

## تأثیر زوج درمانی گروهی هیجان مدار بر بهبود کیفیت روابط زناشویی و افزایش صمیمیت زوجها

فرشته ارسلان ده<sup>۱</sup>، معصومه حبیبی<sup>۲</sup>، آرمان سلیمی<sup>۳</sup>، محمد شاکرمی<sup>۴</sup>، رضا داورنیا<sup>۵\*</sup>

- ۱- کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
  - ۲- کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
  - ۳- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
  - ۴- دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
  - ۵- دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
- \*آدرس مکاتبه: ۰۹۱۵۵۸۵۱۶۲۹ پست الکترونیک: rezadavarniya@yahoo.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** کیفیت روابط زناشویی مفهومی چند بعدی است و شامل ابعاد گوناگون ارتباط زوج‌ها مانند سازگاری، رضایت، شادمانی، انسجام و تعهد می‌شود. هدف از پژوهش حاضر تعیین تاثیر زوج درمانی گروهی هیجان مدار بر بهبود کیفیت روابط زناشویی و افزایش صمیمیت زوجها بود.

**مواد و روش کار:** پژوهش حاضر یک مداخله نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه این پژوهش را زوج‌های دارای مشکلات زناشویی مراجعه کننده به مرکز همیاران سلامت روان واقع در فرهنگسرای کوثر کرج در نیمه دوم سال ۱۳۹۳ تشکیل دادند که بر اساس مصاحبه مقدماتی و ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، ۲۰ زوج به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۰ زوج) جایگزین شدند. آزمودنی‌های دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوگ- راست و مقیاس صمیمیت زناشویی تامپسون و والکر پاسخ دادند. برای گروه آزمایش جلسات زوج‌درمانی هیجان‌مدار در ۱۰ جلسه یک ساعت و نیمه به شیوه گروهی و هفتگی برگزار شد. اما شرکت کنندگان گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نمودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم افزار SPSSv20 انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که مداخله زوج‌درمانی هیجان‌مدار، موجب بهبود کیفیت روابط زناشویی (F= ۶۶/۹۸) و افزایش صمیمیت (F= ۵۶/۳۷) زوجین گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است (P<۰/۰۱).

**نتیجه‌گیری:** زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود کیفیت روابط زناشویی و افزایش صمیمیت زوجین موثر است. توصیه می‌شود این شیوه زوج‌درمانی در مراکز مشاوره خانواده و کارگاه‌های آموزشی در جهت حل مشکلات و تعارضات زناشویی زوج‌ها به کار گرفته شود.

**واژه‌های کلیدی:** زوج‌درمانی، آموزش، ازدواج

امروزه رویکردهای گوناگون زوج درمانی و خانواده درمانی با هدف کاهش تعارضات و آشفتگی ارتباطی میان زوج‌ها بوجود آمده‌است. هدف زوج درمانی کمک به زوج‌ها برای سازگاری مناسب تر با مشکلات جاری و یادگیری روش‌های موثر تر ارتباط است (۱۰). یکی از مدل‌های مطرح در حوزه زوج درمانی، رویکرد زوج درمانی هیجان‌مدار است. زوج‌درمانی هیجان‌مدار توسط گرینبرگ<sup>۲</sup> و جانسون<sup>۳</sup> در اوایل دهه ۱۹۸۰ و بر اساس نظریه سیستمی، درمان انسان‌گرا و تجربی و نظریه دلبستگی تدوین شد (۱۱). زوج درمانی هیجان‌مدار نوعی زوج‌درمانی کوتاه مدت می‌باشد (۸ تا ۲۰ جلسه) که عناصری همچون تجربه‌گرایی، مراجع محوری، ساخت‌گرایی و نگاه سیستمی را در کنار ستون اصلی خود یعنی نظریه‌ی دلبستگی قرار داده است. براساس این مدل درمانی، هیجان‌ها به خودی خود ظرفیت ذاتی سازگاران‌های دارند که اگر فعال شود، می‌تواند به زوجین کمک کند تا مواضع هیجانی و ابرازگری ناخواسته‌ی خود را تغییر دهند (۱۲). فرایند تغییر در زوج درمانی هیجان‌مدار با نه گام درمانی سازماندهی شده است. چهار گام اول مستلزم ارزیابی و شدت زدایی از چرخه تعاملی حامل مشکل است. سه گام میانی بر خلق وقایع خاص که باعث تغییر و جابجایی موقعیت‌های تعاملی و وقوع تعاملات پیوند آفرین کمک می‌کند، می‌پردازد و در گام آخر درمان به یکپارچگی تغییر و ادغام تغییرات با زندگی روزمره زوج اشاره دارد. اگر طرفین این گام‌ها با موفقیت مورد بحث قراردهند، توانایی حل تعارضات زوجی را کسب می‌نمایند (۱۳).

در طول سه دهه از تدوین و توسعه‌ی مدل و اعمال درمان هیجان‌مدار، این نوع درمان به عنوان یکی از

ازدواج به عنوان عالی‌ترین و مهم‌ترین رسم اجتماعی برای دستیابی به نیازهای عاطفی همواره مورد تأیید بوده‌است و رابطه‌ای انسانی، پیچیده، ظریف و پویا است که از ویژگی‌های خاصی برخوردار است (۱). مطالعه روابط زوج‌ها، به روشن شدن چهارچوب‌های ساختاری که روابط زوج‌ها در آن شکل می‌گیرد، کمک می‌کند. یکی از ابعاد روابط زوج‌ها کیفیت روابط زناشویی است که نقش اساسی در کیفیت ارتباطات خانوادگی دارد (۲). کیفیت روابط زناشویی مفهومی چند بعدی و شامل ابعاد گوناگون روابط زوجین مانند سازگاری، رضایت، شادی، انسجام و تعهد است. ابراز رضایت بالا از رابطه، داشتن نگرشهای مثبت به همسر و سطوح پایین خصومت و رفتارهای منفی، نشان دهنده کیفیت زناشویی مطلوب می‌باشد (۳). مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهد که کیفیت روابط زناشویی بر روی وضعیت سلامت جسمانی افراد (۴)، عود سکت‌های قلبی (۵)، سندرم متابولیک (۶) و میزان مرگ و میر (۷) تأثیرگذار است. این اعتقاد وجود دارد که همه انسانها یک نیاز پایه و اساسی به برقراری روابط صمیمانه دارند. صمیمیت یک نیاز روانشناختی اولیه و اصلی در نظر گرفته می‌شود (۸). هنینگ<sup>۱</sup> بیان می‌کند که صمیمیت از عناصر چند گانه‌ای تشکیل شده است که در طول زمان رشد می‌کنند و از الگویی مرحله‌ای تبعیت می‌کنند. این الگو با صمیمیت عقلانی (گفتگو و خودافشایی)، شروع می‌شود و با صمیمیت جسمانی (گرفتن دست، در آغوش کشیدن و رابطه جنسی) ادامه می‌یابد و سپس به صمیمیت عاطفی (در دسترس بودن، حمایت کردن، بیان عاطفی و حساسیت متقابل) منجر می‌شود (۹).

2 - Greenberg  
3 - Johnson

1 - Haning

مدل‌های زوج درمانی در نظر گرفته شده که از نظر تجربی دارای بیشترین حمایت‌های پژوهشی بوده است (۱۴). ویب و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که درمان هیجان مدار به زوج‌ها کمک می‌کند که از طریف تسهیل ایجاد پیوندهای دلبستگی ایمن، تغییرات پایداری در رضایت زناشویی به دست آوردند (۱۵). تای و پولسون در پژوهش خود نشان دادند که پس از مداخله هیجان مدار نحوه ارتباط زوجین با یکدیگر به میزان قابل ملاحظه‌ای بهبود یافت و تعارضات زناشویی آنان به میزان معناداری کاهش و سازگاری زناشویی آنان افزایش یافت (۱۶). با توجه به اینکه کیفیت روابط زناشویی و صمیمیت زناشویی از سازه‌های مهم زندگی زناشویی هستند و تأثیرات عمیقی بر روی سیستم زوجی می‌گذارند و با عنایت به اینکه کیفیت صمیمیت زناشویی بالا، سازگاری، رضایت، خوشبختی و تعهد زناشویی را برای زوج‌ها به همراه دارد و بالعکس کیفیت و صمیمیت زناشویی پایین، سیستم زوجی را با مشکل مواجه می‌سازد و عملکرد سیستم خانواده را به شکل نامطلوبی تحت تأثیر قرار می‌دهد، توجه به این دو سازه زندگی زناشویی و ارایه مداخلات در جهت بهبود و ارتقای آنها ضروری است. رویکرد زوج درمانی هیجان مدار نیز، مدلی است که پژوهش‌های بسیاری از اثربخشی آن در درمان مشکلات زناشویی و خانوادگی حمایت می‌کنند. با توجه به این موارد پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر زوج درمانی گروهی هیجان مدار بر بهبود کیفیت روابط زناشویی و افزایش صمیمیت زوجین انجام شد.

### مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی به شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. کلیه زوجین دارای مشکلات و تعارضات زناشویی مراجعه

کننده به مرکز همیاران سلامت روان شهر کرج واقع در فرهنگسرای کوثر در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۳ جامعه آماری این پژوهش را تشکیل می‌دادند. روش اجرای پژوهش بدین ترتیب بود که پس از هماهنگی‌های لازم با معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی استان البرز و اخذ مجوزهای مربوطه و هماهنگی با مسئولین موسسه همیاران سلامت روان شهر کرج و توضیح درباره اهداف پژوهش و لزوم اجرای آن، فراخوانی از سوی محققین اعلام گردید و از تمامی زوجینی که دارای مشکلات زناشویی و فقدان صمیمیت در روابطشان با همسر بودند، جهت شرکت در یک دوره آموزشی - درمانی دعوت به عمل آمد. پس از فرصتی که جهت ثبت نام و اعلام آمادگی شرکت در جلسات داده شد، ۶۹ زوج نام نویسی نموده و داوطلب حضور در جلسات شدند. در مرحله بعد با دعوت فردی از هر یک از زوجین، مصاحبه مقدماتی کوتاهی توسط مشاوره خانواده به عمل آمد تا بر اساس ملاک‌های در نظر گرفته شده جهت ورود و خروج به پژوهش، افراد واجد شرایط انتخاب کردند. ملاک‌هایی که محقق جهت ورود افراد به پژوهش در نظر گرفته بود، عبارت بودند از: فاصله سنی ۲۵-۴۵ سال، حداقل دو سال سابقه زندگی مشترک، حضور هر دو عضو زوج در جلسات درمان، تکمیل فرم رضایت‌نامه درمان، نداشتن اختلالات حاد روانی و شخصیتی بر مبنای نمرات افراد در پرسش‌نامه تجدید نظر شده فهرست علائم روانی، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل و تعهد شرکت تا پایان جلسات. ملاک‌های خروج افراد از پژوهش نیز شامل داشتن سابقه خیانت زناشویی، مصرف سیگار، الکل و مواد روانگردان، استفاده از داروهای روانپزشکی و سابقه بستری در بیمارستان‌های روانپزشکی بود. با توجه به این موارد، از میان ۶۹ زوج متقاضی، ۵۲ زوج واجد شرایط شرکت در جلسات

مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل، اشاره کرد. پس از جایگزینی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل و اخذ پیش‌آزمون، برای شرکت کنندگان گروه آزمایش، مداخله زوج درمانی هیجان مدار در ۱۰ جلسه یک و نیم ساعته به شیوه گروهی و به شکل هفتگی ارائه شد، اما آزمودنی‌های گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات درمان، مجدداً اعضای هر دو گروه به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. پروتکل جلسات مداخله نیز بر اساس کتاب زوج درمانی هیجان مدار سوزان جانسون ترجمه بهرامی و همکاران طراحی گردید (۱۹). لازم به ذکر است که پس از پایان مرحله پس‌آزمون، محقق جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، جلسات زوج درمانی هیجان مدار را برای شرکت کنندگان گروه کنترل برگزار نمود. خلاصه‌ای از شیوه اجرای زوج درمانی هیجان مدار در جدول ۱ ارائه شده است.

تشخیص داده شدند. در مرحله بعد جهت تعیین اعضای گروه‌های آزمایش و کنترل، در یک جلسه با حضور تمامی زوج‌های واجد شرایط، پرسشنامه‌های پژوهش توسط آنها تکمیل گردید. پس از بررسی پرسشنامه‌ها، ۲۰ زوجی که در پرسشنامه وضعیت زناشویی نمراتی بیشتر از سایرین و در پرسشنامه صمیمیت زناشویی نیز نمراتی کمتر از سایر زوج‌ها کسب کرده بودند (دارای وضعیت زناشویی وخیم تر و صمیمیت کمتر در روابط خود بودند) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۰ زوج) گمارش شدند. لازم به ذکر است برای طرح‌های تجربی حجم نمونه با تعداد ۱۵ تا ۲۰ نفر آزمودنی کفایت می‌کند (۱۷). در این مطالعه مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی (۱۸) رعایت گردید که از جمله آن‌ها می‌توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از

جدول ۱: مختصری از طرح درمان زوج درمانی هیجان مدار

جلسات	عنوان	محتوی جلسات
۱	ارزیابی و پیوستگی	آشنایی، ایجاد پیوستگی، بررسی انگیزه درمان
۲	ادامه ارزیابی و شناسایی چرخه تعامل منفی	کشف تعاملات مشکل دار، ارزیابی مشکل و موانع دلبستگی، ایجاد توافق درمانی
۳	تحلیل و تغییر هیجان‌ات	باز کردن تجربه‌های برجسته مربوط به دلبستگی، پذیرش احساسات تصدیق نشده بنیادی
۴	تحلیل و تغییر هیجان‌ات	روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی، هماهنگی بین تشخیص درمانگر و مراجعان، پذیرش چرخه تعامل توسط مراجعان
۵	درگیری هیجانی عمیق	ابراز هیجان‌ات، افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی، پذیرش هیجان‌ات، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی
۶	درگیری هیجانی عمیق	عمق بخشیدن به درگیری هیجانی، ارتقا روشهای تعامل، تمرکز روی خود نه دیگری، تعریف مجدد دلبستگی
۷	تحکیم و یکپارچه سازی	بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها، نماد گذاری آرزوها بویژه آرزوهای سرکوب شده
۸	تحکیم و یکپارچه سازی	بازسازی تعاملات، کشف راه حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی
۹	تحکیم و یکپارچه سازی	درگیری صمیمانه با همسرشان، پذیرش وضعیت‌های جدید، ایجاد دلبستگی ایمن، ساختن داستانی شاد از رابطه

تسهیل اختتام، مشخص کردن تعامل بین الگوی گذشته و اکنون، رسیدن به این نتیجه که برای سرزندگی نیازی به درمانگر نیست.

روایی سازه‌ای و ملاکی پرسشنامه می‌باشد (۲). بشارت نیز پایایی این پرسشنامه را به شیوه آلفاخ کرونباخ ۰/۹۳ و به شیوه بازآزمایی پس از دو هفته ۰/۹۴ برآورد کرده است (۲۰). در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی پرسشنامه با بهره‌گیری از آلفاخ کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

۲- مقیاس صمیمیت زناشویی<sup>۱۱</sup>: این مقیاس توسط تامپسون<sup>۱۲</sup> و والکر<sup>۱۳</sup> ساخته شده که ۱۷ سؤال دارد و برای سنجیدن میزان صمیمیت زوج‌ها تنظیم شده است دامنه نمرات هر سؤال بین ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) تغییر می‌کند، بنابراین نمره فرد می‌تواند بین ۰ تا ۸۵ تغییر کند که نمره بالاتر نشانه صمیمیت بیشتر است، اما به طور کلی نمرات کمتر از ۴۲ به عنوان صمیمیت کمتر و نمرات بالاتر از ۴۲ به عنوان صمیمیت بیشتر در نظر گرفته می‌شود. این مقیاس با ضریب آلفای ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ از همسانی درونی خوبی برخوردار است. روایی محتوایی و صوری مقیاس توسط ۱۵ نفر از اساتید مشاوره مورد بررسی قرار گرفته است (۲۱). در پژوهش اعتمادی، نوابی‌نژاد، احمدی و فرزاد پرسشنامه بر روی ۱۰۰ زن و شوهر در شهر اصفهان که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، اجرا و ضریب اعتبار کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد که حاکی از اعتبار قابل قبول پرسشنامه است. محاسبه ضریب اعتبار با حذف تک‌تک سؤالات نیز نشان داده که حذف هیچ یک از سؤالا تأثیر محسوسی در ضریب اعتبار ندارد (۲۲). در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۸۲ می‌باشد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه

در این پژوهش از ابزارهای زیر جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد:

۱- پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوگ-راست (گریمس)<sup>۴</sup>: پرسشنامه گریمس ۲۸ عبارت است که 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. این پرسشنامه توسط راست<sup>۵</sup> و همکاران ساخته شده و برای ارزیابی کیفیت زندگی زناشویی به کار می‌رود. این پرسشنامه ارزیابی کلی فرد از زندگی زناشویی خویش را نشان می‌دهد. گزینه‌ها بین صفر تا ۳ نمره گذاری می‌شوند و بنابراین نمره کل بین صفر تا ۸۴ می‌تواند باشد؛ نمره بالا نشانه وخیم‌تر بودن وضعیت زناشویی است. در نمره گذاری هر جمله، مثبت و منفی بودن محتوای جملات برای وضعیت زناشویی در نظر گرفته می‌شود. از لحاظ روایی این پرسشنامه با نظریه فینچام<sup>۶</sup> و برادبری<sup>۷</sup> 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 (۲). پژوهش عیسی‌نژاد نتایج همبستگی این پرسشنامه را با پرسشنامه سازگاری زناشویی باسبی<sup>۸</sup> و همکاران که به منظور ارزیابی کیفیت روابط زناشویی بر اساس نظریه لیوایز<sup>۹</sup> و اسپانیر<sup>۱۰</sup> در مورد کیفیت زناشویی ساخته شده است، به میزان ۰/۶۷ نشان داده است. پرسشنامه همچنین به مداخلات غنی سازی حساس بوده که نشان دهنده

4 - The Golombok-Rust Inventory of Marital State (GRIMS)

5 - Rust

6 - Fincham

7 - Bradbery

8 - Busbi

9 - Lewis

10 - Spanier

11 - Marital Intimacy Scale

12 - Thompson

13 - Walker

که این میانگین برای گروه آزمایش  $32/49 \pm 3/91$  سال و برای گروه کنترل  $32/61 \pm 4/06$  سال بوده است. همچنین میانگین مدت ازدواج گروه آزمایش  $9/50 \pm 2/94$  سال و میانگین مدت ازدواج گروه کنترل  $9/60 \pm 3/73$  سال بود. سایر اطلاعات توصیفی مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

۲۰ انجام شد. در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده گردید.

### یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها در قسمت توصیفی نشان داد، میانگین سنی آزمودنی‌ها  $32/55 \pm 3/90$  سال بوده است

جدول ۲: اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه

گروه	تحصیلات		فرزند	
	مدرک تحصیلی	فراوانی	درصد فراوانی	تعداد فرزند
آزمایش	زیر دیپلم	۸	۴۰	یک فرزند
	دیپلم	۴	۲۰	دو فرزند
	کاردانی	۶	۳۰	سه فرزند
	کارشناسی	۲	۱۰	چهار فرزند
کنترل	زیر دیپلم	۷	۳۵	یک فرزند
	دیپلم	۵	۲۵	دو فرزند
	کاردانی	۷	۳۵	سه فرزند
	کارشناسی	۱	۵	چهار فرزند

نتایج آزمون یومن - ویتنی نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در متغیرهای تحصیلات ( $Z=198, U=-0/057$ ) و تعداد فرزند ( $Z=-0/847, U=170$ ) وجود ندارد ( $P>0.05$ ) و دو گروه در این متغیرها هم‌تا می‌باشند.

نتایج آزمون یومن - ویتنی نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در متغیرهای تحصیلات ( $Z=198, U=-0/057$ ) و تعداد فرزند ( $Z=-0/847, U=170$ ) وجود ندارد ( $P>0.05$ ) و دو گروه در این متغیرها هم‌تا می‌باشند.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد و نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله آزمون	گروه آزمایش			گروه کنترل		
		میانگین	انحراف استاندارد	Z	میانگین	انحراف استاندارد	Z
کیفیت روابط	پیش آزمون	۵۱/۰۵	۲/۹۲	۰/۵۶۹	۵۰/۴۰	۳/۲۰	۰/۵۵۱
زناشویی	پس آزمون	۳۹/۹۰	۲/۹۱	۰/۵۱۰	۴۹/۸۰	۲/۹۳	۰/۵۸۳
صمیمیت	پیش آزمون	۳۶/۵۰	۴/۰۸	۰/۴۷۷	۳۷/۰۵	۴/۴۵	۰/۵۱۷
زناشویی	پس آزمون	۴۸/۴۰	۴/۲۲	۰/۴۶۱	۳۷/۹۰	۳/۸۶	۰/۶۳۵

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری تاثیر درمان بر کیفیت روابط زناشویی و صمیمیت زناشویی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
کیفیت روابط زناشویی	۵۲۷/۱۶	۱	۵۲۷/۱۶	۶۶/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۸۳
خطا	۲۸۳/۳۹	۳۶	۷/۸۷	-	-	-
مجموع	۸۱۷۶	۴۰	-	-	-	-
صمیمیت زناشویی	۶۱۵/۶۶	۱	۶۱۵/۶۶	۵۶/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱
خطا	۳۹۳/۲۵	۳۶	۱۰/۹۲	-	-	-
مجموع	۷۶۲۰	۴۰	-	-	-	-

ریشه روی<sup>۱۷</sup> (۴۲/۱۲) معنادار می‌باشند ( $P < 0.01$ ) و بنابراین بین پیش آزمون و پس آزمون کیفیت روابط زناشویی و یا صمیمیت زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج بررسی این تفاوت در جدول ۴ ارایه شده است.

مقدار F در جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت ایجاد شده در گروه آزمایش برای متغیرهای کیفیت روابط زناشویی ( $F=۶۶/۹۸$ ) و صمیمیت زناشویی ( $F=۵۶/۳۷$ ) معنادار است ( $P < 0.01$ ). میزان تاثیر زوج درمانی هیجان مدار بر کیفیت روابط زناشویی ۰/۸۳ و بر صمیمیت زناشویی ۰/۸۱ می‌باشد که نشان می‌دهد ۸۳٪ از تفاوت‌های ایجاد شده در کیفیت روابط زناشویی و ۸۱٪ از تفاوت‌های ایجاد شده در صمیمیت زناشویی توسط زوج درمانی هیجان مدار ایجاد شده است. براساس این نتایج و مقایسه نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش می‌توان بیان کرد که زوج درمانی گروهی هیجان مدار باعث بهبود کیفیت روابط زناشویی و افزایش صمیمیت زناشویی زوج‌ها شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور تعیین تاثیر زوج درمانی گروهی هیجان مدار بر بهبود کیفیت روابط زناشویی و افزایش صمیمیت زوج‌ها انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد

براساس جدول ۳، میانگین گروه آزمایش در پیش آزمون کیفیت روابط زناشویی ۵۱/۰۵ بوده است که در پس آزمون به ۳۹/۹۰ کاهش یافته است. با توجه به نمره‌گذاری پرسشنامه کیفیت روابط زناشویی کاهش نمره به معنی افزایش کیفیت روابط زناشویی می‌باشد. همچنین میانگین صمیمیت زناشویی گروه آزمایش نیز در پیش آزمون ۳۶/۵۰ بوده است و در پس آزمون به ۴۸/۴۰ افزایش پیدا کرده است. پیش از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس پیش فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون بررسی گردید که بر این اساس عدم معناداری نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف در جدول ۳ نشان می‌دهد که توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش نرمال می‌باشد. بررسی همگنی واریانس‌ها که توسط آزمون لون صورت گرفت نیز نشان داد که واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای کیفیت روابط زناشویی و صمیمیت همگن می‌باشد. عدم تعامل بین گروه و نمرات پیش آزمون نیز نشان داد که شیب‌های رگرسیون همگن می‌باشد و بنابراین تمامی پیش فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس رعایت گردید.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که آزمونهای چهارگانه اثر پیلائی<sup>۱۴</sup> (۰/۹۷۷)، لامبدا ویلکز<sup>۱۵</sup> (۰/۰۲۳)، اثر هتلینگ<sup>۱۶</sup> (۴۲/۱۲)، و بزرگترین

14 - Pillai's Trace  
15 - Wilks' Lambda  
16 - Hotelling's Trace

17 - Roy's Largest Root

چرخه مثبت‌تر به وجود می‌آید که به زوج کمک می‌کند تا به سمت پیوندی ایمن‌تر پیش بروند. هدف درمان هیجان‌مدار این است که کاری کند همسران به پاسخ‌های هیجانی‌ای که زیربنای الگوی تعاملی منفی‌شان هستند، دسترسی پیدا کرده، آن‌ها را ابراز و پردازش مجدد کنند. سپس همسران می‌توانند علائم هیجانی جدیدی را بفرستند که اجازه می‌دهند الگوهای تعاملی به سمت دسترس‌پذیری و پاسخگو بودن بیشتری پیش رفته و در نتیجه یک پیوند ایمن‌تر و رضایت‌بخش‌تری خلق شود (۳۰).

همچنین فرایند تغییر در رویکرد هیجان‌مدار نشان می‌دهد که این درمان کمک می‌کند تا زوجین به هیجان‌ات زیربنایی و آسیب دیده اولیه دسترسی پیدا کرده و بتوانند آن را ابراز کنند. آشکارسازی هیجان‌ات آسیب‌پذیر زیربنایی در شکستن چرخه معیوب تعاملات تأثیر دارد و باعث عمیق شدن صمیمیت و پیوند دلبستگی ایمن می‌شود (۳۱). طبق این دیدگاه، آشفتگی‌های زناشویی، توسط حالت‌های فراگیر از عاطفه منفی و آسیب‌های دلبستگی، عدم توجه به نیازها و خواسته‌های درونی، الگوهای تعاملی منفی و تجربه هیجانی نامناسب، ایجاد شده و ادامه پیدا می‌کند. در واقع در این رویکرد سعی می‌شود هیجان‌ات، مورد شناسایی قرار گرفته و به پیام‌های قابل درک و سازنده تبدیل شوند. مهارت‌های هیجانی که به عنوان توانایی تشخیص و ابراز هیجان‌ات و همچنین توانایی همدلی با دیگران تعریف شده است، باعث افزایش صمیمیت و احساس امنیت شده، انتقادپذیری را در فرد کاهش می‌دهد و در حفظ و تداوم یک ارتباط موفق ضروریست (۳۲). در این مدل فرض بر این است که وضعیت روانی و بین شخصی که زوجها در تعاملات خود دارند، بواسطه تجربیات هیجانی فردی هر یک از زوجها سازمان‌دهی می‌شود. پایه و اساس روش درمان

که بین نمرات کیفیت روابط زناشویی و صمیمیت زناشویی دو گروه پس از حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت آماری معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر مداخله زوج‌درمانی هیجان‌مدار باعث بهبود کیفیت روابط زناشویی و افزایش میزان صمیمیت زوجها در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات زاکارینی و همکاران که بیان کردند زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بخشش و آشتی زوجین و ایجاد همبستگی عاطفی بین آنان مؤثر بوده است (۲۳)؛ باتلر و همکاران که در مطالعه خود نشان دادند که رویکرد هیجان‌مدار در بهبود و کاهش مشکلات ارتباطی مؤثر است (۲۴)؛ دنتون، ویتبورن و گلدن که در پژوهش خود به مقایسه زوج‌درمانی هیجان‌مدار و دارودرمانی برای درمان زنانی که در کنار افسردگی شدید از آشفتگی زناشویی رنج می‌بردند، پرداختند و نشان دادند زنانی که در گروه زوج‌درمانی بودند، بهبودی بیشتری نسبت به زنان گروه دارو درمانی داشتند و این بهبودی در طول پیگیری ۶ ماه نیز حفظ شده بود (۲۵) و دی سالسا، جانسون و دنتون که در پژوهش خود نتیجه گرفتند که زوج‌درمانی هیجان‌مدار در بهبود نشانگان افسردگی زوجین افسرده مؤثر است (۲۶) همخوان می‌باشد. همچنین نتایج این مطالعه همسو و در تایید یافته‌های پژوهش‌های ویب و همکاران (۱۵)، جانسون و تالیتمن (۲۷)، هالچوک (۲۸)، داورنیا و همکاران (۲۹) و بابایی و همکاران (۱۳) می‌باشد.

در خصوص تبیین اثر بخشی رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار می‌توان چنین اظهار داشت، تغییر در درمان هیجان‌مدار زمانی رخ می‌دهد که درمان‌گران به همسران کمک می‌کنند تا عناصر موجود در رابطه مخرب را تغییر دهند. وقتی چرخه منفی مختل شده و پاسخ‌ها شروع به تغییر کردن می‌کنند، یک



هیجان مدار، خودسازی و رشد فردی بوده و تعادل فرد هدف اصلی درمان می باشد. طبق این دیدگاه هرگونه نقص و اشکال در تنظیم هیجانات می تواند فرد را در برابر اختلالات روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب پذیر سازد. رویکرد هیجان مدار این قابلیت را دارد که با افزایش آگاهی هیجانی، نمادگذاری هیجانی، آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر پردازشها به فرد کمک کند تا روابط بین فردی خود را که مهم ترین آن رابطه با همسر است تغییر دهد و کنترل بیشتری بر آن داشته باشد (۳۳).

در دیدگاه هیجان مدار سعی می شود هیجانات، مورد شناسایی قرار گرفته و به پیام های قابل درک و رفتارهای سازنده تبدیل شوند. فقدان توانایی برای تفسیر موقعیت های هیجانی ممکن است مشکلاتی را در روابط بین فردی ایجاد کند. مهارت های هیجانی که به عنوان توانایی تشخیص و ابراز هیجانات و همچنین توانایی همدلی با دیگران تعریف شده است، باعث افزایش صمیمیت و در نتیجه بهبود کیفیت روابط زناشویی می گردد.

در این پژوهش به بررسی تاثیر زوج درمانی گروهی هیجان مدار بر بهبود کیفیت روابط زناشویی و افزایش صمیمیت زوج ها پرداخته شد. یافته ها حکایت از آن داشت که این شیوه زوج درمانی توانسته کیفیت روابط زناشویی زوج ها را بهبود ببخشد و به افزایش میزان صمیمیت آنان کمک نماید. از دست آوردهای این پژوهش می توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه گیری کرد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می تواند نتایج پژوهش های پیشین را تایید کند. در سطح عملی، یافته های پژوهش حاضر می تواند برای تدوین برنامه های درمانی مورد استفاده قرار گیرد. این پژوهش نیز به مانند سایر پژوهش ها دارای محدودیت هایی می باشد که باید در تعمیم نتایج مد نظر قرار گیرد.

پژوهش حاضر بر روی زوج های شهر کرج انجام شده است، بنابراین باید در تعمیم نتایج به زوج های دیگر شهرها جانب احتیاط را رعایت کرد. جامعه آماری این مطالعه زوجینی بودند که حداقل از سطح تحصیلات سیکل برخوردار بودند. بنابراین در تعمیم نتایج این مطالعه به جامعه زوجین بی سواد باید جانب احتیاط را رعایت کرد. نگرش آزمودنیها به آزمونهای مورد استفاده، میزان همکاری آنها با پژوهشگر و میزان صداقت و علاقه آنها به پایبندی و اجرای کامل موارد آموزشی، از مواردی بود که تقریباً از اراده و کنترل پژوهشگر خارج بود و می تواند نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار دهد. یکی دیگر از محدودیت های این مطالعه این بود که به علت محدودیت زمانی و عدم دسترسی به مراجعان مطالعات پیگیری صورت نگرفت. استفاده از شیوه نمونه گیری در دسترس و استفاده از ابزارهای خود گزارش دهی نیز از محدودیتهای دیگر تحقیق حاضر است. به تبع محدودیتهای یاد شده پیشنهاد می گردد که در طرح های پژوهشی آتی مواردی که در پی می آیند، مد نظر قرار گیرند. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی جهت تعیین دقیق تر اثرات درمانی رویکرد هیجان مدار مرحله پیگیری نیز گنجانده شود و نتایج آنها با نتایج این پژوهش مقایسه شود. توصیه می گردد پژوهش هایی به مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار با دیگر رویکردهای زوج درمانی پردازند تا تصویر روشن تری از کارایی این شیوه درمانی با توجه به بافت فرهنگی کشور ما به دست آید. پیشنهاد می گردد که محققین تأثیر این مدل درمانی را بر سایر متغیرهای زناشویی مورد بررسی قرار داده و همچنین در قالب طرح های پژوهشی موردی، فرایندهای مختلف درمان را مورد بررسی قرار دهند.

## تشکر و قدردانی

داشتند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند. پژوهش حاضر بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده است.

گروه پژوهشی بر خود لازم می‌دانند تا از مساعدت و همراهی مدیریت محترم مرکز همیاران سلامت روان شهر کرج و تمامی زوجینی که نهایت همکاری را با پژوهشگر

## References

1. Gerafar A, Poryahya SM, Zaharakar K, Shakarami M, Davarniya R. The Effect of Educational Assemble Program of Practical Application of Intimate Relationship Skills (PAIRS) on Marital Commitment. *J health literacy*. 2016; 1 (4): 239-249. [Persian].
2. Shakarami M, Davarniya R, Zaharakar K, Talaeian R. Effectiveness of brief solution-focused group couple therapy on improving marital quality in women. *Razi Med Sci J*. 2015; 22(131): 1-13. [Persian].
3. Khanjani-Veshki S, Shafiabady A, Farzad V, Fatehizade M. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral couple therapy and acceptance and commitment couple therapy on the marital quality of conflicting couples in Isfahan, Iran. *Knowledge Res Appl Psychol*. 2017; 17(4): 31-40. [Persian].
4. Wickrama, KA, Lorenz FO, Conger RD, Elder GH. Marital quality and physical illness: A latent growth curve analysis. *J Marriage Fam*. 1997; 59(1): 143- 155.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Manne S, Badr H. Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer*. 2008; 112 (11 Suppl): 2541-55.
9. Haning RV. Intimacy, orgasm likelihood, and conflict predict sexual satisfaction in heterosexual male and female respondents. *J Sex Marital Ther*. 2007; 33(2): 93- 113.
10. Rostami M, Taheri A, Abdi M, Kermani N. The effectiveness of instructing emotion-focused approach in improving the marital satisfaction in couples. *Soc Behav Sci*. 2014; 114: 693-8.
11. Peng Y. The use of recursive frame analysis on an emotionally focused couples therapy session. *Qual Rep*. 2014; 19(32):1-25.
12. Palmer-Olsen L, Gold LL, Woolley SR. Supervising emotionally focused therapists: A systematic research-based model. *J Marital Fam Ther*. 2011; 37(4): 411-26.
13. Babaei Gharmkhani M, rasouli M, davarniya R. The effect of emotionally-focused couple's therapy (EFCT) on reducing marital stress of married couples. *Zanko J Med Sci*. 2017; 18 (56) :56-69. [Persian].
14. Denton WH, Johnson SM, Burluson BR. Emotion-focused therapy-therapist fidelity scale (EFT-TFS): Conceptual development and content validity. *J Couple Relatsh Ther*. 2009; 8(3): 226-246.
15. Wiebe SA, Johnson SM, Burgess Moser M, Dalglish TL, Tasca GA. Predicting follow-up outcomes in emotionally focused couple therapy: The role of change in trust, relationship-specific attachment, and emotional engagement. *J Marital Fam Ther*. 2017; 43(2):213-226.
16. Tie S, Poulsen S. Emotionally focused couple therapy with couples facing terminal illness. *Contemp Fam Ther*. 2014; 35(3): 557-567.

17. Farahani HA, Arizi HR. Translated: Methods in behavioral sciences. Cozby PC (editor). 1th ed. Tehran: Nashr Ravan Press; 2008: 77-78. [Persian]
18. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013; 310(20):2191-2194.
19. Johnson SM. The practice of emotionally focused couple therapy. Translated by Bahrami F, Azarian Z, Etemadi O. 2nd ed. Tehran: Danzheh Press; 2010:257-259.
20. Hosseini A, Rasouli M, Davarniya R, Babaei Gharmkhani M. The effect of group training based on practical application of intimate relationship skills program on marital relationships quality. Sci J Ilam Med Uni. 2016; 24 (2):8-17. [Persian]
21. Mohammadi M, Zaharakar K, Jahangiri J, Davarniya R, Shakarami M, Morshedi M. Assessing the efficiency of educational intervention based on Gottman's model on marital intimacy of women. J Health. 2017; 8 (1):74-84. [Persian]
22. Hamedi B, Zareie S. Effectiveness of marriage enhancement program based on cognitive - behavioral approach on hypes and wives marital intimacy. Quart J Res Addict. 2010; 4(16): 93-102. [Persian]
23. Zuccarini D, Johnson SM, Dalgeish TL, Makinen JA. Forgiveness and reconciliation in emotionally focused therapy for couples: The client change process and therapist interventions. J Marital Fam Ther. 2013; 39(2): 148-162.
24. Butler MH, Dahlin SK, Fife ST. Languaging factors affecting clients' acceptance of forgiveness intervention in marital therapy. J Marital Fam Ther. 2002; 28: 285-98.
25. Denton WH, Wittenborn AK, Golden RN. Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: a randomized pilot study. J Marital Fam Ther. 2012; 38: 23-38.
26. Dessaullesa A, Johnsona SM, Denton WH. Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. Am J Fam Ther. 2003; 31(5): 345-353.
27. Johnson SM, Talitman E. Predictors of success in emotionally focused marital therapy. J Marital Fam Ther. 1997; 23(2): 135-152.
28. Halchuk R. Functional and Structural Neural Effects of Emotionally Focused Therapy for Couples. University of Ottawa (Canada); 2012: 38-40.
29. Davarniya R, Zaharakar K, Moayeri N, Shakarami M. The effectiveness of emotionally focused group couple therapy on reducing couple burnout of women. J Tehran Islamic Azad Med Sci. 2015; 25(2):132-140. [Persian].
30. Dalgleish TL. Examining Predictors of Change in Emotionally Focused Couples Therapy. University of Ottawa (Canada); 2013:45-47.
31. McKinnon JM, Greenberg LS. Revealing underlying vulnerable emotion in couple therapy: impact on session and final outcome. J Fam Ther. 2013; 35(3): 303-319.
32. Dunham S. Emotional killfullness in Africa American marrige . Intimate safety as a mediator of the relationship between emotional skillfullness and marital satisfaction. [Unpublished Doctoral Dissertation]. University of Dakron; 2012:85-92.
33. MacIntosh HB, Johnson S. Emotionally focused therapy for couples and childhood sexual abuse survivors. J Marital Fam Ther. 2008; 34(3): 298-315.

## Original paper

## Effectiveness of Emotionally Focused Couples Therapy) on Improving Quality of Marital Relationships and Increasing Intimacy of Couples

Fereshteh Arsalandeh<sup>1</sup>, Masoomeh Habibi<sup>2</sup>, Arman Salimi<sup>3</sup>, Mohammad Shakarami<sup>4</sup>, Reza Davarniya<sup>\*5</sup>

1. MA in General Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

2. MA in General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

3. MA in Family Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

4. PhD Student in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

5. PhD Student in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

(Corresponding author): Tel: +98 09155851629 Email: rezadavarniya@yahoo.com

### Abstract

**Background and Aims:** Marital relations quality is a multidimensional concept that includes various aspects of couples' communications such as compliance, satisfaction, happiness, solidarity and commitment. The aim of this study was to determine the effect of Emotionally Focused Couples Therapy on improving the marital relationship quality and increasing the marital intimacy.

**Materials and Method:** This research is a quasi-experimental study with pretest-posttest design and a control group. The study population comprised of couples with marital problems that referred to the mental health care center of Kosar in Karaj in the second half of 2014. Based on preliminary interview and entry and exit criteria for the study, 20 couples were selected through convenience sampling method and assigned to two experimental and control groups (each group of 10 couples). The marital status of Golumberg-Rust questionnaire and marital intimacy scale of Thompson and Walker were filled out by the subjects in the two groups in the pre-test and post-test phases. Emotionally Focused Couples Therapy sessions for experimental group were held 10 weekly sessions of an hour and a half. Participants in the control group did not receive intervention. Data were analysed by multivariate analysis of covariance using SPSSV20.

**Results:** The results of analysis of covariance showed that Emotionally Focused Couples Therapy improved the quality of marital relationships ( $F = 66.98$ ) and increased intimacy ( $F = 56.37$ ) in the couples of experimental group compared with the control group ( $p < 0.01$ ).

**Conclusion:** Results of this study showed that Emotionally Focused Couples Therapy was effective in improving the quality of marital relationships and increasing marital intimacy. It is recommended to apply this method of couple therapy in family counseling centers and workshops in order to solve the problems and marital conflicts of couples.

**Keywords:** Couple Therapy, Education, Marriage