

# اثربخشی ساختارگرایی بر تعارضات زناشویی، سبک‌های اسناد و بهزیستی اجتماعی

علیرضا آقا یوسفی<sup>۱</sup>، علی فتحی آشتیانی<sup>۲</sup>، مهناز علی اکبری<sup>۳</sup>، حمیدرضا ایمانی فر<sup>۴\*</sup>

۱. دانشیار روانشناسی، دانشگاه پیام نور، قم، ایران.
۲. استاد روانشناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.
۳. دانشیار روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۴. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

## چکیده

**مقدمه:** هدف اصلی نظریه‌های خانواده‌درمانی تمرکز بر تعارضات زناشویی بوده است. با این وجود تعارضات زناشویی، موضوعی پیچیده باقی مانده است. خانواده‌درمانی ساختاری یک رویکرد اساسی در بین نظریه‌های سیستماتیک خانواده است که بر ایجاد یک سلسله‌مراتب سازمانی سالم در سیستم خانواده تأکید دارد. در دیدگاه سیستمی، تعارضات زناشی از هر نوع تنازع بر سر تصاحب پایگاه و منابع قدرت در بین زوج‌ها می‌داند. اسناد علی و بهزیستی اجتماعی نیز توجه زیادی را در تحقیقات خانواده‌درمانی به خود معطوف داشته است.

**روش:** در این تحقیق نیمه آزمایشی، ۲۵ زن با تعارضات زناشویی شدید و باروش جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. متغیر مستقل خانواده‌درمانی ساختارگرایی مینوچین بود. پرسشنامه‌های تعارضات زناشویی، سبک اسناد و بهزیستی اجتماعی در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری بر روی آزمودنی‌ها اجرا گردید.

**نتایج:** نتایج آزمون فریدمن و اندازه‌گیری مکرر نشان داد که رویکرد ساختارگرایی مینوچین به‌طور مؤثر و معنادار تعارضات زناشویی را کاهش داد. پیوستگی اجتماعی (که یکی از پنج زیرمقیاس بهزیستی اجتماعی است) را افزایش داد و باعث افزایش معنادار سبک اسناد پایدار و سبک اسناد س. پی. ان. سی. (نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی) آزمودنی‌ها گردید.

**بحث و نتیجه‌گیری:** این نتایج در پیگیری ۶ ماه بعد گروه آزمایش برای هر دو متغیر، همچنان تداوم داشت و نشان داد گروه درمانی شناختی وجود گرا می‌تواند در افزایش سلامت معنوی و ایجاد تصور مثبت از خدا در والدین فرزندان مبتلا به سرطان اثر گذار باشد.

**کلید واژه‌ها:** بهزیستی اجتماعی، تعارضات زناشویی، خانواده‌درمانی ساختاری، سبک اسناد

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

## روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵  
پاییز و زمستان ۱۳۹۴  
صص: ۱۲۸-۱۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۸/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۱۴

Biannual Journal of

## Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter  
2015-2016

pp.: 115-128

\*Email: imanifar@gmail.com

## مقدمه

هدف اصلی نظریه‌های خانواده‌درمانی تمرکز بر تعارضات زناشویی بوده است. با این وجود تعارضات زناشویی، موضوعی پیچیده باقی‌مانده است زیرا ما هنوز خانواده را به خوبی نمی‌شناسیم [۱]. یکی از نظریه‌های مرکزی در درمان تعارضات زناشویی، خانواده‌درمانی ساختاری<sup>۱</sup> سالوادر مینوچین و همکارانش می‌باشد که در مرکز راهنمایی کودکان فیلادلفیا رشد کرد [۲]. خانواده‌درمانی ساختاری یک رویکرد اساسی در بین نظریه‌های سیستماتیک خانواده می‌باشد که بر ایجاد یک سلسله‌مراتب سازمانی سالم در سیستم خانواده تأکید دارد [۳]. مینوچین مشاهده می‌کرد که دستاوردهای درمانیش، پس از برگشت نوجوانان به خانواده‌هایشان ناپدید می‌شد و نشانه‌های اختلال، مجدداً عود می‌کرد [۴]. از این رو او بجای تغییر دادن افراد، به تغییر دادن خانواده روی آورد. مینوچین به این نتیجه رسید که الگوهای تبدیلی خانواده نقش محوری در حفظ رفتارهای مثبت یا مشکل‌زا دارد [۵].

در رویکرد ساختاری به این توجه می‌شود که خانواده‌های ناکارآمد یا چنان در حل مشکلات درگیر و درهم‌تنیده می‌شوند که استقلال اعضاء را از بین می‌برند یا چنان جدا از یکدیگر عمل می‌نمایند که باعث کمترین حمایت از یکدیگر می‌شوند [۲]. هدف درمان ساختارگرایی، قدرتمند کردن بنیاد ساختاری خانواده با اصلاح الگوهای ناکارآمد برای کارکرد بهتر در مقابله با استرس‌های زندگی می‌باشد. وجود مشکل، نشانه‌ای از آشفتگی خانواده می‌باشد. درمان شامل سه فرایند اصلی ملحق شدن<sup>۲</sup>، اجرای نمایش<sup>۳</sup> و بازسازی<sup>۴</sup> می‌باشد [۶]. در دیدگاه سیستمی زیرنظام‌های همسری، والدینی و فرزندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. جنبه مهم خانواده‌درمانی ساختاری مسئله حدمرزه‌هاست. سه نوع حدمرزه اصلی وجود دارد؛ مرز مشخص، مرز خشک یا سخت و مرز نامشخص. مهم‌ترین تکنیک‌های خانواده‌درمانی ساختاری نیز عبارتند از: الحاق، تکنیک‌های عدم تعادل، چارچوب‌بندی مجدد، نشانه‌گذاری<sup>۵</sup>، نامتعادل‌سازی<sup>۶</sup>، مرزسازی<sup>۷</sup>، بازسازی<sup>۸</sup> [۷]. می‌توان گفت که درمانگر ساختاری، هم مشاهده‌گر و هم متخصصی است که در انجام اقدامات به منظور اصلاح و تغییر ساختاری موفق، به انرژی زیاد و زمان‌بندی دقیق نیازمندا است، به گونه‌ای که تعارضات موجود در جلسات در بین خانواده‌های درمان‌جو، منجر به ایجاد یک سازمان‌بندی جدید خانوادگی شود [۸].

پدید آمدن اختلاف و تعارض بین زن و شوهر امری غیر طبیعی نیست. به دلیل ماهیت کنش‌ورزی همسران در فضای زندگی مشترک، گاه پیش می‌آید که اختلاف دیدگاه بین زوجین

روی دهد و یا اینکه نیازهای آن‌ها برآورده نشود. نتیجه چنین تعاملات منفی، ناخشنودی، ناامیدی و احساس خشم همسران نسبت به یکدیگر گزارش شده است [۹]. تعارضات زناشویی به اشکال متفاوتی مانند کتک زدن همسر، سوء رفتار از همسر، سوء رفتار جنسی، عدم مسئولیت‌پذیری زوجین، روابط نامشروع، تجاوزات جنسی، مجادلات زیرکانه بین زن و شوهر و رفتارهای سوء دیگر نیز نمایش داده می‌شود [۱۰]. تعارضات زناشویی با شرایط بهزیستی روان‌شناختی نامناسب [۱۱]، سبک دلبستگی ناامن [۱۲]، چندین نوع اختلال روان‌پزشکی شدید [۱۳]، افسردگی [۱۴]، اختلالات اضطرابی [۱۵]، اختلالات بدکاری جنسی [۱۶]، مشکلات سلامت جسمی [۱۱]، تنش بالا [۱۷]، دردهای مزمن [۱۸] و بیماری‌های ایسکیمی قلبی [۱۱] همراه است.

در دیدگاه سیستمی، تعارض را ناشی از هر نوع تنازع بر سر تصاحب پایگاه و منابع قدرت در بین زوج‌ها می‌دانند [۱۹]. در دیدگاه ساختارگرایی مرزهای مبهم بین زوجین علت اصلی تشکیل تعارض است [۲۰]. خانواده‌های فاصله‌گیر با کاهش تماس، از تعارض اجتناب می‌کنند، اما خانواده‌های درهم‌تنیده با انکار تفاوت‌ها یا با جروبوت مداوم که به آن‌ها اجازه می‌دهد احساسات خود را بدون اصرار برای تغییر یا حل مسائل بیرون بریزند، از تعارض اجتناب می‌کنند. برای خانواده‌های درهم‌تنیده، هدف، تمایز میان افراد و نظام‌های فرعی با استحکام بخشیدن به مرزهای اطراف آن‌هاست. برای خانواده‌های فاصله‌گیر، هدف، افزایش تعاملات با ایجاد مرزهای نفوذپذیرتر است. خانواده‌های فاصله‌گیر گرایش به اجتناب از تعارض دارند و در نتیجه، تعامل کاهش می‌یابد. درمانگر ساختاری برای به چالش کشیدن اجتناب از تعارض و بستن راه منحرف شدن، مداخله می‌کند تا به اعضای فاصله‌گیر کمک کند بیشتر با هم تماس داشته باشند. در واقع درمانگر برای افزایش سطح تعارض، زوجین را تحت فشار قرار می‌دهد [۵].

اسناد علی نیز به‌عنوان یکی از متغیرهای تحقیق حاضر در تحقیقات خانواده‌درمانی توجه زیادی را به خود معطوف داشته است. خانواده درمانگران، اکنون به برچسب‌های طعنه‌آمیز، تحقیرکننده، سرزنش‌آمیز که بین زوجین در ارتباط با اسناد علی رخ می‌دهد حساس‌تر شده‌اند [۲۱]. بررسی اسناد علی برای وقایع یکی از موضوعات کلیدی در بعضی از رویکردهای خانواده‌درمانی مانند رویکرد شناختی- رفتاری بوده است [۲۲]. اسناد علی منفی اثر زیادی در تعارضات زناشویی دارد. زوج‌های پرتنش، رفتار همسر خود را خصمانه‌تر تفسیر می‌کنند [۲۳]. زوجین آشفته، همسرانشان را خودپسندتر و سرزنشگرتر دریافت می‌کنند [۲۴]. آن‌ها همچنین گرایش بیشتری دارند که بر روی علت‌های منفی رفتار همسرانشان تمرکز کنند. اسناد منفی با رفتارهای منفی انتقاد کردن و حالت دفاعی داشتن زوجین در ارتباط است [۲۵].

این رفتارها علت اساسی ایجاد تعارضات زناشویی هستند [۲۶]. نظریه اسناد در پیش‌بینی موفقیت و شکست ازدواج مطرح بوده است. به‌طور کلی افراد مایل هستند که علل زیربنایی رفتار

<sup>1</sup> Structural family therapy

<sup>2</sup> Joining

<sup>3</sup> Enactment

<sup>4</sup> restructuring

<sup>5</sup> Punctuation

<sup>6</sup> Unbalancing

<sup>7</sup> Boundary making

<sup>8</sup> Restructuring

خود و دیگران را بفهمند تا دریابند که چرا خود یا دیگران تحت شرایط خاص به شیوه‌های مشخص و معینی عمل می‌کنند، این فرایند را اسناد دهی ارتباطی می‌گویند [۲۷]. اسناد ارتباطی به‌طور کلی شامل دو نوع اسناد علی و اسناد مسئولیت هستند. اسناد علی بر جایگاه اسناد (درونی-بیرونی)، پایداری و ثبات و کلی یا جهان‌شمول بودن تأکید دارد، در حالی که اسناد مسئولیت بر عمدی و آگاهانه بودن رفتار، خودخواهی همسر خاطی و سرزنش تأکید می‌کند [۲۸]. تئوری اسناد معتقد است که انسان‌ها یک نیاز ذاتی و درونی دارند که برای هر اتفاقی در زندگی دلایلی را در نظر بگیرند، شاید به این دلیل که انسان‌ها نیاز دارند که از جهان اطراف فهم بهتری به دست آورند و بر محیط اطرافشان حس کنترل داشته باشند [۲۹]. نوع اسنادی که شخص می‌سازد بستگی به تعامل پیچیده‌ای بین عوامل مختلفی شامل بیولوژی، تربیت، شخصیت و بافت موقعیتی فرد دارد [۲۹].

بهریستی اجتماعی<sup>۱</sup> به‌عنوان یکی دیگر از متغیرهای تحقیق، از سال ۱۹۸۸ توسط کی یس<sup>۲</sup> مطرح شد. کی یس، بهیستی اجتماعی را با توجه به ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه توصیف می‌کرد [۳۰]. طبق نظر کی یس [۳۱]. بهیستی اجتماعی عبارت از ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر و گروه‌های اجتماعی بوده و شامل عناصری است که نشان می‌دهد آیا فرد کارکرد مناسبی در دنیای اجتماعی خود (مثل همسایه‌ها و شهروندان) دارد؟ و این کارکرد به چه میزان است؟ وی معتقد است که سلامت روان را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد مناسب در زندگی چیزی بیش از بهیستی روانی و هیجانی بوده و شامل تکالیف و درگیری‌های اجتماعی نیز است [۳۲]. در مدل کی یس، بهیستی اجتماعی مفهوم چندبعدی است که شامل انسجام اجتماعی<sup>۳</sup>، مشارکت اجتماعی<sup>۴</sup>، شکوفایی اجتماعی<sup>۵</sup>، پیوستگی اجتماعی<sup>۶</sup> و پذیرش اجتماعی<sup>۷</sup> است [۳۳]. بهیستی اجتماعی، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین زیرمجموعه‌های بهیستی و سلامتی، شامل ارتباطات اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی است. احساس داشتن یک نقش اجتماعی و هویت، یکی از جنبه‌های مهم بهیستی اجتماعی است [۳۴].

مقیاس بهیستی اجتماعی با مقیاس‌های زاینده‌گی، نشانگرهای رضایت از زندگی، شادکامی، ملالت، تعهد مدنی، رفتار جامعه پسند همبستگی دارد. تحقیقات همچنین بیانگر ارتباط این بعد بهیستی با متغیرهای جمعیت شناختی مانند موقعیت اجتماعی - اقتصادی، جنس، سن و وضعیت تأهل می‌باشد [۳۵].

رویکردهای افزایش بهیستی - به‌عنوان یکی از متغیرهای

وابسته تحقیق - عموماً به مداخلات روان‌شناسی مثبت<sup>۸</sup> معروف است و به روش‌های درمانی یا فعالیت‌های هدفمندی اشاره دارد که هدفش افزایش احساسات مثبت، رفتارها یا شناخت‌ها می‌باشد [۳۶]. تحقیقات پیشین در مورد بهیستی اجتماعی ضعیف بوده و بیشتر شامل توصیف و مفهوم‌سازی این سازه و تعریف شاخص‌ها و روش‌های اندازه‌گیری آن بوده است [۳۷]. تنها چند تحقیق در مورد رویکردهای درمانی بر بهیستی اجتماعی مشاهده گردیده است. مثلاً، برنامه درمان نگه‌دارنده متادون، باعث بهبود در بهیستی اجتماعی افراد شرکت‌کننده در طرح شد [۳۸]. رفتاردرمانی دیالکتیک باعث افزایش بهیستی اجتماعی زنان قربانی خشونت خانگی شد [۳۹]. چو، لی، وو، جین، چو، هنگ و کلارک [۴۰] نیز نشان دادند که گروه‌درمانی یادافزایی<sup>۹</sup> باعث افزایش بهیستی اجتماعی سالمندان مقیم در مراکز نگهداری می‌شود. در زمینه ارتباط ساختارگرایی و بهیستی اجتماعی تحقیقی مشاهده نگردید؛ اما افزایش بهیستی هیجانی همواره، یکی از اهداف رویکردهای روان‌درمانی بوده است [۴۱]. بهبود بهیستی شخصی یکی از اهداف آموزشی و درمان است [۴۲]. مثلاً در یک تحقیق زمینه‌یابی، ۱۴۴ مشاور با رویکرد واقعیت‌درمانی، گزارش کردند که واقعیت‌درمانی همراه با مداخلات معنوی می‌تواند در بهبود بهیستی مراجعین مؤثر باشد [۴۳]. در کل روان‌درمانی راهی برای ورود به بهیستی مراجعین است [۴۴]. بررسی اثر خانواده‌درمانی ساختاری بر تعارضات زناشویی در کنار اثر این رویکرد درمانی بر بهیستی اجتماعی و سبک‌های اسناد بر جنبه‌های جدید بودن تحقیق می‌افزاید.

هدف از این تحقیق بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری بر تعارضات زناشویی، سبک‌های اسناد و بهیستی اجتماعی می‌باشد. این تحقیق از جنبه‌های زیر جدید می‌باشد و از اهمیت برخوردار است.

اول: در زمینه تحقیقات خانواده‌درمانی ساختاری؛ با وجود پذیرش جهانی خانواده‌درمانی ساختاری، مطالعات آزمایشی کمی منحصرأ بر روش اس. اف. تی. انجام شده است، مثلاً در یک دهه اخیر تنها تحقیق ایونس، ترنر و تروتور [۳۷]. از روش اس. اف. تی. به‌عنوان روش اصلی درمان بکار رفته است.

دوم: یک بررسی زمینه‌یابی توسط محقق نشان داد که این رویکرد بیشترین اقبال را در بین مدل‌های سه‌تایی در بین خانواده‌درمانگران در کشور داشته است، در رویکرد ساختاری، علاوه بر آنکه عناصر اصلی رویکردهای ارتباطی (بخصوص جکسون و هیلی) را دارد، از لحاظ چشم‌انداز نسبت به خانواده و ارزیابی خانواده و هم هدف‌ها و روش‌های ایجاد تغییرات مشاوره‌ای، به هم ربط داده و تلفیق کرده است، سپس این مکتب به فراتر از این مرحله گام برمی‌دارد تا به یک چشم‌انداز کلی نسبت به خانواده و مشاوره خانواده دست یابد [۴۵]. از این‌رو می‌توان نظریه ساختارگرایی مینوچین را قلب خانواده‌درمانی در مدل‌های سه‌تایی نامید.

سوم: به اعتقاد بعضی از پژوهشگران، رویکرد خانواده‌درمانی

<sup>1</sup> Social Well-Being

<sup>2</sup> Keyes

<sup>3</sup> Social Integration

<sup>4</sup> Social Contribution

<sup>5</sup> Social Actualization

<sup>6</sup> Social Coherence

<sup>7</sup> Social Acceptance

<sup>8</sup> positive psychology interventions (PPIs)

<sup>9</sup> reminiscence

شرکت‌کنندگان به همراه خانواده خود (شامل شوهر و فرزند) در جلسات درمانی شرکت داده شدند. البته همان‌طور که در معیارهای ورود به پژوهش گفته شده است، مرد نیز نباید دارای اعتیاد یا روابط فرا زناشویی باشد، اما میزان تعارض مردان - همانند زنان که از معیارهای ورودشان به پژوهش داشتن تعارض بین ۱۵۰ تا ۱۸۶ بود - جزء شرایط ورود به پژوهش نبود.

معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بودند از: الف: مراسم عروسی را انجام داده باشند و مدت زمان عروسی آن‌ها بیش از ۲ سال و کمتر از ده سال باشد. ب: زوجین در کنار یکدیگر زندگی کنند و یکی از آن‌ها به‌عنوان قهر خانه را ترک نکرده باشد. ج: داشتن نمره تعارضات زناشویی حداقل ۱۵۰ و حداکثر ۱۸۶ [۴۹]. د: عدم شرکت در هر نوع مداخله درمانی به‌طور موازی با مداخله ارائه شده در پژوهش. ه: تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. و: حداقل تحصیلات؛ سیکل. ز: عدم اعتیاد هر یک از زوجین. ح: نداشتن روابط فرا زناشویی. همچنین معیارهای خروج از آزمایش نیز عبارت بودند از الف: عدم شرکت در جلسه درمانی برای دو جلسه متوالی یا سه جلسه غیر متوالی بدون دلیل موجه و قابل قبول، ب: عدم همکاری با درمانگر و انجام ندادن تکالیف اصلی پیشنهاد شده توسط درمانگر و ج: آشکار شدن اینکه آزمودنی معیارهای ورود به آزمایش را نداشته است.

### ابزارهای پژوهش

در این تحقیق از پرسشنامه‌های تعارضات زناشویی، بهزیستی اجتماعی و سبک اسناد استفاده گردید.

۱) پرسشنامه تعارضات زناشویی<sup>۱</sup>: یک ابزار خودگزارش‌دهی و شامل ۵۴ سؤال است که توسط ثنائی، براتی و بوستانی پور [۴۹]، در ایران، ساخته شده و اصولاً برای شناسایی ماهیت و میزان تعارض در روابط زناشویی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه از ۸ خرده مقیاس تشکیل شده است. به گزارش ثنائی [۴۹]، این پرسشنامه از اعتبار و پایایی قابل قبولی برخوردار است. دهقان [۵۰]، در هنجاریابی مجدد، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۷۱ گزارش نموده است. در این پژوهش، نتایج زیر مقیاس‌ها، به علت عدم نیاز و محدودیت موجود برای تعداد صفحات قابل چاپ مجله، گزارش نشده است. بخشی پور، اسدی، کیانی، شیرعلی پور و احمد دوست [۵۱]، پایایی این ابزار به روش همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۰ به دست آمد. امینی، امینی و حسینیان [۵۲]، معتقدند که این ابزار را از روایی صوری مناسبی برخوردار است و پایایی پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. همچنین ساداتی، مهرباب زاده، هنرمند و سودانی [۵۳]، پایایی ۰/۸۳ را برای این آزمون گزارش کرده‌اند.

۲) پرسشنامه بهزیستی اجتماعی<sup>۲</sup>: پرسشنامه بهزیستی اجتماعی ۳۳ گویه‌ای توسط کی‌یس [۳۱]، بر اساس مدل نظری او از سازه بهزیستی اجتماعی طراحی شد. کی‌یس [۳۱]، در دو مطالعه بر روی نمونه ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در آمریکا با استفاده از

ساختاری بیشترین نزدیکی را با فرهنگ اسلامی ایران دارد که شایسته است محققان کشور در درمان به این رویکرد توجه بیشتری داشته باشند. نتایج تحقیق سالاری‌فر [۴۶]، نشان داد که رویکرد اسلام و ساختارگرایی مینوچین در سه مفهوم اساسی مرزها، زیرمنظومه‌ها و سلسله‌مراتب خانواده‌اشتراک نظر دارند. از این‌رو، تحقیق بر روی این نظریه اهمیت فرهنگی دارد.

چهارم: در بررسی انجام گرفته توسط محققین این پژوهش، تحقیقی که به بررسی رویکرد خانواده‌درمانی ساختاری مینوچین بر سبک اسناد و بهزیستی اجتماعی بپردازد، نیز مشاهده نگردیده است.

با توجه به متغیرهای تحقیق، فرضیه‌های پژوهش ارائه می‌گردد. فرضیه اول: خانواده‌درمانی ساختارگرایی مینوچین تعارضات زناشویی را به‌طور معنادار کاهش می‌دهد. فرضیه دوم: خانواده‌درمانی ساختارگرایی مینوچین بهزیستی اجتماعی درمان جویان - تعارضات زناشویی - را به‌طور معنادار افزایش می‌دهد. فرضیه سوم: خانواده‌درمانی ساختارگرایی مینوچین، باعث بهبود یا تغییر سبک اسناد درمان جویان - تعارضات زناشویی - می‌شود.

### روش

#### نوع پژوهش

مطالعه حاضر از نظر هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی و از نظر روش‌شناسی جزء طرح‌های نیمه آزمایشی می‌باشد. این تحقیق دارای پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری (۱ ماه بعد از پس‌آزمون) و یک گروه آزمایشی (خانواده‌درمانی ساختارگرایی)، سه متغیر وابسته تعارضات زناشویی، بهزیستی اجتماعی و سبک اسناد، و یک گروه کنترل می‌باشد. دوره پیگیری درمان به دلایل زیر یک ماه انتخاب گردید. اول: محدودیت زمانی، دوم: امکان ریزش آزمودنی‌ها با طولانی‌تر شدن دوره پیگیری، سوم: تحقیقات پیشین که به بررسی تأثیر متغیرهای مداخله‌ای روان‌درمانی پرداخته‌اند و نتایج معناداری حاصل شده است. چهارم: افزایش اثرهای انتقالی با افزایش مدت زمان پیگیری [۴۷]. همچنین به علت محدودیت‌های زمانی و با توجه به تفاوت‌های فردی و شدت متفاوت مشکلات آزمودنی‌ها، تعداد جلسات با توجه به کارهای بالینی مینوچین [۴۸]، ۱۰ جلسه تعیین گردید.

#### آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش مشتمل بر کلیه زنان با تعارضات زناشویی در سال ۱۳۹۴ در شهرستان فسا که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، بود.

ب) نمونه پژوهش: آزمودنی‌ها توسط فراخوان به مرکز مشاوره راهنمایی شدند، ابتدا یک مصاحبه نیمه ساختاریافته و سپس پرسشنامه تعارضات زناشویی اجرا شد. آزمودنی‌ها، در صورت داشتن شرایط ورود به پژوهش، به‌عنوان نمونه انتخاب می‌شدند. با این روش ۲۵ آزمودنی انتخاب شدند که با روش جایگزینی تصادفی در دو گروه خانواده‌درمانی ساختاری ۱۳ نفر و گروه کنترل ۱۲ نفر، قرار گرفتند. پس از انتخاب آزمودنی‌های زن،

<sup>۱</sup> Marital Conflict Questionnaire (MCQ)

<sup>۲</sup> Social Well-being Questionnaire

دانشجویی بررسی کردند که ضرایب پایایی مورد گزارش به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۲ بود. همچنین هورفارت و مارتینسون [۵۷]، ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد درونی بودن، پایداری و کلی بودن رویدادهای خوشایند را به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۵۹ و ۰/۶۱ و برای رویدادهای ناخوشایند به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۶ و ۰/۶۲ گزارش کردند.

شیخ‌الاسلامی [۵۸]، مفهوم و نمره‌گذاری ۱۱ زیر مقیاس سبک اسناد را به شرح زیر بیان کرده است. سبک اسناد (۱)، سبک اسناد منفی ترکیبی<sup>۲</sup> که برابر است با مجموع نمرات موقعیت‌های منفی تقسیم بر تعداد کل موقعیت‌های منفی، بهترین نمره ۳ و بدترین نمره ۲۱ می‌باشد. سبک اسناد (۲)، سبک اسناد مثبت ترکیبی<sup>۳</sup> که برابر است با مجموع نمرات موقعیت‌های مثبت تقسیم بر تعداد کل موقعیت‌های مثبت، بهترین نمره ۲۱ و بدترین نمره ۳ می‌باشد. سبک اسناد (۳)، نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی<sup>۴</sup>: این نمره نمایانگر شیوه اسناد فرد است و دارای دامنه‌ای از ۱۸- تا ۱۸+ می‌باشد، نمرات مثبت‌تر نشان‌دهنده شیوه اسناد مطلوب‌تر می‌باشد. سبک اسناد (۴)، نمره منفی درونی که برابر است با مجموع نمرات بعد درونی- بیرونی وقایع منفی. سبک اسناد (۵)، نمره منفی ثبات که برابر است با مجموع نمرات بعد عمومی- ویژه وقایع منفی. سبک اسناد (۶)، نمره منفی عمومی که برابر است با مجموع نمرات بعد عمومی- ویژه وقایع منفی. سبک اسناد (۷)، نمره ناامیدی که برابر است با مجموع نمرات ثبات و عمومی وقایع منفی. سبک اسناد (۸)، نمره مثبت درونی که عبارت است از مجموع نمرات بعد درونی- بیرونی وقایع مثبت. سبک اسناد (۹)، نمره مثبت ثبات (پایداری) که عبارت است از مجموع نمرات بعد ثبات و پایداری- عدم ثبات و ناپایداری وقایع مثبت (ثبات مثبت). سبک اسناد (۱۰) نمره ثبات عمومی که عبارت است از مجموع بعد عمومی- ویژه وقایع مثبت. سبک اسناد (۱۱) نمره امیدواری که عبارت است از مجموع نمرات ابعاد ثبات و عمومی وقایع مثبت [۵۸].

۴) طرح مداخله درمانی خانواده‌درمانی ساختاری: به علت تفاوت‌های فردی نمی‌توان همانند گروه‌درمانی، محتوای هر جلسه را دقیقاً از قبل، تعیین کرد. در مداخله‌های درمانی انفرادی مرسوم است که مراحل درمان تشریح گردد. در این تحقیق نیز برای ارائه طرح مداخله درمانی، بجای گزارش محتوای هر جلسه، از مراحل استفاده می‌گردد. نظریه خانواده‌درمانی سالوادر مینوچین از رویکرد پست‌مدرنیسم تأثیر پذیرفته است. او در آخرین تجدید نظر، طرح مداخله‌ای خود را در چهار مرحله ارائه کرده است [۴۸].

مرحله اول: آشکار ساختن مشکل حاضر؛ اولین گام، به چالش کشاندن مشکلی است که اساساً خانواده به دلیل آن مراجعه کرده‌اند. این گام، یکی از مراحل بسیار مهمی است که درمان فردی را به خانواده‌درمانی تغییر می‌دهد. تکنیک‌های متداول در این مرحله عبارتند از:

تحلیل عوامل، مدل ۵ بعدی به‌کاررفته در پرسشنامه خود را از نظر تجربی تأیید کرده است. او برای بررسی پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرد که میزان ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعه اول برای ابعاد انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، پیوستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۵۷، ۰/۶۹، ۰/۸۱، ۰/۷۵، ۰/۷۷ و در مطالعه دوم به ترتیب برابر با ۰/۶۴، ۰/۶۴، ۰/۷۳، ۰/۶۶ و ۰/۴۱ به دست آورد که ضرایب قابل قبولی است. این پرسشنامه از نوع مداد-کاغذی و خودگزارش دهی است، مشتمل بر ۳۳ گویه و ۵ خرده مقیاس می‌باشد. در پژوهش صفاری نیا و تبریزی [۵۴]، به فارسی ترجمه و پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۵ به دست آمد که میزان رضایت بخشی است. همچنین، نتایج پژوهش جهت تعیین روایی محتوایی با استفاده از نظر متخصصان حاکی از روایی محتوایی پرسشنامه و نتایج تحلیل عاملی اکتشافی مؤلفه‌های اصلی (پی. سی.) از طریق چرخش واریماکس مؤید وجود پنج عامل دارای ارزش ویژه بزرگ‌تر از یک تحت عنوان پیوستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی بوده است.

۳) پرسشنامه سبک اسناد<sup>۱</sup>: این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش دهی است و نخستین بار برای اندازه‌گیری اسناد افراد برای رویدادهای غیر قابل کنترل توسط پیترسون و سلینگمن [۵۵]، ساخته شد. پرسشنامه سبک اسنادی دربرگیرنده دوازده موقعیت فرضی (شش رویداد خوب و شش رویداد بد) است. برای هر رویداد چهار پرسش مطرح شده است. نخستین پرسش که درباره مهم‌ترین علت این رویداد است، اگرچه در نمره‌گذاری به کار برده نمی‌شود، اما ضروری است تا آزمودنی به سه پرسش بعد بر حسب موارد زیر پاسخ دهد. این موارد شامل درونی یا بیرونی، پایدار یا ناپایدار و کلی و اختصاصی بودن رویداد می‌باشد. نمره‌ها را می‌توان برای هر یک از سه بعد یاد شده در نظر گرفت. برای نمونه بعد درونی- بیرونی از مجموع نمره‌های پرسش اول به دست می‌آید. اگر فردی در موقعیت‌های موفقیت و پرسش اول نمره‌های ۴، ۵، ۶، ۲، ۳ را علامت زده باشد، نمره بعد درونی-بیرونی این فرد در موقعیت موفقیت مجموع این اعداد تقسیم بر شش می‌باشد. به همین ترتیب در ابعاد دیگر و موقعیت شکست، نمره‌ها محاسبه می‌شوند. بریج [به نقل از ۵۵] برای پرسشنامه سبک اسنادی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ را گزارش نموده است. اسلامی شهر بابکی [به نقل از ۵۵] طی پژوهشی با این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ را برای موقعیت شکست درونی ۰/۷۵، موقعیت شکست پایدار ۰/۴۳، موقعیت شکست کلی ۰/۷۳ و در موقعیت موفقیت درونی ۰/۷۴، موقعیت موفقیت پایدار ۰/۵۶ و موفقیت کلی ۰/۷۶ به دست آورد. سلیمانی نژاد [به نقل از ۵۵] آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌های پرسش‌نامه را ۰/۷۴ گزارش کرد. پیترسون، سیمل، وان بایر، آبرامسون، متالسکی و سلینگمن [۵۶]، همبستگی درونی و پایایی باز آزمایی این مقیاس را روی یک نمونه

<sup>۲</sup> CONES

<sup>۳</sup> COPOS

<sup>۴</sup> CPCN

<sup>۱</sup> Attribute style Questionnaire (ASQ)

به آن دچار شده است، اعضای خانواده و درمانگر پیرامون آنچه باید تغییر کند، صحبت می‌کنند. بدون این مرحله، یعنی اینکه از فرایند ارزیابی به سرعت به عملکرد خانواده برسیم، بدون اینکه تصور می‌کنند که دلیلی ندارد به آن نقطه برسند. پس هیچ تعجیبی ندارد که در برابر تغییر مقاومت می‌کنند. در به‌کارگیری این مراحل لازم است از اینکه چگونه خانواده‌ها سازمان‌یافته‌اند و شکل گرفته‌اند، آگاهی داشته باشیم. هدف ارزیابی، باید کشف راه‌های جدید و مفید برای درک خانواده از مشکلاتشان باشد. همچنین به آن‌ها کمک شود تا راه‌حل‌های جایگزین و منابع ارزشمندی را برای یاری به خودشان کشف کنند. طرح چهار مرحله‌ای که توسط مینوچین طراحی شده است، به‌گونه‌ای است که خانواده درمانگر می‌تواند در حین مانور در مراحل خانواده‌درمانی از آن‌ها نیز استفاده کند.

### شیوه تحلیل داده‌ها

در این تحقیق علاوه بر شاخصهای توصیفی، از آزمون فریدمن و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

### نتایج

در این پژوهش میانگین سن زنان ۲۵/۸۰ سال و سن مردان ۳۱/۲۰ سال بود. میانگین تحصیلات زنان ۱۲/۵۶ سال تحصیلی و میانگین تحصیلات مردان ۱۰/۵۶ سال تحصیلی بود. نتایج دیگر آمار توصیفی در پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری تحقیق در جدول شماره ۱، ۲ و ۳ ارائه شده است، به علت تعداد زیاد متغیرهای تحقیق امکان ارائه آن‌ها به‌صورت افقی و در یک جدول وجود نداشت، از ارائه آمار توصیفی زیر مقیاس‌های تعارضات زناشویی و بهزیستی اجتماعی (به‌جز پیوستگی اجتماعی) خودداری شد و نتایج آمار استنباطی که معنادار نبود نیز ارائه نشده است. همچنین نام و مفهوم سبک اسناد را با نام سبک اسناد ۱ تا ۱۱ نام‌گذاری شده است که نام و شیوه اندازه‌گیری دقیق این ۱۱ سبک در معرفی آزمون سبک اسناد در بخش روش تحقیق ارائه شده است. در جدول ۱، شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون تحقیق شامل، میانگین، انحراف استاندارد، کمترین، بیشترین، کشیدگی و چولگی ارائه شده است.

در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی پس‌آزمون تحقیق شامل، میانگین، انحراف استاندارد، کمترین، بیشترین، کشیدگی و چولگی ارائه شده است.

در جدول ۳، شاخص‌های توصیفی پیگیری آزمون تحقیق شامل، میانگین، انحراف استاندارد، کمترین، بیشترین، کشیدگی و چولگی ارائه شده است.

الف: تأکید بر نقاط قوت و شایستگی‌های بیمار معلوم.  
ب: به مشکلی که خانواده مطرح می‌سازد، معنای متفاوتی داده شود (قاب‌گیری مجدد).

ج: بررسی شیوه‌هایی که نشانه‌ها یا سمپتوم‌های اختلال را آشکار می‌سازد و توجه ویژه به جزئیات آن‌ها.

د: به مشکل از منظرهای متفاوتی نگریسته شود تا هنگامی که نشانه یا سمپتوم تأثیر حاد بودن خود را از دست بدهند.

ه: بررسی زمینه یا بافتی که سمپتوم یا نشانه‌ها در آن آشکار می‌گردد.

و: بررسی مشکلات سایر اعضای خانواده که مشابه یا متفاوت از مشکل بیمار معلوم است.

ز: تشویق و ترغیب بیمار معلوم به توصیف نشانه یا سمپتوم و توجه به معنایی که او به سمپتوم می‌دهد و خود و خانواده‌اش را از طریق آن توصیف می‌کند. به‌بیان‌دیگر، برای بیمار معلوم، فضایی احترام‌آمیز ایجاد می‌کنیم که اعضای خانواده به‌عنوان شنونده به صحبت‌های او گوش فرا دهند.

مرحله دوم: پررنگ کردن تعامل‌هایی که به تقویت مشکل منجر شده‌اند؛ مرحله دوم در خانواده‌درمانی ساختاری، بررسی این موضوع است که اعضای خانواده چه کارهایی را برای پایداری یا ماندگاری مشکل انجام می‌دهند. این شیوه به مراجعان کمک می‌کند که آن‌ها دریابند که چگونه اعمال و رفتارهایشان بدون هیچ‌گونه مقاومتی، همچنان به‌طور بیمارگونه ادامه می‌یابد. گام دوم به این نکته می‌پردازد که خانواده زمانی می‌تواند تغییر کند که شرایطی را که به تداوم نشانه‌ها در خانواده کمک می‌کند، خاتمه دهد.

مرحله سوم: تأکید ساختارمند بر کشف گذشته؛ در گام سوم، به بررسی مختصر گذشته اعضای خانواده به‌منظور درک شرایط ایجاد شده فعلی می‌پردازیم. مرحله سوم مرحله جدیدی است که تا حدی به رویکرد روان‌تحلیلی در درمان مشابه است. در این مرحله به بررسی مشکلاتی می‌پردازیم که به مشکل فعلی بیمار معلوم، منجر شده‌اند. ممکن است درمانگر با طرح پرسشی از یکی از اعضا خانواده کار خود را آغاز کند: مثلاً "در جلسه قبل متوجه شدم که حتی زمانی که رفتار همسران اشتباه است و شما با آن مخالف هستید، باز هم هیچ صحبتی نکردید؟ در دوره کودکی چه مسائلی باعث شده که شما از نشان دادن مخالفتتان اجتناب کنید؟ آیا خانواده برای شما چنین تصمیمی گرفته‌اند؟ آیا عینکی بر چشم دارید که توانایی‌های شما را برای جرئت‌ورزی محدود می‌سازد؟ آیا هنگامی که بچه بودی این عینک را خودت برگزیدی؟ می‌توانی درباره آن بیشتر صحبت کنی؟"

گام چهارم: کشف راه‌حل‌های پیشنهادی جایگزین؛ پس از ترسیم تصویر اولیه از آنچه خانواده با آن درگیر است و مشکلی که

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مرحله پیش‌آزمون

پیش‌آزمون						گروه کنترل						
گروه آزمایش						گروه کنترل						
KU.	SK.	SD	M.	Max.	Min.	KU.	SK.	SD	M.	Max.	Min.	
-۰/۳۴۷	۱/۰۹	۱۲/۰۹	۱۶۱/۳۸	۱۸۴	۱۵۰	-۱/۶۲	۰/۳۱۱	۱۱/۵۸	۱۶۵/۵	۱۸۱	۱۵۰	تعارضات زناشویی
-۰/۷۱۲	۰/۶۷۴	۱۷/۴۸	۹۱/۰۸	۱۲۱	۷۳	-۰/۷۰۴	۰/۵۳۱	۱۵/۰۱	۹۱/۵۰	۱۲۰	۷۳	بهبودی اجتماعی
۰/۰۷۲	-۰/۰۰۶	۴/۴۱	۱۹/۴۶	۲۵	۱۰	۰/۶۶۹	۱/۰۹	۳/۸۸	۱۸/۸۲	۲۷	۱۴	پیوستگی اجتماعی
-۱/۰۱	۰/۵۱۵	۳/۰۵۲	۱۲/۳۳	۱۸/۰۰	۸/۵۰	-۰/۱۹۳	۰/۳۷۷	۲/۷۰	۱۲/۶۲	۱۷/۶۶	۸/۶۶	سیک ۱
-۰/۸۸۴	۱/۰۹۳	۲/۶۹	۱۵/۷۴	۲۲/۰۰	۱۳/۱۶	-۰/۱۰۵	-۰/۰۰۳	۲/۴۸	۱۴/۵۰	۱۸/۸۳	۱۰/۰۰	سیک ۲
-۰/۶۹۳	-۰/۰۱۹	۲/۶۹	۲/۷۲	۷/۱۷	-۱/۶۶	۰/۷۰۰	-۰/۲۸۸	۳/۹۸	۲/۵۷	۱۰/۰۰	-۴/۳۳	سیک ۳
۲/۸۹	۰/۴۷۸	۶/۸۹	۲۵/۶۹	۴۲	۱۲	۰/۹۵۱	-۱/۲۸۶	۶/۷۷	۲۷/۱۷	۳۵	۱۴	سیک ۴
-۰/۳۵۱	۰/۱۶۵	۷/۴۵	۲۴/۷۷	۳۸	۱۳	-۱/۳۹	-۰/۱۸۰	۸/۴۵	۲۴/۱۷	۳۵	۱۰	سیک ۵
-۰/۴۶۱	۰/۵۲۵	۶/۵۹	۲۲/۵۴	۳۵	۱۲	-۰/۹۳۴	۰/۲۷۶	۶/۳۶	۲۳/۳۳	۳۵	۱۶	سیک ۶
-۰/۷۱۸	۰/۱۷۶	۱۲/۸۰	۴۷/۰۸	۶۹	۲۶	-۱/۵۸	۰/۰۳۳	۱۳/۷۲	۴۷/۵۰	۶۶	۲۷	سیک ۷
-۱/۶۱	۰/۴۹۷	۵/۹۷	۳۱/۳۸	۴۱	۲۵	۱/۴۰	-۰/۷۴۵	۶/۰۸	۳۲/۵۸	۴۲	۱۹	سیک ۸
۰/۴۲۷	-۰/۱۸۱	۴/۷۰	۲۸/۶۲	۳۷	۱۹	-۱/۶۴	-۰/۰۵۳	۷/۹۴	۲۶/۷۵	۳۷	۱۵	سیک ۹
-۰/۳۷۴	۰/۱۰۸	۳/۲۵	۳۱/۰۸	۳۶	۲۵	-۰/۱۹۹	-۰/۳۱۹	۶/۸۰	۲۷/۴۲	۳۸	۱۴	سیک ۱۰
-۰/۴۳۲	-۰/۲۸۷	۷/۱۹	۵۸/۳۸	۶۷	۴۳	-۱/۴۳	۰/۱۰۸	۱۲/۳۹	۵۴/۱۷	۷۳	۳۸	سیک ۱۱

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مرحله پس‌آزمون

پس‌آزمون						گروه کنترل						
گروه آزمایش						گروه کنترل						
KU.	SK.	SD	M.	Max.	Min.	KU.	SK.	SD	M.	Max.	Min.	
-۰/۷۴۷	۰/۱۳۶	۲/۰۶۱	۱۱۵/۶۹	۱۴۶	۸۰	۰/۱۹۷	-۰/۵۸۲	۱۴/۵۵	۱۶۲/۲۵	۱۸۶	۱۳۴	تعارضات زناشویی
-۰/۱۷۳	۰/۴۴۸	۱۸/۱۰	۹۷/۲۳	۱۳۵	۷۳	-۰/۲۳۶	۰/۶۳۱	۱۲/۱۳	۹۴/۰۰	۱۱۶	۷۸	بهبودی اجتماعی
-۱/۳۹	۰/۰۵۸	۳/۹۴	۳۱/۷۷	۲۷	۱۶	۲/۵۸	-۱/۳۶۲	۳/۲۰	۱۷/۹۲	۲۲	۱۰	پیوستگی اجتماعی
۱/۴۰	۱/۲۱	۲/۹۴	۱۱/۳۴	۱۸/۳۳	۷/۸۰	-۰/۶۹۹	-۰/۰۳۲	۲/۹۲	۱۲/۴۹	۱۷/۶۶	۸/۵۰	سیک ۱
۰/۵۰۹	-۰/۹۲۶	۲/۳۷	۱۶/۵۱	۱۹/۵۰	۱۱/۱۶	-۱/۱۹	-۰/۴۱۷	۳/۲۰	۱۴/۵۶	۱۸/۸۳	۱۰/۰۰	سیک ۲
-۰/۴۶۶	-۰/۰۷۱	۲/۹۸	۵/۲۱	۱۰/۰۰	-۰/۳۳	۲/۷۳	-۱/۱۵	۲/۹۲	۳/۰۵	۶/۸۳	-۴/۱۶	سیک ۳
۴/۰۰	۱/۶۷	۶/۲۲	۲۴/۱۵	۴۱	۱۷	-۰/۴۴۹	-۰/۸۵۹	۶/۱۴	۲۵/۵۰	۳۳	۱۴	سیک ۴
۰/۲۵۷	-۰/۳۳۶	۵/۸۵	۲۲/۴۶	۳۱	۱۰	-۱/۸۵	-۰/۱۵۷	۷/۸۳	۲۶/۰۰	۳۵	۱۴	سیک ۵
۰/۳۳۵	۰/۹۵۷	۷/۰۱۶	۲۱/۳۱	۳۵	۱۱	-۰/۵۲۴	-۰/۰۴	۷/۱۱	۲۴/۳۳	۳۵	۱۲	سیک ۶
۰/۴۲۵	۰/۷۵۹	۱۱/۴۰	۴۳/۷۷	۶۶	۲۷	-۱/۲۴۵	-۰/۳۵۹	۱۳/۷۴	۵۰/۳۳	۶۶	۲۶	سیک ۷
-۰/۶۰۴	-۰/۵۵۹	۵/۸۹	۳۴/۷۷	۴۲	۲۳	-۰/۹۴۵	-۰/۰۸۲	۵/۴۰	۳۳/۲۵	۴۲	۲۶	سیک ۸
۰/۱۹۴	-۰/۸۳۲	۶/۳۲	۳۰/۶۹	۳۹	۱۸	-۱/۸۵	-۰/۰۴۸	۶/۳۴	۲۹/۸۳	۳۷	۲۱	سیک ۹
۲/۲۰	-۱/۲۰	۴/۰۸۶	۳۳/۶۹	۳۸	۲۴	-۱/۶۸	-۰/۰۸۳	۸/۷۹	۲۵/۳۳	۳۶	۱۴	سیک ۱۰
۵۲۶	-۱/۰۸	۹/۴۶	۶۴/۸۳	۷۶	۴۴	۰/۱۹۰	-۰/۲۶۳	۱۵/۰۸	۴۴/۵۸	۶۸	۱۴	سیک ۱۱

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مرحله پیگیری آزمون

پیگیری						گروه کنترل						
گروه آزمایش						گروه کنترل						
KU.	SK.	SD	M.	Max.	Min.	KU.	SK.	SD	M.	Max.	Min.	
-۰/۹۷۰	۰/۱۶۱	۲۵/۸۲	۱۳۶/۹۲	۲۰۰	۸۲	۰/۴۴۴	۰/۹۰۳	۱۴/۱۷۵	۱۶۷/۲۵	۱۹۷	۱۵۰	تعارضات زناشویی
-۱/۰۴	-۰/۰۰۶	۱۹/۳۶	۹۶/۰۸	۱۳۰	۶۸	-۱/۰۲	۰/۵۷۳	۱۰/۱۰	۹۱/۹۲	۱۱۱	۸۱	بهبودی اجتماعی
-۱/۱۷	۰/۰۲۷	۴/۴۱	۲۱/۳۸	۲۹	۱۵	۰/۶۷۹	-۰/۸۲۹	۲/۹۴	۱۸/۴۲	۲۲	۱۲	پیوستگی اجتماعی
-۱/۱۲	-۰/۱۴۷	۲/۰۳	۱۰/۶۲	۱۳/۳۳	۷/۰۰	-۰/۷۴۶	۰/۵۱۲	۲/۹۲	۱۲/۴۸	۱۷/۶۶	۹/۱۵	سیک ۱
-۰/۹۰۷	-۰/۱۱۸	۲/۷۲	۱۶/۰۳	۱۹/۸۳	۱۱/۱۶	-۱/۲۵	-۰/۴۸۹	۲/۰۵	۱۲/۹۴	۱۵/۶۶	۱۰/۰۰	سیک ۲
-۱/۱۷	۰/۵۶۰	۳/۶۱	۴/۸۱	۱۰/۵۳	۰/۸۳	۰/۹۳۹	-۱/۳۲	۳/۵۲	۲/۱۴	۵/۸۳	-۵/۱۷	سیک ۳
-۱/۰۷	-۰/۷۱۲	۵/۸۸	۲۴/۲۳	۳۰	۱۴	-۱/۰۱۹	-۰/۴۴۴	۵/۵۷	۲۵/۷۵	۳۳	۱۶	سیک ۴
۰/۹۷۹	-۰/۷۷۳	۳/۹۴	۱۸/۷۷	۲۵	۱۰	-۱/۶۸	-۰/۱۵۷	۶/۱۳	۲۷/۲۴	۳۵	۲۰	سیک ۵
-۱/۵۶	۰/۰۶۹	۵/۹۴	۲۰/۳۸	۲۸	۱۲	-۱/۳۳	-۰/۱۸۳	۵/۲۳	۲۱/۲۴	۳۰	۱۴	سیک ۶
-۱/۲۶	-۰/۵۲۵	۸/۲۵	۳۹/۱۵	۴۹	۲۶	-۱/۵۸	۰/۱۴۶	۱۰/۴۳	۴۸/۸۳	۶۵	۳۴	سیک ۷
۱/۸۷	-۱/۶۸	۷/۸۱	۳۶/۵۴	۴۲	۱۸	-۰/۵۰۱	-۰/۰۵۷	۶/۹۹	۳۱/۰۰	۴۲	۱۸	سیک ۸
-۱/۷۰	۰/۱۳۹	۶/۴۴	۲۹/۰۰	۳۸	۲۰	-۰/۷۲۲	۰/۰۴۹	۳/۸۵	۲۳/۵۸	۳۰	۱۸	سیک ۹
-۱/۷۱	۰/۰۳۷	۷/۲۴	۲۹/۷۷	۴۰	۲۱	-۱/۷۴	-۰/۳۶۳	۷/۵۲	۲۴/۱۷	۳۲	۱۴	سیک ۱۰
-۱/۲۷	۰/۴۰۷	۱۲/۴۷	۵۶/۴۶	۷۸	۴۳	-۱/۵۱	۰/۳۵۹	۸/۷۰	۴۷/۷۵	۶۰	۳۸	سیک ۱۱

جدول ۴. سنجش نرمال بودن توزیع و همگنی خطای واریانس متغیرهای وابسته

آزمون لون				شاپیرو ویلک			گروه	
Sig.	Df2	Df1	F	Sig.	df	statistic		
۰/۸۶۸	۲۳	۱	۰/۰۲۸	۰/۰۰۲	۲۵	۰/۸۴۸	پیش‌آزمون	تعارضات زناشویی
۰/۲۴۴	۲۳	۱	۱/۴۳۲	۰/۶۵۱	۲۵	۰/۹۷۰	پس‌آزمون	
۰/۰۱۳	۲۳	۱	۷/۲۰۹	۰/۸۲۸	۲۵	۰/۹۷۷	پیگیری	
۰/۵۱۳	۲۳	۱	۰/۴۴۱	۰/۳۲۲	۲۵	۰/۹۵۵	پیش‌آزمون	پیوستگی اجتماعی
۰/۸۸۲	۲۳	۱	۰/۰۲۲	۰/۰۹۰	۲۵	۰/۹۳۱	پس‌آزمون	
۰/۳۷۶	۲۳	۱	۰/۸۱۴	۰/۲۰۹	۲۵	۰/۹۵۸	پیگیری	
۰/۴۳۴	۲۳	۱	۰/۶۳۵	۰/۶۵۴	۲۵	۰/۹۷۰	پیش‌آزمون	سبک اسناد CPCN (نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی)
۰/۷۳۴	۲۳	۱	۰/۱۱۹	۰/۴۵۵	۲۵	۰/۹۶۲	پس‌آزمون	
۰/۵۹۶	۲۳	۱	۰/۲۸۹	۰/۱۳۲	۲۵	۰/۹۳۸	پیگیری	
۰/۰۰۶	۲۳	۱	۹/۲۳۶	۰/۳۹۱	۲۵	۰/۹۵۹	پیش‌آزمون	سبک اسناد پایداری مثبت
۶۰۷	۲۳	۱	۰/۲۷۲	۰/۰۷۰	۲۵	۰/۹۲۶	پس‌آزمون	
۰/۰۰۹	۲۳	۱	۸/۰۸۳	۰/۰۳۴	۲۵	۰/۹۱۲	پیگیری	

از پیش‌فرض‌های عمده در استفاده از آزمون‌های پارامتریک من جمله تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، تأیید توزیع بهنجار یا نرمال بودن داده‌ها است، خصوصاً این پیش‌فرض زمانی از اهمیت بالاتری برخوردار است که حجم نمونه مانند آنچه در این مطالعه پیش آمده است، پایین باشد. در ادامه با استفاده از شاخص شاپیرو-ویلک<sup>۱</sup>، پیش‌فرض توزیع بهنجار برای متغیرهای وابسته ارائه شده است. از پیش‌فرض‌های اساسی دیگر که در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت آن‌ها الزامی است، فرض برابری واریانس‌های بین گروهی یا همگنی خطای واریانس‌های متغیرهای وابسته در میان تمام گروه‌ها را دارا می‌باشد. اما برای استفاده از آمارهای پارامتریک اندازه‌گیری مکرر برای این دو متغیر وابسته، علاوه بر آزمون شاپیرو-ویلک و لوین، باید کوواریانس‌های میان گروه‌ها نیز با هدف کنترل تفاوت‌های اولیه بین گروه‌ها، همگن باشند که جهت سنجش آن از آزمون ام باکس<sup>۲</sup> استفاده می‌گردد و رعایت این پیش‌فرض اجازه استفاده از شاخص‌های آماری چون لامبدای ویلکز<sup>۳</sup> برای تعیین اثربخشی متغیر مستقل بر ملاک را به ما خواهد داد و همچنین فرض برابری واریانس‌های درون‌گروهی یا پیش‌فرض مهم عدم تشابه روابط بین متغیرهای مستقل و وابسته است که آزمون کرویت موچلی آن را اندازه‌گیری می‌کند. اگر آزمون کرویت موچلی معنادار باشد اجازه استفاده از تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر وجود ندارد و شانس ارتکاب خطای نوع اول را افزایش می‌دهد؛ نتایج این آزمون‌ها در جداول ۶ و ۷ ارائه شده است.

از پیش‌فرض‌های عمده در استفاده از آزمون‌های پارامتریک من جمله تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، تأیید توزیع بهنجار یا نرمال بودن داده‌ها است، خصوصاً این پیش‌فرض زمانی از اهمیت بالاتری برخوردار است که حجم نمونه مانند آنچه در این مطالعه پیش آمده است، پایین باشد. در ادامه با استفاده از شاخص شاپیرو-ویلک<sup>۱</sup>، پیش‌فرض توزیع بهنجار برای متغیرهای وابسته ارائه شده است. از پیش‌فرض‌های اساسی دیگر که در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت آن‌ها الزامی است، فرض برابری واریانس‌های بین گروهی یا همگنی خطای واریانس‌های متغیرهای وابسته در میان تمام گروه‌ها که با آزمون لون<sup>۲</sup> اندازه‌گیری می‌شود می‌باشد. نتایج این آزمون‌ها در جدول ۴ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، متغیرهای تعارضات زناشویی و سبک اسناد سی. پی. سی. ان. (نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی)، دارای توزیع نرمال نمی‌باشد (آزمون شاپیرو-ویلک) و همچنین فرض برابری واریانس‌های بین گروهی یا همگنی خطای واریانس‌های متغیرهای وابسته در میان تمام گروه‌ها که با آزمون لون اندازه‌گیری می‌شود را دارا نمی‌باشند. از این رو لازم است برای آزمون فرضیه‌های پژوهش (اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری بر تعارضات زناشویی و سبک اسناد سی. پی. سی. ان. (نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی))، از معادل ناپارامتریک تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، یعنی آزمون فریدمن (جدول شماره ۳) استفاده شود.

همان‌طور که در جدول ۵ ارائه شده است. نتایج آزمون فریدمن نشان می‌دهد که خانواده‌درمانی ساختاری به‌طور مؤثری بر تعارضات زناشویی ( $P < 0.007$ ) و سبک اسناد پایداری

<sup>3</sup> Box's M  
<sup>4</sup> Wilks' Lambda

<sup>1</sup> Shapiro-Wilk  
<sup>2</sup> Levene's Test of Equality of Error Variances



جدول ۵. آزمون فریدمن

Sig.	Chi-square	df	Mean Rank	SD	M	گروه	
۰/۰۰۷	۹/۹۷۹	۲	۲/۴۰	۱۱/۷۹۷	۱۶۳/۴۰	پیش‌آزمون	خانواده‌درمانی ساختارگرایی
			۱/۵۴	۲۶/۱۷۷	۱۴۲/۲۰	پس‌آزمون	
			۲/۰۶	۳۰/۲۸	۱۵۲/۴۴	پیگیری	
۰/۰۱۸	۸/۰۲۲	۲	۱/۹۲	۶/۳۹	۲۷/۷۲	پیش‌آزمون	سبک اسناد پایداری مثبت
			۲/۴۲	۳۰/۴۸	۵/۹۴	پس‌آزمون	
			۱/۶۶	۲۶/۴۰	۵/۹۳	پیگیری	

جدول ۶. آزمون ام‌باکس برای بررسی فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای همبستگی اجتماعی و سبک پایداری

Sig.	df2	df1	F	ام‌باکس	متغیر
۰/۴۱۵	۳/۷۵۶	۶	۱/۰۱۳	۷/۰۹۱	پیوستگی اجتماعی
۰/۰۸۴	۳/۷۵۶	۶	۱/۸۵۷	۱۳/۰۰۲	نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی (CPCN)

جدول ۷. آزمون موجلی برای بررسی فرض برابری واریانس‌های درون‌گروهی دو متغیر وابسته فرضیه اول

نوع تصحیح	Sig.	df	آماره موجلی	متغیر وابسته	منبع واریانس
عدم ضرورت با توجه به سطح معناداری	۰/۲۹۱	۲	۰/۸۹۴	سبک اسناد ۳	اثر تعاملی زمان * عضویت گروهی
هین-فلت	۰/۰۰۱	۲	۰/۲۴۶	همبستگی اجتماعی	
گرین‌هاوس‌گایزر					
۰/۶۰۶	۰/۵۷۰				

پیش‌فرض به وجود آمده است و در نتیجه بر اساس مقدار آماره اپسیلون که بزرگ‌تر از ۰/۵۷ بود از تصحیح گرین‌هاوس‌گایزر و هین-فلت برای فراهم شدن زمینه اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. با توجه به جداول ۲، ۴ و ۵، می‌توان گفت که پیش‌فرض‌های اصلی برای آزمون فرضیه‌های دیگر پژوهش برای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در مقابل لیست انتظار وجود دارد که نتایج در جداول ۸ و ۹ ارائه شده است.

بر اساس نتایج آزمون کرویت موجلی در جدول ۷ برای سبک اسناد سی. پی. سی. ان. (نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی)، سطح معناداری ( $P > 0.05$ ) به دست آمد که فرض برابری واریانس‌های درون‌گروهی رعایت شده است و در نتیجه اجازه اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای این متغیر فراهم شده است. در متغیر پیوستگی اجتماعی، به دلیل معنادار بودن آزمون کرویت موجلی ( $P < 0.05$ )، تخطی از این

جدول ۸. آزمون‌های چندمتغیری طرح اندازه‌گیری مکرر برای دو متغیر وابسته

متغیر	عامل	ویلکس لامبدا	F	df1	df2	P	$\eta^2$
پیوستگی اجتماعی	عامل تکرار	۰/۶۳۳	۶/۳۷۱	۱	۲۳	۰/۰۰۷	۰/۳۶۷
	عامل تکرار * گروه	۰/۹۸۶	۰/۱۵۳	۲	۲۳۴۶	۰/۸۵۹	۰/۰۱۴
نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی (CPCN)	عامل تکرار	۰/۶۱۸	۶/۷۹۷	۱	۲۳	۰/۰۰۵	۰/۳۸۲
	عامل تکرار * گروه	۰/۷۶۱	۳/۴۴۹	۲	۴۶	۰/۰۰۵	۰/۲۳۹

را بر این دو متغیر ملاک در دوره درمان را استنباط نمود. همچنین بر اساس بررسی‌های انجام‌شده در مورد پیش‌فرض‌های مورد نیاز برای انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر چندمتغیری و تأیید آن‌ها، این روش آماری برای متغیرهای ملاک اجرا و نتایج آن‌ها در جدول ۹ به صورت ترکیبی ارائه شده است.

بر اساس نتایج جدول ۸ در مورد متغیر سبک اسناد سی. پی. سی. ان. (نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی) و با توجه به معناداری آماره ویلکس لامبدا و عامل تکرار (در هر دو متغیر پیوستگی اجتماعی و سبک اسناد سی. پی. سی. ان.) و تعامل تکرار و گروه (در سبک اسناد سی. پی. سی. ان.)، نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی، می‌توان اثربخش بودن مداخله

جدول ۹. آزمون‌های درون‌گروهی و بین‌گروهی طرح اندازه‌گیری مکرر

متغیر	منبع	عامل	SS	df	MS	F	Sig	$\eta^2$
پیوستگی اجتماعی	درون‌گروهی	عامل تکرار	۷۸/۶۰۸	۱/۱۴۰	۶۸/۹۵۲	۸/۰۰۸	۰/۰۰۷	۰/۲۵۸
		عامل تکرار*گروه	۱/۸۶۲	۱/۱۴۰	۱/۶۳۳	۰/۱۹۰	۰/۶۹۹	۰/۰۰۸
		خطا	۲۲۵/۷۶۵	۲۶/۲۲۱	۸/۶۱۰			
سبک اسناد سی. پی. سی. ان. (نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی).	درون‌گروهی	عامل تکرار	۸۰/۱۲۲۲	۲۳	۳۴/۸۳۶	۵/۱۳۹	۰/۰۱۰	۰/۱۸۳
		عامل تکرار*گروه	۲۶/۹۴۷	۲	۱۳/۴۷۴	۳/۵۴۶	۰/۰۳۷	۰/۱۳۴
		خطا	۱۷۴/۷۸۳	۴۶	۳/۸۰۰			
سبک اسناد سی. پی. سی. ان. (نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی).	بین‌گروهی	گروه	۶۳/۶۳۰	۱	۶۳/۶۳۰	۲/۷۳۴	۰/۱۱۲	۲/۷۳۴
		خطا	۵۳۵/۳۹۲	۲۳	۲۳/۲۷۸			

نشان داد که این نوع روان‌درمانی بر سبک اسناد دانشجویان اثری نداشته است که با نتایج تحقیق حاضر همسو نبوده است. در تحقیق دوم که توسط اصغری پور و همکاران [۵۵]، انجام شد که متغیر مستقل آن گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بود، نتایج آن نشان داد که این روش درمانی تأثیر مثبت و معناداری بر سبک اسناد دانشجویان دارد. این تحقیق نیز همسو با تحقیق اصغری پور و همکاران [۵۵]، نشان داد که روش درمانی (در اینجا خانواده‌درمانی ساختارگرایی مینوچین) می‌تواند تأثیر مثبتی بر - در این تحقیق تنها دو زیرشاخه سبک اسناد CPCN (نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی)، و سبک اسناد پایدار - داشته است. تحقیقات خارجی در مورد اثر یک روش درمانی بر سبک‌های اسناد مشاهده نگردید. با توجه به نتایج تحقیقات محدود و ناهمسوی اثر روان‌درمانی بر سبک‌های اسناد، امکان استنباط و نتیجه‌گیری در این زمینه دشوار است، بنابراین، تحقیقات بیشتر در این زمینه، پیشنهاد می‌گردد.

همچنین نتایج دیگر تحقیق، هرچند نتوانست بهزیستی اجتماعی را به‌طور معنادار افزایش دهد، اما توانست زیر مقیاس پیوستگی اجتماعی آن را به‌طور معنادار افزایش دهد. در زمینه تأثیر یک روش درمانی بر بهزیستی اجتماعی تحقیقی مشاهده نشد و نمی‌توان نتایج این تحقیق را با تحقیقات دیگر مقایسه نمود. پیوستگی اجتماعی شامل توانایی فرد برای فهم جهان پیچیده، درک و پیش‌بینی چیزی است که در جهان پیرامون اتفاق می‌افتد [۳۱]. پیوستگی اجتماعی به ادراک خصوصیات، سازمان‌بندی و عملکرد جامعه و میزان علاقه افراد به شناخت جهان مربوط می‌شود. افراد با پیوستگی اجتماعی بالا احساس می‌کنند که فهم روشن‌تری از جهانی که در آن زندگی می‌کنند دارند. اگرچه آن‌ها آگاه هستند که جهان آن‌ها کامل نیست، اما آن‌ها برای رسیدن به اهداف و خواسته‌هایشان، بر برنامه‌ریزی بهتر حرکت می‌کند [۳۰]. در زمینه زیرمقیاس‌های بهزیستی اجتماعی و ارتباط آن‌ها با متغیرهای دیگر این پژوهش، تحقیقی مشاهده نگردیده است. اینکه دقیقاً این زیرمقیاس چیست و چه تفاوتی با چهار زیر مقیاس دیگر بهزیستی اجتماعی دارد، مبهم است. اینکه چرا این زیر مقیاس تحت تأثیر معنادار ساختارگرایی قرار گرفت و در مورد چهار متغیر دیگر اثربخشی مشاهده نگردید در ابهام قرار دارد. به علت تعداد کم آزمودنی‌ها در گروه آزمایش (۱۳ نفر)، آیا می‌توان

مطابق با نتایج جدول ۹، عامل تکرار (زمان اندازه‌گیری)، صرف‌نظر از گروه آزمایشی بر نمرات سبک اسناد نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی (سی. پی. سی. ان.)،  $(F^{(2,22)} = 5/139, P < 0/05, \eta^2 = 0/183)$  و پیوستگی اجتماعی  $(F^{(2,22)} = 8/008, P < 0/05, \eta^2 = 0/258)$  معنی‌دار است. در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین تکرار و گروه نیز برای سبک اسناد معنادار است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان خانواده‌درمانی ساختارگرایی مینوچین باعث کاهش معنادار  $(P < 0/007)$  تعارضات زناشویی، افزایش پیوستگی اجتماعی  $(P < 0/007)$  و بهبود سبک اسناد سی. پی. سی. ان. (نمره مثبت ترکیبی منهای نمره منفی ترکیبی)  $(P < 0/005)$  و سبک اسناد پایداری مثبت  $(P < 0/018)$  گردید.

در مورد درمان ساختارگرایی بر تعارضات زناشویی همان‌طور که گفته شد مطالعات آزمایشی کمی منحصراً با روش اس. اف. تی. انجام شده است، مثلاً در یک دهه اخیر تنها تحقیق ایونس و همکاران [۳۷] از روش اس. اف. تی، به‌عنوان روش اصلی درمان بکار رفته است. در داخل کشور نیز می‌توان به تحقیق اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری در بهبود اختلال اضطراب جدایی [۵۹]، اشاره کرد. مکانیزم اثر خانواده‌درمانی از طریق به‌کارگیری فنون خانواده‌درمانی ساختاری در خانواده (ایجاد مرزها، تصریح مرزها، بازتعریف نقش‌ها، تغییر قواعد، چارچوب دهی مجدد نشانه مرضی، نامتعادل سازی، فعال‌سازی به هم زدن ائتلاف‌ها، مثلث زدایی و تقویت اتحاد بین والدین و پیشگیری از سرایت تعارضات زیر منظومه والدینی و...) سبب بازسازی خانواده می‌شود. بنابراین زمانی که زیرمنظومه‌های خانواده وظایف مربوط به زیر منظومه خود را به‌طور کامل انجام داد [۶۰]، کاهش تعارضات زناشویی و بهبود بهزیستی اجتماعی و سبک‌های اسناد میسر خواهد شد.

در زمینه اثر رویکردهای درمانی بر سبک اسناد، دو تحقیق در داخل کشور یافت شد که نتایج همسو نبوده است. تحقیق اول توسط سلیمانی و محمدخانی، دولت‌شاهی [۶۱] که متغیر مستقل آن روان‌درمانی بین فردی گروهی کوتاه‌مدت بود که نتایج آن

اعتبار درونی و بیرونی پژوهش را رعایت نماید. از عوامل احتمالی مرتبط با کاهش اعتبار درونی این پژوهش می‌توان از تأثیرگذاری اجرای پیش‌آزمون و رخدادهای هم‌زمان با انجام تحقیق نام برد و از عوامل احتمالی مؤثر در کاهش اعتبار بیرونی این پژوهش نیز می‌توان به کنش متقابل بین انتخاب آزمودنی‌ها و متغیر مستقل، واکنش‌های ناشی از اجرای پیش‌آزمون، واکنش‌های ناشی از روش‌های انجام تحقیق، تأثیر تازگی داشتن و غیر عادی بودن شرایط اجرای تحقیق، مشکل توجیه آزمودنی‌ها و رفتار مجریان تحقیق را نام برد. از این رو لازم است که در تعمیم نتایج تحقیق حاضر با احتیاط عمل شود.

### پیشنهادات تحقیق

با توجه به نبود تحقیقات در زمینه تأثیر روش‌های درمانی بر سبک اسناد و بهزیستی اجتماعی پیشنهاد می‌گردد که محققان از این دو متغیر به‌عنوان متغیر وابسته در طرح‌های درمانی خود استفاده نمایند. تا بتوان نتایج این تحقیقات را به‌صورت فراتحلیلی مورد بررسی قرار داد.

### سپاسگزاری

محققین این پژوهش بر خود لازم می‌دانند که از مسئولین و کارمندان کلینیک شبانه‌روزی انصار شهرستان فسا که در زمینه اطلاع‌رسانی، هماهنگی و در اختیار گذاشتن محیط درمانی مناسب با محققین این پژوهش - بدون هیچ چشم‌داشتی - همکاری نموده‌اند، کمال تشکر را بنمایند.

### منابع

- 1- Bahramnia.M., Fallahchai.S.R & Mohammadi.K. (2013). Studying the Comparison of Marital Conflict Dimensions in Couples with Marital Conflicts and Emotionally Divorced Women in Bandar Abbas, Iran. Academic Journal of Psychological Studies. Vol. 2, Issue 1, 7-14, 2013.
- 2- Rhoes, P. (2013). A Brief History of Family Therapy. ACPARIAN: ISSUE 7. Australian Clinical Psychology Association.
- 3- Doherty, W. J., & McDaniel, S. H. (2010). Family therapy. Washington, DC: American Psychological Association.
- 4- Weaver, A., Greeno, C., Marcus, S.C., Fusco.R.A, Zimmerman, T & Anderson, C. (2013). Effects of Structural Family Therapy on Child and Maternal Mental Health Symptomatology. Research on Social Work Practice 23(3) 294-303.
- 5- نیکولز، مایکل پی و شوارتز، ریچارد سی (۱۳۹۱). خانواده‌درمانی، مفاهیم و نظریه‌ها. ترجمه دهقانی، محسن و همکاران، چاپ سوم، نشر دانژه.
- 6-Walash, F. (2014). Families in later life: Challenges, opportunities, and resilience.In M. McGoldrick. N. Garcia-preto, & B. Carter (Eds.), the expanded family life cycle (5<sup>th</sup> Ed.).Boston,

به‌درستی نتایج و تعمیم‌یافته‌های آن اعتماد کرد؟ از این رو، لزوم تحقیقات مشابه در زمینه مفهوم‌سازی و سنجش زیرمقیاس‌ها و ارتباط آن‌ها با متغیرهای دیگر تحقیق را خاطر نشان می‌کند. گالاگر و لویز [۶۲]، نیز معتقدند که ساختار عاملی مربوط به بهزیستی و به‌ویژه بهزیستی اجتماعی، دیدگاه فرهنگ غربی را منعکس می‌کند و احتمال دارد که برخی مؤلفه‌ها، ارزش متفاوتی در فرهنگ‌های مختلف داشته باشند. مثلاً اشاره شده است که احتمالاً عوامل فرهنگی همچون هنجارها، ارزش‌ها و شکل روابط اجتماعی [۶۳] و نژاد می‌توانند بر بهزیستی افراد تأثیر بگذارند و حتی ممکن است ساختار و ترکیب بهزیستی در بین فرهنگ‌ها متفاوت بوده، همبسته‌ها و علل متفاوتی داشته باشد. در این میان آیین‌های یک جامعه، به‌عنوان رفتارهایی که اطلاعات مفیدی برای حفظ روابط صحیح هر فرد با محیط و دیگر اعضا جامعه حمل می‌کنند، می‌توانند در بهزیستی اجتماعی افراد نقش داشته باشند [۶۴]. به‌طور مثال مشارکت در امور فرهنگی، سیاسی و غیره- مشارکت اجتماعی در مدل کی‌یس- با توجه به نژاد و بافت اجتماعی- سیاسی متفاوت است [۳۲]. همان‌طور که نتایج تحقیق نشان داد، رویکرد ساختارگرایی، تنها توانست بر روی یک زیر مقیاس بهزیستی اجتماعی اثربخشی داشته باشد. به نظر محققین این پژوهش، روان‌درمانی قادر به اثرگذاری بر بهزیستی کلی<sup>۱</sup> افراد را ندارد، یا در خوش‌بینانه‌ترین حالت، قادر به پیش‌بینی واریانس بسیار کوچکی از بهزیستی کلی خواهد بود. زیرا بهزیستی کلی افراد با متغیرهای بسیار زیادی از جمله اقتصادی و مالی [۶۵]، فیزیکی [۶۶]، تغذیه و جنسیت [۶۷] و فرهنگ [۶۸]، در ارتباط می‌باشد. بنابراین صرف روان‌درمانی قادر به افزایش قابل توجه متغیرهای فوق نخواهد بود. از این رو در افزایش بهزیستی اجتماعی و پیش‌بینی آن به‌عنوان یکی از زیر مقیاس‌های بهزیستی کلی افراد یک جامعه، باید به ساختار حاکمیت و منابع حمایتی و سرمایه‌های اجتماعی آن جامعه رجوع کرد. ارتقاء بهزیستی اجتماعی در یک جامعه، تنها به عملکرد افراد خاصی مانند مشاور و روان‌درمانگر محدود نمی‌شود و هماهنگی و تلاش کل سیستم نهادهای سازمان‌ها و برنامه‌های کلان کشور را مطالبه می‌نماید. از همین رو است که "شواهد حاضر نشان می‌دهد که بهبود و ارتقاء بهزیستی اجتماعی یکی از اولویت‌های سیاسی دولتمردان کشورهای پیشرفته شده است" [۶۹]. البته با توجه به تحقیقات محدود در زمینه تأثیرپذیری بهزیستی اجتماعی از روان‌درمانی- در کنار نتایج حاصل از این تحقیق- می‌توان گفت؛ که موضوع اثربخشی روان‌درمانی بر بهزیستی اجتماعی و از آن مهم‌تر مدل‌سازی متغیرهای تأثیرگذار و متأثر از بهزیستی اجتماعی، می‌تواند یک حوزه تحقیقاتی مناسب را برای محققان فراهم نماید.

### محدودیت‌های تحقیق

در تحقیقات نیمه آزمایشی، پژوهشگر توانایی محدودی در کنترل شرایط تحقیق دارد (۷۰) و نمی‌تواند همانند تحقیقات آزمایشی،

<sup>۱</sup> General Well-being

- Behavioral Medicine, 35, 239-244.
- 18-Cano, A., Gillis, M., Heinz, W., Geisser, M., & Foran, H. (2004). Marital function, chronic pain, and psychological distress. *Pain*, 107, 99-106.
- 19-Yong, E.M., & Long, L. (1998). *Counseling and Therapy for Couples*. New York. International Thomson Publishing Company.
- 20-Connell, C. (2010). Multicultural perspectives and considerations within structural family therapy: the premises of structure. *Subsystems and boundaries*. Rivier academic journal, vol.6.no.2.
- 21-Walsh, F. (2011). Families in later life: Challenges, opportunities, and resilience. In M. McGoldrick, B. Carter, & N. Garcia-Preto (Eds.), *the expanded family life cycle* (4th ed., pp. 261-277). Boston: Pearson.
- 22-Dattilio, F. M. (2010). *Cognitive- behavioral therapy with couples and families: A comprehensive guide for clinicians*. New York: Guilford Press.
- 23-Gottman, J., & Krokoff, L. (1989). Marital interaction and satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 47-52.
- 24-Margolin, G., & Weiss, R. (1987). Comparative evaluation of therapeutic components associated with behavioral marital treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1476-1486.
- 25-Bradbury, T., & Fincham, F. (1992). Attributions of behavior in marital interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 613-628.
- 26-Gottman, J. (1994). Why marriages fail. *The Family Therapy Networker*, 18(3), 41-48.
- 27-Gottman, J. M. (2002). Marital research the 21th century, *Family Process*, 41(2), 159.
- 28-Tutarel-kislak, S., & Cavusoglu, A. (2006). Evlilik uyumu, baglanma biçimleri, yüklemeler ve benlik saygıse arassndaki ilirkiiler. *Aile ve Toplum Dergisi*, 9, 61-68.
- 29-Hedaya, N.K. (2015). Attribution style and gender role attitudes as predictors of infertlity disress in women coping with infertility diagnoses. In partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. Dissertation presented to the Faculty of the California School of Professional Psychology Alliant International University.
- 30-Radzyk, J. (2015). Evaluation of a new Social Well-Being uestionnaire. Bachelor thesis Psychology. Department of Psychology, Health & MA: Allyn & Bacon.
- ۷-گلاڈینگ، ساموئل (۲۰۱۱). خانواده‌درمانی، تاریخیچه، نظریه و کاربرد. ترجمه، تاجیک اسماعیلی، عزیزالله و رسولی، محسن (۱۳۹۲). انتشارات تزکیه، چاپ اول.
- 8-Minuchin, S., Reiter, M & Borda, C. (2013). *The craft of family therapy: The Craft of Family Therapy: Challenging Certainties*. New York: Routledge.
- ۹-امراهی، ریحانه، روشن چسلی، رسول، شعیری، محمدرضا و نیک آذین، امیر (۱۳۹۲). تعارض زناشویی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی: مقایسه زنان دارای ازدواج‌های فامیلی و غیر فامیلی. روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، سال بیستم، شماره ۸، بهار و تابستان. صص: ۱۱-۲۲.
- 10-Ngozi, O., Peter, N & Stela, A. (2013). The Impact of Marital Conflicts on the Psychosocial Adjustment of Adolescents in Lagos Metropolis, Nigeria. *Journal of Emerging Trends in Educational Research and Policy Studies*.
- 11-Galinsky, A.G & Waite, L.J. (2014). Sexual Activity and psychological health as mediators of the relationship between physical health and marital quality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* gbt165 first published online January 27.
- 12-Gouin, J., Glaser, R., Loving, T. J., Malarkey, W. B., Stowell, J & Houts, C. (2009). Attachment avoidance predicts inflammatory responses to marital conflict. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23(7), 898-904.
- 13-Brock, R. L., & Lawrence, E. (2011). Marriage as a risk factor for internalizing disorders: Clarifying scope and specificity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 577-589.
- 14-Wang, Q., Wang, D., Li, C & Miller R.B. (2014). Marital satisfaction and depressive symptoms among Chinese older couples. *Aging & Mental Health*, 18 (1), 33-39.
- 15-Doss, B., Simpson, L., & Christensen, A. (2004). Why does couple seek marital therapy? *Professional Psychology: Research and Practice*, 35 (6), 608-614.
- 16-Metz, M. E., & Epstein, N. (2002). Assessing the role of relationship conflict in sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 139- 164.
- 17-Holt-Lunstad, J., & Birmingham, W. (2008). Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality and network social support on ambulatory blood pressure and mental health. *Annals of*

- of Brandi Roth. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy* • spring • Vol. XXXIII, number 2 • 6.
- 42-Lennon, B. (2010). Choice Theory: A Global Perspective. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy* • spring • Vol. XXIX, number.16.
- 43-Jackson, D. (2014). Reality therapy counselors using spiritual interventions in therap. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy* • spring • Vol. XXXIII, number 2.72.
- 44-Bilodeau, S. (2010). Project: Impact Reality Therapy. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy* • spring 2010 • Vol. XXIX, number 2.69.
- ۴۵-زهراکار، کیانوش و جعفری، فروغ (۱۳۸۹). مشاوره خانواده. چاپ اول، نشر ارسباران.
- ۴۶-سالاری فر، محمدرضا (۱۳۷۹). مقایسه نظریه خانواده‌درمانی مینوچین با دیدگاه اسلام در باب خانواده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، پژوهشکده حوزه و دانشگاه.
- ۴۷-فرگوسن، جرج. آ و تاکانه، پوشیو. (۱۹۸۹). تحلیل آماری در روان‌شناسی و علوم تربیتی. ترجمه دلاور، علی. نقشبندی، سیامک. (۱۳۷۷) تهران، انتشارات ارسباران.
- ۴۸-مینوچین، سالوادور، نیکولز، مایکل پی و لی، وی-یانگ (۲۰۰۷). ارزیابی خانواده و زوجها از سمپتوم تا سیستم. ترجمه خدابخشی کولایی، آناهیتا، (۱۳۹۰)، انتشارات جاودانه، چاپ اول.
- ۴۹-ثنایی، باقر (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. انتشارات بعثت، چاپ دوم.
- ۵۰-دهقان، فاطمه (۱۳۸۰). مقایسه تعارضات زناشویی زنان متقاضی طلاق با زنان مراجعه‌کننده برای مشاوره زناشویی (غیرمتقاضی طلاق). پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه تربیت معلم، تهران.
- ۵۱-بخشی پور، باب الله، اسدی، مسعود، کیانی، احمدرضا، شیرعلی پور، اصغر. و احمددوست، حسین (۱۳۹۱). رابطه عملکرد خانواده با تعارضات زناشویی زوج‌های در آستانه طلاق. مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۴۸، Technology.University of Twente, Netherlands.
- 31-Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Soc Psychol Quart.* 1998; 61(2):121-40
- 32-Keyes, C.L.M.(2013). Promoting and Protecting Positive Mental Health: Early and Often Throughout the Lifespan. In: Keyes CLM, editor. *Mental Health: International contributions to the study of positive mental health.* New York: Springer; 2013.p:396.
- ۳۳-هاشمی، تورج، حکمتی، عیسی، احدی، شهرام و باباپور، جلیل (۱۳۹۳). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه کوتاه پرسش‌نامه بهزیستی اجتماعی کی‌یس. *مجله علوم رفتاری، دوره ۸، شماره ۱، بهار. صص: ۱۱-۲۰.*
- 34-Albert, A. (2012). The Effects of Facebook on Egyptian Students' Social Well-being. *Scientific Reports. Volume 1, Issue 10.*
- ۳۵-جوشن لو، محسن، رستمی، رضا و نصرت‌آبادی، مسعود (۱۳۸۵). بررسی تفاوت‌های جنسیتی در پیش‌بینی‌کننده‌های بهزیستی اجتماعی. *مجله علوم روان‌شناختی. دوره پنجم، شماره ۱۸، تابستان. صص: ۱۶۶-۱۸۴.*
- 36-Moeenizadeh, M & Salagame, K.K. (2010). The Impact of Well - Being Therapy on Symptoms of Depression. *International Journal of Psychological Studies. Vol. 2, No. 2; December 2010.p.223-230.*
- 37-Evans, P., Turner, S & Trotter, C. (2012), the Effectiveness of Family and Relationship Therapy: A Review of the Literature. Melbourne: PACFA.
- 38-Sun, H., Li, X., Chow, E.P., Li, T., Xian, Y., Lu, U., Tian, T., Zhuang, X & Zhang, L. (2015). Programme reduces criminal activity and improves social well-being of drug users in China: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open access.p 1-11.*
- 39-Iverson, K., Shenk, C & Fruzzetti, A. (2009). *Dialectical Behavior Therapy for Women Victims of Domestic Abuse: A Pilot Study.* Professional Psychology: Research and Practice © 2009 American Psychological Association. Vol. 40, No. 3, 242-248.
- 40-Chao, S.Y., Liu, H.Y., Wu, C.Y., Jin, S.F., Chu, T.L., Huang, T.S & Clark, M.J. (2006). The effects of group reminiscence therapy on depression, self esteem, and life satisfaction of elderly nursing home residents', *The Journal of Nursing Research: JNR, Vol. 14, No. 1, pp. 36-45. P 1-34.*
- 41-Wubbolding, R.E & Brickell, J. (2014). The work

- صص: ۱۰-۳۳.
- تعیین اثر خانواده‌درمانی ساختاری در درمان اختلالات اضطرابی کودکان، روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، سال هفدهم، شماره ۴۰، صص: ۱-۱۰.
- ۶۱- سلیمانی، مهدی، محمدخانی، پروانه و دولشاهی، بهروز (۱۳۸۷). تأثیر روان‌درمانی بین فردی گروهی کوتاه‌مدت در کاهش علائم افسردگی دانشجویان و اثر این درمان بر سبک اسناد و نگرش‌های ناکارآمد. پژوهش‌های روان‌شناختی، دوره ۱۱، شماره ۱ و ۲، صص: ۶۱-۶۵.
- 62-Gallager M.W& Lopez SJ, (2009). Preacer KJ. The hierarchical structure of well-being. J Pers. 2009; 77(4):1025-50.
- 63-Otis-Green, S & Juarez, G. (2012). Enhancing the social Well-being of family caregivers. Semin Onco Nurs. 2012; 28(4):256-5.
- 64-Kumar, K. (2013). The Role of Social Rituals in Well-being. In: Morandi A, Nambi N, editors. Integrated View of Health and Well-being: Bridging Indian and Western Knowledge. New York: Springer; 2013.
- 65-Burholt, V & Windle, G. (2006) the Material Resources and Well-being of Older People. York: Joseph Rowntree Foundation.p 32.
- 66-Department of Health. (2002). The Health Survey for England: The Health of Older People. London: The Stationery Office.p.21.
- 67-Kenny, A & Kenny, C, (2006). Life, Liberty and the Pursuit of Utility. Happiness in philosophical and economic thought. In J.p1-30.
- 68-Eames, P. (2006). Cultural Well-being and Cultural Capital. Pub. PSE Consultancy: 65pp. [available from www.artsaccessinternational.org].
- 69-Joseph Rowntree Foundation. (2004). JRF Task Group on Housing, Money, and Care for Older People. From Welfare to Well-being - Planning for an Ageing Society. York: Joseph Rowntree Foundation (available at <http://www.jrf.org.uk/knowledge/findings/foundations/034.asp>).
- ۷۰-دلاور، علی (۱۳۸۸). روش‌های تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی، چاپ ششم، انتشارات دانشگاه پیام نور.
- ۵۲-امینی، محمد، امینی، یوسف. و حسینیان، سیمین (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های ارتباطی زوجین با استفاده از رویکرد ارتباط متقابل (TA) بر کاهش تعارضات زناشویی. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۳، صص: ۳۷۷-۴۰۰.
- ۵۳-ساداتی، سید احسان، مهربانی زاده هنرمند، مهناز و سودانی، منصور (۱۳۹۳). رابطه علی تمایز یافتگی، نوروژگایی و بخشندگی با دلزدگی زناشویی با واسطه تعارض زناشویی. فصلنامه روان‌شناسی خانواده، دوره ۱، شماره ۲، صص: ۵۵-۶۸.
- ۵۴-صفاری نیا، مجید (۱۳۹۱). آزمون‌های روان‌شناسی اجتماعی و شخصیت. انتشارات ارجمند، چاپ اول.
- ۵۵-اصغری پور، نگار. یک یزدان دوست، راضیه و زرگر، فاطمه (۱۳۹۱). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر عزت نفس، افسردگی و سبک اسناد دانشجویان دانشکده الزهرا مشهد. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۲ (۱)، صص: ۲۵-۳۹.
- 56-Peterson, C. R., Semmel, A., Von Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Seligman, M. E. P. (1982). The Attributional Style Questionnaire. Cognitive Therapy and Research, 6, 287-300.
- 57-Hoffart, A., & Martinson, E. W. (1991). Cognition and coping in agoraphobia and depression. Journal of Clinical Psychology, 47, 9-16.
- ۵۸-شیخ‌الاسلامی، راضیه (۱۳۷۷). بررسی رابطه سبک اسناد و هسته کنترل با پیشرفت تحصیلی با توجه به متغیرهای هوش، جنسیت و زمینه خانوادگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز.
- ۵۹-موسوی، رقیه، مرادی، علیرضا و مهدوی هرسینی، سید اسماعیل (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری در بهبود عملکرد خانواده و تقویت رضایت زناشویی در خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی. فصلنامه خانواده پژوهی، سال اول، شماره ۴، زمستان، صص: ۳۲۱-۳۳۵.
- ۶۰-موسوی، رقیه، فرزاد، ولی‌الله ونوایی نژاد، شکوه (۱۳۸۹).