

اثربخشی زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر پردازش بین فردی و نزدیکی رابطه در زوج‌های آشفته

غلام‌رضا رجیبی^{۱*}، زهرا نادری نوبندگانی^۲، عباس امان الهی^۳، منیجه شهنی ییلاق^۴

تاریخ وصول: ۹۴/۵/۲ تاریخ پذیرش: ۹۴/۸/۱۷

چکیده

هدف این تحقیق تعیین اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر پردازش بین فردی و نزدیکی رابطه در زوج‌های آشفته بود. روش نمونه‌گیری هدفمند - داوطلب بود و از میان زوج‌های آشفته مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خصوصی (روان آسا، رایان، پیشگام، نیسی و جوادالائمه) و دولتی (نیروی انتظامی) شهر اهواز با استفاده از ملاک‌های ورود و خروج و نقطه برش ۱۰۱ در پرسشنامه سازگاری زوجی اسپانیر، چهار زوج انتخاب شدند. روش این تحقیق طرح خط پایه چندگانه ناهمزمان بود و زوج‌ها طی مراحل خط پایه، درمان و پی‌گیری پرسشنامه‌های پردازش بین فردی و نزدیکی رابطه را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از روش‌های تحلیل دیداری (رسم نمودار)، شاخص تغییر پایه، فرمول درصد بهبودی (درصد افزایش) و مقایسه هنجاری تحلیل شدند. نتایج نشان داد که این درمان باعث افزایش پردازش بین فردی (۳۵/۸۶٪) و نزدیکی رابطه (۳۴/۸۵٪) در مراحل درمان و پیگیری‌ها شده است. در نتیجه درمان سیستمی - سازه‌گرا می‌تواند موجب افزایش پردازش بین فردی و نزدیکی رابطه در زوج‌ها شود.

واژه‌های کلیدی: پردازش بین فردی، نزدیکی رابطه، زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا

^۱ - دانشیار دانشگاه شهید چمران اهواز، گروه مشاوره

^۲ - دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز

^۳ - استادیار دانشگاه شهید چمران اهواز، گروه مشاوره

^۴ - استاد دانشگاه شهید چمران اهواز، گروه روانشناسی

*- نویسنده مسوول مقاله: r_rajabi@yahoo.com

مقدمه

بی‌شک مسئله‌سازترین امور زندگی انسان‌ها آنهایی هستند که در کشاکش روابط به وجود می‌آیند و طبیعی است که بسیاری از مردم به‌محض مواجهه با این مسائل و خدشه‌دار شدن روابط فی‌مابین احساس سردرگمی و ناخشنودی می‌کنند (هریسون^۱، ۲۰۰۲، به نقل از کروگر^۲، ۲۰۰۵). در این میان در کلیه کشورها، مشکلات مربوط به روابط زناشویی یکی از معمول‌ترین دلایل مراجعه به مراکز مشاوره و روان‌درمانی و درخواست خدمات مشاوره‌ای هستند. ایجاد یک رابطه صمیمانه و درعین حال رضایت‌بخش نقش مهمی در بهزیستی انسان دارد و مطالعات انجام‌شده در مورد شادی انسان‌ها نیز بر این مهم صحنه می‌گذارند (برشاید^۳، ۱۹۹۹؛ دالتون^۴، ۲۰۰۵). در عین حال، علی‌رغم اهمیت رابطه نزدیک برای سلامت و بهزیستی، بسیاری از مردم ایجاد و نگهداری یک رابطه صمیمانه را دشوار می‌دانند و بسیاری از روابط در ایجاد حس عمیق نزدیکی عاطفی در همسران که برای داشتن یک کارکرد بهینه لازم است شکست می‌خورند (کولینز و فینی^۵، ۲۰۰۴). معمولاً هنگامی که زوجها وارد جلسه درمان می‌شوند به دلیل اینکه رابطه‌شان به سرانجام مطلوبی نرسیده است یکدیگر را مقصر می‌دانند. خشم و خصومت، اشک و داد و فریاد توأم با ناامیدی و ترس از رها شدن به‌وفور در جلسات مشاوره دیده می‌شود (اشنایدر و اشنایدر^۶، ۱۹۹۱). تحقیقات نشان می‌دهد می‌دهد بسیاری از ازدواج‌ها به طلاق ختم می‌شوند (رید، دالتون، لادروت، دوئل، و نگوین^۷، ۲۰۰۶) و در کشور ما نیز طبق اعلام سازمان ثبت اسناد کشور، آمارها حاکی از افزایش چهار درصدی طلاق در سه ماهه اول سال ۱۳۹۳ است. درعین حال، توجه به این نکته ضروری به نظر می‌رسد که رفتارها و کنش‌هایی که عامل به وجود آورنده رابطه شاد و حمایت‌کننده برای افراد هستند، در بین زوج‌های مختلف متفاوت است (لاکی و اورهک^۸، ۲۰۱۱). فرآیند پردازش بین فردی^۹ یکی از انواع متغیرهایی است که روابط زوجها را به میزان زیادی تحت تأثیر قرار می‌دهد و به توانایی تفکر انعکاسی^{۱۰} درباره‌ی خود، رابطه با شخص مقابل، مشاهده دیدگاه طرف مقابل و درک ماهیت تعاملات دوجانبه و متقابل در رابطه اشاره دارد (رید و همکاران، ۲۰۰۶). پردازش بین فردی به‌عنوان یک متغیر جدید و مهم در حوزه زناشویی، صرف آگاهی فراوان درباره‌ی خود یا همسر

1 - Harrison

2 - Kruger

3 - Berscheid

4 - Dalton

5 - Collins & Feeney

6 - Schneider & Schneider

7 - Reid, Laderoute, Doell, & Nguyen

8 - Lakey & Orehek

9 - interpersonal processing

10 - reflexive thinking

نیست، بلکه شناخت کافی از این موضوع است که هر دو نفر بر هم اثر می‌گذارند و تعامل‌های آنها موجب ایجاد پویایی می‌شود که تا حدودی دارای "حیات مخصوص به خود" است. می‌توان خاطر نشان کرد در صورت وجود پردازش بین فردی، فرد تلاش می‌کند توجه خود را به این موضوع معطوف کند که کنش‌های وی چه تأثیری بر کنش‌های طرف مقابل دارد و اینکه آنها چگونه یک پویایی^۱ دوجانبه را شکل می‌دهند (میلر^۲، ۲۰۰۸).

از سوی دیگر، روابط نزدیک برای سلامت روان مهم هستند و اغلب مردم روابطی از این نوع را منبع مهمی برای شادی شخصی می‌دانند (کولینز و فینی، ۲۰۰۴). نزدیکی رابطه دربردارنده این است که تا چه اندازه، ادراک‌ها و احساس‌های یکی از طرفین مثبت بوده و توسط دیگری پاسخ داده می‌شود. الساندری^۳ (۲۰۱۳) نزدیکی رابطه را به‌عنوان داشتن درجه بالایی از خود افشایی متقابل، احساس نزدیکی، بیانگری و درک احساس‌ها، دوست داشتن/عشق ورزیدن و نشان دادن عواطف، مهیا کردن تشویق و حمایت، تکرار تعامل و اهمیت رابطه و رضایت ناشی از رابطه تعریف می‌کند. چنین به نظر می‌رسد که نزدیکی رابطه با قدرت و استحکام پیوند عاطفی بین افراد، یا درجه دانش درباره خصوصیات فردی طرف دیگر و یا هر دو گزینه در ارتباط باشد (دیبیل، لوین و سان پارک^۴، ۲۰۱۲). روابط بین فردی نزدیک، اشخاص را قادر می‌سازد نیاز به پذیرفته شدن، در کانون توجه بودن، ارزشمند تلقی شدن و محبوب بودن را در اولویت قرار دهند و برای آنها این فرصت را فراهم می‌کند تا چنین رفتارها و نگرش‌هایی را متقابلاً پاسخگو باشند (فلچر^۵، ۲۰۰۲). تحقیقات نشان داده است که میزان نزدیکی ادراک‌شده بین همسران عامل مهمی در جهت کیفیت و رضایت از رابطه زناشویی است (آرون، آرون و اسمولان^۶، ۱۹۹۲؛ بن-آری و لاولی^۷، ۲۰۰۷، به نقل از نیمیر^۸، نیمیر^۸، ۲۰۱۳).

زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا در سال‌های اخیر مورد توجه محققان قرار گرفته است. این روش درمانی طی مطالعه‌ای بر روی زوج‌های جنوب آسیا شکل گرفته است. رید و همکاران (۲۰۰۶) و رید، دوئل، دالتون و احمد^۹ (۲۰۰۸) واکنش زوج‌ها به درمان بالینی رویکرد سیستمی - سازه‌گرا را مورد بررسی قرار دادند. هدف این مداخله‌ها تقویت درک زوج از خود در رابطه زناشویی است. در این رویکرد، درمانگر به فرایندهای ناقص ارتباطی توجه می‌کند که دلیل شکایت‌های کنونی زوج‌ها

1 - dynamic

2 - Miller

3 - Alessandri

4 - Dibble, Levine, & Sun Park

5 - Fletcher

6 - Smollan

7 - Ben-Ari & Lavee

8 - Niemeyer

9 - Ahmad

هستند. باور معمول این است که افزایش سازگاری طرفین در رابطه باعث مقابله با تعارض‌ها می‌شود. زوج‌هایی که سازگاری بیشتری با رابطه دارند می‌توانند تعارض‌های بین فردی را از یک دیدگاه مشترک پردازش کنند و تمایل دارند تا در موقع پردازش رابطه‌شان، از "ما" استفاده کنند؛ به عبارت دیگر، زوج‌ها تمایل دارند به مشکلات از یک دیدگاه نگاه کنند. این نوع جهت‌گیری رابطه کمتر مورد مخالفت یکی از آنها قرار می‌گیرد، در ایجاد نتایج سودمند نقش بیش‌تری دارد و هویت زوجی در شیوه احساس و رفتار آنها نمود پیدا می‌کند. در یک جمله می‌توان گفت، هدف از به‌کارگیری این رویکرد، عبارت است از یادگیری درباره پوشش‌های رابطه و درعین‌حال تسریع تغییر درمانی زوج‌ها که با ارزش‌ها، امیال و روش ازدواج آنها متناسب باشد (احمد، ۲۰۱۲).

تحقیقات در حوزه رویکرد سیستمی - سازه‌گرا نشان می‌دهد که این درمان می‌تواند بسیاری از جنبه‌های زندگی زناشویی را تحت تأثیر قرار دهد. رید و همکاران (۲۰۰۶، ۲۰۰۸) نشان دادند که افزایش حس ما بودن که در نتیجه رویکرد سیستمی - سازه‌گرا به وقوع می‌پیوندد موجب افزایش پردازش بین فردی، رضایت زناشویی و نزدیکی رابطه به گونه‌ای پایدار می‌گردد به طوری که این نتایج در پیگیری‌های دو سال بعد نیز مشاهده شده است. مطالعات دوئل (۲۰۱۰)، احمد (۲۰۱۲) و کاوالیره^۱ (۲۰۰۸) نشان دادند که این درمان می‌تواند در افزایش شاخص‌های پردازش بین فردی، کیفیت رابطه زناشویی مانند نزدیکی رابطه و رابطه متقابل و نیز رضایت زناشویی مؤثر باشد.

بنابراین با توجه به نوشته‌های بالا دو سؤال مطرح است: ۱- آیا رویکرد زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا باعث افزایش پردازش بین فردی در زوج‌های آشفته می‌شود؟ و ۲- آیا زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا باعث افزایش نزدیکی رابطه در زوج‌های آشفته مؤثر می‌شود؟

روش

این تحقیق آزمایشی تک موردی از نوع طرح‌های خط پایه چندگانه ناهمزمان^۲ است. طرح خط پایه چندگانه بر دو یا بیش از دو رفتار مختلف در یک فرد، یک رفتار معین در دو یا بیش از دو فرد، و یا رفتاری که توسط یک فرد در محیط‌های مختلف نشان داده می‌شود تمرکز می‌کند (یوهانسن و کریستنسن^۳، ۲۰۰۸). جامعه‌ی این پژوهش کلیه زوج‌های آشفته مراجعه کننده به مراکز مشاوره خصوصی (روان آسا، رایان، پیشگام، نیسی و جوادلایمه) و دولتی (نیروی انتظامی) شهر اهواز بودند که از میان آنها چهار زوج بر اساس نقطه برش ۱۰۱ در مقیاس سازگاری زوجی اسپانیر^۴ (۱۹۷۶)، اعمال ملاک‌های ورود و خروج و مصاحبه به صورت هدفمند - داوطلب انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دامنه سنی ۴۵-۲۰، نداشتن اختلال‌های عاطفی بر اساس

¹ - Cavaliere

² - non concurrent multiple baseline designs

³ - Johanson & Christensen

⁴ - Dyadic Adjustment Spanier Questionnaire

مصاحبه بالینی، عدم اعتیاد به مواد روان گردان، حداقل یکسال زندگی مشترک، حداقل تحصیلات دیپلم، داشتن گویش فارسی روان و عدم مصرف داروهای روانپزشکی و ملاک‌های خروج عبارت‌اند از: مصرف داروهای روانپزشکی، شرکت همزمان در برنامه درمانی دیگر و در آستانه طلاق قرار داشتن.

ابزارهای اندازه‌گیری

۱- **مقیاس پردازش بین فردی^۱ (IPS)**. این مقیاس توسط ریچ و زهرادنیک^۲ (۲۰۰۲)، به نقل از میلر، (۲۰۰۸) در آزمایشگاه دانشگاه یورک^۳ و به منظور ارزیابی این موضوع طراحی شده که افراد تا چه میزان باور دارند که هم از افکار و احساس‌های همسر خود آگاهی دارند و هم قادر هستند درباره واکنش‌های شناختی و هیجانی خود در حین و بعد از ارتباط با همسر، تأمل کنند. در این مقیاس از پاسخ دهندگان درخواست شد تا بر اساس یک مقیاس ۶ رتبه‌ای لیکرتی از ۱=کاملاً مخالفم تا ۶=کاملاً موافقم است، مشخص کنند که ۲۰ جمله ارائه شده به آنها تا چه میزان درجه‌ای، توصیف کننده دقیق پردازش بین فردی آنها می‌باشد. حداقل و حداکثر نمره این مقیاس بین ۲۰ تا ۱۲۰ می‌باشد، که نمره‌های بالاتر نشان دهنده درجه بیشتری از پردازش بین فردی توسط فرد است و سه جنبه از پردازش بین فردی را مورد سنجش قرار می‌دهد: (۱) تفکر انعکاسی درباره خود هنگام برقراری ارتباط با دیگران، که بنیانی برای آگاهی است، (۲) جذب دیدگاه (اتخاذ دیدگاه^۴)، که برابر با همدلی است و (۳) استفاده همزمان از مولفه‌های پیش گفته شده، به منظور درک روانی یا هیجانی نحوه ارتباط هر کدام از طرفین با دیگری، که اصولاً نشان‌دهنده این است که یک طرف رابطه هنگام تعامل با همسر تا چه حد از افکار و احساس‌های او آگاه است و اینکه تا چه حد قادر است در یک لحظه، از پویایی‌های تعاملات خود آگاهی داشته باشند.

دیاکونسکو^۵ (۲۰۰۵)، به نقل از دوئل، (۲۰۱۰) ضریب پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۸؛ دوئل (۲۰۱۰) این ضریب را قبل و بعد از درمان به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۹۰ و میلر (۲۰۰۸) آن را ۰/۵۳ و ضریب پایایی باز-آزمایی (به فاصله دو هفته) ۰/۶۳ گزارش داده‌اند. هم‌چنین دیاکونسکو (۲۰۰۵)، به نقل از دوئل، (۲۰۱۰) نشان داد که این مقیاس با مقیاس اتخاذ دیدگاه^۶ لانگ^۷ (۱۹۹۰)، (۱۹۹۰)، به نقل از دوئل، (۲۰۱۰) همبستگی دارد.

1 - Interpersonal Processing Scale

2 - Zahradnik

3 - York University

4 - perspective taking

5 - Diaconescu

6 - Perspective-Taking Scale

7 - Long

۲- **مقیاس نزدیکی رابطه تک بعدی^۱ (URCS)**. این مقیاس توسط دیبل و همکاران (۲۰۱۲) ساخته شده و دارای ۱۲ ماده است، که میزان نزدیکی افراد را در رابطه با یکدیگر می‌سنجد. به عنوان نمونه از جمله ماده‌های این مقیاس این است که: "رابطه من و همسرم نزدیک است"، یا "هنگام تصمیم‌گیری‌های مهم همسرم را در نظر می‌گیرم". ماده‌های این مقیاس در یک طیف ۷ رتبه‌ای از ۱ = کاملاً مخالفم تا ۷ = کاملاً موافقم تنظیم شده است. حداقل و حداکثر نمره این مقیاس بین ۱۲ تا ۸۴ می‌باشد، که نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده احساس نزدیکی بیش‌تر در رابطه با همسر می‌باشد. دیبل و همکاران (۲۰۱۲) میانگین ضرایب آلفای کرونباخ این مقیاس برای گروه‌های مختلف مردم از جمله زوج‌ها ۰/۹۳، ضریب باز-آزمایی را ۰/۶۳ و ضریب روایی همگرای آن را با مقیاس شمول دیگری در خود^۲ (IOSS)، ساخته آرون و همکاران (۱۹۹۲)، ۰/۵۸ گزارش دادند.

روند اجرای پژوهش

روند درمان به این صورت بود که طی هفته‌های اول و دوم (خط پایه)، چهار زوج شرکت‌کننده هفته‌ای دو بار ابزارهای مورد اندازه‌گیری را تکمیل کردند و از هفته سوم هر زوج با فاصله‌ی یک جلسه از زوج‌های دیگر وارد درمان شدند. در ابتدای هفته سوم در حالی که بقیه زوج‌ها در مرحله خط پایه بودند زوج اول در مرحله‌ی درمان قرار گرفتند؛ جلسه دوم درمان زوج اول همزمان با جلسه اول درمان برای زوج دوم و خط پایه زوج‌های سوم و چهارم بود. در جلسه سوم درمان زوج اول و جلسه دوم درمان زوج دوم و زوج سوم نیز درمان خود را آغاز کردند و در مرحله آخر، زوج چهارم پس از طی هفت مرحله خط پایه وارد درمان شدند. هم‌چنین در جلسات ۴، ۷ و ۱۰ زوج‌ها مورد سنجش قرار گرفتند. پس از اتمام درمان دو پی‌گیری یک ماهه و ۵۴ روزه نیز در مورد کلیه زوج‌ها اعمال شد.

صورت جلسه‌های زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا (به نقل از رید و همکاران (۲۰۰۶)

جلسه اول: معرفی، بیان قوانین جلسات، معرفی رویکرد سیستمی سازه‌گرا: در جلسه اول درمانگر زوج را از برخی از یافته‌های تجربی زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا و نحوه‌ی استفاده از این یافته‌ها آگاه می‌کند.

جلسه دوم: بررسی تعارض در حوزه‌های مختلف، و شناخت ماهیت مشکل: زوج در این جلسه زوجی تشویق می‌شوند تا تعارض در حوزه‌های مختلف زندگی زناشویی را مشخص کنند.

^۱ - Unidimensional Relationship Closeness Scale

^۲ - Inclusion of Other in the Self Scale

جلسه سوم: یاددهی فن گوش سپاری زناشویی (گوش سپاری برای درک کردن در مقابل گوش سپاری برای واکنش نشان دادن): در این جلسه به زوج آموزش داده می‌شود به طور کامل به طرف مقابل گوش بسپارند و صحبت‌های او را درک کنند و نه اینکه هنگام گوش دادن در فکر پاسخ دادن باشند.

جلسه چهارم: بحث در مورد مضرات اجتناب از موضوع و اجرای ابزارها: در این جلسه زوج تشویق می‌شود بر حوزه‌هایی تمرکز کنند که علی‌رغم تعارض در آنها از صحبت کردن در موردشان طفره می‌روند.

جلسه پنجم: تغییر جهت گیری زوج از انتقاد و شکایت به سوی مشارکت فعال و رسیدن به رابطه ایده‌آل: در این جلسه از زوج خواسته می‌شود تا به طور فردی لیستی از ویژگی‌هایی که برای "رابطه ایده‌آل" آرزو می‌کنند را تهیه کنند. هدف از این تمرین این است که تمرکز زوج از شکایت، انتقاد به سوی یک حالت مشارکتی فعال‌تر تغییر کند.

جلسه ششم: اجرای فن فکر کردن و صحبت کردن در جایگاه شخص سوم (TSTP): در این جلسه تکنیک تفکر و صحبت در قالب شخص سوم مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این فن به همسران یاد داده می‌شود تعامل مشکل ساز با یکدیگر را در رابطه با درمانگر مورد بحث قرار دهند در حالی که هم به خودشان و هم به همسرشان به عنوان سوم شخص اشاره دارند.

جلسه هفتم: ادامه اجرای فن فکر کردن و صحبت کردن در جایگاه شخص سوم (TSTP) و اجرای ابزارها: در این جلسه باز هم در رابطه با مشکلات موجود در رابطه تکنیک تفکر و صحبت در قالب شخص سوم مورد استفاده قرار می‌گیرد.

جلسه هشتم: اجرای فن شریک درونی شده (IPT) (اتخاذ دیدگاه) برای زن: در این جلسه با زن به گونه‌ای صحبت می‌شود که گویی شوهر است و این کار در حضور مرد انجام می‌شود این فرایند موجب می‌شود طرفی که در حال مصاحبه است احساس کند که طرف دیگر است.

جلسه نهم: اجرای فن شریک درونی شده (IPT) (اتخاذ دیدگاه) برای مرد: در این جلسه با مرد به گونه‌ای صحبت می‌شود که گویی زن است و این کار در حضور زن انجام می‌شود. این فرایند موجب می‌شود طرفی که در حال مصاحبه است احساس کند که طرف دیگر است.

جلسه دهم: جمع بندی نهایی، اجرای ابزارها، تقدیر و تشکر و پایان دادن به درمان

تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از رسم نمودار و معنی‌داری بالینی استفاده شد. در روش رسم نمودار، تغییرات در علائم اصلی و عملکرد زوجها طی مراحل خط پایه، درمان و پی‌گیری با استفاده از نمودار بررسی گردید. هم‌چنین از دو روش اصلی در معنی‌داری بالینی که عبارت‌اند از: شاخص

تغییر پایا^۱ و مقایسه هنجاری^۲، استفاده شد. در روش شاخص تغییر پایا به این مورد توجه می‌شود که آیا تغییرات روی داده در درمان به اندازه‌ای هستند که معنی دار تلقی شوند ($Z=2/58$) و بر اساس روش مقایسه هنجاری درمان زمانی در مورد مراجعان مؤثر است که این افراد از جمعیت عادی قابل تمیز و تشخیص نباشند، و این روش به تمایز افراد درمان شده با افراد عادی توجه می‌کند (کندال و گراو^۳، ۱۹۸۸). در نهایت، جهت سنجش درصد افزایش در هر یک از متغیرهای مورد اندازه‌گیری نیز از فرمول درصد بهبودی (افزایش) استفاده شد.

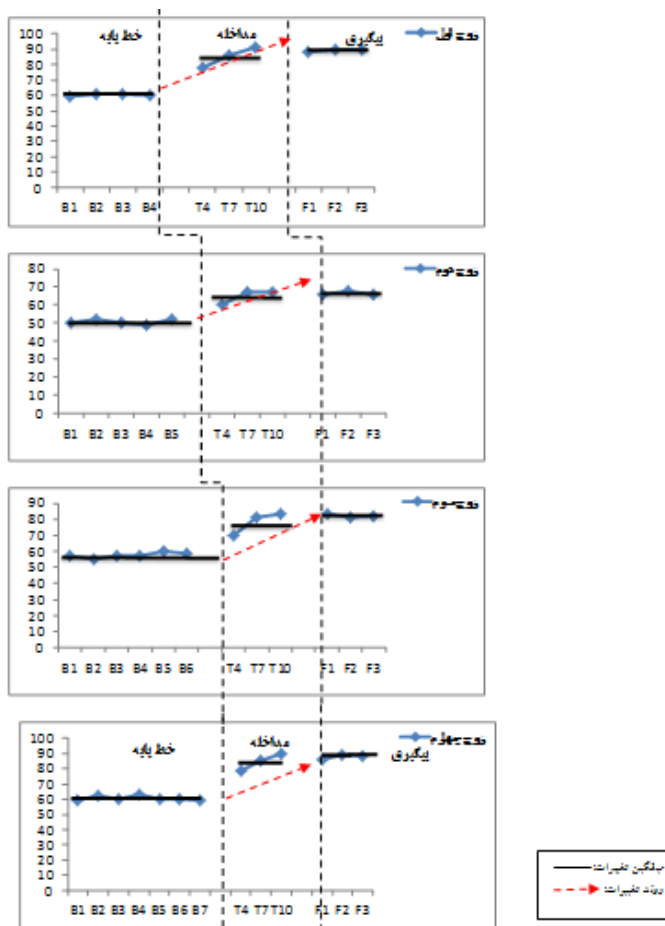
یافته‌ها

به منظور تصریح دقیق‌تر داده‌های گردآوری شده ابتدا به محاسبه مقادیر مورد تحلیل در مراحل مختلف درمان پرداخته شد. جدول شماره یک نشانگر این مقادیر می‌باشد.

جدول ۱. مراحل اثربخشی زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر پردازش بین فردی و نزدیکی رابطه

درمان سیستمی سازه‌گرا								زوج مراحل
نزدیکی رابطه				پردازش بین فردی				
زوج چهارم	زوج سوم	زوج دوم	زوج اول	زوج چهارم	زوج سوم	زوج دوم	زوج اول	
خط پایه								
۵۲	۴۴	۴۲	۵۱	۵۹	۵۷	۵۰	۵۹	خط پایه اول
۵۰	۴۵	۴۴	۵۳	۶۲	۵۵	۵۲	۶۱	خط پایه دوم
۵۳	۴۵	۴۲	۵۱	۶۰	۵۷	۵۰	۶۱	خط پایه سوم
۵۰	۴۷	۴۸	۵۰	۶۲	۵۷	۴۹	۶۰	خط پایه چهارم
۵۰	۴۴	۴۴		۶۰	۶۰	۵۲		خط پایه پنجم
۵۲	۴۵			۶۰	۵۹			خط پایه ششم
۵۵				۵۹				خط پایه هفتم
۵۱/۷۱	۴۵	۴۴	۵۱/۲۵	۶۰/۴۲	۵۸	۵۰/۶	۶۰/۲۵	میانگین مرحله خط پایه
جلسه‌های درمان								
۶۵	۵۸	۵۴	۶۳	۷۹	۷۰	۶۰	۷۸	جلسه چهارم
۷۱	۶۶	۵۷	۷۱	۸۵	۸۱	۶۷	۸۶	جلسه هفتم
۷۵	۶۸	۵۶	۷۳	۹۰	۸۳	۶۷	۹۱	جلسه نهم
۷۰/۳۳	۶۴	۵۵/۳۳	۶۹/۳۳	۸۶/۶۶	۷۸	۶۶/۶۶	۸۵	میانگین مرحله درمان
۳/۶۲	۳/۷۰	۲/۲۰	۲/۵۲	۳/۴۳	۲/۸۳	۱/۹۹	۲/۵۱	شاخص تغییر پایا (درمان)
۲۳۶/۰۱	۲۶۲/۲۲	۲۵۷/۵۲	۳۵۲/۸۲	۴۰۱/۳۲	۳۶۳/۸۲	۲۷۷/۹۲	۲۴۷/۰۷	درصد افزایش پردازش بین فردی بعد از درمان
۲۳۶/۸۵				۲۳۵/۸۶				درصد افزایش کلی بعد از درمان
پیگیری								
۷۱	۶۵	۵۵	۷۰	۸۶	۸۳	۶۶	۸۸	پیگیری اول
۷۳	۶۸	۵۶	۷۲	۸۹	۸۱	۶۸	۹۰	پیگیری دوم
۷۲	۶۶/۵	۵۵/۵	۷۱	۸۷/۵	۸۲	۶۷	۸۹	میانگین مرحله پیگیری
۲/۹۵	۲/۱۹	۲/۲۴	۲/۸۴	۲/۸۳	۲/۴۰	۲/۳۲	۲/۰۷	شاخص تغییر پایا (پیگیری)
۲۳۹/۲۳	۲۶۷/۷۷	۲۶۱/۳	۲۳۸/۵۳	۲۶۶/۸۱	۲۴۳/۳۷	۳۲۱/۴۱	۲۷۷/۱۲	درصد افزایش پس از پیگیری
۲۳۶/۹۱				۲۴۷/۵۷				درصد افزایش کلی پس از پیگیری

1 - Reliable Change Index
 2 - normative comparison
 3 - Kendal & Grove



نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های چهار زوج در متغیر پردازش بین فردی در مراحل خط پایه، درمان و پی‌گیری

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، میانگین میزان پردازش بین فردی در پایان درمان برای زوج‌های اول ۸۵، دوم ۶۴/۶۶، سوم ۷۸ و چهارم ۸۴/۶۶ است و این نشان‌دهنده اینست که این روش درمانی میزان پردازش بین فردی زوج‌ها را نسبت به دوره قبل از درمان (خط پایه) افزایش داده است. هم‌چنین، این میانگین در مرحله‌ی پی‌گیری برای زوج‌های اول ۸۹، دوم ۶۷، سوم ۸۲ و چهارم ۸۷/۵ است که نشان می‌دهد بعد از پایان درمان، افزایش در این متغیر همچنان ادامه دارد. درصد افزایش پردازش بین فردی در پایان مراحل درمان برای زوج‌های اول ۴۱/۰۷٪، دوم ۲۷/۱۷۹٪، سوم ۳۴/۴۸٪ و چهارم ۴۰/۱۳٪ و درصد افزایش کلی پردازش بین فردی در این چهار زوج ۳۵/۸۶٪ درصد است. این درصد در مرحله‌ی پی‌گیری برای زوج‌های اول ۴۷/۷۱٪، دوم ۳۲/۴۱٪،

سوم ۴۱/۳۷٪ و چهارم ۴۴/۸۱٪ و درصد افزایش کلی پردازش بین فردی در این چهار زوج ۴۱/۷۵٪ است. بیش‌ترین تغییر و افزایش مربوط به زوج اول و چهارم و کمترین افزایش مربوط به زوج دوم و سوم است. در عین حال، شاخص تغییر پایا در مرحله درمان برای زوج‌های اول $RCI=۳/۵۱$ ، دوم $RCI=۱/۹۹$ ، سوم $RCI=۳/۱۲$ و چهارم $RCI=۳/۴۳$ به دست آمده است که بیانگر تأثیر معنادار این روش درمانی بر افزایش پردازش بین فردی زوج‌ها می‌باشد. چنانکه در جدول ۱ دیده می‌شود این شاخص‌ها در پایان مراحل پی‌گیری نسبت به مراحل درمان افزایش داشته‌اند.

بر اساس درصد افزایش کلی پردازش بین فردی (۳۵/۸۶٪) می‌توان گفت درمان به دلیل قرار گرفتن در طبقه بهبود اندک بلانچارد (فراتر از ۲۵) موفق بوده است (پوپن^۱، ۱۹۸۹، به نقل از حمید پور، ۱۳۸۷) و پردازش بین فردی را به‌گونه‌ای معنادار افزایش داده است. نمودار ۱ نیز نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های پردازش بین فردی زوج‌ها در مرحله درمان نسبت به مرحله خط پایه افزایش داشته است. همان‌طور که در نمودار ۱ (فلش‌های خط چین شده قرمز رنگ) نشان داده شده است، پیش‌بینی می‌شد تغییرات فزاینده و در جهت مثبت باشد که برای هر چهار زوج به همین صورت بود.

به منظور تحلیل گروهی داده‌های به دست آمده با استفاده از فرمول مقایسه هنجاری برای بررسی تفاوت میانگین زوج‌های گروه بهنجار و زوج‌های گروه آشفته از مراحل پنج‌گانه زیر استفاده شد. لازم به ذکر است که در محاسبه مقایسه هنجاری میانگین (انحراف معیار) زوج‌های گروه بهنجار در متغیر پردازش بین فردی ۸۰ (۱۰) و برای زوج‌های گروه آشفته ۷۸/۰۸ (۹/۵)، تعداد زوج‌های گروه بهنجار ۳۰ نفر و تعداد زوج‌های گروه آشفته ۴ نفر و درجه آزادی $df = n_1 + n_2 = 32$ بود.

۱- تعیین طیف نزدیکی^۲: طیف نزدیکی از ۱ انحراف استاندارد کمتر از میانگین گروه بهنجار به بالا (امتیاز ۷۰ به بالا) تعیین شد. ($\delta_1 = -10$ و $\delta_2 = \infty$).

۲- معناداری بالینی

$$C.E.I (df) = \left(\frac{M_N - M_C - \delta_1}{SE_{N-C}} \right)$$

$$SE_{N-C} = \left\{ \left[\frac{(n_N - 1)SD_N^2 + (n_C - 1)SD_C^2}{n_N + n_C - 2} \right] \left[\frac{1}{n_N} + \frac{1}{n_C} \right] \right\}^{\frac{1}{2}}$$

$$SE_{N-C} = \left\{ \left[\frac{(29)(10)^2 + (3)(9/5)^2}{32} \right] / [28] \right\}^{\frac{1}{2}} = 5/26$$

$$t_{(32)} = \frac{80 - 78/08 - (-10)}{5/26} = 2/27$$

1- Popen

2- range of closeness

$$t_{(32)} = 2/27 > t$$

نتیجه به دست آمده از فرمول فوق نشان می‌دهد که $t_{(p)}$ بزرگتر از $t_{(b)}$ با درجه آزادی ۳۲ است. بنابراین می‌توان بیان کرد دو گروه در متغیر پردازش بین فردی از نظر بالینی متفاوت نیستند (میزان تفاوت دو گروه در دامنه بهنجار تعیین شده در مرحله یک قرار دارد) و زوج‌های گروه آشفته در درمان پردازش بین فردی به اندازه زوج‌های گروه بهنجار رسیده‌اند (فرض صفر آزمون بالینی: اختلاف بین میانگین‌های دو گروه در دامنه بهنجار تعیین شده قرار ندارد، فرض یک آزمون بالینی: اختلاف بین میانگین‌های دو گروه در دامنه بهنجار تعیین شده قرار دارد) $(t_{(p)} = 2/27)$ ، $P > 0/05$ ، $t_{(b)} = 1/64$.

۳- معناداری آماری

$$t_{(df)} = \frac{(M_N - M_C)}{SE_{N-C}}$$

$$t_{(32)} = \frac{80 - 78/08}{5/26} = 0/36$$

$$t_{(32)} = 0/36 < t$$

نتایج تحلیل حاصل از آزمون معناداری آماری نشان می‌دهد که زوج‌های آشفته با زوج‌های بهنجار از نظر پردازش بین فردی تفاوت معناداری ندارند و درمان اثربخش بوده است (فرض صفر معناداری آماری: میانگین گروه درمان شده و بهنجار یکسان است، فرض یک: میانگین گروه درمان شده و بهنجار یکسان نیست) $(t_{(p)} = 0/36)$ ، $P < 0/05$ ، $t_{(b)} = 1/64$.

۴- طبقه بندی و تفسیر

نتایج به دست آمده از این دو یافته را می‌توان در خانه شماره دو جدول ۲ گنجانند:

جدول ۲. طبقه بندی نتایج آزمون‌های معناداری آماری اثرات با استفاده از آزمون‌های یکسانی آماری و بالینی متغیر پردازش بین فردی

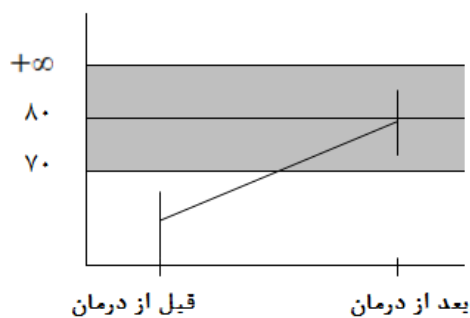
آزمون معناداری آماری

اثر غیر معنی‌دار اثر معنی‌دار

معنی‌دار	از نظر آماری متفاوت	از نظر بالینی یکسان‌اند
	از نظر بالینی یکسان	۱
آزمون یکسانی بالینی	متفاوت	یافته‌های مبهم و دو پهلو
	(از نظر بالینی تفاوت دارند)	(نیازمند توان بیشتر)
غیر معنی‌دار	۲	۳
		۴

در تفسیر این یافته می‌توان گفت که زوج‌های آشفته در مقایسه با زوج‌های بهنجار در متغیر پردازش بین فردی از نظر بالینی و آماری با یکدیگر تفاوت ندارند، چرا که میانگین دو گروه بر روی منحنی در یک طیف قرار دارد. کندال، مارس-گارسیا، ناث و شلدریک^۱ (۱۹۹۹) معتقدند خانه شماره ۲ نتیجه بهتری از سایر خانه‌هاست چرا که بر اساس درمان سیستمی می‌توان نتیجه‌گیری کرد در متغیر مورد نظر، گروه تحت درمان به دامنه بهنجار بازگشته است.

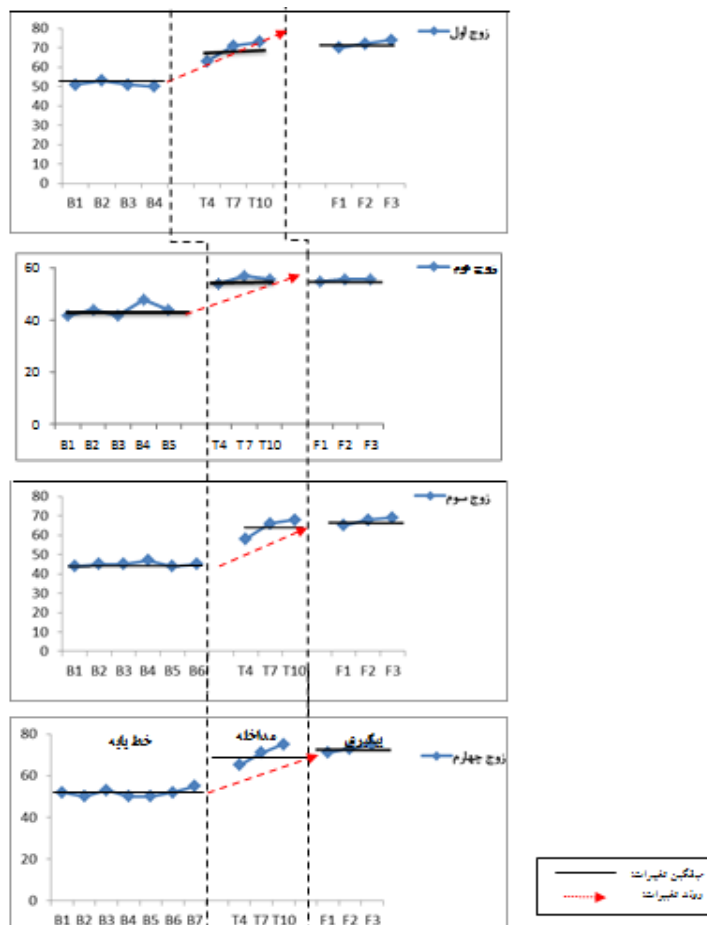
۵- ترسم نمودار



نمودار ۲. میانگین قیل از درمان و بعد از درمان

نمودار ۲ نشان می‌دهد، زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا زوج‌ها را در دامنه بهنجار قرار داده است. به این صورت که گروه زوج‌های آشفته با میانگین نمره ۷۸ در طیف بهنجار (از ۱ انحراف استاندارد پایین‌تر از میانگین گروه بهنجار به بالا) ۷۰ به بالا قرار گرفته‌اند، بنابراین درمان در متغیر پردازش بین فردی بر روی زوج‌های شرکت‌کننده اثرگذار بوده است.

^۱ - Marrs-Garcia, Nath, & Sheldrick



نمودار ۳. روند تغییر نمره‌های پرسشنامه نزدیکی رابطه در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود میانگین نزدیکی رابطه در پایان درمان برای زوج‌های اول ۶۹/۳۳، دوم ۵۵/۳۳، سوم ۶۴ و چهارم ۷۰/۳۳ و بعد از مرحله پی‌گیری برای زوج‌های اول ۷۱، دوم ۵۵/۵، سوم ۶۶/۵ و چهارم ۷۲ است و این بیانگر این است که درمان بر زوج‌ها اثر داشته است و رابطه زناشویی هر چهار زوج نسبت به قبل نزدیک‌تر و صمیمانه‌تر شده است. درصد افزایش در پایان درمان برای زوج‌های اول ۳۵/۲۸٪، دوم ۲۵/۷۵٪، سوم ۴۲/۲۲٪ و چهارم ۳۶/۰۱٪ و در پایان مراحل پی‌گیری برای زوج‌های اول ۳۸/۵۳٪، دوم ۲۶/۱۳٪، سوم ۴۷/۷۷٪ و چهارم ۳۹/۲۳٪ است و بر اساس طبقه بهبود بلانچارد (فرای ۲۵ درصد) معنادار است. در این متغیر بیش‌ترین تغییر مربوط به زوج سوم و چهارم است و درمان تأثیر کمتری بر زوج اول و دوم داشته است. شاخص‌های

تغییر پایا در پایان درمان برای زوج‌های اول $RCI=3/52$ ، دوم $RCI=2/20$ ، سوم $RCI=3/70$ و چهارم $RCI=3/62$ به دست آمده است که بیانگر تأثیر معنادار این روش درمانی بر افزایش پردازش بین فردی زوج‌ها می‌باشد. هم‌چنین، این شاخص‌ها در پایان مراحل پی‌گیری نسبت به مراحل درمان افزایش داشته‌اند. بر اساس درصد افزایش کلی متغیر نزدیکی رابطه در پایان درمان $(34/85)$ و در اتمام مراحل پی‌گیری $(37/91)$ می‌توان گفت درمان به دلیل قرار گرفتن در طبقه بهبود اندک بلانچارد (فراتر از 25) موفق بوده است (پوپن، 1989، به نقل از حمید پور، 1387). به عبارت دیگر، این میزان افزایش نشان می‌دهد صمیمیت و نزدیکی در بین زوج‌ها به واسطه درمان سیستمی - سازه‌گرا افزایش یافته است. هم‌چنین نمودار 3 نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های پرسشنامه نزدیکی رابطه چهار زوج در مرحله درمان نسبت به مرحله خط پایه افزایش داشته است. ضمن اینکه با توجه به پیشینه موجود در رابطه با رویکرد سیستمی - سازه‌گرا همان‌طور که در نمودار 3 (فلش‌های خط چین شده قرمز رنگ) نشان داده شده است، پیش بینی می‌شد تغییرات فزاینده و در جهت مثبت باشد که برای هر چهار زوج در متغیر نزدیکی رابطه نتایج به همین صورت بود.

به منظور تحلیل گروهی داده‌های به دست آمده با استفاده از فرمول مقایسه هنجاری برای بررسی تفاوت میانگین زوج‌های گروه بهنجار و زوج‌های گروه آشفته 5 گام زیر انجام شد؛ ضمن اینکه در متغیر نزدیکی رابطه برای محاسبه مقایسه هنجاری، میانگین (انحراف معیار) زوج‌های گروه بهنجار 70 (10)، زوج‌های گروه آشفته 65/07 (6/5)، تعداد زوج‌های گروه بهنجار 30 نفر و تعداد زوج‌های گروه آشفته 4 نفر و درجه آزادی $df=n_1+n_2-2=32$ بود.

1- تعیین طیف نزدیکی: طیف نزدیکی از 1 انحراف استاندارد پایین تر از میانگین گروه بهنجار به بالا (امتیاز 60 به بالا) تعیین شد و $\delta_2 = \infty$ و $\delta_1 = -10$.

2- معناداری بالینی

$$C.E.(df) = \frac{(M_N - M_C - \delta_1)}{SE_{N-C}}$$

$$SE_{N-C} = \left\{ \left[\frac{(n_N - 1)SD_N^2 + (n_C - 1)SD_C^2}{n_N + n_C - 2} \right] \left[\frac{1}{n_N} + \frac{1}{n_C} \right] \right\}^{\frac{1}{2}}$$

$$SE_{N-C} = \left\{ \left[\frac{(29)(10)^2 + (3)(6/5)^2}{32} \right] [0/28] \right\}^{\frac{1}{2}} = 5/14$$

$$t = \frac{70 - 65/07 - (-10)}{5/14} = 2/90$$

$$t_{(32)} = 2/90 > t$$

تحلیل نتایج نشان می‌دهد t از t (ب) جدول با درجه آزادی 32 بزرگتر است. بنابراین می‌توان گفت دو گروه در متغیر نزدیکی رابطه از نظر بالینی متفاوت نیستند و نتایج حاصل از درمان در

متغیر نزدیکی رابطه برای گروه آشفته با گروه بهنجار تفاوتی ندارد (فرض صفر آزمون بالینی: اختلاف بین میانگین‌ها در دامنه بهنجار قرار ندارد، فرض یک آزمون بالینی: اختلاف میانگین‌ها در دامنه بهنجار قرار دارد). ($t_{(p)} = 2/90$ ، $P > 0/05$ ، $t_{(p)} = 1/64$)

۳- معناداری آماری

$$\text{trad } t_{(32)} = \frac{(M_N - M_C)}{SE_{N-C}}$$

$$t = \frac{70 - 65/07}{5/14} = 0/96$$

$$t_{(32)} = 0/96 < t$$

نتایج تحلیل حاصل از معناداری آماری نشان می‌دهد t مشاهده شده کوچکتر از t جدول با ۳۲ درجه آزادی است. بنابراین می‌توان گفت زوج‌های درمان حاضر با زوج‌های عادی از نظر میزان نزدیکی رابطه تفاوت معناداری ندارند (فرض صفر معناداری آماری: میانگین گروه درمان شده و بهنجار یکسان است، فرض یک: میانگین گروه درمان شده و بهنجار یکسان نیست) ($t_{(p)} = 0/96$ ، $P < 0/05$).

۴- طبقه بندی و تفسیر

نتایج به دست آمده از این دو یافته را می‌توان در خانه شماره دو جدول ۳ گنجانند:

جدول ۳. طبقه بندی نتایج آزمون‌های معناداری آماری اثرات با استفاده از آزمون‌های یکسانی آماری و بالینی متغیر نزدیکی رابطه

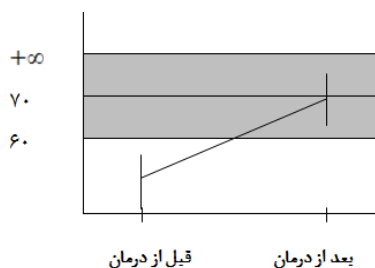
آزمون معناداری آماری

اثر غیر معنی‌دار اثر معنی‌دار

معنی‌دار	از نظر آماری متفاوت	از نظر بالینی یکسان‌اند
	از نظر بالینی یکسان	۱
آزمون یکسانی بالینی	متفاوت	یافته‌های مبهم و دو پهلو
غیر معنی‌دار	(از نظر بالینی تفاوت دارند)	(نیازمند توان بیشتر)
	۳	۴

در تفسیر این یافته می‌توان بیان کرد که زوج‌های آشفته شرکت‌کننده در مقایسه با زوج‌های بهنجار در متغیر نزدیکی رابطه از نظر بالینی و آماری تفاوتی ندارد و این بهترین نتیجه ممکن است.

۵- ترسیم نمودار



نمودار ۴. میانگین قبل از درمان و بعد از درمان

میانگین نمره زوجها در متغیر نزدیکی ارتباطی ۶۵/۰۷ است و همان‌طور که در نمودار ۴ نیز دیده می‌شود زوج‌درمانی بر روی زوج‌های شرکت‌کننده اثرگذار بوده و زوجها را بعد از درمان در دامنه بهنجار (از ۱ انحراف معیار پایین‌تر از میانگین گروه زوج‌های سالم به بالا) قرار داده است.

بحث و نتیجه‌گیری

اینگرام، هایس و اسکات^۱ (۲۰۰۰) به شش متغیر برای ارزیابی کارایی رویکردهای درمانی اشاره کرده‌اند. به منظور تبیین سؤال‌های پژوهش، در زیر از این مفاهیم استفاده شده است:

۱- میزان تغییر^۲: این مفهوم به دنبال پاسخ به این سؤال است که درمان تا چه اندازه توانسته است متغیرهای وابسته را افزایش دهد؟

سؤال اول این تحقیق این بود که آیا زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا می‌تواند بر افزایش پردازش بین فردی در زوج‌های آشفته تأثیر داشته باشد؟

چنان‌که از یافته‌های تحقیق پیداست زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا باعث افزایش پردازش بین فردی در زوج‌های شرکت‌کننده شد. نتایج نشان داد زوجها نسبت به مرحله خط پایه در مجموع ۳۵/۸۶٪ افزایش را در میزان پردازش بین فردی تجربه کرده‌اند که نشان از موفقیت درمان دارد و نتایج درمان در طبقه بندی بلانچارد در طبقه بهبود اندک قرار می‌گیرد. تحلیل گروهی داده‌ها نیز حکایت از آن داشت که پس از درمان این دسته از زوجها از لحاظ میزان پردازش بین فردی در طیف بهنجار قرار گرفته‌اند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌هایی مانند رید و همکاران (۲۰۰۶، ۲۰۰۸)، احمد (۲۰۱۲)، تالمان^۳ (۲۰۱۲)، دالتون (۲۰۰۵)، دیاکونسکو و رید (۲۰۰۵)، به نقل از میلر، (۲۰۰۸)

^۱ - Ingeram, Hayes & Scott

^۲ - magnitude of change

^۳ - Thalmann

و کاوالیره (۲۰۰۸) همخوان است. این محققان در تحقیقات مختلف نشان دادند که زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا موجب افزایش پردازش بین فردی می‌شود.

زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا برای تفکر و پرداختن به برهم‌کنش بسیاری از متغیرهای درون فردی، بین فردی و بافتی که بر یک ازدواج تأثیر می‌گذارند، شیوه‌ای ارائه می‌کند و موجب ایجاد زوج‌درمانی‌ای می‌شود که بیش‌تر پیچیدگی‌های یک ازدواج را مورد بررسی قرار می‌دهد (فرگوس^۱ و رید، ۲۰۰۱؛ رید و همکاران، ۲۰۰۶). در جلسات درمان تعدادی فنون درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که هرکدام در جهت افزایش بینش طرفین نسبت به خود، یکدیگر و رابطه، و به طور کلی تسریع پردازش بین فردی عمل می‌کنند؛ به این طریق که پردازش همسر از موقعیت‌ها را آرام‌تر می‌کنند، با تمایلات خودمحوارانه برای در نظر گرفتن رابطه فقط برحسب منافع شخصی مقابله می‌کنند و از زوجها می‌خواهند تا دیدگاه همسر خود را نیز در نظر بگیرند و درک کنند که رفتارها و واکنش‌های آنها چگونه تحت تأثیر پویای رابطه قرار می‌گیرد (احمد، ۲۰۱۲). به دنبال شکل‌گیری و یا افزایش پردازش بین فردی، زوجها از شیوه‌های ارتباطشان با یکدیگر از جمله نحوه حرف‌زدنشان با هم و تجربه‌ای که از یکدیگر دارند، یک آگاهی فرا-شناختی به دست می‌آورند؛ تا آنجایی که اغلب گزارش می‌کنند این آگاهی به تغییرهای اساسی در شیوه ارتباط، حل مسأله، مذاکره درباره تفاوت‌ها و آسایش و حمایت آنها از هم منجر می‌شود (دوئل، ۲۰۱۰).

در پژوهش کنونی نیز بعد از اجرای فنون و طی دست‌یابی به پردازش بین فردی، هر یک از طرفین رابطه به نقش خود در وقایع اتفاق افتاده بیش‌تر پی‌بردند و درک کردند که بهبود رابطه زناشویی مستلزم تغییر در نگرش‌ها و رفتارهای هر دو طرف رابطه است و مقصر دانستن طرف مقابل تنها موجب برآشفستگی وی و دامن زدن به مشکلات موجود در رابطه می‌شود. آنها دریافتند با تغییر در نگرش‌ها و برخی از اعمال خود می‌توانند به نوبه خود باعث به وجود آمدن آرامش در رابطه زناشویی‌شان شوند و همین شناخت به آنها این انگیزه را داد که سهم مؤثری در فرآیند درمان و بهبود رابطه زناشویی داشته باشند؛ چنانکه در زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا نیز اعتقاد بر آنست که وقتی این پردازش رخ می‌دهد، زوجها به تدریج واکنش‌های متفاوت‌تری به رابطه نشان می‌دهند. این اتفاق باعث همکاری شفاف‌تر و خود به خودی‌تر آنها در رابطه می‌شود که با احساس و تجربه هر کدام از زوجها از همانندسازی با رابطه همراه است (فرگوس و رید، ۲۰۰۱).

سؤال دوم این تحقیق این بود که آیا زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا می‌تواند بر افزایش نزدیکی رابطه در زوجها تأثیر داشته باشد؟

¹ - Fergus

یافته‌ها نشان داد که زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا باعث افزایش نزدیکی رابطه در زوج‌های شرکت‌کننده شده است. در این درمان زوج‌ها نسبت به مرحله خط پایه در مجموع ۳۴/۸۵٪ افزایش را در میزان ارتباط نزدیک و صمیمانه تجربه کردند. در حالی که زوج سوم و چهارم میزان تغییر بیش‌تری را نسبت به زوج دوم و سوم گزارش دادند، این مقدار تغییر برای همه زوج‌ها در طبقه بهبود اندک بلانچارد (تغییر بین ۲۵ تا ۴۹ درصد) قرار گرفت. تحلیل گروهی داده‌ها حکایت از آن داشت که پس از درمان این دسته از زوج‌ها در طیف بهنجار قرار گرفته‌اند. این یافته‌ها با نتایج برخی از پژوهش‌های انجام شده در سال‌های اخیر همسو است. رید و همکاران (۲۰۰۶، ۲۰۰۸)، احمد (۲۰۱۲)، دوئل (۲۰۱۰)، دالتون (۲۰۰۵) و کاولیره (۲۰۰۸) نشان دادند که زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر متغیرهای حوزه‌ی کیفیت زندگی زناشویی نظیر رضایت زناشویی، رابطه متقابل، نزدیکی رابطه و صمیمیت بین زوج‌ها تأثیر معناداری دارد.

افزایش نزدیکی و صمیمیت زوج‌ها در رابطه زناشویی، در طراحی فنون زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا مورد توجه نظریه‌پردازان این رویکرد قرار داشته است. توماس و فلشر^۱ (۲۰۰۳) معتقدند که اتخاذ دیدگاه (توانایی طرفین برای درک احساس‌ها، افکار و تجارب یکدیگر) که در فرآیند زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر کسب آن تأکید زیادی می‌شود، ارتباط قابل‌توجهی با درجه‌بندی زوج‌ها از میزان نزدیکی و صمیمیت و رضایت رابطه‌ای دارد. همچنین، این رویکرد درمانی از طریق کارکردن بر روی درک همدلانه با استفاده از فنونی مانند گوش‌سپاری برای درک موجب ایجاد ارتباط صمیمانه و نزدیک در زوج‌ها می‌شود (عشقی^۲، ۲۰۱۳). از طریق تکنیک گوش‌سپاری فعال برای درک، فرد گوش‌دهنده تلاش می‌کند درک شفاف‌تری از آنچه بیان می‌شود پیدا کند و به این وسیله به طور همزمان به گوینده کمک می‌کند معنای کلی منظور خود را صورت‌بندی کند؛ این امر به فرآیندی منجر می‌شود که در آن، هر فرد به حس متقابلی از صمیمیت، درک و نزدیکی با طرف مقابل دست پیدا می‌کند (کاولیره، ۲۰۰۸). هنگامی که رابطه صمیمانه و نزدیک‌تر شد زوج‌ها می‌توانند خود را به گونه‌ای مطلوب‌تر در روابط عرضه کنند و نیازهایشان را به نحوی مؤثرتر به همسر خود ابراز کنند (پاتریک، سلز، گیوردانو، و تولراد^۳، ۲۰۰۷)؛ این تغییرات در نهایت باعث افزایش رضایت زناشویی می‌گردد. چنانکه در تحقیق کنونی نیز علاوه بر میانگین نمره زوج در پرسشنامه نزدیکی رابطه، مشاهده و یادداشت‌برداری و در نهایت مقایسه برخورد زوج‌ها با یکدیگر در جلسات اول و آخر نشان داد که هر چهار زوج ارتباط نزدیک‌تری را نسبت به جلسه مصاحبه و جلسه اول درمان تجربه کردند. به عنوان نمونه، زوج سوم ابراز کردند که علی‌رغم مشکلاتی که

1 - Thomas & Fletcher

2 - Eshghi

3 - Patrick, Sells, Jjordano, & Tollerud

تاکنون در زندگی مشترک داشته‌اند اکنون زندگی‌شان را بهتر از سایر دوستانشان می‌دانند. هم-چنین کاربرد کلمات عاطفی در این زوج مشهودتر از جلسه اول درمان بود. ضمن اینکه مرد بیان کرد "دیگر همسرم را رقیب نمی‌دانم، بلکه تصور می‌کنم در کنار یکدیگر هستیم و تمام تلاش خود را برای رفاه زندگی‌مان می‌کنیم." و این همان "حس ما بودنی" است که زوج‌درمانی سیستمی-سازه‌گرا در درمان به دنبال دستیابی به آن است. حس ما بودن طرفین در زبانی که هنگام ارتباط با یکدیگر و رابطه‌شان به کار می‌برند هویدا می‌شود. افرادی که دارای حس ثابت ما بودن هستند بر اساس کلمه "ما" عمل می‌کنند که بر شناخت‌ها، عاطفه و رفتار آنها اثر می‌گذارد (احمد، ۲۰۱۲). فرگوس و رید (۲۰۰۱) معتقدند تکلیف اولیه درمانگران این رویکرد عبارت است از افزایش آگاهی زوج از رابطه. در این کار، درمانگر هدفش این است که زن و شوهر را در یک طرف نرده‌های رابطه قرار دهد و به این طریق حس ما بودن آنها را به عنوان یک زوج بیش‌تر کند و راه را برای کشف متقابل باز کند. هدفی که به نظر می‌آید با توجه به شواهد موجود در درمان کنونی به دست آمده باشد. چراکه علاوه بر زوج سوم، سه زوج دیگر خصوصاً زوج‌های اول و چهارم نیز علائمی مشابه را نشان دادند و بیش‌تر از کلمات جمع برای اشاره به رابطه زناشویی و زندگی مشترکشان استفاده می‌کردند.

۲- کلیت تغییر^۱ این مفهوم در پی پاسخ به این سؤال است که چند درصد از زوج‌ها تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟

الف: متغیر پردازش بین فردی

برای متغیر پردازش بین فردی نتایج نشان داد چهار زوج شرکت‌کننده در زوج‌درمانی سیستمی-سازه‌گرا در پایان درمان به ۳۵/۸۶ درصد بهبودی کلی دست یافته‌اند؛ این درصد در پایان دو مرحله پی‌گیری به ۴۱/۵۷٪ افزایش یافت. بررسی درصدهای بهبودی چهار زوج به صورت جدا نیز نشان می‌دهد همگی زوج‌ها در متغیر پردازش بین فردی به میزان بهبودی بالای ۲۵ درصد دست یافته‌اند.

ب: متغیر نزدیکی رابطه

هم‌چنین درصد افزایش نزدیکی رابطه برای زوج‌های شرکت‌کننده در پایان مراحل درمان ۳۴/۸۵٪ بود و در پایان مراحل پی‌گیری به ۳۷/۹۱٪ رسید. درصد افزایش در این متغیر برای همه زوج‌ها به صورت جداگانه نیز بالای ۲۵ درصد بود.

۳- عمومیت تغییر^۲ به این اشاره دارد که در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر اتفاق افتاده است؟

^۱ - universality of change

^۲ - generality of change

الف: متغیر پردازش بین فردی

به دلیل تاکید زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر کسب آگاهی بیش‌تر از خود، شریک و رابطه با استفاده از فنونی مانند گوش سپاری برای درک و سایر فنون‌ها انتظار می‌رفت روابط اجتماعی زوج‌های حاضر در درمان نیز تحت تأثیر این روند قرار گیرد. چنان‌که به عنوان نمونه زوج سوم اذعان کردند که به دلیل تقویت گوش سپاری، مرد در رابطه با همکاران و مراجعه‌کنندگان در محیط کار و نیز زن در رابطه با خانواده همسر با صبر بیش‌تری برخورد می‌کنند.

ب: نزدیکی رابطه

از جمله اهداف زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا افزایش صمیمیت و نزدیکی زوج‌ها است و تحقیق کنونی نیز بر این نتایج صحه گذاشت. به عنوان نمونه زوج سوم گزارش کردند که دلیل اینکه زن کنترل بیش‌تری بر خودش پیدا کرده است و به محض بروز اختلاف شروع به زنگ زدن به اطرافیان (اعضای خانواده) و نیز اداره مرد نمی‌کند، مرد خصوصاً در محیط کار از آرامش و امنیت بیش‌تری برخوردار است و رابطه‌شان بسیار نزدیک‌تر از قبل شده است.

۴- ثبات^۱ به این می‌پردازد که نتایج حاصل از درمان چقدر دوام داشته‌اند؟ پیگیری جلسات طراحی شده می‌توانند پاسخ مناسبی به این سؤال باشند که آیا درمان در دراز مدت اثربخشی خود را حفظ کرده است یا خیر.

الف: متغیر پردازش بین فردی

نتایج پی‌گیری‌ها نشان داد میانگین پردازش بین فردی هر چهار زوج نسبت به مراحل خط پایه و نیز پایان درمان افزایش داشته است و به تبع شاخص تغییر پایا نیز افزایش پیدا کرده است به گونه‌ای که در پایان مراحل پی‌گیری این شاخص‌ها افزایش داشته‌اند و برای زوج‌های اول $RCI=4/07$ ، دوم $RCI=2/32$ ، سوم $RCI=3/40$ و چهارم $RCI=3/83$ به دست آمده است.

ب: متغیر نزدیکی رابطه

نتایج پی‌گیری‌ها نشان داد میانگین نزدیکی رابطه هر چهار زوج نسبت به مراحل خط پایه و نیز پایان درمان افزایش داشته است و به تبع شاخص تغییر پایا نیز افزایش پیدا کرده است به گونه‌ای که این شاخص‌ها در پایان مراحل پی‌گیری افزایش داشته‌اند به گونه‌ای که این شاخص در پایان مراحل پی‌گیری برای زوج‌های اول $RCI=3/84$ ، دوم $RCI=2/24$ ، سوم $RCI=4/19$ و چهارم $RCI=3/95$ است.

۵- میزان پذیرش^۲ بیان می‌کند که تداوم مشارکت زوج‌ها در درمان به چه صورت بوده است و این‌که آیا زوجی بوده که فرآیند درمان را در اول و یا نیمه راه رها کرده باشد؟ در این طرح درمانی

¹ - stability

² - acceptability

به دلیل کسب رضایت آگاهانه‌ی زوجها، جهت شرکت در جلسات در بدو کار و دادن اطلاعات کامل در مورد طرح درمان و همچنین چگونگی برگزاری جلسه‌های درمانی و نحوه‌ی مشارکت در آن، زوجها به طور کامل در جلسه‌ها شرکت کردند. مهم‌تر از همه اینکه احتمالاً رضایت از فرآیند زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا توانست باعث ادامه درمان توسط زوجها شود چراکه همه زوجها با انگیزش کافی در جلسات درمان شرکت می‌کردند و در فرآیند درمان فعال بودند.

۶- ایمنی^۱ به این دغدغه پاسخ می‌دهد که آیا درمان باعث ایجاد تعارض و در نتیجه پیامدهای منفی در زوجها شده است؟ در پاسخ باید گفت که این درمان برای هر چهار زوج پیامدهایی مثبت داشت و توانست تعارض‌های آنها را کاهش داد؛ اگرچه این تغییر در زوج دوم معنادار نبود اما درمان باعث بروز تغییرات منفی در هیچ کدام از زوجها نشد.

از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر این است که در این روش آزمایشی، تعمیم نتایج به جمعیت‌های مشابه با محدودیت‌هایی روبه‌روست. بنابراین بر این اساس پیشنهاد می‌شود استفاده از فنون آموزشی نظیر گوش سپاری برای درک در مقابل گوش سپاری برای واکنش نشان دادن، که قابلیت کاربرد در گروه‌های کوچک درمانی را دارا هستند، در ایران نیز مورد بررسی قرار گیرند. با توجه به نتایج مثبتی که این تحقیق در مورد تأثیر زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر زوجها در فرهنگ ایرانی داشته است، پیشنهاد می‌شود که این رویکرد درمانی توسط متخصصان حوزه خانواده در درمان زوج‌های آشفته به کار گرفته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی این زوج درمانی بر سایر متغیرهای حوزه کیفیت زندگی زناشویی مورد بررسی قرار گیرد تا ابعاد کاربردی آن بهتر شناخته شود. به دلیل اینکه رویکرد سیستمی - سازه‌گرا، سازه‌های ذهنی مراجعان را مورد بررسی قرار می‌دهد و احتمالاً زوجها با پیشینه قومیتی متفاوت دارای سازه‌هایی کاملاً متفاوت هستند پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی این مورد مد نظر قرار گیرد و زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا با هدف اطمینان از کاربردی بودن در مورد قومیت‌های مختلف بر روی زوجها با پیشینه قومیتی متفاوت به کار گرفته شود.

¹ - safety

منابع

- حمیدپور، حسن (۱۳۸۷). اهمیت روش شناسی در پژوهش‌های رفتاری-شناختی. *بازتاب دانش*، ۳، ۵۶-۴۹.
- Ahmad, S. (2012). *Enhancing the quality of South Asian Marriages through Systemic-Constructivist Couple Therapy (SCCT): Investigating the role of Couple Identity in Marital Satisfaction*. dissertation submitted for Doctorate in Clinical Psychology, York University, Toronto, Canada.
- Alessandri, F. (2013). *Assessing associations among interpersonal closeness, fear of intimacy, secure attachment, and a maternally warm rearing style*. A Dissertation Submitted to the Degree of master of arts. The University of Mississippi.
- Aron, A., Aron, E. N., & Smollan, D. (1992). Inclusion of other in the self scale and the structure of interpersonal closeness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 596-612.
- Berscheid, E. (1999). The greening of relationship science. *American Psychologist*, 54, 4, 260-266.
- Cavaliere, C. (2008). *Listening to Understand as a Therapeutic Strategy for Enhancing Interpersonal Processing in an Intimate Relationship*. York University, Toronto, Ontario, Canada.
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2004). An attachment theory perspective on closeness and intimacy: Normative processes and individual differences. In D. Mashek & A. Aron (Eds.), *Handbook of Closeness and Intimacy* (pp. 163-187). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Dalton, J. (2005). *Increasing marital satisfaction in clinically distressed couples: The role of empathic accuracy and "we-ness."* Doctoral dissertation, York University, Toronto, Ontario, Canada.
- Dibble, J. L., Levine, T. L., & Sun Park, H. (2012). The Unidimensional Relationship Closeness Scale (URCS): Reliability and validity evidence for a new measure of relationship closeness. *Psychological Assessment*, 24, 3, 565-572.

- Doell, F. K. (2010). *Enhancing couples' communication through Systemic-Constructivist Couple Therapy: The relationship between marital listening and relationship quality*. Dissertation submitted for Doctorate in philosophy. York University. Canada.
- Eshghi, N. (2013). *Investigating the Effects of Systemic Constructivist Couple Therapy (SCCT)-Based Relationship Enhancement Workshops on the Relationship Satisfaction of Couples in the Community*. A Dissertation Submitted to the Degree of Master of Arts. York University
- Fergus, K. D., & Reid, D. W. (2001). The couple's mutual identity: A systemic constructivist approach to the integration of persons and systems. *Journal of Psychotherapy Integration, 11*, 385-410.
- Fletcher, G. (2002). *The new science of intimate relationships*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Ingram, R. E., Scott, W. D., & Hayes, A. (2000). Empirically supported treatments: A critical analysis. In C. R. Snyder & Q. R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of Psychological Change* (pp. 40-60). New York: Wiley.
- Johanson, B., & Cheristensen, L. (2008). *Educational research. Qualitative, quantitative, and mixed approaches*. SAGE Publications, 345.
- Kendal, P. C., & Grove, W. M. (1988). Normative comparison in outcome theory. *Behavioral Assessment, 10*, 147-158.
- Kendall, P. C., Marrs-Garcia, A., Nath, S. R., & Sheldrick, R. C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(3), 285.
- Kruger, K. (2005). Relationship and relational mutuality as predictors of well-being and six constructs of well-being. *A dissertation submitted to the degree of Doctor of Philosophy*. Tennessee State University. United States of America.
- Lahey, B., & Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: A new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological Review, 118*, 482-495.
- Miller, S. (2008). *Thinking and speaking in the third person: an extraction study of a technique from systemic-constructivist couple therapy*. Graduate program in psychology. York University.
- Niemeyer, H. (2013). An Interdisciplinary Approach to Romantic Relationships in Postmodern Society. *Social and Behavioral Sciences, 82*, 282-287.

- Patrick, S., Sells, J. N. Giordano, F. G. & Tollerud, T. R. (2007). Intimacy, differentiation, and personality variables as predictors of marital satisfaction. *The Family Journal*, 15, 359-367.
- Reid, D. W., Dalton, J., Laderoute, K., Doell, F., & Nguyen, T. (2006). Therapeutically induced changes in couple identity: The role of 'we-ness' and interpersonal processing in relationship satisfaction. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 132, 121-143.
- Reid, D. W., Doell, F., Dalton, J., & Ahmad, S. (2008). Systemic Constructivist Couple Therapy (SCCT): Description of approach, theoretical advances, and published longitudinal evidence. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45, 4, 477-490.
- Schneider, P., & Schneider, H. (1991). Mutuality in couple's therapy: Addressing the effects of sexism in the marital relationship. *The American Journal of Family Therapy*, 19, 2, 119-128.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38, 15-28.
- Thomas, G., & Fletcher, G. (2003). Mind-reading accuracy in intimate relationships: Assessing the roles of the relationship, the target and the judge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 1079-1094.
- Thalman, T. M. (2012). *The efficacy of the internalized partner SCCT technique on interpersonal processing: A randomized controlled trial*. A Dissertation Submitted to the Degree of Master of Arts. York University.
- Yew, A. (2012). *Satisfaction in Intimate Relationships: Investigating Attachment and Closeness Using a Mediation Model Interpersonal*. A dissertation submitted to the degree of Master of Arts. Simon Fraser University.