

بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری در بهبود عملکرد خانواده و تقویت رضایت زناشویی در خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی

دکتر رقیه موسوی*، دکتر علیرضا مرادی**، دکتر سید اسماعیل مهدوی هرسینی***

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رویکرد خانواده‌درمانی ساختاری در کاهش تعارضات زناشویی و والدینی، افزایش رضایت زناشویی و بهبود عملکرد خانواده کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی انجام شد. جامعه پژوهش شامل خانواده‌های دارای اختلال عملکرد و فرزند مبتلا به اختلال اضطراب جدایی و نمونه شامل ۳۸ خانواده با حداقل یک فرزند مبتلا به اختلال اضطراب جدایی با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از روش تحقیق شبه‌تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نمونه‌ها به دو گروه آزمایشی (خانواده‌های کم‌سواد و باسواد) و دو گروه کنترل با ترکیب مشابه (جمعاً ۴ گروه) تقسیم شدند. خانواده‌های گروه‌های آزمایشی، با حضور کلیه اعضای خانواده، طی ۹ جلسه در معرض مداخلات درمانی با طرح درمانی یکسان قرار گرفتند. شش هفته پس از آخرین جلسه درمان نیز در یک جلسه پی‌گیری شرکت نمودند. برنامه مداخله‌ای از پیش طراحی شده به گروه‌های آزمایشی ارائه و نتایج اثرات مداخله با گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری مورد مقایسه قرار گرفت. ابزارهای این پژوهش شامل مقیاس ارزیابی عملکرد خانواده، پرسشنامه رضامندی زناشویی انریچ و مصاحبه بالینی بود. از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و همچنین آمار استنباطی (تکرار سنجش و روش تعقیبی توکی) برای مقایسه میانگین‌ها استفاده شد. نتایج حاکی از اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری در تقویت رضایت زناشویی و بهبود عملکرد خانواده در سطح $(p < 0/001)$ بود. ولی تفاوت بین گروه‌های باسواد و کم‌سواد معنی‌دار نبود. **کلیدواژه‌ها:** خانواده‌درمانی ساختاری، رضایت زناشویی، بهبود عملکرد خانواده.

* عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد

** عضو هیئت علمی دانشگاه تربیت معلم

*** عضو هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی

مقدمه

خانواده پایه‌ای‌ترین تشکل اجتماعی و اصلی‌ترین جزء اجتماع است. دستیابی به جامعه سالم در گرو سلامت خانواده و خانواده سالم در گرو برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن ارتباط مطلوب با یکدیگر است. خانواده نظام اجتماعی^۱، منحصر به فردی است که عضویت در آن براساس مجموعه عوامل زیستی، قانونی، عاطفی و جغرافیایی تاریخی شکل می‌گیرد. برعکس سایر نظام‌های اجتماعی، ورود به داخل سیستم خانواده از طریق تولد، به فرزندگی گرفتن یا ازدواج است و تنها با مرگ، عضویت در سیستم خانواده از بین می‌رود (دنوان^۲، ۱۹۹۹). چرخه حیات خانواده به‌عنوان مرحله پیوسته‌ای شناخته شده است، که هر مرحله مجموعه‌ای از وظایف اعضای خانواده را که بایستی برای ورود به مرحله بعدی رشد، آن وظایف را به‌طور کامل انجام دهند، در برمی‌گیرد. شکست در انجام وظایف منجر به ایجاد مشکلات سازگاری^۳ می‌شود. بنابراین توجه به خانواده و تلاش در جهت رفع مشکلات و معضلات این سازمان بنیادی می‌تواند نویدبخش جامعه‌ای ارزشمند و متعالی باشد. در این میان کودکان به‌عنوان عناصری که تأثیرات کمی در مقایسه با والدین خود در تعاملات خانواده دارند، بیش از سایرین در معرض آسیب‌هایی هستند که از رهگذر عدم وجود ارتباطات سالم بر خانواده حادث می‌شود (کارلسون و همکاران، ۱۳۷۸).

خانواده‌درمانی به‌عنوان یک نهضت در اوایل دهه ۱۹۵۰ شروع شد؛ بنابراین بیش از پنجاه سال قدمت دارد و رویکرد روان‌درمانی بسیار قابل انعطافی برای درمان طیف وسیعی از مشکلات کودک‌محور، بزرگسال‌محور است. هدف اصلی خانواده‌درمانی این است که حل مشکلات موجود را تسهیل نموده، رشد سالم خانواده را با تمرکز بر ارتباط بین فردی و اعضای مهم خانواده و شبکه اجتماعی بهبود بخشد (دنوان، ۱۹۹۹).

در حال حاضر، خانواده‌درمانی با طیف وسیعی از شیوه‌های درمان، در درمان مشکلات متنوع زیستی، روانی و اجتماعی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در درون این طیف گسترده و جامع در مورد مشکلاتی که از نظر درمان خانواده مناسب شناخته شده‌اند، دیدگاه‌های متنوعی وجود دارد (تامپسون و رادلف^۴، ۲۰۰۲).

پیشگامان نهضت خانواده‌درمانی معتقدند که، مشکلات انسان اساساً بین فردی است نه درونی. لذا راه‌حل‌های ارائه شده معطوف به ارتباط بین فردی است. به میزان اهمیت نقش ارتباطات در ایجاد، ابقا و حل مشکل، نظریه‌های مختلف خانواده‌درمانی به سه گروه عمده تقسیم می‌شوند (آلن کر^۵، ۲۰۰۱): گروه اول بر الگوهای تعاملی ابقای مشکل و شیوه‌های چالش با این چرخه تکرار شونده^۶ تأکید دارند؛ گروه دوم بر سیستم باورهای اعضای خانواده، نمایش‌نامه و قصه‌های خانواده که از الگوی تعاملی ابقای مشکل حمایت می‌کنند^۷، تمرکز دارند؛ گروه سوم بر مسئله درمان در درون بافت اجتماعی و تاریخی خانواده بدون در نظر گرفتن سیستم باورهای مرتبط با مشکل^۸ تأکید می‌کنند.

جدول شماره ۱ طبقه‌بندی نظریه‌های خانواده‌درمانی براساس تأکید بر سه موضوع فوق را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱ طبقه‌بندی نظریه‌های خانواده‌درمانی براساس تأکید بر سه موضوع: ایجاد، ایقا و حل مشکل (آلن کر، ۲۰۰۱)

الگوی رفتار ابقای مشکل	سیستم باور و حکایات زندگی	زمینه تاریخی و بافت خانواده
MRI مختصر درمانی درمان استراتژیک درمان ساختاری درمان شناختی - رفتاری درمان کارکردی	سازه‌گرایی مکتب اصلی میلان سازه‌گرایی اجتماعی راه‌حل محور حکایتی	بین نسلی روان‌تحلیلی دل‌بستگی محور تجربی چندسیستمی روان‌آموزشی

سالوادور مینوچین^۹ یکی از نظریه‌پردازان گروه سوم است که در زمینه خانواده‌درمانی گام‌های مؤثری برداشته، خانواده‌درمانی ساختاری بر پایه تجربیات وی و همکارانش شکل گرفته است. ایده اصلی خانواده‌درمانی ساختاری این است که نشانه مرضی فرد هنگامی که در بافت الگوهای تعاملی خانواده ارزیابی شود، بهتر قابل درک و شناخت است (تامپسون و رادلف، ۲۰۰۲). الگوهای ارتباطی اصلی در طول تعاملات خانواده آشکار می‌شوند. ویژگی عمده درمان در این مدل تأکید بر این‌جا و اکنون است. درمانگران خانواده‌درمانی ساختاری از درون سیستم خانواده در پی ایجاد تغییر و رشد و بهبود روابط خانواده هستند. در خانواده‌درمانی ساختاری از طریق به اجرا در آوردن الگوهای تعامل خانواده در جلسه درمان، یکی از فنون ویژه و کمک‌های منحصر به فرد خانواده‌درمانی ارائه می‌شود. عناصر بنیادین این مدل به‌طور یکپارچه و مستحکم در خانواده‌درمانی ساختاری معاصر حفظ شده و تداوم پیدا کرده است. با وجود این هم‌چون سایر زمینه‌های خانواده‌درمانی و درمان کودکان، تحت تأثیر پیشرفت‌هایی در نظریه و تحقیق از رشته‌های بسیاری قرار گرفته است. این مدل در جهت تکامل نسبت به ۳۰ سال گذشته توسعه قابل توجهی داشته است. مدل خانواده‌درمانی ساختاری بین درمان‌ران به جهت مؤثر و روشن بودن مفاهیم و بهره‌مندی از ایده‌های جدید و پیشرفت‌های پژوهشی در طول زمان، شهرت بیشتری کسب کرده و تداوم پیدا کرده است (واینی و گلدبرگ^{۱۰}، ۲۰۰۲).

آخرین تجدیدنظرها در نظریه خانواده‌درمانی ساختاری نشان می‌دهد که در سه مورد، تغییرات عمده‌ای در عمل و نظر پیدا شده است: اول: در جمع‌آوری و تنظیم اطلاعات مورد نیاز برای

تصمیم‌گیری در زمینه هدف‌گزینی، طراحی و به اجرا در آوردن درمان، توسعه معنی‌داری پیدا کرده است. اطلاعات با توجه به زیست‌شناسی فردی، رشد عاطفی و فرآیندهای روان‌شناسانه جمع‌آوری شده، همچنین اطلاعاتی راجع به فرآیند تحول خانواده و سیستم‌های بزرگ‌تر کسب می‌شود. دوم: وضعیت ارتباطی کودک - خانواده - درمانگر در جهت همکاری و مشارکت بیشتر تغییر جهت داده است. هم‌چون بسیاری از مدل‌های کلاسیک خانواده‌درمانی، در خانواده‌درمانی ساختاری نیز بر تخصص درمانگر در سازمان دادن به یک وضعیت سلسله مراتبی روشن در برابر خانواده تأکید می‌شود. امروزه، درمانگران ساختاری مستقیماً به شناسایی و بهره‌گیری از مهارت‌های مورد توجه و منابع خانواده، کودک و نوجوان و دیگر افراد درگیر یآوری، می‌پردازند. خانواده‌ها و کودک یا نوجوان کاملاً درگیر یآوری در طراحی، تشخیص، درمان و ارزیابی نتایج درمان می‌شوند (راپی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۰). سوم: هیجان‌ات و رشد عاطفی در خانواده توجه روزافزونی پیدا کرده است. توجه ویژه‌ای به سبک‌های خانواده در تنظیم یا ابراز حالات عاطفی قوی بین اعضای خانواده (سازمان‌دهی عاطفی خانواده) و تجارب درونی و ذهنی اعضای خانواده و دلبستگی به هم (نزدیکی عاطفی) اختصاص یافته است (گلدنبرگ و گلدنبرگ^{۱۲}، ۲۰۰۴).

امروزه بخش اعظم کاردرمانی وقف مشخص ساختن مهارت‌های مهم عاطفی - اجتماعی^{۱۳} شده است. فرآیندهای درونی و نقاط عطف رشدی، تحول قابل توجهی پیدا کرده‌اند. اقدامات ویژه والدین یا فرآیندهای خانواده که موجب ارتقا، بهبود یا جلوگیری از رشد و تحول کودکان می‌شود، مورد توجه قرار گرفته‌اند. تأکید بر رشد و توسعه عاطفی - اجتماعی - فردی کودک مستلزم سطح وسیعی از اهداف درمانی است. گستره فعلی اهداف خانواده‌درمانی ساختاری شامل: حل مشکلات فعلی و حذف چرخه‌های منفی تعامل، تغییر مسیرهای رشدی در جهت شایستگی و کفایت بیشتر برای خودتنظیمی^{۱۴} و کفایت عاطفی اجتماعی، توانمند ساختن خانواده برای سازمان‌دهی و برقراری روابط از نظر عاطفی به‌گونه‌ای که رشد و ارتقا در تعامل با دیگران حاصل شود، توانمندسازی سیستم‌های اجتماعی مربوط برای سازمان‌دهی به طریقی که کوشش‌های خانواده در جهت ایجاد رشد و بهبود در بافت اجتماعی پرورش یابد، می‌شود (واینی و گلدبرگ، ۲۰۰۲).

یکی از وسیع‌ترین پژوهش‌ها در مورد ارزیابی اثر خانواده‌درمانی ساختاری در درمان اختلالات رفتاری کودکان، توسط اسزاپوکنیک^{۱۵} و همکاران (۱۹۹۰) با حمایت انستیتو ملی بهداشت روان آمریکا انجام شد. یافته‌های تحقیق که از سال ۱۹۸۱ تا ۱۹۸۶ به طول انجامید حاکی از اثربخشی بیشتر خانواده‌درمانی در مقایسه با درمان انفرادی کودک از نظر حفظ یکپارچگی خانواده در درازمدت بود.

در یک مطالعه فراتحلیلی (متا‌آنالیز)، ۲۰۰ بررسی مورد مطالعه قرار گرفت. در این بررسی‌ها خانواده‌درمانی ساختاری مؤثرتر از بدون درمان و درمان‌های جایگزین گزارش شد (آلن کر، ۲۰۰۱).

در سال ۱۹۸۳، سارگنت^{۱۶} پژوهشی برای بررسی اثربخشی رویکرد خانواده‌درمانی ساختاری در درمان اختلالات روان‌تنی در مرکز راهنمایی کودک فیلادلفیا انجام داد. نتایج درمان بسیار موفقیت‌آمیز گزارش شد (واینی و گلدبرگ، ۲۰۰۲).

یافته‌های مطالعه‌ای توسط گلدبرگ و همکاران (۱۹۹۸)، که ۷ سال به طول انجامید، نشان داد که خانواده‌درمانی ساختاری تأثیر معنی‌داری در کاهش عوامل خاصی داشته و تغییرات مثبت معنی‌داری در عملکرد خانواده، کودک و نوجوان و همچنین عملکرد روان‌اجتماعی مشاهده شد. پی‌گیری یک‌سال بعد حفظ نتایج درمان را نشان داد (منبع قبلی).

سابقه کارهای پژوهشی در مورد خانواده‌درمانی در ایران بیش از یک‌دهه قدمت ندارد. اکثر تحقیقات در مورد رابطه زناشویی و عوامل متعدد در این رابطه است.

نتایج پژوهش عامری (۱۳۸۱)، با عنوان بررسی تأثیر مداخلات خانواده‌درمانی راهبردی در اختلالات زناشویی نشان داد که مداخلات خانواده‌درمانی راهبردی نه تنها منجر به افزایش رضایت زناشویی در بین گروه آزمایش شده، بلکه تعارضات بین فردی آنان را نیز کاهش داده است. این مداخلات در زنان مؤثرتر بود. همچنین نتایج پژوهش حاکی از این بود که این مداخلات روی مشکلات ارتباطی نسبت به سایر مؤلفه‌های اختلاف تأثیر بیشتری دارد.

روش

پژوهش حاضر در قالب یک طرح تحقیقی آمیخته، با روش تحقیق شبه‌تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و اندازه‌گیری مکرر اجرا شد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش خانواده‌های دارای اختلال عملکرد و فرزند مبتلا به اختلال اضطراب جدایی بودند. نمونه‌های بالینی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از این منابع انتخاب شدند: خانواده‌های کودکانی که از طریق اجرای مقیاس اضطراب کودکان اسپنس در مدارس ابتدایی شناسایی شدند؛ خانواده‌های ارجاع‌شده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش؛ مراجعین به کلینیک سلامت خانواده دانشگاه شاهد.

کلیه کودکان انتخاب شده به‌طور تصادفی در چهار گروه تقسیم‌بندی شدند. گروه‌های آزمایش موافقت کردند که در ۱۰ جلسه به‌طور خانوادگی در جلسات خانواده‌درمانی شرکت کنند. از میان ۶۰ نفر دعوت‌شدگان لیست نهایی، مجموعاً ۴۹ خانواده برای درمان مراجعه کردند که ۲۰ خانواده بعد از همسان‌سازی در گروه کنترل و ۲۰ خانواده دیگر در گروه آزمایش قرار گرفتند. خانواده‌ها از نظر میزان تحصیلات در ۲ گروه با تحصیلات بالاتر از دیپلم و پایین‌تر از آن بودند. میزان تحصیلات

گستره‌ای از دیپلم تا فوق‌لیسانس را شامل می‌شد. از ۲۰ خانواده منتخب برای گروه کنترل ۲ خانواده به دلایل مختلف از مرحله بعد از درمان گروه آزمایش حاضر به ادامه همکاری نشده و نهایتاً ۱۸ خانواده در تمام مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری شرکت نمودند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲ تعداد نمونه‌ها

گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه‌ها نمونه نهایی
۲۰	۱۸	۳۸

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ: این پرسشنامه به‌عنوان یک ابزار تحقیق معتبر در تحقیقات متعدد برای بررسی میزان و عوامل رضایت زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است. شامل مؤلفه‌های مختلفی از جمله: رضایت زناشویی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، روابط جنسی، فرزندان و فرزندپروری، ارتباط با خانواده و دوستان و... می‌شود. ضریب پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل مشمول حداکثر ۰/۹ و حداقل ۰/۴۸ گزارش شده است و پایایی بازآزمایی پرسشنامه در فاصله ۴ هفته بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ بوده است (ثنایی، ۱۳۸۱).

پرسشنامه عملکرد خانواده: برای بررسی ساختار خانواده (وضعیت مرزها، نحوه انجام وظایف زیرمنظومه‌های خانواده، وضعیت نقش‌های خانواده و ...)، وجود تعارضات زوجین، والدین و احیاناً وجود مثلث‌هایی برای بیراهه بردن آن تعارضات، نیز نوع ساختار خانواده (به‌هم تنیده یا از هم گسسته) و ارزیابی تأثیر مداخلات درمانی در موارد فوق پرسشنامه‌ای توسط پژوهشگر طراحی گردید.

فرم اولیه پرسشنامه شامل ۶۰ سؤال بود که توسط ۵ نفر از اساتید روان‌شناسی روایی صوری آن تأیید و فرم نهایی با ۳۵ سؤال تهیه شد. این پرسشنامه به ارزیابی این موارد می‌پردازد: وضعیت ساختار خانواده (به‌هم تنیدگی^{۱۷} و از هم گسستگی^{۱۸})، عملکرد زیرمنظومه‌های خانواده (زناشویی، والدینی و فرزندان)، قواعد خانواده، نقش‌های اعضای خانواده و مرزهای خانواده.

با توجه به این‌که در این پژوهش ۵ ابزار مختلف به‌کار رفت، مراحل گسترده و پیچیده هنجاریابی برای ابزارهای اصلی انجام و برای پرسشنامه عملکرد خانواده که به‌عنوان ابزار فرعی استفاده شده، نقش تکمیلی داشت، صرفاً محاسبه روایی صوری مدنظر قرار گرفته و از محاسبات بیشتر صرف‌نظر شد.

مصاحبه بالینی: علاوه بر ابزارهای فوق، از مصاحبه بالینی جهت بررسی موارد ارزیابی پرسشنامه‌های انریچ و عملکرد خانواده استفاده شد. در صورتی که نتایج ابزارهای فوق در مصاحبه بالینی تأیید می‌شد افراد برای جایگزینی در گروه کنترل یا آزمایشی انتخاب می‌شدند.

شیوه اجرا

نمونه‌های گروه آزمایش در ۹ جلسه خانواده‌درمانی و یک جلسه پی‌گیری (جمعاً ۱۰ جلسه) شرکت نمودند. نحوه اجرای جلسات درمان براساس طرح‌درمانی (مداخله) شامل این مراحل می‌شد: بیان و تعریف مشکل، شناسایی تظاهرات رفتاری اختلال در مصاحبه بالینی از خانواده، تعیین هدف کلی درمان و اهداف جزئی مبنی بر رفع تعارضات والدین و درمان علائم، شناسایی موانع درمانی، مداخلات کلی و جزئی، مشخص کردن اشخاص مسئول انجام و اجرای اهداف و تکالیف هر کس در طی هفته، مشخص کردن تاریخ واقعی و تاریخ انجام مداخلات و این‌که در چند جلسه و با چه فاصله زمانی انجام شود، مرحله ارزیابی و میزان دستیابی اهداف درمان و مداخلات، افراد مسئول و درگیر درمان.

لازم به ذکر است که اهداف درمان در طی ۸ جلسه در مورد ۳ خانواده تحقق پیدا کرد. به این ترتیب ۱۷ خانواده پس از پایان جلسه نهم و ۳ خانواده پس از پایان جلسه هشتم پرسشنامه‌های پس‌آزمون را تکمیل نمودند. در شش هفته خانواده‌ها مجدداً برای جلسه پی‌گیری (جلسه دهم) مراجعه نمودند. در پایان جلسه دهم اطلاعات هر خانواده شامل پرسشنامه‌های رضایت زناشویی انریچ و ۳ پرسشنامه عملکرد خانواده اجرا شده در سه مرحله قبل و بعد از درمان و پی‌گیری، جهت تحلیل نهایی وارد رایانه شد.

به‌منظور افزایش دقت ارزیابی پرسشنامه‌های رضایت زناشویی انریچ و عملکرد خانواده در کلیه مراحل (قبل و بعد از درمان و پی‌گیری) به‌صورت مجزا توسط پدر و مادر تکمیل شد. سپس با استفاده از رایانه میانگین این نمرات تعیین شد.

پس از اجرای پیش‌آزمون‌ها، مداخله فقط بر روی ۲ گروه آزمایشی اجرا گردید و گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار برای درمان قرار گرفت.

یافته‌ها

جدول شماره ۳ داده‌های توصیفی مربوط به پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳ شاخص‌های آمار توصیفی پرسشنامه انریچ

تعداد نمونه (N)	شاخص		گروه	مرحله مداخله
	انحراف استاندارد	میانگین		
۱۰	۲۷/۸۲	۱۳۷/۷۰	کم‌سواد - آزمایشی	قبل از درمان
۱۰	۳۰/۱۷	۱۳۴/۶۰	باسواد - آزمایشی	
۹	۱۷/۱۸	۱۳۹/۶۷	کم‌سواد - کنترل	
۹	۱۳/۶۲	۱۴۲/۳۳	باسواد - کنترل	
۱۰	۱۹/۰۰	۱۷۵/۲۰	کم‌سواد - آزمایشی	بعد از درمان
۱۰	۱۳/۹۶	۱۷۹/۱۰	باسواد - آزمایشی	
۹	۱۵/۷۲	۱۳۵/۴۴	کم‌سواد - کنترل	
۹	۱۶/۴۶	۱۳۸/۵۶	باسواد - کنترل	
۱۰	۱۵/۷۰	۱۷۳/۶۰	کم‌سواد - آزمایشی	پی‌گیری
۱۰	۱۱/۵۰	۱۸۱/۳۰	باسواد - آزمایشی	
۹	۱۵/۱۰	۱۳۱/۱۱	کم‌سواد - کنترل	
۹	۱۶/۱۴	۱۴۱/۸۹	باسواد - کنترل	

همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین رضایت زناشویی از ۱۳۷/۷۰ و ۱۳۴/۶۰ به ترتیب برای گروه‌های کم‌سواد و باسواد آزمایشی به ۱۷۵/۲۰ و ۱۷۹/۱۰ افزایش پیدا کرد. این شاخص برای گروه کنترل تقریباً در حد یکسانی باقی مانده، تغییرات محسوسی را نشان نمی‌دهد. میانگین مرحله پی‌گیری در گروه‌های آزمایشی می‌تواند بیانگر ادامه روند مثبت درمان باشد. نگاهی اجمالی به داده‌های جدول در مرحله پی‌گیری نکات قابل توجه‌ای را نشان می‌دهد: در گروه آزمایشی باسواد میانگین مرحله پی‌گیری از مرحله بعد از درمان نیز میزان بیشتری را نشان می‌دهد. علی‌رغم افزایش میانگین رضایت زناشویی در گروه آزمایشی کم‌سواد در مرحله بعد از درمان، افت مختصری در مرحله پی‌گیری مشاهده می‌شود. مقادیر میانگین مرحله پی‌گیری برای گروه‌های کنترل جهت‌گیری خاصی را نشان نمی‌دهد.

جدول شماره ۴ شاخص‌های آمار توصیفی پرسشنامه عملکرد خانواده

تعداد نمونه (N)	شاخص		گروه	مرحله مداخله
	انحراف استاندارد	میانگین		
۱۰	۱۵/۹۲	۷۹/۹۰	کم‌سواد - آزمایشی	قبل از درمان
۱۰	۱۷/۴۷	۷۶/۳۰	باسواد - آزمایشی	
۹	۱۰/۷۴	۷۹/۶۷	کم‌سواد - کنترل	
۹	۸/۳۶	۸۱/۷۸	باسواد - کنترل	
۱۰	۱۱/۳۵	۱۰۴/۵۰	کم‌سواد - آزمایشی	بعد از درمان
۱۰	۷/۹۰	۱۰۷/۰۰	باسواد - آزمایشی	
۹	۹/۴۲	۸۰/۵۶	کم‌سواد - کنترل	
۹	۹/۷۵	۸۲/۴۴	باسواد - کنترل	
۱۰	۹/۴۸	۱۰۳/۴۰	کم‌سواد - آزمایشی	پی‌گیری
۱۰	۶/۶۷	۱۰۷/۹۰	باسواد - آزمایشی	
۹	۹/۲۱	۷۸/۱۱	کم‌سواد - کنترل	
۹	۹/۶۶	۸۴/۴۴	باسواد - کنترل	

در جدول شماره ۴ داده‌های توصیفی مربوط به پرسشنامه عملکرد خانواده نشان داده شده است. میانگین بهبود عملکرد خانواده از ۷۹/۹۰ و ۷۶/۳۰ در مرحله قبل از درمان به ترتیب برای گروه‌های کم‌سواد و باسواد آزمایشی به ۱۰۴/۵۰ و ۱۰۷/۰۰ در مرحله بعد از درمان افزایش و به میزان ۱۰۳/۴۰ و ۱۰۷/۹۰ در مرحله پی‌گیری تغییر یافت. این نتیجه کاملاً مشابه پرسشنامه انریچ است. در مورد گروه کنترل شاخص میانگین این گروه نیز مشابه پرسشنامه انریچ، جهت‌گیری خاصی ملاحظه نمی‌شود.

جدول شماره ۵- آزمون اثرات بین گروه‌های آزمودنی - انریچ

معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات نوع سوم	
۰/۰۰۰	۳۵۱۱/۴۰۶	۲۵۸۷۸۲۳/۸۸۲	۱	۲۵۸۷۸۲۳/۸۸۲	تعامل
۰/۰۰۰	۸/۵۴۵	۶۲۹۷/۲۴۸	۳	۱۸۸۹۱/۷۴۴	گروه‌های آزمودنی
		۷۳۶/۹۷۷	۳۴	۲۵۰۵۷/۲۰۴	خطا

یافته‌های استنباطی پژوهش شامل مقایسه میانگین‌ها از طریق روش تکرار سنجش و آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه معنی‌داری تفاوت‌های نمرات مقیاس‌های پرسشنامه انریچ و پرسشنامه عملکرد خانواده، در جداول شماره ۵ الی ۸ ارائه شده است.

همان‌گونه که در جداول شماره ۵ و ۷ (به ترتیب برای پرسشنامه‌های انریچ و عملکرد خانواده) مشاهده می‌شود، تعامل بین گروه‌های آزمودنی و متغیر آزمایشی در سطح ($p < 0/001$) و تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل نیز در سطح ($p < 0/001$) معنی‌دار می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین گروه‌های آزمایش و کنترل به دلیل اعمال متغیر آزمایشی (مستقل) تفاوت معنی‌داری ایجاد شده است.

جدول شماره ۶ مقایسه‌های چندگانه (Tukey) انریچ

شاخص			گروه با گروه	
معناداری	خطای استاندارد	اختلاف میانگین		
۰/۹۷۷	۷/۰۱	-۲/۸۳	کم‌سواد - آزمایشی	کم‌سواد آزمایشی
۰/۰۰۴	۷/۲۰	۲۶/۷۶	کم‌سواد - کنترل	
۰/۰۲۸	۷/۲۰	۲۱/۲۴	باسواد - کنترل	
۰/۹۷۷	۷/۰۱	۲/۸۳	کم‌سواد - آزمایشی	باسواد آزمایشی
۰/۰۰۱	۷/۲۰	۲۹/۵۹	کم‌سواد - کنترل	
۰/۰۱۰	۷/۲۰	۲۴/۰۷	باسواد - کنترل	
۰/۰۰۴	۷/۲۰	-۲۶/۷۶	کم‌سواد - آزمایشی	کم‌سواد کنترل
۰/۰۰۱	۷/۲۰	-۲۹/۵۹	باسواد - آزمایشی	
۰/۸۷۷	۷/۳۹	-۵/۵۲	باسواد - کنترل	
۰/۰۲۸	۷/۲۰	-۲۱/۲۴	کم‌سواد - آزمایشی	باسواد کنترل
۰/۰۱۰	۷/۲۰	-۲۴/۰۷	باسواد - آزمایشی	
۰/۸۷۷	۷/۳۹	۵/۵۲	کم‌سواد - کنترل	

جدول شماره ۶ نشان می‌دهد بین میانگین گروه آزمایشی کم‌سواد با گروه آزمایشی باسواد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این نتیجه در مورد مقایسه بالعکس (باسواد آزمایشی با کم‌سواد آزمایشی) نیز مشاهده می‌شود. بنابراین تفاوتی بین اثربخشی رویکرد خانواده‌درمانی ساختاری در دو گروه با درجات تحصیلی مختلف مشاهده نشده، در نتیجه اثربخشی این رویکرد در افزایش میزان رضایت زناشویی آزمودنی‌ها یکسان است.

در مقایسه گروه آزمایشی باسواد با دو گروه کنترل تفاوت معنی‌دار در سطح ($p < 0.001$) مشاهده شده و اثربخشی مثبت رویکرد فوق در افزایش رضایت زناشویی تأیید می‌شود.

جدول شماره ۷ آزمون اثرات بین گروه‌های آزمودنی پرسشنامه عملکرد خانواده

معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات نوع سوم	
۰/۰۰۰	۳۴۰۵/۸۸۴	۸۹۷۱۲۳/۱۵۸	۱	۸۹۷۱۲۳/۱۵۸	تعامل
۰/۰۰۰	۸/۶۸۳	۲۲۸۷/۱۸۰	۳	۶۸۶۱/۵۳۹	گروه‌های آزمودنی
		۲۳۶/۴۰۴	۳۴	۸۹۵۵/۷۳۳	خطا

جدول شماره ۸ مقایسه‌های چندگانه (Tukey) پرسشنامه عملکرد خانواده

معناداری	شاخص		گروه با گروه
	خطای استاندارد	اختلاف میانگین	
۰/۹۹۳	۴/۱۹	۱/۱۳	باسواد - آزمایشی
۰/۰۰۳	۴/۳۱	۱۶/۴۹	کم‌سواد - کنترل
۰/۰۲۳	۴/۳۱	۱۳/۰۴	باسواد - کنترل
۰/۹۹۳	۴/۱۹	۱/۱۳	کم‌سواد - آزمایشی
۰/۰۰۱	۴/۳۱	۱۷/۶۲	کم‌سواد - کنترل
۰/۰۱۲	۴/۳۱	۱۴/۱۸	باسواد - کنترل
۰/۰۰۳	۴/۳۱	-۱۶/۴۹	کم‌سواد - آزمایشی
۰/۰۰۱	۴/۳۱	-۱۷/۶۲	باسواد - آزمایشی
۰/۸۶۳	۴/۴۲	-۳/۴۴	باسواد - کنترل
۰/۰۲۳	۴/۳۱	-۱۳/۰۴	کم‌سواد - آزمایشی
۰/۰۱۲	۴/۳۱	-۱۴/۱۸	باسواد - آزمایشی
۰/۸۶۳	۴/۴۲	۳/۴۴	کم‌سواد - کنترل

هم‌چنین جدول شماره ۸ (نتایج آزمون توکی) نشان می‌دهد بین میانگین گروه آزمایشی کم‌سواد با گروه آزمایشی باسواد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این نتیجه در مورد مقایسه بالعکس (باسواد

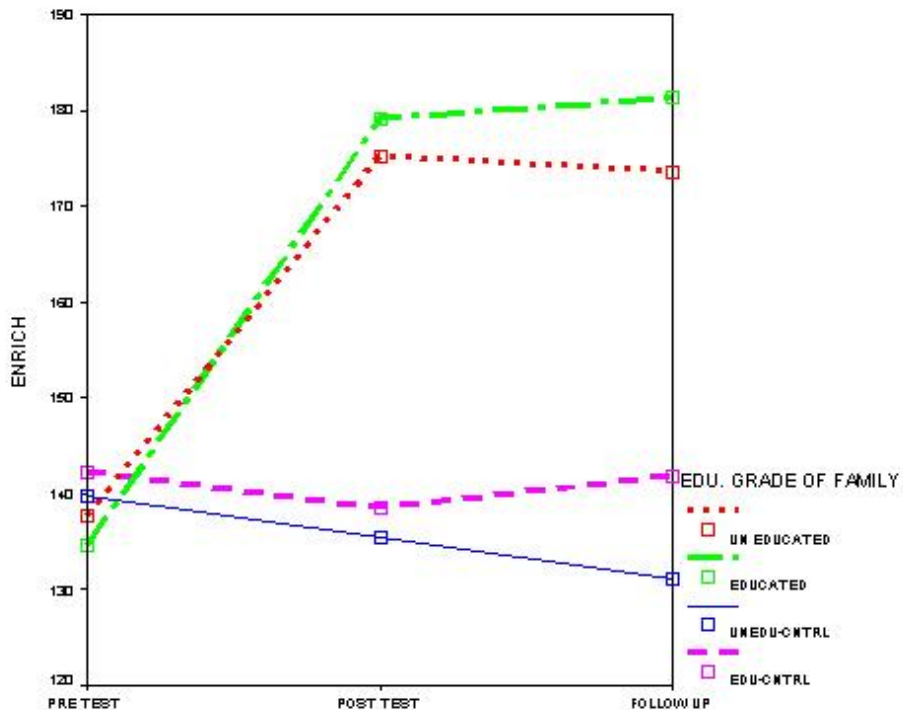
آزمایشی با کم‌سواد آزمایشی) نیز مشاهده می‌شود. بنابراین تفاوتی بین اثربخشی رویکرد خانواده‌درمانی ساختاری در دو گروه با درجات تحصیلی مختلف مشاهده نشده، نتیجه گرفته می‌شود که اثربخشی این رویکرد در بهبود عملکرد خانواده یکسان بوده است.

در مقایسه گروه آزمایشی کم‌سواد با دو گروه کنترل تفاوت در سطح ($p < 0/05$) معنی‌دار بوده و اثربخشی مثبت رویکرد فوق در بهبود عملکرد خانواده تأیید شد.

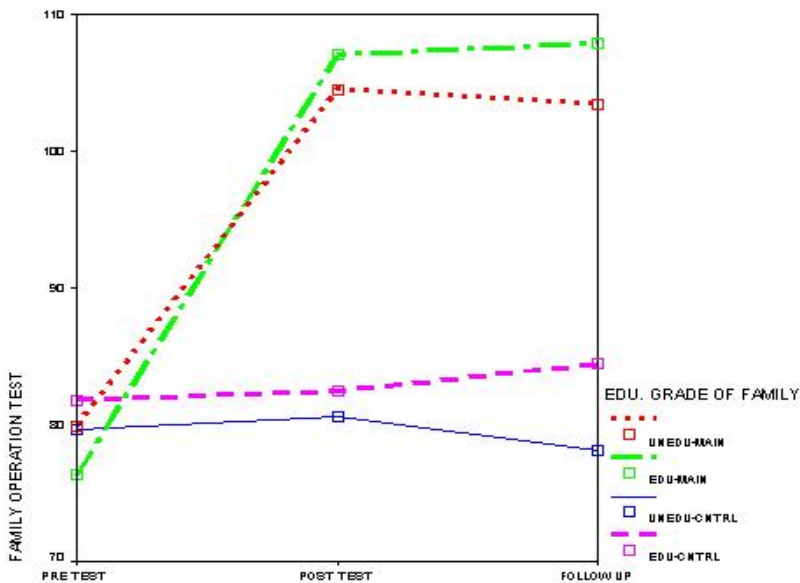
همچنین در مقایسه گروه آزمایشی باسواد، دو گروه کنترل نیز در سطح ($p < 0/01$) معنی‌دار بوده و نتیجه گرفته می‌شود که رویکرد خانواده‌درمانی ساختاری در بهبود عملکرد خانواده مؤثر می‌باشد.

نمودارهای ۱ و ۲ نتایج آزمون توکی را برای گروه‌های مختلف آزمودنی به ترتیب برای نتایج بدست آمده از پرسشنامه‌های انریچ و عملکرد خانواده را نشان می‌دهد.

نمودار شماره ۱ نتایج آزمون توکی برای پرسشنامه انریچ



نمودار شماره ۲ نتایج آزمون توکی برای پرسشنامه عملکرد خانواده



بحث

در تبیین یافته‌های پژوهش در رابطه با اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری در افزایش میزان رضایت زناشویی می‌توان به دو نکته اشاره کرد. در نظام خانواده‌درمانی ساختاری از یک‌طرف با ارائه تکالیف عملی در جلسات و از طرف دیگر با آموزش روش‌های مؤثر در حل تعارضات زناشویی زمینه افزایش رضامندی روابط زناشویی و موجبات تقویت زیرمنظومه زناشویی فراهم می‌گردد. دو وظیفه مهم زیرمنظومه زناشویی که در رویکرد ساختاری عنوان شده‌اند، ارضای نیازهای یکدیگر (زن و شوهر) و حمایت روانی - اجتماعی از هم می‌باشد. در صورت بی‌توجهی به انجام هر یک از این وظایف، زمینه بروز تعارضات و عدم رضایت زناشویی بیشتر می‌شود. بنابراین با دادن تکالیفی به زوجین در مورد توجه به یکدیگر و رفع نیازهای متقابل، رضایت از روابط زناشویی فراهم می‌شود. همچنین در بعضی مواقع وظیفه دوم یعنی حمایت روانی - اجتماعی اهمیت پیدا می‌کند که با مفهوم مرز نیز ارتباط دارد. در نتیجه حمایت زن و شوهر (زیرمنظومه زناشویی) از هم‌دیگر در مقابل زیرمنظومه‌های دیگر سبب افزایش رضایت زناشویی می‌گردد. در این پژوهش به زوجین کمک شد تا هم‌زمان با آشکار ساختن تعارضات موجود، امکان حل و فصل تضادهای موجد تعارضات نیز فراهم گردد و عملاً روش درست حل تعارضات را آموخته به کار گیرند. نتایج پی‌گیری نیز حاکی از تداوم روند مثبت درمان با استفاده از روش‌های مذکور بود.

یافته‌های پژوهش در مورد تأثیر خانواده‌درمانی ساختاری در بهبود عملکرد کلی خانواده با پژوهش مینوچین (ثنایی، ۱۳۷۳) هم‌خوانی دارد. در پژوهش مینوچین به‌کارگیری این شیوه سبب بهبود انعطاف‌پذیری در تعاملات و فرآیند ارتباطات اعضای خانواده شده بود.

نتیجه پژوهش حاضر از نتایج پژوهش استانتون و شادیش^{۱۹} (۱۹۹۷) نیز حمایت می‌کند. نتایج پژوهش، که برای درمان خانواده معتادین اجرا شده بود، حاکی از کاهش نشانگان بیمار معلوم (معتاد) و ایجاد تغییرات معنی‌دار در بافت کلی خانواده و نتایج پی‌گیری ۱۲ ماهه نیز بیانگر حفظ تغییرات بوده است. یافته این پژوهش با نتایج پژوهش گریف و درشلر (۱۹۹۷) نیز هماهنگ است. پژوهش مذکور در بهبود عملکرد خانواده، به‌ویژه در ایجاد نقش‌های والدینی سازگارتر در خانواده‌های معتادان به هرئین تأثیر داشته است (آلن‌کر، ۲۰۰۱).

نتیجه این پژوهش از نتایج پژوهش بارکلی^{۲۰} و همکاران (۱۹۹۲) که نشانگر موفقیت خانواده‌درمانی ساختاری در ایجاد تغییرات معنی‌دار در خانواده‌های کودکان مبتلا به ADHD بوده است، حمایت می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان به مجموعه تغییرات ساختاری که با اجرای مداخلات درمانی در سیستم خانواده رخ می‌دهد اشاره کرد. بدین صورت که درمانگر با توجه ویژه به فرد فرد اعضای خانواده به سیناپس‌های ارتباطی و انجام وظایف زیرمنظومه‌های آن می‌پردازد. این مداخلات درمانی سبب تسریع تغییرات در خانواده شده و با ایجاد دگرگونی در ساخت خانواده، تغییراتی در موضع اعضای خانواده در مقابل یکدیگر می‌دهد که سبب تغییر انتظارات آن‌ها از یکدیگر می‌شود. خانواده‌درمانگر ساختاری علاوه بر دادن تکالیفی در جلسه درمان به زن و شوهر در زیرمنظومه زناشویی برای ایجاد تغییرات لازم، به آن‌ها در مورد وظایف متقابل شناخت‌هایی را می‌دهد (مینوچین، ۱۹۸۴).

مداخلات خانواده‌درمانی ساختاری به ایجاد تغییر در انجام تکالیف در هر کدام از زیرمنظومه‌های خانواده از یک‌سو و اصلاح وضعیت مرزهای خانواده از طرف دیگر می‌پردازد. اصلاح وضعیت مرزهای خانواده به‌نحوی انجام می‌شود که علاوه بر تبادل اطلاعات و احساسات، هویت فردی هر یک از اعضای خانواده در موضع زوجین، والدین و کودک نیز حفظ گردد. درمانگر در مراحل پایانی درمان تغییر ایجاد شده در سازمان و قواعد خانواده و تلاش والدین برای وضع قوانین منعطف و مناسب برای رفتار فرزندان را ارزیابی می‌کند و در صورت وجود ائتلافی بین اعضای خانواده (انواع مثلث‌ها) از فنون متعدد برای برهم زدن ائتلاف‌ها بهره می‌گیرد. در مجموع می‌توان گفت تغییرات حاصله در عملکرد خانواده در اثر مداخلات بازسازی، از قبیل مرزسازی، تقویت زیرمنظومه زناشویی، تقویت زیرمنظومه والدینی و فرزندان بدست می‌آید. همچنین آموزش به والدین برای ایجاد قواعدی متناسب با چرخه زندگی خانواده نظم و انسجام خوبی را در خانواده به‌وجود می‌آورد. در نهایت مداخلات و آموزش‌ها با ایجاد ساختاری که در آن والدین در رأس هرم خانواده بوده و فرزندان نیز نقش‌های مربوط به خود را ایفا می‌نمایند و با تقویت اقتدار والدین جهت کنترل، نظارت و راهنمایی فرزندان، تغییرات عملکردی در خانواده به‌وجود می‌آید.

یادداشت‌ها

1. Social Systems
2. Donovan
3. Adjustment Problem
4. Thompson & Rudolph
5. Alan Carr
6. Problem-maintaining behavior
7. Problem related belief systems and narratives
8. Historical, contextual and constitutional predisposing factors
9. Minuchin
10. Vainy & Goldberg
11. Rapee
12. Goldenberg & Goldenberg
13. Social - Emotional skills
14. Self Regulation
15. Szapocznik
16. Sargent
17. Disengaged Family
18. Enmeshed Family
19. Stanton & Shadish
20. Barkley

منابع

ثنایی‌ذاکر، باقر (۱۳۸۱). مقیاس‌های سنجش خانواده، تهران: انتشارات بعثت.
عامری، فریده (۱۳۸۱). بررسی تأثیر مداخلات خانواده‌درمانی راهبردی در اختلافات زناشویی، پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
کارلسون، جان؛ اسپری، لن؛ لوپیس، لوپیس (۱۳۷۸). خانواده‌درمانی تضمین کارآمد، ترجمه شکوه نوابی‌نژاد، تهران: انجمن اولیاء و مربیان.
مینوچین، سالوادور (۱۳۷۳). خانواده و خانواده‌درمانی، ترجمه باقر‌ثنایی‌ذاکر، تهران: انتشارات امیرکبیر.

- Alan, Carr. (2001). "Family Therapy, Concept, Process and Practice", University Dublin: John Wiley & Sons Ltd. New York.
- Barkley, G. and Associate, (1992). "A Comparison of Three Family Therapy Programs for Treating Family Conflicts in Adolescents with ADHD", Journal of Consulting And clinical Psychology, Vol. 60, pp450-462.
- Donovan, J. M. (1999). "Short-Term Couple Therapy", The Guilford Press-A Division of Gilford Publication.
- Goldenberg, I. & Goldenberg H. (2004). (5th Ed). "Family Therapy", Peacock Publishers.
- Minuchin, S. (1984). "Family Kaleidoscope", Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Rapee, R. M.; Carolyn, A; Schniering, Jennifer, L. Hudson. (2000). "Issues in the Diagnosis and Assessment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents", Clinical Psychology Reviews Vol. 20, No 4, pp. 453- 478.
- Sargent, J. M.D. (1983). "The Family and Child Psychosomatic Disorder", Journal of family psychology, Vol. Issue 1 , pp. 41-48.
- Stanton, M. D. & Shadish, W.R. (1997). "Outcome, Attrition and Family Couples Treatment for Drug Abuse: A Meta Analysis and Review of the controlled Comparative Studies", Psychological Bulletin, No. 122, pp. 170-193.
- Szapocznik, J.; Kurtines W.; Santisteban, D.A. & Rio A.t. (1990). "Interplay of Advances Between Teary, Research and Application in Treatment Intervention Aimed at Behavior Problem Children and Adolescents", Journal of counseling and clinical psychology.
- Thompson, C. L.; Rudolph, L. B. (2002). "Counseling Children" (5th Edition), Wadsworth.
- Vainy, J.; Goldberg, B.(2002). "Hand Book of Psychotherapy", Vol. 3, pp. 25-53, New York: John Wiley.

