

## اثر بخشی زوج درمانی کوتاه مدت به شیوه خودتنظیمی بر سلامت روان و افسردگی زوجین

سیده لیلا میراحمدی<sup>۱\*</sup>، سید احمد احمدی<sup>۲</sup> و فاطمه بهرامی<sup>۳</sup>

دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۱۲/۱۴؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۹۰/۴/۲۹؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۷/۳

### چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین میزان تأثیر زوج‌درمانی کوتاه مدت به شیوه خودتنظیمی بر سلامت‌روان و افسردگی زوجین بود. روش: روش پژوهش شبه آزمایشی با دو گروه آزمایش و گواه و استفاده از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه بود. ۳۰ زوج از میان ۶۰ زوج مراجعه کننده به کانون فرهنگی صاحب الزمان شهر اصفهان در سال ۱۳۸۹ به‌عنوان نمونه انتخاب و به‌صورت تصادفی ۱۵ زوج در گروه آزمایش و ۱۵ زوج در گروه گواه جایگزین شدند. پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲) و افسردگی بک (۱۹۶۱) در هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پس از ۳ ماه اجرا شد. گروه آزمایش هفته‌ای دو بار در ۸ جلسه به مدت ۲ ساعت، در جلسات زوج‌درمانی کوتاه مدت به شیوه خودتنظیمی شرکت نمودند ولی در گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. یافته‌ها: نتایج نشان داد که زوج‌درمانی کوتاه مدت به شیوه خودتنظیمی سلامت‌روان زوجین را افزایش و افسردگی آن‌ها را کاهش داده است. تأثیر این رویکرد بر سلامت‌روان و افسردگی بر حسب جنس تفاوت نداشت. این نتایج در پیگیری ۳ ماهه نیز تأیید شد. نتیجه‌گیری: می‌توان زوج‌درمانی کوتاه مدت به شیوه خودتنظیمی را به‌عنوان روش مؤثری برای افزایش سلامت‌روان و کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی زوجین در نظر گرفت و از آن در مراکز آموزشی و مشاوره استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: افسردگی، خودتنظیمی، زوج‌درمانی، سلامت‌روان

Email: leila\_mirahmadi@yahoo.com

\*۱. نویسنده مسئول، کارشناس ارشد مشاوره خانواده

۲. استاد گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

۳. دانشیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

## مقدمه

سازمان بهداشت جهانی خانواده را به‌عنوان عامل اجتماعی اولیه در افزایش سلامتی و بهزیستی جامعه معرفی کرده است. بنابراین باید به زوجین به‌عنوان هسته اصلی خانواده توجه ویژه‌ای شود. سلامت و پویایی خانواده ریشه در سلامت‌روان و شادابی زوجین، و سلامت روانی زوجین به نحوه تفکر، احساس و عمل آن‌ها بستگی دارد (کمپل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). گلدشتاین<sup>۲</sup> (به نقل از خوشکام، ۱۳۸۵) سلامت‌روان را تعادل بین اعضاء و محیط در رسیدن به خودشکوفایی می‌داند. درحقیقت سلامت‌روان چیزی بیش از عدم وجود بیماری است و شرط لازم برای دستیابی به سلامت روان داشتن نظام ارزشی منسجم است.

سلامت‌روان در محیط خانواده به‌عنوان، نخستین پایگاه اجتماعی و بهترین آموزشگاه برای رشد، شکل‌گیری ارزش‌ها و تکوین هویت همواره باید حفظ شود، زیرا سلامتی و صحت محیط خانواده است که از هر لحاظ زمینه ساز رشد اندیشه و شخصیت را در آینده فراهم می‌آورد. با توجه به نقش مهمی که زن‌ها و شوهرها به‌ویژه به‌عنوان پدران و مادران در خانواده‌ها دارند، بی‌تردید سلامت‌روان آن‌ها تأثیر زیادی بر رشد و نمو فرزندان‌شان خواهد داشت، و از سوی دیگر اختلال‌های روانی آن‌ها نه تنها فرصت برقراری روابط رضایت‌بخش برای آن‌ها را کاهش می‌دهد، بلکه تأثیر بسیار زیان‌باری نیز بر سلامت روانی و جسمی فرزندان دارد (موسوی، ۱۳۸۳). ضمن آن‌که که زوجینی که درخواست طلاق می‌دهند درصد بالایی از مشکلات روانی را گزارش را می‌دهند (احمدی، ۱۳۸۷).

افسردگی شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی است که با توجه به شیوع بالا و هزینه‌های بهداشتی توجه بسیاری از متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. افسردگی عبارت است از تغییر یا انحراف از حالت طبیعی خلق به اندوه یا غمگینی که برحسب شدت یا حدت زمان انحراف از حد معمول و با توجه به شرایط خاص می‌تواند جنبه بیمارگون به خود بگیرد به گونه‌ای که فرد افسرده علاقه و احساس لذت را تقریباً در همه فعالیت‌های خود از دست بدهد (کار<sup>۳</sup>، ۱۳۸۵).

زوجینی که بیش از دیگران در معرض خطر ابتلا به افسردگی قرار دارند بر این باورند که رویدادهای ناگواری که برای آن‌ها پیش می‌آید همیشگی است؛ پس رویدادهای ناگوار مجدداً تکرار می‌شوند. همسران افسرده به جنبه‌های مثبت و منفی یکدیگر بیش از حد اهمیت می‌دهند و رفتارهای منفی طرف مقابل را سرزنش می‌کنند و آن را به حساب انگیزه‌های منفی و مقاصد بد

1. Campbell
2. Goldstein
3. Carr

می‌گذارند و در نگرش‌شان نسبت به رویدادها تعصب دارند. برعکس، زوجینی که نسبت به افسردگی مقاومند بر این باورند که رویدادهای ناگوار موقتی‌اند. زوجین شاد رفتارهای منفی طرف مقابل را نادیده می‌گیرند و دیدگاه مثبتی به همسر و رابطه خود دارند، و در مورد رفتارهای منفی طرف مقابل شک و تردید روا می‌دارند و از کارهای مثبت او قدردانی می‌کنند و مقاصد خوب را پشت رفتار شریک زندگی خود می‌بینند که این خود سطح سلامت روان آن‌ها افزایش می‌دهد (ایزدی، ۱۳۸۶).

از نظر بک<sup>۱</sup> وجود طرحواره غلط نسبت به روابط زناشویی و خطاهای شناختی موجب آشفتگی روابط زناشویی می‌شود. به عقیده وی زوجینی که با یکدیگر تعارض دارند؛ در روابط خود انواعی از خطاهای شناختی مثل استدلال احساسی، بزرگ‌نمایی رفتار منفی همسر و کوچک‌نمایی رفتار خوب همسر را به کار می‌گیرند (دامپون<sup>۲</sup> به نقل از پاکروان، ۱۳۸۹).

زوجین افسرده شناخت‌های خاصی دارند، آن‌ها باورهای غیرواقع بینانه‌ای را در مورد روابط و همسرشان در ذهن خود دارند. به‌ویژه معتقدند که هرعدم توافقی مخرب است. آن‌ها پیش از بحث پیرامون حل مسئله، دچار برانگیختگی جسمی بالا و آماده قضاوت منفی در مورد همسر و رابطه‌شان می‌شوند (هالفورد<sup>۳</sup>، ۱۳۸۴). زوجین برخوردار از سلامت‌روان هدف‌مند و غایت‌مدارند و رضایت بیشتری از زندگی زناشویی خود دارند (احمدی، ۱۳۸۷).

مید<sup>۴</sup> (۲۰۰۲) در پژوهش خود در مورد زوج‌های آشفته دریافت که در تعاملات همسران افسرده، منفی‌گرایی، خصومت و بی‌اعتمادی بیشتری تجربه می‌شود. زوجینی که سازگاری زناشویی پایینی دارند گرایش دارند که مشکلات ارتباطی خود را به عواملی نسبت دهند که کنترل کمی برای آن‌ها دارند (مانند ویژگی‌های شخصیتی). همچنین آن‌ها در رابطه با یکدیگر رفتارهای مشکل همسرشان را ذاتی و ثابت در نظر می‌گیرند. همسرانی که نگرش مثبتی به خود و دیگران دارند و از سلامت‌روان بالاتری برخوردارند کمتر از همسرانی که نگرش منفی و سلامت‌روان پایین‌تری دارند دچار افسردگی می‌شوند و شادی زناشویی بیشتری را گزارش می‌کنند.

افرادی که از سلامت‌روان برخوردارند طیفی از احساسات خوب را تجربه نموده و این احساسات را بروز می‌دهند. برخی از افراد احساسات خاصی را سرکوب می‌کنند و آن‌ها را غیر قابل قبول تلقی می‌کنند. توانایی لذت بردن از زندگی برای داشتن سلامت‌روان ضروری است.

- 
1. Beck
  2. Dampoun
  3. Halford
  4. Mead

اثر بخشی زوج‌درمانی کوتاه مدت به‌شیوه ...

زوجینی که واجد سلامت‌روان هستند به خود و توانایی‌هایشان اعتماد دارند و مشکلات را حل شدنی می‌انگارند. آن‌ها افرادی شاد و برون‌گرا هستند و از عزت نفس بالا و مکان کنترل درونی برخوردارند. در مقابل زوجین افسرده ناشاد به سطوح بالایی از روان‌رنجوری گرایش دارند (اسپاتز و پدerson<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

بلانچو<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) دریافت که تعیین هدف در زندگی بهترین پیش‌بینی کننده شادی و رضایت از زندگی است و تنظیم اهداف شخصی و خانوادگی با شاخصه‌های مهم سلامت‌روان یعنی رضایت از زندگی، عزت نفس و خوش‌بینی رابطه دارد. در مداخلات درمانی او، برنامه‌هایی که در برگیرنده تنظیم اهداف شخصی در زوجین بود منجر به افزایش تعهد شخصی و شادمانی در فضای زندگی خانوادگی آن‌ها شد و وارد کردن والدین و خانواده‌ها در راه‌کارهای تمرینی روزمره، شادی و تندرستی آن‌ها را افزایش داد. خانواده‌هایی که خودتنظیمی بیشتری داشتند، کیفیت زندگی، و طبیعتاً سلامت‌روان آن‌ها افزایش یافت.

رویکردهای مختلفی در زوج‌درمانی در ارتباط با مسائل خانوادگی مطرح شده است. یکی از این رویکردها که مرتبط با انتخاب هدف است، زوج‌درمانی کوتاه مدت به‌شیوه خودتنظیمی<sup>۳</sup> است که کاربرد نظریه خودکنترلی رفتاری را در مشکلات رابطه‌ای بیان می‌کند. تأکید زوج‌درمانی خودتنظیمی بر این است که به زوجین آشفته کمک شود تا صلاحیت‌های بیشتری را برای تغییر الگوهای مشکل‌ساز رفتاری، شناختی و عاطفی به‌دست آورند و از این طریق رابطه‌شان را تقویت کنند. خودنظم بخشی در روابط، به توانایی‌های افراد بستگی دارد، که چه مقدار دارای مهارت‌های سطح بالا و جدا از هم و در عین حال مرتبط به هم از قبیل ارزیابی رابطه، هدف‌گذاری، اجرای خودتغییری و ارزیابی کوشش‌های خودتغییری هستند. در رویکرد زوج‌درمانی خودتنظیمی سلسله‌مراتبی سازمان داده می‌شود که زوجین کمترین تعداد جلسات درمانی مورد نیاز را برای تغییرات مطلوب در رابطه داشته باشند (هالفورد، ۱۳۸۴).

با توجه به این‌که سلامت‌روان و تنظیم هدف با انطباق سازگاران در مراحل تحولی زندگی خانوادگی رابطه دارد و پژوهش‌های اندکی در زمینه نقش و اهمیت این متغیرهای مهم شخصیتی بر کیفیت زندگی زناشویی صورت گرفته است و با توجه به اهمیت خودکنترلی و خودتغییری در زندگی خانوادگی، انجام این پژوهش با هدف تعیین اثر بخشی زوج‌درمانی کوتاه

- 
1. Spots & Pederson
  2. Blancho
  3. Self-Regulatory Couple Therapy (SRCT)

- مدت به‌شيوه خودتنظیمی بر سلامت‌روان و افسردگی زوجین بر اهمیت و ضرورت چنین پژوهشی صحه می‌گذارد. در این رابطه فرضیه‌هایی که آزمون شدند در زیر آمده است.
۱. آموزش زوج درمانی کوتاه مدت به‌شيوه خودتنظیمی سلامت‌روان زوجین را افزایش و افسردگی زوجین را کاهش می‌دهد.
  ۲. تأثیر زوج درمانی کوتاه مدت به‌شيوه خودتنظیمی بر سلامت‌روان و افسردگی در زنان و مردان متفاوت است.

## روش

این پژوهش شبه آزمایشی با دوگروه آزمایش و گواه و استفاده از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری شامل زوجینی بود که در سال ۱۳۸۹ به ۵ مرکز وکانون‌های فرهنگی اصفهان مراجعه کرده بودند، که از بین آن‌ها کانون فرهنگی صاحب الزمان به‌طور تصادفی انتخاب شد، و از ۶۰ زوجی که در این مرکز پرونده داشتند، ۳۰ زوج به‌طور تصادفی ساده به قید قرعه انتخاب و ۱۵ زوج در هر یک از دو گروه آزمایش و گواه به‌طور تصادفی گمارده شدند

## ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۱</sup>. این پرسشنامه در دهه ۱۹۷۰ توسط گلدبرگ و هیلر<sup>۲</sup> ابداع و به‌طور گسترده در فرهنگ‌های مختلف از آن استفاده شده است. سؤال‌های این پرسشنامه که به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد؛ به ترتیب شامل چهار حوزه نشانه‌های جسمانی سؤال‌های ۱ تا ۷، اضطراب و اختلال خواب سؤال‌های ۸ تا ۱۲، اختلال در کارکرد اجتماعی سؤال‌های ۱۵ تا ۲۱ و افسردگی سؤال‌های ۲۲ تا ۲۸ است. مطالعات زیادی در مورد اعتبار پرسشنامه صورت گرفته است. تقوی (۱۳۸۰)، به نقل از صادقی و مظاهری، (۱۳۸۴) اعتبار پرسشنامه را به‌روش بازآزمون، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی کردند و به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۲، ۰/۹۳ و ۰/۹ را به‌دست آورد. شیربیم، سودانی و شفیق‌آبادی (۱۳۸۷) ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف ۰/۸۸ و ۰/۸۹ محاسبه کرده است. در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب اعتبار کل ۰/۸۹ و برای خرده‌آزمون‌ها به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۶، ۰/۹۲ و ۰/۹ محاسبه شد.

1. General Health Questionnaire (GHQ)

2. Goldberg & Hillar

اثر بخشی زوج‌درمانی کوتاه مدت به شیوه ...

۲. پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱</sup>. این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و استیر<sup>۲</sup> تدوین و در سال ۱۹۷۸ منتشر شد و در ایران توسط منصور و دادستان در سال ۱۳۶۸ در مورد دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شد (پاکروان، ۱۳۸۹). رجبی در سال ۱۳۸۲ به منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه آن را در مورد دانشجویان دانشگاه اهواز اجرا و ضریب آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن کل پرسشنامه را ۰/۸۹ و ۰/۸۲ محاسبه کرد. یک تحلیل سطح بالا از همسانی درونی سوال‌ها، ضرایب ۰/۷۳ و ۰/۹۲ را نشان می‌دهد و میانگین ضرایب ۰/۸۶ بوده است (پاکروان، ۱۳۸۹). محمدخانی (۱۳۸۶) در پژوهش خود برای ارزیابی مختصات روان‌سنجی این پرسشنامه ضریب اعتبار ۰/۸۷ را محاسبه کرده است. در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب اعتبار ۰/۸۹ به دست آمد.

۳. زوج‌درمانی کوتاه مدت به شیوه خودتنظیمی. جلسات آموزشی خودتنظیمی، بر اساس نظریه هالفورد که در سال ۲۰۰۴ در کتاب زوج‌درمانی کوتاه مدت او آمده است به شرح زیر تدوین شد (هالفورد، ۱۳۸۴).

جلسه ۱. هدف از جلسات که افزایش سلامت‌روان و کاهش افسردگی بود، مطرح و برای ایجاد انگیزه در آن‌ها برای شرکت در جلسات، بیان شد که شرکت در این جلسات آموزشی توان خودتغییری و بهبود رابطه را افزایش می‌دهد. سپس سلامت‌روان و افسردگی تعریف شد.

جلسه ۲. درباره اهمیت صمیمیت زوجین با یکدیگر و تأثیر آن بر سلامت‌روان آن‌ها صحبت شد و مصادیقی از رفتارهایی که صمیمیت را نشان می‌دهد ارائه گردید. با استفاده از برگه شیوه-های حمایت کردن همسران از یکدیگر، میزان حمایت متقابل زوجین در حیطه‌های ابراز عاطفه، احترام، حمایت، کمک و کیفیت زمان مشترک بررسی شد. سؤال‌های کلیدی این بود شما و همسران به چه روش‌هایی از یکدیگر حمایت می‌کنید؟ یا سایر روش‌هایی که دوست دارید از شما حمایت شود، چیست؟

جلسه ۳. توانایی افراد در زمینه انتخاب هدف به‌عنوان یک مهارت خودنظم بخشی با استفاده از سؤال‌های خودتغییری ارزیابی شد. به‌عنوان مثال از آن‌ها سؤال شد برای این که رابطه‌تان آن-طور که می‌خواهید باشد شما و همسران چه کارهایی را باید انجام دهید که با کارهای قبلی متفاوت باشد؟ و در خصوص افزایش مثبت بودن در تعاملات روزانه مطالبی ارائه و فن‌روزهای عشق بیان شد. در این فن همسران رفتارهای خاصی را شناسایی می‌کنند و انجام می‌دهند که همسرشان به آن‌ها توجه کند.

---

1. Beck Depression Inventory (BDI)

2. Beck & Estir

جلسه ۴. نحوه ارتباط صحیح از طریق چرخه آگاهی و پنج ناحیه چرخه آگاهی مطرح شد؛ شامل حس کردن، من چه چیزی شنیده یا دیده‌ام؛ فکر کردن، من فکر می‌کنم که چه چیزی در حال وقوع است؛ احساس کردن، من چه احساسی دارم؟ خواستن، خواسته‌هایم برای خودم و دیگران چیست؟ و عمل کردن، من چه کار کرده‌ام یا می‌خواهم بکنم؟ و با ذکر مثال‌هایی نظیر ناحیه حس کردن: من همین الان خبر خوشی از شما شنیدم آموزش داده شد. به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر به بیان تأثیر مذهب و ارزش‌ها در افزایش سلامت‌روان و کاهش افسردگی پرداخته و بیان شد که اعتقاد به خداوند و توسل به معصومین می‌تواند با بالا بردن روحیه معنوی موجب نشاط آن‌ها شود.

جلسه ۵. اعضای گروه به بررسی خطاهای شناختی مؤثر در اختلاف‌های زناشویی خود نظیر تعمیم افراطی، برچسب زدن، ذهن‌خوانی، تفکر همه یا هیچ پرداختند؛ و مصادیقی مثل «به مردها نمی‌توان اعتماد کرد، شوهرم باید می‌فهمید که من ناراحتم» را نیز ذکر کردند. سپس برگه‌ای در اختیار آن‌ها قرار گرفت تا با کامل کردن سؤالات آن به ارزیابی اسنادهای شخصی خود بپردازند. این برگه شامل سؤال‌هایی نظیر "من فکر می‌کنم که همسر من باید همیشه ...."، یا "به نظر من همسر هرگز نباید.... در رابطه زناشویی...." بود.

جلسه ۶. مهارت‌های شاد زیستن در زندگی شامل بیان احساسات، خوش‌بینی، کاهش انتظارات نامعقول، افزایش تعاملات اجتماعی، تقویت رابطه معنوی، ورزش کردن، زندگی در زمان حال بیان و گفته شد که یکی از شیوه‌هایی که خانواده می‌تواند توجه خود را به زمان حال جلب کند استفاده از گذشت است. وجود فضای معذرت‌خواهی و بیان احساسات به اعضای خانواده اجازه می‌دهد زودتر به زمان حال برگردند. از زوجین خواسته شد در برگه‌های خود ارزیابی نقاط مثبت و ضعف خود را در هریک از مهارت‌های مذکور ارزیابی کنند.

جلسه ۷. نحوه حل تعارضات و مشکلات زوجین از آن‌ها پرسیده شد و در ادامه روش حل مسئله و نحوه کاربرد آن برای حل مسائل عمده آموزش داده شد. به‌عنوان اولین گام حل مسئله، از زوجین خواسته شد مشکل را به‌طور مشخص به گونه‌ای تعریف کنند که برای دو نفر قابل پذیرش باشد. گام بعدی یافتن راه حل است که از بارش فکری باید استفاده شود. مرحله بعد ارزیابی راه حل‌ها از نظر مفید بودن یا نبودن است و در مرحله آخر راه حلی انتخاب باید شود که به نحو بهتر و سریع‌تری مشکل را حل کند. از زوجین خواسته شد در مورد آخرین تعارض و نحوه حل آن به گفتگو بپردازند.

اثر بخشی زوج‌درمانی کوتاه مدت به شیوه ...

جلسه ۸. میزان دست‌یابی به اهداف مشخص شده در جلسه آغازین با سؤال کردن از تک‌تک اعضا بررسی و بازخورد آن‌ها درباره تغییراتی که در رفتار، احساس و زندگی‌شان ایجاد شده است مشخص شد.

**شیوه اجرا.** در مرحله پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه به پرسشنامه‌های سلامت‌روان و افسردگی پاسخ دادند. برای آزمودنی‌های گروه آزمایش ۸ جلسه آموزش گروهی خودتنظیمی هر هفته یک‌بار و به مدت ۲ ساعت اجرا شد. برای گروه گواه جلسات آموزشی تشکیل نشد. بعد از اتمام جلسات آموزشی در مرحله پس‌آزمون و ۳ ماه بعد در مرحله پیگیری هر دو گروه آزمایش و گواه به پرسشنامه‌های سلامت‌روان و افسردگی مجدداً پاسخ دادند.

### یافته‌ها

۳۰ نفر مرد و ۳۰ نفر زن و در مجموع ۶۰ نفر در پژوهش شرکت داشتند. از نظر میزان تحصیلات ۸ نفر دیپلم، ۳۲ نفر فوق‌دیپلم، ۱۲ نفر لیسانس و ۸ نفر فوق‌لیسانس بودند. از نظر سن در طیف ۱۸-۲۵ سال ۱۴ نفر، ۲۶-۳۳ سال ۳۲ نفر، ۳۴-۴۱ سال ۸ نفر و بالای ۴۱ سال ۶ نفر قرار داشتند. برای تعیین میزان تأثیر زوج‌درمانی خودتنظیمی بر سلامت‌روان و افسردگی زوجین از تحلیل کواریانس استفاده شد. یکی از پیش‌فرض‌های این تحلیل، همسانی واریانس‌ها است. در این پژوهش آزمون لوین برای بررسی این همسانی به‌کار رفت.

جدول ۱. شاخص‌های سلامت‌روان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌ها

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۳۳	۱۳/۸۲	۲۷/۰۶	۱۳/۷۶	۲۸	۱۳/۵۲
گواه	۳۱/۲۳	۱۳/۷۵	۳۰	۱۳/۶۴	۳۲/۷۳	۱۳/۴۸

در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و همچنین گروه گواه کاهش یافته که نشان‌دهنده تأثیر زوج‌درمانی کوتاه مدت به شیوه خودتنظیمی بر سلامت‌روان زوجین است. پس از تأیید همسانی واریانس نمرات سلامت‌روان به وسیله آزمون لوین، به منظور بررسی فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شد.



جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس نمرات سلامت‌روان در دو گروه آزمایش و گواه

توان آماری	ضریب اتا	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۱	۰/۸۸	۳/۰۸*	۸۸۳۶/۶۹۴	۱	۸۸۳۶/۶۹۴	پیش‌آزمون
۱	۰/۹۹	۲/۳*	۴۷۴/۷۷۸	۱	۴۷۴/۷۷۸	گروه
۰/۰۵۷	۰/۰۰۵	۰/۰۶۵	۰/۰۴۱	۱	۰/۰۴۱	جنس
۰/۰۵۷	۰/۰۰۱	۰/۰۶۷	۰/۱۸۴	۱	۰/۱۸۴	گروه جنس
۱	۰/۹۹	۲/۳*	۴۶۵/۳۴۱	۱	۴۶۵/۳۴۱	گروه (مرحله پیگیری)
۰/۰۵۷	۰/۰۰۱	۰/۰۷۲	۰/۱۹۳	۱	۰/۱۹۳	گروه×جنس(مرحله پیگیری)

\* $P < 0.05$

همان‌طور که در جدول ۲ مشهود است نتیجه به‌دست آمده در پس‌آزمون گروه آزمایش با در نظر گرفتن اثر پیش‌آزمون و جنس معنادار بود. این نتیجه بدان معناست که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات سلامت‌روان گروه آزمایش و گروه گواه معنادار بوده است. بنابراین زوج درمانی کوتاه مدت به‌شيوه خودتنظیمی بر سلامت‌روان زوجین مؤثر بوده و سلامت‌روانی آنان را افزایش داده که این نتیجه در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است.

جدول ۳. شاخص‌های افسردگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌ها

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
آزمایش	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار
گواه	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و همچنین گروه گواه کاهش یافته که نشان دهنده تأثیر زوج درمانی کوتاه مدت به‌شيوه خودتنظیمی بر افسردگی زوجین است. پس از تأیید همسانی واریانس نمرات افسردگی به‌وسیله آزمون لوین، به‌منظور بررسی فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس نمرات افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه

توان آماری	ضریب اتا	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۱	۰/۹۳	۲/۸۹*	۴۴۷۶/۹۵۸	۱	۴۴۷۶/۹۵۸	پیش‌آزمون
۱	۰/۹۹	۳/۲۶*	۱۵۶/۲۷۹	۱	۱۵۶/۲۷۹	گروه
۰/۰۱	۰/۰۹	۳/۰۱	۰/۶۹۶	۱	۰/۶۹۶	جنسیت
۰/۰۲۴	۰/۰۰۱	۰/۰۲۴	۰/۰۳۷	۱	۰/۰۳۷	گروه جنسیت
۱	۰/۹۹	۳/۸۴*	۱۶۳/۳۴۲	۱	۱۶۳/۳۴۲	گروه(مرحله پیگیری)
۰/۰۲۸	۰/۰۰۱	۰/۰۲۷	۰/۰۴۲	۱	۰/۰۴۲	گروه×جنس(مرحله پیگیری)

\* $P < 0.05$

همان‌طور که در جدول ۴ مشهود است تفاوت نمرات بین دو گروه آزمایش و گواه معنادار است. بنابراین تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش و گروه گواه که از جدول ۳ به‌دست آمده است معنادار و زوج‌درمانی کوتاه مدت به‌شیوه خودتنظیمی بر کاهش افسردگی زوجین مؤثر بوده که این نتیجه در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است. نتایج جدول ۲ و ۴ و نیز واریانس مشترک نشان می‌دهد تأثیر زوج‌درمانی به‌شیوه خودتنظیمی بر سلامت روان و افسردگی زوجین تفاوت ندارد بنابراین به جنس بستگی ندارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

سلامت‌روان یکی از مهمترین عوامل مؤثر در ارتقاء زندگی و تکامل انسان محسوب می‌شود. سازمان بهداشت جهانی سلامت‌روانی را توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی تعریف می‌کند. افرادی که واجد سلامت‌روان هستند کمتر از دیگران از اختلال‌های روانی از جمله افسردگی رنج می‌برند. در این پژوهش مقایسه نتایج آزمون‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشانگر تأثیر زوج‌درمانی کوتاه مدت به‌شیوه خودتنظیمی بر افزایش سلامت‌روان و کاهش افسردگی بود. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های طغیانی (۱۳۸۶) و هالفورد، سندز و بهرنز<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) همخوانی دارد. طغیانی (۱۳۸۶) در پژوهش خود با عنوان "اثر بخشی خودتنظیمی و آموزش پربارسازی السون در رضایتمندی و سلامت‌روان زوجین" نشان داد که زوج‌درمانی خودتنظیمی باعث افزایش سلامت‌روان و رضایت زوجین می‌شود. هالفورد و همکاران، (۲۰۰۱) در پژوهش خود دریافتند که زوج‌درمانی خودتنظیمی در جلوگیری از مشکلات ارتباطی زوجین مؤثر است و این بهبودی حداقل برای شش ماه پس از اختتام درمان تداوم داشته و زوجین ثبات

خود را در رضایت و شادی زناشویی حفظ کرده‌اند. هالفورد، لی‌زیو و ویلسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) و هالفورد، مور<sup>۲</sup> و ویلسون (۲۰۰۴) به این نتیجه رسیدند که زوجینی که زوج‌درمانی خودتنظیمی دریافت کرده بودند نسبت به گروه گواه شادی بیشتری را طی ۴ سال اول زندگی نشان می‌دادند. همچنین این نتایج با یافته بلانچو (۲۰۰۶) که در پژوهشی به بررسی مداخلات خانواده محور بر ارتقاء شادی پرداخته بود همخوانی دارد. او به این نتیجه رسید که مداخلاتی که شامل تنظیم هدف شخصی و زوجی است منجر به افزایش تعهد شخصی و افزایش شادمانی در فضای خانواده می‌شود.

بر اساس نتایج این پژوهش تأثیر زوج‌درمانی خودتنظیمی بر سلامت‌روان و افسردگی به جنس زوجین بستگی نداشت. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های داینر<sup>۳</sup> (۱۹۹۷؛ به نقل از طغیانی، ۱۳۸۶) همخوانی دارد. وی در پژوهش خود که در میان زنان و مردان ۴۰ کشور انجام داد دریافت که بین برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی مانند سن و جنس با افسردگی رابطه ضعیفی وجود دارد. در پژوهش طغیانی (۱۳۸۶) نیز تفاوت معناداری در زنان و مردان از لحاظ اثربخشی شیوه‌های آموزشی مشاهده نشد. همچنین خوشکام (۱۳۸۵) دریافت میزان تأثیر آموزش برنامه ارتباط زوجین بر بهبود سلامت‌روان و روابط زوجین در زنان و مردان متفاوت نیست.

بررسی پیشینه پژوهش نشان داد که مداخلات آموزشی در زمینه بهبود زندگی و روابط زناشویی منجر به کاهش تعارضات و افزایش شادی و رضایت از رابطه زوجین می‌شود. آموزش خودتنظیمی می‌تواند زوجین را در ارزیابی، هدف‌گذاری و خودتغییری در حیطه‌های مشکل‌دار زندگی زناشویی راهنمایی کند. با افزایش سلامت‌روان فضای گرم و امیدوار کننده‌ای در خانواده به وجود می‌آید و روابط اعضای خانواده بهبود می‌یابد. در مجموع این پژوهش به نتیجه مناسبی برای زوج‌درمانی با رویکرد خودتنظیمی دست یافت. روشی که از رهگذر آن می‌توان پاره‌ای از مشکلات زوجین را به گونه‌ای مؤثر حل کرد. از این رو با توجه به تأثیر برنامه زوج‌درمانی کوتاه مدت به شیوه خودتنظیمی بر سلامت‌روان و افسردگی می‌توان از این برنامه در مراکز آموزشی و مشاوره استفاده کرد و به‌عنوان راه‌کاری مؤثر از آن برای افزایش شادمانی و سلامت عمومی در مراکز مشاوره و کارگاه‌های آموزشی سود جست.

---

1. Lizzo & Wilson  
2. Moore  
3. Dainer

## منابع

- احمدی، علی اصغر. (۱۳۸۷). *راز و رمز زندگی را بهتر تجربه کنیم*. تهران: انتشارات نجبا، سروش.
- ایزدی، مریم. (۱۳۸۶). *فرزانی در ازدواج و روابط زناشویی*. اصفهان: انتشارات نشاط.
- پاکروان، اسماعیل. (۱۳۸۹). *اثر بخشی آموزش حل مسئله به شیوه زوجی بر رضایت زناشویی و علایم روان شناختی زوجین شهر اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان. دانشکده علوم تربیتی.
- خوشکام، سمیرا. (۱۳۸۵). *بررسی تأثیر آموزش برنامه‌ای ارتباط زوجین بر بهبود روابط و سلامت روانی زوجین شهر اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، دانشگاه اصفهان. دانشکده علوم تربیتی.
- شیربیم، زهرا، سودانی، منصور، و شفیق آبادی، عبدالله. (۱۳۸۷). *اثر بخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر افزایش سلامت روان دانشجویان*. *مجله اندیشه و رفتار*. تابستان ۸(۲): ۷-۱۸.
- صادقی، منصوره السادات، و مظاهری، محمدعلی. (۱۳۸۴). *اثر روزه‌داری بر سلامت روان*. *مجله روان‌شناسی*. ۹(۳): ۲۹۲-۳۰۹.
- طغیانی، زهرا. (۱۳۸۶). *بررسی و مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی با شیوه آموزشی خودتنظیمی زندگی زناشویی و آموزش پیرایسازی السون در رضایتمندی زناشویی زوجین شاهد و ایثارگر*. طرح پژوهشی، اصفهان. معاونت پژوهشی و ارتباطات فرهنگی، بنیاد شهید و امور ایثارگران.
- کار، آلان. (۱۳۸۵). *روان‌شناسی مثبت*. ترجمه حسن پاشا شریفی، جعفر زندی، باقر ثنایی. انتشارات سخن. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۴).
- محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۶). *بررسی مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی در نمونه مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی*. ویژه‌نامه *توان بخشی در بیماری‌ها و اختلالات روانی*. ۸(۲): ۸۶-۸۰. موسوی، اشرف السادات. (۱۳۸۳). *خانواده درمانی کاربردی با رویکرد سیستمی*. تهران: دانشگاه الزهراء(س).
- هالفورد، کیم. (۱۳۸۴). *زوج‌درمانی کوتاه مدت*. ترجمه مصطفی تبریزی، مزده کاردانی، فروغ جعفری. تهران: انتشارات فراروان. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۴).

- Blanch, L.F. (2006). Family focused intervention to promot happiness. *Journal of personality and social psychology*, 53: 235-250.
- Campbell, T.L. (2003). The effectiveness of family intervention for psysicadisorder. *Journal of Marital and Family*, 29:263-281.
- Halford, W. K., Lizzo, A., Wilson, K. L., & Occhipini, S. (2005). Couple relationship Self-Regulation ans satisfaction in the first 4 years of marriage. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 24: 263-273.

- Halford, W. K., Moore, E. M., Wilson, K. L., & Dyer, C. (2004). Benefit of flexible delivery relationship education and evaluation of the couple care program . *Family relation*, 53: 469-472.
- Halford, W. K., Sanders, M. R., & Behrens, B. C. (2001). Self regulation in behavioral couple therapy. *Behavior therapy*, 25: 431-452.
- Mead, D. E. (2002). Marital distress co occurring depression and marital therapy. *Journal of marital and family therapy*, 28: 233-314.
- Spotts, E. L., & Pederson, N. L. (2005). General effect on woman positive mental health and social support matter. *Journal of family psychology*, 19: 339-349.