

اثربخشی زوج درمانی گروهی کوتاه مدت راه حل محور بر بهبود کیفیت روابط زناشویی زنان

محمد شاکرمی: کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. m_shakarami@yahoo.com

* رضا داورنیا: دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (*نویسنده مسئول). rezadavarniya@yahoo.com

کیانوش زهراکار: استادیار گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. dr_zahrakar@yahoo.com

رضوانه طلائیان: کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. tala_sad_66@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱/۸

تاریخ پذیرش: ۹۳/۵/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: درمان کوتاه مدت راه حل محور یکی از شاخه های رویکرد پست مدرن در حیطه خانواده درمانی و زوج درمانی است که با تمرکز بر یافتن راه حل ها به درمان مشکلات می پردازد. پژوهش حاضر با هدف مطالعه اثربخشی زوج درمانی گروهی کوتاه مدت راه حل محور بر بهبود کیفیت روابط زناشویی زنان انجام شد.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی و با بهره گیری از طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان متأهل مراجعه کننده به مرکز همیاران سلامت روان شهرستان بجنورد در سال ۱۳۹۲ بودند. ۳۰ نفر از زنان به شیوه در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک- راست (گریمس) (The Golombok-Rust Inventory of Marital State Questionnaire) بود که توسط شرکت کنندگان در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (یک ماهه) تکمیل شد. گروه آزمایش مداخله را به مدت ۷ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت نمودند اما برای گروه کنترل مداخله ای ارائه نگردید. برای تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS18 و روش های آمار توصیفی و تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده گردید.

یافته ها: نتایج آنالیز کواریانس نشان داد که زوج درمانی کوتاه مدت راه حل محور باعث بهبود کیفیت روابط زناشویی زنان گروه آزمایش شده و نتایج در دوره پیگیری نیز از ثبات لازم برخوردار بوده است.

نتیجه گیری: نتایج بیانگر این است که می توان از مداخله ی درمانی راه حل محور در جهت بهبود و ارتقاء کیفیت روابط زناشویی استفاده کرد.

کلیدواژه ها: زوج درمانی، درمان کوتاه مدت راه حل محور، کیفیت روابط زناشویی، زنان.

مقدمه

خانواده یکی از نهادهای اصلی در جامعه است. سلامت یک جامعه به سلامت خانواده های آن جامعه بستگی دارد و برای داشتن یک خانواده ی سالم، اعضای خانواده باید از سلامت روانی و روابط بین فردی مطلوبی برخوردار باشند (۱). اساس شکل گیری و رشد خانواده رابطه ی زوجین است. لازمه ی تقویت زندگی خانوادگی، ثبات و دوام آن و نوع نگرش و طرز تعامل زوجین با یکدیگر می باشد. اگر زن و شوهر همدیگر را باور داشته باشند و محبت بینشان وجود داشته باشد، کیفیت و ثبات زندگی شان رو به فزونی خواهد رفت. این گونه از ادراک بین فردی، برآمده از درک عاطفی و روانی

است و حاصل نقش های مهمی است که هر کدام از زوجین از همان شروع ازدواج بر عهده گرفته اند (۲).

مطالعه روابط زوج ها، به روشن شدن چهارچوب های ساختاری که روابط زوج ها در آن شکل می گیرد کمک می کند. یکی از ابعاد روابط زوج ها کیفیت روابط زناشویی است که نقش اساسی در کیفیت کلی ارتباطات خانوادگی دارد (۳). کیفیت روابط زناشویی (Marital Quality) عبارت است از اندازه گیری فردی احساس رضایت، خوشبختی و ثبات زناشویی در هر یک از زوجین (۴). از نظر Gong، کیفیت روابط زناشویی توافق نسبی زن و شوهر درباره موضوعات مهمی چون

پیامدهای روان‌شناختی مانند احساس خوشبختی (۱۲)، ارزش خود (۱۳)، رضایت از زندگی (۱۲)، اعتمادبه‌نفس (۱۴)، اثر منفی (۱۵)، آشفتگی‌های روانی (۱۶)، نشانه‌های افسرده ساز (۱۷)، افسردگی (۱۸) و سوءمصرف الکل (۱۹) پیوند خورده است. همچنین مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهد که کیفیت روابط زناشویی بر روی وضعیت سلامت جسمانی افراد (۲۰)، عود سکتی قلبی (۲۱)، سندرم متابولیک (۲۲) و میزان مرگ‌ومیر (۲۳) تأثیرگذار است. کیفیت روابط زناشویی برای زوجین از اهمیت بسزایی برخوردار است. می‌توان گفت کیفیت این روابط، رفاه، رضایت خاطر و خوشبختی را پیش‌بینی می‌کند (۲۴). مداخلات درمانی مختلفی با افرادی که دارای کیفیت روابط زناشویی پایینی هستند، صورت گرفته است. ایران عیسی نژاد، اعتمادی و احمدی اثربخشی غنی‌سازی روابط بر بهبود کیفیت روابط زناشویی زوجین (۲۵)؛ شاه سیاه اثربخشی آموزش جنسی بر بهبود کیفیت روابط زناشویی زوجین شهر اصفهان (۲۶) و یوسفی و سهرابی اثربخشی رویکردهای خانواده‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر بهبود کیفیت روابط زناشویی در مراجعان در آستانه طلاق (۲۷) را بررسی کردند. یکی از مداخلات درمانی مؤثر جهت بهبود کیفیت روابط زناشویی و ارتقاء رضایت زناشویی، درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور است. Stive de Shazer و همکارانش در مرکز خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت (Brief Family Therapy Center) در میلوآکی و ویسکانسین، پیشگامان رشد و توسعه‌ی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور بودند (۲۸). منشأ تاریخی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور کارهای روان‌پزشکی به نام Milton Erikson و نظریه‌ی سیستم‌های خانواده است (۲۹). درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور یک رویکرد غیر آسیب‌شناختی به درمان است که به‌جای تمرکز بر مشکلات و بیماری‌ها بر جنبه‌های مثبت و سالم زندگی تأکید می‌کند. بدین ترتیب درمانگران راه‌حل محور به‌جای توجه به کمبودها و ناتوانی‌ها، پایه‌ی اولیه‌ی کارشان را بر روی نیروها، منابع و توانایی‌های مراجع قرار می‌دهند (۳۰). برخلاف بسیاری از

همکاری در کارها و فعالیت‌های مشترک و ابراز محبت به یکدیگر است (۵). Gelan، کیفیت روابط زناشویی را فرایندی می‌داند که به‌وسیله‌ی میزان تعارضات، رضایت، صمیمیت زناشویی و توافق بر سر تصمیم‌گیری‌ها تعیین می‌شود (۶).

بر اساس نظام تبادلات اجتماعی، کیفیت روابط زناشویی به پیامدهای درک شده از روابط زناشویی اشاره دارد که این پیامدها به‌نوبه‌ی خود نتایج پاداش منهای هزینه در درون ازدواج هستند. این نتایج شامل عوامل متعددی مانند تعارض زناشویی، سازگاری زناشویی، خوشبختی و رضایت زناشویی است. بدین ترتیب، کیفیت روابط زناشویی یک مفهوم چندبعدی است که منعکس‌کننده‌ی پیچیدگی بی‌نظیری از روابط زناشویی می‌باشد (۷). به‌طور کلی به احساس و نظر کلی زوجین نسبت به رابطه‌شان، کیفیت روابط زناشویی گفته می‌شود (۸).

کیفیت روابط زناشویی در روند زندگی مانند یک منحنی U شکل ترسیم شده است. طبق این منحنی کیفیت رابطه تا دوره‌ی میان‌سالی کاهش می‌یابد، سپس در معرض یک بهبود ناگهانی قرار گرفته و در اواخر زندگی افزایش پیدا می‌کند (۹). عوامل مختلفی بر روی کیفیت روابط زناشویی تأثیر می‌گذارند، مانند (۱) عوامل شخصی: جنسیت، سلامتی، تربیت خانوادگی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، شغل، نگرش نسبت به ازدواج و طلاق و رابطه‌ی قبل از ازدواج. (۲) عوامل ارتباطی: مدت ازدواج، تعاملات متقابل، رابطه‌ی قبل از ازدواج، حضور فرزندان، تقسیم وظایف و کیفیت روابط زناشویی بین همسران. و (۳) عوامل بیرونی: ویژگی‌های والدین، طلاق والدین، سایر افراد مهم در زندگی فرد و اتفاقات استرس‌زا (۱۰). کیفیت روابط زناشویی با ردیفی از متغیرها مانند اشتغال، سبک‌شناختی و ادراکی، بها و هزینه‌های رابطه، رویدادهای زندگی و عشق و دوست داشتن مرتبط است (۱۱).

اثرات بالقوه‌ای که کیفیت روابط زناشویی بر روی سطوح فردی سلامت روانی و جسمی دارد، دلیل قانع‌کننده‌ای برای مطالعه روی این متغیر است. کیفیت روابط زناشویی با تعدادی از

موقعیت‌های مختلفی از جمله زوج‌درمانی (۳۸)، خانواده‌درمانی (۳۹)، درمان مراجعان با نقص ذهنی (۴۰)، درمان سوءاستفاده جنسی (۴۱) و درمان اسکیزوفرنی مزمن (۴۲) به کار رفته و نتایج سودمندی حاصل کرده است. همچنین نتایج رضایت بخشی را در درمان مراجعان با مشکلاتی مانند مسائل تحصیلی، خشونت زناشویی، اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر و الکل، انواع مختلف اختلال افسردگی، اختلال اضطراب و اختلال سازگاری به دست آورده است (۴۳). مطالعه‌هایی که در مرکز خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت در میلوواکی صورت گرفته، دامنه موفقیت را از ۰/۷۲ تا ۰/۸۰ در درمان مشکلات مراجعان گزارش می‌کنند (۴۴).

Zimmerman و همکاران در مطالعه‌ای اثربخشی زوج‌درمانی گروهی راه‌حل محور برافزایش سازگاری و بهبود وضعیت زناشویی را بررسی کردند و نشان دادند که زوج‌درمانی راه‌حل محور در افزایش سازگاری زناشویی و بهبود وضعیت زناشویی مؤثر است (۴۵). Kelley و Nelson در پژوهش خود نشان دادند که درمان گروهی راه‌حل محور در کاهش تعارضات زناشویی مؤثر است (۴۶). Russell اثربخشی درمان راه‌حل محور بر سازگاری زناشویی را مورد بررسی قرار داده است. تحلیل‌های آماری بر روی داده‌ها نشان داد که این نوع درمان هر چهار مؤلفه‌ی مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر یعنی رضایت زناشویی، همبستگی، توافق و ابراز محبت را به‌طور معنی‌داری افزایش می‌دهد (۴۷). نظری و گلی در پژوهشی با عنوان تأثیر روان‌درمانی راه‌حل محور بر رضایت زناشویی زوجین هر دو شاغل، نشان دادند که روان‌درمانی راه‌حل محور می‌تواند پرخاشگری و مشکلات جنسی زوجها را کاهش داده و باعث بهبود زمان باهم بودن و توافق درباره مسائل مالی شود (۴۸).

با توجه به اهمیت کیفیت روابط زناشویی به‌عنوان یکی از سازه‌های مهم زندگی زناشویی که تأثیرات عمیقی را بر روی سیستم زوجی می‌گذارد و با عنایت به اینکه کیفیت زناشویی بالا، سازگاری، رضایت و خوشبختی زناشویی را برای زوجها به همراه دارد و بالعکس کیفیت زناشویی پایین،

رویکردهای بالینی بینش محور، در رویکرد راه‌حل محور مراجعان بر اهداف برجسته، قابل‌دسترسی، ملموس و قابل اندازه‌گیری تمرکز دارند. در این رویکرد کنکاش درباره‌ی گذشته و گله و شکایت به‌عنوان موانعی برای فرایند درمانی شناخته شده است (۳۱).

اساساً درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر این فرض استوار است که درک مراجعان از مشکلاتشان و راه‌حل‌های ممکن را تغییر دهند. رویکرد کوتاه‌مدت راه‌حل محور این تغییر را از طریق صحبت با مراجعان و اینکه چگونه مسائلشان را حل کنند، به وجود می‌آورد (۳۲). یکی از اصول مهم این درمان این است که مراجع نسبت به راه‌حل‌های موجود فعلی، شناخت پیدا کند. شناختی که قابلیت تبدیل به واقعیت اجتماعی و راه‌حل‌های جدیدتر را دارا می‌باشد (۳۳). سه تفکر اساسی، درمان راه‌حل محور را هدایت می‌کند (۱) اگر چیزی نشکسته است، آن را ترمیم نکنید؛ (۲) به‌محض اینکه دانستید چه کاری مؤثر است، آن را بیشتر انجام دهید؛ (۳) اگر کاری مؤثر نیست، آن را دوباره انجام ندهید، کار متفاوتی انجام دهید (۳۴). این شیوه‌ی درمانی قصد دارد به مراجع کمک کند تا او بتواند یک روش جدید معاشرت برای همکاری با درمانگر را خلق کند (۳۵).

درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور هر مراجع را به‌عنوان یک فرد خود رهبر و آماده محسوب می‌کند. فردی که امتیازات درونی و ویژگی‌های منحصر به فردی را دارا می‌باشد. این تفاوت‌ها باعث می‌شود هر مراجع بتواند برای یافتن راه‌حل‌های ویژه‌ی خود اقدام کند (۳۶). ملاک حل مشکل در درمان راه‌حل محور زمانی است که یا مشکل کاملاً برطرف شده است و یا پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای بر اساس اهداف تعیین شده، حاصل شده باشد. فرایند درمان راه‌حل محور معمولاً شامل پنج مرحله است: (۱) مشخص کردن مشکل و هدف (۲) شناسایی و افزایش استثناات (۳) مداخلات یا وظایف طراحی شده برای شناسایی و افزایش استثناات (۴) ارزیابی تأثیرات مداخلات (۵) ارزیابی دوباره‌ی مشکل و هدف (۳۷).

رویکرد راه‌حل محور در مورد جمعیت‌ها و

سیستم زوجی را با خطر مواجه می‌سازد و عملکرد سیستم خانواده را به شکل نامطلوبی تحت تأثیر قرار می‌دهد و با توجه به مطالبی که در مورد کارآیی رویکرد راه‌حل محور در درمان مشکلات زناشویی و بالینی مختلف بیان گردید و از آنجا که تاکنون پژوهش‌های مداخله‌ای اندکی پیرامون متغیر کیفیت روابط زناشویی انجام گرفته و با توجه به جستجوهای انجام گرفته تاکنون پژوهشی به بررسی تأثیر این مداخله درمانی بر کیفیت روابط زناشویی نپرداخته است، لذا پژوهش حاضر با هدف مطالعه اثربخشی زوج‌درمانی گروهی کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر بهبود کیفیت روابط زناشویی زنان انجام گرفت.

روش کار

روش پژوهش نیمه آزمایشی و با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش مشتمل بر کلیه زنانی بودند که جهت حل مشکلات و تعارضات زناشویی به مرکز همیاران سلامت روان شهرستان بجنورد تحت نظارت سازمان بهزیستی خراسان شمالی در نیمه اول سال ۱۳۹۲ مراجعه نموده‌اند. در این پژوهش از شیوه نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین ترتیب که پس از اعلام فراخوان از بین داوطلبانی که خواهان حضور در طرح زوج‌درمانی و واجد شرایط شرکت در جلسات بودند، ۳۰ زن که بیشترین نمرات را در پرسشنامه وضعیت زناشویی کسب کرده بودند و وضعیت زناشویی وخیم‌تری داشتند، انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هرکدام ۱۵ نفر) کاربندی شدند. شرایط ورود به گروه نیز شامل متأهل بودن و داشتن حداقل ۵ سال سابقه زندگی مشترک، دامنه سنی ۳۵ تا ۵۰ سال، متقاضی طلاق نبودن، تعهد جهت حضور در تمامی جلسات تا پایان درمان و عدم دریافت خدمات مشاوره فردی در طول شرکت در جلسات زوج‌درمانی بود. مصرف داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردان، مصرف هر نوع داروی آرام‌بخش، الکل و مواد مخدر و داشتن سابقه بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی نیز موارد خروج افراد

از مطالعه در نظر گرفته شد.

برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که جلسات درمانی هم به جهت کمک به آن‌ها برای بهبود روابط با همسرشان و هم به جهت انجام یک کار پژوهشی است. بدین ترتیب موضوع اخذ رضایت آگاهانه مطرح گردید و تمامی آزمودنی‌ها اعلام نمودند که با رضایت کامل وارد فرایند پژوهش خواهند شد. پس از تکمیل پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک - راست (گریمس) (The Golombok-Rust Inventory of Marital State (GRIMS)) به‌عنوان پیش‌آزمون توسط دو گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایش به مدت ۷ جلسه ۱/۵ ساعته از نیمه دوم تیر ماه ۱۳۹۲ لغایت نیمه دوم شهریور ماه ۱۳۹۲ هفته‌ای یک جلسه به شیوه گروهی تحت مداخله زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور قرار گرفتند و فنون رویکرد زوج‌درمانی راه‌حل محور به‌صورت گام‌به‌گام و از طریق تکالیف هفتگی و تمرینات منظم توسط درمانگر ارائه شد، اما گروه کنترل تا پایان فرایند پژوهش هیچ‌گونه مداخله‌ی درمانی دریافت نکردند و در لیست انتظار برای دوره‌های درمانی بعدی قرار گرفتند. پروتکل جلسات درمانی در این پژوهش برگرفته از مدل زوج‌درمانی زیمرمن و همکاران و مدل گروه‌درمانی نظری بود. (۴۵، ۴۹). پس از پایان جلسات درمانی مجدداً دو گروه به‌وسیله پرسشنامه وضعیت زناشویی مورد سنجش قرار گرفتند و یک ماه پس از آخرین جلسه درمان با تماس با آزمودنی‌ها از آن‌ها جهت انجام پیگیری دعوت به‌عمل آمد. پس از پایان مرحله پیگیری به جهت ملاحظات اخلاقی در پژوهش برای گروه گواه کارگاه روان‌درمانی راه‌حل محور به مدت یک روز برگزار گردید. محتوای جلسات درمانی نیز به تفکیک جلسات شامل موارد زیر بود:

جلسه اول: هدف: اجرای پیش‌آزمون، آشنایی گروه باهم و با درمانگر گروه، بیان قواعد گروه و تعیین چهارچوب‌ها و بیان اصول کلی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور. **تکلیف:** شرکت‌کنندگان موظف شدند برای جلسه بعد هدف‌های مورد نظر خود را از شرکت در جلسات نوشته و به گروه بیاورند. این اهداف باید متمرکز به تغییراتی باشد

شکایت کند و وقتی ۱۰ دقیقه تمام شد شخص دیگر ۱۰ دقیقه شکایت کند و سپس نتیجه را به جلسه بعدی بیاورند.

جلسه هفتم: جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و تعیین اینکه آیا اعضا به اهداف خود دست یافته‌اند؟ اجرای پس‌آزمون و هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده.

لازم به ذکر است که برای بررسی همسان بودن آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای سن و مدت ازدواج از آزمون T برای دو گروه مستقل و برای بررسی همسان بودن دو گروه در متغیر تحصیلات از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف دونمونه‌ای استفاده شده است.

در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده گردید:

پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوگ-راست (گریمس): این پرسشنامه توسط راست و همکاران در سال ۱۹۸۸ ساخته شده و برای ارزیابی کیفیت زندگی زناشویی به کار می‌رود. این پرسشنامه ارزیابی کلی فرد از زندگی زناشویی خویش را نشان می‌دهد. در پرسشنامه گریمس در مقابل هر جمله ۴ گزینه قرار دارد: (کاملاً مخالف، مخالف، موافق و کاملاً موافق). پاسخگو با توجه به وضعیت زناشویی خودش یکی از این ۴ گزینه را انتخاب می‌کند. گزینه‌ها بین صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند و بنابراین نمره کل بین صفر تا ۸۴ می‌تواند باشد؛ نمره بالا نشانه وخیم‌تر بودن وضعیت زناشویی است. در نمره‌گذاری هر جمله، مثبت و منفی بودن محتوای جملات برای وضعیت زناشویی در نظر گرفته می‌شود. از لحاظ روایی این پرسشنامه با نظریه فینچام و برادبوری در مورد کیفیت زناشویی همسو است. روایی این پرسشنامه با ۲۴ زوج سنجیده شده است که همبستگی میان بهبودی زوجها و مقیاس درمانگر ۰/۹۱ بوده است. پژوهش عیسی نژاد نتایج همبستگی این پرسشنامه را با پرسشنامه سازگاری زناشویی باسبی، کران، لارسن و کریستنسن که به منظور ارزیابی کیفیت روابط زناشویی بر اساس نظریه لیوایز و اسپانیر در مورد کیفیت زناشویی ساخته شده است، به میزان ۰/۶۷ نشان داده است.

که در گروه ایجاد خواهند شد.

جلسه دوم: هدف: کمک به شرکت‌کنندگان تا بتوانند هدف‌های خود را به صورتی مثبت، معین، ملموس و قابل اندازه‌گیری تدوین کنند. **تکلیف:** از شرکت‌کنندگان درخواست شد برای جلسه بعد انتظارات و هدف‌های دیگری را که از همسر، خود و زندگی‌شان دارند به صورتی مثبت، دقیق، ملموس و قابل اندازه‌گیری نوشته و به جلسه آینده بیاورند.

جلسه سوم: هدف: کمک به شرکت‌کنندگان دریابند که از یک واقعه تعبیر متفاوتی در خانواده وجود دارد و بتوانند تلقی خود از مشکلات پیش آمده را به شکل مفیدتر تغییر دهند. کمک به آنها تا به قابلیت‌ها و منابع خود پی برده و بتوانند یکدیگر را تحسین کنند. **تکلیف:** از اعضای گروه درخواست شد که در طول هفته جاری به هیچ‌وجه از همسر خود ایراد نگیرند و در عوض هر و کار فعالیت مثبتی که از همسرشان می‌بینند را مورد تحسین و قدردانی قرار دهند و گزارش آن را به جلسه بیاورند.

جلسه چهارم: هدف: کمک به شرکت‌کنندگان تا استثنائات مثبت در زندگی با همسر خود را تشخیص داده و بر این اساس در آنها امید ایجاد شده و بتوانند حوزه مشکلات خود را کاهش دهند. **تکلیف:** از شرکت‌کنندگان درخواست شد که به سوالات مطرح شده بیشتر فکر کنند و لحظات استثنائی مثبت در زندگی‌شان را تشخیص داده و به جلسه بعد بیاورند.

جلسه پنجم: هدف: بر هم زدن الگوهای رفتاری مختلی که شرکت‌کنندگان طراحی کرده‌اند با استفاده از پرسش معجزه‌آسا.

تکلیف: از شرکت‌کنندگان درخواست شد درباره سؤال مطرح شده در منزل فکر کنند و پاسخ‌ها را برای جلسه بعد بیاورند.

جلسه ششم: هدف: کمک به اعضا برای اینکه راه‌های دیگری برای تفکر، احساس و رفتار به جای آنچه الان انجام می‌دهند را پیدا کرده و احساسات جدیدی را تجربه کنند با استفاده از واژه مهم به جای. **تکلیف:** از شرکت‌کنندگان درخواست شد که هر روز در ساعتی مشخص سکه‌ای را به هوا پرتاب کرده و شخص برنده ۱۰ دقیقه از همسرش

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات متغیر کیفیت روابط زناشویی را به تفکیک گروه‌ها و مراحل نشان می‌دهد.

برای انجام آزمون تحلیل کواریانس ابتدا باید پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون بررسی گردد. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که توزیع نمرات پیش‌آزمون ($Z=0/945$ و $p>0/05$)، پس‌آزمون ($Z=1/06$ ، $p>0/05$) و پیگیری ($Z=1/03$ ، $p>0/05$) نرمال می‌باشد. برای بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لون استفاده گردید که با توجه به عدم معناداری آزمون لون برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p>0/05$) می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها نیز برقرار می‌باشد. جهت بررسی فقدان اثر متقابل بین گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون، پیش‌فرض یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد و با توجه به نتایج حاصل این فرض نیز مورد تأیید قرار گرفت ($F_{2,27}=1/715$ ، $p>0/05$)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بین گروه‌ها و پیش‌آزمون تعاملی وجود ندارد. با توجه به تأیید شدن پیش‌فرض‌های مذکور، انجام تحلیل کواریانس بلامانع است.

با توجه به نتایج تحلیل کواریانس که در جدول ۳ آمده است، معناداری مقدار $F(17/03)$ و $F(0/01)$ نشان می‌دهد که اثر گروه معنی‌دار است، بدین معنا که پس از محاسبه اثر پیش‌آزمون، تفاوت دو گروه در میزان کیفیت روابط زناشویی معنادار است. همچنین با توجه به

پرسشنامه همچنين به مداخلات غنی‌سازی حساس بوده که نشان دهنده روایی سازه‌ای و ملاکی پرسشنامه می‌باشد. پژوهش عیسی نژاد و همکاران پایایی این پرسشنامه را به شیوه آلفای کرونباخ $0/89$ نشان داده است (۲۷). بشارت نیز پایایی این پرسشنامه را به شیوه آلفای کرونباخ $0/93$ و به شیوه بازآزمایی پس از دو هفته $0/94$ برآورد کرده است (۵۰). در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی پرسشنامه با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ $0/86$ به دست آمد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ انجام شد. در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه $38/5 \pm 5/80$ و مدت تأهل آنان $14/2 \pm 5/92$ بود. از نظر تحصیلات ۲۰٪ (۶ نفر) آزمودنی‌ها مدرک ابتدایی، ۳۶/۶٪ (۱۱ نفر) راهنمایی، ۲۶/۶٪ (۸ نفر) دیپلم و ۱۶/۸٪ (۵ نفر) کاردانی داشتند.

بر اساس مقادیر نمایش داده شده در جدول ۱، عدم معناداری آزمون T و آزمون کولموگروف-اسمیرنوف دو نمونه‌ای ($p<0/05$) نشان می‌دهد که میان متغیرهای سن، مدت ازدواج و تحصیلات دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود نداشته است و بنابراین اثر این متغیرها در درمان برای هر دو گروه یکسان می‌باشد و در نتیجه نمی‌توانند نتایج درمان را تحت تأثیر قرار بدهند.

جدول ۱- نتایج آزمونهای T و کولموگروف-اسمیرنوف دو نمونه‌ای

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	آماره T	درجه آزادی	سطح معناداری
سن	آزمایش	۱۵	۳۷/۹۳	۵/۵۲	-۰/۵۶	۲۸	۰/۵۸
	کنترل	۱۵	۳۹/۱۳	۶/۱۹			
مدت ازدواج	آزمایش	۱۵	۱۳/۶۷	۶/۱۷	-۰/۵۱	۲۸	۰/۶۰
	کنترل	۱۵	۱۴/۸۰	۵/۸۲			
تحصیلات	گروه ابتدایی	۳	۶	۴	کاردانی	آماره Z	سطح معناداری
	آزمایش	۳	۶	۴	۲	۰/۱۸۳	۱
	کنترل	۳	۵	۴	۳		

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت روابط زناشویی دو گروه آزمایش و کنترل

مطالعه پیگیری	پس آزمون		پیش آزمون		گروه آزمایش	گروه کنترل
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
انحراف استاندارد	۰/۸۲	۳۵/۶	۱/۱۸	۳۴/۵	۱/۳۵	۴۳/۸
	۱/۲۸	۴۳/۷	۱/۳۸	۴۳/۲	۱/۱۲	۴۳/۴

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس یک راهه (ANCOVA) جهت بررسی اثر آزمون و پیگیری در متغیر کیفیت روابط زناشویی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمون F	سطح معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
اثر پیش آزمون	۲۸۶/۸۸	۱	۲۸۶/۸۸	۱/۷۰۳	۰/۱۹۳	۰/۰۶	
اثر گروه	۲۸۷۱/۸۳	۱	۲۸۷۱/۸۳	۱۷/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۸۷
خطا	۴۳/۷۸	۲۷	۱۶۸/۶۲				
اثر پیگیری	۲۹۶۱/۳۴	۱	۲۹۶۱/۳۴	۹/۲۱	۰/۰۰۸	۰/۴۳	۰/۸۵
خطا	۳۲۱/۵۰۷	۲۷					

نظر متغیرهای سن، مدت تأهل و میزان تحصیلات حاکی از آن بود که دو گروه از نظر این عوامل همتا هستند و بنابراین تأثیر این متغیرها در دو گروه مداخله و شاهد یکسان بوده است. همچنین یافته‌های پژوهش بیانگر این بود که زوج‌درمانی گروهی کوتاه‌مدت راه‌حل محور باعث بهبود کیفیت روابط زناشویی زنان گروه مداخله در مرحله پس‌آزمون شده است و بین زنانی که مداخله درمانی برای آن‌ها ارائه شده و زنانی که درمان را دریافت نکرده‌اند، از لحاظ کیفیت روابط زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که پس از گذشت یک ماه از اتمام جلسات درمانی و در مرحله پیگیری نیز اثر مداخله از ثبات لازم برخوردار بوده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های تحقیقات Stewart که حاکی از آن است که زوج‌درمانی راه‌حل محور در افزایش رضایت از رابطه، بهبود مهارت‌های ارتباطی و کارکردهای فردی زوجین مؤثر است (۵۱)؛ Mudd که در پژوهش خود نشان داد که درمان راه‌حل محور مهارت‌های ارتباطی زوجین را افزایش می‌دهد (۵۲)؛ Eakes و همکاران که در پژوهش خود نشان دادند که درمان راه‌حل محور باعث تغییر نگرش زوجین نسبت به موقعیت‌های دشوار می‌گردد و در زوجین دید مثبت‌تری را نسبت به مسائل ایجاد می‌کند و توانمندی‌های آن‌ها را برای مقابله با مشکلات و دشواری‌ها بالا می‌برد (۵۳)؛

نتایج جدول ۲ میانگین نمرات کیفیت روابط زناشویی گروه آزمایش از گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کمتر است که نشان از اثر الگوی درمانی در بهبود کیفیت روابط زناشویی دارد. همچنین مقادیر نمایش داده شده در جدول ۳ نشان می‌دهد که در مرحله پیگیری با کنترل پیش‌آزمون کیفیت روابط زناشویی گروه آزمایش و گروه کنترل، از لحاظ کیفیت روابط زناشویی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($F=9/21$ و $p < 0/01$). بدین ترتیب فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد، به عبارت دیگر زوج‌درمانی گروهی کوتاه‌مدت راه‌حل محور به‌طور معناداری باعث بهبود کیفیت روابط زناشویی زنان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده است. میزان تأثیر زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور در مرحله پس‌آزمون ۴۶ درصد بوده است؛ یعنی ۴۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون متغیر کیفیت روابط زناشویی مربوط به تأثیر مداخله درمانی (عضویت گروهی) می‌باشد. توان آماری ۰/۸۷ و ۰/۸۵ در مرحله پس‌آزمون و پیگیری حاکی از دقت آماری قابل قبول است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش اثربخشی زوج‌درمانی گروهی کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر بهبود کیفیت روابط زناشویی زنان بررسی شد. نتایج مقایسه دو گروه از

بوده که شما و همسرتان از یکدیگر لذت برده‌اید؟
فرم سؤالات استثنا می‌رساند که همیشه استثنائی
وجود دارد (۴۷).

در زوج‌درمانی راه‌حل محور زوج‌ها تشویق
می‌شوند تا بیشتر کارهایی را که در زمان‌های
مثبت نسبت به زمان‌های منفی انجام می‌دادند،
انجام دهند. استثنائات می‌توانند حتی از بحث‌های
زوج‌ها تشخیص داده شوند و استخراج گردند. از
زوج‌هایی که در تشخیص استثنائات جاری
مشکلاتی دارند، خواسته می‌شود به یاد بیاورند که
در گذشته چه کاری انجام می‌دادند که باعث
رضایت زناشویی آن‌ها می‌شده و سپس همان
رفتارها و فعالیت‌هایی که یک‌بار انجام داده‌اند را
دوباره برقرار کنند (۶۱). سؤالات معجزه‌آسا نیز
یکی از سؤالات مداخله‌ای درمانگران راه‌حل محور
است. سؤال معجزه‌آسا به منظور هدایت مراجع به
سمت توصیف موضوعات برجسته در حال و برای
ترسیم آینده‌ای بدون مشکل، به کار گرفته
می‌شود. سؤالات معجزه‌آسا به مراجعان کمک
می‌کند تا بتوانند مواد لازم برای متفاوت بودن را
استخراج کنند. پرسش معجزه‌آسا به مراجعان
کمک می‌کند تا بتوانند موضوعات جدیدی را
کشف کنند و نیز بتوانند تفاوت‌های رفتاری را
به‌صورت شناختی در خود و دیگران شرح دهند
(۳۲). درمانگر راه‌حل محور از مراجع سؤال
می‌پرسد اگر امروز یک معجزه اتفاق بیافتد و
مشکل تو حل شود چه کار متفاوتی انجام خواهی
داد؟ چطور تشخیص می‌دهی که مشکلت حل
شده است؟ استفاده از این‌گونه سؤالات به مراجعان
برای یافتن راهی متفاوت برای نگاه کردن به
مسائلشان کمک می‌کند و می‌تواند گام مهمی در
فرایند تغییر باشد (۶۲).

درمانگران راه‌حل محور از سؤالات درجه‌بندی
نیز در فرایند درمان استفاده می‌کنند. از سؤالات
درجه‌بندی برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت
مراجعان در طول جلسات درمانی استفاده می‌شود.
سؤالات درجه‌بندی از مراجعان می‌خواهد که
وضعیت یا هدف خود را با مقیاس‌های ۱ تا ۱۰
رتبه‌بندی کنند. این سؤال برای کمک به مراجعان
مفید است و به آن‌ها کمک می‌کند تا جنبه‌های

داورنیا که در پژوهش خود نتیجه گرفت
زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور فرسودگی
زناشویی و ابعاد آن را در زوجین کاهش داده است
(۵۴) و عطاری، محمدی و مهرابی‌زاده هنرمند که
بیان کردند درمان راه‌حل محور باعث افزایش
سازگاری زناشویی زوجین شده است (۵۵)
همخوان می‌باشد. همچنین یافته‌ها با نتایج
پژوهش‌های Zimmerman و همکاران (۴۵)،
Russell (۴۷) و Johnson و همکاران (۵۶)،
Christiansen (۵۷) و Odell و همکاران (۵۸)
همسو و در تائید آن‌ها می‌باشد.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت،
درمان راه‌حل محور از اندوخته‌ها و توانایی‌های
خود مراجعان در فرایند تغییر استفاده می‌کند و
این کار تصویری از امید را در مراجعان ایجاد
می‌کند. درمانگران راه‌حل محور حس خودکفایی و
خودمختاری را در مراجعان تقویت می‌کنند. آن‌ها
این کار را از طریق تواناسازی مراجعان در خلق
راه‌حل‌ها و ساختار دادن به این راه‌حل‌ها انجام
می‌دهند (۵۹). درمانگران راه‌حل محور معتقدند
که مشکلات زوجی به‌وسیله روشی که زوج برای
حل آن‌ها بکار می‌برند، باقی می‌مانند و بدتر
می‌شوند. زوج‌درمانی راه‌حل محور مهارت‌های حل
مشکلات را در هنگام لزوم استفاده به یاد زوجین
می‌آورد، آن‌ها را قادر می‌سازد تا چرخه نامعیوب
مشکل را نابود کنند و راه‌حل‌های طولانی‌مدت را
توسعه دهند. تغییر یکی از زوجین موجب تغییر
افراد دیگر در سیستم می‌شود (۶۰).

شناسایی، تعیین، استخراج و تقویت استثنائات
توسط مراجعان در مورد مشکلات، یکی از عوامل
مهم تغییر در زوج‌درمانی راه‌حل محور است. در
رویکرد راه‌حل محور، شناسایی استثنائات همراهی
مراجع را در جهت مثبت تا انتهای فرایند درمان
حفظ می‌کند. همان‌طور که دیشیزر توضیح داده
برای مراجعان، اولین چیزی که به نظرشان می‌آید،
خود مشکل است درحالی‌که برای درمانگران، اولین
چیز، استثنائات است (۳۲). به‌عنوان مثال درمانگر
از زوج می‌پرسد آخرین بار چه زمانی به همسر
خود گوش داده‌اید؟ چه زمان‌هایی برایتان آسان‌تر
است که با همسر خود بحث نکنید؟ چه زمان‌هایی

هستند و انگیزه کافی جهت تغییر را ندارند، رویکرد درمانی مناسبی است. از همین روست که درمان راه حل محور به مشاوره امیدواری نیز شهرت یافته است. هر پژوهش با محدودیت‌هایی روبروست. از آنجا که پژوهش حاضر در شهرستان بجنورد انجام گرفته است، باید در تعمیم نتایج به دیگر شهرها و مناطق جانب احتیاط را رعایت کرد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر، خود گزارشی بودن ابزار مورد استفاده است که توجه به آن ضروری می‌نماید. محدودیت دیگر، در دسترس بودن نمونه مورد مطالعه است که لازم است تعمیم یافته‌های حاضر با احتیاط صورت پذیرد. پیشنهاد می‌شود اثربخشی این رویکرد با سایر رویکردهای موجود در این زمینه مقایسه شود؛ مسأله‌ای که اجرای آن در پژوهش حاضر امکان‌پذیر نبود. همچنین پیشنهاد می‌گردد تا مشاوران و درمانگران خانواده از این رویکرد درمانی کوتاه مدت در گروه‌های زوج درمانی و خانواده درمانی و کلاس‌های آموزش خانواده جهت حل مشکلات زناشویی بهره ببرند.

تقدیر و تشکر

گروه پژوهشی بر خود لازم می‌دانند تا از همکاری مدیریت محترم مرکز همیاران سلامت روان خراسان شمالی سرکار خانم لیلا نیک سرشت و تمامی زنان شرکت کننده در پژوهش که صمیمانه محققین را یاری نمودند، کمال تقدیر و تشکر را داشته باشند.

منابع

1. Bernstein M. Marital therapy from behavioral-relational point of view. Translated by Poorabedini et al. Tehran: Roshd Pub; 2005. P. 113. [Persian].
2. Sheibani Tazraji T. The study of the relationship between mental well-being and marital life quality in men and women of Sirjan city. [Dissertation]. Esfahan University; 2008. [Persian].
3. Bradbury TN, Fincham FD, Beach SRH. Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *J Marriage Fam.* 2000; 62(4): 964-80.
4. Schwartz AL. Marital quality, acculturation,

پیچیده‌ی زندگی‌شان را عینی‌تر و قابل فهم‌تر کنند و بتوانند پیشرفت درمان را از ابتدا تا انتها ارزیابی کنند. سؤالات درجه بندی همچنین مراجعان را تشویق می‌کند تا تغییرات را به عنوان مجموعه‌ای از گام‌های کوچک ببینند، نه راه‌حل‌های بزرگ و یا همه یا هیچ (۶۳). در تبیین نتایج می‌توان اضافه کرد که در جلسات زوج درمانی وقتی از مراجعان خواسته شد تا به واسطه تکنیک تحسین، هر رفتار مثبت همسر خود را هر چند کوچک تحسین نمایند و بر نقاط مثبت همسرشان تأکید نمایند، مراجعان توانستند با تحسین همسر خود، ارتباطات عاطفی خود را با شریک زندگی‌شان بهبود ببخشند و در نتیجه ارتباط بهتری با همسر خود برقرار نمایند. همچنین از آنجا که تأکید اصلی در این درمان، بر تغییرات کوچک تا رسیدن به تغییرات بزرگتر می‌باشد و تمرکز درمان هم بر مسایلی است که احتمال تغییر در آن‌ها وجود دارد، وقتی یک عضو زوج اولین گام کوچک را جهت تغییر با موفقیت بر می‌دارد و نتیجه این تغییر را در ارتباط با همسرش مشاهده می‌کند، اشتیاق او برای ادامه این روند تغییر بیشتر می‌شود و بنابراین پس از مدتی تغییرات بزرگتری را در رابطه زناشویی مشاهده می‌کند. این تغییرات به وجود آمده به همسران کمک می‌کنند تا نسبت به آینده رابطه و زندگی زناشویی‌شان امیدوار شوند، احساسات مثبت نسبت به همسر را جایگزین احساسات خصمانه و منفی نمایند و احساس صمیمیت بیشتری نسبت بهم داشته باشند.

نتایج این پژوهش نشان داد که زوج درمانی کوتاه مدت راه حل محور توانسته موجب بهبود کیفیت روابط زناشویی زنان گردد. امروزه در خانواده درمانی و زوج درمانی، رویکردهای کوتاه مدت به درمان با استقبال بیشتری از سوی مراجعان مواجه می‌شوند. رویکرد درمانی راه حل محور به دلیل کوتاه مدت بودن فرایند درمان برای بسیاری از مراجعانی که خواستار بهبودی سریعتر در زمان کوتاهتری هستند، مفید و مؤثر می‌باشد. این درمان همچنین به دلیل امیدواری که نسبت به تغییر و بهبود در مراجعان ایجاد می‌کند، برای مراجعانی که نسبت به زندگی و آینده شان ناامید

community sample. *J Abnorm Psychol* 1999; 108(4): 674-78.

19. Pala T, Eser E, Ozmen B, Aydemir O, Boyvoda S. The Determinants of quality of life including treatment satisfaction in patients with two diabetes mellitus: Are different generic QOL instruments sensitive to the determinants? *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2004; 3: 91-9.

20. Wickrama, KAS, Lorenz FO, Conger RD, Elder GH. Marital quality and physical illness: A latent growth curve analysis. *J Marriage Fam*. 1997; 59(1): 143- 55.

21. Orth-Gomer K, Wamala SP, Horsten M, Schenck-Gustafsson K, Schneiderman N, Mittleman MA. Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease: The stockholm female coronary risk study. *JAMA* 2000; 284(23): 3008-14.

22. Troxel WM, Matthews KA, Gallo LC, Kuller LH. Marital quality and occurrence of the Metabolic Syndrome in women. *Arch Intern Med* 2005; 165(9): 1022-27.

23. Eaker ED, Sullivan LM, Kelly-Hayes M, D'Agostino RB, Benjamin EJ. Marital status, marital strain, and risk of coronary heart disease or total mortality: The Framingham Offspring Study. *Psychosom Med*. 2007; 69(6): 509-13.

24. Umberson D, Williams K, Powers DA, Lui H, Needham B. You make me sick: Marital quality and health over the life course. *J Health Soc Behav*. 2006; 47(1):1-16.

25. Eisanejad O, Etemadi O, Ahmadi SA. The effectiveness of relationships enrichment on improvement of marital quality. *Journal of Behavioral Sciences*. 2010; 4 (1): 16-20. [Persian].

26. Shahsiah M. The effect of sexual education on improvement of marital quality of Esfahan city. [Dissertation]. Esfahan University; 2008. [Persian].

27. Yusefi N, Sohrabi A. Compare the effect of family therapy approaches, based on mindfulness and metacognition on improvement of marital quality on the verge of divorce clients. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*. 2011; 1 (2): 192-211. [Persian].

28. Azary M. The application of solution- focused brief therapy to the Iranian immigrant client. [Dissertation]. Alliant International University; 2006.

29. Bonsi EE. An empirical investigation of the usefulness of solution talk in solution-focused therapy. [Dissertation]. The Graduate College at the University of Nebraska, Lincoln, Nebraska; 2005.

30. Kim H. Client growth and alliance development in solution-focused brief family therapy. [Dissertation]. The State University of New York at Buffalo; 2006.

31. Berg IK, Kelly S. Building solutions in child protective services. New York: Norton & Company

and communication in Mexican American couples. [Dissertation]. Utah State University, Logan, Utah; 2011.

5. Gong M. Does status in consistency matter for marital quality? *J Fam Issues*. 2007; 28(12):1582-1610.

6. Jeanine N. The relationship between attachment, love styles, and marital quality in a sample of married member of day saits. *J Marriage Fam*. 2005; 6(3):78-97.

7. Yang HC. The effects of gender role ideology, wife's employment, and perceived equity on marital quality: A case of young middle-class couples in Korea. [Dissertation]. University of Connecticut; 2004.

8. Yorgason JB, Booth A, Johnson D. Health, disability, and marital quality is the association different for younger versus older cohorts? *Res Aging*. 2008; 30(6):623-48.

9. Bulanda JR. Marriage in later life: The relationship between marital quality, health, and divorce. [Dissertation]. Graduate College of Bowling Green, State University; 2006.

10. Khanjani Veshki S, Botlani S, Shahsiah M, Sharifi E. The effect of sex education on marital quality improvement in couples of Qom. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*. 2012; 4(7):134-47.

11. Perry BJ. The relationship between equity and marital quality among Hispanics, African American and Caucasians. [Dissertation]. Ohio State University; 2004.

12. Hawkins DN, Booth A. Unhappily ever after: Effects of long-term, low quality marriages on well-being. *Social Forces*. 2005; 84(1): 451-71.

13. Spotts EL, Pederson NL, Neiderhiser JM, Reiss D, Lichtenstein P, Hansson K, Cederblad M. Genetic effects on women's positive mental health: Do marital relationships and social support matter? *J Fam Psychol*. 2005; 19(3):339-49.

14. Voss K, Markiewicz D, Doyle AB. Friendship, marriage and self-esteem. *J Soc Pers Relat*. 1999; 16: 103-22.

15. Karney BR, Bradbury TN, Fincham FD, Sullivan KT. The role of negative affectivity in the association between attributions and marital satisfaction. *J Pers and Soc Psychol*. 1994; 66(2): 413-24.

16. Barnett RC, Brennan RT, Raudenbush SW, Marshall NL. Gender and the relationship between marital-role quality and psychological distress: A study of women and men in dual-earner couples. *J Fam Issues*. 1994; 15(2):229-52.

17. Fincham FD, Beach SRH, Harold GT, Osborne LN. Marital satisfaction and depression: Difference causal relationships for men and women? *Psychological Science*. 1997; 8(5): 351-57.

18. Whisman MA, Bruce ML. Marital distress and incidence of major depressive episode in a

- empirical study. *J Fam Ther.* 1997; 19 (2):125-44.
46. Nelson TS, Kelley L. Solution-focused couples group. *J Syst Ther.* 2001; 20(4): 47-66.
47. Russell M. Equine facilitated couples therapy and solution focused couples therapy: A comparison study. [Dissertation]. Prescott, Arizona; 2006.
48. Nazari A, Goli M. The effects of solution-focused psychiatry on marriage satisfaction of couples who both work. *Journal of Knowledge and Health.* 2007; 4(2): 36-40. [Persian].
49. Nazari AM. A study of effectiveness of relationship enrichment program and solution-focused counseling on marital satisfaction among dual career couples. [Dissertation]. Tarbiat Moallem University of Tehran; 2004. [Persian].
50. Besharat MA. Relationship between attachment styles and marital problems in infertility couples. *Journal of Psychotherapy News.* 2001; 19 (20): 66-55. [Persian].
51. Stewart JW. A Pilot Study of Solution-focused Brief Therapeutic Intervention for Couples. [Dissertation]. Utah State University; 2011.
52. Mudd J. Solution focused therapy and communication skills train and integrated approach to couples. Faculty of Virginia Polytechnic and State University; 2000.
53. Eakes G, Walsh S, Markowski M, Cain H, Watson M. Family centered brief solution - focused therapy with chronic schizophrenia: A pilot study. *J Fam Ther.* 1997; 19: 145- 48.
54. Davarniya R. A study of effectiveness of brief solution-focused couple therapy (BSFCT) on reducing couple burnout in women. [Dissertation]. Kharazmi University of Tehran; 2013. [Persian].
55. Atari Y, Mohamadi K, Mehrabi Zade Honarmand M. The effect of solution-focused education with group method on marital adjustment in couples. *Journal of psychological Results.* 2009; 1: 51-66.
56. Johnson S, Lebow J. The "coming of age" of couple therapy: A decade of review. *J Marital Fam Ther.* 2000; 26(1): 23- 38.
57. Christiansen LL. Process of change in couples therapy: A qualitative investigation. *J Marital Fam Ther.* 1998; 24 (2):177-88.
58. Odell M, Butler TJ, Dielman MB. An exploratory study of clients experiences of therapeutic alliance and outcome in solution-focused marital therapy. *Journal of Couple and Relationship Therapy.* 2005; 4(1): 1-2.
59. Corcoran J, Pillai V. A review of the research on solution-focused therapy. *Br J Soc Work.* 2009; 39(2): 234-42.
60. Jenny Steele J. Applying an integration of solution focused therapy and Family of origin therapy models in working with couples. [Dissertation]. University of Manitoba Winnipeg, Manitoba; 1997.
- Incorporated; 2000.P.241-42.
32. De Jong P, Berg IK. Interviewing for solutions. 4th ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole; 2012. P.152.
33. Bannink FP. Solution-focused brief therapy. *J Contemp Psychother.* 2007; 37(2): 87-94.
34. McKergow M, Korman H. Inbetween - neither inside nor outside: The radical simplicity of solution-focused brief therapy. *Journal of Systemic Therapies.* 2009; 28(2): 34-49.
35. Trepper TS, McCollum EE, De Jong P, Korman H, Gingerich W, Franklin C. Solution focused therapy treatment manual for working with individuals Research Committee of the Solution Focused Brief Therapy Association; 2010: Retrieved from www.sfbta.org/research.pdf
36. Wehr T. The phenomenology of exception times: Qualitative differences between problem-focused and solution-focused interventions. *Applied Cognitive Psychology.* 2010; 24(4): 467-80.
37. Guterman JT, Rudes J.A Solution-focused approach to rational-emotive behavior therapy: Toward a theoretical integration. *J Ration Emot Cogn Behav Ther.* 2005; 23(3): 223-44.
38. Hoyt MF, Berg IK. Solution-focused couple therapy: Helping clients construct self-fulfilling realities. In: Dattilio FM, (Ed.). *Case studies in couple and family therapy: Systemic and cognitive perspectives.* New York: Guilford Press; 1998. P. 203-32.
39. McCollum EE, Trepper TS. *Creating family solutions for substance abuse.* New York: Haworth Press; 2001.
40. Westra J, Bannink FP. 'Simple' solutions! A solution-focused approach in working with mentally handicapped clients. *PsychoPraxis* 2006; 8(5): 213-18.
41. Kim JS. Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Res Soc Work Pract.* 2008; 18(2): 107-16.
42. Hosany Z, Wellman N, Lowe T. Fostering a culture of engagement: a pilot study of the outcomes of training mental health nurses working in two UK acute admission units in brief solution-focused therapy techniques. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2007; 14(7):688-95.
43. Koob JJ. Solution-focused family interventions. In A.C. Kilpatrick & T.P. Holland (Eds.). *Working with families: An integrative model by level of need.* (5th ed.) Boston: Allyn & Bacon; 2009. P. 147-69.
44. Berg IK, De Jong P. Solution-building conversations: Co-constructing a sense of competence with clients. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services.* 1996; 77: 376-91.
45. Zimmerman TS, Prest LA, Wetzel BE. Solution-focused couple therapy groups: An

61. Weiner-Davis M. Divorce Busting. Toronto: Simon and Schuster; 1992. P: 124-29.
62. De Castro S, Guterman JT. Solution-focused therapy for families coping with suicide. J Marital Fam Ther. 2008; 34 (1): 93-106.
63. De Jong P, Hopwood LE. Outcome research on treatment conducted at the Brief Family Therapy Center, 1992-1993. In S. D. Miller, M.A. Hubble, B. L. Duncan (Eds.). Handbook of solution-focused brief therapy. San Francisco, CA: Jossey- Bass Inc; 1996.P. 272-98.

Effectiveness of brief solution-focused group couple therapy on improving marital quality in women

Mohammad Shakarami, MA in Family Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran. m_shakarami@yahoo.com

***Reza Davarniya**, PhD Student in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran (*Corresponding author). rezadavarniya@yahoo.com

Kianoush Zahrakar, Assistant Professor of Counseling Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran. dr_zahrakar@yahoo.com

Rezvaneh Talaeian, MA in Family Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran. tala_sad_66@yahoo.com

Abstract

Background: In couple and family therapy, brief solution-focused treatment is a branch of the post-modern approach focusing on solutions to solve the problems. The current research was performed by the aim of studying the effect of brief solution- focused group couple therapy on improving marital quality in women.

Methods: The method of the research is semi-experimental; the design is pretest-posttest and follow-up with control group. The population included all the women visiting Hamyaran Salamat Ravan (mental health helpers) institute in Bojnourd city in 2013. 30 women were selected using available sampling method, and they were replaced in two groups of experiment and control by random assignment method. The study tool was the Golombok-Rust Inventory of Marital State (GRIMS) that was completed by the participants in pretest, posttest and follow-up (one month) stages. The experiment group received the intervention for 7 sessions of 1.5-hour, but the control group did not receive any intervention. Data were analyzed using descriptive statistics and single variable covariance analyze through SPSS v.18.

Results: Results of the covariance analysis indicated that brief solution-focused group couple therapy leads to improvement of marital relationships quality among the women in the experiment group, and these results have been also consistent enough in the follow-up period.

Conclusion: Results suggest that brief solution-focused group couple therapy can be used as a treatment of choice for improvement and enhancement of marital relationship quality.

Keywords: Couple therapy, Solution-focused brief therapy, Marital quality, Women.