

مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی روایت درمانی راه حل محور و درمان راه حل محور بر کیفیت زندگی زوجین دارای تعارض، (مراکز مشاوره شهرستان شیروان)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۱۷

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه تاثیر روایت درمانی راه حل محور و درمان راه حل محور بر کیفیت زندگی زوجین دارای تعارض انجام شد.

روش کار: روش این پژوهش، شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل به همراه آزمون پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زوجین دارای تعارض زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان شیروان در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ شامل شد. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ زوج دارای تعارض زناشویی (هر گروه ۲۰ نفر) بود که با مراجعه به کلینیک ها و مراکز مشاوره شهرستان شیروان به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. درمان روایت محور راه حل (SFNT) و درمان مبتنی بر راه حل (SFT) به طور جداگانه به مدت ۶ جلسه برای گروه های آزمایش اجرا شد و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. در این پژوهش از پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHO) برای جمع آوری داده ها استفاده شد. و برای تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده از آزمون تحلیل واریانس مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی و برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری spss-26 استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد که روایت درمانی راه حل محور و درمان راه حل محور بر تاب آوری و صمیمیت زناشویی زوج های متعارض بوده و هر دو درمان قادر به بهبود بودند ($P < 0/001$). همچنین نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که اثر درمانی روایت درمانی راه حل محور و درمان راه حل محور بر کیفیت زندگی پس از دو ماه حفظ شد ($P < 0/001$). همچنین، نتایج نشان داد که تأثیر روایت درمانی راه حل محور بر متغیر کیفیت زندگی زوج های متعارض بهتر از درمان راه حل محور بود ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج تحقیق می توان گفت که در جهت حل تعارض زوجین می توان از هر دو رویکرد استفاده نمود هر چند که اثربخشی رویکرد روایت درمانی راه حل محور نسبت به درمان راه حل محور بیشتر بود.

کلمات کلیدی: روایت درمانی راه حل محور، درمان راه حل محور، کیفیت زندگی، زوجین دارای تعارض

گلدسته فریدونی گلپان^۱

مریم صادقی فرد^{۲*}

عماد یوسفی^۳

^۱ دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد

بین الملل قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران

^۲ استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه

هرمزگان، بندرعباس، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد قشم، دانشگاه

آزاد اسلامی، قشم، ایران

Email: sadeghim45@yahoo.com

مقدمه

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 است؛ اما در طول رشد رابطه ازدواج، گاهی ممکن است بسیاری عوامل دست به دست یکدیگر داده و با هم ترکیب شوند و موجبات ایجاد بسیاری از مشکلات در زوجین را فراهم سازند که در نهایت به تعارض بی انجامد (۱) واقعیت این است زمانی که دو نفر با یکدیگر ازدواج می کنند و به عنوان زوج برای زندگی خود برنامه ریزی می کنند دارای انتظارات و خواسته های متفاوتی هستند که برخی از آن ها برآورده می شود در حالی که برخی دیگر برآورده نشده باقی می ماند؛ این تفاوت در عقاید، ارزش ها، نیازها، خواسته ها و عادات در زندگی روزمره با در نظر گرفتن این که هیچ رابطه انسانی عاری از نزاع و سوء تفاهم نیست امری طبیعی است (۲). تعارض که به عنوان عاملی بین زوج های دارای علایق، دیدگاه ها و باورهای متضاد در نظر گرفته می شود، در روان شناسی خانواده و پژوهش های این حوزه بسیار مورد تأکید قرار گرفته است (۳). آشفتگی و تعارض زناشویی موجب کاهش شادمانی، کاهش رضایتمندی از زندگی و عزت نفس، دل بستگی های مسأله ساز برای همسران، افزایش علائم آشفتگی روانشناختی و کیفیت زندگی زناشویی^۱ پایین می شود (۴ و ۵). بنابراین، زندگی زناشویی نیز نقش اساسی در ارزیابی کیفیت کلی ارتباطات خانوادگی دارد (۶). کیفیت زندگی زناشویی مفهومی چند بعدی است و شامل ابعاد گوناگون ارتباط زوجین مانند سازگاری، رضایت، شادمانی، انسجام و تعهد می شود (۷). روانشناسان حوزه خانواده، کیفیت زندگی زناشویی را به عنوان موفقیت و عملکرد یک ازدواج توصیف کرده اند و امروزه این

بعد یکی از پیش بینی کننده های مهم تداوم، پایداری و ثبات زناشویی است (۸). کیفیت زندگی زناشویی ارزشیابی درونی رابطه زوج ها در بعضی ابعاد و ارزش هاست، دامنه ای از ارزش ها که شامل پیوستاری است که مشخصات وسیعی از تعامل و کارکرد زناشویی را منعکس می کند. کیفیت زندگی زناشویی بالا به سازگاری مطلوب، ارتباط مناسب و سطح بالایی از رضایتمندی زناشویی منجر می شود (۹).

تعارض زناشویی ممکن است اشکال مختلفی داشته باشد و به صورت افسردگی و آشفتگی روان شناختی یکی یا هر دو زوج، سوء رفتار با همسر و درگیری لفظی و فیزیکی بین هر دو زوج بروز نموده و نهایتاً منجر به طلاق گردد (۱۰). تعارض زناشویی گاهی اوقات، آن قدر شدت می یابد که احساس خشم، خسونت، کینه، نفرت، حسادت و سوء رفتار کلامی و فیزیکی در روابط زوجین حاکم می شود (۱۱). نتایج مطالعه اوزگاک و تانریوردی^۲ (۲۰۱۸، ۱۲)، نشان داد که زوج های دارای تعارض زناشویی بالا، از نظر بهداشت روانی و سلامتی در سطح ضعیفی هستند. با افزایش تعارض در روابط زوجین، ناسازگاری افزایش می یابد، نارضایتی بیشتری حاصل می شود به علاوه این مشکلات، از مقدمات طلاق محسوب می شوند (۱۳).

درمان راه حل مدار توسط دی شازر (۱۹۹۸)، کیم برگ (۲۰۰۰)، برگ و کلی (۲۰۰۰)، و برگ و دولان (۲۰۰۰)، (۱۴) در مرکز خانواده درمانی کوتاه مدت میلواکی بنیان شد. این درمان نیز به عنوان الگوی نسبتاً جدیدی از ساختارگرایی پست مدرن بوده است. اجزای اصلی درمان راه حل مدار شامل جستجوی موارد راه حل ها، اذعان به مشکلات، شناسایی موارد استثنایی، تمرکز بر حال و آینده در مقابل سؤالات گذشته گرا و

² Özgüç, Tanrıverdi

¹ - Marital Quality of Life

استفاده از تکنیک هایی مانند سؤالات معجزه آسا، مقیاس درجه بندی و سؤالات مقابله ای است. درمان راه حل مدار به جای مشکلات موجود و گذشته فرد، بیشتر بر منابع موجود و انتظارات آینده تأکید می کند. این روش درمانی به عنوان یک روش مشاوره روانشناختی متمایز می شود که به جای تمرکز بر مشکل، روی یک راه حل متمرکز می شود و باعث می شود که مراجعان خود این نکته را ببینند (۱۵). از این نقطه نظر، وقتی مراجع برای حل مشکلات خود که مشکل محور است، فکر می کند، ممکن است گزینه های راه حل موجود یا آینده را نادیده بگیرد. به نظر دی شازر (۱۹۸۸)، دانستن منشأ مشکل برای زمانی که شما راه حل آن را پیدا کنید، ضروری نیست. بنابراین، لازم نیست که این راه حل ها و مشکلات با یکدیگر در ارتباط باشند (۱۶). در این روش، به مراجعان توصیه می شود که رفتارهای مفید موجود خود را افزایش دهند. برخلاف درمان سنتی، درمان راه حل مدار این فرضیه را برجسته می کند که مراجعان از ظرفیتی برخوردار هستند که باعث می شود آن ها راه حل های منطقی و غنی سازی زندگی خود را داشته باشند. درمان راه حل مدار یک رویکرد قوی و سازنده است که به واسطه آن افراد از این توانایی برای توسعه راه حل های خلاق به منظور ارتقاء زندگی خود و توسعه یک خود جدید، تغییر جهان بینی و پیاده سازی تغییرات رفتاری استفاده می کنند (۱۷). به طور کلی، درمان راه حل مدار یک روش درمانی است که بین یک تا بیست و به طور ایده آل شش جلسه طول می کشد (۱۸). فرایند درمان راه حل مدار معمولاً شامل پنج مرحله می شود: ۱- ساخت یک مسأله و هدف ۲- شناسایی و تقویت استثنائات، ۳- مداخلات یا تکالیفی که برای شناسایی و تقویت استثنائات طراحی می شوند ۴- ارزیابی اثربخشی مداخلات، ۵- ارزیابی مجدد مسأله و هدف (۱۹)

یکی دیگر از این رویکردها در جهت کمک به حل مسائل زوجین دارای تعارض روایت درمانی راه حل محور می باشد. تمایل به ترکیبی از رویکرد روایت درمانی و رویکرد راه حل محور در میان متخصصان جدید وجود دارد، این تحولی است که در بین نسل اول و دوم درمانگران روایتی و راه حل محور وجود نداشت، تحولی که در بستر عمل مبتنی بر شواهد، مدل بهبود سلامت روان، روانشناسی مثبت گرا، رویکردهای مبتنی بر قدرت و تأکیدات اخیر بر تاب آوری قرار دارد (۲۰). روایت درمانی را باید مرهون بنیان گذار رسمی این رویکرد یعنی مایکل وایت^۳ و همکارش دیوید اپستون^۴ دانست. در روایت درمانی اعتقاد بر این است که افراد زندگی شان را بصورت داستان و روایت درک می کنند. یعنی درک یک فرایند معنا سازی مداوم به وسیله ابزار روایت، که در خدمت معنا سازی است، خودشان را باز می آفرینند. آنچه فلاسفه ای مانند پل ریکو و میشل فوکو بر آن تأکید دارند این است که ساختار زندگی انسان و ساختار روایت ها بر هم منطبق هستند و زندگی انسان را می توان به صورت روایت، شناخت و بررسی کرد. این رویکرد مکالمه، افکار و رفتار مراجعین را در بافت فرهنگی و اجتماعی شان، با توجه به داستانی که برای خود ساخته اند مورد ارزیابی قرار می دهد. این داستان مدخلی برای تغییر در نظر گرفته می شود. روایت درمانی بر شکستن مشکلی که مراجع با خود به درمان آورده تمرکز دارد و چگونگی ورود ارزش های مراجع به روایت جدید را مورد بررسی قرار می دهد. اما درمان راه حل محور از تلاش های استیو دشاژر^۵ و تیم او در مرکز خانواده درمانی در میلواکی بدست آمد و بر خلق راه حل توسط

² - Solution Focused Narrative Therapy

³³ - White

⁴ - Epston

⁵ - De shazar

¹ - De Shazer

مراجعات برای مشکلاتشان تمرکز دارد. این کار از طریق جستجوی استثنائات اتفاق می افتد. درمانگر به جای تمرکز بر مشکل فعلی، مراجع را به سمت جست و جوی آینده ترجیحی یا همان اهداف هدایت می کند. سپس درمانگر راهنمای سفر می شود تا مراجع چگونگی و زمان رسیدن به آینده ترجیحی را بسازد (۲۰). درمان کوتاه مدت راه حل محور در طول چند سال گذشته بخاطر تأکیدش بر تغییرات سریع وابسته به درمان و احترامش به دیدگاه مراجع که هر دو با فلسفه مراقبت از سلامتی سازگارند، محبوبیت زیادی بدست آورده است (۲۱). به طور کلی روایت درمانی و درمان راه حل محور بیش از هر رویکردی دیگر از نظر مفهومی به هم نزدیک هستند. هر دو به جای تمرکز بر جنبه های منفی، توجه و زمان زیادی را صرف جنبه های مثبت تجربه های فرد می کنند. درمانگران هر دو رویکرد افراد را ترغیب به تشخیص زمان هایی می کنند که مشکل وجود نداشته است، سپس آن را با جزئیات بررسی می کنند و از این طریق سنگ بنای تغییر را می گذارند (۲۲). هم روایت درمانی و هم درمان راه حل محور رویکرد پست مدرن به زبان را عملیاتی می کنند که در آن زبان واقعیت اجتماعی را تشکیل می دهد. ارزش های روایت درمانی و درمان راه حل محور با محوریت تمرکز بر تغییرات مثبت، قدرت یافتن مراجع، کارشناس نبودن درمانگر، مشارکت و امید به آسانی قابل تطبیق است. بسیاری از متخصصان تمایل به ترکیب این دو رویکرد دارند (۲۰). در ارتباط با اثربخشی روایت درمانی راه حل محور تحقیقات اندکی در داخل و خارج از کشور انجام گرفته است. به عنوان نمونه در خارج از کشور یانارداد^۱ و همکاران (۲۰۲۰)، (۲۳) اثربخشی مداخلات مبتنی بر راه حل محور را بر ناامیدی و استرس دانشجویان بررسی کردند و دریافتند مداخلات مبتنی بر درمان راه حل محور بیشترین

اثربخشی را بر کاهش ناامیدی داشته اند که از لحاظ آماری هم معنادار بوده است. همچنین دی آباته^۲ (۲۰۱۶)، (۲۴) با استفاده از رویکرد راه حل محور و خانواده درمانی روایتی در کار با خانواده های دارای تضاد شدید، دریافت هنگامی والدین و کودکان در خانواده های جدید بیشتر سازگار می شوند که در رویارویی با شرایط چالش انگیز قدرت ایجاد راه حل هایی برای خود و فرصتی برای ایجاد داستان خانوادگی مثبت و مورد علاقه پیدا کرده باشند. در داخل کشور نیز نامنی و شیرآشینی (۱۳۹۵)، (۲۵) با انجام پژوهشی به این نتیجه رسیدند که ترکیب دو رویکرد روایت درمانی و درمان راه حل محور بر افزایش سرزندگی و کنترل عواطف زنان متقاضی طلاق مؤثر است. بنابراین، با توجه به کمبود مطالعات پیرامون تعارضات زناشویی در شهرستان شیروان اهمیت پرداختن به این موضوع دوچندان می شود. ضرورت دیگر انجام تحقیق حاضر به این بر می گردد که تعارضات خانواده بنیاد خانوادگی را هدف قرار می دهد و می تواند علاوه بر افزایش طلاق در جامعه، آسیب های فراوانی را برای فرزندان خانواده ها به همراه داشته باشد. بنابراین، تعارضات زوجین می تواند نوعی بی اعتمادی را در روابط بین فردی آنان ایجاد نماید و باعث افت کیفیت زندگی و صمیمیت زناشویی در آنان شود که به نوبه ی خود زمینه بروز و تغییر در میزان تاب آوری آنان شود. لذا با توجه به اهمیت این موضوع پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سؤال زیر می باشد:

«آیا بین میزان اثربخشی روایت درمانی راه حل محور (SONT) و درمان راه حل محور (SOT) بر کیفیت زندگی زوجین دارای تعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان شیروان تفاوت وجود دارد؟»

روش کار

² D Abate

¹ - Yanaradag & et al

قبل از اجرای پژوهش یک جلسه آموزشی یک ساعته در مورد پژوهش انجام شد و رضایت نامه به همراه قرارداد کتبی مبنی بر همکاری آزمودنی ها تا انتهای درمان از آنان اخذ گردید. بر همین اساس، محقق با بستن قرارداد با افراد گروه نمونه، در مدت زمان اجرای طرح درمانی شاهد هیچگونه ریزی در تعداد نمونه ها نبود. در قرارداد مذکور شرح کوتاهی از جلسات درمانی ذکر گردید و مهمترین تعهدات درمانگر از قبیل ارائه اطلاعات لازم به مراجعان در خصوص درمان پیشنهادی، محرمانه نگه داشتن اسرار و اطلاعات مراجعان ارائه شد و در مقابل نیز مراجعان ملزم و متعهد شدند در کلیه جلسات درمانی حضور داشته باشند و در اجرای بهتر درمان با درمانگر مشارکت و همکاری نموده و اطلاعات لازم را در خصوص وضعیت سلامت روحی روانی خود در اختیار درمانگر قرار دهند. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده گردید:

پرسشنامه کیفیت زندگی

برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی WHO استفاده شد؛ این پرسشنامه براساس مطالعه کیفیت زندگی در ۱۵ کشور دنیا از جمله روسیه، ایالات متحده، استرالیا و ... تنظیم شده است و در واقع یک معیار سنجش بین المللی است. هدف این ابزار، سنجش کیفیت زندگی در گروه های فرهنگی مختلف و بیماری های متفاوت است (۲۶). این ابزار هم اکنون روی بیش از ده هزار بیمار و فرد سالم در ۳۰ کشور دنیا اجرا شده است (۲۷). پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی دارای ۲۶ سؤال است که به ارزیابی چهار دامنه از کیفیت زندگی افراد شامل سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط با دیگران، محیط زندگی می پردازد که در هر دامنه حوزه های مختلف بررسی می شود (۲۸). لازم به ذکر است که حیطه سلامت جسمانی به مواردی مانند قدرت حرکت، فعالیت های روزمره زندگی، ظرفیت کاری و انرژی می پردازد. در حیطه سلامت روان تصور در مورد شکل ظاهری، احساسات منفی، احساسات مثبت، اعتماد به نفس، تفکرات، یادگیری، حافظه و تمرکز، مذهب و وضعیت روحی مورد سؤال قرار می گیرد. حیطه ی روابط اجتماعی ارتباطات

روش این پژوهش، شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل به همراه آزمون پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زوجین دارای تعارض زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان شیروان در سال ۴۰۲- ۱۴۰۱ را شامل شد. در پژوهش حاضر نمونه مورد نظر با مراجعه به کلینیک ها و مراکز مشاوره شهرستان شیروان به شیوه نمونه گیری در دسترس بر اساس ملاک اصلی تحقیق (زوجین متعارض) انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارده شدند. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ زوج دارای تعارض زناشویی (در هر گروه ۲۰ نفر) بود که این زوجین از بین تمامی افرادی که خواهان شرکت در جلسات آموزشی بودند؛ انتخاب شدند و در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) هر گروه تعداد ۱۰ زوج شرکت کردند. گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکردند. البته قبل از اجرای پژوهش یک جلسه آموزشی یک ساعته در مورد نحوه و مراحل کار پژوهش انجام شد و رضایت نامه از کلیه داوطلبان مبنی بر آگاهی از نوع مطالعه اخذ گردید.

معیارهای ورود به تحقیق:

۱. حداقل سابقه یک سال زندگی مشترک
۲. گذشت حداقل یک سال از ازدواج زوج
۳. عدم شرکت در دوره های آموزشی مشابه
۴. کسب نمره کمتر از میانگین در پرسشنامه های تاب آوری، کیفیت زندگی و صمیمیت زناشویی
۵. حضور منظم زوجین در جلسات آموزشی
۶. مشارکت در بحث های گروهی در طول جلسات

معیارهای خروج از تحقیق:

- (۱) عدم همکاری لازم با محقق در جریان پژوهش
- (۲) غیبت بیش از دو جلسه
- (۳) مهاجرت یا فوت
- (۴) عدم پاسخگویی کامل به سوالات پرسشنامه ها
- (۵) خروج از پژوهش به درخواست آزمودنی
- (۶) مخدوش بودن پرسشنامه ها

کیفیت زندگی زناشویی پاسخ دادند. سپس ۳۰ زوج به طور تصادفی در سه گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۰ زوج) (N=20) تقسیم شدند و گروه های آزمایش به مدت یک و نیم ساعت و طی ۵۴ روز (هفته ای یک جلسه) در جلسات درمانی شرکت نمودند. گروه کنترل هیچ برنامه درمانی دریافت نکرد و فقط در مورد آن‌ها پیش آزمون و پس آزمون به عمل آمد. بعد از یک هفته از اتمام جلسات آزمودنی های دو گروه آزمایش و گروه گواه مجدداً آزمون های مورد نظر را تکمیل نمودند (اجرای پس آزمون)، تا امکان مقایسه نمرات سه گروه در دو نوبت پیش آزمون و پس آزمون وجود داشته باشد. در نهایت بعد از اتمام کلیه جلسات، جهت پیگیری اثرات درمان، ۲ ماه بعد از اتمام درمان، دوباره آزمون های تاب آوری، صمیمیت زناشویی و کیفیت زندگی بر روی افراد نمونه اجرا گردید.

محتوای جلسات

در این پژوهش متغیر مستقل شامل شش جلسه روایت درمانی راه حل محور و شش جلسه درمان راه حل محور برای دو گروه آزمایش مورد مطالعه بود که به صورت گام به گام تنظیم و اجرا گردید. پروتکل جلسات درمانی به شرح جدول (۳-۳ و ۳-۴)، می باشند. در ابتدای جلسات درمانی یک جلسه توجیهی برای شرکت کنندگان دو گروه آزمایش به طور مجزا برگزار شد و اطلاعات لازم در ارتباط با پژوهش ارائه شد و رضایت نامه به همراه قرارداد کتبی جهت همکاری آنان تا انتهای پژوهش از آن‌ها دریافت شد. اعضا، همچنین با قوانین حاکم بر جلسات درمانی مانند رازداری، اعتماد به درمانگر و ... آشنا شدند. سپس شرایط حضور شرکت کنندگان در جلسات و خروج آن‌ها از جلسات درمانی به طور کامل برای شرکت کنندگان توضیح داده شد. در جلسات درمانی نیز ابتدا خلاصه ای از جلسه یا جلسات قبلی برای شرکت کننده مطرح می شد و سپس تکالیف هر آزمودنی بررسی و بازخورد فردی به آنان ارائه شد و در ادامه مباحث جدید مطابق پروتکل درمانی توسط پژوهشگر آموزش داده شد و توضیحات لازم ارائه شد و در انتهای هر جلسه در ارتباط با موضوع جلسه سؤالاتی ارائه می شد و پس از پاسخگویی به

شخصی، حمایت اجتماعی و زندگی جنسی را مورد سؤال قرار می دهد. حیطه سلامت محیط این پرسشنامه در مورد منابع مالی، امنیت فیزیکی، مراقبت های بهداشتی و اجتماعی، محیط فیزیکی محل سکونت، موقعیت های موجود برای کسب مهارت و اطلاعات جدید، موقعیت های تفریحی، محیط فیزیکی، آلودگی صدا و هوا و ... (حمل و نقل) را سؤال می نماید (۲۹). پایایی درونی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۵ و روایی تشخیصی با مدل رگرسیون خطی چندگانه در مطالعات ایرانی بررسی شده و روایی رضایت بخشی را نشان داده است. راسل و همکاران پایایی مقوله های اصلی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای سلامتی و کیفیت زندگی کلی ۰/۸۷، برای حیطه جسمی ۰/۷۹ و برای حیطه روانی ۰/۸۴ به دست آورده اند (ساواتزکی و همکاران، ۲۰۰۷). هم چنین در پژوهش حاضر میزان پایایی به دست آمده برای کل پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ است.

سؤال های ۲۶-۱۹-۱۱-۷-۶-۵ حیطه روان شناختی و کیفیت زندگی، سؤال های ۲۲-۲۱-۲۰ حیطه روابط اجتماعی و سؤال های ۲۵-۲۴-۲۳-۱۴-۱۳-۱۲-۹-۸ حیطه محیط و وضعیت زندگی را می سنجند. لازم به ذکر است سؤال ۲۶ آزمون به صورت معکوس نمره گذاری می شود. نمره بالا در هر یک از خرده مقیاس ها و بالا بودن نمره کل مقیاس، بیانگر کیفیت زندگی مطلوب است (۲۷).

طرح مداخله و روش جمع آوری اطلاعات کمی

بعد از انتخاب گروه نمونه، زوجین دارای تعارض زناشویی به طور تصادفی به ۳ گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) تقسیم شدند و در هر گروه ۱۰ زوج جایگزین شد. هر یک از زوجین دارای تعارض زناشویی در گروه های آزمایش، به تعداد شش جلسه تحت روایت درمانی راه حل محور و شش جلسه درمان راه حل محور قرار گرفتند که جلسات به صورت هفتگی انجام گرفت (هفته ای یک جلسه-۹۰ دقیقه ای). جهت جمع آوری داده ها، ابتدا داوطلبان متقاضی شرکت در جلسات درمانی به پرسشنامه های تاب آوری، صمیمیت زناشویی و

¹-Sawatzky, Liu-Ambrose, Miller, Marra

سؤالات توسط شرکت کنندگان در مورد آن ها بحث شد و اگر در پایان جلسات توضیحاتی لازم بود، ارائه گردید. پس از پایان جلسات مداخله درمانی، پس از آزمون از هر سه گروه آزمایش (دو گروه) و کنترل (یک گروه) به عمل آمد.

جدول ۱. پروتکل درمانی رویکرد روایت درمانی راه حل محور بر تاب آوری، صمیمیت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین متعارض (طاهری فرد و همکاران، ۱۴۰۲)

| تعداد جلسات | محتوای جلسات |
|-----------------|---|
| جلسه اول | <p>بهترین خواسته های مراجع در حال حاضر:</p> <p>آشنایی با اعضای گروه (درمانگر خودش را معرفی می کند و اعضای گروه هم خودشان را معرفی می کنند)</p> <p>معرفی چارچوب درمان و بیان قوانین گروه</p> <p>بهترین خواسته شما چیست؟ (با استفاده از سوالات مختلف اهداف مراجع تصریح می شود)</p> <p>چه چیزی را می خواهید انجام دهد، می خواهد چه چیزی را بطور متفاوت از قبل انجام دهد، اگر بگویند چه چیزی را نمی خواهند، می گوئیم چه چیزی می خواهید؟ می پرسیم درباره کدام موضوع صحبت را شروع کنیم؟ چه انتظاراتی درباره بحث در این مورد دارید؟ (تصریح اهداف مراجعان، آن چیزی مراجع می خواهند در آینده نزدیک انجام دهند)</p> <p>بهترین خواسته ها در فرم مربوطه نوشته می شوند</p> <p>پایان: از الان تا جلسه بعد که همدیگر را ملاقات کنیم مشاهده کنید چه اتفاقی در زندگی شما می افتد که خواهان تداوم آن هستید؟</p> |
| جلسه دوم | <p>بررسی تاثیرات مشکل:</p> <p>بیان خلاصه جلسه قبل</p> <p>سوال: چه چیزی بهتر شده است؟</p> <p>بررسی چگونگی ورود مشکل به زندگی مراجعان (کاهش مقاومت و ورود به دنیای تجربه)</p> <p>بررسی تاثیر مشکل بر زندگی مراجعان (آگاهی از سهم خود در مشکل و آمادگی برای طغیان علیه مشکل)</p> <p>جمع آوری توصیفاتی از تاثیرات مشکل بر زندگی مراجعان (تهیه نقشه ای از اثرات مشکل)</p> <p>درجه بندی تاثیرات مشکل بر زندگی مراجعان (از یک تا ده)</p> <p>نامگذاری مشکل توسط مراجعان (برونی سازی)</p> <p>پایان: از الان تا جلسه بعد که همدیگر را ملاقات کنیم مشاهده کنید چه اتفاقی در زندگی شما می افتد که خواهان تداوم آن هستید؟</p> |
| جلسه سوم | <p>ایجاد داستان ترجیحی (پیش نمایش داستان ترجیحی):</p> <p>بیان خلاصه جلسه قبل</p> <p>سوال: چه چیزی بهتر شده است؟</p> <p>کمک به مراجعان برای تهیه فهرست دقیق ترجیحات درباره آینده مطلوب با استفاده از پرسش معجزه</p> <p>ترغیب مراجعین به تصور و تجسم داستان ترجیحی بدون در نظر گرفتن محدودیت ها.</p> <p>استفاده از پرسش «چه فرق خواهد داشت» برای زمانی که مراجعان پاسخ مبهم و تاحدی نامعقول می دهند</p> <p>اقدامات و باورهای مراجعان در داستان ترجیحی را جمع آوری کنید (دیگران شاهد انجام چه کارهایی توسط شما خواهند بود؟ در آن روز درباره خودتان چه باوری خواهید داشت؟ دیگر چه؟)</p> |

فهرست ترجیحات، اقدامات و باورها تهیه شود

پایان: از الان تا جلسه بعد که همدیگر را ملاقات کنیم مشاهده کنید چه اتفاقی در زندگی شما می افتد که خواهان

تداوم آن هستید؟

جمع آوری استثنائات و فاصله گرفتن از مشکل:

بیان خلاصه جلسه قبل

سوال: چه چیزی بهتر شده است؟

استثنائات را بررسی کنید، بخش کوچکی از این آینده مطلوب که در گذشته اتفاق افتاده است (هنگامی که در

رسیدن به خواسته هایش موفق بود) دست کم پنج استثنا را پیدا کنید

ارتباط مراجع با ارزش هایش از طریق گفتگو حول استثنائات و قدرت دادن به مراجع

اتخاذ موضع کنجکاوانه توسط درمانگر

اعضای گروه هم موقع صحبت کردن یک عضو سایر استثنائات او را شناسایی و بیان کنند.

نوشتن استثنائات روی تابلو، یادداشت آن ها و کمک به مراجعان برای ثبت آنها

پایان: از الان تا جلسه بعد که همدیگر را ملاقات کنیم مشاهده کنید چه اتفاقی در زندگی شما می افتد که خواهان

تداوم آن هستید؟

تهیه بازنمودی از آینده ترجیحی و بالا بردن سطح مقیاس:

بیان خلاصه جلسه قبل

سوال: چه چیزی بهتر شده است؟

به آخرین باری که در بهترین حالت قرار داشتید فکر کنید، چه انجام می دادید، به دیگران چه می گفتید و آن ها به

شما چه می گفتند، در آن روز چه چیز خوبی برای شما وجود داشت و

بازنمود تصور شده توسط مراجعان بیان و یادداشت شود

این نمایش آینده ترجیحی را در قالب لیستی از توصیفات به مراجع ارائه دهید (منبعی برای رسیدن به آینده ترجیحی)

خلاصه ای از شروع درمان تا کنون (بهترین خواسته ها، تایرات مشکل، شرح آینده مطلوب، استثنائات و توصیفات

آینده ترجیحی در اختیار مراجع) بصورت مکتوب و یکجا در فرم تحویلی به مراجع ثبت شده باشد.

پایان: از الان تا جلسه بعد که همدیگر را ملاقات کنیم مشاهده کنید چه اتفاقی در زندگی شما می افتد که خواهان

تداوم آن هستید؟

خلاصه کردن و دعوت از مراجعان برای تماشای موفقیت:

بیان خلاصه پنج جلسه قبل

استفاده از سوالاتی مانند:

نظر شما درباره آنچه درباره خود به من گفتید چیست؟

در طول جلساتی که داشتیم چه چیزی بهتر شده است؟

اطرافیان چه چیز متفاوتی در شما می بینند؟

بهترین امیدها، نقشه اثرات مشکل، توصیف آینده ترجیحی، استثنائات و ایده ها درباره نمایش جدید را که در فرم

مربوطه نوشته شده است، مرور کرده و نظر مراجعان را جویا شوید.

جلسه چهارم

جلسه پنجم

جلسه ششم

دیدگاه شما درباره چگونگی جلسات برگزار شده چیست؟

جدول ۲. پروتکل درمانی رویکرد راه حل محور بر تاب آوری، صمیمیت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین متعارض (زاکي^۱، ۲۰۱۱)

| تعداد جلسات | محتوای جلسات |
|-------------|---|
| جلسه اول | بیان خلاصه ای از شرایط مشاوره از قبیل لزوم شرکت منظم در جلسات تعیین شده، پاسخگویی به سوالات و ابهامات مراجعان، بیان اصول کلی و "درمان کوتاه راه حل محور"، تمرکز بر مقاومت مراجعان، تعریف مشکل، دعوت از مراجع که مشکل را در یک کلمه بگوید و آن کلمه را به یک جمله تبدیل کند، تبدیل مشکل به اهداف قابل دسترس، بحث و مناظره درباره مشکل صورت می گیرد و برای جلسه آتی تکلیف داده می شود. |
| جلسه دوم | بررسی تکالیف هفته قبل، کمک به زوجین جهت تدوین اهداف خود براساس رویکرد راه حل محور به صورت مثبت، معین، ملموس و قابل اندازه گیری (تعیین هدف)، بررسی راه حل های بر طرف کننده شکایات، فرمول بندی حلقه های راه حل مشکلات صورت می گیرد و برای جلسه آتی تکلیف داده می شود. |
| جلسه سوم | بررسی تکلیف داده شده، خلاصه ای از جلسه قبل و بررسی مشکل، کمک به زوجین تا دریابند که یک ماجرا ممکن است توسط هر کمک به یکی از افراد خانواده به صورت های مختلفی تعبیر گردد. ضمناً به زوجین کمک می شود تا به توانمندی های خود پی برده و بتوانند یکدیگر را در زمان های لازم تحسین نمایند، حرف زدن درباره آینده، استفاده از فن یافتن و برجسته کردن استثنائات و سؤالات معجزه ای، پیدا کردن یک داستان مثبت انجام شده و برای جلسه آتی تکلیف داده می شود. |
| جلسه چهارم | بررسی تکالیف و خلاصه ای از جلسه قبل، در این جلسه هدف کمک به زوجین تا به وجود استثنائات مثبت در زندگی و وجود همسر خود در گذشته و جدید و تکراری و آینده پی ببرند و به این طریق سطح امیدواری آنان بالا رود، فن شاه کلید و استفاده از آن، استفاده از فن سؤالات مقیاسی توضیح داده می شود و برای جلسه آتی تکلیف داده می شود. |
| جلسه پنجم | بررسی تکالیف هفته قبل، امحا الگوهای مخل رفتاری با استفاده از پرسش معجزه آسا (ادامه فن شاه کلید هفته قبل)، استفاده از فن تکالیف وانمودی، استفاده از سؤالات راه حل مدار، استفاده از برهان خلف و شرط بندی متناقض انجام می شود و تکلیف برای جلسه آتی داده می شود. |
| جلسه ششم | خلاصه ای از جلسات قبل و بررسی تکالیف انجام شده، آموزش کاربرد واژه «بسیار مهم» به جای «خواسته می شود» به جای آن چه که الان انجام می دهند، تا زوجین راه و روش دیگری را برای طرز تفکر، احساس و عملکرد و رفتار خود در پیش گیرند، استفاده از سؤالات درجه دار، تعیین این که آیا مراجعان به اهداف درمان دست یافته اند؟، ارائه توصیه های لازم به زوجین در زمینه بازسازی زندگی صورت می گیرد. |

روش آماری

در این پژوهش برای داده های توصیفی از روش های آماری محاسبه فراوانی، درصد و درصد تجمعی، نمودارها و جداول استفاده شد و در زمینه آمار استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل واریانس مکرر و آزمون پیگیری بونفرونی استفاده گردید. در نهایت تمامی محاسبات آماری با نرم افزار spss نسخه ۲۶، انجام پذیرفت

نتایج

درصد فراوانی مربوط به رده سنی ۲۱-۲۸ سال در گروه های کنترل، روایت درمانی راه حل محور و درمان راه حل محور به ترتیب برابر ۴۰/۰ درصد، ۴۵/۰ درصد، و ۳۵/۰ درصد می باشد. و درصد فراوانی مربوط به رده سنی ۲۹-۳۶ سال در گروه های کنترل، روایت درمانی راه حل محور و درمان راه حل محور به ترتیب برابر ۳۵/۰ درصد، ۳۰/۰ درصد، و ۴۰/۰ درصد می باشد. همچنین درصد فراوانی مربوط به رده سنی ۳۷-۴۴ سال در گروه های کنترل، روایت درمانی راه حل محور و درمان راه حل

محور به ترتیب برابر ۲۵/۰ درصد، ۲۵/۰ درصد، و ۲۵/۰ درصد می باشد. گروه های کنترل و روایت درمانی راه حل محور با رده سنی ۲۱-۲۸ سال به ترتیب با ۴۰ درصد و ۴۵ درصد بیشترین درصد فراوانی حجم نمونه را به خود اختصاص دادند و گروه کنترل و همچنین دو گروه آزمایش با رده سنی ۳۷-۴۴ سال دارای فراوانی یکسانی هستند

درصد فراوانی مربوط به تحصیلات زیردیپلم در گروه های کنترل، روایت درمانی راه حل محور و درمان راه حل محور به ترتیب برابر ۳۵/۰ درصد، ۳۰/۰ درصد، و ۳۵/۰ درصد می باشد. و درصد فراوانی مربوط به تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم در گروه های کنترل، روایت درمانی راه حل محور و درمان راه حل محور به ترتیب برابر ۳۰/۰ درصد، ۳۵/۰ درصد، و ۳۵/۰ درصد می باشد. همچنین درصد فراوانی مربوط به تحصیلات لیسانس و بالاتر در گروه های کنترل، روایت درمانی راه حل محور و درمان راه حل محور به ترتیب برابر ۳۵/۰ درصد، ۳۵/۰ درصد، و ۳۰/۰ درصد می باشد. نمودار ۴-۲، سطح تحصیلات مربوط به شرکت کنندگان در پژوهش را نشان داد.

جدول ۳. جدول میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی زوجین دارای تعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره در سه

مرحله مختلف تحقیق

| متغیر | گروه ها | تعداد | پیش آزمون | پس آزمون | پیگیری |
|-------------|---------|-------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | | | میانگین ± انحراف معیار | میانگین ± انحراف معیار | میانگین ± انحراف معیار |
| کیفیت کنترل | ۲۰ | | ۴/۸۰ ± ۵۳/۸۵ | ۴/۱۹ ± ۵۲/۵۵ | ۴/۷۹ ± ۵۴/۲۰ |
| زندگی SFNT | ۲۰ | | ۴/۳۳ ± ۵۳/۵۰ | ۴/۰۳ ± ۸۱/۶۵ | ۴/۰۲ ± ۸۰/۳۰ |
| SNF | ۲۰ | | ۵/۰۸ ± ۵۴/۴۵ | ۴/۶۶ ± ۷۲/۷۵ | ۴/۸۷ ± ۷۱/۵۰ |
| کل | ۲۰ | | ۴/۶۸ ± ۵۳/۹۳ | ۱۲/۹۸ ± ۶۸/۹۸ | ۱۱/۸۲ ± ۶۸/۶۶ |

کنترل تغییرات میانگین زیادی در سه مرحله آزمایش مشاهده نمی شود. لذا جهت تعیین معنی داری تفاوت میانگین ها در دو گروه آزمایش و گروه کنترل و همچنین بین سه مرحله آزمون (

نتایج جدول ۳ نشان داد که بین میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه های آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت زیادی با مرحله پیش آزمون وجود دارد؛ در حالی که در گروه

برابر بودن واریانس تفاوت تمام زوج های اندازه گیری مکرر) با آزمون موخلی بررسی شد. نتایج این آزمون ها در جدول ۴-۲۱ ارائه شده است.

پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) از تحلیل واریانس مکرر استفاده شد. پیش از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، پیش فرض های مربوط به این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. پیش فرض نرمال بودن با آزمون شاپیرو-ویلک، تساوی واریانس با آزمون لوین و برقرار بودن کرویت (یعنی

جدول ۴. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، لوین و کرویت موخلی متغیر کیفیت زندگی جهت بررسی پیش فرض تحلیل واریانس مکرر

| معنی داری | آزمون موخلی | | آزمون لوین | | آزمون شاپیرو-ویلک | | معنی داری |
|-----------|-------------|-------|------------|-------|-------------------|-------|-----------|
| | df | آماره | df1 | آماره | df | آماره | |
| .۰۰۱ | ۲ | .۶۴۸ | | | ۲۰ | .۹۳۵ | پیش آزمون |
| | | | | | ۲۰ | .۹۵۹ | پس آزمون |
| | | | | | ۲۰ | .۹۳۸ | پیگیری |

شد نشان داد که پیش فرض کرویت برقرار نیست. بنابراین آزمون گریس هاوس-گیسر با درجات آزادی تعدیل شده مبنای گزارش آمار F مربوط به مقادیر درون گروهی متغیر کیفیت زندگی قرار گرفت.

با توجه به نتایج جدول ۴-۲۱ می توان چنین بیان نمود که عدم معنی داری آماره کیفیت زندگی مربوط به آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون لوین نشان می دهد که پیش فرض های نرمال بودن و تساوی واریانس برای متغیر کیفیت زندگی برقرار است. اما با توجه به این که آزمون موخلی در سطح ۰۰۱/ معنی دار

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه گیری های مکرر برای اثبات اثرات بین گروهی و تعامل

| توان | مجذور | سطح | درجه آزادی | درجه | F | ارزش | SFNT و | تأثیر بین گروهی درمان های |
|-------|-------|------|------------|-------|--------|------|---------|---------------------------|
| آماره | اتا | معنی | خطا | آزادی | | | | SFT |
| .۹۹ | .۸۵ | .۰۰۱ | ۵۶ | ۲ | ۱۶۸/۰۱ | .۱۴۳ | لامبدای | عامل کیفیت زندگی |
| | | | | | | | ویلکز | |
| .۹۹ | .۵۳ | .۰۰۱ | ۱۱۲/۰۰ | ۴ | ۳۱/۹۹ | .۲۱۸ | لامبدای | عامل کیفیت زندگی |
| | | | | | | | ویلکز | و گروه ها |

کیفیت زندگی زوجین متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان شیروان است. بنابراین آزمون فوق نشان داد که در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون، میزان کیفیت زندگی زوجین متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره گروه های آزمایش به طور معنی داری تغییر کردند توان آماری ۰۹۹/ و ۰۹۹/ حاکی از دقت معناداری این اثربخشی است.

نتایج جدول ۵ نشان داد که بین میانگین نمره های عامل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) مربوط به کیفیت زندگی زوجین متعارض تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < .001$) و همچنین بین نمره های عامل و گروه ها در میزان کیفیت زندگی زوجین متعارض تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < .001$). این نتایج نشانگر اثربخشی درمان SFNT و درمان SFT بر روی

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنی ها و درون آزمودنی ها با اندازه گیری های مکرر متغیر کیفیت زندگی زوجین متعارض در گروه های آزمایشی و گواه

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | df | F | سطح معنی | مجدور | توان آماری |
|------------------|---------------|-------|---------|----------|-------|------------|
| | SS | | | داری | اتا | Eta squ. |
| بین گروهی | | | | | | |
| گروه | ۱۰۵۳۴/۸۷ | ۲ | ۱۸۷/۵۷ | .۰۰۱ | .۸۶ | .۹۹ |
| خطا | ۱۶۰۰/۶۵ | ۵۷ | ۵۲۶۷/۴۳ | | | |
| درون گروهی | | | | | | |
| عامل | ۸۸۷۳/۴۷ | ۱/۴۷ | ۲۶۰/۷۸ | .۰۰۱ | .۸۲ | .۹۹ |
| عامل و گروه | ۵۴۲۱/۰۲ | ۲/۹۵ | ۷۹/۶۵ | .۰۰۱ | .۷۳ | .۹۹ |
| خطا(عامل و گروه) | ۱۹۳۹/۵۰ | ۸۴/۲۹ | ۲۳/۰۰ | | | |

از لحاظ آماری معنی دار است ($F=۲۶۰/۷۸$ ، $P<./۰۰۱$). به این معنی که میانگین نمرات کیفیت زندگی سه مرحله آزمون(پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) نیز دارای تفاوت هستند. در نهایت نتایج نشان داد که تعامل بین عامل و گروه نیز از لحاظ آماری معنی دار می باشد ($F=۷۹/۷۵$ ، $P<./۰۰۱$). بنابراین به دنبال معنی دار شدن تفاوت میانگین نمرات سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه های آزمایشی و کنترل از مقایسه های زوجی(تفاوت میانگین ها I-J) آزمون بونفرونی (جدول ۷)، استفاده شد.

در جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر بین سه گروه پژوهش در سه سطح اجرا برای کیفیت زندگی ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول بین دو گروه آزمایشی و گروه کنترل در میزان کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F = ۱۸۷/۵۷$ ، $P<./۰۰۱$). اندازه اثر $.۸۶$ و توان $.۹۹$. حاکی از دقت معنی داری در این زمینه است. بدین معنی که مداخلات درمانی باعث شده که حداقل یک گروه از لحاظ میانگین نمرات کیفیت زندگی با دو گروه دیگر تفاوت داشته باشد. در ادامه نتایج درون گروهی نیز نشان می دهد که علاوه بر این، میانگین نمرات عامل(پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)

جدول ۷. نتایج آزمون بونفرونی مربوط به گروه های آزمایشی و کنترل در سه زمان پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

| متغیر | دوره | گروه | اختلاف میانگین | سطح معنی داری |
|-------------|-----------|--------------------------|----------------|---------------|
| | | گواه - آزمایش SFNT | .۳۵ | .۹۹ |
| | پیش آزمون | گواه - آزمایش SFT | ۰/۶۰ | .۹۹ |
| | | آزمایش SFNT - آزمایش SFT | .۹۵ | .۹۹ |
| | | گواه - آزمایش SFNT | ۲۹/۱۰ | .۰۰۱ |
| کیفیت زندگی | پس آزمون | گواه - آزمایش SFT | ۲۰/۲۰ | .۰۰۱ |
| | | آزمایش SFNT - آزمایش SFT | ۸/۹۰ | .۰۰۱ |

| | | | |
|--------|--------------------------|-------|-------|
| پیگیری | گواه - آزمایش SFNT | ۲۶/۱۰ | ۰/۰۰۱ |
| | گواه - آزمایش SFT | ۱۷/۳۰ | ۰/۰۰۱ |
| | آزمایش SFNT - آزمایش SFT | ۸/۸۰ | ۰/۰۰۱ |

بحث و نتیجه گیری

نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی جهت بررسی تفاوت میزان اثربخشی روایت درمانی راه حل محور (SFNT) و درمان راه حل محور (SFT) بر کیفیت زندگی زوجین دارای تعارض نشان داد که بین میانگین نمرات پس آزمون گروه های آزمایش (روایت درمانی راه حل محور (SFNT) و درمان راه حل محور (SFT)) با گروه گواه در متغیر وابسته کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به بالا بودن میانگین گروه های آزمایش نسبت به گروه گواه در جداول توصیفی می توان بیان کرد که هر دو درمان (SFNT) و (SFT) بر میزان کیفیت زندگی زوجین متعارض اثربخش بوده اند. همچنین نتایج نشان دهنده این است که میانگین کیفیت زندگی در بین سه گروه مورد مطالعه دارای تفاوت است. در ادامه جهت تعیین تفاوت در میزان اثربخشی، آزمون بونفرونی نشان داد که بین میزان اثربخشی دو درمان (SFNT) و (SFT) بر کیفیت زندگی زوجین دارای تعارض در مرحله پس آزمون تفاوت وجود دارد؛ بدین معنی که روایت درمانی راه حل محور اثربخشی بیشتری نسبت به درمان راه حل محور داشته است. در نهایت با بررسی اختلاف میانگین بین گروه های مورد مطالعه در مرحله پیگیری مشخص شد که این اختلاف میانگین در این مرحله نیز حفظ شده است. بنابراین درمان های (SFNT) و (SFT) توانستند اثر خود را بر متغیر کیفیت زندگی در مراحل پیگیری نیز حفظ نمایند. در ارتباط با اثربخشی رویکردهای درمانی، این یافته پژوهش با نتایج طاهری فرد و همکاران (۱۴۰۲)، اسمحانی اکبری نژاد و همکاران (۱۳۹۸)، اولیازاده و رئیس (۱۳۹۶)، بلوچی (۱۳۹۵)، ابوسعیدی (۱۳۹۴)، شریفیان و همکاران (۱۳۹۳)، کلپل و همکاران (۲۰۱۷) و القامدی، هانت و توماس (۲۰۱۷) همسو و همخوان می باشد.

جهت تبیین وجود تفاوت بین اثربخشی روایت درمانی راه حل محور (SFNT) و درمان راه حل محور (SFT) بر کیفیت

در جدول ۷ نتایج مربوط به آزمون بونفرونی ارائه شده است. نتایج نشان می دهد که تفاوت میانگین پیش آزمون گروه گواه با دو گروه آزمایش در متغیر کیفیت زندگی، از لحاظ آماری معنی دار نیست؛ همچنین تفاوت میانگین پیش آزمون دو گروه آزمایش SFNT - SFT برابر ۰/۹۵ می باشد که از لحاظ آماری معنی دار نمی باشد. بدین معنی که پیش آزمون سه گروه مورد مطالعه در مرحله پیش آزمون تفاوتی در میزان کیفیت زندگی نداشتند. در ادامه نتایج جدول نشان می دهد که در مرحله پس آزمون اختلاف میانگین گروه های پژوهش (گواه - آزمایش SFNT = ۲۹/۱۰، گواه - آزمایش SFT = ۲۰/۲۰ و آزمایش SFNT - SFNT = ۸/۹۰ در سطح $p < ۰/۰۰۱$) معنی دار شدند. با مراجعه به جدول یافته های توصیفی (جدول ۴-۲۰)، می توان گفت که میانگین نمرات کیفیت زندگی دو گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به گروه گواه افزایش یافته است؛ لذا هر دو درمان بر میزان کیفیت زندگی زوجین متعارض اثرگذار بودند. همچنین با توجه به این جدول می توان گفت که پس آزمون کیفیت زندگی گروه آزمایش SFNT نسبت به گروه آزمایش SFT افزایش بیشتری داشته و اختلاف میانگین آن ها در آزمون بونفرونی نیز معنی دار شده است. بدین معنی که اثربخشی درمان SFNT نسبت به SFT در متغیر کیفیت زندگی بیشتر بوده است. در نهایت با بررسی اختلاف میانگین بین گروه های مورد مطالعه در جدول فوق می توان استنباط کرد که اختلاف میانگین های بین گروه گواه - آزمایش SFNT = ۲۶/۱۰، گواه - آزمایش SFT = ۱۷/۳۰ در سطح $p < ۰/۰۰۱$ در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است و از لحاظ آماری این اختلاف معنی دار می باشد. بنابراین درمان روایت درمانی راه حل محور و درمان راه حل محور توانستند اثر خود را در مراحل پیگیری حفظ نمایند.

است (۴۰). علاوه بر روایت ها در روایت درمانی راه حل مدار به زوجین کمک شد تا در کنار روایت هایی که ارائه می دهند از نبوغ و توانایی های خود استفاده کنند و به ارائه راه حل هایی برای از بین بردن مشکلاتی که برخورد می کنند، پردازند. بنابراین در این فرضیه مشاهده می شود که اثربخشی روایت درمانی راه حل مدار نسبت به درمان راه حل محور کارآمدی بیشتری دارد.

کوتاهی مدت زمان اجرای درمان ها و وجود محدودیت زمانی می تواند بر نتایج تحقیق تاثیرگذار باشد. توصیه می شود در تحقیقات آینده روایت درمانی راه حل محور (SFNT) با درمان های دیگر (به جز درمان راه حل مدار) نیز مورد مقایسه قرار گیرد تا هم اثربخشی و هم توان این روش درمانی در ارتباط با دیگر رویکردهای درمانی مشخص شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب سپاسگزاری خود را از شرکت کنندگان و کسانی که آنها را در انجام این تحقیق یاری کردند و همچنین اساتید محترم و همکاران عزیز، اعلام می دارند.

تعارض منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

زندگی زوجین می توان بیان کرد که برون سازی مشکل به عنوان فرایندی اولیه در روایت درمانی، به تسهیل جدایی بین فرد و مشکل می پردازد و با تکیه بر توانایی ها و باورها و شایستگی های افراد می تواند نفوذ مشکلات را کاهش دهد و مسائل را منقطع و حل شدنی تعریف کند (۳۷). مبنای اصلی روایت درمانی بر پایه کلمات است که به درک منجر می شوند؛ اما به تنهایی کافی نیستند. افراد به کلماتی که در داستان خود می گویند، فکر می کنند و از این طریق می توانند منظورشان را بهتر بیان کنند. زمانی که فرد با کلمات جدیدی صحبت می کند، دنیای تازه ای را برای خود می سازد (۳۸). چهارچوب دهی مجدد که با تغییر بافت و زمینه یک وضعیت، به تغییر برداشت و دیدگاه مراجع کمک می کند، توانست با تغییر معانی و ارزش وقایع زندگی زناشویی و مسائل پیشرو، بدون تغییر واقعیات میزان تعارضات زناشویی را کاهش دهد. رابطه درمانی با کمک شفافیت در رابطه، تسهیل شد و در ایجاد احساس امنیت مراجع برای بیان داستان هایشان کمک کننده بود. روایت درمانی با درگیر کردن افراد در گفت و گوهای درمانی، کمک می کند بر مشکلاتشان غلبه کنند (۳۹). داستان هایی که زوجین درباره روابط خود بیان می دارند، نشان دهنده تلاش آن ها برای معنابخشی روایتی به تجربیاتشان از صمیمیت با زوج دیگر

References

1. Waring, E. M. (2013). Enhancing marital intimacy through facilitating cognitive self-disclosure. British: Publisher Routledge.
2. Tolorunleke, C. A. (2014). Causes of marital conflicts amongst couples in Nigeria: Implication for counselling psychologists. *Social and Behavioral Sciences*, 140(1): 24-26.
3. Houseini, Fatemeh, Vakili, Parivash, . Abolmaali Alhosseini, Khadijeh (2021) Comparison of the effectiveness of couple therapy based on object relationships and solution-oriented couple therapy on the emotional expression of spouses with marital conflict, *Journal of Applied Family Therapy*, Vol2, No1, pp128-108
4. Bahmani makavandzadeh, Parvaneh, Amanelahi, Abbas (2018) Predicting Depression based on Marital Satisfaction, Marital Conflicts and Marital Instability among Married Women in Ahwaz, *Community Health*, Vol. 5 No.2, pp171-180.
5. Rasouli, Aras (2017) Developing the Model of Family Functioning based on the Components of Hope, Intimacy and Marital Conflicts in Couples, *Iranian Journal of Nursing Research (IJNR)*, vol12, issue4, pp1-8
6. Bradbury, T.N., Finchman, F.D., Beach, S.R. (2000). The nature and determinant of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of marriage & family*, 62(3), 64- 80
7. Troxel, W. M. (2006). Marital quality, communal strength, and physical health. Doctoral Thesis. University of Pittsburgh.

8. Zhang, H., Xu, X., Tsang, S.K. (2012). Conceptualizing and Validating Marital Quality in Beijing: A Pilot Study, *Social Indic Research*, 10, 325-368.
9. Khajeh, Amirhesam, Bahrami, fatemeh, Fatehizadeh, Maryam, Abedi ,Mohammadreza, Sajjadian, Parinaz(2013) The Effect of Happiness Training Based on Cognitive Behavioral Approach on Quality of Marital Life in Married Males and Females, *Knowledge & Research in Applied Psychology* Vol 14. No. 3 (Continuous No. 53) - Autumn 2013 PP: 11-21.
10. Cribbet, M.R., Smith, T.W., Uchino, B.N., Baucom, B.R.W., Nealey-Moore, J.B. (2020). Autonomic influences on heart rate during marital conflict: Associations with high frequency heart rate variability and cardiac preejection period. *Biological Psychology*, 151, 107-112.
11. Li, X., Liu, Q. (2020). Parent–grandparent coparenting relationship, marital conflict and parent–child relationship in Chinese parent–grandparent coparenting families. *Children and Youth Services Review*, 109, 104-110.
12. Özgüç, S., Tanrıverdi, D. (2018). Relations Between Depression Level and Conflict Resolution Styles, Marital Differentiations of Patients With Major Depression and Their Spouses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(3),337-342.
13. Frankel, L.A., Umemura , T., Jacobvitz, D., Hazen, N.(2015). Marital conflict and parental responses to infant negative emotions: Relations with toddler emotional regulation. *Infant Behavior and Development*, 40, 73-83
14. Deshazer, S., (1998). clues, Investigating solutioninbrieftherapy. Newyirk :Norton.
15. Arslan, U., & Gumuscaglayan, G. (2018). Solution Focused Brife Therapy: A Brife Overview. *University Journal of Education Faculty*, 47, 491-507.
16. Arslan, U., & Ulus, I.C. (2020). Solution Focused Brife Therapy Traininig. *Bartın University Journal of Faculty of Education*, 9(1), 1-12.
17. Cortes, B., Basllesteros, A., Collantes, I., & Aguilar, M. L. (2016). What makes for good outcomes in solutionfocused brief therapy? *ELSEVIER, European Psychiatry*, 33, 222-233.
18. Karahan, F. S., Bakalim, O., & Yoleri, S. (2017). Solution focused thinking and empathy in education faculty students. *Journal of Human Sciences*, 14(4), 4383-4392.
19. Khalili G, Zaharakar K, Kasaei Esfahani A. (2020). Comparison of the effectiveness of training based on solution-focused brief therapy and rational emotive behavioral therapy on meaning of work among employees of oil company. *Journal of Psychological Science*. 19(90), 699-713.
20. Metcalf, L., & LPC-S, L. S. (2017). Solution focused narrative therapy. Springer Publishing Company.
21. Rothwell, N(2005). How brief is solution focused brief therapy. A comparative study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 12(5): 402-405.
22. Payne, Martin (2010). Consultation with my wife, , Darmani novel. (Translated by Naderi, Fateme, Salimi Kochi, Arman and Abbasi, Morteza). (2018). Tehran: Arjamand.
23. Yanaradag, Melek Zubaroglu., Ozmete.(2020). The effect of solution focused work intervention on college students hople and stress levels. *Journal Of Economic Administrative Sciences Faculty*. ISSN: 2149-1658.
24. D Abate. Dominic A.(2016). Use of solution- focused and family narrative approachesbin working with high conflict family.*Journal of child custody*.13:4'269-288. ISSN:1537-9418(print)1537-940x.
25. naeimi ,brahim , shirashtiani ,azadeh(2016) The effectiveness of the combination of solution-focused therapy and narrative therapy on vitality and emotional control in divorce applicant women, *Journal of Culture of Counseling and Psychotherapy*, Vol. 7 No.27pp 149-163
26. Koran, L. M., Bromberg, D., Hornfeldt, C. S., Shepsker, J. C., Wang, S., & Hollander, E .(2010). Extended – release fluvoxamine and improvements in quality of life in patients with obsessive – compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry, Comppsyh*, 24, 1-17.
27. Lachiyani, Fatemeh, Mohammadi Arya, Alirreza, RobatJazee ,Efffat Sadat, ,tatabae, Seyyed Shahabeddin , Hedayati, Mobin, Rostaee ,Amin(2012) The efficacy of stress inoculation training upon the happiness rate and life\s quality of old persons, *Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, Volume 20, Number 2.pp 184-193.
28. Eslami, Reza Hashemian, Peyman , Jarahi ,Lida, Modarres Gharav, Morteza (2013) Effectiveness of Group Reality Therapy on Happiness and Quality of Life in Unsupervised Adolescents in Mashhad, *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences* Vol. 56, No. 5 P: 300-306

29. Khalilzad Behrozian S, Ahmadi E(2013). THE ASSESSMENT OF SELF EFFICACY AND THE DIMENSIONS OF QUALITY OF LIFE ON SMOKERS AND NONSMOKERS. *Studies in Medical Sciences*; 24 (4) :257-262
30. Taheri Fard , Ahmad.. Javdan, Moosa, Samavi, Seyed Abdulwahab. . Najarpourian , Samaneh(2023) Investigating the effectiveness of solution-oriented narrative therapy on boredom, engagement and hope of women applying for divorce, *Journal of Applied Family Therapy*, Vol. 4, No. 4,pp 331-349
31. Esmakhani Akbari Nejad, Hadi; Qamari, Mohammad; Poyamanesh, Jaafar; Fathi Aqdam, Qurban (2019). An assessment of the nature of the narrative and the rationality of the culture - agitation with the experience of orchard surgery. *Fasnameh Bimari Hai Bustan Iran*, 12(4), 52-63.
32. Olyazadeh, Maryam; Raisi, Zahra (2017). Azarbakhshi has resolved the issue of sexual conflicts and the quality of marriage in the month of Isfahan. *Salamat University*, Session 11 (3 , 4), 1-10.
33. Balochi, Fazel (2016). Azarbakhshi narration of Darmani bar Sazgari and the designation of Zanachoi Zanan administration of Amuzesh and Parrush of Goyim region. *Bayanama Karshanasi Arshad, Danishgah Azad Islami, one Marvodasht*
34. Abu Saidi, Al-Ilham (2015). Atharbakhshi is not building a bridge around the countryside of Behboud Al-Gouhai connection axis, and the main road is closed. *Bayanama Karshanasi Arshad Rawan Shanasi, Daneshgah Khwarazmi*.
35. Sharifian, Mahnaz, Dabir Moghaddam, Mahtab, Hassanzadeh Peshing, Samira, and Safarinia, Majid. (2014). Please click on the program for her husband's relationship with her husband and her husband's marriage date in the month of Tehran. *Rawan Shanakhti Studies*, 10(3), 47-78
36. Alghamdi, M., Hunt, N., & Thomas, S(2017). The effectiveness of Narrative Exposure Therapy with traumatised firefighters in Saudi Arabia: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 66, 64-71.
37. Vromans LP, Schweitzer RD. (2011).Narrative therapy for adults with major depressive disorder: improved symptom and interpersonal outcomes. *Psychother Res*. 21(1):4–15.
38. Genç E, Baptist J.(2019). Managing conflict with parents–in–law in a secular society steeped in islamic traditions: perspectives of married turkish couples. *Journal of Family Psychotherapy*. 30(1):20–39.
39. Hee CWH, Sandberg JG, Yorgason JB, Miller RB. (2019).Can attachment behaviors moderate the influence of conflict styles on relationship quality? *Journal of Couple & Relationship Therapy*. Oct 2;18(4):281–302.
40. Delatorre MZ, Wagner A. (2019).How do couples disagree? An analysis of conflict resolution profiles and the quality of romantic relationships. *Revista Colombiana de Psicología*. 28:91–108.

Original Article

Comparing the effectiveness of solution-oriented narrative therapy and solution-oriented therapy on the quality of life of couples with conflict

Received: 05/07/2024 - Accepted: 07/08/2024

Goldasteh Faraydoni Golyan¹
Maryam Sadeghifard^{2*}
Emad Yosefi^{3*}

¹ Ph.D. Student, Department of Psychology and Educational Science, Qeshm Branch, Islamic Azad University, Qeshm, Iran

² Assistant Professor, Department of Counseling, University of Hormozgan, Bandar Abbas, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Science, Qeshm Branch, Islamic Azad University, Qeshm, Iran

Email: sadeghim45@yahoo.com

Abstract

Introduction: The present study was conducted with the aim of comparing the effect of solution-oriented narrative therapy and solution-oriented therapy on the quality of life of conflicted couples.

Methods: The method of this research was quasi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group with a two-month follow-up test. The statistical population of this research included all couples with marital conflict who referred to Shirvan counseling centers in 1401-1402. The sample of the present study included 30 couples with marital conflict (20 people in each group) who were selected by available sampling method by referring to the clinics and counseling centers of Shirvan city and were randomly assigned to two experimental and control groups. Solution-Focused Narrative Therapy (SFNT) and Solution-Focused Therapy (SFT) were administered separately for 6 sessions to the experimental groups, and the control group received no intervention. In this research, the World Health Organization (WHO) short quality of life questionnaire was used to collect data. And to analyze the collected data, repeated analysis of variance and Bonferroni's post hoc test were used, and SPSS-26 statistical software was used to analyze the data.

Results: The results showed that narrative therapy was solution-oriented and solution-oriented therapy was on resilience and marital intimacy of conflicted couples and both treatments were able to improve ($P < 0.001$). Also, the results of the Bonferroni test showed that the therapeutic effect of solution-oriented narrative therapy and solution-oriented therapy on quality of life was maintained after two months ($P < 0.001$). Also, the results showed that the effect of solution-oriented narrative therapy on the quality of life variable of conflicted couples was better than solution-oriented therapy ($P < 0.001$).

Conclusion: According to the results of the research, it can be said that both approaches can be used to resolve couples' conflicts, although the effectiveness of the solution-oriented narrative therapy approach was more than the solution-oriented therapy.

Keywords: Solution-Oriented Narrative Therapy, Solution-Oriented Therapy, Quality Of Life, Couples With Conflict