

اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه راه حل مدار (SFT) در افزایش صمیمیت زناشویی زنان

طیبه حسینی^{۱*}، مجتبی امیری مجد^۲، محمد قمری^۳

تاریخ وصول: ۹۱/۱/۲۳ تاریخ پذیرش: ۹۱/۴/۲۵

چکیده:

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه راه حل مدار در افزایش صمیمیت زناشویی زنان متأهل در فروردین ۹۱ انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش به صورت نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. آزمودنی ها ۲۴ نفر از معلمان زن متأهل ناحیه ۳ آموزش و پرورش استان قم بودند که با استفاده از روش نمونه گیری داوطلبانه انتخاب شدند. آزمودنی ها پس از تکمیل پرسشنامه، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. اعضای گروه آزمایش به صورت هفتگی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، مشاوره گروهی راه حل مدار دریافت کردند و گروه کنترل هیچگونه مداخله ای دریافت نکرد. در پایان جلسات درمانی، پس آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد و داده های به دست آمده با استفاده از تحلیل کوواریانس تحلیل شد.

یافته ها: بیانگر اثربخشی رویکرد راه حل مدار بر افزایش صمیمیت کلی زناشویی ($p=0/024$) اعضای شرکت کننده در ابعاد صمیمیت، افزایش در صمیمیت هیجانی ($p=0/047$)، روانشناختی ($p=0/043$)، جنسی ($p=0/024$) و گذراندن وقت ($P=0/003$) در سطح $\alpha \leq 0/05$ بود. و در سایر ابعاد صمیمیت زناشویی از جمله عقلانی ($P=0/069$)، بدنی ($P=0/134$)، معنوی ($P=0/174$)، زیباشناختی ($P=0/309$) و اجتماعی-تفریحی ($P=0/227$) در سطح $\alpha \leq 0/05$ بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری: رویکرد راه حل مدار می تواند برای ارتقای صمیمیت کلی، صمیمیت هیجانی، روانشناختی، جنسی و گذراندن وقت به عنوان یک مهارت کارآمد در حوزه زوج درمانی، به کار گرفته شود.

واژگان کلیدی: رویکرد راه حل مدار، صمیمیت زناشویی، هیجانی و جنسی.

مقدمه

این اعتقاد وجود دارد که همه انسانها یک نیاز پایه و اساسی به برقراری روابط صمیمانه و یک میل وافر به تعلق داشتن، دارند. برای دست یافتن به این نیاز و رشد صمیمیت^۱، ازدواج یک فرصت منحصر بفرد در اختیار می گذارد که فراتر از روابط صمیمانه با دوستان و خویشاوندان است^(۱). نتایج تحقیقات والتز و بادورا (۱۹۸۸) نشان داد که ادراک سلامتی مثبت و صمیمیت زناشویی با احساس بهزیستی رابطه مستقیم دارد. همچنین ورف و همکاران، (۱۹۸۱) معتقدند که ارتباطات بسته و حمایتی با بهزیستی روانی و جسمی ارتباط دارد^(۲). صمیمیت یکی از مهمترین فرایندهای به کار رفته برای توصیف روابط نزدیک است که روابط عاشقانه را در بر می گیرد؛ اما به آنها محدود نمی شود^(۳). صمیمیت به طور کلی به عنوان بخشی ضروری از یک

رابطه در نظر گرفته می شود^(۴). تعاریف قراردادی از صمیمیت، شامل عوامل مرتبط با نزدیکی، بی پرده گویی، تقسیم کار، تمایلات جنسی و مهر و عاطفه می باشد^(۵). براساس تعریف باگاروزی، صمیمیت، نزدیکی، تشابه و یک رابطه شخصی عاشقانه یا هیجانی با شخص دیگر است که مستلزم شناخت و درک عمیق از فرد دیگر به منظور بیان افکار و احساساتی است که به عنوان منشای تشابه و نزدیکی به کار می رود^(۶). لایتی و همکاران صمیمیت را به صورت تقسیم شادیها و احساسات آزردهنده و ترس از جریحه دار شدن احساسات، تعریف می کنند و این احساسات، ذات وجود ما هستند^(۷). بالاخره، لرنر تأکید می کند که صمیمیت واقعی چیزی است که تنها با داشتن یک پیشینه مشترک به دست می آید^(۸). به عقیده راوین، لارنکیو و بارت^(۲۰۰۵)، صمیمیت در رابطه زناشویی و افزایش صمیمیت اغلب یکی از هدفهای زوج درمانی است^(۹). با توجه به تعاریف ذکر شده می توان مؤلفه های صمیمیت را به ۹ حیطه تقسیم کرد: صمیمیت هیجانی،

۱. کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر

* (نویسنده مسؤول) Email: M.hatefi@yahoo.com

۲. گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر

۳. گروه مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر

تاریخ بشری در معرض سستی و زوال قرار گرفته و ارتباط صحیح در میان زوجین دشوارتر از همیشه است (۱۷). شواهد فراوانی گویای آن است که زوجها در جامعه امروزی برای برقراری و حفظ روابط صمیمی و دوستانه به مشکلات شدید و فراگیر دچارند (۱۸).

به عقیده اولسون (۲۰۰۳) زوجین در محیط صمیمانه و شاد، روابط رضایت بخش تری دارند. وجود رابطه صمیمانه بین افراد از اهمیت خاصی برخوردار است. چنین روابطی بر بهزیستی فیزیکی، روانشناختی و توانایی افراد در جهت عملکرد مؤثر در زمینه های مختلف فردی، خانوادگی و شغلی مؤثر است (۱۸). بنابراین، هدف پژوهش حاضرین است که آیا مشاوره گروهی به شیوه راه حل مدار در افزایش صمیمیت زناشویی زنان متأهل مؤثر است؟

روش بررسی

طرح پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. که از میان نواحی استان، ناحیه ۳ به تصادف انتخاب شد. جامعه آماری مورد پژوهش، کلیه معلمان زن متأهل ناحیه ۳ استان قم با حجم نمونه ۲۴ نفر می باشد. که نمونه آماری شرایط زیر را داشتند:

۱- زنان معلم و متأهل. ۲- حداقل یک سال و حداکثر ۱۰ سال از زندگی مشترکشان گذشته باشد.

برای انتخاب نمونه مورد نظر، پس از هماهنگی های لازم با حراست اداره کل و حراست ناحیه ۳ و مسؤول مرکز مشاوره ناحیه ۳، از میان معلمان دارای شرایط آن ناحیه به صورت نمونه گیری داوطلبانه، ثبت نام به عمل آمد. از میان ۳۵ نفری که ثبت نام کردند ۲۴ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. که به صورت تصادفی ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل قرار داده شد. و بقیه اعضا به دلیل نداشتن شرایط ورود به گروه، از جمله زمان ازدواجشان کمتر از یکسال و بیشتر از ۱۰ سال، از گروه حذف شدند. سپس اعضای گروه آزمایش در ۸ جلسه، هفته ای یکبار و ۱:۳۰ ساعت در کارگاه شرکت کردند. برای بررسی از پرسشنامه باگاوزی (۲۰۰۱) استفاده شد (۶). این پرسشنامه برای سنجش ۹ بعد صمیمیت زناشویی شامل: صمیمیت هیجانی، عقلانی، جسمانی، اجتماعی-تفریحی، زیباشناختی، جنسی، معنوی، روانشناختی و صمیمیت در گذراندن وقت، به کار می رود. یک ابزار ۴۴ سؤالی در مقیاس لیکرت است که اولین بار توسط اعتمادی (۱۳۸۵) ترجمه و اعتباریابی شد و در نهایت، ضریب پایایی کل با روش کرونباخ ۰.۹۳٪ به دست آمد (۱). این پرسشنامه به صورت لیکرت از شماره ۱ تا ۱۰ است. تمام خرده مقیاسها، به جز خرده مقیاس صمیمیت معنوی، دارای ۵ سوال که حداقل

صمیمیت روانشناختی، صمیمیت عقلانی، صمیمیت جنسی، صمیمیت بدنی، صمیمیت زیباشناختی، صمیمیت اجتماعی و تفریحی و صمیمیت زمانی (۶).

شیوه های متفاوتی برای نگرستن به مسائل و مشکلات وجود دارد. اکثر چالشهایی که در زندگی رخ می دهد از کنترل خارج است. اما ما همچنان ذهن خود را درگیر آنها می سازیم. این امر تا حدودی طبیعی و به سرشت بشری بر می گردد. اگرچه گاهی اوقات در حالی که به مشکل می اندیشیم به این حقیقت واقف نیستیم که ممکن است راه حل این مشکل همراه با آن وجود داشته یا در حال رخ دادن باشد. مدلهای زیادی در زوج درمانی وجود دارد. یکی از این مدلها، رویکرد درمانی راه حل مدار است مشاوره راه حل مدار، شکلی از درمان مختصر است که بر منابع و توانایی مراجعان برای انطباق و خلق راه حل تکیه می کند (۱۰). درمان راه حل مدار از کارهای میلتنون اریکسون اثر پذیرفته است، این گروه عنوان می کنند که در دیدگاه های درمانی و مشاوره ای وقت زیادی صرف یافتن نقائص و ناتوانی های مراجع می شود. در صورتی که درمان مؤثر باید بر یافتن قابلیت ها و توانایی های مراجع متمرکز باشد. همچنین تحقیقات نشان می دهد که این رویکرد می تواند در موارد اورژانسی خوب عمل کند (۱۱). مروجان و بنیان گذاران این رویکرد استیودیشیزر و کیم برگ می باشند (۱۲). و کاربرد آن روی متغیرهای وسیع جمعیت شناختی نتایج مثبتی داشته است (۱۳).

درمانگران راه حل مدار، بیش از درمانگران مؤسسه تحقیقات روانی MRI، به مراجعان اطمینان می دهند که به اهداف خاصشان می رسند. به زعم آنها، افراد از قبل، مهارت هایی را برای حل مشکلات خود دارند؛ اما این مشکلات از نظر آنها چنان بزرگ است که نقاط قوت خود را فراموش می کنند و توانایی های خود را نادیده می گیرند. گاهی یک تغییر ساده در کانون توجه، از آنچه که خوب به نظر نمی رسد به آنچه که از قبل انجام می دهند و مؤثر است، می تواند مراجعان را به یاد توانایی ها بیندازد و از این منابع در حد وسیع استفاده کنند (۱۴).

رویکرد راه حل مدار، علی رغم تاریخچه کوتاهی که دارد (دیشیزر، ۱۹۸۵) اخیراً توسط گروه زیادی از مشاوران و متخصصان بهداشت روان سراسر جهان به کار می رود. تحقیقات همچنین تأثیرات مثبت این شیوه را روی مجموعه ای از درمان جویان نشان داده است. همچنین این رویکرد در مورد گروهی از ویژگیهای فرهنگی عموماً درمان جویان آسیایی، بخصوص آسیای غرب، سازگار بوده است (۱۵). این رویکرد، بواسطه تأکید بر خودآشنایی اندک، درمان کوتاه مدت و مختصر و تأکید بر جنبه های مثبت و قوی، متفاوت با شیوه های قدیمی روان درمانی است (۱۶). امروزه به نظر می رسد که خانواده، این اساسی ترین بنیان جامعه، بیش از هر زمان دیگری در طول

درگذراندن وقت به صورت کیفی نمره گذاری می شود، به این صورت که هر سه سوال این خرده مقیاس را بر اساس میانگین جوابهای افراد به خرده مقیاسهای دیگر محاسبه می شود (۶). سرتیاجام داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت.

نمره هر سوال ۱ و حداکثر ۱۰ می باشد و حداقل نمره کل هر خرده مقیاس ۵ و حداکثر نمره ۵۰ است و در خرده مقیاس صمیمیت معنوی، که دارای ۶ سوال می باشد، حداقل نمره هر سوال ۱ و حداکثر ۱۰ و حداقل نمره کل این خرده مقیاس ۶ و حداکثر ۶۰ می باشد و در نهایت خرده مقیاس صمیمیت

جدول (۱): روش اداره جلسات رویکرد کوتاه مدت راه حل مدار

اهداف کلی	جلسات
- ایجاد ارتباط و آشنایی- آشنایی شرکت کنندگان با اهداف، قوانین و روند کار جلسات - ایجاد امید به تغییر در شرکت کنندگان	جلسه اول معارفه و بستن قرارداد- درمانی
- آشنایی با اصول اساسی مشاوره راه حل مدار و کاربرد آن - بررسی پذیرش فعالانه مسؤولیت در یک رابطه - فرمول بندی حلقه های راه حل مشکلات	جلسه دوم
- شناسایی راه حل های شرکت کنندگان در زمینه های مختلف مشکل - آشنایی شرکت کنندگان با راه حل های مفید و تکرار آن و رها کردن راه حل های نامناسب- پیدا کردن یک داستان مثبت	جلسه سوم
- متعهد و امیدوار ساختن شرکت کنندگان برای حل مشکل - شناسایی و حل مقاومت های شرکت کنندگان - حرف زدن در مورد آینده - حرف زدن درباره کارها - استفاده از فن سوالات مقیاسی	جلسه چهارم
- آشنایی اعضا با استثنائات مشکل- تقویت و برجسته کردن استثنائات مشکل - پی بردن شرکت کنندگان به قابلیت ها و توانمندی های خود	جلسه پنجم
- کمک به شرکت کنندگان برای شناسایی راه های دیگر تفکر، احساس و رفتار به جای تفکر، احساس و رفتار مشکل ساز کنونی - کمک به شرکت کنندگان برای تحسین کردن بجای ایراد گرفتن از یکدیگر. - اجرای فن شاه کلیدها	جلسه ششم
- کمک به شرکت کنندگان برای تصور آینده مورد علاقه و دنیای بهتر - کمک به شرکت کنندگان برای خارج شدن از چارچوب مشکل و شناسایی تغییرات عینی و مطلوب - استفاده از فن تکالیف وانمودی- فن طراحی تکلیف پیش بینی کننده	جلسه هفتم
- جمع بندی جلسات و نتیجه گیری - استفاده از سوالات درجه دار - اجرای پس آزمون - تشکر و قدردانی از اعضا به خاطر شرکت در جلسه	جلسه هشتم

یافته ها

جدول (۲): آمار توصیفی مربوط به متغیر صمیمیت زناشویی و خرده مقیاسهای آن

مقیاسهای صمیمیت زناشویی	مرحله ی ارزیابی	گروه آزمایش			گروه کنترل		
		میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد
صمیمیت زناشویی	پیش آزمون	۲۸۴/۶۷	۴۹/۱۳	۱۲	۲۸۱/۳۳	۴۰/۹۹	۱۲
	پس آزمون	۳۰۹/۴۲	۷۲/۸۶	۱۲	۲۸۰/۰۳	۴۸/۲۷۴	۱۲
صمیمیت هیجانی	پیش آزمون	۲۹/۵۸	۱۰/۱۲	۱۲	۲۹/۲۵	۱۰/۱۱	۱۲
	پس آزمون	۳۳/۵۰	۹/۶۰	۱۲	۲۸/۷۵	۱۰/۶۰	۱۲
صمیمیت روان شناختی	پیش آزمون	۳۳/۳۳	۶/۲۸۶	۱۲	۳۲/۷۵	۷/۷۳۶	۱۲
	پس آزمون	۳۹/۳۳	۵/۴۶۶	۱۲	۳۱/۵۰	۷/۲۹۳	۱۲
صمیمیت عقلانی	پیش آزمون	۴۲/۶۷	۶/۸۰۰	۱۲	۴۰/۵۸	۹/۰۱۰	۱۲
	پس آزمون	۴۲/۲۵	۴/۴۹۵	۱۲	۴۱/۰۰	۶/۸۶۲	۱۲
صمیمیت جنسی	پیش آزمون	۲۲/۶۷	۷/۶۵۵	۱۲	۲۷/۰۸	۹/۴۹۱	۱۲
	پس آزمون	۳۰/۸۳	۰/۳۸۹	۱۲	۲۶/۴۲	۸/۲۶۲	۱۲
صمیمیت بدنی	پیش آزمون	۳۶/۴۲	۸/۷۹۵	۱۲	۳۷/۲۵	۸/۵۱	۱۲
	پس آزمون	۳۶/۷۵	۴/۷۹۳	۱۲	۳۷/۵۰	۶/۲۴۵	۱۲
صمیمیت معنوی	پیش آزمون	۴۵/۴۲	۱۰/۰۵۹	۱۲	۵۰/۴۲	۱۰/۰۹۵	۱۲
	پس آزمون	۴۵/۰۰	۲/۸۲۸	۱۲	۵۰/۰۸	۱۱/۵۹۵	۱۲
صمیمیت زیباشناختی	پیش آزمون	۴۱/۳۳	۷/۳۲۸	۱۲	۴۱/۱۷	۶/۵۳۴	۱۲
	پس آزمون	۴۰/۳۴	۳/۱۴۳	۱۲	۴۱/۱۷	۴/۵۸۹	۱۲
صمیمیت اجتماعی-تفریحی	پیش آزمون	۳۱/۵۰	۹/۵۱۱	۱۲	۳۳/۲۵	۴/۸۶۴	۱۲
	پس آزمون	۳۱/۰۰	۳/۰۲۹	۱۲	۳۳/۱۷	۴/۵۶۹	۱۲
صمیمیت گذراندن وقت	پیش آزمون	۳/۷۵	۰/۷۵۴	۱۲	۳/۵۸	۰/۶۶۹	۱۲
	پس آزمون	۴/۴۲	۱/۳۷۹	۱۲	۳/۲۵	۱/۱۶۷	۱۲

نتیجه جدول فوق نشان می دهد که میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش در مقیاس صمیمیت زناشویی (۳۰۹/۴۲) بیشتر از میانگین نمرات پیش آزمون (۲۸۴/۶۷) است. در گروه کنترل،

میانگین نمرات پس آزمون کمتر از پیش آزمون است و این افزایش هم در خرده مقیاسهای صمیمیت هیجانی، روانشناختی، جنسی و گذراندن وقت در پس آزمون دیده می شود.

جدول (۳): نتایج آزمون t برای مقایسه ی میانگین ها در پیش آزمون صمیمیت زناشویی

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین ها	مقدار t	درجه ی آزادی	سطح معناداری (دو دامنه)
صمیمیت زناشویی	آزمایش ۲۸۴/۶۷ کنترل ۲۸۱/۳۳	۴۹/۱۳ ۴۰/۹۹	۳/۶۶	-۰/۷۳۹	۲۲	۰/۴۶۷
صمیمیت هیجانی	آزمایش ۲۹/۵۸ کنترل ۲۹/۲۵	۱۰/۱۲ ۱۰/۱۱	۰/۳۳	-۰/۵۲۸	۲۲	۰/۶۰۳
صمیمیت روان شناختی	آزمایش ۳۳/۳۳ کنترل ۳۲/۷۵	۶/۲۸ ۷/۷۳	۰/۵۸	-۰/۲۰۳	۲۲	۰/۸۴۱
صمیمیت عقلانی	آزمایش ۴۲/۶۷ کنترل ۴۰/۵۸	۶/۸۰ ۹/۰۱	۲/۰۹	۱/۵۶۰	۲۲	۰/۱۳۳
صمیمیت جنسی	آزمایش ۲۲/۶۷ کنترل ۲۷/۰۸	۷/۶۵ ۹/۴۹	۴/۴۱	۱/۲۵۵	۲۲	۰/۲۲۳
صمیمیت بدنی	آزمایش ۳۶/۴۲ کنترل ۳۷/۲۵	۸/۷۹ ۶/۸۵	۰/۸۳	۱/۸۱۳	۲۲	۰/۲۱۹
صمیمیت معنوی	آزمایش ۴۵/۴۲ کنترل ۵۰/۴۲	۱۰/۰۵ ۱۰/۰۹	۵	۱/۲۱۵	۲۲	۰/۷۳۹
صمیمیت زیباشناختی	آزمایش ۴۱/۳۳ کنترل ۴۱/۱۷	۷/۳۲ ۶/۵۳	۰/۱۶	-۰/۶۴۷	۲۲	۰/۵۲۲
صمیمیت اجتماع-تفریح	آزمایش ۳۱/۵۰ کنترل ۳۳/۲۵	۹/۵۱ ۴/۸۶	۱/۷۵	-۰/۵۶۷	۲۲	۰/۵۷۶
صمیمیت گذراندن وقت	آزمایش ۳/۷۵ کنترل ۳/۵۸	۰/۷۵ ۰/۶۶	۰/۱۷	-۰/۵۷۳	۲۲	۰/۷۶۰

جدول شماره ۳، میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش و کنترل را در پیش آزمون صمیمیت زناشویی و خرده مقیاس های آن نشان می دهد. همان گونه که در جدول فوق ملاحظه می شود، مقدار t محاسبه شده برای مقیاس صمیمیت زناشویی برابر با ۰/۷۳۹ است که با سطح معناداری $\alpha=0/05$ رد می شود. به عبارتی، بین گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون صمیمیت

زناشویی، تفاوت معناداری وجود نداشته است. همین وضعیت برای کلیه خرده مقیاس های این مقیاس نیز حاکم است و با سطح معناداری $\alpha=0/05$ مقدار t محاسبه شده برای هر یک از این خرده مقیاس ها رد می شود و این نشان می دهد که بین گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون خرده مقیاس های صمیمیت زناشویی نیز، تفاوت معناداری وجود نداشته است.

جدول (۴): آزمون F همسانی واریانس‌ها مربوط به نمرات پیش آزمون و پس آزمون صمیمیت زناشویی و خرده مقیاس‌های آن

سطح معناداری	F	مرحله ارزیابی	
۰/۹۶۳	۰/۰۰۲	پیش آزمون	صمیمیت زناشویی
۰/۰۱۱	۷/۷۶۱	پس آزمون	
۰/۶۳۲	۰/۲۳۶	پیش آزمون	صمیمیت هیجانی
۰/۰۳۶	۴/۹۹۷	پس آزمون	
۰/۱۵۶	۲/۱۵۵	پیش آزمون	صمیمیت روان‌شناختی
۰/۲۵۷	۱/۳۵۵	پس آزمون	
۰/۲۵۲	۱/۳۸۶	پیش آزمون	صمیمیت عقلانی
۰/۱۱۳	۲/۷۲۸	پس آزمون	
۰/۲۳۶	۱/۴۸۴	پیش آزمون	صمیمیت جنسی
۰/۰۰۰	۴۷/۳۱۴	پس آزمون	
۰/۲۱۹	۱/۶۰۲	پیش آزمون	صمیمیت بدنی
۰/۱۴۶	۲/۲۷۵	پس آزمون	
۰/۷۲۹	۰/۱۲۳	پیش آزمون	صمیمیت معنوی
۰/۰۰۰	۵۵/۶۰۶	پس آزمون	
۰/۵۲۲	۰/۴۲۳	پیش آزمون	صمیمیت زیباشناختی
۰/۱۳۱	۲/۴۵۸	پس آزمون	
۰/۰۰۵	۹/۶۱۲	پیش آزمون	صمیمیت اجتماعی - تفریحی
۰/۹۵۶	۰/۰۰۳	پس آزمون	
۰/۷۶۰	۰/۰۹۶	پیش آزمون	صمیمیت گذراندن وقت
۰/۰۰۰	۳۷/۰۳۱	پس آزمون	

صفر در مورد آنها نیز رد می‌شود و این نشان می‌دهد که در هر کدام از خرده مقیاس‌های صمیمیت زناشویی نیز در نمرات پیش آزمون و پس آزمون یکسانی واریانس‌ها مشاهده می‌گردد. در نتیجه آزمون کوواریانس برای مقایسه نمرات در این متغیر و خرده مقیاس‌های آن قابل آزمون است. نتایج مربوط به تأثیر زوج درمانی کوتاه مدت راه حل مدار بر افزایش صمیمیت زناشویی در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

جدول شماره ۴ مربوط به آزمون همسانی واریانسها (آزمون لئون) جهت اجرای آزمون کوواریانس (تحلیل واریانس درون موردی و بین موردی) است. نتایج نشان می‌دهد F مشاهده شده در سطح $\alpha=0/05$ معنادار نیست و فرض صفر تایید می‌شود، در نتیجه می‌توان گفت در متغیر صمیمیت زناشویی بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون یکسانی واریانس‌ها به جز در چند مورد، مشاهده می‌شود. همچنین F های مشاهده شده در سطح $\alpha=0/05$ برای هر یک از خرده مقیاس‌های این متغیر نیز معنادار نیستند و فرض

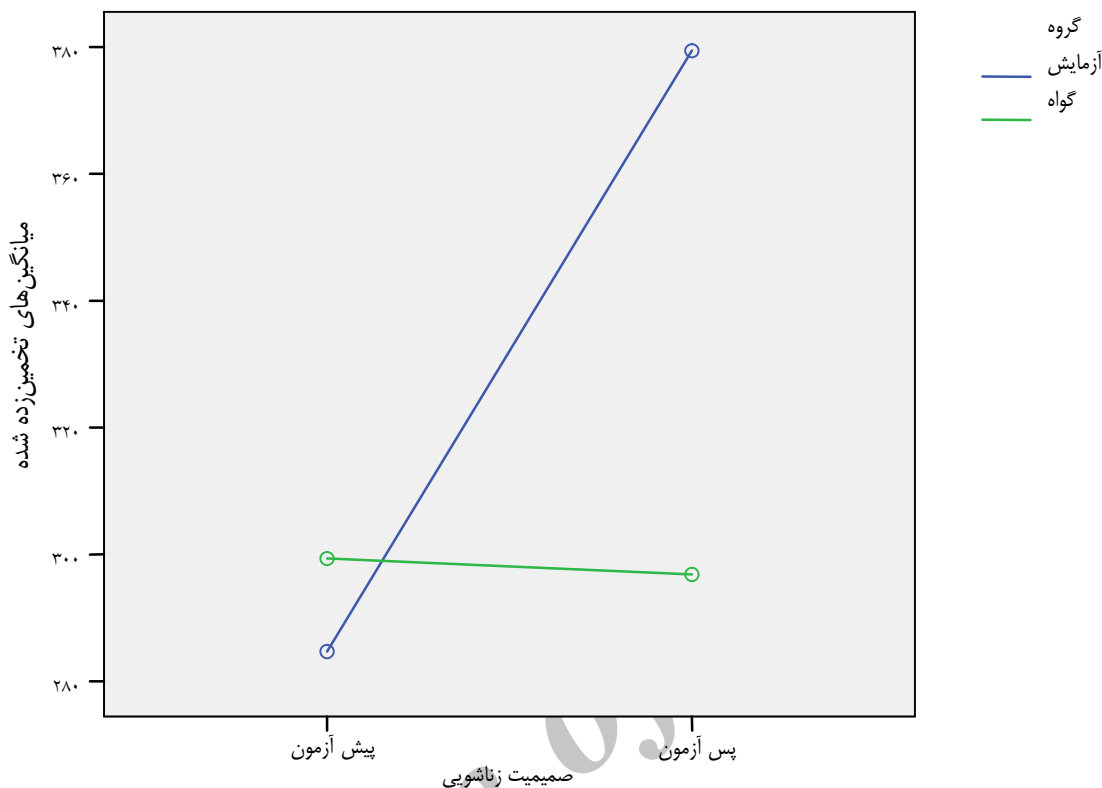
جدول (۵): آزمون تحلیل کوواریانس بین موردی مربوط به نمرات صمیمیت زناشویی زنان

میزان تاثیر (ضریب eta)	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۰/۲۱۱	۰/۰۲۴	۵/۸۸۲	۱۳۸۳۸/۰۲۱	۱۳۸۳۸/۰۲۱	صمیمیت زناشویی

راه حل مدار) است، و نتیجه گیری می‌شود که زوج درمانی کوتاه مدت راه حل مدار باعث افزایش نمره کل صمیمیت زناشویی می‌شود. نتایج مربوط به زیرمقیاس‌های صمیمیت زناشویی در جدول شماره ۶ آمده است.

پس از کنترل نمرات پیش آزمون نتیجه تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که بین دو گروه در میانگین صمیمیت زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=5/882$ و $P=0/000$) و میزان تأثیر ۰/۲۱ تفاوت بین میانگین نمرات دو گروه حاصل اثر متغیر مستقل (درمان

نمودار(۱): مقایسه‌ی میانگین‌های نمرات صمیمیت زناشویی زنان در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش آزمون و پس آزمون



جدول(۶): نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به میانگین نمرات باقیمانده خرده مقیاس های صمیمیت زناشویی

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
صمیمیت هیجانی	۳۰۵/۰۲۱	۱	۳۰۵/۰۲۱	۴/۴۴۰	۰/۰۴۷	۰/۱۶
صمیمیت روانشناختی	۲۶۶/۰۲۱	۱	۲۶۶/۰۲۱	۴/۶۰۳	۰/۰۴۳	۰/۱۷
صمیمیت عقلانی	۲۰۸/۳۳۳	۱	۲۰۸/۳۳۳	۳/۶۵۲	۰/۰۶۹	۰/۱۴
صمیمیت جنسی	۵۰۷/۰۰۰	۱	۵۰۷/۰۰۰	۵/۸۴۶	۰/۰۲۴	۰/۲۱
صمیمیت بدنی	۳/۰۰۰	۱	۳/۰۰۰	۰/۰۴۵	۰/۸۳۴	۰/۰۰۲
صمیمیت معنوی	۲۳۸/۵۲۱	۱	۲۳۸/۵۲۱	۱/۹۷۸	۰/۱۷۴	۰/۰۸۲
صمیمیت زیباشناختی	۳۳/۳۳۳	۱	۳۳/۳۳۳	۱/۰۸۴	۰/۳۰۹	۰/۰۴۷
صمیمیت اجتماعی-تفریحی	۵۰/۰۲۱	۱	۵۰/۰۲۱	۱/۵۴۲	۰/۲۲۷	۰/۰۶۶
صمیمیت در گذراندن وقت	۵/۳۳۳	۱	۵/۳۳۳	۱۱/۰۰۰	۰/۰۰۳	۰/۳۳

محور شرکت کردند در خرده مقیاسهای همدلی و ارتباط بهبودی پیدا کردند. همخوانی دارد. همچنین با یافته های مود^۲ که نشان داد که درمان راه حل مدار مهارت‌های ارتباطی را افزایش می دهد، همسو است (۲۶). و با نتایج پژوهش توماس (۱۹۸۴) درباره استفاده آزمودنی های شرکت کننده در درمان راه حل محور از قابلیت‌های خود، همخوانی دارد. همچنین درمان راه حل محور توانسته است منازعات آزمودنی ها با همسرانشان بر سر مسایل مالی کاهش دهد (۲۴). که با نتایج پژوهش سعیدی (۲۶) همسو و با نتایج پژوهش قمری (۲۷) نا همسو است. قمری در پژوهش خود با عنوان اثربخشی رویکرد راه حل مدار بر کاهش ابعاد مختلف تعارض زناشویی نشان داد که مشاوره گروهی به شیوه راه حل مدار در کاهش تعارض زناشویی در بعد جدا کردن امور مالی اثربخش نبوده است. مطالعه اسپینک (۲۸) نشان داد که این برنامه، بعنوان یک رویکرد مثبت در خانواده درمانی، از دوجنبه روانشناسی و بوم شناسی در خانواده هایی که دچار استرس منفی هستند، می تواند مؤثر باشد. اما اثر آن بر روی زن و مرد متفاوت است. آموزش این رویکرد در زمینه تعارضات زناشویی با نتایج یافته های قمری؛ سعیدی، بهرامی و اعتمادی (۲۶، ۲۷) و سازگاری زناشویی عطاری، محمدی و مهرابی زاده (۲۹) همسو است.

راسل (۳۰) اثربخشی آموزش راه حل محور را بر روی سازگاری زناشویی مورد بررسی قرار داده است. تحلیل های آماری نشان داده است که این نوع آموزش هر چهار مؤلفه ی مقیاس، یعنی رضایت زناشویی، همبستگی، توافق و ابراز محبت را بطور معنی داری افزایش می دهد.

نتایج تجزیه و تحلیل در این پژوهش نشان داد که درمان کوتاه مدت راه حل مدار صمیمیت هیجانی بین زوجین را بهبود بخشیده است. که این پژوهش با نتایج پژوهش قمری در زمینه اثربخشی رویکرد راه حل مدار بر کاهش تعارضات زناشویی در بعد افزایش واکنش هیجانی همسو است. . بیشتر پژوهشهای پیشین راجع به اثربخشی ایماگوتراپی، آموزش غنی سازی زندگی زناشویی، تأثیر زوج درمانی ارتباط شیء بر الگوهای ارتباطی زوجین، کاربرد تکنیکهای شناختی-رفتاری و ارتباط درمانی برافزایش صمیمیت زناشویی و ابعاد آن صورت گرفته و پژوهشی که در زمینه اثربخشی رویکرد راه حل مدار برصمیمیت زناشویی و ابعاد آن انجام شده باشد، یافت نشده است.

همچنین زوج درمانی به شیوه راه حل مدار توانسته است بر افزایش صمیمیت روانشناختی تأثیر گذار باشد. و این نشان می دهد که نیاز به انتقال و در میان گذاشتن و فاش کردن مسائل شخصی، اطلاعات و احساسات مربوط به خود با همسر افزایش یافته است.

نتایج جدول نشان می دهد که زوج درمانی کوتاه مدت راه حل مدار بر زیرمقیاس های صمیمیت زناشویی، هیجانی (۰/۱۶)، روانشناختی (۰/۱۷)، عقلانی (۱۴/۲)، جنسی (۰/۲۱)، بدنی (۰/۲)، معنوی (۸/۲)، زیبانشناختی (۴/۷)، اجتماعی-تفریحی (۶/۶) و گذراندن وقت (۰/۳۳) مؤثر است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش رویکرد راه حل مدار باعث افزایش صمیمیت زناشویی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. در بررسی پیشینه پژوهش، مطالعاتی که تأثیر آموزش این برنامه را بر صمیمیت زناشویی، بسنجد، یافت نشد. ولی با توجه به اینکه صمیمیت با سازگاری و رضایت زناشویی همراه است (۱). مطالعاتی که تأثیر آموزش این برنامه را بر تعارضات زناشویی، رضایت زناشویی و سازگاری زناشویی را هدف قرار داده اند، یافت شده است که به تأثیر این برنامه در کاهش تعارضات زناشویی، افزایش رضایت و سازگاری زناشویی اشاره کرده اند. کورنیوس، تارا، السی و گالان (۱۹) در پژوهش خود نشان دادند، زوجینی که تحت تأثیر آموزشهای خانواده به روش کوتاه مدت، قرار گرفته بودند، افزایش معنی داری در سازگاری زناشویی و رضایت زناشویی نشان دادند. که نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات زیمرمن، پرست و وتزل (۲۰) که دریافتند زوج درمانی گروهی راه حل محور، همفکری زناشویی و رضایت زناشویی زوجین را افزایش می دهد. و همچنین نتایج تحقیقات نلسون و کلی (۲۲) در بررسی کارایی زوج درمانی راه حل محور در مورد زوجین بصورت گروهی، که شرکت کنندگان در پایان مداخله، بهبودی معناداری در مقیاس رضایت زناشویی نشان دادند همخوانی دارد. نتایج پژوهشهای آموزش این رویکرد در زمینه رضایت زناشویی با نتایج تحقیقات نظری و گلی (۲۳)؛ نظری و نوایی نژاد (۲۴)؛ همسو است. نظری و گلی (۲۳) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش رویکرد راه حل مدار در افزایش رضایت زناشویی زوجین مؤثر بوده است. نظری و نوایی نژاد (۲۴) در بررسی تأثیر آموزش رویکرد راه حل مدار برافزایش رضایت زناشویی دریافتند که مشاوره راه حل محور، بطور معناداری رضایت زناشویی کلی و همه ابعاد آنرا بهبود بخشیده است. همچنین نتایج تحقیقات ادیل، باتلر و دیلمن (۲۵) در زمینه ی اثر بخشی آموزش راه حل مدار روی همبستگی زوجین و رابطه زناشویی، روی هشت زوجی که دچار صدمات و درگیریهای زیادی با هم بودند، نشان داد که بعد از آموزش درگیری کمتری در روابط خود اعلام کردند. با نتایج پژوهش زیمرمن، جکوبسن، مک اینتیر و واتسون (۲۱) که در یافته های خود عنوان می کنند، زوجینی که در درمان راه حل

اعتقادی، ارزشی، انتظارات و غیره را در بر می گیرد. مذهبی بودن به عنوان رویدادی آرام کننده، برای زوج های مذهبی در حین تعارض عمل می کند، بدین نحو که عبادت کردن، هیجانانگیزانه و تعاملات هیجانی را کاهش می دهد (۳۴). صمیمیت معنوی شامل در میان گذاشتن افکار، احساسات و تجارب در زمینه های مذهبی با همسر است (۶). همانگونه که در قسمت یافته ها ملاحظه شد، آموزش گروهی رویکرد راه حل مدار در زنان گروه آزمایش، منجر به افزایش صمیمیت معنوی آنها نسبت به گروه کنترل نشد. و این نشان میدهد که بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد. ولی نتایج این پژوهش با یافته های هانلر و جنکاز (۳۴) و میرسعیدی زاده و همکاران (۳۵) همخوانی ندارد. بعقیده هانلر و جنکاز (۲۰۰۵) مذهبی بودن به طور معنی داری با رضایت زناشویی مرتبط است. توافق در مسایل مذهبی عامل مهمی در پایداری روابط زناشویی به شمار می رود.

همانگونه که در قسمت یافته ها ملاحظه شد، آموزش گروهی رویکرد راه حل مدار در زنان گروه آزمایش، منجر به افزایش صمیمیت اجتماعی - تفریحی آنها نسبت به گروه کنترل نشد. بنابراین بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج این پژوهش با نتایج تحقیقات نظری و گلی (۲۳) و سعیدی (۲۶) همسو نیست. یافته های پژوهش نظری و گلی (۲۳) در زمینه تاثیر روان درمانی راه حل محور بر رضایت زناشویی نشان می دهد که این شیوه می تواند باعث بهبود زمان با هم بودن زوجین شود. همچنین سعیدی و همکاران (۲۶) در نتایج خود یافتند که درمان کوتاه مدت راه حل محور تا ۰/۸۴ توانسته است بر بهبود نحوه گذراندن اوقات فراغت زوجین تاثیر گذارد.

در بخش آخر، آموزش گروهی رویکرد راه حل مدار در زنان گروه آزمایش، منجر به افزایش صمیمیت در گذراندن وقت آنها نسبت به گروه کنترل شد. و این نشان میدهد که بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

در این پژوهش رویکرد درمانی کوتاه مدت راه حل مدار توانسته است میزان صمیمیت در گذراندن وقت بین زوجین را افزایش دهد. نتایج این پژوهش با نتایج تحقیقات نظری و گلی (۲۳) همسو است. یافته های پژوهش نظری و گلی (۲۳) در زمینه تاثیر روان درمانی راه حل محور بر رضایت زناشویی نشان می دهد که این شیوه می تواند باعث بهبود زمان با هم بودن زوجین شود. همچنین با نتایج یافته های سعیدی و همکاران (۲۶) همخوانی دارد. درمان کوتاه مدت راه حل مدار به فعالیتهایی که هردو زوج از آن لذت می برند، توجه می کند آنها را دوباره به آن فعالیتهای تشویق می کند. ارائه این پیشنهاد به زوج که اوقاتی را با هم و بدون بچه ها به گردش و تفریح بپردازند، به آنها در استفاده بهینه از اوقات فراغت خود کمک می کند

آموزش گروهی رویکرد راه حل مدار در زنان گروه آزمایش، منجر به افزایش صمیمیت عقلانی، بدنی، زیبا شناختی آنها نسبت به گروه کنترل نشد. و این نشان می دهد که بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد. صمیمیت عقلانی شامل نیاز به ارتباط و در میان گذاشتن عقاید، افکار و باورهای مهم با همسر است. صمیمیت بدنی، نیاز به نزدیکی جسمانی و تماس بدنی با همسر است و صمیمیت زیبا شناختی نیاز به در میان گذاشتن احساسات، افکار و تجارب به همسر است که از نظر شخصی، زیبا و شادی آور در نظر گرفته می شود (۶).

همانگونه که در قسمت یافته ها ملاحظه شد، آموزش گروهی رویکرد راه حل مدار در زنان گروه آزمایش، منجر به افزایش صمیمیت جنسی آنها نسبت به گروه کنترل شد. بنابراین بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. با بهبود روابط عاطفی زوجین، می توان انتظار داشت که رابطه جنسی آنها نیز بهبود بخشد. درمان کوتاه مدت راه حل مدار مسائل جنسی بین زوجین را تا حدودی مرتفع می سازد و نتایج این پژوهش با مطالعات زیمرمن، پرست و وتزل (۲۰) که دریافتند زوج درمانی گروهی راه حل محور توانسته است مشکلات جنسی زوج های هردو شاغل را کاهش دهد، همخوانی دارد. صمیمیت جنسی شامل در میان گذاشتن افکار، احساسات و آرزوهایی است که ماهیت جنسی دارد و منجر به تجارب جنسی لذت بخش می شود (۶). به عقیده بی یرز، تجربه جنسی و بیان آن دارای اهمیت بسیاری بین مردم است. ولی اکثر مردم بطور مؤثر در مورد جنسیت و اهمیت انجام آن از آگاهی کافی برخوردار نیستند. بطور مثال بسیاری از والدین آن را بعنوان مسئولیتشان، پذیرفتند، تا با فرزندانشان راجع به جنسیت صحبت کنند ولی هنوز خود را درگیر بحث عمیق درباره موضوعات جنسی با آنها نکردند. و این نشان می دهد که در اکثر روابط رومانسیک، زوجین در صحبت کردن با یکدیگر راجع به چیزهای خوشایند و ناخوشایند جنسی شان، مشکل دارند (۳۱) بنابراین با نتایج این پژوهش همسو نیست. با پژوهش اولسون (۲۶) که معتقد است صمیمیت جنسی با سرزندگی و شادابی در ازدواج، با برون ریزی مشکلات، با سبکهای زناشویی و رفتارهای جنسی (۶) رابطه دارد، همسو است. همچنین یافته های این پژوهش با یافته های قمری (۲۷) در زمینه تاثیر مشاوره گروهی به شیوه راه حل مدار بر کاهش تعارضات زناشویی در بعد کاهش رابطه جنسی، معنادار است، هماهنگ بوده است. همچنین با پژوهش سعیدی و همکاران (۲۶) و تحقیق آنونیموس (۲۶) همخوانی دارد. این پژوهش با یافته های دیبائیان (۳۲)، نظری و بیرامی (۳۳)، نظری و گلی (۲۳) در زمینه اثربخشی، شیوه درمانی راه حل محور بر افزایش رضایت جنسی همسو است.

نقش مذهب قطعی است زیرا که مذهب به خودی خود مولفه های بسیاری هم چون روش های زندگی، سیستم های

صورت گرفته و ممکن است در تعمیم نتایج به افراد مناطق دیگر دارای محدودیت باشد.

تشکر و قدردانی

در اجرای این پژوهش از همکاری آموزش و پرورش استان قم و معلمان محترم که در انجام این طرح ما را یاری دادند و همچنین، از استاد گرانقدر جناب آقای دکتر علیرضا آقاییوسفی که به عنوان استاد مشاور دوم، مشاوره این پژوهش را قبول زحمت فرمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

بنابراین، مروری بر ادبیات درمان راه حل مدار نشان می دهد که این نوع درمان در موقعیتهای مختلف و مراجعان متعدد بکار رفته و نتایج سودمندی حاصل شده است. شاید علت کسب چنین نتایج سودمند این باشد که درمانگر راه حل مدار یک موضوع غیرقضاوتی، غیرمواجهه ای، درک کننده و همکاری کننده اتخاذ می کند و بر حال و آینده و استثنائات مشکل، مثبت ها و توانمندی های مراجع تمرکز می کند، به اهداف مراجعان احترام می گذارد. بنابراین با توجه به اثربخش بودن این رویکرد در افزایش صمیمیت زناشویی، سازگاری زناشویی و کاهش تعارضات زناشویی، پیشنهاد می شود که این رویکرد توسط مشاوران و متخصصان خانواده مورد استفاده قرار گیرد و همچنین چون نمونه پژوهش حاضر فقط معلمان زن بودند پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی زوجین شرکت داشته باشند. همچنین تحقیق حاضر بر روی زنان معلم استان قم

Archive of SID

References

1. Jafari rad S, Keshavarz SA, Khalilian AR. The relationship between BMI with socioeconomic factors in the high school girls in sari 2003. Mazandaran Journal of Medical Sciences. 2003; 16(51):75-80. [Persian]
2. Reza Soltani P, Parsa S. Mother and Child Health. Tehran: Sanjesh. 2005; 352. [Persian]
3. Boroghani M, Hamedinia MR, Assad MR, Zarei M. The Study of the Body Mass Index and Physical Activity among 11-14 Year-Old Adolescent Boys in Khooshab, Knowledge & Health. 2010; 5(2,3):12-18. [Persian]
4. Duad S. Obesity and overweight managemen. In: Duad S. Nutrition Essential for Nursing Practice. 5th ed. Baltimore; Lippincott Williams & Wilkins. 2006; P: 372-395.
5. Hazavehei SMM, Pirzadeh A, Entezari MH, Hasanzadeh A. The effect of educational program based on BASNEF model on the nutritional behavior of students. Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS). 2010; 13(1): 23-29. [Persian]
6. Golestan M, AkhavanKS, Fallah TM, Sharafaldini M. Frequent secondary school students in Yazd. Shahid Sadoghi Yazd Journal Research Medical Science. 2008; 16(2):31-35. [Persian]
7. Soboti B, Fallah SH, Summary principels of pediatric Nelson. Tehran: ArtinTeb publications. 2010; 13. [Persian]
8. Nemati A, Naghizade A, DehghanMH. Anthropometric study of 7-19 year old students of Ardabil and comparison with the standard NCHS. Ardabil Journal Research Medical Science. 2008; 8(2): 202-208. [Persian]
9. Robinson KH. Nutrition principels Robinson. Translated by: Kheldi and et al. 7th ed Tehran: Sallemi publication. 2007; 53. [Persian]
10. Mohamadpour Koldeh M, Fouladvand MA, AvakhKeysami M. Prevalence of overweight and obesity among Bushehrian high-school girls at aged 14-17 years old. Iranian South Med J. 2012; 15(3): 221-31. [Persian]
11. Hazaveie MM, Pirzadeh A, Entezari MH, Hasanzadeh A, Bahraynian N. Investigating the Knowledge, Attitude and Nutritional Practice of Female Middle School Second Graders in Isfahan in 2008, Knowledge & Health. 2009; 4(3): 24-27. [Persian]
12. Dost Mohammadian A, Keshavarz SA, Dorosti AR, Mahmoodi M, Sadrzadeh H. Investigate of nutrition status and relationship between physical activity and nutrition attitudes with body mass index for age in high school girls 18-14 years old in Semnan. 2003-4 Koomesh: Journal of Semnan University of Medical Sciences. 2005; 6:187-94 [Persian]

13. Chen JL, Kennedy C, Factors associated with obesity in Chinese-American children. *pediatric nursing*. 2005; 31:105-110. Available at: <http://www.highbeam.com/doc/1G1-132240703.html>
14. Dorosti AR, Tabatabaei M. Dietary factors associated to obesity in Ahwaz primary school pupils *The Journal of Tehran Faculty of Medicine*. 2005; 63(1):7-17. [Persian]
15. Mortazavi Z, Roudbari M. Breakfast Consumption and BMI in Primary, Secondary and High School Boys in Zahedan 2005-2006. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2010; 12 (4): 345-351.[Persian]
16. Sadrzade H, AllaviA M, Dorosti AR, Mahmoodi M, Jarelahi N, Chamri M. The relation between Obesity with feeding behavior in some high school girls in kerman. *Quarterly of Payesh*. 2007; 6(3):193-199. [Persian]
17. Baiegi F, Dorosti AR ,Eshraghian MR, Sadrzadeh H. Family risk factors for obesity in school children in Nishabour city. *Quarterly of Payesh*. 2009; 3(3): 289-294. [Persian]
18. Rasoli A, Tavasfevian SS, Shokravi A. Effects of Integrated Health Education Program on knowledge, attitude and practical approaches of female students in Bojnurd secondary schools towards dietary regimen, *Journal of North Khorasan University of Medical Science*. 2010; 2(2, 3):73-77.[Persian]
19. Jafari rad S , Keshavarz SA, Dorosti AR. Factors associated with nutritional status based on BMI percentile for age and adolescent girls high school in sari in 2003. *Journal of nutrition and food sciences iran*. 2003; 2(2):51-56. [Persian]