

مقایسه اثربخشی زوج درمانی به تنهایی و زوج درمانی به همراه خانواده‌های اصلی در کاهش تعارض‌های زناشویی

دکتر کیومرث فرح بخش^۱

چکیده

یکی از مشکلات زندگی زناشویی تعارض و کشمکش بین زوجین است که همواره عوارض متعددی را در پی دارد. برای پیشگیری و درمان تعارض‌های زناشویی روشها و رویکردهای متعددی بر مبنای نظریه‌های شناختی، رفتاری و بصیرت محور بوجود آمده است که مداخلات آنها عمدتاً بر زوجها متمرکز است و عوامل زمینه‌ای مانند خانواده‌های اصلی زوجین یعنی خانواده‌ای که زوجین در آن رشد و نمو داشته‌اند را نادیده می‌گیرند این درحالی است که بنا به روش درمان چند سیستمی مشکلات و مسائل زندگی علاوه بر آنکه متأثر از عوامل درون فردی است ناشی از عوامل موقعیتی و زمینه‌ای نیز می‌باشد و در فرآیند درمان باید آنها را مدنظر داشت. هدف از انجام این پژوهش بررسی مقایسه اثربخشی زوج درمانی همراه با خانواده‌های اصلی با زوج درمانی به تنهایی در کاهش تعارض‌های زناشویی و پایداری درمان ناشی از آن بوده است. در این پژوهش فرض شده است: ۱- تعداد جلسات زوج درمانی همراه با خانواده اصلی کمتر از زوج درمانی به تنهایی است ۲- پایداری زوج درمانی همراه با خانواده اصلی پس از سه ماه بیشتر از زوج درمانی به تنهایی است. برای بررسی این فرضیات دو گروه زوج که دارای درگیری زناشویی بوده و متمایل به شرکت در درمان بوده‌اند انتخاب شدند. یک گروه زوجین نیز که دارای تعارض زناشویی بوده‌اند و تمایل به شرکت در درمان نداشته‌اند اما در تکمیل آزمونها تمایل خود را به همکاری اعلام نمودند به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. از آزمون

سنجش تعارض زناشویی که توسط ثنایی و ترابی ترجمه شده و فرم ثبت تعداد درگیرها به عنوان ابزار اندازه‌گیری استفاده شده است. روشها و فنون مورد استفاده برای گروه های آزمایش براساس نظریه شناختی- عاطفی و رفتاری الیس و واقعیت درمانی گلاسر تدوین گردید، با این تفاوت که در زوج درمانی همراه با خانواده‌های اصلی علاوه بر زوجین، والدین آنها نیز حضور پیدا می‌کردند. یک هفته پیش از شروع از هر سه گروه پیش‌آزمون به عمل آمد و یک هفته پس از اتمام درمان پس‌آزمون اول و سه ماه بعد پس‌آزمون دوم اجرا گردید. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد تعداد جلسات درمانی در زوج درمانی همراه با خانواده اصلی به طور معنی‌داری کمتر از زوج درمانی به تنهایی است و اثربخشی زوج درمانی همراه با خانواده اصلی در پس‌آزمون اول و دوم بیشتر از زوج درمانی به تنهایی بوده است همچنین پایداری زوج درمانی همراه با خانواده اصلی بیشتر از زوج درمانی به تنهایی مشاهده گردید. براساس نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود هنگام زوج درمانی برای کاهش تعارضهای زناشویی خانواده‌های اصلی نیز مدنظر قرار گیرند.

واژگان کلیدی: زوج درمانی، زوج درمانی به تنهایی، زوج درمانی همراه با خانواده اصلی، تعارض زناشویی.

مقدمه

روابط نزدیک همواره علاوه بر صمیمیت و دوستی با کشمکش و تعارض همراه است (روبرت^۱، ۲۰۰۶). زندگی زناشویی به عنوان یک رابطه نزدیک و صمیمی نیز با انواع تعارضات همراه است و گاهی آنچنان شدت می‌یابد که روابط را دچار آشفتگی و سلامت روانی زوجها و فرزندان را در معرض خطر قرار می‌دهد. هرچند تعارضهای زناشویی همیشه منفی نیست (گاتمن^۲، ۱۹۹۳)، اما بر سلامتی روانی و جسمی زوجها تأثیر مهمی می‌گذارد (باری و هترینگتن^۳، ۱۹۹۳). خطر خودکشی و بستری شدن را برای مردان و

-
1. Robert
 2. Gottman
 3. Bray & Hetherington

افسردگی برای زنان و ناتوانی در سایر جنبه‌های زندگی برای او را دربردارد (ورباگ^۱، ۱۹۷۹؛ بلوم^۲ و همکاران، ۱۹۷۸؛ دورین^۳ و همکاران، ۱۹۸۲؛ زیس و زیس و جانسون^۴، ۱۹۸۰؛ گالو و همکاران^۵، ۲۰۰۳؛ اسمیت و رویز^۶، ۲۰۰۲؛ نیوتن و سن فرد^۷، ۲۰۰۳). به علاوه کودکان این خانواده‌ها در معرض انواع مشکلات عاطفی مانند افسردگی و اضطراب و رفتاری نظیر ناخن جویدن و پرخاشگری قرار می‌گیرند (باری و هترینگتن، ۱۹۹۳؛ امری^۸، ۱۹۸۲؛ جوریلز^۹ و همکاران، ۱۹۹۱). به همین دلیل رویکردها و روشهای مختلفی برای پیشگیری و درمان تعارض‌های زناشویی بوجود آمده و اثربخشی آنها مورد ارزیابی واقع گردیده است. محققان گزارش می‌کنند زوج درمانی در بیشتر موارد حداقل در کوتاه مدت می‌تواند تعارض‌های زناشویی را کاهش دهد (باکوم و هافمن، ۱۹۸۶؛ اولری و اسمیت، ۱۹۹۱؛ برادبوری و فینچام^{۱۰}، ۱۹۹۰؛ دان و سکوبل^{۱۱}، ۱۹۹۵). عمده روشهای درمانی که برای حل تعارض‌های زناشویی مورد استفاده قرار می‌گیرد مبتنی بر رویکردهای شناختی- رفتاری بوده که در آن آموزش مهارتهای ارتباطی، حل مسئله، اصول مبادله رفتاری مورد استفاده قرار گرفته است (هالوگ و مارکمن^{۱۲}، ۱۹۸۸؛ گاتمن، ۱۹۹۴؛ گاتمن و همکاران، ۱۹۹۵؛ ویس^{۱۳}، ۱۹۸۲). در رویکردهای شناختی افکار، باورها، الگوهای اسنادی و باورهای مخرب، تحریفات شناختی و باورهای مخرب ارتباطی مورد مداخله مشاور واقع گردیده است (فالس ستوارت^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۲؛ آدیس و برنارد^{۱۵}، ۲۰۰۲؛ ایس، ۲۰۰۳؛

1. verbagge
2. bloom
3. dorian
4. zeiss& Zeiss&johanson
5. Gallo
6. Smit&Ruiz
7. Newton & sanforrd
8. Emery
9. jouriles
10. Bradbury&Fincham
- 11 - Dun&schwebel
12. Hahlweg, K., & Markman
13. Weiss
14. Fals-Stewart
15. Addis, J., & Bernard

هامامسی^۱؛ ۲۰۰۵؛ کرنلیوس و السی^۲؛ ۲۰۰۷؛ فینچام^۳، ۲۰۰۳). فرحبخش، شفیع آبادی، احمدی احمدی و دلاور (۱۳۸۵) در یک پژوهش تأثیر روش درمان شناختی عاطفی رفتاری، واقعیت درمانی و ترکیب آن دو را در درمان تعارض‌های زناشویی بررسی کردند و مشاهده نمودند که هر سه روش در کاهش تعارض‌های زناشویی مؤثر می‌باشند. در بسیاری از این رویکردها و روشها که رفتاری، شناختی و بینش مدار می‌باشد واحد دوتایی زوجین و یا هر یک از آنها به طور جداگانه مورد مداخله مشاوره‌ای واقع می‌شوند و در آنها به عوامل زمینه‌ای و فرهنگی توجه چندانی نمی‌شود. حال آن که زندگی زوجها نمی‌تواند بی تأثیر از عوامل بیرونی به خصوص [با توجه به فرهنگ جامعه ما] خانواده‌های اصلی باشد. به طور کلی می‌توان گفت زندگی زوجها از دو جهت متأثر از خانواده‌های اصلی می‌باشند. اول از این جهت که خصوصیات شخصیتی، نگرش‌ها، مهارت‌ها، سبک‌های تعاملی، روش‌های حل تعارض و الگوهای دلبستگی مؤثر در روابط بین فردی، در هر یک از زوجین در طول دوران رشد بوجود می‌آید که به انحاء گوناگون بر زندگی زناشویی مؤثر واقع می‌گردد. این نوع تأثیر را در این پژوهش اثر رشدی خانواده‌های اصلی می‌نامیم. جنبه دیگر تأثیر خانواده‌های اصلی بر زندگی زوجها نحوه ارتباط و تعامل خانواده اصلی آنها با زوجین می‌باشد. این نوع تأثیر را در این پژوهش اثر تعاملی با خانواده‌های اصلی نامیده شده است. در مورد تأثیر خانواده‌های اصلی پژوهش‌های زیادی انجام شده است که نشان می‌دهد بسیاری از الگوهای رفتاری و تعاملی زوجها با یکدیگر به نحوی متأثر از کیفیت زندگی آنها در خانواده اصلی در طول دوران رشد بوده است (آماتو^۳، ۱۹۹۶؛ بامپاس^۴ و همکاران، ۱۹۹۲). هیلز^۵ و همکاران (۱۹۹۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آمیختگی و مثلث سازی در خانواده اصلی با نگرش و احساس منفی نسبت به ازدواج در جوانان در شرف تزویج همبستگی دارد. کویرنر و فیتزپاتریک^۶ (۲۰۰۲) در یک

-
1. hamamcy
 2. corneliua&Aless
 3. amato
 4. bumpass
 5. hills
 6. Koerner& Fitzpatrick

پژوهش نشان دادند که بسیاری از الگوهای ارتباطی و حل تعارض‌های زناشویی زوجها مرتبط و متأثر از الگوهای خانواده اصلی آنها می‌باشد. اماتو (۱۹۹۵) نشان داد الگوهای تعارض زناشویی از یک نسل به نسل دیگر انتقال می‌یابد. رزی و رزی (۱۹۹۰) بین شادمانی زندگی والدین و ازدواج فرزندان آنها رابطه وجود دارد. تاباتلی^۱ و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند تجارب افراد در خانواده‌های اصلی بر سازگاری و رضایت از زندگی زناشویی آنها مؤثر است و تجارب زنان مؤثرتر از تجارب مردان می‌باشد.

با توجه به اینکه روش‌های مورد استفاده برای درمان تعارض‌ها زناشویی عمدتاً بر واحد دوتایی زوجها متمرکز بوده است و عوامل زمینه‌ای بروز تعارض در هنگام درمان نادیده گرفته شده و همچنین تأثیر مداخلات خانواده‌های اصلی در سازگاری زناشویی با توجه به فرهنگ کشور ما نادیده گرفته شده است، هدف این پژوهش بررسی تأثیر مشارکت دادن خانواده اصلی در فرآیند مشاوره به منظور کوتاه کردن دوره زوج درمانی و پایایی اثربخشی آن است. مبنای نظری این پژوهش علاوه بر آنچه گفته شد روش درمانی چند سیستمی^۲ است که عمدتاً تاکنون برای درمان مشکلات رفتاری نوجوانان بزهکار و افراد الکلی مورد استفاده واقع شده است. روش درمانی چند سیستمی (M S T) براساس نظریه‌های اجتماعی - بوم شناختی تدوین شده است (برنفرنر^۳، ۱۹۷۹). براساس این نظریه رفتار آدمی ناشی از سیستمهای فردی، خانوادگی، آموزشی، همسالان و نظامهای اجتماعی که به هم پیوسته و متعامل هستند، می‌باشد. براساس نظریه بوم شناختی اجتماعی معنی یک رفتار زمانی قابل فهم است که به موقعیت بروز آن توجه شود و اثربخشی درمان زمانی به حداکثر ممکن می‌رسد که با توجه به موقعیت رفتار و شرایطی که فرد با آنها سرو کار دارد صورت گیرد. بنابراین در این شیوه درمانی فقط خود فرد و یا خانواده او هدف درمان نیستند بلکه خرده نظامهای خانواده - مدرسه و دوستان - مدرسه هم مورد توجه واقع می‌شوند. این روش درمانی را پژوهش‌های متعددی که درباره عوامل زمینه‌ای خطر ساز رفتار غیر عادی نوجوانان و جوانان و درمان آن که از طریق مداخله در این نظامها است

1. Sabatelli
2. Multisystem therapy
3. Bronfenbrenner

تأیید می‌کند (بوردین^۱ و همکاران، ۱۹۹۵؛ هنگلر^۲ و همکاران، ۱۹۹۸؛ اسکوتن والد و همکاران^۳، ۲۰۰۰). ویژگی اصلی درمان چند سیستمی این است که بر تغییر بوم شناختی زندگی نوجوان و خانواده او به نحوی که موجب سازگاری مثبت و رفع مشکلات عاطفی و رفتاری او گردد تأکید می‌شود. با این حال بسیاری از این پژوهشها که مبتنی بر درمان چند سیستمی بوده است به منظور تعیین اثربخشی آن برای درمان اختلالات رفتاری نوجوانان و افراد بزهکار و یا الکلی صورت گرفته است و از آن برای درمان تعارض‌های زناشویی استفاده نشده است. این درحالی است که پژوهش احسانی و فرح بخش (۱۳۸۶) نشان می‌دهد زمانی که زوجین با همدیگر در کشمکش و تعارض واقع می‌شوند بعد از مدتی خانواده‌های اصلی آنان به جای آنکه نقش تسهیل‌گر برای رشد روابط صمیمی و کاهش تعارض داشته باشند خود درگیر ماجرا می‌شوند. در این پژوهش مشخص گردید مادران زوجها و به ویژه مادری که فاصله مکانی کمتری با محل زندگی زوجها دارد در رشد این تعارض نقش بیشتری ایفا می‌کند. مقایسه نحوه رابطه خانواده‌های اصلی زوجها سالم و متعارض در این پژوهش نشان داد والدین این خانواده نقش مؤثری با استفاده از مهارت‌های خاص خود در رشد آرامش و سازگاری آنها دارند. بنابراین در خانواده‌های اصلی نیروهایی وجود دارد که زندگی زوجها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و این اثر می‌تواند سازنده و یا مخرب باشد. به طور خلاصه پژوهشها نشان داده است ۱- خانواده اصلی به نحوی در ازدواج فرزندان مؤثر است ۲- در بسیاری از مداخلات درمانی برای تعارض‌های زناشویی تمرکز بر زوجین بوده و نقش خانواده‌های اصلی نادید گرفته شده است بنابراین هدف این پژوهش این است که مشخص سازد آیا استفاده از مشارکت دادن خانواده‌های اصلی در فرآیند مشاوره زناشویی می‌تواند دوره درمان را کوتاه‌تر و اثربخشی آن را ماندگارتر سازد.

در این پژوهش سؤالات زیر مورد بررسی قرار می‌گیرد.

1. Borduin
2. Hengler
3. Schoenwald

- ۱- آیا تعداد جلسات درمان برای کاهش تعارض‌های زناشویی در زوج درمانی همراه با خانواده‌های اصلی و زوج درمانی به تنهایی کمتر خواهد بود؟
- ۲- آیا زوج درمانی همراه با خانواده‌های اصلی مؤثرتر از زوج درمانی به تنهایی در کاهش تعارض‌های زناشویی است؟
- ۳- آیا پس از سه ماه از گذشت مداخله میزان پایداری اثربخشی زوج درمانی همراه با خانواده‌های اصلی بیشتر از زوج درمانی به تنهایی است؟

طرح پژوهش

جامعه آماری

افراد مورد مطالعه از میان زوج‌هایی انتخاب شدند که به دلیل تعارض و ناسازگاری به دادگاه خانواده، مراکز مشاوره بهزیستی و سایر مراکز مشاوره خصوصی در شهر اصفهان مراجعه کرده‌اند و از طریق دعوت و یا ارجاع به مرکز مشاوره نویدبخش در شهر اصفهان در دوره‌های درمان مشارکت نموده‌اند. در مجموع ۷۱ زوج از سوی مراکز مختلف ارجاع داده شدند که ۶۳ زوج تمایل خود را به ادامه مشاوره و درمان اعلام نمودند.

روش نمونه‌گیری

نمونه‌های مورد مطالعه از میان ۶۳ زوجی که تمایل خود را برای مشاوره زناشویی به منظور کاهش تعارض و رشد روابط صمیمانه اعلام نمودند به طور تصادفی انتخاب شدند، ۳۰ زوج به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و سپس به همین شیوه به سه گروه ۱۰ نفری تقسیم شدند. یک گروه تحت مشاوره زوج درمانی به تنهایی قرار گرفتند و از گروه دیگر درخواست شد پدر و مادر خود را نیز به جلسه درمان دعوت کنند و یک گروه به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. خلاصه ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه‌های مختلف در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. میانگین سن آزمودنیهای گروههای مختلف

گروهها	سن شوهر	سن زن	مدت ازدواج	تحصیلات شوهر	تحصیلات زن	میانگین تعداد فرزندان
کنترل	۳۵/۲	۳۰/۱	۷/۲	۴/۸	۴/۲	۱/۲
زوج درمانی به تنهایی	۳۴/۴۲	۳۱/۹۵	۸/۱	۴/۶	۳/۹	۱/۴
زوج درمانی به همراه خانواده اصلی	۳۶/۱	۳۱/۲۴	۷/۵	۵/۰۳	۴/۲۳	۱/۳

ابزار اندازه گیری

ابزار اندازه گیری متغیر وابسته در این پژوهش پرسشنامه تعارض زناشویی بود. این پرسشنامه میزان درگیری تعارض زناشویی و ابعاد آن را اندازه گیری می کند. این آزمون که توسط ترابی و زیرنظر ثنائی (۱۳۷۵) ترجمه شده است هفت بعد یا زمینه تعارض زناشویی را اندازه گیری می کند. این ابعاد عبارتند از: ۱- کاهش همکاری: میزان کاهش همکاری در امور مختلف زندگی زناشویی را مورد بررسی قرار می دهد. ۲- کاهش رابطه جنسی ۳- افزایش واکنش هیجانی: شامل درگیری لفظی و فیزیکی. ۴- افزایش رابطه فردی با خویشاوندان ۵- کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر ۶- جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۷- افزایش جلب حمایت از فرزندان (ترابی و ثنائی ۱۳۷۵). ترابی و ثنائی (۱۳۷۵) گزارش می کنند نمرات زوجهای که به دلیل تعارض زناشویی به دادگاه مراجع نموده اند و زوجهای عادی تفاوت معنی داری ($p < 0.01$) وجود دارد که دال بر روایی آن در متمایزسازی زوجهای عادی و متعارض است. دهقان (۱۳۸۰) میزان پایایی هریک از مقیاسهای این آزمون را بر روی یک گروه سی نفر به دست آورد. حداکثر پایایی ۰/۸۲ و حداقل ۰/۳۰ و ضریب آلفا برای کل آزمون ۰/۵۲ بدست آمد. فرحبخش و دیگران (۱۳۸۳) در یک پژوهش که بر روی گروهی از زوجهای اصفهانی (۲۳ زن و ۲۳ مرد) انجام شد ضریب الفای کرنباخ را پس از اصلاح آماری سوالات ۰/۶۹ بدست آوردند و ضریب پایایی در خرده مقیاسهای مختلف حداقل ۰/۴۲ و حداکثر ۰/۶۲ بدست آوردند. همچنین بین نمرات یک گروه ۳۵ نفری از آزمودنیهای فوق (۲۰ نفر زن و ۱۵ نفر مرد) در فاصله دو هفته ۰/۷۳ همبستگی مشاهده گردید. مقایسه نمرات زوجهای مراجعه کننده به دادگاه

و زوجهای عادی حاکی از وجود تفاوت معنی دار بین دو گروه در مقیاسهای مختلف است. هر سؤال آزمون دارای یک مقیاس پنج درجه شامل: همیشه، اکثراً، گاهی، بندرت و هرگز می باشد که بر حسب پاسخ به هر گزینه نمره های بین ۱ تا ۵ تعلق می گیرد. به گزینه همیشه نمره ۵ و به گزینه هرگز نمره ۱ داده می شود. نمره بالا در این آزمون به منزله شدید بودن تعارض می باشد. بنابراین اگر پاسخ فرد به هر گزینه دال بر بد بودن اوضاع باشد نمره ۵ و اگر دال بر خوب بودن اوضاع باشد نمره ۱ تعلق می گیرد. نمره کل آزمون ۲۱۰ می باشد.

روش اجرا پژوهش

همانگونه که گفته شد در این پژوهش سه گروه آزمودنی از زوجهایی که دارای تعارض و کشمکش شدید بودند پس از ابراز تمایل خود به سه گروه تقسیم شدند یک گروه کنترل و دو گروه آزمایش. از دو گروه آزمایش یک گروه از زوجین به تنهایی و بدون مشارکت خانواده اصلی آنها انجام شد و گروه دیگر مشاوره زناشویی با مشارکت خانواده اصلی آنها اجرا شد. ابتدا از زوجین گروه های کنترل و آزمایش پیش آزمون به عمل آمد و پس از آن بر روی گروه های آزمایش متغیر مستقل اجرا گردید. فنون و روشهای مشاوره مورد استفاده در هر دو گروه آزمایش شبیه به یکدیگر بود و عمدتاً مبنی بر ترکیبی از رویکردهای واقعیت درمانی، شناخت درمانی و رفتاردرمانی بود. متغیر مستقل یا همان شیوه درمان در زوج درمانی تنها در طی ۷-۹ جلسه اجرا گردید. در این جلسات با استفاده از فنون مشاوره زناشویی واقعیت درمانی ابتدا به هریک از زوجین کمک می شد رفتار و عملکرد خود را در فرایند کشمکش و درگیری زناشویی شناسایی و ارزیابی نمایند. از آنان درخواست شد به فواید و سودمندی رفتار و عملکرد خود در تعامل با همسرشان اندیشه نمایند همچنین مشخص کنند با این اعمال و رفتار تا چه اندازه می توانند صمیمت و آرامش را در روابط خود ایجاد کنند. از این طریق آنها متوجه می شوند که با این رفتارها نه تنها به خواسته ها و نیازهای خود در تعامل زناشویی دست نمی یابند بلکه استرس و آشفتگی را نیز در روابط خود بوجود می آورند. در این فرایند از پنج سوال اصلی که در روش زوج درمانی گلاسر مطرح است و دایره مشکل گشا استفاده به عمل آمد. بعد از رشد این آگاهی و پذیرش

مسئولیت توسط هریک از زوجها از آنان درخواست گردید اکنون آنچه را که فکر می کنند موجب رشد صمیمیت، احترام، آرامش و دوستی در بین آنها می شود را شناسایی نمایند. لیست رفتارها و اعمالی که هریک از زوجین به نظر خودش باید انجام دهد تا به صمیمیت مورد نظر برسد تهیه شده و شخصاً متعهد می شد آن را طی برنامه مشخصی اجرا نماید. به علاوه در این برنامه تقویت کننده های مثبت و منفی برای رشد صمیمیت تدارک دیده می شد. براساس نظریه های شناختی رفتاری خطاهای شناختی، باورهای غیرمنطقی ارتباطی و روش مقابله با آنها و مهارت های ارتباطی همرا با تحلیل بررسی گردید.

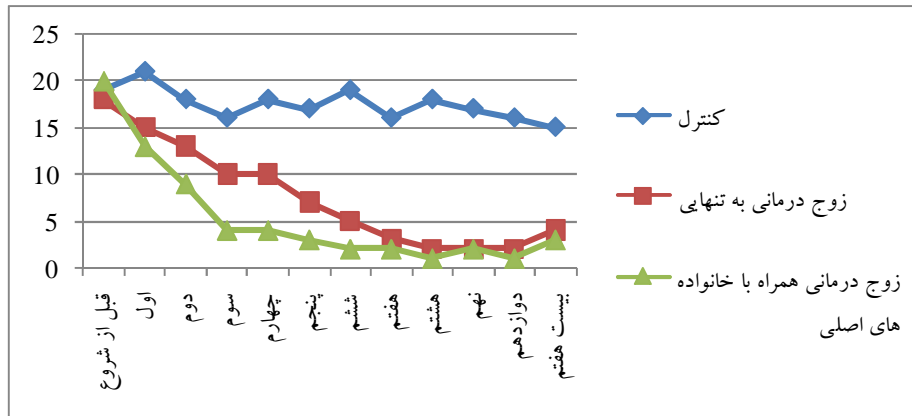
در گروه زوج درمانی با خانواده های اصلی روش کار به این طریق اجرا گردید که جلسه اول فقط با حضور زوجین برگزار می گردید در این جلسه شدت و سوابق تعارض و درگیری به علاوه رابطه آنها با هریک از خانواده های اصلی و نقش آنها در تداوم شدت و تداوم درگیریها بررسی می شد. موضوع مشارکت دادن خانواده های اصلی در فرایند مشاوره به اطلاع زوجها رسانده شد و ضمن توضیح فواید حضور خانواده های اصلی در مؤثر بودن مشاوره توافق آنها برای این امر جلب می گردید. از آنان سوال می شد چه کسی یا کسانی در خانواده های اصلی آنان هستند که در زندگی زناشویی آنان مؤثر می باشد؟ سپس آدرس و تلفن خانوادها ی اصلی برای دعوت به جلسه مشاوره از آنان اخذ می شد. از طریق تماس تلفنی خانواده های اصلی تشویق می شدند در فرایند درمان مشارکت نمایند. از ۲۰ خانواده ی که به این منظور دعوت شدند ۱۵ مورد بخصوص مادران به نحوی درگیر تعارض زناشویی فرزندان خود بودند و پنج مورد خود را کنار کشیده بودند و یا نقش میانجی را بازی می کردند. اما همه آنها در فرایند مشاوره مشارکت داده شدند. در واقع هدف اصلی مشارکت دادن والدین خانواده های اصلی در فرایند درمان از یک سو عبارت بود از کاهش نقش مخرب آنان در رشد تعارض های زناشویی فرزندان و از سوی دیگر تقویت نقش استحکام بخشی آنها در زندگی زناشویی فرزندان شان بود. هر جلسه مشاوره به طور متوسط ۹۰ دقیقه به طول می انجامید. جلسه با حضور والدین خانواده های اصلی و خود زوج ها برگزار می شد. در جلسات دوم راجع به ماهیت تعارض زناشویی نقش زوجها و نقش خانواده های اصلی در تقویت و استحکام زندگی زناشویی فرزندان بحث و گفتگو به

عمل می‌آمد. در این جلسات مشخص می‌شد که آرزوی هر دو گروه والدین خوشبختی و آرامش فرزندانشان می‌باشد و تمام تلاش آنان در این راستا بوده است. از هریک از والدین جداگانه درخواست شد نحوه تعامل خود را با ازدواج فرزندشان بررسی کنند و مشخص نمایند آیا اقدامات آنان موجب استحکام زندگی زناشویی فرزندشان شده است یا بر آن اثر مخرب داشته است. از والدین خواسته شد مشخص نمایند برای استحکام و تقویت زندگی زناشویی فرزندشان چه کارهای مؤثر و سازنده‌ای می‌توانند انجام دهند. برای هریک از خانواده‌های اصلی برنامه‌ای به منظور ایفای نقش استحکام بخشی به ازدواج فرزندشان تنظیم می‌شد. برنامه هفتگی به کمک آنها تنظیم می‌گردید و متعهد به اجرای آن می‌شدند. به عنوان مثال به والدین برنامه‌ای داده می‌شد که طی آن فرزند خود را آموزش دهند چگونه در مقابل مشکلات زناشویی رفتار نمایند، از همدلی تعارض آفرین با فرزند خویش خودداری نمایند، به جای بدگویی از همسر و خانواده همسر فرزندشان او را تشویق به سازگاری با همسرش نمایند. والدین تشویق می‌شدند نکات مثبت همسر فرزندشان به او یاد آور شوند، به او امید بدهند و ضمن طبیعی قلمداد کردن اختلافات زناشویی او را تشویق کنند که خودشان مشکلشان را حل نمایند. در ضمن این فرایند نگرشها و باورهای والدین در مورد نقش آنان در استحکام بخشی به خانواده زوجین و یا رشد تعارضها مشخص شده و با استفاده از روشهای شناخت درمانی به چالش کشیده می‌شد. تعداد جلسات مشاوره این گروه بین ۵ تا ۶ جلسه در نظر گرفته شده بود و در جلسه سوم اکثر آنها صحبت از مفید، مؤثر و کافی بودن ادامه مشاوره به عمل می‌آوردند. یک هفته قبل از شروع درمان از آزمودنی پیش آزمون و یک هفته پس از پایان جلسه درمان از هر گروه پس آزمون اول به عمل آمد. به منظور سنجش پایایی و تداوم اثر مشاوره سه ماه پس از پایان آخرین جلسه مجدداً آزمون تعارض زناشویی به عنوان پس آزمون دوم اجرا گردید. علاوه بر آن پس از هر هفته مراجعه زوجها تعداد دفعات درگیری و تعارض آنها بررسی و یادداشت می‌گردید. به منظور بررسی فراوانی درگیری‌های زناشویی از آنان خواسته می‌شد تعداد درگیریها و تعارضهای خود را در طول هفته یادداشت و گزارش نمایند یعنی آنها در آغاز هر جلسه تعداد درگیریهای لفظی و یا فیزیکی و قهر و آشتی‌های خود را گزارش می‌کردند. معیار

کافی بودن جلسات درمان و پایان آن اعلام رضایت زوجها از میزان بهبودی و کافی دانستن درمان از نظر آنان تعیین گردید. البته در مواردی زوجها به دلایل دیگری تمایل به ادامه درمان نداشتند اما به تشخیص مشاور اگر ادامه درمان ضرورت داشت آنان تشویق به ادامه درمان می‌شدند.

نتایج تحقیق

سؤال اول پژوهش این بود که آیا تعداد جلسات درمان برای کاهش تعارض‌های زناشوی در زوج درمانی همراه با خانواده‌های اصلی و زوج درمانی به تنهایی کمتر خواهد بود. برای پاسخ به این سؤال فراوانی میزان درگیری‌های زناشویی زوجها یک هفته قبل از شروع درمان و در طی آن بررسی گردید. فراوانی میزان درگیریها در طی دوره درمان در نمودار ۱ آمده است. همانگونه که مشاهده می‌شود فراوانی درگیریها و تعارض‌های زناشویی در گروه کنترل تقریباً ثابت مانده است و میزان آن در گروه زوج درمانی همراه با خانواده‌های اصلی در هفته سوم روبه کاهش گذاشته است و درمان از جلسه پنجم به بعد پایان یافته در حالی که در زوج درمانی به تنهایی فراوانی درگیریها و تعارضات در هفته هشتم به حداقل رسید و جلسات مشاوره پایان یافت. بنابر این نتایج نشان می‌دهد که تعداد جلسات زوج درمانی همراه با خانواده اصلی کمتر از تعداد جلسات زوج درمانی به تنهایی است. به علاوه نمودار فوق نشان می‌دهد میزان کاهش تعارض‌ها در زوجهایی که همراه با خانواده اصلی درمان شده‌اند پایدارتر از زوجهایی است که به تنهایی و بدون خانواده اصلی مشاوره شده‌اند. این تفاوت‌ها براساس مجذور کای دو ($P < .002$, $X=24, DF=5$) معنی دار می‌باشد. بنابراین در مورد فرض یک به این نتیجه می‌رسیم که تعداد جلسات زوج درمانی همراه با خانواده‌های اصلی کمتر از زوج درمانی به تنهایی است.



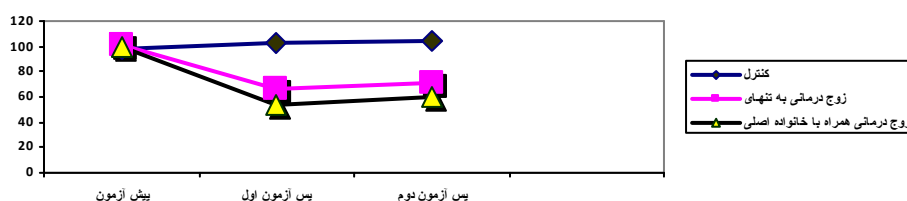
نمودار ۱. توزیع فراوانی تعداد دفعات درگیری و تعارض گزارش شده در زوجهای گروههای مورد مطالعه

همچنین از ۱۰ نمونه زوج درمانی همراه با خانواده اصلی ۸ مورد در جلسه چهارم و دو مورد در جلسه پنجم اظهار رضایت نموده و دوره درمان آنها خاتمه یافت. میانگین تعداد جلسات برای گروه زوج درمانی همراه با خانواده اصلی ۴/۲ بود. از ۱۰ نمونه زوجهایی که به تنهایی مورد مشاوره قرار گرفته بودند سه مورد در جلسه ششم، چهارمورد در جلسه هفتم و سه مورد در جلسه هشتم از روند مشاوره و بهبودی اظهار رضایت نموده و جلسات مشاوره آنها خاتمه یافت. میانگین تعداد جلسات زوج درمانی به تنهایی ۷ جلسه است. اجرای آزمون t برای گروههای مستقل حاکی از آن است که بین میانگین تعداد جلسات دو گروه ($t=9/63, df=18, p<0/001$) تفاوت معنی دار وجود دارد.

سؤال دوم این پژوهش این است که آیا زوج درمانی همراه با خانوادههای اصلی مؤثرتر از زوج درمانی به تنهایی در کاهش تعارضهای زناشویی است. همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین نمرات کل آزمودنیهای گروههای آزمایش کاهش یافته در حالی که در گروه کنترل تغییر قابل توجه نداشته است. نمودار ۱ تصویر عینی تری از تفاوت میانگینهای سه گروه ارائه می دهد.

جدول ۲. میانگین‌های سه گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون اول، پس‌آزمون دوم

گروهها	میانگین پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون اول	میانگین پس‌آزمون دوم
کنترل	۹۷/۲۵	۱۰۳/۲	۱۰۴/۸
زوج درمانی به تنهایی	۱۰۱/۲	۶۶/۴۲	۷۱/۴۲
زوج درمانی همراه با خانواده اصلی	۹۸/۲	۵۲/۹	۵۹/۸۱



نمودار ۱. میانگین‌های سه گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون اول، و پس‌آزمون دوم

برای بررسی این سوال از روش تحلیل کوواریانس استفاده به عمل آمد. تحلیل اولیه نشان می‌دهد شرایط استفاده از این آزمون وجود دارد. فرضیه همگنی شیب‌ها برقرار است ($\eta^2=0.28$, $P<0.046$, $F=0.78$, $MSE=33.067$) و بررسی معنی‌دار بودن تفاوت میانگین‌های پس از تعدیل در سه گروه کنترل و آزمایش ($\eta^2=0.68$, $P<0.001$, $F=34.29$, $MSE=14349.47$) معنی‌دار می‌باشد. مقایسه میانگین تعدیل شده پس‌آزمون نمرات گروه زوج درمانی همراه با خانواده اصلی و زوج درمانی به تنهایی نشان می‌دهد اختلاف بین دو میانگین (۱۴/۵۲) با استفاده از آزمون معنی‌دار بنفرونی $P<0.01$ معنی‌دار است و زوج درمانی همراه با خانواده‌های اصلی مؤثرتر از زوج درمانی به تنهایی بوده است.

سؤال سوم این است که آیا پس از سه ماه از گذشت مداخله میزان پایداری اثربخشی زوج درمانی همراه با خانواده‌های اصلی بیشتر از زوج درمانی به تنهایی است. برای بررسی این سؤال سه ماه پس از اتمام دوره درمان از آزمودنیها مجدداً آزمون به عمل آمد. همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین گروههای آزمایش در آزمون تعارض‌های زناشویی کمتر از گروه کنترل است. برای بررسی این سوال از روش تحلیل کوواریانس

استفاده به عمل آمد. تحلیل اولیه نشان می دهد شرایط استفاده از این آزمون وجود دارد. فرضیه همگنی شیب‌ها برقرار است ($MSE=11/69, F=.18, P>0/05, \eta^2=0/28$) و بررسی معنی دار بودن تفاوت میانگینهای پس از تعدیل در سه گروه کنترل و آزمایش ($0/01, \eta^2=0/52$) / $MSE=8446/47, F=136/0, 29P<$ معنی دار می‌باشد. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده پس از آزمون دوم در گروه‌های آزمایش یعنی گروه زوج درمانی به تنهایی و زوج درمانی همراه با خانواده‌های اصلی با استفاده از آزمون تعقیبی بنفرونی نشان می‌دهد بین میانگین دو گروه ($13/6$) تفاوت معنی داری ($P<0/01$) وجود دارد. بنابراین زوج درمانی همراه با خانواده اصلی مؤثرتر از زوج درمانی به تنهایی است و درمان ناشی از آن پایدارتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج پژوهش حاکی از آن است که زوج درمانی به تنهایی و زوج درمانی همراه با خانواده‌های اصلی در کاهش تعارض‌های زناشویی و افزایش صمیمیت مؤثر است. بنابراین نتایج پژوهش با نتایج پژوهش‌های دیگر (باکوم و هافمن، ۱۹۸۶؛ اولری و اسمیت، ۱۹۹۱؛ برادبوری و فینچام، ۱۹۹۰؛ دان و اسکوبل، ۱۹۹۵؛ هالوگ و مارکمن، ۱۹۸۸؛ گاتمن، ۱۹۹۴؛ دويس، ۱۹۸۲؛ فرحبخش و همکاران، ۱۳۸۶)، در مورد اثر بخش بودن زوج درمانی با استفاده از رویکردهای گوناگون هماهنگ می‌باشد. نتایج پژوهش در مورد اثربخش بودن زوج درمانی همراه با خانواده‌های اصلی با پژوهش‌های انجام شده در مورد استفاده از اثربخش بودن درمان چند سیستمی و پایایی این اثربخشی حتی پس از گذشت چهار سال از مداخلات درمانی انجام شده برای کاهش رفتار بزهکارانه و مصرف مواد روان گردان بنا به گزارش پژوهش‌های انجام شده توسط بوردین و همکاران (۱۹۹۵)، هنگر و همکاران (۱۹۹۸)، اسکوین والد (۲۰۰۰) هماهنگ می‌باشد. اثربخش بودن این روش درمانی در کاهش تعارض‌های زناشویی با پژوهش احسانی و فرحبخش (۱۳۸۶) درباره نقش و مداخلات سازنده و مخرب خانواده‌های اصلی در زندگی زوجین مؤثر می‌باشد. نتایج پژوهش نشان داد زوج درمانی همراه با خانواده اصلی کوتاه تر از زوج درمانی به تنهایی می‌باشد. کوتاه شدن دوره درمان در زوج درمانی همراه با خانواده اصلی احتمالاً به

دلیل افزایش عوامل درمانی می‌باشد. درگیر کردن اعضای مؤثر خانواده اصلی در کاهش تعارض‌های زناشویی از یک سو موجب حذف نقش مخرب خانواده‌های اصلی و از سوی دیگر موجب افزایش و تقویت نقش درمانی آنها و توسعه عوامل درمانی در فرایند درمان می‌گردد. همچنین نتایج حاصل از پژوهش حاکی از آن بود که پایداری اثربخش زوج درمانی همراه با خانواده‌های اصلی بیشتر از زوج درمانی به تنهایی می‌باشد. علت این تفاوت احتمالاً این باشد که اولاً در فرایند درمان مهارت‌های حفظ زندگی زناشویی و تقویت آن با استفاده از روش‌های زوج درمانی به شیوه واقعیت درمانی و شناختی رفتاری آموخته می‌شود و زوجین مطابق نظریه کنترل در واقعیت درمانی مسئولیت حفظ و نگهداری ازدواج خود را - همچنان که در پژوهش فرحبخش و همکاران (۱۳۸۳) نشان داده شد - می‌پذیرند. ثانیاً بنا به نتایج پژوهش احسانی و فرح بخش (۱۳۸۶) در این روش درمانی عوامل مداخله‌گر در ایجاد تعارض زناشویی که در خارج از مرزهای زناشویی که یکی از مهمترین آنها همان خانواده اصلی است نه تنها حذف نمی‌شود بلکه از نقش رشد دهنده آنها به عنوان منبعی برای تقویت روابط زناشویی زوجها استفاده می‌شود. به طور کلی آنچه از نتایج این پژوهش برمی‌آید این است که مشاوران و درمان‌گران خانواده در هنگام کار با زوج‌های دارای تعارض و خانواده‌های مشکل‌دار نقش خانواده‌های اصلی را فراموش نکنند و در فرایند ارزیابی خود نحوه ارتباط زوجین و خانواده‌های اصلی را بررسی نمود و در فرایند درمان در صورت لزوم از آن استفاده نمایند.

منابع

- احسانی، مریم؛ فرح بخش، کیومرث. (۱۳۸۶). مقایسه کیفیت ارتباط خانواده‌های اصلی با زوجین دارای تعارض زناشویی و زوجین عادی در شهرستان خمینی شهر. دانشگاه آزاد اسلامی خمینی شهر. پایان نامه کارشناسی.
- فرح بخش، کیومرث؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ احمدی، احمد؛ دلاور، علی. (۱۳۸۳). مقایسه اثربخشی زوج درمانی به شیوه واقعیت درمانی، درمان منطقی عاطفی رفتاری الیس و ترکیبی از آن در کاهش تعارض‌های زناشویی. دانشگاه علامه طباطبایی. پایان نامه دوره دکتری.
- Addis, J., & Bernard, M. E. (2002). Marital adjustment and irrational beliefs. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapy*, 20, 3–13.
- Amato, P. R. (1996). Explaining the intergenerational transmission of divorce. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 628-640
- Amato, P. R., Loomis, L. S., & Booth, A. (1995). Parental divorce, marital conflict, and offspring well-being during early adulthood. *Social Forces*, 73, 895-915
- Baucom, D.H., & Hoffman, J.A. (1986). The effectiveness of marital therapy: Current status and application to the clinical setting. In N.S. Jacobson & A.S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (pp. 597-620). New York: Guilford.
- Beck, A. T. (1988). *Love is never enough*. New York: Guilford Press
- Bloom, B.L., Asher, S.J., & White, S.W. (1978). Marital disruption as a stressor: A review and analysis. *Psychological Bulletin*, 85, 867-894.
- Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M., & Wilson, R. A. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminology and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63, 569-578.
- Bradbury, T. N., & Fincham, F. D. (1992). Attributions and behavior in marital interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 613–628.
- Bradbury, T.N. & Fincham, E D. (1990). Preventing marital dysfunction: Review and analysis. In E.D. Fincham & T.N. Bradbury (Eds.), *The psychology of marriage* (pp. 375-401). New York: Guilford.
- Bray, James.H. Jouriles, Ernest.N (1995) Treatment of marital conflict and prevention of divorce. *Journal of Marital and Family Therapy*. Upland Vol. 21, Iss. 4.
- Bray. J.H., & Hetherington, E.M. (1993). Families in transition: Introduction and overview. *Journal of Family Psychology*, 7, 3-9
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by design and nature*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Bumpass, L. L., Martin, T. C., & Sweet, J. A. (1991). The impact of family background and early marital factors on marital disruption. *Journal of Family Issues*, 12, 22-42.

- Carels, R. A. Sherwood, A. Szczepanski, R. & Blumenthal, J. A. (2000) ambulatory blood pressure and mental distress in employed women. *Behavioral medicine*, 26, 80-85.
- Cornelius, Tara L. Aless, Galen (2007) Behavioral and Physiological Components of Communication Training: Does the Topic Affect Outcome? *Journal of Marriage and Family*. Vol. 69, Iss. 3; pg. 608, 13 pgs.
- Dattilio, Frank, M. Restructuring Schemata From Family of Origin in Couple Therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. New York: Winter 2006. Vol. 20, Iss. 4; pg. 359, 15 pgs.
- Dorian, B.J., Garfinkel, P.E., Brown, G.M., Shore, A., Gladman, D., & Keystone, E. (1982). Aberrations in lymphocyte subpopulations and functions during psychological stress. *Clinical and Experimental Immunology*, 50, 132-138.
- Dunn, R. L. & Schwebel, A. I. (1995). Meta-analytic review of marital therapy outcome research. *Journal of Family Psychology*, 9, 58-68.
- Ellis, A. (2003). The nature of disturbed marital interaction. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 21, 147-153.
- Emery, R.E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*, 92, 310-330
- Fals-Stewart, William. Kashdan, Todd B. Farrell, Timothy J. Birchler, Gary R. (2002) Behavioral couples therapy for drug-abusing patients: effects on partner violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22 (2002) 87- 96.
- Fincham, F. D. (2003). Marital conflict: correlates, structure, and context. *Current Direction in Psychological Sciences*, 12, 23-27
- Gallo, L.C., Troxel, W. M. , Matthes, K. A. & Kuller, L. H. (2003). Marital status and quality in middle-aged women: association with levels and trajectories of cardiovascular risk factor. *Health Psychology*, 22, 453-463.
- Gottman, J. M., Jacobson, N. S., Rushe, R. H., Shortt, J. W., Babcock, J., La Taillade, J. J., & Waltz, J. (1995). The relationship between heart rate reactivity, emotionally aggressive behavior, and general violence in batterers. *Journal of Family Psychology*, 9, 227-248.
- Gottman, J.M. (1993). A theory of marital dissolution and stability. *Journal of Family Psychology*, 7, 57-75.
- Gottman, J.M. (1994). Why marriages succeed or fail. New York: Simon & Schuster.
- Gottman, J.M., & Levenson, R. W. (1992). Marital processes predictive of later dissolution: Behavior, physiology, and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 221-233.
- Hahlweg, K., & Markman, H. J. (1988). Effectiveness of behavioral marital therapy: Empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 440-447.
- Hamamci, Zeynep. (2005) DYSFUNCTIONAL RELATIONSHIP BELIEFS IN MARITAL CONFLICT. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, Vol. 23, No. 3, DOI: 10.1007/s10942-005-0013.
- Henggeler, S. W., Mihalic, S. F., Rone, L., Thomas, C., & Timmons-Mitchell, J. (1998). Blueprints for violence prevention multisystemic therapy. D. S. Eillott (Series Ed.), University of Colorado at Boulder, Center for the Study and Prevention of Violence. Blueprints Publications.

- Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., & Brondino, M. J. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research*, 1, 171-184.
- Hills, Beverly .H. Larson, Jeffrey; Benson, Mark.J. Wilson ,Stephan M. Medora ,Nilufer (1998) Family of origin influences on marital attitudes and readiness for marriage in late adolescents .*Journal of Family Issues*; Nov
- Jouriles, E.N., Farris, A.M., & McDonald, R. (1991). Marital functioning and child behavior: Measuring specific aspects of the marital relationship. In J. P. Vincent (Ed.), *Advances in family intervention, assessment and theory* (Vol. 5, pp. 25-46). London: Jessica Kingsley.
- Koerner ,*Ascan. F* , Fitzpatrick, *Mary Anne* (2002)You never leave your family in a fight: The impact of family of origin on conflict-behavior in romantic relationships.*Communication Studies*. West Lafayette: Fall 2002. Vol. 53, Iss. 3; pg.234,18 pgs.
- Newton, T.L.& sanforrd, J. M. (2003).conflict structure moderates associations between cardiovascular reactivity and negative marital interaction. *Health psychology*, 22, 270-278.
- O'Leary, K.D., & Smith, D.A. (1991). Marital interactions. *Annual Review of Psychology*, 42, 191-212
- Robert,linda J.(2006).from bickering to battering:destructive confling prisses in intimate relationship.close relationship function, forms and processes .edited by patricia and Judith A.feeney.new York psychology press.
- Sabatelli ,*Ronald M* . Bartle-Haring, *Suzann,e* (2003) Family-of-origin experiences and adjustment in married couples. *Journal of Marriage and Family*. Minneapolis: Feb .Vol.65, Iss. 1; pg. 159, 11 pgs
- Schoenwald,*Sonja.K.Brown,Tamara.L* . Henggeler,*Scott.W*.(2000)Inside multisystemic therapy:Therapist, supervisory, and program practices. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*.. Vol. 8, Iss. 2; pg. 113, 15.
- Smit, T. W.&Ruiz,J. M.(2002).psychological influence on the development and course of coronary heart disease:Curent status and implication for research and practice.*journal of counsolting and clinical psychology*,70,548-568.
- Snyder, D.K., Wills, R.M., & Grady-Fletcher, A. (1991). Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: A 4-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 138-141.
- Verbrugge, L.M. (1979). Marital status and health. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 267-285.
- Weiss, R. L. (1981). The new kid on the block: Behavioral systems approach. In E.E. Filsinger & R.A. Lewis (Eds.), *Assessing marriage: New behavioral approaches* (pp. 22-37). Beverly Hills, CA: Sage
- Whitson ,Stephanie.SheikhA, Mona El- (2003) Marital conflict and health:Processes and protective factors. *aggression and Violent Behavior*Vol ,8, 283-312
- Zeiss, A.M., Zeiss. R.A., & Johnson, S.M. (1980). Sex differences in initiation and adjustment to divorce. *Journal of Divorce*, 4, 21-33.

