

اثر بخشی خانواده درمانی ساختاری بر سطح رضایت زناشویی زنان

جمال عاشوری^{1*}
دکتر غلامرضا منشی²

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی رویکرد خانواده درمانی ساختاری بر سطح رضایت زناشویی زنان انجام شد. جامعه آماری این پژوهش همه زنان دارای مشکل نارضایتی زناشویی مراجعه کننده به مرکز مشاوره رازی شهرستان ورامین بودند. از میان آنان 40 زن به روش در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در 2 گروه مساوی شامل گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. این مطالعه با استفاده از روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. اعضای گروه آزمایش به مدت 10 جلسه 70 دقیقه ای در معرض مداخله خانواده درمانی ساختاری قرار گرفتند. در طول مدت مداخله، گروه کنترل هیچ گونه درمانی دریافت نکرد. ابزار این پژوهش پرسشنامه رضایت زناشویی اتریچ بود. داده ها با روش آمار توصیفی و آزمون تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها نشان داد که خانواده درمانی ساختاری بر سطح رضایت زناشویی زنان مؤثر است. نتایج حاکی از اهمیت توجه به مداخلات خانواده درمانی ساختاری در افزایش رضایت زناشویی زنان بود.

واژه‌های کلیدی: خانواده درمانی ساختاری، رضایت زناشویی، زنان

¹ - دانشجوی دکتری روان شناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات اصفهان، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول، jamal_ashoori@yahoo.com

² - استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات اصفهان، اصفهان، ایران. Smanshaee@iau.ac.ir

مقدمه

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 به نظام خانواده برعکس سایر نظام های اجتماعی از طریق تولد، به فرزندگی گرفتن و ازدواج ممکن است و تنها مرگ، عضویت در نظام خانواده را از بین می برد (دونان¹، 1999). هر یک از اعضای خانواده وظایفی دارند و شکست در انجام وظایف منجر به ایجاد مشکلات نارضایتی می شود. بنابراین توجه به خانواده و تلاش در جهت رفع مشکلات این نظام می تواند نوید بخش جامعه ای سالم باشد. در این نظام زنان بیش از سایر اعضا در معرض آسیب هستند که یکی از آسیب های اساسی این نظام به ویژه در آغاز ازدواج، عدم رضایت زناشویی است (بایباخ²، 2009). گلدنبرگ و گلدنبرگ³ (2004) نارضایتی زناشویی و طلاق را بعد از مرگ ناگهانی در خانواده، از مهمترین عوامل تنیدگی و فشارزا می داند. مشکلات زناشویی در همه ازدواج ها حداقل در زمان هایی پس از ازدواج وجود دارد. در این زمان ها فشارهای عاطفی و عوارض جسمانی و روانی بسیاری بر زنان وارد می شود که با مداخلات به موقع تا حد زیادی می توان آنها را کاهش داد. بنابراین توجه به خانواده و تلاش در جهت رفع مشکلات این نظام می تواند نوید بخش جامعه ای متعالی باشد.

رضایت زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس ناشی از رضایت و خوشبختی از یکدیگر داشته باشند. به عبارت دیگر زوجین سازگار زن و شوهرهایی هستند که از روابطشان با یکدیگر راضی اند و در زمینه مسائل گوناگون زندگی مثل گذراندن اوقات فراغت، سرمایه گذاری، چگونگی ادامه زندگی، ایده ها و تصمیم برای آینده و غیره تا حد زیادی با هم اتفاق نظر دارند (گریف⁴، 2000).

بر طبق نظریه نظام ها یا سیستم ها، هر عضو خانواده به منزله واحدی از خانواده در جهت حفظ تعادل با دیگران ارتباط برقرار می کند. خانواده درمانی به چگونگی آشکار ساختن الگوهای پنهان در خانواده، حفظ تعادل و شناخت هدف ها کمک می کند. خانواده درمانگران بر این باورند که نه تنها آن عضو خانواده که برچسب بیمار به او زده

¹. Donovan

². Beyebach

³. Goldenberg & Goldenberg

⁴. Greef

شده و مشکلات را به او نسبت می دهند، نیازمند درمان است، بلکه سایر اعضای خانواده نیز باید در فرایند درمان مد نظر قرار گیرند (سادوک، سادوک و کاپلان¹، 2003). نظریه های مختلف خانواده درمانی با توجه به اهمیت نقش ارتباطات در ایجاد، ابقا و حل مشکل به سه گروه عمده تقسیم می شوند. گروه نخست به الگوهای تعاملی ابقای مشکل و شیوه های چالش با چرخه تکرار شونده تعامل تاکید دارد. گروه دوم به سیستم باور اعضای خانواده، نمایش نامه و قصه های خانواده که از الگوی تعاملی ابقای مشکل حمایت می کند، تمرکز دارد. در نهایت گروه سوم به مسأله درمان در درون بافت اجتماعی و تاریخی خانواده در درمان، بدون در نظر گرفتن سیستم باور مرتبط با مشکل تاکید می کند (لیوی²، 2006).

خانواده درمانی ساختاری بر پایه تجربیات و پژوهش های سالوادور مینوچین و همکاران شکل گرفته است. ایده اصلی خانواده درمانی ساختاری این است که نشانه مرضی فرد هنگامی که در بافت الگوهای تعاملی خانواده ارزیابی شود، بهتر قابل درک و شناخت است (تامپسون و رادلف³، 2002). یکی از فنون ویژه و منحصر به فرد خانواده درمانی ساختاری به اجرا در آوردن الگوهای تعامل خانواده در جلسه درمان است. همچنین هدف اصلی آن تسهیل حل مشکلات موجود و رشد سالم خانواده با تمرکز بر ارتباط بین فردی و اعضای مهم خانواده و شبکه اجتماعی می باشد (ذنون، 1999). علاوه بر آن مفروضه اصلی خانواده درمانی ساختاری این است که هر خانواده دارای یک ساخت است و این ساخت تنها زمانی که خانواده در حال عمل است، آشکار می شود. به عبارت دیگر ساختار مجموعه ای نامرئی و پنهان از نقش هاست که اعضای خانواده از آن طریق با یکدیگر ارتباط برقرار می کنند (مینوچین⁴، 1984).

خانواده درمانی ساختاری بارها مورد تجدید نظر قرار گرفته است. آخرین تجدید نظر اساسی نشان می دهد که در سه مورد تغییرات عمده ای در نظر و عمل پیدا شده است. نخست در جمع آوری و تنظیم اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم گیری در زمینه هدف گزینی، طراحی و اجرای درمان رشد معناداری یافته است. دوم وضعیت ارتباطی کودک - خانواده - درمانگر در جهت همکاری و مشارکت بیشتر تغییر جهت داده است.

¹. Sadock, Sadock&caplan

². Levy

³. Thampson& Rudolph

⁴. Minuchin

سوم اینکه به هیجانات و رشد عاطفی در خانواده توجه روزافزونی شده است. همچنین توجه ویژه ای به سبک های 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 (گلدنبرگ و گلدنبرگ، 2004).

سودانی، شهریاری و شفیع آبادی (1389) در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش خانواده درمانی ساختی به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان به این نتیجه رسیدند که این آموزش ها به طور معناداری باعث کاهش تعارضات زناشویی در مرحله پس آزمون و پیگیری شد. عباسیان (1388) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی آموزش خانواده درمانی سیستمی میلان به شیوه گروهی بر تعارضات زناشویی زنان نشان داد که این آموزش ها باعث کاهش تعارضات زناشویی در زنان شده است. همچنین فریدی (1385) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی آموزش مداخلات خانواده درمانی ساختاری به شیوه گروهی بر تعارضات زناشویی زنان نشان داد که این مداخلات باعث همکاری زنان در خانواده، کاهش واکنش های 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 می گردد.

گلدنبرگ (2008) بیان کردند که خانواده درمانی ساختاری تأثیر معناداری در کاهش نارضایتی زناشویی دارد و همچنین تغییرات مثبت و معناداری در عملکرد خانواده ها و عملکرد روانی اجتماعی آنان داشته و این تأثیرات در بلند مدت باقی می ماند. علاوه بر آن نتایج فراتحلیل آلن کار¹ (2001) نشان داد که رویکرد خانواده درمانی ساختاری موثرتر از عدم درمان و درمان های جایگزین است. همچنین مک لندن، مک لندن و پتر² (2009) در پژوهشی با عنوان درمان ساختاری خانواده محور به این نتیجه رسیدند که میانگین گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری بیشتر بود. به عبارت دیگر آموزش با رویکرد خانواده درمانی ساختاری باعث افزایش رضایت زناشویی شده است. پارکوور، متریک، پارکوور و گرین-اسمیت³ (2011) در پژوهشی که به بررسی اثربخشی خانواده درمانی ساختاری پرداختند به این نتیجه رسیدند که آموزش به

¹. Alan Carr

². McLendon, McLendon&Petr

³. Parcover, Mettrick, Parcover& Griffin-Smith

خانواده ها با توجه به این رویکرد باعث افزایش رضایت زناشویی و کاهش ناسازگاری آنان شده است.

پژوهش های مربوط به بررسی نقش خانواده در ابتلا به انواع اختلالات عاطفی رفتاری نشان می دهد که ریشه بسیاری از اختلالات را باید در نظام خانواده و در تعارضات زناشویی جستجو کرد. بنابراین با بررسی یافته های مطالعات انجام شده در مورد اثرات خانواده درمانی در بهبود اختلالات مختلف به نظر می رسد به کارگیری روش خانواده درمانی ساختاری بتواند به تغییر و اصلاح الگوهای ارتباطی زنان منجر شود. در نتیجه اختلافات و اختلالات عاطفی میان زوجین درمان شده و امکان بازگشت مجدد بیماری به علت تغییر شرایط نامطلوب به شرایط مطلوب از بین می رود. به همین منظور روش خانواده درمانی ساختاری که از لحاظ فرهنگی (سطح تحصیلات) و اجتماعی متناسب با جامعه این پژوهش می باشد به عنوان الگوی مداخله در این پژوهش قرار گرفت. با توجه به آثار مثبت خانواده درمانی ساختاری در درمان اختلالات و با توجه به اهمیت رضایت زناشویی و سازگاری زنان در تداوم زندگی دارد، پژوهش حاضر تلاش می کند تا به پرسش زیر پاسخ دهد: آیا خانواده درمانی ساختاری باعث افزایش سطح رضایت زناشویی زنان می شود؟

ابزار و روش

جامعه آماری این پژوهش همه زنان دارای مشکل نارضایتی زناشویی مراجعه کننده به مرکز مشاوره رازی شهرستان ورامین به تعداد 57 نفر بودند. از میان آنان 40 زن که نمره رضایت زناشویی آنان بین 30 تا 40 (عدم رضایت نسبی از روابط زناشویی) و یا پایین تر (نارضایتی شدید از روابط زناشویی) بود به روش در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه مساوی شامل گروه های آزمایش و کنترل قرار داده شدند. برای کنترل متغیرهای مزاحم این پژوهش با استفاده از روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. پس از اجرای پیش آزمون (پرسشنامه انریچ)، مداخله فقط بر روی گروه آزمایش اجرا و گروه کنترل هیچ گونه درمانی دریافت نکرد و در لیست انتظار برای درمان قرار گرفت. گروه آزمایش تحت 10 جلسه 70 دقیقه ای خانواده درمانی ساختاری قرار گرفت. در نهایت هر دو گروه پرسشنامه رضایت زناشویی را تکمیل کردند. به منظور افزایش دقت ارزیابی، پرسشنامه ها در مرحله پیش آزمون و

پس آزمون به صورت مجزا توسط افراد تکمیل شد. در نهایت داده ها با روش آمار توصیفی و آزمون تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند و برای این منظور از نرم افزار SPSS-19 استفاده شد.

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ¹: این پرسشنامه به عنوان یک ابزار معتبر در پژوهش های متعدد برای بررسی میزان رضایت زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است. فرم اصلی این ابزار 115 سؤالی و فرم کوتاه آن 47 سؤالی است که اولسون و فاورز² (1989) آن را ساختند. در این پژوهش از فرم کوتاه آن استفاده شد که سلیمانیان (1373) آن را هنجار کرد. این ابزار با استفاده از مقیاس درجه ای لیکرت از یک تا پنج (1=کاملاً مخالفم، 5=کاملاً موافقم) نمره گذاری می شود. حداکثر نمره آزمودنی در این ابزار برابر با 235 است. ضمناً سوالات 4، 6، 8، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 30، 31، 32، 33، 35، 37، 38، 39، 40، 41، 42، 43، 45، 46، 47 به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. اولسون و فاورز (1989) اعتبار آن را با روش آلفای کرونباخ 0/95 و روایی آن را با پرسشنامه سازگاری زوجین 0/92 گزارش کردند. همچنین سلیمانیان (1373) اعتبار آن را با روش آلفای کرونباخ 0/93 گزارش کرد.

گروه آزمایش 10 جلسه 70 دقیقه ای تحت خانواده درمانی ساختاری قرار گرفت. قابل ذکر است که پیش از مداخله و پس از مداخله گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ رضایت زناشویی مورد ارزیابی قرار گرفتند. شیوه اجرا و تکلیف جلسات درمانی بر اساس طرح خانواده درمانی ساختاری به شرح زیر بود.

جلسه اول: در این جلسه ابتدا افراد خود را معرفی کردند و با همدیگر آشنا شدند و سپس اهداف جلسات، روش درمانی و مفهوم تعارضات زناشویی بیان شد. به افراد تکلیف داده شد که در یک برگه تعارضات عمده بروز کرده خود را نوشته و انتظارات خود از این جلسات را به صورت خلاصه بنویسند و با خود به بیاورند.

جلسه دوم: در این جلسه ابتدا تکلیف جلسه قبل مرور شد، سپس تعریف ارتباط و زیرمنظومه های خانواده معرفی گردید و در نهایت وضعیت غالب خانواده ها مورد بحث و بررسی قرار گرفت. به افراد تکلیف داده شد تا مهارت های ارتباطی را تمرین و نتایج تمرین ها را یادداشت کنند.

¹-ENRICH (Evaluation & Nurturing Relationship Issues Communication and Happiness)

². Olson & Fowers

جلسه سوم: این جلسه با دریافت بازخورد از جلسه قبل شروع شد. فنون خانواده درمانی همانند الحاق، تقلید و بازگویی آموزش داده شده، سپس مورد تمرین قرار گرفت. به افراد تکلیف داده شد تا از اثرات فنون خانواده درمانی در بهبود زندگی روزمره خود یادداشت برداری کنند.

جلسه چهارم: این جلسه با مرور تکالیف جلسه قبل و دادن بازخورد شروع شد. سپس درباره الگوهای مرادده ای رایج و مثلث های موجود حول مشکلات خانواده بحث شد. به افراد تکلیف داده شد تا انتظارات خود از همسر خویش را بنویسند و در جلسه مطرح کنند و مواردی را که از نظر آنان باعث همکاری بیشتر هر یک از زوجین می شود، به عنوان راهکار به دیگران بیان کنند.

جلسه 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 که باعث واکنش می شود را بنویسند و بیان کنند.

جلسه ششم: این جلسه با بررسی تکالیف جلسه قبل شروع شد. سپس نحوه ارتباط هر یک از افراد با میزان ارتباط هر کدام از آنها با همسرانشان در مقابل رابطه با اعضای خانواده خود مورد بررسی و آموزش قرار گرفت. به افراد تکلیف داده شد تا چند مورد از تجارب خود را که باعث نزدیک تر شدن آنان با خانواده اصلی شان شده و باعث دوری آنان از همسرشان شده است را نوشته و به همراه خود بیاورند.

جلسه هفتم: این جلسه با بررسی تکالیف جلسه قبل شروع شد. سپس رابطه خانوادگی با خویشاوندان و دوستان مورد بحث و بررسی قرار گرفت. به افراد تکلیف داده شد تا چند مورد از راهکارهایی را که باعث متعادل ساختن رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و داشتن رابطه مناسب با دوستان مشترک می شود بنویسند و به همراه خود بیاورند.

جلسه هشتم: این جلسه با بررسی تکالیف جلسه قبل شروع شد. سپس با توجه به اینکه اختلافات زناشویی بر سر اختلافات جنسی بیشتر در مورد زمان و کیفیت رابطه می باشد، در این جلسه درباره مسائل جنسی به افراد آموزش هایی داده شد. به افراد تکلیف داده شد تا در درباره زمان و کیفیت رابطه جنسی با همسرانشان بحث نمایند و به توافق برسند و به توافق خود نیز عمل نمایند.

جلسه نهم: این جلسه با بررسی تکالیف جلسه قبل شروع شد. بحث اصلی این جلسه در مورد حفظ زیرمنظومه های زن و شوهری با مرزهای زیرمنظومه های فرزندان بود. به افراد تکلیف داده شد تا دو مورد از مواردی را که منجر به جلب حمایت فرزند یا فرزندان می گردد بنویسند و به همراه خود بیاورند.

جلسه دهم: این جلسه با بررسی تکالیف جلسه قبل شروع شد. سپس درباره مدیریت صحیح امور مالی به جای جدا کردن امور مالی بحث و تبادل نظر 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.

یافته ها

شرکت کنندگان 40 زن شهرستان ورامین با دامنه سنی 25-39 و میانگین سنی آنها 29/65 بودند. این زن ها از زمینه اجتماعی - اقتصادی - تحصیلی متوسط انتخاب شدند.

جدول (1) تعداد، میانگین و انحراف معیار رضایت زناشویی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و تفاضل آن دو

مرحله	موقعیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	آزمایش	20	118/65	14/42
	کنترل	20	121/98	18/57
پس آزمون	آزمایش	20	180/95	15/08
	کنترل	20	121/56	19/15
تفاضل	آزمایش	20	-62/3	9/26
	کنترل	20	-0/42	10/09

یافته های جدول (1) نشان داد که میانگین و انحراف معیار رضایت زناشویی در مرحله پیش آزمون برای گروه آزمایش 118/65 و 14/42 و برای گروه کنترل 121/98 و 18/57، در مرحله پس آزمون برای گروه آزمایش 180/95 و 15/08 و برای گروه کنترل 121/56 و 19/15 و در مرحله تفاضل هر یک از گروه ها برای گروه آزمایش -62/3 و

9/26 و برای گروه کنترل 0/42- و 10/09 می باشد. برای مقایسه رضایت زناشویی گروه های آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون از آزمون تی مستقل استفاده شد.

جدول (2) نتایج تحلیل آزمون تی مستقل برای مقایسه میانگین پیش آزمون رضایت زناشویی آزمایش و کنترل

موقعیت	میانگین	انحراف معیار	T	سطح معناداری
آزمایش	118/65	14/42	-0/62	0/54
کنترل	121/98	18/57		

یافته های جدول (2) نشان می دهد که بین میانگین رضایت زناشویی گروه های آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر هر دو گروه از نظر رضایت زناشویی در وضعیت تقریباً یکسانی قرار داشتند. برای مقایسه رضایت زناشویی گروه های آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون از آزمون تی مستقل استفاده شد.

جدول (3) نتایج تحلیل آزمون تی مستقل برای مقایسه تفاضل میانگین رضایت زناشویی آزمایش و کنترل

موقعیت	میانگین	انحراف معیار	T	سطح معناداری
آزمایش	62/3	9/26	21/24	0/001
کنترل	0/42	10/09		

یافته های جدول (3) نشان می دهد که بین میانگین رضایت زناشویی گروه های آزمایش و کنترل پس از مداخله تفاوت معناداری وجود دارد ($T=21/24$, $P<0/001$). به عبارت دیگر آموزش خانواده درمانی ساختاری میانگین گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری افزایش داده است. یعنی این آموزش باعث افزایش رضایت زناشویی شده است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش در زنان شهرستان ورامین که به مرکز مشاوره آموزش و پرورش مراجعه کردند، انجام شد. نتایج نشان داد آموزش خانواده درمانی ساختاری در افزایش رضایت زناشویی مؤثر بود. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های (آلن کار، 2001؛ یونگ، نگاش و لانگ¹، 2002؛ هانسون و لند بلند²، 2006؛ فینچام، بیچ و داویلا³، 2007؛ آریتا⁴، 2008؛ مک لندون و همکاران، 2009؛ پارکوور و همکاران، 2011؛ مرادی، 1380؛ نوربالا، ازه ای و طباطبایی، 1382؛ موسوی، مرادی و مهدوی هرسینی، 1384؛ فریدی، 1385؛ سودانی و همکاران، 1389) همسو بود.

در تبیین این یافته می توان گفت همان طور که مینوچین (1984) بیان می کند ایده اصلی خانواده درمانی ساختاری این است که نشانه های 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 می باشد 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 می کند تا الگوهای کلیشه ای خود را تعدیل، انعطاف پذیری 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 می شود.

همچنین در تبیین این نتیجه می توان گفت علت موفقیت این روش در محتوا و برنامه این رویکرد است. طرفداران این رویکرد عمدتاً می کوشند به ساختار و الگوهای تبدیلی جاری آن توجه کنند. آنها به بستر و زمینه اجتماعی که افراد رفتار بد خود را در آن نشان می دهد، عنایت خاصی دارند. به همین دلیل موضوع اصلی آنها بازسازی خانواده بر اساس مرزسازی، طرح و حل تعارضات زیرمنظومه های زناشویی، تصحیح الگوهای رفتاری و ارتباطی مختل، رفع نیازهای همه اعضای خانواده به ویژه همسر خود،

¹. Young, Negash & Long

². Hannson & Lundbland

³. Fincham, Beach & Davilla

⁴. Arieta

بهبود کیفیت روابط جنسی و مدیریت روابط مالی می باشد که این عوامل موجب افزایش رضایت زناشویی می شود.

تبیین دیگر اینکه در نظام خانواده درمانی ساختاری از یک طرف با ارائه تمرین عملی در جلسات و مرور و تمرین آنها در خانه و از طرف دیگر با آموزش روش های مؤثر در حل تعارضات زناشویی، زمینه افزایش رضایتمندی روابط زناشویی و موجبات تقویت زیرمنظومه زناشویی فراهم می گردد. دو وظیفه مهم زیر منظومه های زناشویی که در رویکرد ساختاری عنوان شده است، ارضای نیازهای یکدیگر (زن و شوهر) و حمایت روانی - اجتماعی از هم می باشد. بی توجهی به هر یک از این وظایف باعث بروز عدم رضایت زناشویی می شود، لذا در روش خانواده درمانی با دادن تکالیفی به زوجین در مورد توجه به یکدیگر و رفع نیازهای متقابل منجر به افزایش رضایت از روابط زناشویی می شود. همچنین در این روش به زنان کمک شد تا همزمان با آشکار ساختن تعارضات موجود، امکان حل و فصل تضادها و تعارض های موجود فراهم شود و عملاً روش درست حل آنها را آموخته و در زندگی واقعی آن را به کار ببرند که این امر باعث افزایش رضایت زناشویی می شود.

یکی از محدودیت های این پژوهش عدم حضور آقایان در جلسات درمانی بود که این محدودیت را با توجه به پایین بودن رضایت زناشویی زنان می توان توجیه کرد. محدودیت دیگر شیوه نمونه گیری و دامنه سنی زنان (39-25 سال) بود که در زمینه تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. با توجه به یافته های به دست آمده پیشنهاد می شود که در پژوهش های آتی به بررسی اثربخشی خانواده درمانی ساختاری در سایر دامنه های سنی توجه شود و علاوه بر آن می توان به مقایسه این روش با سایر روش ها از جمله روش های شناختی - رفتاری و معنویت درمانی پرداخت. همچنین مشاوران و درمانگران می توانند از این روش برای حل مشکلات خانواده ها و افزایش رضایت زناشویی استفاده کنند تا تحکیم بنیان خانواده را تضمین کنند و در نهایت جامعه ای سالم داشته باشند.

منابع:

- سلیمانیان، علی اکبر (1373)، بررسی رابطه باورهای غیر منطقی با رضایتمندی زناشویی دانشجویان متاهل. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تربیت معلم.
- سودانی، منصور؛ شهریاری، یونس؛ شفیق آبادی، عبدالله (1389)، اثربخشی آموزش خانواده درمانی ساختی به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان ارجاعی به شعب شورای حل اختلاف شهرستان باغملک. مجله یافته‌های نو در روانشناسی. 10 (4)، 7-25.
- عباسیان، حمیدرضا (1388)، اثربخشی آموزش مداخلات خانواده درمانی سیستمی میلان به شیوه گروهی بر تعارضات زناشویی زنان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.
- فریدی، فرشاد (1385)، بررسی اثربخشی آموزش خانواده درمانی ساختی به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- مرادی، محمود (1380)، بررسی تاثیر خانواده درمانی به روش ساختاری بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق شهرستان اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه اصفهان.
- موسوی، رقیه؛ مرادی، علیرضا؛ مهدوی هرسینی، سیداسماعیل (1384)، بررسی اثربخشی خانواده درمانی ساختاری در بهبود عملکرد خانواده و تقویت رضایت زناشویی در خانواده های کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی. مجله خانواده پژوهی، 41 (4)، 321-335.
- نوربالا، احمد؛ اژه ای، جواد؛ طباطبایی، کاظم (1382)، بررسی تاثیر مداخلات خانواده درمانی راهبردی در اختلافات زناشویی. مجله روانشناسی، 27 (3)، 47-62.
- Alan Carr, F. (2001), Family therapy, concept, process, and practice. University Dublin, John Wiley & Sons: New York.
- Arieta, M. T. (2008), Women couple's relationship satisfaction: The impact of family structure and interparental conflict. Unpublished Doctoral Dissertation, Sanfrancisco University.
- Beyebach, M. (2009), Integrative brief solution-focused family therapy: A provision roadmap. Journal of Systemic Therapies, 28(3), 18-35.

- Donovan, J. M. (1999), Short-Term Couple Therapy. the Guilford Press-A Division of Gilford Publication.
- Fincham, F. D., Beach, R. H., & Davilla, J. (2007), Relations between forgiveness and conflict resolution in marriage. *Journal of family psychology*, 21(3), 542-545.
- Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2004), *Family Therapy* (5th Ed.). Peacock Publishers.
- Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2008), *Family Therapy: An overview* (7th Ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Greef, P. A. (2000), Characteristics of families that function well. *Journal of family issues*, 21(1), 274-289.
- Hannson, K., & Lundbland, A. (2006), Couple therapy effectiveness of treatment and long-term follow up. *Journal of family therapy*, 28(4), 136-152.
- Levy, J. (2006), Using a Meta perspective to clarify the Structural-narrative debate in family therapy. *Journal of Family Process*, 45(1), 55-73.
- McLendon, D., McLendon, T., & Petr, C. G. (2009), Family-directed structural therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(4), 327-339.
- Minuchin, S. (1984), *Family Kaleidoscope*. Cambridge: Harvard University Press.
- 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.
- 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.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A., & Caplan, M. (2003), *Synopsis of psychiatry behavioral sciences and clinical psychiatry*. John Wiley and Sons: New York.
- Thompson, G.L., & Rudolph, L.B. (2002), *counseling children* (6th edition). Wadsworth.

- Young, T. L., Negash, S. M., & Long, R. M. (2009), Enhancing sexual and intimacy via the metaphor of a problem child: utilizing structural-strategic family therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35 (3), 402-417.

Archive of SID