

اثر بخشی آموزش خانواده درمانی ساختاری به شیوه گروهی

بر عملکرد خانواده و رضایت زناشویی زنان دارای همسر جانباز

The Impact of Group Structural Family Therapy Training on Family Functioning and Marital Satisfaction of Women with Disabled Veteran Husbands

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۲/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۲۷

Mirshkari, H. [✉]; Sanagui Moharer, Gh.; Shirazi, M.حمیدرضا میرشکاری [✉]، غلامرضا ثناگوی محرر^۱، محمود شیرازی

Abstract

Introduction: The family is the oldest social institution that has existed since the beginning of human existence and is the basis of society. Therefore, the present study deals with the impact of group structural family therapy training on family functioning and marital satisfaction of women with disabled veteran husbands.

Method: This is a quasi-experimental study conducted in 2018 using a pretest-posttest design with a control group. The research population included women living in Zahedan whose husbands were veterans with 25 to 40 percent disability. Following a demographic analysis and clinical interview of the patients, a group of 50 subjects having the research requirements was selected. After they answered the family functioning and marital satisfaction questionnaires and participated in the structural clinical interview for axes I, II, and DSM-IV disorders, 48 individuals who had received the lowest scores in family functioning and marital satisfaction questionnaires were selected and randomly assigned into an experimental group (n = 24) and a control group (n = 24). The experimental group received nine weekly 90-minute sessions of training while the control group received no training, and both groups took the posttest when the experimental group's training terminated. Shapiro-Wilk test, Levin test, Box test, Wilkes' Lambda test and analysis of covariance were employed to analyze the data using SPSS-20 software.

Results: The findings revealed that group structural family therapy training improved family functioning and marital satisfaction of women with disabled veteran husbands, and also the score difference between the experimental and control groups was significant ($p < 0.05$).

Discussion: In group structural family therapy, women were helped to simultaneously reveal their existing conflicts and make it possible for them to be resolved. They were practically helped to learn the correct way of solving these conflicts and to apply it in real life, which resulted in the improvement of their family functioning and marital satisfaction.

Keywords: structural family therapy, marital satisfaction, family functioning, janbaz (disabled veteran).

چکیده

مقدمه: خانواده، قدیمی‌ترین نهاد اجتماعی است که از زمان پیدایش بشر وجود داشته و اساس تشکیل جامعه است. لذا پژوهش حاضر به اثربخشی آموزش خانواده درمانی ساختاری به شیوه گروهی بر عملکرد خانواده و رضایت زناشویی زنان دارای همسر جانباز می‌پردازد.

روش: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش زنان همسر جانبازان ۲۵ تا ۴۰ درصد شهر زاهدان بودند که پس از بررسی ویژگی‌های دموگرافیک بیماران و انجام مصاحبه بالینی، تعداد ۵۰ نفر از مراجعان دارای شرایط لازم برای پژوهش موردنظر مشخص شدند که پس از پاسخ‌دادن به پرسشنامه عملکرد خانواده اِپستاین، بالدوین و بیشاب (۱۹۸۳) و رضایت زناشویی السون و فورز (۱۹۸۹) و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I و II و DSM-IV، در نهایت از میان آنها ۴۸ نفر که در آزمون عملکرد خانواده و رضایت زناشویی کم‌ترین نمره را گرفته بودند، انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۴ نفر) قرار گرفتند. جلسات آموزش طی نه جلسه هفتگی (هر جلسه ۹۰ دقیقه) برای گروه آزمایش انجام شد. گروه گواه تحت هیچ آموزشی قرار نگرفتند و در جلسه آخر هم پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها آزمون شاپیرو ویلک، آزمون لوین، آزمون باکس، لامبدا و ویلکز و تحلیل کواریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS-20 استفاده شد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که آموزش خانواده‌درمانی ساختاری به شیوه گروهی موجب بهبود و ارتقای عملکرد خانواده و رضایت زناشویی زنان دارای همسر جانباز شده است و نیز تفاوت نمره حاصله در گروه آزمایش و کنترل معنی‌دار بود ($p < 0.05$).

بحث: در خانواده‌درمانی ساختاری به شیوه گروهی به زنان کمک شد تا هم‌زمان با آشکار ساختن تعارضات موجود، امکان حل و فصل تضادها و تعارض‌های موجود فراهم شود و عملاً روش درست حل آنها را آموخته و آن را در زندگی واقعی به کار ببرند که این امر باعث ارتقا و بهبود عملکرد خانواده و رضایت زناشویی در آنها شد.

کلید واژه‌ها: خانواده‌درمانی ساختاری؛ رضایت زناشویی؛ عملکرد خانواده؛ جانباز

[✉] **Corresponding Author:** PhD Candidate and Instructor of Psychology and Educational Sciences in Zahedan
E-mail: e.g.nimrooz@gmail.com

[✉] مربی گروه روانشناسی دانشگاه آزاد زاهدان، زاهدان، ایران
۱. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد زاهدان، زاهدان، ایران
۲. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد زاهدان، زاهدان، ایران

مقدمه

شکل‌گیری شخصیت متفاوت در خانواده می‌شود و در بیشتر موارد باوجوداینکه ممکن است پشتوانه‌ای برای سلامت رفتاری افراد باشد، مشکلات رفتاری خاصی را ایجاد می‌کند که به عوامل متعددی بستگی دارد. تمام خانواده‌های دارای عملکرد ضعیف درزمینه موضوع‌های عاطفی مشکل داشته و اغلب از طی فرایند حل مسئله عاجز هستند. در این خانواده‌ها، ارتباطها نادیده گرفته‌شده و یا ارتباط فاقد صلاحیت است، تخصیص و پاسخ‌دهی نقش مشخص و واضح نیست، گستره واکنش‌های هیجانی محدود بوده و کمیت و کیفیت این واکنش‌ها در تناسب با بافت و محیط غیرعادی است. درعین‌حال، اعضای خانواده به یکدیگر علاقه‌ای نداشته و درمورد یکدیگر به سرمایه‌گذاری عاطفی اقدام نمی‌کنند (اکبری، دهقانی، ختیبی و وروت، ۲۰۱۶).

از دیگر عواملی که بر بقا، دوام و رشد خانواده اثر می‌گذارد، روابط سالم و مبتنی بر سازگاری و تفاهم بین اعضا، به‌خصوص زن و شوهر است. رضایت زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس ناشی از رضایت و خوشبختی از یکدیگر داشته باشند. به‌عبارت‌دیگر، زوجین سازگار، زن و شوهرهایی هستند که از روابطشان با یکدیگر راضی‌اند و درزمینه مسائل گوناگون زندگی مثل گذراندن اوقات فراغت، سرمایه‌گذاری، چگونگی ادامه زندگی، ایده‌ها و تصمیم برای آینده و غیره تاحدزیادی باهم اتفاق‌نظر دارند (لیو، نگو و چیونگ، ۲۰۱۶).

در خانواده‌هایی که زن و شوهر باهم تفاهم دارند و از زندگی احساس رضایت می‌کنند، آنان کارکرد مناسب‌تری داشته و نقش خود را بهتر ایفا می‌کنند. لذا رضایت‌مندی زناشویی، در امر ازدواج و زندگی زناشویی مؤلفه‌ای بسیار مهم به‌شمار می‌آید و یک ارزیابی کلی از وضع فعلی ارتباط ارائه می‌دهد (حاجی‌حسینی و سیم، ۲۰۱۸). برای نشان‌دادن میزان

دستیابی به جامعه سالم در گرو خانواده سالم و دستیابی به خانواده سالم در گرو افرادی است که از سلامت روانی مطلوبی برخوردار باشند. ورود به‌نظام خانواده برعکس سایر نظام‌های اجتماعی از طریق تولد، به فرزندگرفتن و ازدواج ممکن است و تنها مرگ، عضویت در نظام خانواده را ازبین می‌برد (استراوس و اسمیت^۱، ۲۰۱۷). خانواده به‌عنوان یک گروه واحد اجتماعی دربرگیرنده بیشترین، عمیق‌ترین و اساسی‌ترین مناسبات انسانی است که براساس ازدواج و زندگی زناشویی شکل می‌گیرد. روی‌هم‌رفته، ازدواج را می‌توان ارتباطی دانست که دارای تمامیت بی‌نظیر و گسترده‌ای است؛ ارتباطی که دارای ابعاد زیستی، عاطفی، روانی، اقتصادی و اجتماعی است (ورسچاگینا، سمگین و استینوسکی^۲، ۲۰۱۵). تحت‌فشاربودن عضوی از خانواده که نقش محوری دارد، بیش از سایرین، سلامتی، رفاه و فضای تربیتی خانواده را متأثر می‌سازد.

در خانواده جانباز، کنارآمدن با مشکلات جسمی و روانی جانباز به‌ویژه زمانی که درصد آسیب بالاست و یا جانباز دچار اختلال استرس پس از سانحه است، برعهده همسر اوست. بنابراین، از نظر بهداشت روانی می‌توانند در شمار گروه‌های در معرض خطر جامعه به‌حساب آیند (شوانی، زهراکار و رسولی، ۱۳۹۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهد ارتباط طولانی‌مدت با جانبازان مخصوصاً در اعضای خانواده و همسران ممکن است به گسترش اختلالات شناختی - هیجانی منجر شود (مشایخ، برجعلی، دلاور، شفیع‌آبادی، ۱۳۹۰).

یکی از عوامل مهم در خانواده، عملکرد خانواده است که مجموعه‌ای از رفتارها و مهارت‌های مهم ازجمله حل مسائل، نقش‌ها و عواطف را دربرمی‌گیرد و بخشی از سالم یا ناسالم‌بودن یک خانواده را توصیف می‌کند. تغییرات کمی و کیفی در عملکرد خانواده باعث

اعضای خانواده نیز باید در فرایند درمان مدنظر قرار گیرند. نظریه‌های مختلف خانواده‌درمانی باتوجه‌به اهمیت نقش ارتباطات در ایجاد، ابقا و حل مشکل به سه گروه عمده تقسیم می‌شوند. گروه نخست به الگوهای تعاملی ابقای مشکل و شیوه‌های چالش با چرخه تکرارشونده تعامل تأکید دارد. گروه دوم به نظام باور اعضای خانواده، نمایشنامه و قصه‌های خانواده که از الگوی تعاملی ابقای مشکل حمایت می‌کند، تمرکز دارد. درنهایت، گروه سوم به مسئله درمان در درون بافت اجتماعی و تاریخی خانواده در درمان، بدون درنظرگرفتن نظام باور مرتبط با مشکل تأکید می‌کند (ساتر، گلین، کرتو، سنترک و واگت^۴، ۲۰۱۵).

خانواده‌درمانی ساختاری بر پایه تجربیات و پژوهش‌های سالوادور مینوچین و همکاران شکل‌گرفته است. ایده اصلی خانواده‌درمانی ساختاری این است که نشانه مرضی فرد هنگامی که در بافت الگوهای تعاملی خانواده ارزیابی شود، بهتر قابل‌درک و شناخت است. یکی از فنون ویژه و منحصربه‌فرد خانواده‌درمانی ساختاری به‌اجرا درآوردن الگوهای تعامل خانواده در جلسه درمان است (چو، تابلوت کراکو، آرنولد، براون، سوتم - گراو و ویز^۵، ۲۰۱۵). به‌عبارت‌دیگر، ساختار مجموعه‌ای نامرئی و پنهان از نقش‌هاست که اعضای خانواده از آن طریق با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند. خانواده‌درمانی ساختاری بارها مورد تجدیدنظر قرارگرفته است. آخرین تجدیدنظر اساسی نشان می‌دهد که در سه مورد تغییرات عمده‌ای در نظر و عمل پیدا شده است. نخست در جمع‌آوری و تنظیم اطلاعات موردنیاز برای تصمیم‌گیری درزمینه هدف‌گزینی، طراحی و اجرای درمان رشد معنی‌داری یافته است. دوم وضعیت ارتباطی کودک - خانواده - درمانگر درجهت همکاری و مشارکت بیشتر تغییر جهت داده است. سوم اینکه به هیجانات و رشد عاطفی

شادی و میزان پایداری رابطه، یکی از رایج‌ترین مفاهیم رضایت و سازگاری زناشویی است. درحقیقت، رضایت زناشویی را می‌توان نتیجه خرسندی عمومی از زندگی مشترک، رضایت از روابط جنسی و رضایت‌مندی عاطفی و هیجانی دانست؛ اما چنانچه زندگی زناشویی شرایطی نامساعد را برای ارضای نیازهای مختلف همسران ایجاد کند، نه‌تنها جنبه‌های مثبت ازدواج تحقق نمی‌یابد، بلکه اثری منفی و گاه جبران‌ناپذیر را برجا خواهد گذاشت. این اثرات منفی فقط برای همسران نیست، بلکه طیف وسیعی از اختلال‌ها را در فرزندان آنان ایجاد می‌کند که از میان آن می‌توان به گوشه‌گیری، افسردگی، ضعف در شایستگی اجتماعی، ضعف در عملکرد تحصیلی و مشکلات ارتباطی اشاره کرد (اسماعیلی، محمدی و حکمی، ۲۰۱۶). بنابراین، اقداماتی از قبیل مشاوره اهمیت دارد. براین‌اساس لازم است تحقیقات کاربردی و راهکارهایی برای افزایش رضایت زناشویی و کاهش تعارض‌ها و ناسازگاری در خانواده صورت گیرد تا در آینده از پیامدهای نامطلوب روانی اجتماعی طلاق و ناسازگاری زناشویی روی خانواده‌ها و فرزندان آنها پیشگیری شود (ظاهری، دولتیان، شریعتی، سیمبار، عبادی و آژندی، ۲۰۱۶).

ازجمله رویکردهای جدید و مؤثر در درمان مشکلات و اختلالات مختلف، خانواده‌درمانی ساختاری به شیوه گروهی است. طبق نظریه نظام‌ها یا سیستم‌ها، هر عضو خانواده به‌منزله واحدی از خانواده درجهت حفظ تعادل با دیگران ارتباط برقرار می‌کند. خانواده‌درمانی به‌چگونگی آشکارساختن الگوهای پنهان در خانواده، حفظ تعادل و شناخت هدف‌ها کمک می‌کند. خانواده درمانگران بر این باورند که نه‌تنها آن عضو خانواده که برچسب بیمار به او زده شده است و مشکلات را به او نسبت می‌دهند، نیازمند درمان است، بلکه سایر

زناشویی شده است. پارکوور، متریک، پارکوور و گریفن - اسمیت^۹ (۲۰۱۱) در پژوهشی که به بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری پرداختند به این نتیجه رسیدند که آموزش به خانواده‌ها باتوجه‌به این رویکرد باعث افزایش رضایت زناشویی و کاهش ناسازگاری آنان شده است.

پژوهش‌های مربوط به بررسی نقش خانواده در ابتلا به انواع اختلالات عاطفی رفتاری نشان می‌دهد که ریشه بسیاری از اختلالات را باید در نظام خانواده و در تعارضات زناشویی جستجو کرد. آثار مثبت خانواده‌درمانی ساختاری در درمان اختلالات و رضایت زناشویی و سازگاری زنان در تداوم زندگی اهمیت بسزایی دارد، هدف پژوهش حاضر، اثربخشی آموزش خانواده‌درمانی ساختاری به شیوه گروهی بر رضایت زناشویی و عملکرد خانواده زنان دارای همسر جانباز است.

روش

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش زنان همسر جانبازان ۲۵ تا ۴۰ درصد شهر زاهدان بودند که پس از بررسی ویژگی‌های دموگرافیک بیماران و انجام مصاحبه بالینی، مراجعان دارای شرایط لازم برای پژوهش موردنظر مشخص شدند.

معیارهای ورود به پژوهش؛ تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، نداشتن اختلالات روان‌شناختی (براساس تست مصاحبه بالینی)، متقاضی طلاق نبودن، عدم دریافت خدمات مشاوره و روان‌شناختی خارج از جلسات بود که براین‌اساس، تعداد ۵۰ نفر به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. پس از پاسخ‌دادن به پرسشنامه‌های عملکرد خانواده و

در خانواده توجه روزافزونی شده است. همچنین توجه ویژه‌ای به سبک‌های خانواده در تنظیم یا ابراز حالات عاطفی قوی بین اعضای خانواده و تجارب درونی و ذهنی اعضای خانواده و دل‌بستگی به یکدیگر اختصاص یافته است (مک جورج، کارلسون و تومی^۶، ۲۰۱۴).

سودانی، شهریاری و شفیع‌آبادی (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان «اثربخشی آموزش خانواده‌درمانی ساختاری به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان» به این نتیجه رسیدند که این آموزش‌ها به‌طور معنی‌داری باعث کاهش تعارضات زناشویی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شد. عباسیان (۱۳۸۹) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی آموزش خانواده‌درمانی سیستمی میلان به شیوه گروهی بر تعارضات زناشویی زنان نشان داد که این آموزش‌ها باعث کاهش تعارضات زناشویی در زنان شده است. همچنین فریدی (۱۳۸۵) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی آموزش مداخلات خانواده‌درمانی ساختاری به شیوه گروهی بر تعارضات زناشویی زنان نشان داد که این مداخلات باعث همکاری زنان در خانواده، کاهش واکنش‌های هیجانی زنان در خانواده، بهبود روابط جنسی زنان در خانواده، کاهش جلب حمایت فرزندان در خانواده، کاهش رابطه فردی با خویشاوندان، رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان و افزایش همکاری زنان در امور مالی خانواده می‌شود.

نتایج فرا تحلیل آلن کر^۷ (۲۰۰۱) نشان داد که رویکرد خانواده‌درمانی ساختاری مؤثرتر از عدم درمان و درمان‌های جایگزین است. همچنین مک لندن، مک لندن و پتر^۸ (۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان «درمان ساختاری خانواده‌محور» به این نتیجه رسیدند که میانگین گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه به‌طور معنی‌داری بیشتر بود. به‌عبارت‌دیگر، آموزش با رویکرد خانواده‌درمانی ساختاری باعث افزایش رضایت

درزمینه رضایت زناشویی، ارتباطات و حل تعارض استفاده شود. اولسون و فاورز (۱۹۸۹) اعتبار آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و روایی آن را با پرسشنامه سازگاری زوجین ۰/۹۲ گزارش کردند. همچنین سلیمانیان (۱۳۷۳) اعتبار آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کرد. در تحقیق حاضر ضرایب پایایی مقیاس رضایت زناشویی از روش آلفای کرونباخ و تصنیف محاسبه گردید که به ترتیب برابر با ۰/۹۲ و ۰/۸۸ می‌باشد که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب پرسشنامه مذکور است.

مقیاس سنجش عملکرد خانواده^{۱۲}: مقیاس عملکرد خانواده براساس الگوی مک مستر توسط اپستاین، بالدوین و بیشاب^{۱۳} در سال ۱۹۸۳ باهدف توصیف ویژگی‌های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه شده است. این مقیاس، کارکرد خانواده را در قالب ۷ عامل ارزیابی می‌کند. در این مقیاس نمره‌های کم‌تر از ۱۱۰ بیانگر عملکرد مختل و نمره‌های بالاتر از ۱۴۶ عملکرد سالم را اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش حاضر از فرم ۴۵ سؤالی استفاده شده است. اپستاین، بالدوین و بیشاب (۱۹۸۳) ضرایب آلفای کرونباخ مؤلفه نقش را ۰/۷۲ و کارکرد کلی را ۰/۹۲، زاده‌محمدی و ملک‌خسروی (۱۳۸۵)، ۰/۷۲ و ۰/۸۳؛ بهاری (۱۳۷۹) با استفاده از فرم ۴۵ سؤالی FAD-1 ضریب پایایی را ۰/۹۴ گزارش کردند. نجاریان (۱۳۷۴) با استفاده از فرم ۴۵ سؤالی و روش تحلیل عاملی سه عامل را برای این مقیاس شناسایی کرد: ۱. نقش‌های خانوادگی، ۲. حل مسئله و ۳. همراهی عاطفی. در تحقیق حاضر ضرایب پایایی مقیاس سنجش عملکرد خانواده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که ۰/۷۹ می‌باشد و بیانگر ضرایب پایایی مطلوب پرسشنامه است.

۳. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I و II و DSM - IV^{۱۴}: این مصاحبه یک مصاحبه

رضایت زناشویی، از میان آنها تعداد ۴۸ نفر که در آزمون رضایت زناشویی و عملکرد خانواده کم‌ترین نمره را گرفته بودند، انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۴ نفر) قرار گرفتند. جلسات آموزش طی نه جلسه هفتگی (هر جلسه ۹۰ دقیقه) برای گروه آزمایش انجام شد. گروه گواه تحت هیچ آموزشی قرار نگرفتند و در جلسه آخر هم پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد.

ملاحظات اخلاقی تحقیق اینگونه است که در ابتدای تحقیق با توضیح صادقانه اهداف طرح به کسب رضایت آگاهانه از افراد برای شرکت در پژوهش پرداخته شد. در اجرای پژوهش، سعی بر آن بوده است که با برقراری ارتباط مؤثر با آزمودنی‌ها آن‌ها را از لحاظ مشکلات احتمالی (اضطراب ناشی از پاسخ دادن به آزمودنی، کاهش عزت‌نفس یا اعتمادبه‌نفس، نگرانی آزمودنی‌ها در رابطه با تأثیر نتایج بر سرنوشت آن‌ها و...) مورد حمایت قرار گیرد. رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات هم از جانب مجری و هم از جانب همکاران پژوهشگر کاملاً حفظ شده است. در صورتی که فردی، شخصاً عدم تمایل خود را برای شرکت در تحقیق نشان می‌داد، بر طبق اصول رعایت حقوق انسانی حق نداشته وی را به‌اجبار وارد پژوهش نموده و پایه ادامه شرکت در جریان مطالعه وادار کنیم. در هیچ‌یک از مراحل پژوهش، هزینه‌ای به فرد شرکت‌کننده تحمیل نشد. در پژوهش حاضر به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شده است.

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ^{۱۵}: السون و فورز^{۱۱} در سال ۱۹۸۹ از این پرسشنامه برای بررسی میزان رضایت زناشویی استفاده کردند و معتقدند که این مقیاس نسبت به تغییراتی که در خانواده به‌وجود می‌آید، حساس است و شامل ۴ خرده‌مقیاس ۳۵ ماده‌ای می‌باشد که می‌تواند به‌عنوان یک ابزار تحقیق

با نسخه فارسی و قابلیت اجرای مطلوب آن نشان داد که می‌توان از این ابزار در تشخیص‌گذاری‌های بالینی و پژوهشی و آموزش استفاده کرد. آزمودنی‌ها پس از اخذ رضایت کتبی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت خانواده‌درمانی ساختاری مینوچین (۱۹۷۴) قرار گرفتند. قابل ذکر است که پیش از مداخله و پس از مداخله گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ عملکرد خانواده و رضایت زناشویی مورد ارزیابی قرار گرفتند. شیوه اجرا و تکلیف جلسات درمانی براساس طرح خانواده‌درمانی ساختاری به شرح زیر بود.

نیمه‌ساختاریافته است و بیش از هر مصاحبه تشخیصی استاندارد دیگری در مطالعات روان‌پزشکی استفاده می‌شود. مطالعات گوناگون از جمله مطالعات ویلیامز^{۱۵}، گیبون^{۱۶} و همکاران،^{۱۷} (۲۲) حاکی از روایی و پایایی مطلوب آن است (۲۳). در مطالعه شریفی و همکاران (۲۳) که با هدف «سنجش پایایی و قابلیت اجرای این مصاحبه بالینی» صورت گرفت در مرحله نخست: «ابزار و بررسی روایی بین فرهنگی ترجمه» و در مرحله دوم «مطالعه پایایی و قابلیت اجرای ترجمه فارسی در جمعیت بالینی ایرانی» بررسی شد. نتایج به شرح زیر بود: پایایی قابل قبول تشخیص‌های داده‌شده

| جلسه‌های درمان | عنوان جلسات |
|----------------|---|
| اول | ایجاد و تشکیل رابطه درمانی مناسب، بیان و تعریف مشکل از دیدگاه خود فرد و خانواده، مشخص نمودن نشانه‌ها و زمان‌های بروز و تشدید مشکل، تشخیص مشاور از مشکل مراجع و سرانجام دستیابی به دیدگاه مشترک میان مشاور و مراجع و ارائه تکلیف درخصوص مشخص نمودن زمان و نشانه‌های بیماری |
| دوم | بررسی تکلیف جلسه قبل، شناسایی جنبه‌های مختلف شناختی، رفتاری، هیجانی و خانوادگی و سواس فکری - عملی، مشخص نمودن نحوه ارتباط با اعضای خانواده و ارائه تکلیف درخصوص تعاملات مستقیم و مسئله‌مدار در خانواده |
| سوم | این جلسه با دریافت بازخورد از جلسه قبل شروع شد. فنون خانواده‌درمانی همانند الحاق، تقلید و بازگویی آموزش داده شد، سپس مورد تمرین قرار گرفت. |
| چهارم | این جلسه با مرور تکالیف جلسه قبل و دادن بازخورد شروع شد. سپس درباره الگوهای مرادده‌ای رایج و مثلث‌های موجود حول مشکلات خانواده بحث شد. |
| پنجم | اهداف: بازسازی و تغییر خانواده، این جلسه با بررسی تکالیف جلسه قبل شروع شد. سپس راهکارهای بازسازی و تغییر خانواده مورد بحث و بررسی قرار گرفت. به افراد تکلیف داده شد تا دو مورد از مواردی را که باعث واکنش می‌شود، بنویسند و بیان کنند. |
| ششم | مرور تکلیف جلسه قبل، ادامه استفاده از فنون بازسازی و تغییر خانواده از جمله به فعل درآوردن الگوها، ترسیم مرزها و تشدید استرس |
| هفتم | مرور تکلیف جلسه قبل، ادامه بازسازی و تغییر خانواده با استفاده از فنون تأکیدزایی از نشانه مرضی در مدت مداخله درمانی، دستکاری روحیه و حمایت تعلیم و راهنمایی، انجام تمرین در جلسه برای یادگیری و تفهیم فنون، تعیین تکلیف |
| هشتم | مرور تکلیف جلسه قبل، بحث اصلی این جلسه در مورد حفظ زیرمنظومه‌های زن‌شوهری با مرزهای زیرمنظومه‌های فرزندان بود. به افراد تکلیف داده شد تا دو مورد از مواردی را که منجر به جلب حمایت فرزند یا فرزندان می‌گردد، بنویسند و به همراه خود بیاورند. |
| نهم | این جلسه با بررسی تکالیف جلسه قبل شروع شد. به افراد تکلیف داده شد که تجارب مختلف خود درباره امور مالی را به بحث بگذارند و در مورد امور مالی سعی کنند با همسرانشان توافق کنند. |

یافته‌ها

ابتدایی بودند. میانگین سنی این افراد ۴۵ سال بود و از لحاظ وضعیت اقتصادی در سطح متوسط بودند. مفروضه استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بهنجار بودن داده‌ها و همگنی کوواریانس نمرات پیش‌آزمون دو گروه است و برای همین منظور جهت بررسی بهنجار بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک و برای بررسی همگنی واریانس درون‌گروهی از آزمون باکس استفاده شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک، آزمون لوین، آزمون باکس، لامبدای ویلکز و تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS-20 استفاده شد. از ۴۸ نفر شرکت‌کننده در انجام این تحقیق، ۲ نفر دارای تحصیلات کارشناسی ارشد، ۱۲ نفر کارشناسی ۲۶ نفر دیپلم و ۶ نفر سیکل و ۲ نفر دارای مدرک

جدول ۱. نتایج آزمون شاپیرو ویلک در بررسی بهنجار بودن داده‌ها

| آزمون شاپیرو ویلک | | | گروه | متغیر |
|-------------------|----|-------|--------|------------------|
| Sig | df | F | | |
| ۰/۰۵۶ | ۱۵ | ۰/۹۰۲ | آزمایش | رضایت زناشویی |
| ۰/۱۰۵ | ۱۵ | ۰/۹۵۷ | کنترل | |
| ۰/۴۰۲ | ۱۵ | ۰/۸۲۳ | آزمایش | ارتباط |
| ۰/۳۹۸ | ۱۵ | ۰/۹۲۴ | کنترل | |
| ۰/۱۲۹ | ۱۵ | ۰/۸۲۰ | آزمایش | حل تعارض |
| ۰/۰۶۲ | ۱۵ | ۰/۹۰۱ | کنترل | |
| ۰/۰۹۲ | ۱۵ | ۰/۹۶۸ | آزمایش | تحریف آرمانی |
| ۰/۱۷۴ | ۱۵ | ۰/۹۱۱ | کنترل | |
| ۰/۱۷۶ | ۱۵ | ۰/۹۲۸ | آزمایش | نقش‌های خانوادگی |
| ۰/۲۴۱ | ۱۵ | ۰/۹۵۷ | کنترل | |
| ۰/۰۶۱ | ۱۵ | ۰/۹۶۴ | آزمایش | حل مسئله |
| ۰/۳۱۰ | ۱۵ | ۰/۹۵۲ | کنترل | |
| ۰/۱۰۶ | ۱۵ | ۰/۹۴۲ | آزمایش | همراهی عاطفی |
| ۰/۱۲۶ | ۱۵ | ۰/۹۱۲ | کنترل | |

جدول ۲. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس درون‌گروهی داده‌ها

| آزمون لوین | | | | متغیر |
|------------|-----|-----|-------|------------------|
| Sig | df2 | df1 | F | |
| ۰/۱۳۹ | ۲۸ | ۱ | ۰/۴۹۷ | رضایت زناشویی |
| ۰/۰۸۹ | ۲۸ | ۱ | ۰/۶۷۲ | ارتباط |
| ۰/۳۰۰ | ۲۸ | ۱ | ۰/۸۳۰ | حل تعارض |
| ۰/۶۳۱ | ۲۸ | ۱ | ۰/۶۷۳ | تحریف آرمانی |
| ۰/۱۰۲ | ۲۸ | ۱ | ۰/۴۵۰ | نقش‌های خانوادگی |
| ۰/۲۰۴ | ۲۸ | ۱ | ۰/۳۹۰ | حل مسئله |
| ۰/۳۴۹ | ۲۸ | ۱ | ۰/۶۳۴ | همراهی عاطفی |

توزیع طبیعی بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو ویلک بررسی شد و همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، چون مقدار F شاپیرو ویلک معنی‌دار نبود، بنابراین، مفروضه طبیعی بودن تأیید و برقراری شیب رگرسیون و استفاده از آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیه با پیش‌فرض طبیعی بودن داده‌های پیش‌آزمون بلامانع ارزیابی شد.

جدول ۳. نتایج آزمون باکس برای بررسی همگنی واریانس درون‌گروهی داده‌ها

| آزمون ام باکس | | | |
|---------------|-----|-----|-------|
| Sig | df2 | df1 | F |
| ۰/۱۶۷ | ۲۸ | ۱ | ۱/۹۷۵ |

همگنی واریانس درون‌گروهی با آزمون باکس بررسی شد و همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، چون مقدار F معنی‌دار نبود، بنابراین، همگنی واریانس درون‌گروهی تأیید و برقراری شیب رگرسیون و استفاده از آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیه با پیش‌فرض همگنی واریانس داده‌های پیش‌آزمون بلامانع ارزیابی شد.

جدول ۴. نتایج آزمون‌های معنی‌داری چندمتغیره برای اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر رضایت

زناشویی و عملکرد خانواده زنان دارای همسر جانباز

| F | مقدار | آزمون |
|--------|-------|---------------|
| ۱۶/۴۳۴ | ۰/۱۸۰ | لامبدای ویلکز |

طبق جدول ۴، آزمون‌های معنی‌داری چندمتغیره در رابطه با اثربخشی آموزش خانواده‌درمانی ساختاری به شیوه گروهی بر رضایت زناشویی و عملکرد خانواده زنان دارای همسر جانباز در سطح کم‌تر از ۰/۰۵

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس بررسی آموزش خانواده‌درمانی ساختاری به شیوه گروهی در رضایت

زناشویی و عملکرد خانواده زنان دارای همسر جانباز

| منابع تغییرات | مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | ضرایب اتا |
|------------------|---------------|-------------|-----------------|--------|--------------|-----------|
| رضایت زناشویی | ۱۱۳۵/۰۴۲ | ۱ و ۲۸ | ۱۱۳۵/۰۴۲ | ۲۴/۶۵۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۹۶ |
| ارتباط | ۱۰۵۹/۴۶۱ | ۱ و ۲۸ | ۱۰۵۹/۴۶۱ | ۱۹/۲۷۰ | ۰/۰۰۲ | ۰/۳۹۵ |
| حل تعارض | ۱۱۳۰/۲۷۵ | ۱ و ۲۸ | ۱۱۳۰/۲۷۵ | ۲۱/۶۲۳ | ۰/۰۰۵ | ۰/۴۴۲ |
| اثر گروه | ۱۱۲۱/۵۰۰ | ۱ و ۲۸ | ۱۱۲۱/۵۰۰ | ۲۰/۵۵۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۵۶ |
| نقش‌های خانوادگی | ۱۱۰۹/۳۷ | ۱ و ۲۸ | ۱۱۰۹/۳۷ | ۲۰/۲۲۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۲۹ |
| حل مسئله | ۱۱۲۴/۰۱۷ | ۱ و ۲۸ | ۱۱۲۴/۰۱۷ | ۱۹/۱۳۳ | ۰/۰۰۲ | ۰/۳۱۰ |
| همراهی عاطفی | ۹۱۲/۶۶۷ | ۱ و ۲۸ | ۹۱۲/۶۶۷ | ۲۸/۴۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۸۷ |

باتوجه به داده‌های جدول فوق چون مقدار F با درجات آزادی ($df=1$ و $df=28$) در سطح معنی‌داری $\alpha=0/05$ معنی‌دار است، لذا می‌توان نتیجه گرفت که آموزش خانواده‌درمانی ساختاری به شیوه گروهی در زیرمؤلفه‌های رضایت زناشویی و عملکرد خانواده زنان دارای همسر جانباز مؤثر است و مقدار اتا نشان می‌دهد که اثر آموزش خانواده‌درمانی ساختاری به شیوه گروهی در زیرمؤلفه‌های رضایت زناشویی در زنان دارای همسر جانباز به ترتیب مؤلفه‌های رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض و تحریف آرمانی به میزان $49/6$ ، $39/5$ ، $44/2$ و $35/6$ درصد می‌باشد و نیز در زیرمؤلفه‌های عملکرد خانواده به ترتیب مؤلفه‌های نقش‌های خانوادگی، حل مسئله و همراهی عاطفی $32/9$ ، 31 و $48/7$ درصد می‌باشد. بنابراین، فرض صفر رد و فرض تحقیق با 95% اطمینان تأیید می‌شود. به عبارت دیگر اثر آموزش خانواده‌درمانی ساختاری به شیوه گروهی در رضایت زناشویی و عملکرد خانواده زنان دارای همسر جانباز مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

عملکرد سالم در یک محیط خانوادگی با ارتباطات شفاف، نقش‌های واضح و روشن، پیوستگی و انسجام و تنظیم احساسی مناسب مشخص می‌شود و این در حالی است که عملکرد نامناسب در یک خانواده با سطوح بالای تعارضات، آشفتگی و کنترل رفتاری و احساسی ضعیف خود را نشان می‌دهد (لئناسکی و همکاران^{۱۸}، ۲۰۱۰). لذا پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی آموزش خانواده‌درمانی ساختاری به شیوه گروهی بر عملکرد خانواده و رضایت زناشویی زنان دارای همسر جانباز صورت گرفت. نتایج نشان داد که عملکرد خانواده و رضایت زناشویی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌داری افزایش یافته

است.

باتوجه به یافته‌های این بررسی می‌توان نتیجه گرفت که خانواده‌های جانبازان، خانواده‌هایی خاص با استرس‌هایی ویژه هستند که روز به روز بر شمار و حجم استرس‌های آن‌ها افزوده می‌شود. در این خانواده‌ها زنان مرکز ثقل فشارهای روانی هستند که هم خود آنها و هم فرزندان آنان در معرض خطرند و به تبع آن جامعه نیز از عوارض آن بی‌نصیب نمی‌ماند. برای آنکه از حجم و میزان عوامل استرس‌آوری که این گروه با آن مواجه هستند، کاسته شود، ارائه بیشتر و مناسب‌تر خدمات اجتماعی و اقتصادی ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. علاوه بر این به منظور کاهش بار آسیب‌زایی استرس‌ها، خدمات آموزشی و فرهنگی یعنی آموزش خانواده‌درمانی ساختاری به شیوه گروهی، طرز تلقی آنان نسبت به رویدادها و معنی زندگی مفید خواهد بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت ایده اصلی خانواده درمانی ساختاری این است که نشانه‌های اختلال فرد هنگامی که در بافت الگوهای تعاملی خانواده ارزیابی شود، بهتر قابل درک و شناخت است و یکی از فنون ویژه و منحصر به فرد خانواده درمانی ساختاری به اجرا در آوردن 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 رویکرد درمانگر با تمرکز روی ساختار یا سازمان خانواده، به افراد کمک می‌کند تا الگوهای کلیشه‌ای 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 افزایش رضایت زناشویی می‌شود.

همچنین در تبیین این نتیجه می‌توان گفت علت موفقیت این روش در محتوا و برنامه این رویکرد است.

باشد، در طول دوره‌های انتقالی خانواده نسبت به تغییر گشوده‌تر است و بیشتر مایل است که متناسب با شرایط متغیر، ساختار خود را اصلاح کند. بدین ترتیب، اولین نقش درمانگر ساختاری آن است که شخصاً عامل تغییر باشد، فعالانه با کل خانواده درگیر شود، چالش‌هایی به راه اندازد که تغییرات انطباقی را به وجود می‌آورد و هرگاه اعضای خانواده بکوشند که با پیامدهای حاصله کنار آیند، آنها را حمایت و رهبری می‌کنند. بر این اساس، این دیدگاه، شکل کنونی بیمار ریشه در قواعد بدکارکرد خانواده دارد، به طوری که همان‌طور که در پکیج درمانی گفته شد، انجام تکالیف در جهت اصلاح رفتار و سازگاری با مشکلات و شناسایی مسائلی که باعث شروع مشاجرات و یا تشدید آن می‌شود، زوجین را دچار مشکل می‌کند که در نهایت طبق یافته‌ها تأثیر این آموزش روی نمونه‌ها موفقیت‌آمیز بوده است (بصیری، خیر، هادیان فرد و قادری، ۲۰۱۷).

در نتیجه سازماندهی مجدد خانواده احتمال ظهور نشانه‌های آینده را کاهش خواهد داد، زیرا برای تمامی اعضا و کل خانواده، فرصت ارتقای توان رشد و بالندگی افزایش می‌یابد. مداخلات خانواده‌درمانی ساختاری به ایجاد تغییر در انجام تکالیف در هر کدام از زیرمنظومه‌های خانواده از یک سو و اصلاح وضعیت مرزهای خانواده از طرف دیگر می‌پردازد. اصلاح وضعیت مرزهای خانواده به نحوی انجام می‌شود که علاوه بر تبادل اطلاعات و احساسات، هویت فردی هر یک از اعضای خانواده در موضع زوجین، والدین و کودک نیز حفظ شود. 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

طرفداران این رویکرد عمدتاً می‌کوشند به ساختار الگوهای تبدلی جاری آن توجه کنند. آنها به بستر و زمینه اجتماعی که افراد رفتار بد خود را در آن نشان می‌دهند، عنایت خاصی دارند. به همین دلیل، موضوع اصلی آنها بازسازی خانواده بر اساس مرزسازی، طرح و حل تعارضات زیرمنظومه‌های زناشویی، تصحیح الگوهای رفتاری و ارتباطی مختل، رفع نیازهای همه اعضای خانواده به ویژه همسر خود است. لذا در روش خانواده‌درمانی با دادن تکالیفی به زوجین در مورد توجه به یکدیگر و رفع نیازهای متقابل به افزایش رضایت از روابط زناشویی منجر می‌شود. همچنین در این روش به زنان کمک شد تا هم‌زمان با آشکارساختن تعارضات موجود، امکان حل و فصل تضادها و تعارض‌های موجود فراهم شود و عملاً روش درست حل آنها را آموخته و آن را در زندگی واقعی به کار ببرند که این امر باعث افزایش رضایت زناشویی می‌شود.

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 یک طرف 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 می‌شود.

یافته‌های پژوهش در مورد تأثیر خانواده‌درمانی ساختاری در بهبود عملکرد کلی خانواده با پژوهش مینوچین (ثناپی، ۱۳۷۳) همخوانی دارد (ثناپی، ۱۳۸۹).

زمانی که خانواده از چرخه‌های زندگی خود در حال گذر است، می‌کوشد تعادل ظریف بین ثبات و تغییر را حفظ کند و هرچقدر خانواده کارکرد سالم‌تری داشته

توجه شود و علاوه بر آن می‌توان به مقایسه این روش با سایر روش‌ها از جمله روش‌های شناختی - رفتاری و معنویت درمانی پرداخت. همچنین مشاوران و درمانگران می‌توانند از این روش برای حل مشکلات خانواده‌ها و افزایش رضایت زناشویی استفاده کنند تا تحکیم بنیان خانواده را تضمین کنند و در نهایت جامعه‌ای سالم داشته باشند.

پی‌نوشت

1. Straus & Smith
2. Vereshchagina, Samygin & Stanislavsky
3. Liu, Ngo & Cheung
4. Sautter, Glynn, Cretu, Senturk & Vaught
5. Chu, Talbott Crocco, Arnold, Brown, Southam-Gerow & Weisz
6. McGeorge, Carlson & Toomey
7. Alan Carr
8. McLendon, McLendon & Petr
9. Parcover, Mettrick, Parcover & Griffin-Smith
10. ENRICH (Evaluation & Nurturing Relationship Issues Communication and Happiness)
11. Olson & Fowers
12. Family Functioning Scale
13. Epstein, Baldwin & Bishop
14. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
15. Williams
16. Gibbon
17. Bukstein & Lunch
18. Lewandowski & et al, 2010

منابع

۱. بهاری، فرشاد (۱۳۷۹)، ارزیابی و مقایسه عملکرد خانوادگی زوج‌های غیرطلاق و زوج‌های در حال طلاق مرجوعی به سازمان پزشکی قانونی کشور، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت‌معلم تهران.
۲. پاک‌نژاد، فرشته؛ سلیمی، معصومه؛ موحدزاده، بهرام؛ گله‌دار، نسیم؛ دین‌پرست، امید و عزیزمحمدی، زهرا (۱۳۹۶)، اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی، اجتناب شناختی رفتاری خانواده‌های دانشجویان شاهد و ایثارگر، مجله روان‌شناسی نظامی ۲۸ (۷): ۷۵ - ۸۴.

برای برهم‌زدن 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 به دست می‌آید. همچنین آموزش به والدین برای ایجاد قواعدی متناسب با چرخه زندگی خانواده نظم و انسجام خوبی را در خانواده به وجود 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 به وجود می‌آید. در پژوهش حاضر استفاده از طرح پژوهشی شبه‌آزمایشی باعث ناتوانی محقق در حذف کلیه متغیرهای مزاحم شد و این مسئله به عنوان محدودیت تلقی می‌شود. استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه علاوه بر طولانی‌کردن روند گزینش افراد و انصراف برخی از افرادی که ثبت نام کرده بودند، باعث شد که نمونه انتخابی معرف جامعه زنان نباشد و این در کار تعمیم نتایج پژوهش محدودیت ایجاد می‌کند. با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود تأثیر درمان خانواده‌درمانی ساختاری در گروه‌های هدف دیگر از جمله زنانی که همسرانشان جانباز نیستند، بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود به منظور شناخت بهتر تأثیر آسیب‌زا و جدی عملکرد ناسالم در خانواده و عدم رضایت زناشویی بر فرزندان، رابطه این دو متغیر با اختلال‌هایی از جمله اختلال شخصیت و نیز افسردگی و اضطراب بررسی شود. در نهایت با توجه به یافته‌های به دست آمده، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی به بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری در سایر دامنه‌های سنی

- of catastrophizing. *Pain Research and Management*, 2016.
2. Alan Carr, F. (2001), *Family therapy, concept, process, and practice*. University Dublin, John Wiley & Sons: New York.
 3. Årestedt, L., Benzein, E., & Persson, C. (2015). Families living with chronic illness: beliefs about illness, family, and health care. *Journal of Family Nursing*, 21(2), 206-231.
 4. Basiri, N., Khayyer, Z., Hadianfard, H., & Ghaderi, A. (2017). Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and neurofeedback: reducing insomnia symptoms. *Global J Health Sci*, 9(7).
 5. Chu, B. C., Talbott Crocco, S., Arnold, C. C., Brown, R., Southam-Gerow, M. A., & Weisz, J. R. (2015). Sustained implementation of cognitive-behavioral therapy for youth anxiety and depression: Long-term effects of structured training and consultation on therapist practice in the field. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 70.
 6. Colapinto, J. (2015). Structural family therapy. In *Handbook of family therapy* (pp. 134-147). Routledge.
 7. Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*, 9(2), 171-180.
 8. Esmaili, S. S., Mohammadi, A. Z., & Hakami, M. (2016). Predicting marital satisfaction on the basis of early maladaptive schema in married women, Tehran, Iran. *International Journal of Medical Research and Health Sciences*, 5(6), 262-270.
 9. Hajjhasani, M., & Sim, T. (2018). Marital satisfaction among girls with early marriage in Iran: emotional intelligence and religious orientation. *International Journal of Adolescence and Youth*, 1-10.
 10. Lewandowski, A. S., Palermo, T. M., Stinson, J., Handley, S., & Chambers, C. T. (2010). Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. *The Journal of Pain*, 11(11), 1027-1038
 11. Liu, H., Ngo, H. Y., & Cheung, F. M. (2016). Work-family enrichment and marital satisfaction among Chinese couples: A crossover-spillover perspective. *International Journal of Stress Management*, 23(2), 209.
 ۳. زاده‌محمدی، علی و ملک‌خسروی، غفار (۱۳۸۵)، بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده، فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۲ (۵): ۷۰-۸۹.
 ۴. سلیمانیان، علی‌اکبر (۱۳۷۳)، بررسی رابطه باورهای غیرمنطقی با رضایت‌مندی زناشویی دانشجویان متأهل، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه تربیت معلم.
 ۵. سودانی، منصور؛ شهریاری، یونس و شفیع‌آبادی، عبدالله (۱۳۸۹)، اثربخشی آموزش خانواده‌درمانی ساختاری به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان ارجاعی به شعب شورای حل اختلاف شهرستان باغ‌ملک، مجله یافته‌های نو در روان‌شناسی، ۷ (۴): ۱۴-۲۵.
 ۶. شوانی، اسماعیل؛ زهراکار، کیانوش و رسولی، محسن (۱۳۹۵)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مؤلفه‌های فرسودگی زناشویی زنان دارای همسر جانباز، فصلنامه علمی - پژوهشی طب جانباز، ۸ (۱): ۳۴ - ۵۰.
 ۷. عباسیان، حمیدرضا (۱۳۸۸)، اثربخشی آموزش مداخلات خانواده‌درمانی سیستمی میلان به شیوه گروهی بر تعارضات زناشویی زنان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.
 ۸. فریدی، فرشاد (۱۳۸۵)، بررسی اثربخشی آموزش خانواده‌درمانی ساختاری به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
 ۹. مشایخ، مریم؛ برجعلی، احمد؛ دلاور، علی و شفیع‌آبادی، عبدالله (۱۳۹۰)، مدل‌یابی تاب‌آوری خانواده جانباز براساس متغیرهای شناختی، هیجانی، مجله روان‌شناسی نظامی، ۳۲ (۱): ۱-۲۴.
 ۱۰. مینوچین، سالوادور (۱۳۷۳)، خانواده و خانواده‌درمانی، ترجمه باقر ثنائی ذاکر، تهران: انتشارات امیرکبیر.
 ۱۱. نجاریان، فرزانه (۱۳۷۴)، هنجاریابی مقیاس عملکرد خانواده در ایران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد رودهن.
 1. Akbari, F., Dehghani, M., Khatibi, A., & Vervoort, T. (2016). Incorporating family function into chronic pain disability: the role

12. McGeorge, C. R., Carlson, T. S., & Toomey, R. B. (2014). The intersection of spirituality, religion, sexual orientation, and gender identity in family therapy training: An exploration of students' beliefs and practices. *Contemporary Family Therapy, 36*(4), 497-506.
13. McLendon, D., McLendon, T., & Petr, C. G. (2009). Familydirected structural therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 31*(4), 327-339.
14. Olson, D. H., & Fowers, B. J. (1989). Predicting marital success with prepare: A predictive validity study. *Journal of marital and family therapy, 12*(2), 403- 413.
15. Parcover, J. A., Mettrick, J., Parcover, C. A. D., & Griffin-Smith, P. (2011), University and college counselors as athletic team consultancy: using a structural family therapy model. *Journal of College Counseling, 12*(2), 149-161.
16. Ramezani, S., Keramat, A., Motaghi, Z., & Khosravi, A. (2015). The relationship of sexual satisfaction and marital satisfaction with domestic violence against pregnant women. *International Journal of Pediatrics, 3*(5.2), 951-958.
17. Sautter, F. J., Glynn, S. M., Cretu, J. B., Senturk, D., & Vaught, A. S. (2015). Efficacy of structured approach therapy in reducing PTSD in returning veterans: A randomized clinical trial. *Psychological services, 12*(3), 199.
18. Straus, M. A., & Smith, C. (2017). Family patterns and primary prevention of family violence. In *Physical violence in American families* (pp. 507-526). Routledge.
19. Vereshchagina, A., Samygin, S., & Stanislavsky, P. (2015). Family in the context of ensuring demographic security of Russian society: methodological research directions. *European Journal of Science and Theology, 11*(4), 53-63.
20. Zaheri, F., Dolatian, M., Shariati, M., Simbar, M., Ebadi, A., & Azghadi, S. B. H. (2016). Effective factors in marital satisfaction in perspective of Iranian women and men: A systematic review. *Electronic physician, 8*(12), 3369.