

## اثربخشی درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل‌محور بر صمیمیت زناشویی و سازگاری زوجین *Effectiveness of the Combined Emotion-Focused and Solution-Oriented Therapy on the Couples' Marital Intimacy and Adjustment*

Narges Sehat

PhD Student in Counseling, Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan Branch), Isfahan, Iran.

Abdoallah Shafiabadi (Corresponding author)

Professor, Department of Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Email: ashafiabady@yahoo.com

Asghar Aghaei

Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan Branch), Isfahan, Iran.

**Abstract**

**Aim:** The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of the combined emotion-focused and solution-oriented therapy on the couples' marital intimacy and adjustment. **Methods:** research method was quasi-experimental in case of data collection method with pretest, posttest, control group and two-month follow-up design. The statistical population of the study included all the couples who referred to Healthy Family Consultation Center of Qom in 2017 to resolve their marital problems. 16 couples who were willing to participate in the study were selected through purposive method and accommodated into experimental and control groups. The experimental group underwent 10 sessions of combined emotion-focused and solution-oriented therapy during two-and-a-half months. The applied questionnaires included marital conflict (MCQ), marital intimacy (MIQ) and marital adaptation (MAQ). The data were analyzed through repeated measurement ANOVA method. **Results:** the results showed that the combined emotion-focused and solution-oriented therapy has significant effect on the couples' marital intimacy and adaptation ( $p < 0.001$ ). **Conclusion:** the findings of the present study indicated that the combined emotion-focused and solution-oriented therapy can be applied as an efficient method to improve the couples' marital intimacy and adaptation through utilizing techniques such as Emotional control in intimate relationships, validating both spouses' diverse experiences, identifying treatment potentials and encouraging autonomy, focusing on finding solutions, and identifying denied needs.

**Keywords:** Treatment through self-differentiation, marital intimacy, the couples' adaptation

نرگس صحت

دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (واحد خوراسگان)، اصفهان، ایران.

عبدالله شفیعی آبادی (نویسنده مسئول)

استاد تمام، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

Email: ashafiabady@yahoo.com

اصغر آقایی

استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (واحد خوراسگان)، اصفهان، ایران.

چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل‌محور بر صمیمیت زناشویی و سازگاری زوجین انجام گرفت. روش: روش پژوهش نیمه‌تجربی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زوجینی تشکیل دادند که به منظور حل مشکلات زناشویی خود به مرکز مشاوره خانواده سالم قم در سال ۱۳۹۶ مراجعه نموده بودند. از بین زوجینی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند ۱۶ زوج به صورت هدفمند انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل‌محور طی دو و نیم ماه قرار گرفتند، پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه‌های تعارض زناشویی (MCQ)، صمیمیت زناشویی (MIQ) و سازگاری زناشویی (MAQ) بود. داده‌ها به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل‌محور بر صمیمیت زناشویی و سازگاری زوجین تأثیر معنادار دارد ( $p < 0/001$ ). نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن بودند که درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل‌محور با بهره‌گیری از فونونی همانند کنترل هیجانی در روابط صمیمانه، اعتباربخشی به تجارب گوناگون هر دو همسر، شناسایی پتانسیل‌های درمانی و ترغیب خودمختاری، تمرکز بر یافتن راه‌حل و شناسایی نیازهای انکار شده می‌تواند به عنوان یک روش کارآمد جهت بهبود صمیمیت زناشویی و سازگاری زوجین مورد استفاده قرار گیرد.

**کلمات کلیدی:** هیجان‌مدار، راه‌حل‌محور، صمیمیت زناشویی، سازگاری زوجین.

## مقدمه

خانواده نخستین نهاد طبیعی و اجتماعی، چونان پیکره‌ای قدرتمند عملکردهای اجتماعی، فیزیکی و روانی اعضایش را تحت تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند جهت تسریع رشد روانی- اجتماعی اعضا خود، ایجاد ثبات شخصی در ایشان و نیز محافظت از ساختار خود به عنوان یک کل، مأمونی بی‌مانند تلقی گردد (بایرمن و کلورسون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). اگر محیط خانواده، محیطی سالم و سازنده برای اعضای خانواده باشد و از طرفی والدین به سبک دل‌بستگی ایمن مجهز باشند، کمتر پیش می‌آید که اعضا آن به نهادهای درمانی نیازمند شوند. اما نظر به اینکه میزان ارزشمندی هر پدیده با دشواری حفظ آن درآمیخته است، قدمت مشکلات خانواده نیز به قدرتمند تشیکل این نظام بوده است (کرگو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). اما به مرور بعضی از زوجین به دلایل مختلف به مشکل ارتباطی برخوردند و تعارضات زناشویی<sup>۳</sup> را تجربه می‌کنند (ویلسون<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). تعارضات زناشویی از مباحث شایع مورد توجه زوج درمانگران است. این مشکل ممکن است اشکال گوناگون داشته باشد و به صورت افسردگی یکی یا هردو زوج، اعتیاد، رفتار اختلال‌آمیز بین فرزندان، سوء رفتار با همسر، درگیری لفظی و فیزیکی بین هردو زوج بروز نموده و نهایتاً منجر به طلاق گردد (کریبت، اسمیت، آچینو، باکوم و نیلی- مور<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷). در مواقعی که روابط صمیمی بین زن و شوهر خدشه‌دار می‌شود و تفاهم زناشویی کاهش می‌یابد، عوارض مخرب و منفی در بهداشت روانی خانواده و همچنین بهداشت روانی فرزندان ایجاد می‌شود (لی و لیو<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰). تعارضات ناشی از واکنش نسبت به تفاوت‌های فردی است و زمانی آنقدر شدت می‌یابد که احساس خشم، نفرت، حسادت، سوء رفتار کلامی و فیزیکی در روابط حاکم شده و به حالت تخریب و ویرانگری در می‌آید که این فرایند صمیمیت زناشویی<sup>۷</sup> زوجین را کاهش می‌دهد (صائمی، بشارت و اصغرنژاد فرید، ۱۳۹۷).

صمیمیت سبب می‌شود افراد بخش‌های مهمی از خودشان را با دیگران سهیم شوند. در روابط صمیمانه‌ای که همدلی، صداقت، خودافشایی، اشتیاق، صراحت و وضوح رفتاری وجود دارد، افراد عموماً به شباهت‌هایی که با یکدیگر دارند پی برده، علاوه بر لذتی که فی‌نفسه در رابطه صمیمانه می‌برند، به پالایش روانی و تجربه حس همبستگی با دیگری نیز دست می‌یابند (مارگوریت، زیمر-جیمبک و بویسلارد<sup>۸</sup>، ۲۰۱۲). صمیمیت زناشویی یک مشخصه کلیدی و مهم روابط زناشویی و از ویژگی‌های بارز یک ازدواج موفق به شمار می‌آید. این ویژگی به وجود تعامل بین همسران اشاره می‌کند (ویکس، گرالد، فیف و استفان<sup>۹</sup>، ۲۰۰۹). مهم‌ترین موانع ایجاد صمیمیت شامل ناتوانی در گوش کردن فعال، شنیدن انتخابی، شنیدن دفاعی، شنیدن با هدف تغییر نگرش نفر مقابل، استفاده از واژه‌های مبهم، سرزنش کردن، انتظارات کمال‌گرایانه از رابطه، فقدان همدلی، تعصب و سرسپاری به کلیشه‌ها، تفاوت‌های فرهنگی و دفاع‌های ناهشیار افراد باشد (پاتریک، سلز، گیردانو و تولراد<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۷). بروز اختلافات و تعارضات زناشویی، علاوه بر کاهش صمیمیت

1. Bayerman & Kleverson

2. Crago

3. marital conflicts

4. Wilson

5. Cribbet, Smith, Uchino, Baucom, Nealey-Moore

6. Li, Liu

7. Marital intimacy

8. Marguerite, Zimmer-Gembeck, Boislard

9. Weeks, Gerald, Fife, Stephan

10. Patrick, Sells, Giordano, Tollerud

زناشویی، سازگاری زناشویی<sup>۱</sup> را نیز کاهش می دهد (فتوحی، میکاییلی، عطادخت و حاجلو، ۱۳۹۶؛ عمرانی، جمهری و احدی، ۱۳۹۷).

سازگاری زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس خوشبختی و رضایت دارند و از کنار هم بودن لذت می برند. این سازگاری از طریق علاقه متقابل، مراقبت از یکدیگر، پذیرش، درک و ارضای نیازها ایجاد می شود (سیرهینلوگلا، تپ و سیرهینلوگلا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). سازگاری زناشویی بر کیفیت زندگی زوجین نیز تأثیر گذاشته و سبب می شود تا زوجین تعامل مثبت تری را از خود نشان دهند (یوسفی، بشلیده، عیسی نژاد، اعتمادی و شیربیگی، ۱۳۹۰). عامل اصلی ناسازگاری زناشویی، میزان خشم ابراز شده و یا تعداد تعارضات نیست بلکه تحقیر کردن<sup>۳</sup> و فاصله گیری دفاعی<sup>۴</sup> است که باعث بروز آشفتگی های زناشویی می شود. همسرانی که از سازگاری زناشویی بالایی برخوردارند، عزت نفس بیشتری دارند و در روابط اجتماعی سازگاری بالاتری را از خود نشان می دهند (گلدفارب، ترادل، بویر و پرویل<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش دیوکسانگ، یونا و سیان<sup>۶</sup> (۲۰۲۱)؛ لی، کیم و لی<sup>۷</sup> (۲۰۲۱)؛ ییلماز و اوسی<sup>۸</sup> (۲۰۲۱) و یورداجسکا<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۲۱) نشان داده است که صمیمیت و سازگاری زناشویی دارای نقشی پررنگ در روابط زناشویی و محیط خانواده به شمار می رود.

روش های آموزشی و درمانی مختلفی برای زوجین متعارض به کار گرفته شده است. یکی از روش های درمانی پرکاربرد، درمان هیجان مدار<sup>۱۰</sup> است که در پژوهش حاضر با درمان راه حل محور<sup>۱۱</sup> تلفیق گردیده و به عنوان مداخله ای تلفیقی به کار گرفته شده است. نتایج پژوهش های صاحبی بزاز، سودانی و مهرابی زاده (۱۳۹۸)؛ رئیسی، محمدی، زارعی و نجارپوریان (۱۳۹۷)؛ زراعتی شمس آبادی (۱۳۹۷)؛ زنگنه مطلق، بنی جمالی، احدی و حاتمی (۱۳۹۶)؛ بدیهی زراعتی و موسوی (۱۳۹۵)؛ ویب و جانسون<sup>۱۲</sup> (۲۰۱۷)؛ مور<sup>۱۳</sup> و همکاران (۲۰۱۶) نشانگر کارایی این درمان است. هدف رویکرد درمان زوجی هیجان مدار دسترسی و پردازش مجدد واکنش های عاطفی- احساسی در تعاملات زوج هاست. این واکنش ها به توسعه سبک های دلبستگی امن تر و الگوی متفاوت تعامل زوج ها، همدلی زوج ها نسبت به یکدیگر و تدوین الگوهای تعاملی جدید منتهی می شود (مور و همکاران، ۲۰۱۶). فرایند تغییر در درمان زوجی هیجان مدار 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 موقعیت های تعاملی و وقوع تعاملات پیوند آفرین کمک می کند، می پردازد و در گام آخر درمان به یکپارچگی تغییر و ادغام تغییرات با زندگی

<sup>1</sup>. marital adjustment

<sup>2</sup>. Cirhinlioglu, Tepe, Cirhinlioglu

<sup>3</sup>. Contempt

<sup>4</sup>. Defensive distance

<sup>5</sup>. Goldfarb, Trudel, Boyer, Préville

<sup>6</sup>. Deuksung, Yoona, Siyuan

<sup>7</sup>. Lee, Kim, Lee

<sup>8</sup>. Yilmaz, Avci

<sup>9</sup>. Iordachescu

<sup>10</sup>. emotion-focused therapy

<sup>11</sup>. Solution-based treatment

<sup>12</sup>. Wiebe, Johnson

<sup>13</sup>. Moore

روزمره زوج اشاره دارد. اگر طرفین این گام‌ها با موفقیت مورد بحث قراردهنده توانایی حل تعارضات زوجی را کسب می‌نمایند (داورنیا، زهراکار، معیری و شاکرمی، ۱۳۹۴).

دیگر روش درمانی پرکاربرد برای زوجین متعارض، درمان راه‌حل‌محور<sup>۱</sup> است که نتایج پژوهش‌های آراین‌فر و رسولی (۱۳۹۸)؛ محمدیاری و حسینیان (۱۳۹۷)؛ آقایی، حاتمی، درتاج و اسدزاده (۱۳۹۷)؛ اولیازاده و ریسی (۱۳۹۶)؛ عباسی، محمدی، زهراکار، داورنیا و بابایی گرمخانی (۱۳۹۶) نشان از کارایی این درمان برای زوجین دارد. هدف درمان راه‌حل‌محور به سمت شکستن مجموعه‌های رفتاری تکراری و بی‌حاصل از طریق ایجاد عمدی موقعیت‌هایی است که اعضای خانواده در آن دید مثبت‌تری به موقعیت‌های دشوار داشته باشند و برای انجام کارهای متفاوت، فعالانه مشارکت نمایند. اینکه «مشکل چه چیزی است؟» و «چه چیزی نیست؟» در دیدگاه راه‌حل‌محور نسبی است (دی‌جانگ و برگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). در این شیوه عقیده بر آن است که باید به خانواده‌ها کمک نمود تا دید ثابت‌شان باز شود، خلاق شوند و رویکردهای تازه‌ای را خلق کنند که در شرایط مختلف قابل کاربرد باشد. این رویکرد بر یافتن قابلیت‌ها و توانایی‌های مراجع متمرکز می‌شود. درمان راه‌حل‌محور یک دیدگاه غیربیماری‌شناختی نسبت به مراجع دارد و به مراجعین کمک می‌کند برای مشکلات کنونی خود راه حل بیابند، در این رویکرد برخلاف دیدگاه مشکل‌محور به جای تمرکز بر مشکلات بر یافتن راه‌حل‌ها تأکید می‌شود (برزونسکی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). بنابراین درمان راه‌حل‌محور بر پایه راه‌حل‌سازی نه حل مسئله و به واسطه کشف نیروهای جاری مراجع و امیدواری به آینده هدایت می‌شود نه بحث در مورد مسائل موجود و علت‌های آن‌ها در گذشته. اساساً درمان کوتاه مدت راه‌حل‌محور بر این فرض استوار است که درک مراجعان از مشکلاتشان و راه‌حل‌های ممکن را تغییر دهد (واند<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰).

حال با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی، ارتباطی و هیجانی در زوجین دارای تعارضات زناشویی صمیمیت و سازگاری زناشویی پایین (فتوحی و همکاران، ۱۳۹۶؛ صائمی، بشارت و اصغرنژاد فرید، ۱۳۹۷؛ عمرانی، جمهوری و احدی، ۱۳۹۷) و اهمیت بهره‌گیری از روش‌های درمانی و مداخله‌ای مناسب همچون درمان هیجان‌مدار و راه‌حل‌محور و تایید کارایی آن در پژوهش‌های مختلف (صاحبی‌بزاز، سودانی و مهرابی‌زاده، ۱۳۹۸؛ آراین‌فر و رسولی، ۱۳۹۸؛ رئیسی و همکاران، ۱۳۹۷؛ زراعتی شمس‌آبادی، ۱۳۹۷؛ محمدیاری و حسینیان، ۱۳۹۷؛ آقایی و همکاران، ۱۳۹۷؛ اولیازاده و ریسی، ۱۳۹۶؛ عباسی و همکاران، ۱۳۹۶؛ زنگنه مطلق و همکاران، ۱۳۹۶؛ بدیهی زراعتی و موسوی، ۱۳۹۵؛ ویب و جانسون، ۲۰۱۷؛ مور و همکاران، ۲۰۱۶)، بکارگیری درمان تلفیقی دو درمان حاضر می‌تواند اثر هم‌افزایی بر بهبود صمیمیت و سازگاری زناشویی داشته باشد. چنانکه عدم توجه به تعارضات زناشویی سبب می‌شود تا بهداشت روانی و سلامتی هیجانی زوجین و فرزندان با آسیب جدی مواجه شود (فرانکل، آمارا، جاکوبویتز و هازن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵) که این روند با کاهش صمیمیت و سازگاری زناشویی می‌تواند منجر به فروپاشی کانون خانواده شده و به مرور و با افزایش طلاق در سطح جامعه، سلامتی کلی جامعه نیز با بحرانی جدی مواجه شود. حال از آنجایی که تعارضات

<sup>1</sup>. Solution-based treatment

<sup>2</sup>. Dejong, Berg

<sup>3</sup>. Brzezowski

<sup>4</sup>. Wand

<sup>5</sup>. Frankel, Umemura, Jacobvitz, Hazen

زناشویی و مفاهیمی که بازگوکننده این تعارضات هستند، فراوانی بسیاری در بین زوجین دارد و قطعاً یکی از عوامل اصلی طلاق‌های عاطفی و قانونی عدم توان مدیریت تعارضات زوجی است، با توجه به مطالب بیان شده استفاده از روش‌های نوین به‌ویژه راهکارها و درمان‌های تلفیقی می‌تواند در این حوزه مهم امیدبخش باشد، زیرا از یکسو به سبب زندگی ماشینی و پراسترس امروزی و همچنین تغییر سبک زندگی از سنتی به مدرن و تغییر انتظارات زوجی شاهد شیوع و همچنین پیچیدگی بیشتر تعارضات زناشویی هستیم و از سوی دیگر تجارب پژوهشی گوناگون نشان داده است استفاده از رویکردهای جدیدتر به‌ویژه ترکیبی که می‌تواند تقویت‌کننده یکدیگر بوده و تأثیرگذاری مضاعفی داشته باشد، نیاز امروز حوزه‌های درمانی بخصوص در زمینه مشکلات زوجی می‌باشد. حال با توجه به مطالب مطرح شده و عدم انجام پژوهشی در راستای بررسی اثربخشی درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل‌محور بر صمیمیت زناشویی و سازگاری زوجین، مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل‌محور بر صمیمیت زناشویی و سازگاری زوجین بود.

#### روش

این مطالعه از نظر هدف کاربردی و از نظر روش گردآوری اطلاعات از نوع نیمه‌تجربی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زوجینی تشکیل دادند که به منظور حل مشکلات زناشویی خود به مرکز مشاوره خانواده سالم در شهر قم در سال ۱۳۹۶ مراجعه نموده بودند. روش انتخاب نمونه به صورت هدفمند بود. دلیل استفاده از این روش نمونه‌گیری، در نظر گرفتن ملاک‌های ورودی به پژوهش بود. بدین صورت که ابتدا زوجین متعارض مراجعه کننده به مرکز مشاوره خانواده سالم شهر قم مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس با پخش فرم‌های حضور در پژوهش به شکل داوطلبانه در بین زوجین متعارض پخش شد. با شناسایی زوجین داوطلب، پرسشنامه تعارض زناشویی به آنها ارائه شد. با اجرای پرسشنامه تعاضات زناشویی و نمره‌گذاری آن، زوجینی که نمره بالاتر از ۱۲۶ در پرسشنامه تعارضات زناشویی کسب کرده‌اند، انتخاب شدند. پس از این مرحله، از بین زوجین واجد شرایط، تعداد ۱۶ زوج انتخاب و به صورت تصادفی با استفاده از قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش (۸ زوج) و گواه (۸ زوج) گماشته شدند. در نهایت گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل‌محور طی دو و نیم ماه قرار گرفتند، ولی گروه گواه این مداخلات را دریافت نکرده و به روند درمانی معمول خود در مراکز مشاوره ادامه داد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن سلامت جسمی و تمایل به شرکت در پژوهش به صورت زوجی بود. این در حالی بود که ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود.

#### ابزار

**پرسشنامه تعارض زناشویی:** پرسشنامه تعارض زناشویی توسط براتی و ثنایی (۱۳۷۵) ساخته شده است. این پرسشنامه نمره کل تعارض زناشویی و ابعاد آن را به دست می‌دهد. این ابعاد عبارتند از: کاهش همکاری (سوالات ۳، ۹، ۱۹، ۲۱ و ۲۷)، کاهش رابطه جنسی (سوالات ۴، ۱۰، ۱۵، ۲۸ و ۳۳)، افزایش واکنش‌های هیجانی (سوالات ۵، ۱۱،

۱۶، ۲۲، ۲۹، ۳۴، ۳۹ و ۴۱)، افزایش جلب حمایت فرزند (سوالات ۷، ۱۸، ۲۴، ۳۱ و ۳۶)، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود (سوالات ۶، ۱۲، ۱۷، ۲۳، ۳۰ و ۳۵)، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر (سوالات ۱، ۱۹، ۲۵، ۳۷، ۴۰ و ۴۲)، جدا کردن امور مالی از یکدیگر (سوالات ۲، ۸، ۱۳، ۲۰، ۲۶، ۳۲ و ۳۸). هر سوال آزمون دارای یک مقیاس پنج درجه‌ای (همیشه=۵، اکثر اوقات=۴، گاهی وقت‌ها=۳، به ندرت=۲ و هرگز=۱) تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۴۲ تا ۲۱۰ می‌باشد. نمره بالا در این آزمون حاکی از شدت تعارض و بد بودن اوضاع و پایین بودن دال بر خوب بودن اوضاع است. نمونه سوال پرسشنامه: من و همسرم حساب‌های مالی جداگانه داریم. این آزمون توسط سازندگان آن بر روی مراجعه‌کنندگان به مراجع قضایی یا مراکز مشاوره جهت رفع تعارض زناشویی هنجاریابی شده و مشخصات روان‌سنجی آن به این شرح گزارش شده است: آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۵۳، و برای خرده مقیاس کاهش همکاری ۰/۳۰، افزایش جلب حمایت فرزند ۰/۶۰، افزایش واکنش هیجانی ۰/۷۳، کاهش رابطه جنسی ۰/۵۰، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۶۴، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان ۰/۶۴ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۵۱ گزارش شده است. برای تعیین روایی این آزمون از تعدادی متخصص خانواده درمانی نظرخواهی شد، بنابر اعتقاد آن‌ها این آزمون دارای روایی محتوایی مناسبی است (ثنایی، ۱۳۷۹). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ محاسبه شد.

**پرسشنامه صمیمیت زناشویی<sup>۱</sup>:** پرسشنامه صمیمیت زناشویی توسط باگاروزی (۲۰۰۱)، برای ارزیابی نیازهای صمیمیت در ابعاد عاطفی (سوالات ۱ تا ۵)، روان‌شناختی (سوالات ۶ تا ۱۰)، عقلانی (سوالات ۱۱-۱۵)، جنسی (سوالات ۱۶ تا ۲۰)، فیزیکی (سوالات ۲۱ تا ۲۵)، معنوی (سوالات ۲۶ تا ۳۱)، زیباشناختی (سوالات ۳۲ تا ۳۶) و تفریحی-اجتماعی (سوالات ۳۷ تا ۴۱) طراحی شده است. شامل ۴۱ سؤال است که آزمودنی به شکل رتبه‌بندی شده، از ۱ به معنای «به هیچ وجه چنین نیازی وجود ندارد» تا ۱۰ به معنای «نیاز بسیار زیادی وجود دارد» به هر سؤال پاسخ می‌دهد. کمترین نمره در این پرسشنامه ۴۱ و بالاترین نمره ۴۱۰ است. نمونه سوال پرسشنامه: تا چه حد همسران قادر به ارضا نیاز شما به صمیمیت اجتماعی-تفریحی است؟ اعتمادی (۱۳۸۴) برای تعیین روایی محتوایی، پرسشنامه را در اختیار ۱۵ استاد مشاوره و ۱۵ زن و شوهر قرار داد و روایی محتوایی آن تأیید شد. ضریب پایایی کل پرسشنامه نیز با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ بدست آمد. علاوه بر این خمسه و حسینیان (۱۳۸۶) در مطالعه‌ای پایایی هر بُعد صمیمیت را با روش آزمون- باز آزمون محاسبه نمودند که برای صمیمیت عاطفی ۰/۸۹، روان‌شناختی ۰/۸۲، عقلانی ۰/۸۱، جنسی ۰/۹۱، فیزیکی ۰/۸۰، معنوی ۰/۶۵، زیباشناختی ۰/۷۶ و اجتماعی-تفریحی ۰/۵۱ و برای کل صمیمیت ۰/۸۲ بدست آمد. و حاکی از پایایی قابل قبول این مقیاس می‌باشد. همچنین در پژوهش حاضر ضریب پایایی کل پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بدست آمد.

**پرسشنامه سازگاری زناشویی<sup>۲</sup>:** پرسشنامه سازگاری زناشویی به وسیله اسپینر<sup>۳</sup> در سال ۱۹۷۶ برای سنجش میزان سازگاری دو نفره (زن و شوهر) تهیه شده و پرسشنامه‌ای خودسنجی است. این پرسشنامه دارای ۳۲ سؤال است. نمونه

<sup>۱</sup>. Marital Intimacy Questionnaire

<sup>۲</sup>. Marital adjustment questionnaire

<sup>۳</sup>. Spanier



سوال پرسشنامه: چند وقت یکبار به فکر طلاق، جدایی، یا پایان دادن به رابطه خود افتاده‌اید و یا درباره آن بحث کرده‌اید؟ نمرات این پرسشنامه از ۰-۱۵۱ متغیر است که کسب نمرات برابر یا پایین‌تر از ۱۰۰ به معنای سازگاری افراد و نمرات کمتر از ۱۰۰ به معنی وجود مشکلی در روابط زناشویی و عدم سازگاری و تفاهم خانوادگی است. اسپینر ضریب همسانی درونی این مقیاس پر استفاده را از ۰/۹۲ تا ۰/۹۶ و اعتبار ملاکی بالایی را برای آن گزارش می‌کند. اسپینر (۱۹۷۶) پایایی این پرسشنامه را ۰/۸۶ بدست آورد. همچنین روایی کلی این پرسشنامه بر اساس همبستگی ۰/۸۶ گزارش شد. در پژوهش حسن‌شاهی، نوری و مولوی (۱۳۸۹)؛ به نقل از مدرسی، زاهدیان و هاشمی محمدآباد، (۱۳۹۳) روایی این مقیاس ۰/۹۲ و پایایی آن ۰/۷۵ بدست آمد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ محاسبه شد.

### روند اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش پس از اخذ مجوزهای لازم از طرف مرکز مشاوره مربوطه و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، زوجین انتخاب شده (۱۶ زوج دارای تعارضات زناشویی) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۸ زوج در گروه آزمایش و ۸ زوج در گروه گواه). گروه آزمایش مداخله درمانی مربوط به درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل‌محور را در طی دو و نیم ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای را در ۱۰ جلسه دریافت نمودند. این در حالی است که افراد حاضر در گروه گواه مداخلات حاضر را در طول پژوهش دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخلات حاضر بودند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت زوجین برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. پس از تدوین بسته درمانی تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل محور، جهت سنجش اعتبار محتوایی، بسته تدوین شده به ۸ متخصص حوزه خانواده درمانی (دانشجوی دکتری و دکترای مشاوره خانواده) ارائه و از آنها خواسته شد تا با مطالعه ساختار فرآیند و محتوای هر یک از جلسات که در قالب پرسشنامه نظرسنجی همراه بسته تلفیقی در اختیار هریک از متخصصان قرار گرفته بود، اظهار نظر نموده و محقق را در رفع اشکالات احتمالی این بسته یاری نمایند. به علاوه، در این مرحله به منظور ارتقاء محتوا، ساختار و فرایند این بسته تلفیقی، یک فرم اظهار نظر باز پاسخ برای ارائه پیشنهادات و نظرات اصلاحی، در اختیار هر یک از متخصصان قرار گرفت. سپس با بررسی نظرات تخصصی ۸ متخصص و اعمال نظرات اصلاحی آنان درباره درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل محور، بسته نهایی درمان آماده شد. در گام نهایی، بسته درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل محور همراه با فرم نظرسنجی نهایی و ضریب توافق متخصصان (درباره فرآیند، ساختار و محتوای بسته درمانی تلفیقی) مجدداً به ۸ متخصص ارائه داده شد. در این مرحله برخی متخصصان نظرات اصلاحی دیگری داشتند که ارائه داده و محقق به صورت موردی در بسته درمانی تلفیقی، تغییرات لازم را لحاظ نمود. پس از این مرحله، روایی محتوایی بسته تدوین شده، محاسبه گردید و عدد ۰/۸۹ به دست آمد. پس از اعتبارسنجی محتوایی درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل محور، این درمان به در یک مطالعه مقدماتی بر روی ۲ زوج دارای تعارضات زناشویی اجرا شد نتایج حاکی از آن بود

که درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل محور توانسته منجر به تغییر معنادار در میانگین نمرات صمیمیت زناشویی و سازگاری زوجین شود. جهت تاثیر نیز به این صورت بود که درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل محور توانسته منجر بهبود میانگین نمرات صمیمیت زناشویی و سازگاری زوجین دارای تعارضات زناشویی شود.

جدول (۱): پروتکل درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل‌محور (محقق ساخته)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی و برقراری رابطه درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، سنجش ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات هر همسر از درمان، دادن تکلیف به زوجین با طرح این سؤال از همسران که «همسر شما باید چه کارهای متفاوتی انجام دهد که حس کنید مورد توجه و قدردانی و احترام هستید» این سؤالات را پاسخ دهند و ثبت کنند تا در جلسه بعدی درمان، بررسی شود.
جلسه دوم	بررسی تکالیف انجام شده توسط زوجین، شناسایی چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که همسران چرخه تعاملی منفی‌شان را آشکار و برون‌ریزی می‌کنند، بیرون کشیدن رفتارهای کارساز جهت تکرار و تقویت آن، به همسران تکلیف می‌دهیم که ظرف هفته آینده، رابطه را از آغاز تا اکنون ورق بزنند و نقاط قوت همسر و رابطه را یادداشت کنند.
جلسه سوم	آموزش مفهوم هیجان، انواع آن و فرایند و فرایند پردازش در ذهن، نقش هیجان و کنترل هیجانی در روابط صمیمانه، ایجاد کنجکاوی درباره همسر پیرامون نگرش و شیوه ادراک دیگری، دادن تکلیف به زوج که تا جلسه آینده، در زندگی روزمره‌شان به حالات خوشایند (لذت، نشاط، سرحالی، خوشحالی و ...) و حالات ناخوشایند (تفر، غمگینی، حسادت، اضطراب) خود توجه کنند و ببینند در چه موقعیت‌هایی دچار این هیجانات می‌شوند، این موقعیت‌ها را ثبت تا در جلسات بعدی مورد بررسی قرار گیرد.
جلسه چهارم	بررسی تکالیف انجام شده توسط زوجین، تمرکز بر هیجانات، نیازهای دلبسته مدار، ترس‌ها و آشفتگی همسران، اعتباربخشی به تجارب گوناگون همسر و نیز نیازها و گرایش‌ها برخاسته از دلبستگی خواهی، شناسایی پتانسیل‌های درمانی و ترغیب خودمختاری، ارائه تکلیف در این زمینه به زوج «تا هفته بعد اطراف و گذشته را به دقت نگاه کنید و کشف کنید آنچه را که هنوز شما را در رابطه نگه داشته است».
جلسه پنجم	بررسی تکالیف داده شده به زوجین در جلسه قبل، دسترسی به احساسات به رسمیت شناخته نشده و زیربنایی موضع‌های تعاملی یا دستیابی به هیجان‌های شناخته شده نهفته در موقعیت‌های تعاملی و شناسایی احساسات زیربنایی هر یک از زوج‌ها، آشکار کردن نمودن هیجانات ثانویه و کمک به اقرار کردن آن توسط زوج، اشاره به نقش تمرکز بر احساسات و رخدادهای مثبت، مالکیت‌پذیری هیجانات ثانویه و قالب‌دهی به هیجانات نخستین، دادن تکلیف به همسران، تا هفته آینده، موقعیت‌های آشفته‌ای را که با آن روبرو شدند را بررسی کنند و ببینند در این موقعیت‌ها چه احساسات زیربنایی را تجربه می‌کنند.
جلسه ششم	از نو قاب‌گیری (چارچوب بندی)، مشکل برحسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تمرکز بر یافتن راه‌حل توسط قابلیت‌های فردی، توصیف ترس و نقش مکانیزم‌های دفاعی، به زوجین تکلیف می‌دهیم تا جلسه بعد، رویدادهایی که برایشان اتفاق می‌افتد و در آن احساس ترس کرده‌اند را بنویسند و اینکه از چه مکانیزم دفاعی استفاده کرده‌اند.
جلسه هفتم	تشویق به شناسایی نیازهای طرد شده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده‌اند، جلب توجه زوجین به شیوه‌های تعاملی به یکدیگر و انعکاسی الگوهای تعاملی آن‌ها با احترام و همدلی، بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش تجربه تصحیحی و ارتقاء شناخت تجربی درخصوص نیازها و ترس‌های در حاشیه قرار داده شده و جنبه‌هایی از تجربه که هنوز جذب ساخت خود نشده‌اند، به زوجین تکلیف می‌دهیم تا جنبه‌های استثنایی، یعنی در دسترس بودن و همدلی کردن و سواد هیجانی به کار گیری ابراز خود را در رفتار یکدیگر مشاهده کنند و آن را یادداشت کرده و در جلسه بعد گزارش دهند.
جلسه هشتم	بررسی تکالیف داده شده به زوجین در جلسه قبل، تغییر الگوهای تعاملی و بازسازی تعاملات، تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی بین زوج‌ها، برانگیختگی هیجانی هر همسر، بدن‌بال شنیدن تجربه دیگری، پذیرفته شدن تجربه هر همسر توسط دیگری، آموزش استفاده از واژه مهم «بجای» و چرخش ۱۸۰ درجه، درمانگر می‌خواهد تا بعنوان تکلیف تا هفته بعد مروری بر گذشته تا اکنون زندگی زناشویی‌شان داشته باشند.
جلسه نهم	بررسی تکالیف انجام شده توسط زوجین از جلسه قبل، ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین زوجین و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه یا تسهیل بروز راه‌های جدید برای مشکلات قدیمی ارتباطی، پرورش محیطی امن، کاوش مشکلات و موضوعات قدیمی که اکنون در پرتو پایه امن ایجاد شده در جلسه درمان میسر شده است و یادآوری نیازهای دلبستگی، تحکیم موضع‌های جدید، کشف و آگاهی زوجین به وجود استثناات مثبت در زندگی و وجود همسر خود.
جلسه دهم	ایجاد تثبیت و تقویت رفتارهای جدید، برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است، شناسایی و حمایت از الگوهای تعاملی سالم، دستیابی زوج‌ها به الگویی در روابط‌شان و افزایش در دسترس بودن و پاسخگو بودن، استفاده از تکنیک‌های راه‌حل مدار مثل نوشتن، خواندن و سوزاندن خاطرات بد، بررسی میزان اثربخشی درمان تلفیقی، تکلیف از زوج خواسته می‌شود ظرف ۶ ماه آینده، هر هفته یکبار نفر مقابل را با رفتاری غافلگیر و خوشحال کنند.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی جهت بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها و



همچنین از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: یافته‌های جمعیت‌شناختی پژوهش

متغیرهای جمعیت‌شناختی	گروه آزمایش	گروه گواه
۲۰ تا ۲۵ سال	۲ (۱۲/۵ درصد)	۳ (۱۸/۷۵ درصد)
۲۶ تا ۳۰ سال	۴ (۲۵ درصد)	۵ (۳۱/۲۵ درصد)
سن	۵ (۳۱/۲۵ درصد)	۴ (۲۵ درصد)
۳۱ تا ۳۵ سال	۵ (۳۱/۲۵ درصد)	۴ (۲۵ درصد)
۳۶ تا ۴۰ سال	۵ (۳۱/۲۵ درصد)	۴ (۲۵ درصد)
تحصیلات		
زیردیپلم	۱ (۶/۲۵ درصد)	۲ (۱۲/۵ درصد)
دیپلم	۴ (۲۵ درصد)	۲ (۱۲/۵ درصد)
کارشناسی	۵ (۳۱/۲۵ درصد)	۷ (۴۳/۷۵ درصد)
کارشناسی ارشد	۵ (۳۱/۲۵ درصد)	۴ (۲۵ درصد)
دکتری	۱ (۶/۲۵ درصد)	۱ (۶/۲۵ درصد)

حال یافته‌های توصیفی پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد صمیمیت و سازگاری زناشویی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
صمیمیت	گروه آزمایش	۱۱۹/۷۵	۱۲/۹۹	۲۱۲/۱۱	۲۰/۶۷	۲۱۰/۹۳
زناشویی	گروه گواه	۱۱۵/۵۰	۱۳/۰۶	۱۰۹/۶۸	۱۳/۳۳	۱۰۱/۶۲
سازگاری	گروه آزمایش	۴۶/۸۷	۷/۴۵	۹۳/۳۷	۹/۰۱	۹۱/۵۰
زناشویی	گروه گواه	۴۷/۵۶	۷	۴۶/۶۸	۴/۷۵	۴۶/۱۸

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای صمیمیت و سازگاری زناشویی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ( $p > 0/05$ ). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ( $p > 0/05$ ). همچنین نتایج آزمون موجلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای صمیمیت و سازگاری زناشویی رعایت شده است ( $p > 0/05$ ).

جدول ۴: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین‌گروهی برای متغیرهای صمیمیت و سازگاری زناشویی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
صمیمیت	۵۹۱/۳۹	۲	۲۹۵/۶۹	۱۹/۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹	۰/۹۹
زناشویی	۱۱۱۱۵/۵۱	۱	۱۱۱۱۵/۵۱	۳۵/۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۱
تعامل مراحل و گروه‌بندی	۳۷۳۸/۷۷	۲	۱۸۶۹/۳۸	۵۷/۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱
خطا	۱۹۳۹/۱۶	۶۰	۳۲/۳۲				
سازگاری	۴۰۲/۲۵	۱/۱۰	۲۰۱/۱۲	۲۳/۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲	۱
زناشویی	۹۹۴/۵۹	۱	۹۹۴/۵۹	۱۸/۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۸
تعامل مراحل و گروه‌بندی	۶۱۶/۷۵	۱/۱۰	۳۰۸/۳۷	۳۰/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱
خطا	۸۹۷/۶۶	۶۰	۱۴/۹۶				

نتایج جدول ۴ نشان داد که میانگین نمرات متغیرهای صمیمیت و سازگاری زناشویی زوجین فارغ از تاثیر گروه‌بندی در طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش‌آزمون یک تفاوت معنادار به شمار می‌رود. از طرفی نتایج سطر دوم جدول فوق بیانگر آن است که متغیر گروه‌بندی (درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل‌محور) فارغ از مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر متغیرهای صمیمیت و سازگاری زناشویی زوجین تاثیر معنادار داشته است. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه‌بندی حاکی از آن بود که درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل‌محور با تعامل مراحل نیز تاثیر معناداری بر مراحل آزمون متغیرهای صمیمیت و سازگاری زناشویی زوجین داشته است. همچنین نتایج نشان داد که ۶۸ و ۵۱ درصد از تغییرات متغیرهای صمیمیت و سازگاری زناشویی زوجین توسط تعامل متغیر مراحل و گروه‌بندی تبیین می‌شود. حال در ادامه با استفاده از آزمون تعقیبی بونفونی در جدول ۵ مقایسه زوجی میانگین نمرات صمیمیت و سازگاری زناشویی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی ارائه می‌شود.

جدول ۵: مقایسه زوجی میانگین نمرات صمیمیت و سازگاری زناشویی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
صمیمیت زناشویی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴۳/۲۷	۵/۱۲	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۳۸/۶۵	۵/۳۶	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۴۳/۲۷	۵/۱۲	۰/۰۰۰۱
سازگاری زناشویی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۲۲/۸۱	۲/۴۱	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۲/۲۵	۲/۲۵	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۲۲/۸۱	۲/۴۱	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۱۸	۰/۵۸	۰/۴۹

همانگونه نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای صمیمیت و سازگاری زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل‌محور توانسته به شکل معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر نمایند. یافته دیگر این جدول نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای صمیمیت و سازگاری زناشویی تفاوت معنادار وجود ندارد.

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان تلفیقی هیجان مدار و راه حل محور بر صمیمیت و سازگاری زناشویی زوجین انجام گرفت. یافته اول پژوهش حاضر نشان داد که درمان خودمتمایزسازی بر صمیمیت زناشویی زوجین تأثیر معنادار دارد. بدین صورت که این درمان توانسته منجر به بهبود صمیمیت زناشویی زوجین شود. نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش آراین فر و رسولی (۱۳۹۸) مبنی بر تأثیر زوج درمانی کوتاه مدت راه حل محور با بر فرسودگی زناشویی زوجین، با یافته صاحبی بزاز و همکاران (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی درمان هیجان مدار بر تحمل ناکامی و سازگاری زناشویی زوج‌ها، با گزارشات زراعتی شمس‌آبادی (۱۳۹۷). مبنی بر اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر الگوهای ارتباطی، دلزدگی زناشویی و خودتنظیمی هیجانی زوجین، با نتایج پژوهش عباسی و همکاران (۱۳۹۶) مبنی بر کارایی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زنان متأهل، و با یافته بدیهی زراعتی و موسوی (۱۳۹۵) مبنی بر اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر تغییر سبک دلبستگی بزرگسالان و صمیمیت جنسی زوجین همسو بود.

در تبیین اثربخشی درمان تلفیقی هیجان مدار و راه حل محور بر صمیمیت زناشویی زوجین می‌توان گفت که بر اساس مبانی نظری درمان هیجان مدار که توسط مور و همکاران (۲۰۱۶) مورد بحث قرار گرفته است، فرآیند تغییر در الگوهای تعاملی و ارتباطی زوجین در درمان هیجان مدار با ابراز هیجان‌ات و نیازهای زیربنایی مشخص می‌شود. چنین ابرازی منجر به چرخه تعامل مثبت می‌شود که مشخصه آن افزایش میزان در دسترس بودن و پاسخگویی هیجانی است. در این درمان سطوح عمیق تجربه، پاسخ‌های تعاملی پذیرنده و پیوندجویانه، عوامل مؤثری در فرآیند تغییر هستند، چنان که زوج‌های موفق در درمان زوج درمانی هیجان مدار در مقایسه با زوج‌های ناموفق درصد بالاتری از پاسخ‌های پیوندجویانه و خودجوش را نشان دادند. بر این اساس درمان هیجان مدار با ارتقا رابطه عاطفی و هیجانی زوجین به بروز پاسخ‌های پیوندجویانه و الگوی ارتباطی سازنده متقابل را در آنها افزایش می‌دهد. همچنین این درمان می‌تواند با کاهش رفتارهای خصومت‌آمیز، سرزنشگر و سلطه‌جو به کاهش آسیب‌های ارتباطی بینجامد. بهبود تعامل هیجانی و عاطفی و کاهش رفتارهای خصومت‌آمیز، سرزنشگر و سلطه‌جو منجر به بهبود صمیمیت زوجین متعارض می‌شود. علاوه بر این باید گفت که در درمان راه حل محور که بر اساس مبانی نظری برزونسکی (۲۰۱۲) معرفی شده است، اعتقاد بر این است که زیاد بودن تعارضات زناشویی به دلیل فقدان مهارت‌های تفکر حل مسئله زوجین است و آنها مهارت و توانایی لازم جهت استفاده از راه حل‌های منطقی و مؤثر را برای زندگی ندارند و نمی‌توانند یک تعامل صحیح و منطقی همراه با عشق و علاقه از خود بروز دهند (آراین فر و رسولی، ۱۳۹۸). حال با استفاده از آموزش راه حل محور بر تفکر و نگرش افراد تأثیرگذار بوده و چگونگی حل مشکلات زندگی و مدیریت آنها بدون برخوردهای هیجانی را به زوجین آموزش می‌دهد و آنان نیز با بهره‌گیری از مهارت‌های حل مسئله مشکلات و تعارضات موجود در زمینه عدم همکاری در انجام امور منزل، واکنش‌های هیجانی نابجا و ایجاد تنش در روابط خود، عدم لذت از روابط جنسی و کاهش آن در زندگی زناشویی داشته‌اند را حل کنند و تعارضات زندگی زناشویی را با روش حل مسئله و مدیریت نمودن هیجان‌ات کاهش داده و صمیمیت زناشویی بالاتری را تجربه می‌کنند. با دقت در این فرآیند می‌توان

دریافت که درمان راه‌حل محور می‌تواند واکنش‌های هیجانی مناسب، روابط جنسی لذت‌بخش، سازگاری عاطفی و روان‌شناختی زوجین را افزایش دهد. این متغیرها، هانی‌اند که ابعاد صمیمیت زناشویی را تشکیل می‌دهند. از همین رو درمان راه‌حل محور قادر است صمیمیت زناشویی زوجین را افزایش دهد.

یافته دوم پژوهش حاضر نشان داد که درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل‌محور بر سازگاری زناشویی زوجین تأثیر معنادار دارد. بدین صورت که این درمان توانسته منجر به بهبود سازگاری زناشویی زوجین شود. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش محمدیاری و حسینیان (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر زوج‌درمانی، با یافته آقای و همکاران (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی درمان راه حل محور بر نظم‌جویی هیجانی زوجین، با گزارشات صائمی و همکاران (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌محور بر صمیمیت زناشویی زوجین، با نتایج پژوهش رئیسی و همکاران (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر تغییر سبک‌های ارتباطی زنان متأهل، با یافته زنگنه مطلق و همکاران (۱۳۹۶) مبنی بر اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود صمیمیت و کاهش نارسایی هیجانی زوجین، و با گزارشات اولیازاده و ریسی (۱۳۹۶) مبنی بر اثربخشی آموزش راه حل محور بر تعارضات زناشویی و کیفیت زندگی در زوجین همسو بود.

در تبیین اثربخشی درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل‌محور بر سازگاری زناشویی زوجین ابتدا می‌بایست به نقش تعیین کننده هیجان‌ات و ابراز آن در بهبود روابط زوجین پرداخت. جانسون و همکاران (۲۰۰۵) دریافتند که حمایت و درگیری هیجانی اجزای اساسی رابطه زناشویی هستند و این عوامل در مقایسه با تعارضات رفتاری، با قدرت بیشتری می‌توانند آینده رابطه را پیش‌بینی کنند. بر این اساس درمان هیجان‌مدار نیز با تأکید بر اهمیت همین هیجان‌ات پدید آمده است. با توجه به نقش عمده هیجان‌ات در نظریه دلبستگی، این درمان به نقش مهم هیجان‌ات و ارتباطات هیجانی در سازماندهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجان‌ات را عامل تغییر در نظر می‌گیرد. از این رو درمان هیجان‌مدار به زوجین کمک می‌کند تا نیازها و تمایلات اصلی و نگرانی‌های هیجانی و عاطفی یکدیگر را شناسایی کرده و ابراز کنند. بنابراین از نامی‌های هیجانی زوجین کاسته می‌شود. این فرایند سبب می‌شود تا با بهبود الگوی ارتباطی و هیجانی بین زوجین، سازگاری زناشویی آنان نیز بهبود یابد. علاوه بر این می‌توان بیان نمود که مدل درمانی راه‌حل‌محور به مراجعان به عنوان متخصصان شایسته و توانایی که قادر به حل مسائل خود هستند و به درمان به عنوان فرایندی که مراجع و درمانگر به وسیله آن واقعیات مطلوب را بازسازی می‌کنند، می‌نگرد (اولیازاده و ریسی، ۱۳۹۶). درمان راه‌حل‌محور با این عقیده که مراجعان نسبت به تشخیص اهداف و شکل‌دهی راه‌حل‌های مؤثر برای موقعیت‌های چالش‌برانگیز توانمند هستند، ضرورتاً بر قدرتمند کردن و منعطف کردن مراجعان با کشف راه حل‌ها و استثنائات قبلی برای مسائل و تشویق مراجعان به تکرار رفتارهای مفید و مؤثر که اساس راه‌حل‌های تحقق اهداف را شکل می‌دهند، تمرکز می‌کند. بر این اساس این درمان با توانمندسازی زوجین در راستای حل مشکلات فی‌مابین، سبب می‌شود میزان چالش‌های ارتباطی و تعارضات آنها کاهش یافته و از این طریق سازگاری زناشویی آنان افزایش یابد.

محدود بودن دامنه تحقیق به زوجین ۲۰ تا ۴۰ سال مراجعه کننده به مرکز مشاوره شهر خانواده سالم شهر قم اصفهان؛ عدم کنترل متغیرهای تاثیرگذار بر صمیمیت و سازگاری زناشویی زوجین، عدم تمایل بعضی از زوجین جهت شرکت

در پژوهش حاضر و عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر جامعه‌های آماری (همانند زوجین متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه، زوجین بدون فرزند متعارض و ... و ...)، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل‌محور بر صمیمیت و سازگاری زناشویی زوجین، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود درمان تلفیقی هیجان‌مدار و راه‌حل‌محور به درمانگران و مشاوران حوزه خانواده در سطح دانشگاه‌ها، فرهنگسراهای شهرداری و مراکز مشاوره دادگستری معرفی شود تا آنها با بکارگیری این درمان برای زوجین، جهت بهبود صمیمیت و سازگاری زناشویی زوجین گامی عملی برداشته باشند.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی نرگس صحت در دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان) بود. بدین وسیله از تمام زوجین حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنها و مسئولین مرکز مشاوره خانواده سالم که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

### منابع

- اعتمادی، عذرا. (۱۳۸۴). بررسی و مقایسه اثربخشی رویکرد روانی-آموزشی مبتنی بر شناختی-رفتاری و ارتباط درمانی بر صمیمیت زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان، پایان‌نامه دکتری دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تربیت معلم، اولیازاده، مریم، ریسی، زهره. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش راه‌حل‌محور بر تعارضات زناشویی و کیفیت زندگی در زوجین شهر اصفهان، سلامت جامعه، ۱۱(۳-۴)، ۱-۱۰.
- آرین‌فر، نیره، رسولی، رویا. (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر زوج درمانی کوتاه مدت راه حل محور با زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی زناشویی زوجین، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۲۰(۱)، ۴۷-۶۰.
- آقایی، زهراسادات، حاتمی، حمیدرضا، درتاج، فریبرز، اسدزاده، حسن. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه حل محور بر نظم جویی هیجان زوجین، مجله علوم روانشناختی، ۱۷(۶۸)، ۵۰۹-۵۱۴.
- بدیعی زراعتی، فرنوش، موسوی، رقیه. (۱۳۹۵). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر تغییر سبک دلبستگی بزرگسالان و صمیمیت جنسی زوجین، فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۷(۲۵): ۷۱-۹۰.
- خمسه، اکرم، حسینیان، سیمین. (۱۳۸۶). بررسی تفاوت‌های جنسیتی بین ابعاد مختلف صمیمیت در دانشجویان متأهل، نشریه مطالعات اجتماعی- روان‌شناختی زنان، ۱(۶)، ۳۵-۵۲.
- داورنیا، رضا، زهراکار، کیانوش، معیری، نسیم، شاکرمی، محمد. (۱۳۹۴). بررسی کارایی زوج درمانی هیجان مدار به شیوه گروهی بر کاهش فرسودگی زناشویی زنان، مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۲۵(۲): ۱۴۰-۱۳۲.
- رئیزی، سیدجمال، محمدی، کوروش، زارعی، اقبال، نجارپوریان، سمانه. (۱۳۹۷). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و رویکرد تصمیم‌گیری مجدد بر تغییر سبک‌های ارتباطی در زنان متأهل، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۲۰(۱): ۷۰-۶۴.
- زراعتی شمس‌آبادی، شادی. (۱۳۹۷). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر الگوهای ارتباطی، دزدگی زناشویی و خودتنظیمی هیجانی زوجین شاغل، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان(خوراسگان).
- زنگنه مطلق، فیروزه، بنی‌جمالی، شکوه السادات، احدی، حسن، حاتمی، حمیدرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی هیجان‌مدار بر بهبود صمیمیت و کاهش نارسایی هیجانی زوجین، اندیشه و رفتار، ۱۱(۲۴): ۵۸-۴۷.
- صاحبی بزاز، لیلا، سودانی، منصور، و مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان هیجان مدار بر تحمل ناکامی و سازگاری زناشویی زوج‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شرکت نفت، پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۴(۳۴): ۸۳-۵۹.

- صائمی، حسین، بشارت، محمدعلی، اصغر نژاد فرید، علی اصغر. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی زوج درمانی گاتمن و زوج درمانی هیجان محور بر صمیمیت زناشویی زوجین، روانشناسی خانواده، (۲)۵، ۳۹-۵۲.
- عباسی، امیر، محمدی، محمد، زهراکار، کیانوش، داورنیا، رضا، بابایی گرمخانی، محسن. (۱۳۹۶). کارآیی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل، نشریه پرستاری ایران، ۳۰(۱۰۵)، ۳۴-۴۶.
- عمرانی، سیمین، جمهری، فرهاد، احدی، حسن. (۱۳۹۷). پیش بینی سازگاری زناشویی بر اساس باورهای فراشناختی با در نظر گرفتن نقش میانجی تعارض های زناشویی، مجله علوم روانشناختی، ۱۷(۶۸)، ۵۰۱-۵۰۸.
- فتوحی، سکینه، میکاییلی، نیلوفر، عطادخت، اکبر، حاجلو، نادر. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر فراهیجان بر سازگاری و دلزدگی زناشویی در همسران دارای تعارض، نشریه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده، ۱۲(۱)، ۴۵-۶۴.
- محمدیاری، انسیه، حسینیان، سیمین. (۱۳۹۷). فراتحلیل اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر زوج درمانی (ایران، ۱۳۹۶-۱۳۸۵). مجله فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده، ۱۳(۴۳)، ۳۳-۵۲.
- یوسفی، ناصر، بشلیده، کیومرث، عیسی نژاد، امید، اعتمادی، عذرا، شیربیگی، ناصر. (۱۳۹۰). رابطه سبک های عشق‌ورزی و کیفیت زناشویی در میان افراد متأهل. دوفصلنامه مشاوره کاربردی دانشگاه چمران اهواز، ۱(۱)، ۲۱-۳۶.
- Baum, N., Shnit, D. (2005). Self- differentiation and narcissism in divorced parent's co-parental relationships and functioning. *Journal of Divorce & Remarriage*, 42, 33- 55.
- Bayerman, S., Kleverson, E. (2014). Family therapy and Self Differentiation in women with and without mental disorders. *Procedia social and Behavioral Sciences*, 2 (11), 223-232.
- Brzezowski, K.M. (2012). A solution- focused group ed treatment approach for individuals maladaptively. *Expressing enger*. Ohio: wright state university.
- Cirhinlioglu, F.G., Tepe, Y.K., Cirhinlioglu, Z. (2017). Psychological distress, self esteem and emotional dependency of married individuals as predictors of marital adjustment. *Procedia Computer Science*, 120, 164-171.
- Crago, H. (2006). *Couple, Family and Group Work: First step in interpersonal intervention*. Open University press.
- 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 pre-ejection period. *Biological Psychology*, 151, 107-112.
- Dejong, P., Berg, I.K. (2012). *Interviewing for solutions*, 4 nd ed. Pacific Grove, CA: Brooks Cole. P. 152.
- Goldfarb, M.R., Trudel, G., Boyer, R., Préville, M. (2019). Till depression do us part? Examining the prospective associations between depression and marital adjustment in older adults. *European Review of Applied Psychology*, 69(2), 41-49.
- 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.
- Marguerite, K., Zimmer-Gembeck, M. J., Boislard, M. (2012). Identity, intimacy, status and sex dating goals as correlates of goal-consistent behavior and satisfaction in Australian youth. *Journal of Adolescence*, 15, 1-14.
- Moore, A.K., Rasmussen, R., Sandberg, J., Holt-Lunstad, J., Carrell, D.T., Straseski, J., Peterson, C.M., Johnstone, E.B.(2016). Intensive lifestyle intervention including emotionally-focused couples therapy leads to more pregnancies and weight loss in obese infertile couples. *Fertility and Sterility*, 106(3): 101-106.
- Patrick, S., Sells, J.N., Giordano, F.G. & Tollerud, T.R. (2007). Intimacy, differentiation, and personality variables as predictors of marital satisfaction. *Journal of Familytherapy*, 15, 359-367.
- Wand, T. (2010). Mental health nursing from a solution focused perspective. *Int International Journal of mental Health Nursing*, 19, 210-219.
- Weeks, N., Gerald, R., Fife, B., & Stephan, T. (2009) Rebuilding intimacy following in idently. *Psychotherapy in Australia*, 15, 207-216.
- Wiebe, S.A., Johnson, S.M. (2017). Creating relationships that foster resilience in Emotionally Focused Therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13, 65-69.
- Wilson, S.J., Andridge, R., Peng, J, Bailey, B.E., Malarkey, W.B., Kiecolt-Glaser, J.K. (2017). Thoughts after marital conflict and punch biopsy wounds: Age-graded pathways to healing. *Psychoneuroendocrinology*, 85, 6-13.