

# اثربخشی زوج درمانی تلفیقی به شیوه شناختی - رفتاری و ساختاری بر کیفیت زندگی و ابعاد آن در زوج‌های متقاضی طلاق

امید مرادی<sup>۱</sup>، شایسته چارداولی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۱۴ - تاریخ پذیرش: ۹۵/۱/۲۴

چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی تلفیقی به شیوه شناختی - رفتاری و ساختاری بر کیفیت زندگی زوج‌های متقاضی طلاق انجام گرفت. روش: طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل نابرابر بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زوج‌های متعارض مراجعه کننده به مرکز مشاوره خانواده بهزیستی مستقر در دادگستری شهرستان سنندج در سال ۱۳۹۱ تشکیل می‌دادند. از بین این زوجین، ۳۲ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۶ نفر) گمارش شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت بود. زوجین گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه تحت درمان تلفیقی زوج درمانی شناختی - رفتاری و ساختاری قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که زوج درمانی تلفیقی توانسته است کیفیت زندگی و ابعاد آن را در زوجین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش دهد ( $F = 3/554, P \leq 0/05$ ). نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نقش و تاثیر زوج درمانی تلفیقی شناختی - رفتاری و ساختاری را در بهبود کیفیت زندگی زوج‌های متقاضی طلاق مورد تایید قرار می‌دهد.

**کلید واژه‌ها:** زوج درمانی تلفیقی، شناختی - رفتاری، ساختاری، کیفیت زندگی، زوجین متقاضی طلاق.

۱. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، کردستان، ایران.

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده و شاغل در اداره کل آموزش و پرورش استان کردستان.

\* نویسنده مسئول: سنندج، خیابان پاسداران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی (email: moradioma@gmail.com).

## مقدمه

طلاق یکی از آسیب‌های اجتماعی جامعه است. تمامی اقشار جامعه از جمله زنان و مردان و نهادهای دیگر به نوعی درگیر عوارض سوء طلاق هستند. فرایند طلاق بر زندگی خانوادگی، تاثیرات نامناسبی می‌گذارد (ساگر<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۸۳). سایرز، کهن، و فرسکو<sup>۲</sup> (۲۰۰۱)، تعارض زناشویی را دارای اشکال گوناگونی مانند افسردگی یکی یا هر دو زوج، اعتیاد، رشد رفتار اختلال آمیز بین فرزندان، سوء رفتار با همسر و درگیری لفظی و فیزیکی بین هر دو زوج می‌دانند که در نهایت منجر به طلاق می‌گردد (به نقل از فرحبخش و همکاران، ۱۳۸۵). تعارض زناشویی و طلاق می‌تواند روی بهداشت روانی فرد تاثیر بگذارد و آن را به خطر اندازند. اختلال‌های روانی، افسردگی، و اضطراب می‌تواند نتیجه ناراضایتی زناشویی باشد (اولسن و دفراین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). از لحاظ روانی اکثر افراد وجود تعارض در روابط زناشویی را بی نهایت تنش زا تجربه می‌کنند (هالفورد<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). تعارضی که بین زوج‌ها رخ می‌دهد اگر پایدار باشد، عوارض منفی برای طرفین درگیر در رابطه دارد و کیفیت زندگی آنها را پایین می‌آورد.

کیفیت زندگی یکی از مسائل مهم و پیش روی جهان معاصر و از مباحث اساسی در توسعه سیاست‌گذاری اجتماعی محسوب می‌شود که موضوعاتی چون رفاه، ارتقای کیفیت زندگی، رفع نیازهای اساسی، زندگی روبه رشد و رضایت بخش، نوع دوستی و از خودگذشتگی در میان اجتماعات را در بر می‌گیرد (فایرکلوث<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲). به طور نظری کیفیت زندگی، شامل ویژگی‌های فردی شخص (مانند سلامت جسمانی و روانی، بهزیستی روانی - اجتماعی، و عملکرد فرد که شامل احساسات مستقل، و کنترل روی زندگی) و محیط بیرونی (مانند شرایط اجتماعی - اقتصادی، کار، ساخت محیط، و

1. Sager, C. J.

2. Sayers, Kohn, &amp; Fresco

3. Olson, D. H, &amp; Defrain, J.

4. Halford, W. K.

5. Fairclough, D.L.

اجتماع) می‌باشد (بولینگ و گابریل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). کیفیت زندگی مفهومی وسیع دارد، که تمامی جنبه‌های زندگی فعلی فرد را در بر می‌گیرد. کیفیت زندگی بر این امر استوار است که مراجعانی که شادمانی و رضایت مندی خود را به حداکثر می‌رسانند و تا حدی آن را در زندگی پایدار می‌کنند، فواید دیگری را نیز بدست می‌آورند. موفقیت موجب تقویت موفقیت می‌شود و این تجربه درونی از شادمانی و رضایت مندی پایدار، خود اعتماد به نفس، خوش بینی و خود کار آمدی، تفسیر مثبت از دیگران و خوش برخورد بودن، خون گرمی، فعال بودن، پرانرژی بودن، هماهنگی با جامعه، سلامت جسمانی و روانی، انطباق موثر با چالش‌ها و فشارها، ابتکار، انعطاف پذیری و رفتارهای هدفمند را افزایش می‌دهد (فریش و همکاران، ۲۰۰۵؛ لیوبومرسکی، کینگ و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از فریش، ۲۰۰۶؛ ترجمه خمه، ۱۳۸۹).

ازدواج رضایت بخش یکی از عوامل مهم بهداشت روانی زوج‌ها محسوب می‌شود، اما اگر زندگی زناشویی شرایط مساعدی را برای ارضای نیازهای روانی زوج‌ها فراهم نکند، اثرات منفی به جای می‌گذارد؛ اختلال‌های روانی، افسردگی و خودکشی از جمله پیامدهای این مسئله است. بسیاری از اختلال‌های روانپزشکی از جمله اختلال‌های جسمانی، شناختی، رفتاری و استرس تحت تأثیر آشفتگی زناشویی و روابط بین فردی آشفته به وجود می‌آید (بارل، آلن، گایل و پریس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). زوج‌های در آستانه طلاق به دلیل تعارضات بالا و افکار و هیجانات منفی‌ای که دارند، کیفیت زندگی نامناسبی داشته و رضایت شان از زندگی پایین می‌آید؛ به همین خاطر اگر با روش‌های مداخله‌ای مناسب تعارضات زناشویی و هیجانات منفی زوجین کاهش یابد، به طبع آن کیفیت زندگی آنها افزایش می‌یابد.

روش‌های درمانی متعددی برای کاهش تعارضات زناشویی و افزایش کیفیت زندگی زوج‌ها توسط محققین انجام گرفته است. یکی از این روش‌ها، زوج درمانی شناختی -

1. Bowling, A; & Gabriel, Z

2. Burrell, Allen, Gayle & Preiss

رفتاری است، که توسط استوارت (۱۹۶۹) و رابرت لیبرمن (۱۹۷۰) ارائه شده است؛ آنها اعتقاد داشتند که با تاثیر گذاری بر افکار هشیار زوجین، باید افکار و اعمال آنها را اصلاح نمود (به نقل از باکوم<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۰). زوج درمانی شناختی - رفتاری به عنوان تکمیل کننده زوج درمانی رفتاری با تمرکز بیشتر بر روی شناخت یکی از همسران در مورد طرف مقابل و ازدواج گسترش یافت. هر شخص تعبیراتش را از تعاملاتش در هر لحظه بیان می کند. بعضی اوقات این تعبیرات معیوب هستند و منجر به آشفتگی در روابط و همچنین آشفتگی فردی می شوند. برای مثال ناامیدی زن در وابستگی به شوهرش نه تنها روی رفتار شوهر بلکه روی انتظارات زن از شوهرش تاثیر می گذارد. اگر انتظارات زن از شوهرش غیر معقولانه باشد، او در بیشتر اوقات ناامید خواهد بود. زوج درمانی شناختی - رفتاری به مشکلات از طریق تاکید بر ترکیبی از انتظارات زن و رفتار شوهر تمرکز می کند (فیوچرو مارگولین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). این رویکرد بر این فرضیه استوار است که تغییر در روابط آشفته باید از طریق راههایی که در آن زوجین روابط شان را تعبیر و ارزیابی می کنند، صورت گیرد. اگرچه این شکل از درمان به هیجانات و رفتارهای زوج ها توجه می کند، اما کمک منحصر به فرد این رویکرد تاکید بر روی اعتقادات زوج ها و این که این اعتقادات از کجا آمده اند و فواید و معایب حفظ این عقاید چیستند (باکوم و همکاران، ۱۹۹۰). این رویکرد بر اساس آموزه های رویکرد شناختی اش سعی می کند، با تمرکز بر روی افکار خودکار (قابل حصول ترین سطح) تغییراتی در سطوح عمیق تر شناخت (فرض های زیر بنایی و طرحواره ها) به وجود آورد (داتیلیو و پدسکی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰؛ به نقل از گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۰، ترجمه حسین شاهی براوتی و همکاران، ۱۳۸۲).

همچنین با توجه بر نتایج تحقیقات متعدد، ساختار معیوب و نامناسب خانواده به عنوان عوامل برون فردی در به وجود آمدن تعارضات زناشویی تاثیر دارند، که بر این اساس

1. Baucom, D.

2. Fauchier, A; Margolin, G

3. Dattilio, F. M; & Padesky, C. A.

خانواده درمانی ساختاری یکی از رویکردهای مناسب برای مداخله در این زمینه است. در این رویکرد بر ساخت خانواده که مشتمل بر الگوی نقش‌ها، روابط، قواعد و مسئولیتهایی که برای به انجام رسیدن وظایف خانواده می‌باشد، توجه می‌شود. در این مدل به الگوهای تکرار شونده و پایدار تعامل، که زندگی روزانه خانواده را ساختار می‌دهد، جلب شده است. چون الگوهای ارتباطی اصلی در طول تعاملات خانواده آشکار می‌شود، ویژگی عمده درمان در این مدل تأکید بر اینجا و اکنون می‌باشد. درمانگران در خانواده درمانی ساختاری کارشان را از درون سیستم خانواده شروع می‌کنند. آنها به خانواده ملحق می‌شوند و با یادگیری در مورد منحصر به فرد بودن خانواده و اعضایش، با ایجاد و یا بهره‌گیری از چالش‌های ارتباطی و هیجانی طبیعی که در تعامل پایدار تغییرات را حمایت و تسهیل می‌کنند، کارشان را ادامه می‌دهند. در خانواده درمانی ساختاری از طریق به اجرا درآوردن الگوهای تعامل خانواده در جلسه درمان یکی از فنون ویژه و کمک‌های منحصر به فرد خانواده درمانی را ارائه می‌کنند (واینی و گلد برگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). اولین هدف درمانگران ساختاری عبارتست از: تلاش فعالانه برای تغییر سازمان در خانواده بدکار، و تصورشان بر این است که تغییرات رفتاری فردی و همچنین کاهش نشانه‌ها، به دنبال تغییر بستر تبادلات خانواده حادث خواهند شد. آنها استدلال می‌کنند که وقتی که ساختار خانواده دستخوش تحول می‌شود، موضوع اعضای آن تغییر می‌کند و به واسطه این امر، همه تغییر می‌کنند. بدین ترتیب اولین نقش درمانگر ساختاری آن است که شخصاً عامل تغییر باشد، فعالانه با کل خانواده درگیر شود، چالش‌هایی به راه اندازد که تغییرات انطباقی را به وجود می‌آورند، هر گاه اعضای خانواده بکوشند که با پیامدهای حاصله کنار آیند، آنها را حمایت و رهبری می‌کند (کولا پینتو<sup>۲</sup>، ۱۹۹۱). از نظر خانواده درمانی ساختاری قبل از درمان نشانه‌های مرضی، در سازمان یا ساختار خانواده بایستی تغییر صورت گیرد و تأکید بر خانواده به عنوان یک کل و تعاملات بین زیر

1 - Vainy &amp; Goldberg

2. Colapinto, J

منظومه‌های خانواده است. مهمترین ملاک عملکرد سالم و کارکردی زیرمنظومه‌ها برخورداری از مرزهای روشن مبتنی بر نقشها، قوائد و قدرت است (نیکلز و شوارتز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). گلدنبرگ (۲۰۰۸) بیان کرد که خانواده درمانی ساختاری تأثیر معناداری در کاهش نارضایتی زناشویی و افزایش کیفیت زندگی دارد و همچنین تغییرات مثبت و معناداری در عملکرد خانواده‌ها و عملکرد روانی اجتماعی آنان داشته و این تأثیرات در بلند مدت باقی می‌ماند.

به دلیل افزایش روز افزون طلاق در اکثر کشورها، بخصوص کشور ایران و تأثیرات مخربی که این پدیده می‌تواند بر روی زوج‌ها، فرزندان، و جوامع بگذارد، ضروری است که در خصوص علل و راههای کاهش این مشکل به مطالعه پرداخته شود، تا از روند صعودی این مشکل جلوگیری به عمل آید؛ همچنین پژوهش‌های متعدد در خصوص تعارضات زناشویی نشان دهنده نقش عوامل درون فردی مثل تحریف‌های شناختی و عوامل بین فردی مثل ساختار معیوب خانواده می‌باشد، و این عوامل ضرورت تلفیق این دو رویکرد درمانی را جهت تأثیرگذاری بیشتر و پایدار تر نشان می‌دهد، به همین خاطر این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی زوج درمانی تلفیقی به شیوه شناختی - رفتاری و ساختاری بر کیفیت زندگی زوج‌های متقاضی طلاق انجام گرفته است.

## روش

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل نامعادل است. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زوج‌های متعارض مراجعه کننده به مرکز مشاوره خانواده بهزیستی مستقر در دادگستری شهرستان سنندج در سال ۱۳۹۱ تشکیل داده است. از بین زوجین متعارض تعداد ۳۲ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۶ نفر) گمارش شدند.

ملاک‌های انتخاب گروه نمونه: داشتن تعارضات شدید زناشویی، مراجعه به دادگستری برای طلاق، سواد خواندن و نوشتن، و علاقه به شرکت در جلسات مشاوره‌ای قبل از طلاق. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی روی هر دو گروه به عنوان پیش‌آزمون اجرا گردید. زوجین گروه آزمایش بصورت زوجی به مدت ۱۰ جلسه تحت درمان تلفیقی زوج درمانی شناختی-رفتاری و ساختاری قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل در آن زمان مداخله‌ای دریافت ننمود. در پایان درمان پس از آزمون بر روی هر دو گروه اجرا گردید. ضمناً برای رعایت مسائل اخلاقی بعد از اتمام جلسات گروه آزمایش و اجرای پس از آزمون بر روی گروه کنترل هم مداخله انجام گرفت.

ابزار: پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت برای سنجش کیفیت زندگی افراد طراحی شده است. ابزار اندازه‌گیری عمومی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، به دو صورت 100 - WHOQOL و WHOQOL - BREF می‌باشد. پرسشنامه WHOQOL - BREF پس از ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سوالات 100 - WHOQOL ایجاد شد. این پرسشنامه دارای چهار حیطه‌ی سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سوال می‌سنجد (هریک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سوال می‌باشند). دو سوال اول به هیچ حیطه‌ای تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند، بنابراین پرسشنامه در مجموع ۲۶ سوال دارد. پس از انجام محاسبه‌های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۴-۲۰ برای هر حیطه به تفکیک، بدست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتیازها قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۰-۱۰۰ می‌باشند (WHOQOL group 1996)؛ به نقل از نجات و همکاران، ۱۳۸۵). پایایی این آزمون با شاخص همبستگی درون خوشه‌ای در حیطه سلامت فیزیکی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، و سلامت محیط ۰/۸۴ بود. این ابزار همچنین از

روایی قابل قبولی برخوردار می باشد (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). در این پژوهش هم پایایی کل آزمون از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بدست آمد.

**طرح مداخله:** محتوای جلسات مداخله ای بر اساس زوج درمانی شناختی - رفتاری و ساختاری مینوچین انتخاب و بر اساس رویکرد یکپارچه اجرا گردید. سرفصل محتوای جلسات درمان در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱. سرفصل محتوای جلسات درمان تلفیقی زوج درمانی شناختی - رفتاری و ساختاری

جلسه	محتوای جلسات
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنایی با زوجین، طرح مشکل از دیدگاه زوجین
دوم	فرضیه سازی مشکل، تعیین اهداف درمانی با توجه به خواسته های زوجین، شناسایی موقعیت های تعارض آمیز زوجین
سوم	شناسایی A-B-C ها در خصوص موقعیت های تعارض آمیز، ارائه چند نمونه از A-B-C ها در جلسه، آشنایی نسبت به نقش سیستم باورها (B) در مشکلات و تعارضات، ارائه تکلیف
چهارم	بررسی تکالیف، انجام روش پیکان عمودی برای رسیدن به طرحواره ها، شناسایی طرحواره های ناسازگار اولیه، تاکید مجدد روی نقش باورها در ایجاد مشکلات، ارائه تکلیف
پنجم	بررسی تکالیف، شناسایی رابطه به باورهای ناکارآمد و تعارضات زناشویی و مشکلات هیجانی مرتبط، انجام روش پیکان عمودی پیشرفته، جایگزینی باورهای متعادل تر و آزمایش آن، انجام تمرین های رفتاری مرتبط، اجرای تکلیف روزهای مراقبت، ارائه تکلیف
ششم	بررسی تکالیف، بررسی ساختار خانواده و سلسله مراتب آن، بررسی مرزهای خانوادگی و روشن سازی مرزهای نامناسب، شناسایی اختلالات ساختاری خانواده (ائتلاف ها، مثلث های آسیب زا، مرزهای درهم تنیده یا خشک، نبودن سلسله مراتب قدرت در خانواده، و فرزند ولی گونه)، ارائه تکلیف
هفتم	بررسی تکالیف، اجرای مجدد روزهای مراقبت، مداخله در سیستم خانواده و ایجاد تغییر در نقش ها، مرزهای نامناسب، برگرداندن تعادل ساختی به خانواده (رفع ائتلاف ها، شکستن مثلث های پاتولوژیک، روشن کردن مرزها، حمایت از عضو سپربلا، روشن کردن سلسله مراتب قدرت)، روشن کردن نقش هر عضو، و تمرینات و تکالیفی به اعضا در خصوص انجام نقش هایشان، شناسایی و انجام فعالیت های خوشایند و لذت بخش، ارائه تکلیف
هشتم	جمع بندی، مرور جلسات قبل، مراجعه مجدد در زمان بازگشت مشکلات، اجرای پس آزمون



## یافته‌ها

برای سنجش اثربخشی زوج درمانی تلفیقی به شیوه شناختی - رفتاری و ساختاری بر کیفیت زندگی زوج‌های متقاضی طلاق‌ها از آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیری<sup>۱</sup> استفاده شد. نتایج توصیفی یافته‌ها نشان داد در هر دو گروه آزمایش و کنترل بیشترین درصد فراوانی دامنه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال می‌باشد. بیشترین درصد فراوانی تحصیلات مربوط به سطح تحصیلات دیپلم بوده است. بیشترین درصد فراوانی شغل در گروه آزمایش دولتی و در گروه کنترل آزاد می‌باشد. در ۳۰ درصد از گروه آزمایش سوابق طلاق در خانواده گزارش شده است، این درصد در گروه کنترل ۱۹ درصد بوده است. در گروه آزمایش نسبت فامیلی با همسران خود نداشته، اما در گروه کنترل ۱۲/۵ درصد زوجین با هم فامیل بوده‌اند. ۵۰ درصد گروه آزمایش و کنترل، مدت آشنایی قبل از ازدواج شان کمتر از یک ماه بوده است، در گروه کنترل ۵۰ درصدشان بیشتر از ۶ ماه با هم آشنایی قبل از ازدواج داشته‌اند. ۶۲ درصد از گروه آزمایش و ۳۷/۵ درصد گروه کنترل دارای فرزند نبوده‌اند. ۵۰ درصد از گروه کنترل دارای یک فرزند می‌باشند. در هر دو گروه آزمایش و کنترل بیشترین درصد فراوانی دفعات ازدواج یکبار بوده است. حدود ۹۴ درصد از والدین گروه آزمایش و ۸۱ درصد از والدین گروه کنترل با این ازدواج موافق بوده‌اند. در هر دو گروه آزمایش و کنترل بیشترین درصد فراوانی علت تقاضای طلاق پرخاصگری همسر گزارش شده است. همچنین نتایج توصیفی مربوط به ابعاد کیفیت زندگی در جدول شماره ۲ و نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری و مفروضه‌های آن در جداول شماره ۳ و ۴ و ۵ نشان داده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس پرسشنامه کیفیت زندگی در گروههای آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	تعداد	میانگین (X) انحراف معیار (SD)	پیش آزمون	پس آزمون
سلامت جسمانی	آزمایش	۱۶	۲۵/۷۵	۳/۲۴	۲۶
	کنترل	۱۶	۲۲/۳۸	۳/۰۷	۳/۴۵
سلامت روانی	آزمایش	۱۶	۱۸/۵	۴/۴۱	۲۰/۸۸
	کنترل	۱۶	۱۴/۸۸	۳/۱	۳/۰۹
روابط اجتماعی	آزمایش	۱۶	۹/۸۸	۲/۴۷	۱۰/۶۹
	کنترل	۱۶	۷/۰۶	۱/۵۳	۷/۷۵
سلامت محیط	آزمایش	۱۶	۲۴/۲۵	۴/۵۸	۲۷/۱۹
	کنترل	۱۶	۱۹/۱۹	۳/۳۳	۳/۱۸

نتایج حاصل از جدول شماره ۲ نشان داد که میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی در هر دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون افزایش (به غیر از میانگین پس آزمون سلامت جسمانی گروه کنترل) یافته است، که این افزایش در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل می باشد. برای بررسی معناداری این تفاوت از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد، که قبل از اجرای آزمون بررسی مفروضه ها و خلاصه نتایج آن در جدول شماره ۳، ۴، ۵، و ۶ نشان داده شده است.

جدول ۳. نتایج آزمونهای تأیید کننده انجام تحلیل واریانس مانکوا

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه Df	خطا Df	سطح معنی داری
pilla اثر	۰/۳۸۲	۳/۵۵۴	۴	23	۰/۰۲۱
Wilks لامبادا	۰/۶۱۸	۳/۵۵۴	۴	23	۰/۰۲۱
اثر هتلینگ	۰/۶۱۸	۳/۵۵۴	۴	23	۰/۰۲۱
Roy بزرگترین ریشه	۰/۶۱۸	۳/۵۵۴	۴	23	۰/۰۲۱

نتایج حاصل از جدول شماره ۳ نشان می دهد که مقادیر F محاسبه شده در سطح

۰/۰۵ معنادار است، بنابراین حداقل بین یک جفت میانگین تفاوت معنادار وجود دارد؛ همچنین برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون ام. باکس استفاده گردیده که نتایج در جدول شماره ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون ام. باکس

sig	Df2	Df1	F	Box's M
۰/۰۶۸	۴۳۰۲/۷۸۹	۱۰	۱/۷۳	۲۰/۲۴۵

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس رعایت شده است؛ و در نهایت برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده گردید که نتایج در جدول شماره ۵ آورده شده است.

جدول ۵. آزمون شاخص لوین

متغییر	F	Df1	Df2	sig
سلامت جسمی	۱/۲۷	۱	۳۰	۰/۲۶۹
سلامت روانشناختی	۰/۰۱۵	۱	۳۰	۰/۹۰۳
سلامت اجتماعی	۰/۰۴۸	۱	۳۰	۰/۸۲۹
سلامت محیطی	۰/۲۷۵	۱	۳۰	۰/۶۰۴

نتایج جدول ۵ نشان داد که تمامی متغیرها از همگنی واریانس‌ها برخوردار بوده و بنابراین استفاده از آزمون مانکوا بلامانع است.

جدول شماره ۶، خلاصه اطلاعات تحلیل کواریانس چند متغیره

منبع تغییر	مقیاس	مجموع مجذورات (SS)	درجه آزادی (df)	میانگین مجذورات (MS)	آزمون F	سطح معناداری	مجذور اتا
گروه (وضعیت زناشویی)	سلامت جسمانی	۳۲/۱۲۰	۱	۳۲/۱۲۰	۴/۸۰۸	۰/۰۳۷	۰/۱۵۶
	سلامت روانی	۷۳/۶۱۷	۱	۷۳/۶۱۷	۱۰/۱۰۲	۰/۰۰۴	۰/۲۸۰
	روابط اجتماعی	۲۶/۹۷۹	۱	۲۶/۹۷۹	۷/۶۴۵	۰/۰۱۰	۰/۲۲۷
	سلامت محیط	۲۲۹/۰۶۸	۱	۲۲۹/۰۶۸	۱۵/۱۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۶۹
نظرات	سلامت جسمانی	۱۷۳/۶۸۷	۲۶	۶/۶۸۰			
	سلامت روانی	۱۸۹/۴۷۳	۲۶	۷/۲۸۷			
	روابط اجتماعی	۹۱/۷۴۸	۲۶	۳/۵۲۹			
	سلامت محیط	۳۹۲/۴۹۰	۲۶	۱۵/۰۹۶			
شماره	سلامت جسمانی	۱۸۸۲۳	۳۲				
	سلامت روانی	۱۱۳۴۹	۳۲				
	روابط اجتماعی	۲۸۹۱	۳۲				
	سلامت محیط	۱۸۳۸۵	۳۲				

نتایج حاصل از جدول شماره ۶ نشان داد که مقادیر F محاسبه شده در متغیر گروه در

تمامی مولفه‌های کیفیت زندگی ( $F=4/808, 10/102, 7/645, 15/174$ ) در سطح ( $0/05$ ) معنادار است. به عبارتی در همه ابعاد کیفیت زندگی، تفاوت معناداری بین زوجین گروه آزمایش و کنترل دیده شده است. معناداری در متغیر گروه بدین معناست که میانگین پس آزمون نمرات ابعاد کیفیت زندگی زوجین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی تلفیقی به شیوه شناختی-رفتاری و ساختاری بر ابعاد کیفیت زندگی زوج‌های متقاضی طلاق صورت گرفت. نتایج نشان داد که میانگین نمرات پس آزمون ابعاد کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری افزایش یافته است. بدین معنا که نمره ابعاد کیفیت زندگی در زوج‌هایی که در جلسات زوج درمانی شرکت کرده بودند، بیشتر از گروه کنترل شده است.

به دلیل این که تحقیقات مشابهی که تلفیقی از دو رویکرد باشد در این زمینه کم انجام گرفته است سعی شده که به نزدیکترین تحقیقات به مسئله تحقیق اشاره شود. نتایج این پژوهش را می‌توان با نتایج تحقیقات رجبی و همکاران (۱۳۸۹)؛ کجباف و همکاران (۱۳۹۰)؛ کاظمی و همکاران (۱۳۹۰)؛ عاشوری و منشئی (۱۳۹۲)؛ دراپور و گاتم<sup>۱</sup> (۲۰۰۴)؛ ماتود<sup>۲</sup> (۲۰۰۷)؛ ابرهاد-گران<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۷)؛ دیوپ سی دیب<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۶)؛ کوارتینی و همکاران (۲۰۰۹)؛ و هویسن<sup>۵</sup> (۱۹۹۷) همسو دانست.

تعارضات زناشویی نتایج منفی‌ای برای سلامت عاطفی و جسمانی همسران دارد (وارینگ<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۸۱؛ به نقل از کاظمی و همکاران، ۱۳۹۰). اضطراب، استرس

1. Driver, J. I; & Gottman, J. M.
2. Matud, M.P
3. Eberhard- Gran,
4. Diop- Sidibe
5. Hewison, J
6. Waring.

پس از سانحه، خودکشی، مصرف مواد و الکل، سردرد، اختلالات روانی - فیزیولوژیایی، افسردگی، از عوارض آن می باشد (ماتود<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷؛ ویتسون و ال - شیخ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳؛ تیواری<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ ویتنبرگ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ ماتود، ۲۰۰۷؛ هیگارتی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۰) که تاثیر مستقیمی روی کاهش کیفیت زندگی دارد.

تحقیقات دیگر نیز نشان داده است که آشفتگی های خانوادگی و بد رفتاری با همسرو فرزندان تمامی ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی و محیطی کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار می دهد و باعث پایین آوردن آنها می شود (لونگ و همکاران، ۲۰۰۵؛ مک دانل و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از قراچه و همکاران، ۱۳۹۰). در خانواده های متعارض و خانواده هایی که به جدایی و طلاق فکر می کنند، شادی که نشانه ای از مولفه ذهنی کیفیت زندگی است، کاهش می یابد و از بین می رود. شادی امری مسری است، یعنی شادی یک فرد می تواند در دیگران نیز شادی به وجود آورد. علاوه بر این دل بستگی فرد را با محیط می گستراند و زندگی را دلپذیرتر می کند (عابدی، ۱۳۸۳؛ به نقل از کجباف و همکاران، ۱۳۹۰)، چون در خانواده های متعارض و آشفته شادی وجود ندارد یا کم است، به همین خاطر دل بستگی اعضا به محیط خانواده و همدیگر کاهش می یابد و زندگی مشترک شان را تحت تاثیر قرار می دهد و آن را سست می کند. نتایج پژوهش ها نشان داد، که افراد مطلقه در مقایسه با افراد متأهل، سلامت روانی پایین تر، شادی کم تر، ناراحتی روانی بیشتر و خود پنداره ضعیف تری را دارند (آسین و کسلر<sup>۶</sup>، ۱۹۹۳؛ داوینتال<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷؛ دموا آکوک<sup>۸</sup>، ۱۹۹۶؛ کیتسون، ۱۹۹۲؛ مارکس، ۱۹۹۶؛ ماستکوسا<sup>۹</sup>، ۱۹۹۴؛ به نقل از آمانو، ترجمه محمدی زادگان، ۱۳۸۰، و آمانو و راجرز، ۱۹۹۷).

1. Matud, M.P.
2. Whitson & El- Sheikh.
3. Tiwari , A.
4. Wittenberg, E.
5. Hegarty, K.L.
6. Aschine & Kessler.
7. Daviesetal.
8. Demo & Acock.
9. Mastekoosa

در نهایت می‌توان گفت که تعارضات زناشویی یکی از عوامل خطر ساز برای ازدواج‌های سالم بوده که روابط همسران و اعضای خانواده را آشفته می‌کند و در نتیجه کیفیت زندگی و شادکامی آنها را پایین می‌آورد. آشفتگی‌های زناشویی و نارضایتی از زندگی مشترک با شیوع اختلالات هیجانی در جمعیت عمومی رابطه معناداری داشته، در صورتی که ازدواج‌های رضایت بخش و شاد، باعث ارتقاء سلامت همسران و مانع رویدادهای منفی زندگی و مشکلات روانشناختی آنها می‌شود.

از یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که طلاق یک پدیده منفی اجتماعی بوده و عوارض منفی بسیاری برای زوج‌ها، خانواده‌ها، فرزندان، جامعه و اقتصاد می‌تواند داشته باشد. طلاق و علت‌های آن می‌توانند کیفیت زندگی فرد را پایین آورده و او را دچار انواع مشکلات مختلف نمایند؛ به همین خاطر توجه به روش‌های تلفیقی کاهش و درمان تعارضات زناشویی و طلاق می‌تواند تا حد زیادی از این معضل جلوگیری نماید. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم کنترل کامل متغیرهای مزاحم مانند سابقه ازدواج، تعداد فرزندان، شدت تعارضات، انگیزه یکسان برای درمان و علت تعارضات اشاره نمود. در نهایت براساس نتایج پژوهش می‌توان پیشنهاد نمود که برای کاهش تعارضات زناشویی و طلاق و به تبع آن افزایش کیفیت زندگی زوج‌ها در مراکز مشاوره‌ای از رویکردهای تلفیقی استفاده نمود.

### تقدیر و تشکر

بر خود لازم می‌دانم از تمامی عزیزانی که در این پژوهش مرا یاری نمودند، از جمله زوج‌های شرکت کننده در پژوهش نهایت تشکر را دارم.

### منابع

- آماتو، پی. آر. (۲۰۰۰). پیامدهای طلاق برای کودکان و بزرگسالان. ترجمه مهناز محمدی زادگان (۱۳۸۰). تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.

- رجیبی، غ.، کارجو کسمایی، س.، جباری، ح. (۱۳۸۹). تاثیر زوج درمانی شناختی در کاهش میزان افسردگی و افزایش رضایت زناشویی. مجله روانشناسی بالینی، سال دوم، شماره ۴ (پیاپی ۸)، ۱۷-۹.
- عاشوری، ج.، منشی، غ. (۱۳۹۲). اثر بخشی خانواده درمانی ساختاری بر سطح رضایت زناشویی زنان. مجله زن و مطالعات خانواده، ۵ (۱۹)، ۱۴۶-۱۳۳.
- فرحبخش، ک.، شفیع آبادی، ع.، احمدی، ا.، دلاور، ع. (۱۳۸۵). مقایسه میزان اثربخشی مشاوره زناشویی به شیوه شناختی الیس، واقعیت درمانی گلاسر و اختلاطی از آن دو در کاهش تعارض های زناشویی. مجله تازه ها و پژوهشهای مشاوره، ۵ (۱۸)، ۵۷-۳۳.
- فریش، م. بی. (۲۰۰۶). روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی. ترجمه اکرم خمسه (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارجمند.
- کاظمی، پ.، آقامحمدیان شعر برف، ح. ر.، مدرس غروی، م.، بهروز، م. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی برنامه ارتقاء کیفیت زندگی زوجین بر رضایتمندی زناشویی و سلامت روان. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۲)، ۸۶-۷۱.
- کجباف، م. ب.، آقایی، ا.، محمودی، ع. (۱۳۹۰). بررسی تاثیر آموزش شادکامی بر کیفیت زندگی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان. فصلنامه خانواده پژوهی، ۷ (۲۵)، ۸۱-۶۹.
- گلدنبرگ، ا.، گلدنبرگ، ه. (۲۰۰۰). خانواده درمانی. ترجمه حمید رضا حسین شاهی براوتی.، سیامک نقشبندی و الهام ارجمند (۱۳۸۲). تهران: نشر روان.
- نجات، س.، و همکاران. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی. مجله بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۴ (۴)، ۱-۱۲.
- Amato, P. R., & Rogers, S. J. (1997). A longitudinal study of marital problems and subsequent divorce. *Journal of Marriage and the family*, 59, 612-624.
- Bacoum, D. H., Epstein, N., Sayers & Sher, T. G. (1990). The role of cognitive in marital relationship, Definitional methodological and conceptual Issues, *Journal of counseling and clinical psychology*, 53, 31 - 38.
- Bowling, A; & Gabriel, Z. (2007). Lay theories of quality of life in older age. *Cambridge journal; Ageig Society*, 27, 827-848.
- Burrell, N; Allen, M; Gayle, B.M; & Preiss, R.W. (2014). *Managing interpersonal conflict: advances through meta analysis*. Routledge Press.
- Colapinto, J. (1991). *Struetural family therapy*. Ina.s.6 urman 8 / D. P. Kniskern (eds), *Hand book of family therapy*(vol.11).New York: Brunner/ Mazel.
- Driver, J.I; & Gottman, J.M. (2004). *Daty marital interactions and positive affect during marital conflict amang Newlywed couple es*. University of Washington and the Gottman Relationship Research Institute. *Family Process*, Vol, 43, Number, 3, 301- 314.
- Fairclough, D.L. (2012). *Design and analysis of quality of life studies in clinical*



trial. CRC press.

- Fauchier, A; Margolin, G. (2002). *Encyclopedia of Applied Psychology (Marital Therapy)*. Editor-in-Chief CHARLES D. SPIELBERGER, VOLUME 2. Elsevier Academic Press, 583- 588.
- Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2008), *Family Therapy: An overview* (7th Ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Halford, W. K. (2001). *Brief couple therapy*. New York: Guilford Press.
- Hegarty, K.L; et al. (2010). *Women's evaluation of abuse and violence care in general practice: A cluster randomized controlled trial (Weave)*. BMC Public Health, 2 (10), 2.
- Hewison, J. (1997). *Family influences on health*. In A. Baum; S. Newman; J. Weinman; R. West; & C. McManus (Eds.), Cambridge handbook.
- Matud, M.P. (2007). Dating violence and domestic violence. *Journal of Adolescent Health*, 40, 295- 297.
- Nichols, M.P.& Schwartz R.C,(2004),"Family Therapy. Concepts and Methods", John Wiley.
- Olson, D. H; Defrain, J. (2006). *Marriages and Family intimacy, diversity and strengths* (5<sup>th</sup> Ed.). New York: McGraw- Hill.
- Sager, C. J; & et al. (1983). *Treating the remarried family*. New York: Brunner/ Mazel.
- Tiwari, A; et al. (2008). The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 115, 377- 384.
- Whitson, S; & El- Sheikh, M. (2003). Marital conflict and health: Processes and protective factors. *Aggression and Violent Behavior*, 283-312.
- Wittenberg, E; Joshi, M; & Thomas, K.A. (2007). Measuring the effect of intimate partner violence on health-related quality of life: A qualitative focus group study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19 (5), 67- 73.