

اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری بر راهبردهای مقابله‌ای، انسجام و انطباق‌پذیری خانواده در زوجین دارای نارضایتی زناشویی

ابراهیم نامنی* / مریم دهمرده^۲

تاریخ ارسال: ۹۹/۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۹/۶/۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری بر راهبردهای مقابله‌ای، انسجام و انطباق‌پذیری خانواده در زوجین دارای نارضایتی زناشویی شکل گرفت. روش‌شناسی: طرح پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر همراه با طرح پیگیری دو ماهه بود. جامعه پژوهش تمام زوجین دارای نارضایتی زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر زاهدان در سال ۹۸ بودند. ۳۰ زوج به صورت نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ زوج) و کنترل (۱۵ زوج) به صورت تصادفی گمارش شدند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه از پرسشنامه‌های سبک‌های مقابله لازاروس (۱۹۸۸) و مقیاس انطباق‌پذیری و انسجام خانوادگی اولسون (۱۹۹۶) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد خانواده‌درمانی ساختاری بر انطباق‌پذیری و انسجام خانوادگی و راهبرد مقابله مسئله مدار مؤثر است؛ لازم به ذکر است، ماندگاری اثر درمان بعد از دو ماه حفظ شده است ($p < 0.05$). نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که خانواده‌درمانی ساختاری می‌تواند بر انطباق‌پذیری و انسجام خانوادگی و راهبرد مقابله زوجین دارای نارضایتی زناشویی اثرگذار باشد.

کلیدواژه‌ها: خانواده‌درمانی ساختاری، انطباق‌پذیری، انسجام خانوادگی، راهبردهای مقابله‌ای.

a.namami@hsu.ac.ir

۱- *دانشیار مشاوره دانشگاه حکیم سبزواری (نویسنده مسئول).

۲- کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور.

dehmardeh.maryam4420@gmail.com

مقدمه

بررسی و مطالعه خانواده به عنوان عمده ترین نهاد اجتماعی و اولین نظام مؤثر بر نحوه رشد و تحول کودکان و نوجوانان از دیرباز مورد کنکاش محققان بوده است. در نتیجه، برای آنکه از خانواده سالمی برخوردار باشیم باید عوامل مختلفی که در سلامت یک خانواده نقش دارد را بشناسیم و آن را مورد بررسی قرار دهیم (الیوت، ۲۰۱۰). انسجام و انطباق پذیری دو جنبه رفتار زناشویی و خانوادگی است که اساس درک و شناخت فرایندهای خانوادگی و زناشویی هست (وینک، ۲۰۱۰) و به عقیده ی اولسون (۲۰۱۱) از مؤلفه هایی است که سطح سلامت خانواده را نشان می دهد. در همین راستا، قنبری پناه و شریف مصطفی (۲۰۱۹)، در پژوهشی عنوان نمودند که ملاک و معیاری که بر اساس آن می توان کیفیت روابط اعضای خانواده و کارکرد خانواده را مورد ارزیابی قرارداد، میزان انسجام و انطباق پذیری اعضای خانواده است. انسجام خانواده نشانه پیوندهای عاطفی است که اعضای خانواده نسبت به یکدیگر دارند و شامل مؤلفه هایی مانند رابطه عاطفی، تعامل خانوادگی، روابط پدر و مادر، رابطه فرزندان و والدین، نوع دوستی و علائق و نهایتاً، نحوه گذراندن اوقات فراغت است (دی گراف، وان دی شوت، ورتمن، هوک و میوس، ۲۰۱۱) در همین راستا، انطباق پذیری زوجین، به مقدار تغییراتی اشاره می کند که در نقش ها، قوانین و انضباط خانواده وجود دارد. به نظر اولسون، خانواده ای متعادل است که انعطاف پذیری اعضای آن در سطح متوسط باشد (میجوتگ، آنتذر و گریمبوسکی، ۲۰۱۳).

به عبارت دیگر می توان گفت، انسجام، به عنوان یکی از ساختارهای پرنفوذ خانواده، بعد مهمی برای تلاش جهت درک متقابل در میان اعضای خانواده است (حسین خانزاده، عیسی پور، یگانه و محمدی، ۲۰۱۳). خانواده منسجم، توسط جو خانوادگی حمایتی و تفاهم و درک اعضای آن شناخته می شوند که اعضای آن تمایل به درک و کمک برای برطرف

1. Elliott, J

2. Olsen, D.H

۳DeGraaf, H., Van de Schoot, R., Woertman, L., Hawk, S.T., & Meeus, W

۴Mijung, P., Unützer, J, Grembowski, D

کردن نیازها و دغدغه‌های افراد خانواده دارند (نظیر، سیدرا، ملیک، فلک و زارچ، ۲۰۱۲). در همین راستا، عباسی و حمیدی فر (۱۳۹۸) عنوان نمودند انسجام خانوادگی بالا منجر به آن می‌شود تا اعضاء موقعیت‌های زندگی را به صورت چالش‌برانگیز و نه تهدیدکننده تجربه کنند و آمادگی بیشتری برای غلبه بر مشکلات داشته باشند. در واقع جو عاطفی خانوادگی گرم و پذیرنده همچون سپری فرد را در مقابل آسیب‌های روانی محافظت می‌کند و منجر به آن می‌گردد تا اعضاء در هنگام مواجهه با استرس‌ها بهترین راهبرد مقابله‌ای را به کار ببندند. در همین راستا، نتایج مطالعات چاکوو، اوکویی، اونینهو و اوکیونور^۲ (۲۰۱۹) و چراغی و حسن زاده (۱۳۹۰) نشان دادند که بین انسجام خانواده با راهبردهای مقابله‌ای رابطه وجود دارد و انسجام خانواده بر نوع انتخاب سبک‌های مقابله با فشار روانی در فرد اثرگذار است؛ به نحوی که انسجام خانواده نقش مهمی در پیش‌بینی انتخاب شیوه‌های مقابله با استرس دارد و شیوه مسئله مدار بیشتر در افراد با سطح انسجام خانوادگی بالا دیده می‌شود.

در تعریف مقابله، دیدگاه‌ها روی پیوستاری قرار دارد که در دو سوی آن دو قطب متفاوت وجود دارد. مقابله، مجموعه‌ای از فعالیت‌ها و فرایندهای رفتاری و شناختی برای ممانعت، مدیریت و کاهش استرس است. راهبردهای مقابله‌ای، اقداماتی شناختی-رفتاری هستند که توسط فرد برای اداره خواسته‌هایش در موقعیت‌های استرس‌زا و دشوار بکار می‌روند (نورث، نورث و کابلی،^۳ ۲۰۱۵). راهبردهای مقابله‌ای به فرایندی برای مهار ناهماهنگی ادراک شده بین ملزومات و منابع در یک موقعیت استرس‌زا گفته می‌شود (سارافینو،^۴ ۱۹۸۸؛ ترجمه میرزایی و همکاران، ۱۳۹۱). به بیان دیگر مقابله، یک متغیر تعدیل گر مهم در رابطه بین استرس و پیامدهایی همچون، اضطراب و افسردگی به شمار می‌رود، از این رو اگر تلاش‌های مقابله‌ای فرد از نوع مؤثر، کارآمد و سازگارانه باشد، استرس کمتر فشارزا به شمار رفته و واکنش نسبت به آن نیز در راستای کاهش پیامدهای منفی است (کنی،

^۱Nazir, S., Sidra, S., Malik, MS., Falak, S., & Zarqa, A

^۲Chukwu, N., Okoye, U., Onyeneho, N, & Okeibunor, J

^۳North, M.M., North, S.M, & Coble, J.R

^۴Sarafino, E

برووال، پیرسون، فال دیکسون و گاتسون،^۱ (۲۰۱۳). مهارت‌های مقابله‌ای را می‌توان بر اساس عملکرد آن‌ها به دو گروه اصلی مقابله‌های مسئله‌مدار و مقابله‌های هیجان‌مدار، تقسیم‌بندی کرد. مقابله مسئله‌مدار به نظر می‌رسد که سازگارانه‌ترین سبک مقابله باشد و در ارتباط با کاهش پریشانی روانی و اضطراب و افسردگی است (هلیم و صبری،^۲ ۲۰۱۳). مقابله هیجان‌مدار روی کنترل نشانه‌های فشار متمرکز می‌شود که در این سبک از پاسخ‌های هیجانی و مدیریت هیجانات در موقعیت استرس‌زا استفاده می‌شود (فولکمن، لازاروس، گروئن و دلانگیس، ۱۹۸۶).

با مروری بر پژوهش‌های گذشته می‌توان گفت، محققین همواره در تلاش بوده‌اند با رویکردهای مختلف خانواده‌درمانی تا اقداماتی را به منظور افزایش مؤلفه‌های انسجام و انطباق‌پذیری و راهبردهای مقابله‌ای در بین زوجین علی‌الخصوص زوجین دارای مشکلات زناشویی صورت دهند که از این‌بین می‌توان به مطالعاتی همچون اثربخشی آموزش تقویت مقابله زوجی بر سازگاری زناشویی و راهبردهای مقابله‌ای زوجی (عیسی نژاد و علیزاده، ۱۳۹۹) اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر درمان عاطفی بوئن بر کارکردهای تحولی خانواده (کارگر برزی، چوبداری و ثمری صفا، ۱۳۹۸)، اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری بر عملکرد خانواده (رئیس قره درویشلو، قمری کیوی و شیخ‌الاسلامی، ۱۳۹۷) و راهبردهای مقابله با استرس (نامنی، فرازی، گلشن و کشاورز افشار، ۱۳۹۷)، مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر فراهیجان با زوج‌درمانی روایتی بر سازگاری و دل‌زدگی زناشویی زوجین متعارض (فتوحی، مکائیلی، عطادخت و حاجلو، ۱۳۹۷) و اثربخشی آموزش روانی بر اساس الگوی مک مستر و السون در انسجام خانواده معلمان زن (مستوفی سرکاری، قمری و حسینیان، ۱۳۹۸) اشاره کرد.

در طی هرکدام از این پژوهش‌ها، پژوهشگران در تلاش بودند تا با اعمال مداخلات خانواده‌درمانی متغیرهای مؤثر در رضایتمندی زناشویی را در بین زوجین بهبود بخشند. در

^۱Kenne, E., Browall, M., Persson, L.O., Fall- Dickso, J., & Gaston-Johansson, F

^۲Halim, A. M. H., Sabri F

همین راستا باید اشاره نمود که یکی از نظریه‌های مرکزی در درمان نارضایی زناشویی و تعارضات زناشویی، خانواده‌درمانی ساختاری سالوادور مینوچین و همکارانش می‌باشد (رز، ۲۰۱۳). خانواده‌درمانی ساختاری از همان ابتدا بر پایه تجربیات سالوادور مینوچین و همکارانش در مدرسه ویلت ویک که مکانی در نیویورک بود که به پسران کلیمی مرکز شهر متعلق به خانواده‌های سطح پایین خدمات ارائه می‌کرد، استوار بود. این رویکرد در کلینیک راهنمایی کودکان فیلادلفیا در دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ صیقل یافت. امروزه موسسه فیلادلفیا در حال تبدیل شدن به یک مرکز بزرگ برای این رویکرد است و این در حالی است که تعداد زیادی از متخصصان آن در زمینه بهداشت روانی فعالیت می‌کنند (مینوچین و فیشمن، ۱۹۸۱^۲؛ ترجمه بهاری و سیا، ۱۳۹۷).

خانواده‌درمانی ساختاری یک رویکرد اساسی در بین نظریه‌های سیستماتیک خانواده می‌باشد که بر ایجاد یک سلسله‌مراتب سازمانی سالم در سیستم خانواده تأکید دارد (ویوار، گرینو، مارکوس، فوسکو، زیمرمن و آندرسون، ۲۰۱۳^۳). مهم‌ترین تکنیک‌های خانواده‌درمانی ساختاری عبارت‌اند از الحاق، تکنیک‌های عدم تعادل، چهارچوب بندی مجدد، نشانه‌گذاری، نامتعادل سازی، مرزسازی و بازسازی (گلادینگ، ۲۰۱۱^۴؛ ترجمه تاجیک و رسولی، ۱۳۹۲). هدف درمان ساختارگرایی، قدرتمند کردن بنیاد ساختاری خانواده با اصلاح الگوهای ناکارآمد برای کارکرد بهتر در مقابله با استرس‌های زندگی می‌باشد (والش، ۲۰۱۴^۵). نظر اصلی خانواده‌درمانی ساختاری این است که نشانه‌های نظری فرد هنگامی که در بافت الگوهای خانواده ارزیابی شوند بهتر قابل درک هستند. قبل از اینکه بتوان از نشانه‌های مرضی خلاص شد، می‌باید در سازمان و ساخت خانواده تغییر صورت بگیرد. این عقیده درباره تأثیر ساخت و تغییر خانواده بر زندگی افراد همچنین تأثیر خودش را در کار بسیاری از خانواده درمانگران معاصر حتی کسانی که بیرون از جهت‌گیری

^۱ Rhoes, P

^۲ Fishman

^۳ Weaver, A., Greeno, C., Marcus, S.C., Fusco, R.A., Zimmerman, T & Anderson, C

^۴ Glading, S

^۵ Walsh, F

خانواده‌درمانی ساختی هستند، حفظ کرده است (گلادینگ^۱، ۲۰۱۱؛ ترجمه تاجیک و رسولی، ۱۳۹۲).

مینوچین (۲۰۱۳)، عنوان می‌کنند درمانگر ساختاری به مشکلاتی که در سطح هوشیار مراجعان قرار دارد تمرکز می‌کند و بر تغییرات شخصیتی بنیادین تأکید ندارد. در واقع، هدف اصلی این روش اصلاح، پیگیری و آموزش‌هایی است که از طریق آن بتوان بر فرآیندهای بین فردی و راهبردهای حل مسئله تأثیر گذاشت و از این طریق سبب افزایش کیفیت روابط خانوادگی شد. در همین راستا جیمنز، هیدلگو، بینا، لئون و لارنس^۲ (۲۰۱۹)، کلر و بارسا^۳ (۲۰۱۸)، کشاورز افشار، نصرتی، آزاد مرزآبادی، اصلاحی و غلامی (۲۰۱۷)، شیرزادی، شفیع‌آبادی و دوکانه ای فرد (۱۳۹۷) در پژوهش‌های خود نشان دادند که خانواده‌درمانی ساختاری بر کاهش طلاق عاطفی و بهبود کیفیت زندگی و روابط خانوادگی تأثیر بسزایی دارد.

با در نظر گرفتن آنچه تاکنون در خصوص جایگاه خانواده و تأثیر آن بر سلامت فردی و اجتماعی گفته شد و با توجه به اهمیت انسجام و انطباق‌پذیری خانواده بر سلامت خانواده و لزوم دریافت درمان‌های تخصصی جهت ارتقاء مهارت‌های حل مسئله زوجین، لزوم مطالعه و درمان در این حوزه بیش‌ازپیش احساس می‌شود. لازم به ذکر است در پژوهش حاضر اثربخشی رویکرد خانواده‌درمانی ساختاری بر زوجین دارای نارضایتی زناشویی در شهر زاهدان مورد مطالعه قرار گرفت؛ چراکه طبق پیشینه‌ی گردآوری شده از پژوهش‌های طالب و گودرزی (۱۳۸۳)؛ معظمی (۱۳۸۳) و تعاونی (۱۳۹۵)، پدیده‌ی خشونت علیه زنان در استان سیستان و بلوچستان قابلیت افزایش دارد. همچنین، برخی مناطق کشور پذیرش اجتماعی بیشتری برای تغییر نقش زنان از خود نشان داده‌اند و برخی در برابر آن مقاومت بیشتری ابراز کرده‌اند. نتایج به‌دست‌آمده از پیمایش ارزش و نگرش‌های ایرانیان نشان می‌دهد که پذیرش اجتماعی تغییر نقش زنان در زاهدان که قومیت‌های متفاوت فارس و بلوچ در آن ساکن

^۱ Glading, S

^۲ Jiménez, Hidalgo, Baena, León & Lorence

^۳ Keller & Bruce

هستند، کمتر بوده است. به علاوه با وجود بافت اجتماعی سنتی شهر زاهدان که غالباً در چنین جوامعی زن از استقلال کمتری برخوردار است، ساختار اجتماعی مردسالارانه‌ی حاکم بر آن و رواج وابستگی به مواد مخدر در نتیجه‌ی هم‌جوار بودن با کشورهای چون پاکستان و افغانستان، خشونت علیه زنان در محیط خانواده و اجتماع رواجی نگران‌کننده دارد که متعاقب آن انسجام ساختار خانواده در معرض خطر قرار خواهد گرفت. با توجه به مطالب عنوان‌شده، محقق در پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا خانواده‌درمانی ساختاری بر انسجام و انطباق‌پذیری خانواده و راهبردهای مقابله‌ای زوجین شهر زاهدان تأثیر معنی‌داری دارد؟

روش‌شناسی

روش این پژوهش با توجه به اهداف و ماهیت آن، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر همراه با پیگیری دو ماهه بود. جامعه مورد مطالعه عبارت بود از کلیه زوجین ناسازگار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خانواده در شهر زاهدان که در ۶ ماه اول سال ۹۸ به این مراکز مراجعه کردند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ زوج بود که به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند از میان جامعه آماری انتخاب شدند و از طریق گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ زوج) و کنترل (۱۵ زوج) جایگزین گردیدند. لازم به ذکر است بر اساس فراخوان پژوهشگر، از بین زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خانواده در شهر زاهدان، ۳۰ نفر از زوجینی (۶۰ زن و شوهری) که نمره پرسشنامه رضایت از زندگی زناشویی انریچ آن‌ها کمتر از میانگین بود (به اصطلاح در طیف زوجین ناسازگار قرار گرفتند) و واجد شرایط بودند انتخاب شدند. نحوه قرار دادن ۳۰ زوج در دو گروه آزمایش و کنترل با انتساب تصادفی و به‌صورت قرعه‌کشی انجام گرفت. بدین ترتیب گروه آزمایش ۱۰ جلسه خانواده‌درمانی ساختاری را دریافت کردند و گروه کنترل به مدت ۱۰ هفته در لیست انتظار قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود و خروج نمونه: ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از:

تحصیلات (حداقل دیپلم)، داشتن اختلاف زناشویی با همسر، حداقل سن ۲۵ و حداکثر ۴۰

سال، عدم شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های درمانی دیگر، رضایت آگاهانه جهت شرکت در طرح، برخورداری از علاقه و انگیزه کافی جهت شرکت منظم در برنامه‌های آموزشی این پژوهش و داشتن تعهد جهت انجام تکالیف محول شده. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های درمانی، عدم تمایل افراد در ادامه جلسات درمانی، غیبت بیش از دو جلسه، نداشتن تعهد جهت انجام تکالیف محول شده.

لازم به ذکر است، نمونه موردبررسی برحسب پرسش‌های جمعیت‌شناختی (تعداد فرزند و طول مدت ازدواج) موردبررسی قرار گرفت. میانگین و انحراف معیار طول مدت ازدواج زوجین در گروه آزمایش به ترتیب برابر ۶/۰۶ و ۱/۴۸ بود. میانگین و انحراف معیار طول مدت ازدواج زوجین در گروه کنترل به ترتیب برابر ۶/۶۰ و ۱/۹۱ بود. از نظر تعداد فرزند زوجین گروه آزمایش، ۲۰ درصد بدون فرزند، ۴۰ درصد تک فرزند و ۴۰ درصد دارای دو فرزند بودند. همچنین، در خصوص تعداد فرزند زوجین گروه کنترل، ۲۰ درصد بدون فرزند، ۴۶/۷ درصد تک فرزند و ۳۳/۳ درصد دارای دو فرزند بودند.

ملاحظات اخلاقی: در انجام این پژوهش به‌منظور رعایت حریم و محدوددهی انسانی نکاتی لحاظ گردید که به‌طور اجمال به آن پرداخته می‌شود. نخست در انتخاب گروه نمونه افرادی انتخاب شدند که مایل و راضی به شرکت در پژوهش بودند در مرحله بعد به اعضای شرکت‌کننده در پژوهش اطمینان کافی داده شد که اطلاعات حاصل از این پژوهش جنبه شخصی و محرمانه داشته و به‌هیچ‌وجه به‌صورت فردی در اختیار دیگران قرار نخواهد گرفت. بلکه نتایج حاصل از پژوهش به‌صورت آماری و نتیجه‌گیری کلی و نه به‌صورت فردی منتشر خواهد شد و آن‌ها اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند. هر جا که شرکت‌کنندگان این پژوهش اصرار داشتند یا مایل بودند که از نتایج این پژوهش اطلاع حاصل کنند، به زبان ساده اطلاعات حاصل شده در اختیار آنان قرار گرفت.

در این طرح پس از هماهنگی‌های لازم با مراکز مشاوره شهر زاهدان، افراد نمونه در دو مرحله انتخاب شدند و به‌تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سپس با استفاده از ابزارهای پژوهش و با هماهنگی افراد نمونه، از هر دو گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون به عمل آمد و سپس مداخله درمانی بر اساس رویکرد خانواده‌درمانی ساختاری

به مدت ۱۰ جلسه دوساعتی برای گروه آزمایش به اجرا درآمد درحالی که برای گروه کنترل هیچ برنامه‌ی درمانی اجرا نشد. بعد از پایان یافتن جلسات درمانی گروه آزمایش، برای بررسی و مقایسه اثر این مداخله درمانی، از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون به عمل آمد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه با یکدیگر مقایسه گردید؛ درنهایت نیز هر دو گروه دو ماه پس از اجرای پس‌آزمون مورد پیگیری قرار گرفتند. به لحاظ اخلاقی بعد از اتمام طرح پژوهشی گروه کنترل به مدت چهار جلسه مورد مداخلات خانواده‌درمانی ساختاری قرار گرفتند.

در پژوهش حاضر جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سازگاری عاطفی بل، راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن و پرسشنامه استاندارد عملکرد خانواده اولسون و گورال استفاده شد. لازم به ذکر است زوجین با همفکری یکدیگر و به‌صورت مشترک به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (۱۹۸۸) دارای ۶۶ سؤال می‌باشد که در مقیاس طیف لیکرت (اصلاً استفاده نکرده‌ام: نمره ۰ و بسیار استفاده کرده‌ام: نمره ۳) به بررسی آزمون می‌پردازد. این آزمون هشت شیوه مقابله‌ای را که به دو دسته مسئله مدار و هیجان مدار تقسیم می‌شوند، موردسنجش قرار می‌دهد. شیوه‌های مقابله مسئله مدار عبارت‌اند از: جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی‌شده و ارزیابی مجدد مثبت و شیوه‌های مقابله هیجان مدار عبارت‌اند از: رویارویی، دوری‌گزینی، فرار-اجتناب و خویش‌داری. روایی این پرسشنامه توسط گروهی از متخصصان روانشناسی و پژوهش‌های متعدد مورد تأیید قرار گرفته است (بریکر، ۲۰۰۵). روایی این پرسشنامه در نمونه‌ای متشکل از ۷۵۱ زوج میان‌سال آزمون شد و ضریب آلفای کرونباخ مقابله مستقیم ۰/۷۰، فاصله گرفتن ۰/۶۱، خودکنترلی ۰/۷۱، طلب حمایت اجتماعی ۰/۷۶، پذیرش مسئولیت ۰/۶۶، گریز -

اجتناب ۰/۷۲، حل مسئله برنامه‌ریزی شده ۰/۶۷ و ارزیابی مجدد مثبت ۰/۷۹ گزارش شد (بروکی میلان، ۱۳۹۳). این پرسشنامه در مطالعات متعدد و گروه‌های مختلف برای سنجش راهبردهای مقابله‌ای به کاررفته است، بنابراین ابزاری استاندارد و روا محسوب می‌شود (واقعی، میرزایی، مدرس غروی و ابراهیم زاده، ۱۳۹۰). پایایی آن توسط فولکمن، لازاروس، گرون و دلونگیس^۱ (۱۹۸۶)، ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ برآورد شده است. در پژوهش بهنام مقدم، هاشمی، بیرامی، یاریان (۱۳۹۳)، پایایی این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ در نمونه ۶۰ نفری ۰/۹۲ به دست آمد.

مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و همبستگی خانواده

این مقیاس یک ابزار ۲۰ سؤالی است که توسط اولسون، پورتنر و لوی (۱۹۹۶) برای سنجش دو بعد عمده‌ی عملکرد خانواده یعنی همبستگی و انطباق‌پذیری تدوین شده است. این ابزار برای قرار دادن خانواده‌ها در (الگوی حلقوی پیچیده) تدوین شده است. شیوه‌نمره‌ی گذاری سؤالات به طریقه‌ی لیکرت (تقریباً همیشه=۵ و تقریباً هرگز=۱) می‌باشد. نمره‌ی کل مقیاس، جمع نمره‌ی تمام پرسش‌ها، نمره‌ی همبستگی خانواده با جمع نمره‌ی سؤال‌های فرد و نمره‌ی انطباق‌پذیری خانواده با جمع نمره‌ی سؤال‌های زوج به دست می‌آید. هر چه نمره‌ی همبستگی بالاتر باشد، خانواده به هم تنیده‌تر محسوب می‌شود؛ و هر چه نمره‌ی انطباق‌پذیری بیشتر باشد خانواده آشفته‌تر به حساب می‌آید. السون و همکاران (۱۹۸۵)، ضریب پایایی مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و پیوستگی خانواده را به روش آلفای کرونباخ برای پیوستگی، انطباق‌پذیری و برای کل مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و پیوستگی خانواده (FACES-2) به ترتیب ۰/۹۸، ۰/۷۸ و ۰/۹۰ به دست آورد. نتایج پژوهش کیانی، فرحبخش، اسدی و شیرعلیپور (۱۳۸۹) نشان داد مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و همبستگی خانواده با آلفای کرونباخ ۰/۶۸ برای کل ابزار، آلفای ۰/۷۷ برای همبستگی خانواده و آلفای ۰/۶۲ برای انطباق‌پذیری از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار است. در پژوهش مؤمنی، کاوسی و امانی (۱۳۹۵)، پایایی این پرسشنامه از طریق محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ برای خرده

^۱Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J., Delongis, A

مقیاس‌های همبستگی و انطباق‌پذیری به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۴ به دست آمد. لازم به ذکر است، جلسات خانواده‌درمانی ساختاری پژوهش حاضر بر اساس کتاب مینوچین (۱۹۷۴؛ ترجمه باقر ثنائی، ۱۳۹۵) تنظیم گردید. خلاصه جلسات درمانی در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۱: محتوی جلسات خانواده‌درمانی ساختاری

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
جلسه اول	آشنایی با اعضا و بیان منطقی و اهداف جلسات آموزشی	در ابتدا زوجین خود را معرفی کردند و اهداف تشکیل جلسات بیان شد. کلیاتی درباره مفاهیم بنیادی نظریه ساختاری مینوچین ارائه شد	به زوجین تکلیف داده شد در فرم مخصوص، تعارضات عمده در زندگی زناشویی خود را نوشته و انتظارات خود از این جلسات را به صورت خلاصه بنویسند و با خود به جلسه بیاورند.
جلسه دوم	آموزش شیوه‌های ارتباط، به نمایش گذاشتن وضعیت غالب خانواده‌ها، معرفی زیر منظومه‌ها در خانواده	تکلیف جلسه قبل مرور شد، تعریف ارتباط و زیر منظومه‌های خانواده معرفی گردید و وضعیت غالب خانواده‌ها مورد نمایش و بحث قرار گرفت.	به زوجین تکلیف داده شد که با توجه به تکالیف و مسئولیت‌های هر زیر منظومه، میزان رضایت خود را از هر زیر منظومه در ارتباط با همسر در خانواده خود و همچنین وضعیت ارتباطی خود با همسر خود ارائه کنند
جلسه سوم	آموزش فنون خانواده و اجرا هر چه بیشتر و بهتر الگوهای مراوده‌ای	تکالیف جلسه قبل مورد بررسی قرار گرفت. فنون خانواده‌درمانی از جمله مثلث سازی و نحوه شکل‌گیری مثلث و مرزسازی مورد آموزش قرار گرفت	یادداشت‌برداری از اثرات فنون آموزش داده شده و مرور این فنون در تعاملات و زندگی روزمره خود با اعضای خانواده
جلسه چهارم	بیان الگوهای مراوده‌ای رایج و مثلث‌های موجود حول مشکلات خانواده	تکالیف جلسه قبل مورد بررسی قرار گرفت. در مورد الگوهای مراوده‌ای رایج و نیز مثلث‌های موجود حول مشکلات خانواده شناسایی و نقش آن‌ها در مشکلات زناشویی مطرح شده بررسی شد.	انتظارات هر یک از زوجین از همسر خویش را بنویسند و در جلسه مطرح کنند و مواردی را که از نظر زوجین باعث همکاری بیشتر هر یک از زوجین می‌شود را به‌عنوان راهکار به دیگران بیان کنند.

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
جلسه پنجم	اصلاح و تغییر الگوهای مراوده‌ای خانواده	اصلاح و تغییر الگوهای مراوده‌ای خانواده از طریق آموزش ارتباط مؤثر و استفاده از مشاوره گروهی برای ایجاد تمایز یافتگی با خانواده اصلی و رسیدن به توافق و تبادل نظر بر سر برقراری ارتباط جدید با والدین، همشیرها و فامیل همدیگر و تغییر وفاداری‌های گذشته	از زوجین خواسته شد که شیوه‌های ارتباطی خود و نحوه مدیریت و کنترل رابطه، نحوه حل کردن مشکلات مطرح شده در رابطه و نحوه برقراری رابطه با سایر اعضای خانواده را مورد توجه قرار دهند
جلسه ششم	مشخص نمودن زیر منظومه‌های خانواده	آموزش روش‌های مقابله‌ای مؤثر برای حل تعارض‌های موجود بین زوجین، نقش‌های اعضا در زیر منظومه‌ها و انتظارات اعضا از هم در این جلسه مورد بررسی قرار گرفت	وظایف هر یک از زیر منظومه‌ها توسط زوجین یادداشت و به بحث گذاشته شود.
جلسه هفتم	ایجاد مرز	ضمن بررسی تکالیف جلسه قبل، بحث اصلی این جلسه در مورد حفظ زیر منظومه زن‌وشوهری با مرزهای زیر منظومه‌های فرزندان بود.	به افراد تکلیف داده شد تا دو مورد از مواردی را که منجر به جلب حمایت فرزند یا فرزندان می‌گردد و همچنین زمان‌هایی که توانسته‌اند مرزهای هر یک از زیر منظومه‌ها در خانواده را مدیریت کنند با ذکر مثال بنویسند و به همراه خود بیاورند
جلسه هشتم	بازسازی و تغییر خانواده	بازسازی و تغییر خانواده از جمله به فعل درآوردن الگوها، ترسیم مرزها و تشدید استرس،	افراد مکلف به نوشتن و ارائه دو مورد از مواردی که باعث واکنش هر یک از همسران و اعضای خانواده در ارتباط با اجرای شیوه جدید ارتباط می‌شود، یادداشت کنند تعیین تکلیف در خصوص ایجاد و تمرین الگوهای مراوده‌ایی (شیوه‌های تبادلی و ارتباطی زوجین)

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
جلسه نهم	بیان میزان ارتباط هرکدام از زوجین با خویشاوندان خود	تکالیف جلسه قبل موردبررسی قرار گرفت. نحوه ارتباط هرکدام از زوجین و میزان ارتباط هرکدام از آنها با همسرانشان در مقابل رابطه با اعضای خانواده موردبررسی و آموزش قرار گرفت.	هرکدام از زوجین مکلف شدند تا چند مورد از تجارب خویش را که باعث نزدیک‌تر شدن آنان با خانواده اصلی‌شان شده و نزدیک روان‌شناختی با همسر و فرزندانشان شده است را نوشته و همراه خود بیاورند
جلسه دهم	جمع‌بندی جلسات و نتیجه‌گیری	بحث گروهی درباره تغییرات ایجادشده در افراد به‌واسطه شرکت در جلسات، بررسی شواهد مربوط به تغییر در گروه، جمع‌بندی جلسات و نتیجه‌گیری، اجرای پس‌آزمون، تشکر و قدردانی از اعضا به خاطر شرکت در جلسه	پایان جلسات

یافته‌های پژوهش

داده‌های به‌دست‌آمده از نمرات این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل می‌گردد. برای توصیف داده‌های مربوط به نمونه، ابتدا به محاسبه شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای پژوهش پرداخته شد که به شرح زیر است:

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی بین گروه‌های آزمایش (N=۱۵) و کنترل (N=۱۵) در متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای و انسجام و انطباق‌پذیری خانواده

متغیر	ابعاد	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
راهبردهای مسئله‌مدار	جستجوی	آزمایش	۶/۴۶	۱/۷۶	۹/۵۳	۱/۶۸	۸/۲۶	۱/۰۹
	حمایت اجتماعی	کنترل	۵/۷۳	۲/۸۴	۶/۸۰	۲/۲۷	۴/۴۰	۳/۰۶
	مسئولیت‌پذیری	آزمایش	۳/۴۰	۱/۴۰	۶/۴۰	۲/۰۲	۵/۰۶	۱/۸۶

۱/۹۸	۴/۰۶	۱/۷۸	۳/۲۰	۱/۴۸	۴/۰۶	کنترل		
۲/۰۹	۱۲/۳۳	۱/۹۹	۱۱/۵۳	۱/۸۸	۹/۱۳	آزمایش	مسئله گشایی	
۱/۹۹	۶/۴۰	۱/۹۳	۸	۱/۸۴	۷/۵۳	کنترل	برنامه ریزی شده	
۲/۸۱	۱۳/۲۶	۳/۲۹	۱۴/۱۳	۳/۸۳	۱۰/۶۰	آزمایش	ارزیابی مجدد	
۱/۲۷	۹/۲۶	۲/۸۹	۹/۰۶	۱/۹۸	۹/۷۳	کنترل	مثبت	
۴/۸۷	۳۸/۹۳	۵/۷۵	۴۱/۶۰	۵/۳۹	۲۹/۶۰	آزمایش	نمره کل راهبرد	
۴/۲۹	۲۴/۱۳	۴/۲۸	۲۷/۰۵	۳/۶۹	۲۷/۰۶	کنترل	مسئله مدار	
۳/۶۳	۱۱/۲۶	۳/۸۲	۱۱/۹۳	۳/۶۸	۱۳/۱۳	آزمایش	مقابله مستقیم	
۲/۹۲	۱۳/۴۰	۲/۴۴	۱۴/۶۰	۳/۳۱	۱۳/۴۶	کنترل		
۲/۸۱	۶/۷۳	۲/۸۱	۷/۷۳	۴/۴۵	۹/۵۳	آزمایش	دوری گزینی	
۵/۰۸	۸/۸۶	۵/۰۸	۹/۸۶	۴/۰۳	۱۰	کنترل		
۳/۱۵	۱۲/۴۶	۳/۸۲	۱۲/۷۳	۴/۵۴	۱۳/۴۶	آزمایش	گریز-اجتناب	راهبردهای هیجان مدار
۴/۱۸	۱۴/۶۶	۳/۸۷	۱۴/۸۰	۳/۶۴	۱۶	کنترل		
۲/۷۰	۱۴/۲۰	۱/۴۵	۱۳/۴۶	۳/۳۰	۱۴/۹۳	آزمایش	خوشتن داری	
۲/۷۹	۱۵/۶۰	۲/۲۱	۱۴/۲۰	۴/۲۲	۱۲/۴۰	کنترل		
۶/۵۲	۴۴/۶۶	۷/۲۴	۴۵/۸۶	۹/۲۷	۵۱/۰۶	آزمایش	کل راهبردهای هیجان مدار	
۶/۰۹	۵۲/۵۳	۵/۹۶	۵۳/۴۶	۶/۵۰	۵۱/۸۶	کنترل		
۷/۸۱	۳۷/۰۶	۵/۷۹	۳۷/۶۰	۵/۶۹	۲۶/۱۳	آزمایش	انسجام	انسجام
۸/۱۷	۲۴/۹۳	۱۱/۴۰	۲۶/۰۶	۴/۲۱	۲۵/۲۶	کنترل		
۷/۷۲	۲۱/۴۰	۳/۶۰	۱۷/۵۳	۶/۰۹	۲۵/۲۰	آزمایش	انطباق پذیری	انطباق پذیری
۹/۲۰	۳۳/۳۳	۸/۹۸	۲۷/۶۶	۹/۲۳	۲۷/۲۶	کنترل		

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمره مؤلفه‌های انسجام و راهبرد مقابله مسئله مدار در میان شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون، افزایش و میانگین نمره راهبرد هیجان مدار و انطباق‌پذیری در میان شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون، کاهش داشته است.

یکی از پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک برای مقایسه میانگین‌ها، فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه‌های نمونه در جامعه بود که برای این مفروضه از آزمون کالموگراف اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- آزمون کالموگراف اسمیرنوف برای پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه‌های نمونه

پیکیری		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		ابعاد	متغیر
مقدار Z	سطح معنی‌داری	مقدار Z	سطح معنی‌داری	مقدار Z	سطح معنی‌داری	-	-
۰/۱۸۱	۱/۰۹	۰/۰۲۸	۱/۴۶	۰/۵۰۹	۰/۸۲	حمایت اجتماعی	راهبردهای مسئله مدار
۰/۰۶۸	۱/۳۰	۰/۱۸۱	۱/۰۹	۰/۱۸۱	۱/۰۹	مسئولیت‌پذیری	
۰/۴۴۱	۰/۸۸	۰/۳۷۵	۰/۹۱	۰/۰۸۸	۱/۲۵	مسئله‌گشایی	
۰/۰۸۳	۱/۲۶	۰/۵۷۳	۰/۷۸	۰/۸۵۸	۰/۶۰	ارزیابی مجدد	
۰/۹۲۵	۰/۵۵	۰/۸۷۳	۰/۶۶	۰/۲۸۳	۰/۹۸	کل راهبرد مسئله مدار	
۰/۱۵۰	۱/۱۴	۰/۰۰۱	۲/۲۰	۰/۰۳۴	۱/۴۲	مقابله مستقیم	راهبردهای هیجان مدار
۰/۲۸۳	۰/۹۸	۰/۰۶۸	۱/۳۰	۰/۱۲۰	۱/۱۸	دوری‌گزینی	
۰/۲۶۶	۱/۰۰۴	۰/۱۲۴	۱/۱۸	۰/۴۱۱	۰/۸۸	گریز-اجتناب	
۰/۰۱۰	۱/۶۲	۰/۱۰۰	۱/۲۲	۰/۳۲۴	۰/۹۵	خویشتن‌داری	
۰/۱۵۶	۱/۱۲	۰/۴۷۴	۰/۸۴	۰/۲۱۶	۱/۰۵	راهبردهای هیجان مدار	
۰/۵۲۸	۰/۸۱	۰/۲۶۰	۱/۰۱	۰/۰۰۲	۱/۸۷	انسجام	-
۰/۴۶۲	۰/۸۵	۰/۲۷۳	۰/۹۹	۰/۶۹۷	۰/۷۱	انطباق‌پذیری	

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، سطح معناداری مربوط به آزمون در تمامی مؤلفه‌ها به‌استثنای انسجام و مقابله مستقیم در مرحله پیش‌آزمون و حمایت اجتماعی، مقابله مستقیم در مرحله پس‌آزمون و خویشتن‌داری در مرحله پیگیری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته خواهد شد.

از آنجا که علاوه بر اعمال مداخله برای گروه آزمایش، از متغیر زمان نیز استفاده شد، روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای تحلیل داده ها به کار رفت که در این روش از آزمون ماچلی برای بررسی کرویت (همسانی ماتریس کواریانس) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است:

جدول ۴- آزمون ماچلی برای بررسی کرویت واریانس درون گروهی

متغیر	ابعاد	آماره ماچلی	X ² تقریبی	درجه آزادی	سطح معنی داری	روش تخمینی Greenhouse-Geisser
راهبردهای مسئله مدار	حمایت اجتماعی	۰/۹۵	۱/۳۸	۲	۰/۵۰۱	۰/۹۵
	مسئولیت پذیری	۰/۹۰	۲/۷۵	۲	۰/۲۵۲	۰/۹۱
	مسئله گشایی	۰/۴۲	۲۳/۱۸	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳
	ارزیابی مجدد مثبت	۰/۸۶	۳/۹۵	۲	۰/۱۳۹	۰/۸۸
راهبردهای هیجان مدار	مقابله مستقیم	۰/۹۹	۰/۱۹	۲	۰/۹۰۶	۰/۹۹
	دوری گزینی	۰/۹۶	۰/۲۶	۲	۰/۸۷۸	۰/۹۶
	گریز-اجتناب	۰/۷۶	۷/۳۰	۲	۰/۰۲۶	۰/۸۱
	خویشترداری	۰/۹۱	۲/۶۶	۲	۰/۲۶۴	۰/۹۱
-	انسجام	۰/۸۳	۴/۹۴	۲	۰/۰۸۴	۰/۸۵
	انطباق پذیری	۰/۷۲	۸/۵۹	۲	۰/۰۱۴	۰/۷۸

با توجه به جدول شماره ۴ می توان گفت، فرض کرویت برای متغیرهای حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، ارزیابی مجدد مثبت، مقابله مستقیم، دوری گزینی، خویشترداری و انسجام برقرار است ($P > 0/05$). برای متغیرهای مسئله گشایی، گریز-اجتناب و انطباق پذیری جهت استفاده از آزمون F از روش تخمینی Greenhouse-Geisser استفاده شد. پس از بررسی نرمال بودن و یکنواختی کواریانس ها، به تحلیل واریانس با یک عامل اندازه گیری مکرر در گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری پرداخته شد.

به منظور بررسی فرضیه تحقیق مبنی بر بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری بر اساس رویکرد مینوچین بر راهبردهای مقابله‌ای زوجین از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر که نتایج در جدول شماره ۵ ارائه شده است:

جدول ۵- اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر روی میانگین راهبردهای مقابله‌ای در گروه کنترل و آزمایش

اندازه اثر	سطح معنی‌داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	اثر	متغیر	-
۰/۳۳	۰/۰۰۱	۱۳/۹۴	۱۳۴/۴۴	۱	۱۳۴/۴۴	گروه	حمایت اجتماعی	بین آزمودنی
۰/۱۷	۰/۰۲۳	۵/۷۸	۳۱/۲۱	۱	۳۱/۲۱	گروه	مسئولیت‌پذیری	
۰/۶۰	۰/۰۰۰۱	۴۲/۶۵	۳۰۶/۱۷	۱	۳۰۶/۱۷	گروه	مسئله‌گشایی	
۰/۳۶	۰/۰۰۰۱	۱۵/۶۳	۲۴۶/۶۷	۱	۲۴۶/۶۷	گروه	ارزیابی مجدد مثبت	
۰/۱۰	۰/۰۸۶	۳/۱۶	۶۵/۸۷	۱	۶۵/۸۷	گروه	مقابله مستقیم	
۰/۰۵	۰/۲۵۶	۱/۳۴	۵۶/۰۱	۱	۵۶/۰۱	گروه	دوری‌گزینی	
۰/۱۱	۰/۰۷۴	۳/۴۵	۱۱۵/۶۰	۱	۱۱۵/۶۰	گروه	گریز	
۰/۰۰۱	۰/۸۵۱	۰/۰۳۶	۰/۴۰	۱	۰/۴۰	گروه	خویش‌داری	
۰/۳۴	۰/۰۰۰۱	۱۴/۶۰	۳۸/۴۳	۲	۷۶/۸۶	زمان	حمایت اجتماعی	درون آزمودنی
۰/۲۰	۰/۰۰۲	۷/۱۷	۱۸/۸۷	۲	۳۷/۷۵	زمان / گروه		
-	-	-	۲/۶۳	۵۶	۱۴۷/۳۷	خطا		
۰/۱۴	۰/۰۱۳	۴/۶۵	۹/۴۳	۲	۱۸/۸۶	زمان	مسئولیت‌پذیری	
۰/۳۳	۰/۰۰۰۱	۱۳/۹۳	۲۸/۲۱	۲	۵۶/۴۲	زمان / گروه		
-	-	-	۲/۰۲	۵۶	۱۱۳/۳۷	خطا		
۰/۲۱	۰/۰۰۶	۷/۵۸	۲۵/۸۶	۱/۲۶	۳۲/۸۲	زمان	مسئله‌گشایی	
۰/۳۶	۰/۰۰۰۱	۱۶/۳۳	۵۵/۷۱	۱/۲۶	۷۰/۶۸	زمان / گروه		
-	-	-	۳/۴۱	۳۵/۵۲	۱۲۱/۱۵			
۰/۱۳	۰/۰۱۹	۴/۲۶	۱۶/۸۷	۲	۳۳/۷۵	زمان	ارزیابی مجدد مثبت	
۰/۲۴	۰/۰۰۰۱	۹/۰۴	۳۵/۷۴	۲	۷۱/۴۸	زمان / گروه		
-	-	-	۳/۹۵	۵۶	۲۲۱/۴۲	خطا		
۰/۰۵	۰/۲۴۷	۱/۴۳	۹/۰۳	۲	۱۸/۰۶	زمان	مقابله مستقیم	

-	متغیر	اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
		زمان / گروه	۲۲/۴۲	۲	۱۱/۲۱	۱/۷۷	۰/۱۷۸	۰/۰۶
		خطا	۳۵۲/۸۴	۵۶	۶/۳۰			
دوری گزینی	زمان	زمان	۵۸/۰۲	۲	۲۹/۰۱	۵/۷۴	۰/۰۰۵	۰/۱۷
		زمان / گروه	۱۳/۸۸	۲	۶/۹۴	۱/۳۷	۰/۲۶۱	۰/۰۵
	خطا		۲۸۲/۷۵	۵۶	۵/۰۵	-	-	-
گریز	زمان	زمان	۲۳/۳۵	۱/۶۱	۱۴/۴۴	۱/۹۲	۰/۱۶۵	۰/۰۶
		زمان / گروه	۰/۸۶	۱/۶۱	۰/۵۴	۰/۰۷	۰/۸۹۶	۰/۰۰۳
	خطا	۳۳۹/۷۷	۴۵/۲۶	۷/۵۰	-	-	-	
خویشتن داری	زمان	زمان	۲۶/۸۶	۲	۱۳/۴۳	۱/۸۸	۰/۱۶۲	۰/۰۶
		زمان / گروه	۶۶/۴۶	۲	۳۳/۲۳	۴/۶۶	۰/۰۱۳	۰/۱۴
	خطا	۳۹۹/۳۳	۵۶	۷/۱۳	-	-	-	

بر اساس جدول ۵ می توان گفت که مقدار F مشاهده شده راهبردهای مقابله ای مسئله مدار (حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، مسئله گشایی و ارزیابی مجدد مثبت) در سطح ۰/۰۵ تفاوت معنی داری را بین گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد. همچنین بر اساس تحلیل درون آزمودنی، می توان گفت اثر تعامل زمان در گروه نیز در خصوص مؤلفه های راهبردهای مقابله ای مسئله مدار معنی دار بوده است. با عنایت به مطالب عنوان شده می توان گفت خانواده درمانی ساختاری بر اساس رویکرد مینوچین بر راهبردهای مقابله ای مسئله مدار زوجین تأثیرگذار بوده است. همچنین با توجه به نتایج حاصله از جدول ۵ می توان اضافه نمود، مقدار F مشاهده شده راهبردهای مقابله ای هیجان مدار (مقابله مستقیم، دوری گزینی، گریز و خویشتن داری) در سطح ۰/۰۵ تفاوت معنی داری را بین گروه آزمایش و کنترل نشان نمی دهد؛ در نتیجه خانواده درمانی ساختاری بر اساس رویکرد مینوچین بر راهبردهای مقابله ای هیجان مدار زوجین تأثیرگذار نبوده است.

به منظور بررسی فرضیه تحقیق مبنی بر بررسی اثربخشی آموزش خانواده بر اساس رویکرد مینوچین بر انسجام و انطباق پذیری زوجین از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر که نتایج در جدول شماره ۶ ارائه شده است:

جدول ۶- اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر روی میانگین انسجام و انطباق‌پذیری در گروه کنترل و آزمایش

اندازه اثر	سطح معنی‌داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	اثر	متغیر	
۰/۴۵	۰/۰۰۰۱	۲۲/۹۰	۱۵۰۴/۷۱	۱	۱۵۰۴/۷۱	گروه	انسجام	بین آزمودنی
۰/۳۶	۰/۰۰۰۴	۱۶/۳۱	۱۴۵۶/۰۴	۱	۱۴۵۶/۰۴	گروه	انطباق‌پذیری	بین آزمودنی
۰/۱۸	۰/۰۰۰۳	۶/۳۱	۳۳۲/۰۱	۲	۶۶۴/۰۲	زمان	انسجام	درون آزمودنی
۰/۱۷	۰/۰۰۰۵	۵/۷۳	۳۰۱/۳۴	۲	۶۰۲/۶۸	زمان / گروه		
-	-	-	۵۲/۵۵	۵۶	۲۹۴۳/۲۸	خطا		
۰/۱۳	۰/۰۰۳۲	۴/۰۹	۲۳۶/۷۴	۱/۵۷	۳۷۲/۰۶	زمان	انطباق‌پذیری	درون آزمودنی
۰/۱۴	۰/۰۰۲۳	۴/۵۵	۲۶۳/۵۲	۱/۵۷	۴۱۴/۱۵	زمان / گروه		
-	-	-	۵۷/۸۸	۴۴/۰۰۵	۲۵۴۷/۱۱	خطا		

بر اساس جدول ۶ می‌توان گفت که مقدار F مشاهده‌شده مؤلفه‌های انسجام و انطباق‌پذیری در سطح ۰/۰۵ تفاوت معنی‌داری را بین گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. همچنین بر اساس تحلیل درون آزمودنی، می‌توان گفت اثر تعامل زمان در گروه نیز در خصوص مؤلفه‌های انسجام و انطباق‌پذیری معنی‌دار بوده است. با توجه به مطالب عنوان‌شده می‌توان گفت فرضیه تحقیق مبنی بر بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری بر انسجام و انطباق‌پذیری زوجین تأیید گردید.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری بر اساس رویکرد مینوچین بر راهبردهای مقابله‌ای و انسجام و انطباق‌پذیری زوجین است. نتایج کلی پژوهش حاکی از آن بود که خانواده‌درمانی ساختاری بر اساس رویکرد مینوچین بر راهبرد مقابله مسئله مدار و انسجام و انطباق‌پذیری زوجین مؤثر می‌باشد.

نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری بر اساس رویکرد مینوچین بر انسجام و انطباق‌پذیری خانواده با نتایج پژوهش‌های جیمنز و همکاران (۲۰۱۹)، کلو و بارس (۲۰۱۸)، کشاورز افشار و همکاران (۲۰۱۷)، مستوفی سرکاری و همکاران (۱۳۹۸)، کارگر برزی و همکاران (۱۳۹۸)، رئیس قره درویشلو و همکاران (۱۳۹۷) همخوان می‌باشد؛ چراکه آنان در پژوهش‌های خود این یافته را عنوان نمودند خانواده‌درمانی ساختاری بر بهبود ساختار و انسجام خانواده اثربخش است.

در ابتدا باید گفت، فرهنگ هر جامعه‌ای قوام دهنده، تشدیدکننده و یا از بین برنده‌ی برتری مردان بر زنان است. آنچه زنان را به‌عنوان موجودی ضعیف، آسیب‌پذیر و ناتوان تبدیل کرده است، نه صرف ویژگی‌های جسمانی و خصوصیات بیولوژیکی آن‌ها، بلکه فرهنگ نهفته در دل جامعه می‌باشد که سبب تشکیل چنین باورهایی می‌شود (ارجمند سیاه‌پوش و عجم‌دشتی نژاد، ۱۳۸۹). در بافت اجتماعی سنتی شهر زاهدان نیز غالباً چنین باورهایی وجود دارد و زنان از استقلال کمتری برخوردار بوده و مردسالاری حاکم بر خانواده می‌باشد (تعاونی، ۱۳۹۵)؛ عاملی که منجر به خشونت بیشتر مردان بر زنان در بافت فرهنگی شهر زاهدان گردیده و همبستگی و انطباق‌پذیری خانواده را در معرض خطر قرار داده است. با عنایت به این مطلب در پژوهش حاضر سعی گردید تا با ایجاد تغییر در تکالیف هر کدام از زیر منظومه‌های خانواده و اصلاح وضعیت مرزهای اعضا، انسجام خانواده بهبود پیدا کند. در تبیین اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری بر همبستگی و انطباق‌پذیری زوجین شهر زاهدان می‌توان گفت همان‌طور که مینوچین (۱۹۸۴) بیان می‌کند، ایده اصلی خانواده‌درمانی ساختاری این است که نشانه‌های اختلال فرد هنگامی که در بافت الگوهای تعاملی خانواده

ارزیابی شود، بهتر قابل‌درک و شناخت است و یکی از فنون ویژه و منحصر به فرد خانواده‌درمانی ساختاری به اجرا درآوردن الگوهای تعامل خانواده می‌باشد و همچنین هدف اصلی آن تسهیل حل مشکلات موجود و رشد سالم خانواده با تمرکز بر ارتباط بین فردی و اعضای مهم خانواده است. لذا در این پژوهش درمانگر با تمرکز روی ساختار یا سازمان خانواده در بافت الگوهای تعاملی خانواده، به زوجین زاهدانی کمک نمود تا الگوهای کلیشه‌ای (مبنی بر اینکه زنان قدرت تصمیم‌گیری ندارند و تصمیم‌گیرنده نهایی مردان هستند) خود را تعدیل، انعطاف‌پذیری خود را افزایش و در روابط بین اعضای خانواده بازنگری کنند و آن‌ها را اصلاح کنند که در نهایت این کارها باعث کاهش خود نارضایتی در زوجین علی‌الخصوص زنان گردید و میزان همبستگی آنان را هرچند اندک افزایش داد. تبیین دیگر اینکه در نظام خانواده‌درمانی ساختاری از یک طرف با ارائه تمرین عملی در جلسات و مرور و تمرین آن‌ها در خانه و از طرف دیگر با آموزش روش‌های مؤثر در حل تعارضات زناشویی، زمینه افزایش رضایتمندی روابط زناشویی و موجبات تقویت زیر منظومه زناشویی فراهم گردید. دو وظیفه مهم زیر منظومه‌های زناشویی که در رویکرد ساختاری عنوان شده است، ارضای نیازهای یکدیگر (زن و شوهر) و حمایت روانی - اجتماعی از هم می‌باشد. لذا، طی مصاحبه‌ای که با زوجین زاهدانی انجام گرفت، مشخص شد یکی از علل نارضایتی زوجین بی‌توجهی آنان به هر یک از این وظایف بوده است، لذا در پژوهش حاضر محقق با دادن تکالیفی به زوجین در مورد توجه به یکدیگر و رفع نیازهای متقابل منجر به بهبود همبستگی و انطباق‌پذیری آنان گردید.

علاوه بر مطالب مذکور در تبیین تأثیر خانواده‌درمانی ساختاری مینوچین بر انسجام و انطباق‌پذیری خانواده می‌توان گفت در پژوهش حاضر خانواده‌درمانی ساختاری توانست با اصلاح مرزهای خانواده، افرادی را که قبلاً نقش اصلی خود را از دست داده بودند، مجدداً در زیر منظومه‌های خاص خود مستقر کند. سیستم خانواده دوباره بارور شود و اعضای خانواده با قرار گرفتن در نقش اصلی خود که آن را از دست داده بودند، توانستند مسئولیت‌های جدید خود را به خوبی انجام دهند. اصلاح وضعیت مرزهای خانواده به نحوی انجام شد که علاوه بر تبادل اطلاعات و احساسات، هویت فردی هر یک از اعضای خانواده در موضع زوجین،

والدین و کودک حفظ گردید. درمانگر در مراحل پایانی آموزش، تغییر ایجاد شده در سازمان خانواده و قواعد خانواده و تلاش مراجعان برای وضع قوانین منعطف و مناسب برای رفتار فرزندان را ارزیابی کرده و از فنون متعدد برای برهم زدن ائتلاف‌های (مثلث‌ها) بین اعضای خانواده مراجعان بهره گرفت و در نهایت انطباق‌پذیری خانواده متعادل گردید. در همین راستا، بنا به نظر مینوچین (۱۹۸۴)، درمانگر با توجه ویژه به فرد فرد اعضای خانواده به سینا‌پسهای ارتباطی و انجام وظایف زیر منظومه‌های آن می‌پردازد که 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؛ بنابراین می‌توان گفت در پژوهش حاضر، تغییرات حاصله در ساختار و انطباق‌پذیری خانواده در اثر مداخلات بازسازی از قبیل مرزسازی، تقویت زیر منظومه زناشویی، والدینی و فرزندان به دست آمد. همچنین آموزش به مراجعان برای ایجاد قواعدی متناسب با چرخه زندگی خانواده، نظم و انسجام خوبی را در خانواده به وجود آورد. با عنایت به مطالب عنوان شده این گونه می‌توان نتیجه‌گیری کرد که خانواده‌درمانی ساختاری با استفاده از تکنیک‌های مذکور توانست انسجام و انطباق‌پذیری اعضای خانواده را بهبود ببخشد.

نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری بر اساس رویکرد مینوچین بر راهبردهای مقابله مسئله مدار با نتایج پژوهش‌های عیسی نژاد و علیزاده (۱۳۹۹) و نامنی و همکاران (۱۳۹۷) همخوان می‌باشد. با توجه به مرور پیشینه‌ی پژوهش‌های انجام شده همچون ارجمند سیاه‌پوش و عجم دشتی نژاد (۱۳۸۹)، تعاونی (۱۳۹۵) و معظمی (۱۳۸۳) مبنی بر فرهنگ مردسالارانه‌ی شهر زاهدان و خشونت علیه زنان در زاهدان در ابتدای تحقیق سعی شد تا توضیحاتی در خصوص راهبردهای مقابله با مشکلات به زوجین زاهدانی توضیح داد شود چراکه استفاده از سبک مقابله‌ای هیجان محور به دلیل ناپخته بودن آن می‌تواند در تصمیم‌گیری درست و برنامه‌ریزی برای مسئله به وجود آمده مشکلاتی را ایجاد کند. شناسایی و آشنایی سبک‌های مقابله با استرس و همچنین جایگزین کردن سبک مسئله محور به جای هیجان محور منجر به سازگاری بیشتر و پاسخ‌های مطلوب (فیزیولوژیک، روان‌شناختی و رفتاری) در افراد می‌شود؛ بنابراین لازم است که تمامی افراد از عوامل و منابع

ایجادکننده استرس و همچنین راه‌ها و راهبردهای مقابله با آن آگاهی داشته باشند؛ زیرا انتخاب درست در استفاده از سبک‌های مقابله با استرس می‌تواند انتخاب آن‌ها را مسئله محور و پخته‌تر کند که هر دو به عملکرد بهتر و کاهش خشونت علیه زنان منجر گردد.

باین وجود در پژوهش حاضر خانواده‌درمانی ساختاری مینوچین تأثیری بر راهبردهای هیجان مدار زوجین شهر زاهدان نداشت؛ یکی از دلایلی اصلی عدم تأثیرگذاری بر راهبردهای هیجان محور زوجین شهر زاهدان رواج وابستگی به مواد مخدر در شهر زاهدان در نتیجه‌ی هم‌جوار بودن با کشورهایی چون پاکستان و افغانستان می‌باشد (طالب و گودرزی، ۱۳۸۳). می‌توان گفت، در راهبرد مقابله هیجان مدار افراد هنگام استرس از راهکارهایی استفاده می‌کنند که خیلی سریع اثرات منفی استرس را کاهش می‌دهند (ناومی و کیمبرلی،^۱ ۲۰۱۲) مانند مصرف مواد و الکل که در شهر زاهدان به راحتی قابل دسترس است. اگرچه تأثیر این راهبردها موقتی است و در درازمدت منجر به تنش بیشتر در فرد می‌گردد، اما به دلیل در دسترس بودن و تأثیرگذاری فوری بیشتر از سوی مراجعان استفاده می‌شود و تغییر این راهبردها کاری بس دشوار است؛ بخصوص در فرهنگ شهر زاهدان؛ و از آنجایی که، در رویکرد ساختاری به رفتار فرد بیشتر از هیجان‌ها، نگرش‌ها و احساسات اهمیت داده می‌شود و تأکید بر آن است که کنترل رفتار فرد ساده‌تر و عملی‌تر از هیجان، احساس و نگرش است، این رویکرد نتوانست اثری بر راهبردهای هیجان مدار داشته باشد. به عبارتی، محتوای آموزشی بر اساس رویکرد ساختاری مینوچین، هیچ کدام از زیرمقیاسهای راهبرد هیجان مدار را پوشش نمی‌دهد. همچنان که نظر مینوچین، ریتز و بوردا^۲ (۲۰۱۳) عنوان نمودند هدف اصلی خانواده‌درمانی ساختاری اصلاح، پیگیری و آموزش‌هایی است که از طریق آن بتوان بر فرآیندهای بین فردی و راهبردهای حل مسئله تأثیر گذاشت و از این طریق سبب افزایش کیفیت روابط خانوادگی شد. به عبارت دیگر توجه محوری این رویکرد بر فرآیندهای حل مسئله است تا فرآیندهای هیجان محور. با توجه به مطالب عنوان شده می‌توان گفت، خانواده‌درمانی ساختاری بر راهبردهای هیجان محور زوجین تأثیر نداشته است.

^۱Naomi & Kimberly

^۲Minuchin, S., Riter, M., & Borda, C

در خصوص اثر خانواده‌درمانی ساختاری بر راهبرد مسئله مدار می‌توان گفت، خانواده‌درمانی با تلاش جهت بهبود و افزایش تعاملات و ارتباطات زوجین با یکدیگر به آن‌ها کمک می‌کند در محیطی محترمانه و توأم با صمیمیت به در میان نهادن عقاید، افکار و باورهای خود به همسران یا دیگر اعضای خانواده خود پردازند (مانی و بدر، ۲۰۰۸) و با شناخت دقیق جنبه‌ها و دیدگاه‌های مختلف نسبت به مشکلات، نگرش واقع‌بینانه‌ای پیدا کرده و اختلاف‌ها را به‌عنوان یک مسئله و چالش در نظر بگیرند و به‌جای نمایش رفتارهایی همچون، قهر، دوری، اجتناب، پرخاشگری، غم و اندوه که عمدتاً رویکردهای هیجان‌محور در برخورد با یک مشکل هستند، نگرش‌های مختلف را بررسی کرده و باهم به دنبال یافتن راه حل و حتی پذیرش مشکل در صورت لاینحل بودن آن پردازند (جارسولد و لاجمان، ۲۰۱۷). در نتیجه، آموزش خانواده بر اساس رویکرد مینوچین بر راهبردهای مقابله مسئله مدار اثر معنی‌داری دارد.

در اجرای این پژوهش محدودیت‌هایی وجود داشت. در ابتدا اینکه نمی‌توان تمام بهبود مشاهده‌شده در این پژوهش را ناشی از اعمال مداخله آزمایشی دانست، چراکه برخی از بهبود حاصله در زوجین، ناشی از گذر زمان، افزایش سطح حمایت دریافتی در خارج از جلسات، کاهش سطح تعارضات با خانواده و بهبود وضعیت اقتصادی بوده است. یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش بافت اجتماعی سنتی شهر زاهدان است که غالباً در چنین جوامعی زنان قادر به بیان احساسات و تمایلات واقعی خود نمی‌باشند، به‌گونه‌ای که در پاسخ به پرسشنامه‌های مطالعه حاضر مردان به‌تنهایی و یا به‌اجبار آزمونگر در تکمیل پرسشنامه‌ها با همسران خود مشورت نمودند. پژوهشگران در این پژوهش قادر نبودند برخی متغیرهای مداخله‌گر که می‌توانستند در نتیجه مداخله آزمایشی مؤثر باشند را کنترل کنند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده این متغیرها (مثلاً تعداد فرزندان، وضعیت مالی و اقتصادی، اشتغال و غیره) کنترل شوند. نظر به این که در نتایج مطالعه‌ی حاضر خانواده‌درمانی ساختاری روشی مؤثر بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و انسجام و انطباق‌پذیری زوجین بود، بنابراین

۱Manne & badr

۲Jaarsveld & Lachmann

پیشنهاد می‌شود با صرف وقت بیشتر و پیگیری‌های لازم این روش درمانی در هر سطحی برای زوجین اجرا شود؛ این امری است که در کلان‌شهرها به دلیل بالا بودن آمار طلاق باید مورد توجه قرار گیرد.

منابع

- ارجمند سیاه‌پوش، اسحاق؛ عجم دشتی نژاد، فریال (۱۳۸۹). بررسی عوامل اجتماعی اقتصادی مؤثر بر خشونت علیه زنان در اهواز. جامعه‌شناسی مطالعات جوانان، ۱(۳)، ۹۴-۱۱۵.
- بروکی میلان، حسن (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۳۰، ۱۵۶-۱۴۳.
- بزرگ‌منش، کاملیا؛ نظری، علی‌محمد؛ زهراکار، کیانوش (۱۳۹۵). اثربخشی خانواده‌درمانی بر انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده. پرستاری و مامایی جامع‌نگر، ۲۶(۸۲)، ۲۷-۳۵.
- بهنام مقدم، عزیز؛ هاشمی، تورج؛ بیرامی، منصور؛ یاریان، سجاد (۱۳۹۳). «ارتباط رضایت زناشویی با باورهای دینی، هوش هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای در جانبازان و معلولین جسمی»، فصلنامه طب جانباز، ۶(۴)، ۱۳۱-۱۳۶.
- تعاونی، مژگان (۱۳۹۵). مطالعه جرم شناختی خشونت علیه زنان در شهر زاهدان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه کاشان.
- چراغی، مهرآذر و حسن زاده، مرضیه (۱۳۹۰). رابطه‌ی میزان انسجام خانواده با شیوه‌های مقابله با استرس نوجوانان دختر و پسر، دومین همایش ملی روانشناسی - روانشناسی خانواده، مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- رئیس قره درویشلو، سجاد؛ قمری کیوی، حسین؛ شیخ‌الاسلامی، علی (۱۳۹۷). اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری بر انگیزش درمان و عملکرد خانواده در خانواده‌های افراد مبتلا به سوء مصرف مواد. اعتیاد پژوهی، ۱۲ (۴۹)، ۱۸۸-۱۷۳.
- سارافینو، ادوارد (۱۳۹۱). روانشناسی سلامت. ترجمه الهه میرزایی، علی منتظری مقدم، غلامرضا گرمارودی، پریش قوامیان، فروغ شفیعی، ابوالقاسم جزایری، حسن افتخاراردبیلی، سیدعلی احمدی ابهری و ابوالحسن ندیم. تهران: رشد (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۱۹۸۸).

شیرزادی، شاداب؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ دوکانه ای فرد، فریده (۱۳۹۷). «مقایسه اثربخشی خانواده‌درمانی بوئن و مینوچین بر کاهش طلاق عاطفی و بهبود کیفیت زندگی زوجین مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت». فصلنامه علمی - پژوهشی تحقیقات مدیریت آموزشی، ۹(۳)، ۲۶-۴۰.

طالب، مهدی؛ گودرزی، محسن (۱۳۸۳). قومیت و جنسیت: مطالعه موردی گروه‌های قومی در سیستان و بلوچستان. زن در توسعه و سیاست، ۲(۱)، ۴۸.

عباسی، قدرت اله؛ حمیدی فر، علیرضا (۱۳۹۸). نقش حس انسجام فردی و ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی در احساس امنیت عمومی شهروندان. مطالعات امنیت اجتماعی، ۱۰(۵۷)، ۱۴۳-۱۶۹.

عیسی نژاد، امید؛ علیزاده، زینب (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش تقویت مقابله زوجی بر سازگاری زناشویی و راهبردهای مقابله‌ای زوجی. پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۱۱(۱)، ۶۷-۸۵.

فتوحی، سکینه؛ مکائیلی، نیلوفر؛ عطادخت، اکبر؛ حاجلو، نادر (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر فراهیجان با زوج‌درمانی روایتی بر سازگاری و دلزدگی زناشویی زوجین متعارض. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۹(۳۴)، ۱۰۱-۷۷.

کارگر برزی، حمید؛ چوبداری، عسگر؛ ثمری صفا، جعفر (۱۳۹۸). اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر درمان عاطفی بوئن بر کارکردهای تحولی خانواده و روان‌بند‌های هیجانی ناسازگار زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. دو فصلنامه روانشناسی خانواده، ۶(۱)، ۱۴-۳.

کیانی، احمدرضا؛ فرحبخش، کیومرث؛ اسدی، مسعود و شیرعلیپور، اصغر. (۱۳۸۹). «ابعاد جهت‌گیری مذهبی و مرزهای ارتباطی خانواده: یک همبستگی بنیادی». روانشناسی و دین، ۳(۳)، ۹۳-۱۰۶.

گلادینگ، ساموئل (۲۰۱۱). خانواده‌درمانی، تاریخچه، نظریه و کاربرد. ترجمه عزیزاله تاجیک اسماعیلی و محسن رسولی (۱۳۹۲). تهران: تزکیه.

- گلنبرگ، ایرنه؛ گلنبرگ، هربرت (۲۰۰۹). *خانواده‌درمانی*، ترجمه حسین شاهی براواتی، سیامک نقش‌بندی و الهام ارجمند (۱۳۹۶). تهران: روان.
- مستوفی سرکاری، امیر؛ قمری، محمد؛ حسینیان، سیمین (۱۳۹۸). *مقایسه اثربخشی آموزش روانی بر اساس الگوی مک مستر و السون در انسجام خانواده معلمان زن*. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۰(۳۷)، ۹۹-۱۲۰.
- معظمی، شهلا (۱۳۸۳). *جرم‌شناسی خشونت خانگی و همسرکشی در سیستان و بلوچستان*. زن در توسعه و سیاست، ۲(۲)، ۳۹-۵۳.
- مؤمنی، خدامراد؛ کاووسی امید، سکینه و امانی، رزیتا (۱۳۹۵). «پیش‌بینی تعهد زناشویی بر اساس تمایز یافتگی خود، همبستگی و انطباق‌پذیری خانواده و صمیمیت زناشویی». *آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده*، ۱(۲)، ۴۶-۵۸.
- مینوچین، سالوادور (۱۹۷۴). *خانواده و خانواده‌درمانی*، ترجمه باقر ثنائی (۱۳۹۵). تهران: امیرکبیر.
- مینوچین، سالوادور؛ فیشرمن، چارلز. (۱۹۸۱). *فنون خانواده‌درمانی*، ترجمه‌ی فرشاد بهاری و فرح سیا (۱۳۹۷)، تهران: رشد.
- نامنی، ابراهیم؛ فرازی، زهرا؛ گلشن، حمیدرضا؛ کشاورز افشار، حسین (۱۳۹۷). *اثربخشی خانواده‌درمانی ساختی بر تغییر سبک‌های مقابله با تعارض و افزایش سازگاری زوجین*. مجله پرستار و پزشک در رزم، ۶(۲۰)، ۶-۱۷.
- واقعی، سعید؛ میرزایی، ام البنین؛ مدرس غروی، مرتضی؛ ابراهیم زاده، سعید (۱۳۹۰). *تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان پرستاری در موقعیت‌های استرس‌زای کارآموزی*. فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، ۱(۱)، ۹۱-۱۰۲.

Bricker, D (2005). *The link between emotional intelligence and marital satisfaction [Dissertation]*. Johannesburg: University of Johannesburg; ۲۰۰۵.

- Chukwu, N., Okoye, U., Onyeneho, N, & Okeibunor, J (2019). *Coping strategies of families of persons with learning disability in Imo state of Nigeria*. Journal of Health, 38, 1-9.
- DeGraaf, H., Van de Schoot, R., Woertman, L., Hawk, S.T., Meeus, W (2011). *"Family cohesion and romantic and sexual initiation: A three wave longitudinal study"*. Journal of Youth and Adolescence, 41(5), 583-92.
- Elliott, J (2010). *Linking Family Leisure and Family Function: A Literature Review. [MSC Thesis]*. USA: Wisconsin-Stout University; 2010.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J., & Delongis, A (1986). *"Appraisal, coping, health status and psychological symptoms"*. Journal Personality Soc Psychol, 50, 571-579.
- Ghanbari Panah, A., & Sharif Mustaffa, F (2019). *A Model of Family Functioning Based on Cohesion, Flexibility and Communication across Family Life Cycle in Married Women*. International Journal of Psychology, 13(2), 195-228.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I (2012). *Family therapy: An over view: Cengage Brain*.
- Halim, A. M. H., Sabri F (2013). *"Relationship between defense mechanisms and coping styles among relapsing addicts"*. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 84, 1829 – 1837.
- Hosseinkhanzadeh, A. A., Esapoor, M., Yeganeh, T., & Mohammadi, R (2013). *A Study of The Family Cohesion in Families with Mentally Disable Children*. Procedia Social and Behavioral Sciences, 84, 749-۷۵۳.
- Jaarsveld, S., & Lachmann, T (2017). *"Intelligence and Creativity in Problem Solving: The Importance of Test Features in Cognition Research"*, Front Psychol, 6(8), 134.
- Jiménez, L., Hidalgo, V., Baena, S., León, A., & Lorence, B (2019) *"Effectiveness of Structural–Strategic Family Therapy in the Treatment of Adolescents with Mental Health Problems and Their Families"*. Public Health, 16(7), 1255.
- Keller, F., & Bruce, M (2018). *"Clinical effectiveness of family therapeutic interventions in the prevention and treatment of perinatal depression: A systematic review and meta-analysis"*. PLoS One, 13(6): e0198730.
- Kenne Sarenmalm, E., Browall, M., Persson, L.O., Fall- Dickso, J., & Gaston-Johansson, F (2013). *"Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies health status, and quality of life in women with breast cancer"*. Psychooncology, 22(1), 20-7.

- Keshavarz-Afshar, H., Nosrati, F., Azad-Marzabadi, E., Eslahi, N., Gholami-Fesharaki, M, et al (2017). "The Effectiveness of Personal Construct Therapy on Marital Satisfaction: A Quasi-Experimental Study". Iranian Red Crescent Medical Journal, 19(6), e14317.
- Lichter, E. M (2016). *Evaluating the effectiveness of the four-step assessment model in structural family therapy*.
- Manne, S., & Badr, H (2008). "Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer". Cancer, 112(11), 2541-2555.
- Mijung, P., Unützer, J., & Grembowski, D. (2013). "Ethnic and gender variations in the associations between family cohesion, family conflict, and depression in older asian and latino adults". Journal of Immigrant and Minority Health, 49(6), 405-18.
- Minuchin, S (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., Riter, M., & Borda, C (2013). *The craft of family therapy: Challenging Certainties*. New York: Routledge.
- Naomi, B., & Kimberly, S (2012). *I am not stressed: Effective Stress Coping Techniques*. Utah State University, Cooperative extension, FC/marriage/2012-03pr. Available from: [ttp:// digital commons.usu.edu/extension_curall/178](http://digitalcommons.usu.edu/extension_curall/178).
- Nazir, S., Sidra, S., Malik, M.S., Falak, S,& Zarqa, A (2012). "Muhammad Rizwan S. Parental Conflict And Its Effects On Youth Self Esteem (A Study At University Of Punjab)". International Journal of Asian Social Science, 2(9), 1392-1400.
- North, M.M., North, S.M, & Coble, J.R (2015). "Virtual Reality Therapy: An Effective Treatment for the Fear of Public Speaking". International Journal of Virtual Reality (IJVR), 3, 1-6.
- Olsen, D., Russell, C., & Sprenkle, D (1989). *Circumplex model: Systematic assessment and treatment of families*. New York: Haworth Press; 1989.
- Olson, D, H (1999). *Circumflex model of marital & family systems*. Available by internet (online).
- Olson, D.H (2011). "Faces IV and the circumplex model: Validation study." JMFT, 3(1), 64-80.
- Olson, D.H., Portner, J., Lavee, Y. (1985). *FACES III. Unpublished manuscript, Family Social Science*. University of Minnesota; 1985.
- Oprisan, E., & Cristea, D (2012). "A few variables of influence in the concept of marital satisfaction". Procedia - Soc & Behav Sci, 33, 468-472.
- Rhodes, P (2013). *A brief history of family therapy*. Acparian: ISSUE 7. Australian Clinical Psychology Association.

- Walash, F (2014). *Families in later life: challenges, opportunities and resilience*. In M. McGoldrick, N. Garcia-preto & B. Crater (Eds), the expanded family life cycle (5th ED). Boston: Allyn & Bacon.
- 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.
- Winek, J.L. (2010). *Systemic family therapy: from theory therapy*. North Carolina: SAGE; 2010.

