

تاثیر بهبود الگوهای تعاملی زن و شوهرها بر سلامت روانی و رضایت زناشویی آنان و هنجارپذیری فرزندانشان

محمد حسین الیاسی^۱، سعید منتظرالمهدی^۲

از صفحه ۵۹ تا ۷۴

تاریخ دریافت: ۹۴/۹/۲

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۱/۲۶

چکیده

شماری از پژوهشگران فعال در قلمرو خانواده مدعی اند که با اصلاح و بهبود الگوهای تعاملی زوج‌ها نه تنها می‌توان کیفیت و رضایت زناشویی آنان را بهبود بخشید بلکه می‌توان بر سلامت روانی آنها و سازگاری و هنجارپذیری فرزندانشان نیز اثرات ماندگاری ایجاد کرد. در این پژوهش این ادعا مورد آزمون قرار گرفت. برای این منظور از یک طرح دو گروهی با پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. به همین سبب ۱۴ زوج دارای الگوی تعاملی ناهنجار و ناخرسند از روابط زناشویی انتخاب شد. این ۱۴ زوج به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. آنگاه میزان سلامت روانی، رضایت زناشویی و هنجارمندی فرزندان ۸ تا ۱۲ ساله آنان مورد سنجش قرار گرفت. سپس گروه اول برای مدت دو ماه (۸ جلسه) به صورت گروهی در معرض آموزش اصلاح الگوهای تعاملی قرار گرفتند. در حالی که گروه دوم در این مدت تحت هیچ نوع آموزش مستقیمی قرار ننگرفت (و در لیبست انتظار قرار داده شد). با سپری شدن دوره آموزش، بار دیگر دو گروه در سه متغیر مذکور مورد سنجش قرار گرفتند. داده‌های حاصل به کمک نرم افزار کامپیوتری spss و با استفاده از آزمون‌های آماری تی و همبستگی مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاصل نشان داد اول اینکه: بین میانگین نمرات گروه آزمایش در سه متغیر مورد سنجش، در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. در حالی که چنین تفاوتی در گروه دوم دیده نشد. دوم: بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در سه متغیر، در پس آزمون، تفاوت معنی داری وجود دارد. سوم: بین سلامت روانی و رضایت زناشویی نیز رابطه معنی داری وجود دارد. از این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که اصلاح الگوهای تعاملی زن و شوهرها، هم رضایت زناشویی آنان را بهبود می‌بخشد، هم سطح سلامت روانی آنها را افزایش می‌دهد و هم به هنجارمند شدن رفتارهای فرزندان آنها کمک می‌کند.

واژگان کلیدی: الگوهای تعاملی، سلامت روانی، رضایت زناشویی، هنجارپذیری، زوج‌ها

۱. استادیار روانشناسی دانشگاه امام حسین (ع).

۲. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی سلامت دانشگاه عدالت. (نویسنده مسئول) naja.cinema@yahoo.com

مبانی نظری پژوهش

اندکی پیش از دو دهه پیش مک گوناگل^۱ و دیگران (۱۹۹۲) در پژوهشی که بر روی شمار زیادی از زوج‌ها انجام دادند، نشان دادند که ۹۸/۵ درصد زوج‌ها، چه آنهایی که تنها چند ماهی از وصلت آنان سپری شده بود و چه آنهایی که چندین و چند سال از آغاز پیوند زناشویی آن گذشته بود، از ناخرسندی‌ها و اختلافات و تنش‌هایی در روابط مشترک خود شکوه و گلایه دارند. پژوهش‌های بعدی (به عنوان مثال بروس^۲ و دیگران، ۱۹۹۸ و رونالد^۳ و دیگران، ۲۰۱۳) نیز شواهدی در تایید این ادعا به دست داده‌اند. به ویژه این محققان بالا رفتن امار طلاق در چند دهه اخیر را ناشی از استمرار این ناخرسندی‌ها و از میان رانده نشدن تعارضات پدید آمده در روابط زن و شوهرها می‌دانند. شیوع فزاینده نارضایتی زناشویی، و اثرات ناشی از آن، نظریه پردازان و محققان حوزه‌های روان‌شناسی، به ویژه روان‌شناسی سلامت (مثلاً برانون^۴ و فیست^۵، ۲۰۰۰)، مشاوره، و مشاوره خانواده را بر آن داشت تا در پی شناسایی "الگوهای تعاملی"^۶ برآیند.

یکی از نخستین دسته‌بندی‌های تعاملی درون خانواده دسته‌بندی است که گاتمن^۷ (۱۹۹۳) بر اساس مجموعه وسیعی از مطالعات ارائه داده است. او از حیث تعامل، زوج‌ها را به دو گروه "باثبات" و "بی‌ثبات" تقسیم نموده است. از نظر او زوج‌های باثبات را می‌توان به سه دسته سنتی، مشارکت‌جو و دوری‌گزین تقسیم کرد. در نوع اول وظایف و نقش‌های زن و مرد مشخص و متمایز است و اهداف خانواده بر اهداف فردی ارجح است. ثبات این نوع خانواده بسیار بالا است اما تبادل عاطفی / هیجانی، اعم از مثبت و منفی، در آن کم است. اما، در زوج‌های نوع دوم (مشارکتی) نقش‌ها چندان متمایز از یکدیگر نیستند و هر یک از زوجین وارد قلمرو دیگری، از حیث وظایف و نقش‌ها می‌شود. در این نوع خانواده، هم هیجان منفی و مثبت بالاست و هم سطح اصطحکاک زیاد است. با این وجود، احتمال فروپاشی خانواده کم است. سرانجام، نیمرخ زوج‌های نوع سوم متفاوت از دو نوع "سنتی" و "مشارکت‌جو" است. این زوج‌های "دوری‌گزین" اغلب از تماس و تعامل با یکدیگر اجتناب می‌ورزند. به ندرت احساسات خود را ابراز می‌دارند و معمولاً

۱. Mc Gonagle

۲. Bruce

۳. Ronald

۴. Brannon

۵. Feist

۶. interaction models

۷. Gottman

برای از میان راندن تعارضات خود تلاشی نمی‌کنند. اگر هم در صدد حل تعارض بر آیند قادر به آن نیستند (ویلیامز^۱ و دیگران، ۲۰۰۷).

زوج‌های دسته دوم (زوج‌های بی‌ثبات) خود به دو گروه "ناسازگار" و "آزاد" (مستقل) تقسیم می‌شوند. ویژگی بارز گروه اول وجود تعارضات فراوان و شدید در تعاملات دو سویه و عدم توانایی برای از میان راندن تعارضات است. این زوج‌ها به صورت مستمر درگیر رفتارهایی نظیر عیب‌جویی، تحقیر، واکنش‌های تدافعی و ابراز هیجانات منفی نسبت به یکدیگر هستند و تلاش آنها برای از میان راندن تعارضات اغلب با پرخاشجویی و حمله به یکدیگر و شکل‌گیری تعارضات جدید خاتمه می‌یابد (باکستر^۲، ۲۰۰۵). گروه دوم (زوج‌های آزاد) گرچه از بروز تعارض در روابط خود جلوگیری می‌کنند و از ابراز هیجانات منفی اجتناب می‌ورزند، اما در روابط تعاملی آنها چندان نشانی از ابراز هیجانات مثبت نیز دیده نمی‌شود. گاتمن (۱۹۹۳) الگوی تعاملی این زوج‌ها را "کناره‌گیرانه" نام نهاده است.

محققان دیگر خانواده از انواع الگوهای تعاملی در روابط زن و شوهرها سخن گفته‌اند. به عنوان مثال لونتال^۳ و دیگران (۲۰۰۵) از چهار نوع الگوی تعاملی سخن گفته‌اند: پرشور و با نشاط، انطباقی، سنتی و دارای تعارض. گروه اول اغلب با واژگان نشاط‌آور، تحسین‌گرانه، دوستانه و وجد آمیز با یکدیگر تعامل برقرار می‌کنند. اینها روابط عاطفی و جنسی و جسمی گرمی دارند و تعارضات و تنش‌ها را با گفتگو از میان می‌رانند. گروه دوم (انطباقی) می‌کوشند با تحمل و مدارا و شکیبایی از بروز تعارضات شدید جلوگیری نمایند. آنها اهل گذشت‌اند و صبورانه از کنار مسائل یکدیگر می‌گذرند. در گروه سوم (سنتی) سطح تعامل و ارتباط محدود است، نقش‌ها تعریف شده‌اند و تنش‌ها کم‌اند. اما، در گروه چهارم (زوج‌های متعارض) تعاملات خصمانه‌اند، شکوه و شکایت و نارضایتی بالا است و روابط عاطفی توأم با تنش است. بی‌ثباتی و برخوردهای تناقض آمیز از دیگر ویژگی‌های بارز این گروه است.

اما، یکی از جامع‌ترین دسته‌بندی‌های مربوط به "الگوهای تعاملی" زوج‌ها را مک‌نالتی^۴ و کارنی^۵ (۲۰۰۴) ارائه داده‌اند. این محققان با بررسی ویژگی‌های تعاملی شمار زیادی از زوج‌ها، همه آن خصائص را در سه الگو جای داده‌اند.

۱. Williams

۲. Baxter

۳. L evental

۴. MC nulty

۵. Karney

آنها الگوی اول را "الگوی مثبت تعامل"^۱ و دو الگوی دیگر را "الگوی تعامل منفی"^۲ نام نهاده‌اند. در الگوی تعامل سازنده و مثبت زن و شوهر روی موضوع تمرکز می‌نمایند و با گفتگوی محبت آمیز و بهره‌گیری از رویکرد برد - برد به حل و فصل مشکلات می‌پردازند. این گونه زوج‌ها از تخریب و تحقیر و سرزنش یکدیگر اجتناب می‌ورزند و به جای ایراد گرفتن، نق زدن و سرزنش کردن، خواسته خود را با بیانی صریح، مهر آمیز و سازنده ابراز می‌دارند. از همین روی، روابط اینها معمولاً سرشار از شور و نشاط و صمیمیت است.

به باور مک‌نالتی و کارنی (۲۰۰۴) الگوی منفی خود به دو نوع "الگوی تعامل منفی مستقیم" و "الگوی تعامل منفی غیر مستقیم" تقسیم می‌شود. بارزترین ویژگی‌های تعامل منفی مستقیم عبارتند از: اسناد دادن، مسئولیت‌گریزی و سئوال پرسیدن خصومت آمیز (بارون^۳ و دیگران، ترجمه کریمی، ۱۳۸۸).

شناسایی اثرات هر یک از این الگوهای تعاملی موجب انجام پژوهش‌های زیادی شده است. به عنوان مثال گورمن و دیگران (۲۰۰۸)، هال فورن^۴ و دیگران (۲۰۱۰) و بنائیان و دیگران (۱۳۸۲)، حسین پور و دیگران (۱۳۹۲) طی پژوهش‌های مستقلی نشان داده‌اند که الگوی تعاملی منفی در گام نخستین رضایت زن و شوهرها را کاهش می‌دهد و موجب اختلال در کنش وری جنسی آنان می‌شود. همچنین، این محققان شواهدی ارائه داده‌اند که نشان می‌دهد الگوی تعاملی منفی سطح سلامت روانی زوج‌ها را به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد. چه، به باور آنها سلامت روان بیش از هر چیز بر اثر "تعارضات حل نشده"، "خشیم‌های فروخورده"، "احساس گناه" و "گیر افتادن در یک رابطه منفی" دچار آسیب می‌شود. شرفی (۱۳۸۲) و نظری (۱۳۸۶) نیز شواهدی در تایید رابطه الگوی تعاملی، رضایت زناشویی و سلامت روانی زوج‌ها به دست داده‌اند. به زعم آنان در یک رابطه رضایت آمیز بذرها "امید"، "خوش بینی" و "مثبت اندیشی" جوانه می‌زنند.

و لاجرم با جوانه زدن چنین بذرهایی فضای مغزی عاری از سموم می‌گردد و در نتیجه سطح سلامت روان و رضایت کلی از زندگی فزونی می‌یابد. چنین ادعایی مورد تایید نظریه پردازان "روان‌شناسی سلامت"^۵ به عنوان مثال برانون و فیست (۲۰۰۰)، قرار گرفته است. آنها نشان داده‌اند که الگوی تعاملی مثبت موجب افزایش

۱ Positive interaction

۲. Negative inter action model

۳. Baron

۴. Halforn

۵. Health psychology



ترشح دوپامین می‌شود. این ناقل شیمیایی مغز نیز به نوبه خود هم “خلق”^۱ را متاثر می‌سازد و هم نظام “شناختی”^۲ ذهن را. در نتیجه هم سطح سلامت روانی افزایش می‌یابد و هم رضایت از روابط زن و شوهری.

اثرات الگوهای تعاملی زن و شوهر بر فرزندان آنها نیز تحقیقات زیادی را موجب شده است. شواهد پژوهشی نشان داده است که الگوهای معیوب تعاملی و نارضایتی مستمر زناشویی، موجب می‌شود تا فرزندان این زوج‌ها در مدرسه مشکلات رفتاری بیش‌تری داشته باشند (بهادر^۳، ۱۹۹۸)، مشکلات بیشتری برای جامعه ایجاد کنند (لینز^۴، ۲۰۱۲) و بیش از دیگران هنجارهای جامعه را نقض کنند (جوزف^۵، ۲۰۱۴).

از میان الگوهای مختلف تعاملی زوج‌ها به ویژه برخی از آنها اثرات زیانبارتری برای فرزندان در پی دارد. به تعبیر بارون و دیگران (۱۳۸۸) ابراز حسادت، به آسانی خشمگین شدن، اظهار نظرهای انتقادی و امتناع از حرف زدن با یکدیگر، بیش از بقیه رفتارها و تعامل‌ها برای فرزندان زیانبار است (ص ۴۸۹). و به باور ریگیو^۶ (۲۰۰۴) “تعارض‌های حل‌نشده والدین، اعم از این که به طلاق منجر شود یا نه، برای رفتارهای آنها بد و زیان‌بار است” (ص ۴۸۹).

با وجود این، شواهد پژوهشی زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد الگوهای تعاملی زوج‌ها قابل اصلاح و بهبود است. به عنوان مثال اسدی و دیگران (۱۳۹۳)، یالین^۷ و دیگران (۲۰۰۹)، غفاری و دیگران (۱۳۸۷)، کلاکسر^۸ (۲۰۰۳) و گیلپاتریک^۹ (۲۰۱۳) نشان داده‌اند که با آموزش‌های گروهی، درمان فردی، گروه درمانی آموزشی، و زوج درمانی می‌توان الگوهای تعاملی زوج‌ها را اصلاح و در نتیجه رضایت زناشویی، سلامت روان، عزت نفس و سبک فرزند پروری آنها را بهبود بخشید. چه، در چنین فرایندهایی زوج‌ها هم شیوه‌های تعامل صحیح را می‌آموزند و هم با پیامدهای منفی حاصل از تعامل مخرب و منفی آشنا می‌شوند. افزون بر آن، آنها از این گونه فرایندهای درمانی و آموزشی به عنوان فرصتی ویژه برای از

۱. Mood
۲. Cognitive system
۳. Bahadur
۴. Linz
۵. Joseph
۶. Rigue
۷. Yalin
۸. Glaser
۹. Gillpatrick

میان راندن تعارضات حل نشده و مسائل مشترک از میان رانده نشده خود بهره می گیرند. بنابراین، بر اساس رویکردها و پژوهش های مرور شده در سطور و صفحات بالا می توان فرضیات زیر را فرمول بندی نمود:

۱. بهبود الگوهای تعاملی زوج ها موجب افزایش میزان رضایت زناشویی آنان می شود.
۲. بهبود الگوهای تعاملی زوج ها موجب افزایش سطح سلامت روانی آنان می گردد.
۳. بهبود الگوهای تعاملی زوج ها موجب افزایش هنجارپذیری فرزندان آنان می شود.

روش شناسی

در این پژوهش از روش "تحقیق تجربی" استفاده شد. برای این منظور ابتدا با ۳۵ زوج که به سبب مشکلات و تعارضات شدید زناشویی به یک مرکز مشاوره روان شناختی مراجعه نموده بودند، مصاحبه بالینی به عمل آمد. سپس از بین آنها ۱۴ زوج دارای "الگوی تعاملی منفی و مخرب" (اعم از الگوی منفی مستقیم و غیر مستقیم) انتخاب شدند. یادآور می شود که بارزترین شاخص های این نوع الگوی تعاملی، که ۱۴ زوج مذکور واجد آنها بودند، به شرح مندرج در جدول زیرند:

جدول شماره ۱: شاخص های الگوی تعاملی منفی

سرزنش گری و عیب جویی	۱
کناره گیری و اجتناب	۲
عصبانیت و پرخاشگری	۳
تحقیر و توهین	۴
تعارض و کشمکش	۵
مقصر تلقی کردن دیگران	۶
مسئولیت گریزی	۷
طرح سوالات خصومت آمیز	۸
طرد و از خود راندن	۹
انتقادگری مستمر	۱۰

پس از انتخاب ۱۴ زوج، آنها به صورت تصادفی در دو گروه جای داده شدند: گروه آزمایش (گروه اول) و گروه کنترل (گروه دوم). سپس رضایت زناشویی آنان با استفاده از "مقیاس رضایت زناشویی ۴۷ ماده ای اینریچ" که از پایایی ۰/۹۲

برخوردار است، سلامت روانی با استفاده از مقیاس ۲۸ ماده‌ای گلدبرگ که از پایایی ۰/۸۸ برخوردار است و هنجارمندی فرزندان آنها با استفاده از یک مقیاس ۱۰ ماده‌ای (فرم والدینی)، که دارای پایایی ۰/۸۶ است، اندازه گیری شد. شاخص‌های هر یک از سه مقیاس مذکور به شرح زیرند:

جدول ۲: شاخص‌های مقیاس رضایت زناشویی

- رضایت از شخصیت همسر
- رضایت از روابط جنسی
- رضایت از الگوی مالی
- رضایت از ارتباط
- رضایت از تعامل با فرزندان
- رضایت از تعامل با بستگان
- رضایت از روابط عاطفی

جدول ۳: شاخص‌های سلامت روانی

- سلامت جسمانی وابسته به روان
- عملکرد اجتماعی
- عدم اضطراب
- عدم افسردگی

جدول ۴: شاخص‌های هنجارمندی فرزندان

انجام تکالیف مدرسه
روابط سازنده با همکلاسی‌ها
روابط سازنده با معلمان
راستگویی در خانه و مدرسه
حفظ اموال عمومی
مسئولیت پذیری
رفتار اخلاقی
احترام به قوانین
شرکت در فعالیت‌های جمعی مدرسه
خود نظم بخشی

پس از سنجش‌های سه گانه (انجام پیش آزمون)، گروه کنترل (گروه دوم) در لیست انتظار قرار داده شد و گروه آزمایش (گروه اول) به مدت ۲ ماه و طی ۸

جلسه به صورت گروهی تحت آموزش و درمان گروهی “اصلاح الگوهای تعاملی” قرار گرفتند. فهرست اقدامات آموزشی و درمانی جلسات ۸ گانه در جدول زیر درج گردیده است:

جدول شماره ۵: فهرست اقدامات جلسات آموزش و درمان گروهی اصلاح تعامل زوج ها

<p>جلسه اول: معارفه، بیان اهداف، صحبت و گفتگو پیرامون مولفه های تعامل منفی و پیامدهای آنها و ارائه تکلیف (شناسایی شاخص های تعامل مثبت و سازنده)</p>
<p>جلسه دوم: مرور تکالیف، تشریح شاخص های ارتباط و تعامل مثبت (پذیرش، احترام، گفتگوی سازنده، تمرکز بر مشکل، بیان صریح خواسته ها و ...) و ارائه تکلیف (انجام حداقل یک گفتگوی سازنده)</p>
<p>جلسه سوم: مرور تکالیف، بیان چند تعارض و ایفای نقش برای حل آنها توسط چند زوج و ارزیابی فرایند آن توسط زوج های دیگر و ارائه تکلیف (تمرکز بر رفتارهای مثبت همسر و تقویت آن)</p>
<p>جلسه چهارم: مرور تکالیف و توضیح اثرات تقویت مثبت، آموزش روش مذاکره برد-برد (بیان موارد اختلافی، انتخاب یکی از موارد برای گفتگو، به نوبت سخن گفتن، تلاش برای درک نظر دیگری و یافتن نقاط مشترک، انعطاف پذیری، اجتناب از قضاوت شتاب زده و ...) و ارائه تکلیف (انجام یک مذاکره برد-برد)</p>
<p>جلسه پنجم: مرور تکالیف، ایفای نقش مذاکره برد-برد و ارزیابی نقاط قوت و ضعف آن توسط اعضا و ارائه تکلیف (تلاش برای شاد کردن همسر و ایجاد شور و هیجان در خانواده)</p>
<p>جلسه ششم: مرور تکالیف، بحث و گفتگو پیرامون ایجاد نشاط و هیجانات مثبت در تعاملات، ترغیب زوج ها برای خندانیدن یکدیگر و ایجاد فضای مثبت و ارائه تکلیف (انجام فعالیت های مشترک نشاط آمیز نظیر با هم ورزش کردن، قدم زدن در پارک، میهمانی رفتن، سینما رفتن، خواندن کتاب و ...)</p>
<p>جلسه هفتم: مرور تکالیف و بحث بر سر اثرات فعالیت های مشترک، آموزش روش های گوش کردن، سکوت، نوازش کلامی، بازخورد دادن و خوش خلقی و ارائه تکلیف (اثبت میزان بهبود تعاملات در مدت آموزش و درمان و یادداشت تعارضات باقی مانده)</p>
<p>جلسه هشتم: مرور تکالیف، تمرین رفتار حل تعارضات، مرور فنون و تکنیک های تعامل مثبت و ارائه راهکارهای نگهداری الگوی تعامل سازنده و دعوت برای حضور در مرکز مشاوره در دو هفته بعد.</p>

دو هفته پس از اتمام دوره آموزش گروهی، زوج های هر دو گروه به مرکز مشاوره مراجعه و رضایت زناشویی، سلامت روانی و هنجارمندی فرزندان آنها بار دیگر اندازه گیری شد و از گروه کنترل نیز برای حضور در جلسات آموزش گروهی اصلاح الگوهای تعاملی ثبت نام به عمل آمد.

نتایج پژوهش

در سطور پایین ابتدا ویژگی های دموگرافیک آزمودنی های دو گروه گزارش می شود. آنگاه یافته ها به ترتیب فرضیات تحقیق ارائه می گردد.

الف- ویژگی های دموگرافیک

- ۱- سن. زوج ها در دامنه سنی ۳۲ تا ۵۱ سال (با میانگین سنی ۳۷/۵) قرار داشتند.
- ۲- تحصیلات. تحصیلات زوج ها از دیپلم تا دکترای تخصصی در نوسان بود. بالاترین تحصیلات مربوط به زوج های لیسانس و کمترین آن دکترای بود.
- ۳- تعداد فرزندان. تمامی زوج ها ۱ تا ۳ فرزند (با میانگین ۱/۲) داشتند. هر یک از آنها حداقل یک فرزند ابتدایی داشتند (تنها هنجارمندی این فرزندان مورد ارزیابی قرار گرفت).

ب- آزمون فرضیات

۱- تاثیر آموزش گروهی بهبود تعامل بر رضایت زناشویی

برای آزمون فرضیه اول تحقیق، که ادعا می کرد بهبود تعامل زوج ها موجب افزایش رضایت زناشویی آنان می شود، ابتدا میانگین رضایت زوج های دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون اندازه گیری و در جدول زیر درج گردید.

جدول ۶: میانگین و انحراف معیار نمرات زوج های دو گروه در رضایت زناشویی (به تراز ۱۰۰)

گروه	پیش آزمون			پس آزمون		
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۷	۳۷	۱۷	۷	۶۶	۱۱
کنترل	۷	۳۹	۱۹	۷	۴۵	۲۰

همان گونه که اطلاعات درج شده در جدول بالا نشان می دهد میانگین رضایت زناشویی گروه آزمایش پس از اصلاح و بهبود الگوی تعامل ۲۹ نمره (از ۱۰۰ نمره) افزایش یافته است. میانگین رضایت زناشویی گروه دوم نیز ۶ نمره افزایش یافته است. آیا این تفاوت افزایش نمره از نظر آماری معنی دار است؟ برای پاسخ به این سؤال از آزمون آماری t استفاده شد. نتایج حاصل در جدول زیر درج شده است.

جدول شماره ۷: نتایج آزمون t گروه‌ها مستقل برای مقایسه رضایت زناشویی زوج‌ها در پیش

آزمون و پس آزمون

مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	درجات آزادی	t	sig
پیش آزمون	آزمایش	۳۷	۱۷	۱۲	۰/۲۱	۰/۷۱
	کنترل	۳۹	۱۹			
پس آزمون	آزمایش	۶۶	۱۱	۱۲	۳/۷۱	۰/۵۰
	کنترل	۴۵	۲۰			

همان گونه که اطلاعات درج شده در جدول بالا نشان می‌دهد بین میانگین نارضایتی زناشویی در پیش آزمون تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد. لیکن، بین میانگین دو گروه در پس آزمون در سطح $P/0.05$ تفاوت آماری معنی داری وجود دارد. بنابراین، چون میانگین گروه آزمایش بیش از گروه کنترل است می‌توان نتیجه گرفت که آموزش و بهبود مدل‌های تعاملی زوج‌ها موجب افزایش معنی دار رضایت زناشویی می‌شود.

۲- تاثیر بهبود الگوهای تعاملی بر سلامت روانی

برای آزمون فرضیه دوم که ادعا می‌کرد بهبود الگوهای تعاملی زوج‌ها موجب افزایش سطح سلامت روانی آنها می‌شود، دو اقدام صورت گرفت: در گام اول میانگین و انحراف معیار سلامت روانی دو گروه در هر دو مرحله (پیش آزمون و پس آزمون) محاسبه شد و در گام دوم با استفاده از آزمون آماری T برای گروه‌های مستقل میانگین‌های دو گروه مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج حاصل در جداول زیر درج شده‌اند.

جدول شماره ۸: میانگین و انحراف معیار سلامت روانی دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون

گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد
آزمایش	۷	۴۸	۱۵	۷
کنترل	۷	۴۹	۱۷	۷

همان گونه که ملاحظه می‌شود میزان سلامت روانی گروه آزمایش در پس آزمون، در مقایسه با پیش آزمون به طور میانگین ۱۵ نمره افزایش یافته است. در



حالی که این افزایش در گروه کنترل تنها ۳ نمره است.

جدول شماره ۹: نتایج آزمون T گروه‌های مستقل برای مقایسه سلامت روانی زوج‌ها در پیش

آزمون و پس آزمون

مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	درجات آزادی	t	sig
پیش آزمون	آزمایش	۴۸	۱۵	۱۲	۰/۲۶	۰/۶۹
	کنترل	۴۹	۱۷			
پس آزمون	آزمایش	۶۳	۱۱	۱۲	۳/۱۱	۰/۵۰
	کنترل	۵۲	۱۶			

نتایج حاصل از مقایسه میانگین‌های دو گروه در دو مرحله نشان داد که بین میانگین سلامت روانی دو گروه در پیش آزمون تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد. در حالی که بین میانگین سلامت روانی دو گروه در پس آزمون در سطح آماری $P < 0/05$ تفاوت آماری معنی داری وجود دارد. بنابراین، فرضیه دوم تحقیق نیز تایید می‌گردد. از همین روی بر اساس این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که اصلاح و بهبود لگوهای تعاملی زوج‌ها بر سطح سلامت روانی آنها می‌افزاید.

۳- تأثیر بهبود الگوهای تعاملی بر هنجارمندی فرزندان

در فرضیه سوم تحقیق ادعا شده بود که بهبود الگوهای تعاملی زوج‌ها موجب افزایش هنجارمندی فرزندان آنان می‌شود. برای آزمون این فرضیه ابتدا با استفاده از یک مقیاس ویژه والدین میزان هنجارمندی فرزندان ۱۲ تا ۱۸ ساله آنان در خانه و مدرسه در دو مرحله (پیش از آموزش و پس از آموزش) مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. آنگاه میانگین نمرات هنجارمندی فرزندان در هر دو مرحله محاسبه شد. در آخر میانگین‌ها با استفاده از آزمون آماری T در هر دو مرحله مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج حاصل در جداول زیر درج گردیده است.

جدول شماره ۱۰: میانگین هنجارمندی فرزندان در دو مرحله

گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد
آزمایش	۷	۶۹	۱۲	۷
کنترل	۷	۷۰	۱۲	۷

نتایج نشان داد که میانگین هنجارمندی فرزندان گروه آزمایش در پس آزمون، در مقایسه با پیش آزمون، ۱۲ نمره افزایش یافته است. در حالی که این افزایش در گروه کنترل تنها دو نمره است.

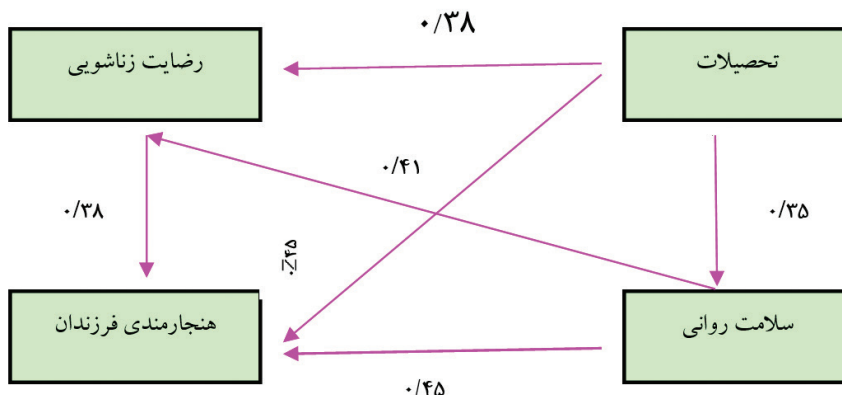
جدول شماره ۱۱: نتایج آزمون T برای مقایسه میانگین هنجارمندی در هر دو مرحله

مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	درجات آزادی	t	sig
پیش آزمون	آزمایش	۶۹	۱۲	۱۲	۰/۱۹	۰/۶۱
	کنترل	۷۰	۱۴			
پس آزمون	آزمایش	۸۱	۱۰	۱۲	۲/۱۶	۰/۰۵
	کنترل	۷۲	۱۳			

یافته‌های جدول بالا نشان می‌دهد که بین میانگین دو گروه در پیش آزمون تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد. در حالی که تفاوت میانگین دو گروه در پس آزمون در سطح $P < 0/05$ معنی دار است. بنابراین، فرضیه سوم تحقیق نیز تایید می‌شود. بر اساس این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که بهبود تعامل والدین موجب هنجارمندی فرزندان آنان در خانه و مدرسه می‌شود.

میزان همبستگی سه متغیر با یکدیگر و با تحصیلات زوج‌ها

برای محاسبه میزان همبستگی سه متغیر مورد اندازه‌گیری با یکدیگر (در گروه آزمایش) و با تحصیلات زوج‌ها از آزمون آماری همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج حاصل در تصویر زیر درج شده است:



تصویر ۱: همبستگی متغیرهای مورد سنجش با یکدیگر

همان گونه که ضرائب درج شده در تصویر بالا نشان می دهد هر چهار متغیر همبستگی مستقیم و معنی دار بالایی با یکدیگر دارند. بالاترین میزان همبستگی نیز مربوط به تحصیلات و سلامت روانی با هنجارمندی فرزندان است.

بحث در نتایج

یافته های این پژوهش نشان داد که بهبود الگوی تعاملی زوج ها از طریق آموزش و درمان گروهی، هم سطح رضایت زناشویی را افزایش می دهد و تراز ناخرسندی و ناخشنودی در این رابطه را فرو می کاهد، هم میزان سلامت روانی را فزونی می بخشد و هم موجب افزایش سطح سازگاری (انطباق) و هنجارمندی رفتار کودکان دبستانی زوج های تحت درمان و آموزش را بیش تر می کند. هر سه این یافته ها یافته های پژوهشگرانی نظیر گورمن و دیگران (۲۰۰۸)، هالفورد و دیگران (۲۰۱۰)، حسین پور و دیگران (۱۳۹۲) و نظری (۱۳۶۸) نیز همسو و هماهنگ است. چه، آن پژوهشگران نیز نشان داده اند که با از میان راندن الگوی تعاملی منفی و اتخاذ الگوهای مثبت و سازنده، که در آن زوج ها با احترام و عاطفه مثبت با یکدیگر ارتباط برقرار می سازند، هم در کوتاه مدت و هم در بلند مدت بر تراز رضایت زناشویی و سلامت روانی زوج ها افزوده می شود. همچنین، افزایش تراز هنجارمندی و انطباق پذیری و قانون گرایی کودکان با بهبود الگوهای تعاملی والدیشان با یافته های بهادر (۱۹۹۸) و بارون و دیگران (۱۳۸۸) همخوانی دارد.

برای تبیین این یافته ها چند نکته را می توان بر جسته ساخت. نخست آنکه، اصلی ترین عنصر پیوند زناشویی " الگوی تعامل " است. چنانچه این الگو منفی و زیانبار باشد زوج ها نگرش و دیدگاهی منفی به یکدیگر پیدا می کنند که بر اثر آن نه تنها قادر به دیدن ویژگی های مثبت همدیگر نخواهند شد بلکه شمار پرشماری خصیصه و ویژگی منفی را نیز به یکدیگر اسناد می دهند. از آن گذشته، فرو افتادن در یک تعامل زیانبار و مخرب مانع از آن می شود که زن و شوهرها توجه و تمرکز خود را معطوف گشودن گره از مشکلات و از میان راندن تعارضات سازند. ناگفته آشکار است که در چنین شرایطی رضایت زناشویی به صورت مستمر کاهش می یابد. اما، زمانی که زن و شوهرها الگوی تعاملی خود را بهبود می بخشدند از یک سو شناخت مثبتی به یکدیگر پیدا می کنند و از دیگر سو با از میان راندن تعارضات و غبار روبی از فضای تعاملی، عاطفه و هیجان مثبت آنان به یکدیگر روز به روز افزایش می یابد.

دوم آنکه، وقتی تعاملات بهبود می یابند، تعارضات از میان رانده می شوند و رضایت زناشویی فزونی می یابد. متعاقب آن سطح سلامت روانی نیز بهبود

می یابد. چه، بهبود تعامل و رضایت زناشویی با ارتقای خلق، افزایش شادابی، بهبود سطح معاشرت، کاهش افکار منفی و افزایش تجارب مثبت همراه است. این حالات و شرایط نیز، هم دلهره و نگرانی و غم و غصه را از میان می راند و هم کارکرد غدد درون ریز و نوروترانسمیترها را بهبود می بخشد. این تغییرات مثبت و مطلوب نیز به نوبه خود تراز سلامت روانی را افزایش می دهد.

سوم آنکه، انطباق پذیری، هنجارمندی و بهبود سطح عملکرد تحصیلی و روابط اجتماعی کودکان متأثر از چند عامل است که یکی از مهمترین آنها الگوی تعاملی والدین است. از همین روی، وقتی تعامل والدین با تنش و تحقیر و طرد و کناره گیری همراه است کودکان آنان در باتلاق ناامنی و ناامیدی و اضطراب فرو می غلتند. این حالات روان شناختی، هم تعامل آن کودکان با همسن و سال های خود را دستخوش اختلال می سازد و هم حافظه و ظرفیت یادگیری آنان را دچار آسیب می سازد. چنین آسیبی به تدریج عملکرد تحصیلی آنان را کاهش می دهد. این کاهش عملکرد نیز با تقلیل میزان اعتماد به نفس و دست یازیدن به کنش های ناسازگارانه و حتی ابتلا به اختلال کردار، همراه است. اما، زمانی که کودکان شاهد تعامل سازنده والدین خود باشند و فضای درون خانواده را سرشار از مهر و عاطفه مثبت و پذیرش و احترام بیابند و دریابند که والدین آنها قادرند با دیالوگ مثبت و سازنده مشکلات و تعارضات و اختلالات را از میان برانند، آنان نیز احساس امنیت می نمایند و دنیای آینده و پیرامون خود را حمایت گر می یابند. در چنین شرایطی اعتماد به نفس آنان افزایش می یابد و در نتیجه هنجارمندی و انطباق پذیری و عملکردشان فزونی می یابد.

- اسدی ، علی و دیگران (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانی آموزشی در افزایش رضایت زناشویی و سلامت روانی زوج ها. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران
- بارون ، رابرت و دیگران (۱۳۸۸). روان شناسی اجتماعی (ترجمه یوسف کریمی) . تهران : انتشارات روان.
- بنائیان ، شایسته و دیگران (۱۳۸۶) . ارتباط سلامت روان و رضایت زناشویی زنان متأهل. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان. شماره ۲۶ ص ۶۲-۵۲
- حسین پور، محمد و دیگران (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی آموزش خانواده درمانی بر رضایت زناشویی. فصلنامه یافته های نو در روان شناسی ، ۳، ص ۱۰۶-۹۵
- شرفی، علی (۱۳۸۲). رابطه بین الگوهای ارتباطی زناشویی و سلامت روانی معلمان. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. تهران: دانشگاه خوارزمی ، دانشکده علوم تربیتی
- نظری، علی محمد (۱۳۸۶). مبانی زوج درمانی و خانواده درمانی . تهران: نشر علم
- غفاری، فریده و دیگران (۱۳۸۷). اثربخشی روان درمانی گروهی در افزایش رضایت زناشویی. فصلنامه مطالعات تربیتی و روان شناسی ، شماره ۹ ص ۷۸-۶۵
- Bruce, D. et al. (2013). Couples therapy. Newyork : academic press.
- Brannon, l. and feist, (2000). Health psychology . Canada: wadsworth.
- Baxter, l. A . (2005). Communicatio models. Boston: MC Graw-Hill.
- Bahadur , A . (1998). Family and children. Boston : MC Graw- Hill
- Gottman , M. (1993). A theory of marital dissolution and stability. Journal of family psychology, 75 -57 , 7.
- Williams, M. et al (2007). An introduction to couples therapy . Boston : MC Graw- Hill.
- Levental, w. et al. (2005) . the marital interactions. Journal of clinical psychology , 519 -501 , 9
- Linz , S.L. (2002) . child psychology . combridge press.
- MC Gonagle, K. et al. (1992). The Fveoency and determinants of marital disagreement. Journal of social and personal relation ships, 524-9, 507.

- McNulty J. and Karney, B. (2004). Positive expectations in the early years of marriage. *Journal of Personality and Social Psychology*, 743-729, 86
- Glaser, W. (2003). *Approaches to Marital Interaction*. M.A: Transaction Publishers.
- Gillpatrick, J. (2013). *Family Therapy*. Cambridge, M.A: Massachusetts Press.
- Joseph, R. (2014). Family conflicts and developmental problems. *Journal of Child Psychology*, 321-310, 11

Archive of SID