ۱ است. معنی‌دار شدن تفاوت در تحلیل کواریانس مشخص نمی‌سازد که بین کدام گروه تفاوت وجود دارد. لذا بدنبال این تحلیل، تحلیل تعقیبی بونفرونی انجام شد که نتایج آن در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات کیفیت روابط زناشویی در گروه‌های سه گانه

گروهها	میانگین	۱ MBFT	۲ MCFT	۳ کنترل
۱ خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن (MBFT)	۱۱۹/۶۸	—	—	$p < 0/001$
۲ خانواده درمانی فراشناختی (MCFT)	۱۱۵/۸۹	—	—	$p < 0/001$
۳ کنترل	۶۷/۸۵	$p < 0/001$	$p < 0/001$	—

چنانکه جدول ۶ و نمودار ۱ نشان می‌دهند، خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن (MBFT) و خانواده درمانی فراشناختی (MCFT)، با توجه به بالا بودن میانگین کیفیت روابط زناشویی آنان نسبت به گروه کنترل، موجب افزایش کیفیت روابط زناشویی گروه‌های آزمایش شده است. بین مراجعان متقاضی طلاق گروه MBFT و MCFT تفاوت معنی‌داری وجود نداشت، که این امر بیانگر تأثیر تقریباً یکسان دو روش درمانی بر افزایش کیفیت روابط زناشویی است.

در مورد عدم پیگیری نتایج درمان باید گفت که به دلیل اینکه آزمودنی‌های این پژوهش مراجعان طلاق بودند، پس از سپری شدن دوره‌ی طلاق قانونی یا محل زندگی را تغییر می‌دادند و یا ازدواج مجدد می‌کردند و حاضر به ادامه همکاری نمی‌شدند. در کل محقق پس از تلاش زیاد نتوانست از تمام مراجعان شرکت‌کننده در درمان، آزمون پیگیری بگیرد و اُفت نمونه در مرحله پیگیری باعث شد اثر پیگیری را در تحلیل آماری نتوان بررسی کرد. اما به دلیل اهمیت بررسی اثر ماندگاری درمان در مداخلات آزمایشی محقق نتوانست با تلاش زیاد پس از ۴ ماه از خاتمه درمان، پرسشنامه رضایت مراجعان از مداخله را به ۲۸ مراجع بدهد که نتایج آن در جدول ۷ آمده است.

جدول ۷. نتایج پیگیری رضایت مراجعان بعد از ۴ ماه از دریافت هشت جلسه مشاوره‌ی خانواده

سؤال	عنوان سوال	۱	۲	۳	۴
۱	به کیفیت خدمات درمانی/ مشاوره ای خود چه نمره ای می دهید؟	ضعیف	متوسط	خوب	عالی
	تعداد/ درصد	-	۷ نفر، ۲۵٪	۱۶ نفر، ۵۸٪	۵ نفر، ۱۷٪
۲	آیا خدماتی که خواستار آن بودید، دریافت کردید؟	قطعاً، خیر	نه در حد انتظارم	به طور کلی، بله	به طور قطع، بله
	تعداد/ درصد	-	۴ نفر، ۱۴٪	۱۸ نفر، ۶۵٪	۶ نفر، ۲۱٪
۳	برنامه مشاوره ای/ درمانی تا چه حد نیازهای شما را برآورد کرد؟	هیچ یک از نیازهای مرا برآورده نکرد.	فقط چند تا نیاز مرا برآورده کرد.	اکثر نیازهای مرا برآورده کرد.	تقریباً تمام نیازهای مرا برآورده کرد.
	تعداد/ درصد	-	۹ نفر، ۳۲٪	۱۹ نفر، ۶۸٪	-
۴	اگر یکی از دوستان شما نیاز به کمکی مشابه شما داشته باشد، آیا برنامه ما را به او توصیه می کنید؟	قطعاً، خیر	خیر، گمان نمی کنم	فکر می کنم، بله	به طور قطع، بله
	تعداد/ درصد	-	-	۱۰ نفر، ۳۵٪	۱۸ نفر، ۶۵٪
۵	تا چه حد از میزان کمک دریافتی خود راضی هستید؟	کاملاً ناراضی	بی تفاوت یا کمی راضی	بیشتر راضیم	خیلی راضیم
	تعداد/ درصد	-	۷ نفر، ۲۵٪	۱۸ نفر، ۶۵٪	۳ نفر، ۱۰٪
۶	آیا خدمات ما به شما کمک کرد که در انجام برنامه های زندگی خود موفق تر باشید؟	نه، به نظرم وضع را بدتر کرد.	نه، واقعاً کمکی نکرد.	بله، کمک کرد.	بله، خیلی زیاد کمک کرد.
	تعداد/ درصد	-	-	۲۲ نفر، ۷۹٪	۶ نفر، ۲۱٪
۷	به طور کلی چقدر از خدماتی که دریافت کردید، راضی هستید؟	کاملاً ناراضی هستم	بی تفاوت	نسبتاً راضی هستم	خیلی راضی هستم
	تعداد/ درصد	-	-	۲۱ نفر، ۷۵٪	۷ نفر، ۲۵٪
۸	اگر مجدداً هم خواستار کمک باشید، به سراغ برنامه ما می آید؟	قطعاً، خیر	نه، گمان نمی کنم	فکر می کنم، بله	به طور قطع، بله
	تعداد/ درصد	-	-	۶ نفر، ۲۱٪	۲۲ نفر، ۷۹٪
	مقیاس کمی	۱	۲	۳	۵
	میانگین کل درصد	-	۲۴٪	۴۹٪	۲۷٪

درمان مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر کیفیت روابط زناشویی مراجعان در آستانه‌ی طلاق / یوسفی، ناصر و همکاران

طبق جدول ۷ نمره‌ی پرسشنامه‌ی رضایت مراجع با جمع کردن نمرات تک تک سؤالات ۲۸ نفر میانگین کل ۴۹٪ مربوط به گزینه ۳ و ۲۷٪ مربوط به گزینه ۴ است. به این معنی که پس از ۴ ماه از مداخله، به اعتقاد ۴۹٪ از مراجعان خدمات مشاوره‌ای دریافتی برای آنها مفید و در حد خوب و برای ۲۷٪ از آنها در سطح عالی بوده است، با توجه به اینکه نمرات درصدی بالاتر از میانه بود، این نشانه‌ی رضایت بیشتر مراجعان است، در کل رضایت مراجعان از خدمات مشاوره‌ای دلالت بر ماندگاری اثر مداخله می‌باشد.

بحث

این مطالعه تأثیر خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن (MBFT) و خانواده درمانی فراشناختی (MCFT) بر کیفیت روابط زناشویی را تأیید نمود. همچنین اثر تقریباً یکسانی برای دو روش درمانی مورد استفاده یافت شد. در مشکلات ارتباطی زوجین، نحوه‌ی مقابله‌ی زوجین با هیجانانگشان که در طول رابطه غالب می‌شوند از اهمیت قابل توجهی برخوردار است و رویکرد حضور ذهن و فراشناخت علاوه بر فرایندهای شناختی بر روی عواطف نیز تمرکز دارد که یکی از مهمترین عوامل تأثیر گذار بر افزایش کیفیت روابط زناشویی در رابطه است. بنابراین به نظر می‌رسد استفاده از این رویکردها برای اصلاح پردازش هیجانانگ، بهبود مهارت‌های عاطفی، صمیمیت و کیفیت روابط زناشویی زوجین مؤثر باشد. این نتیجه با پژوهش‌های قبلی مبتنی بر حضور ذهن (مانند؛ بورپی و لانگر، ۲۰۰۵؛ گاتمن، ۱۹۹۴؛ بونک و مسرز، ۱۹۹۹؛ باس، ۱۹۹۹؛ کیم، مارتین و مارتین، ۱۹۸۹؛ نمچک و اولسون، ۱۹۹۶) و روشهای مبتنی بر فراشناخت از جمله هالفورد، سندرز و بهرنز (۲۰۰۱)، مارکمن (۱۹۸۱)، فینچام، پلیری و رگالیا (۲۰۰۲)، خوشکام (۱۳۸۵)، و شفیع‌نیا (۱۳۸۱) همسو می‌باشد.

نتایج، حاکی از تأیید فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر اینکه خانواده درمانی مبتنی بر اثربخشی درمان به روش حضور ذهن بر کیفیت روابط زناشویی است و یافته‌های این پژوهش با مبانی نظریه حضور ذهن شوارتز (۲۰۰۴) همسو می‌باشد. در تبیین آن باید گفت، حضور ذهن که به معنای در زمان حال بودن و در زمان حال زیستن می‌باشد (کبات-زین، ۱۹۹۴)، بر کاهش دلزدگی زناشویی بسیار مؤثر است. تأثیر این متغیر از این لحاظ است که آنها را قادر می‌سازد، هر لحظه بر نقاط قوت و ضعف خود و زندگی مشترک خود آگاه باشند و این آگاهی به تعبیر بورپی و لانگر (۲۰۰۵) یک هماهنگی مفهومی برای زوجین ایجاد می‌کند و آنها را قادر می‌سازد که زندگی مشترک خود و مشکلات موجود در آن را ارزیابی و بازرزایی نمایند و این تأثیری بسیار بسزا در بالا بردن رضایت زوجین و کیفیت روابط زناشویی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، افراد با حضور ذهن موقعیتی بالا به علت اشراف داشتن بر زمان و نترسیدن از تغییرات (بورپی و لانگر، ۲۰۰۵) می‌توانند محیطی دائماً پویا و انعطاف پذیر در زندگی خود ایجاد کنند. این محیط پویا و انعطاف پذیر مانع رشد تعارضات مزمن و فاصله‌های روانی و عاطفی طولانی مدت می‌شود، تعارضات و فاصله‌های روانی که خود ایجاد کننده زنجیره-

ای از مشکلات بعدی خواهند بود. نکته مهم این است که افراد با حضور ذهن بالا به نقطه نظرات خود و همسر خود توجه بالایی دارند و این نکته به عنوان وسیله‌ای برای پویا نگه داشتن و جلوگیری از سردی روابط و در نهایت موجب افزایش کیفیت روابط زناشویی خواهد شد. لانگر (۱۹۸۹) معتقد است که در یک رابطه ذهن آگاهانه عقاید و نگرش‌های موجود در یک فرد یا یک رابطه قابلیت مبادله و چکش خوری بیشتری دارد. این حساسیت ذهن آگاهانه تاثیرات پایداری بر زوجین برای حل مشکلات همراه با احترام، صمیمیت و همدلی ایجاد می‌نماید. افراد با حضور ذهن بالا نه تنها به خود و موقعیت درونی و بیرونی خود آگاه هستند بلکه به تغییرات ایجاد شده در ظاهر و رفتارهای همسر خود نیز آگاهی بالایی دارند. این آگاهی به تغییرات توجه‌های همدلانه‌ای همراه با افزایش کیفیت روابط زناشویی کمک خواهد کرد.

در تبیین نتایج رویکرد فراشناختی می‌توان گفت که در جریان درمان فراشناختی، مراجعان مشارکت فعالانه‌ای داشته، توانسته‌اند نظرات خود را به نحو شفاف بیان و ابراز وجود کنند. هنگامی که روابط یک نفر از لحاظ عاطفی تغییر کند، می‌تواند در دیگری تغییر ایجاد نماید. مثلاً هنگامی که مرد تغییر کند و به موضع انعطاف پذیرانه تری در ابراز عاطفه متمایل شود، زن نیز مهربان‌تر پاسخ می‌دهد. یکی از اهداف مهم درمان فراشناختی این است که مانند روش‌های مبتنی بر حضور ذهن (شناخت درمانی‌های موج سوم) افراد مشکل را به گونه‌ای دیگر ببینند یعنی خود را از مشکل جدا دانسته و با فاصله گرفتن از افکار بهتر بتوانند افکار و اندیشه‌های خود را ارزیابی کنند. مسلماً کاربرد این نحوه تفکر و بیرونی کردن مشکل در حیطه‌های مختلف ارتباط از جمله روابط صمیمی، وظایف، عشق، حسادت جنسی، کیفیت روابط زناشویی آنها، و سایر حیطه‌ها مؤثر بوده و باعث می‌شود که جنگ و جدال و مقصر دانستن یکدیگر کمتر شود و زوجین کیفیت روابط زناشویی خود را بالا ببرند.

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین کیفیت روابط زناشویی زنان و مردان تفاوتی وجود ندارد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های دیگر (حمیدی، ۱۳۸۶؛ فینچام و برادبوری، ۱۹۸۷؛ الکساندراو، ۲۰۰۳؛ الز و دیگران، ۲۰۰۵) همخوان است و نشان می‌دهد که بین کیفیت روابط زناشویی در بین زنان و مردان تفاوت معناداری وجود ندارد. با در نظر گرفتن این نکته که کیفیت روابط زناشویی سازه‌ای بین فردی است که به کیفیت تعاملات و ارتباطات بین زوجها مربوط است (کریسی، ۲۰۰۲) و بعد از ازدواج شکل می‌گیرد به نظر می‌رسد بیشتر مرتبط با عواملی مانند شیوه‌های مقابله‌ی زوج با موقعیت‌های تنش‌زا، نحوه‌ی تعامل زوج، تعارض زناشویی، و سایر عوامل بین فردی (برادبوری، فینچام و بیچ، ۲۰۰۰؛ وایت وی، ۲۰۰۲؛ کرولی، ۲۰۰۶) باشد که به پس از ازدواج مربوط است که مردان و زنان هر دو تجربه می‌کنند و چندان تابع جنسیت نیست.

البته یکی از محدودیت‌های پژوهش این است که این تحقیق در فاصله‌ی زمانی کوتاه مدت اجرا و مرحله‌ی پیگیری نداشته است که این امر می‌تواند به تعمیم نتایج به شرایط زمانی بلند مدت تأثیر بگذارد و در مورد ماندگاری اثر درمان اطلاعاتی در دست

درمان مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر کیفیت روابط زناشویی مراجعان در آستانه‌ی طلاق / یوسفی، ناصر و همکاران

نباشد. در مورد عدم پیگیری باید بیان داشت که به دلیل اینکه آزمودنیهای این پژوهش مراجعان طلاق بودند، بعد از سپری شدن دوره طلاق قانونی یا محل زندگی را تغییر می دادند و یا ازدواج مجدد می کردند و حاضر به ادامه همکاری نمی شدند. در کل محقق بعد از تلاش زیاد نتوانست، از تمام مراجعان شرکت کننده در درمان آزمون پیگیری بگیرد و در نتیجه اُفت نمونه در مرحله پیگیری باعث شد که نتوان اثر پیگیری را در تحلیل آماری بررسی کرد، اما رضایت تعداد افرادی که آزمون پیگیری را تکمیل کردند، بررسی شد. محدودیت دیگر این است که در پژوهش حاضر زنان ۶۸ درصد کل نمونه را تشکیل می دادند که در تعمیم نتایج به کل جامعه باید جنسیت را لحاظ کرد. همچنین به دلیل اینکه جامعه آماری این پژوهش افراد متقاضی طلاق بودند، در تعمیم یافته‌ها به سایر افراد جامعه باید به خاص بودن نمونه توجه شود. یکی دیگر از محدودیت‌ها، اجرای پیش آزمون‌ها در میان زوجین در شرف طلاق بود که به دلیل تحت استرس بودن آنها و تنش‌هایی که با آنها مواجه بودند، جلب رضایت و تمرکز برخی از آنها برای تکمیل پرسشنامه‌ها گاهی مواقع دشوار بود و با مشکلاتی همراه بود.

پیشنهاد می‌شود، برای نمونه‌هایی با حجم بیشتر و در جوامع مختلف با فرهنگهای متفاوت‌تر این پژوهش توسط پژوهشگران دیگر تکرار شود تا قابلیت تعمیم نتایج بیشتر شود. با توجه به اینکه این پژوهش در شهرستان سنندج واقع در استان کردستان انجام گرفت و با توجه به اینکه مسائل فرهنگی در زندگی زناشویی افراد تاثیر دارد، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در شهرها، قومیت‌ها و فرهنگ‌های دیگر تکرار شود.

نتیجه‌گیری

به طور خلاصه، کاربرد این پژوهش این است که با داشتن مدلی کارآمد می‌توان بر اساس افزایش کیفیت روابط زناشویی طلاق را کاهش داد، اثربخشی درمان و مداخله را در اختلافات زناشویی افزایش داد، و خطر وقوع طلاق را که متأسفانه امروز رو به تزاید است، کاهش داد. وقتی زوجین از لحاظ حضور ذهن و فراشناخت کیفیت روابط زناشویی را افزایش دهند، بینش، صمیمیت و کیفیت روابط زناشویی آنها بالا می‌رود و برای همدیگر قابل پیش‌بینی‌تر می‌شوند. همچنین ممکن است برداشت متفاوت، تعارض و در نهایت اختلاف زناشویی به حداقل برسد.

نتایج پژوهش حاضر علاوه بر کاربردی بودن برای زوجین ناسازگار، خشک در روابط و دارای کیفیت روابط زناشویی پایین، فوایدی برای مشاوران خانواده در مرحله قبل از ازدواج، زناشویی و طلاق دارد. درمانگران خانواده نباید اهمیت توجه به کیفیت روابط زناشویی را از نظر دور بدارند، و از این مدل‌های جدید و انسان‌گرایانه برای کمک به زوجین مشکل‌دار و متقاضی طلاق بهره‌گیرند، تا از این طریق اثربخشی مداخلات درمانی خود را افزایش دهند.

قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از تمام مدیران و کارکنان مراکز مشاوره ای شهر سنج و زنان و مردانی که در تحقیق شرکت نمودند و پرسشنامه ها را پاسخ دادند تشکر نمایند.

تضاد منافع نویسندگان و منابع مالی تحقیق: در این تحقیق تضاد منافع بین نویسندگان و منابع مالی تحقیق وجود ندارد.

منابع

- بهراری، فرشاد و میروسی، لیلی (۱۳۷۷). گونه شناسی طلاق و سیر آن. مجله پیام مشاوره، ۴، ۴۳-۵۱.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۰). بررسی رابطه سبکهای دلبستگی با مشکلات زناشویی در زوجین نابارور. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، ۱۹ و ۲۰، ۵۵-۶۶.
- حمیدی، فریده (۱۳۸۶). بررسی رابطه سبکهای دلبستگی با رضایت زناشویی. فصلنامه خانواده پژوهی، ۹، ۴۴۴-۴۵۳.
- عریضی، حمیدرضا و فراهانی، حمید (۱۳۸۷). روشهای کاربردی پژوهش در روانشناسی بالینی و مشاوره. تهران، نشر دانژه.
- عیسی نژاد، امید (۱۳۸۶). تاثیر غنی سازی روابط بر کیفیت روابط زناشویی زوجهای شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده (چاپ نشده)، دانشکده روانشناسی دانشگاه اصفهان.
- عیسی نژاد، امید؛ احمدی، سید احمد و اعتمادی، عذرا (۱۳۸۷). تاثیر سبک دلبستگی بر سلامت روان. مجموعه مقالات سومین کنگره ملی آسیب شناسی خانواده. ۲۹۲.
- کیان نیا، محمد علی (۱۳۷۵). زن امروز، مرد دیروز، تحلیلی بر اختلافات زناشویی. تهران: انتشارات روشنفکران و مطالعات زنان.
- Adital, B. & Lavee, Y. (2005). Dyadic characteristics of individual attributes: attachment, neuroticism, and their relations to marital quality and closeness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 4, 621.
- Alexandrow, E. (2003). Couple Attachment and the Marital Relationships. *Doctoral Thesis*. University of California, Berkeley.
- Beck, J., & Beck, A. (1995). *Cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Bradbury, T., Fincham, F., & Beach, S. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and Family*, 62, 964-980.
- Busby, D. M., Crane, D. R., Larson, J. H., & Christensen, C. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct Hierarchy and multidimensional scale. *Journal of Marital and family therapy*, 21, 289-308.
- Buss, D. M. (1991). Conflict in married couples: Personality predictors of anger and upset. *Journal of Personality*, 59, 663° 688.
- Buunk, B. P. & Mutsaers, W. (1999). Equity perceptions and marital satisfaction in former and current marriage: A study among the remarried. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16, 123° 132.
- Burpee, L, C. & Langer, E, J. (2005.) Mindfulness and Marital Satisfaction. *Journal of Adult Development*, 12, 1.

- Caughlin, J. & Vangelisti, A. (2000). An individual difference explanation of why married couples engage in the demand/withdraw pattern of conflict. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17, 523-551.
- Coolins, N. L. & Read, S. J. (1990). Adult attachment working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Creasey, G. (2002). Associations between working models of attachment and conflict management behavior in romantic couples. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 365-375.
- Crowley, A. K. (2006). The relationship of adult attachment style and interactive conflict styles to marital satisfaction. *Doctoral Thesis*. Texas A & M University.
- Dalai Lama & Cutler, H. (1998). *The art of happiness: A handbook for living*. New York: Riverhead.
- Dewitte, M., Houwer, J. D. (2008). Adult attachment and attention to positive and negative emotional face expressions. *Journal of Research in Personality*, 42, 498-505.
- Eldridge, K. & Christensen, A. (2002). Demand-withdraw communication during couple conflict: A review and analysis. In P. Noller & J. Feeney (Eds.), *Understanding Marriage: Developments in the Study of Couple Interaction: Advances in Personal Relationship*, 289-322. New York: Cambridge University Press.
- Feeney, J. (1999). Adult romantic attachment and couple relationships. In J. Cassidy P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment and Couple Relationships* (pp. 355- 377). New York: Guilford Press.
- Feeney, J., Noller, P. & Callan, V. (1994). Attachment style, communication and satisfaction in the early years of marriage. *Advances in Personal Relationships*, 5, 269-08.
- Flavell, J. H. (1979). Meta-cognition and meta-cognitive monitoring: a new area of cognitive-developmental inquiry. *American psychologist*, 34, 906-911.
- Guttman, J. M. (1993). *Divorce in Psychosocial Perspective; Theory and Research*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Gottman, J. M. (1994). What predicts divorce? *The relationship between marital processes and marital outcomes*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Haseley, J. L. (2006). Marital Satisfaction among Newly Married Couples: Association with Religiosity and Romantic Attachment Style. *Doctoral Thesis*. University of North Texas.
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social psychology*, 52, 511-524.
- Hollist, C. S. & Miller, R. B. (2005). Perceptions of attachment style and marital quality in midlife marriage. *Family Relations*, 54, 46-58.
- Kimberly, R. A. & Baker, A. T. (2008). Attachment styles, alcohol, and childhood, experiences of abuse: an analysis of physical violence in dating couples. *Violence and Victims*, 23, 52-65.
- Kabat-Zinn, J. (1994). Wherever you go there you are: *Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kim, A., Martin, D. & Martin M. (1989). Effects of personality on marital satisfaction: Identification of source traits and their role in marital stability. *Family Therapy*, 16, 243° 248.
- Larsen, D. L., Attkison, C. C., Hargeruz, W.A. & Nequin, T. D. (1979). Evaluation of Client/ patient Satisfaction, *Journal of Evaluation and program planning*, 2, 197-207.
- Larson, J. H. & Wilson, S. M. (1998). Family of origin influences on young adult career decision problems: A test of Brownian theory. *American Journal of Family Therapy*, 26, 39-53.
- Nemechek, S. & Olson, K. R. (1999). Five-factor personality similarity and marital adjustment. *Social Behavior and Personality*, 27, 309° 318.
- Pietromonaco, P., Greenwood, D., & Feldman, B. L. (2004). *Conflict in adult close relationships: An attachment perspective*, In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Conflict in adult close relationships: An attachment perspective* (pp. 267-299). New York: Guilford Press.
- Rust, J. R., Bennun, I., Crowe, M. & Golombok, S. (1998). *The Golombok-Rust Inventory of Marital State*. Windsor, UK, USA: NFER-Nelson Publishing Co., Ltd.

- Sagrestano, L., Heavey, C., & Christensen, A. (1999). Perceived power and physical violence in marital conflict. *Journal of Social Issues*, 55, 1, 65-79.
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of personality and Social psychology*, 59, 971-980.
- Schwartz, j. (2004). The use of mindfulness in the treatment of Obsessive Compulsive Disorder (OCD). *Summery of Brain lock* (1996). *Westwood Institute for Anxiety Disorders' website*, Los Angeles, California, USA. Retrieved on 15 Sep. 2011, from <http://www.hope4ocd.com>.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Troxel, W. M. (2006). Marital quality, communal strength, and physical health. *Doctoral Thesis*. University of Pittsburgh.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking, *Behavior therapy*, 29, 357-370.
- Whiteway, M. (2002). Adult attachment styles and their relationship to marital satisfaction in couples. *Doctoral Thesis*. Seton Hall University, College of Education and Human Services.
- Young, J. & Long, L. (1998). *Counseling and Therapy for Couples*. New York: Guilford Press.

