

بررسی اثر بخشی رویکرد درمان هیجان مدار بر افزایش میزان صمیمیت زناشویی و خود-کارآمدی زوج‌های دانشجو^۱

بتول حامدی^۲، دکتر عبدالله شفیق آبادی^۳

دکتر شکوه نوابی نژاد^۴، دکتر علی دلاور^۵

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان هیجان مدار بر افزایش صمیمیت زناشویی و خود-کارآمدی زوج‌های دانشجو می باشد. این پژوهش نیمه آزمایشی است و جامعه آماری آن، دانشجویان متاهل دانشگاه‌های شهر تهران هستند. نمونه مورد پژوهش ۱۴ زوج (۲۸ نفر) هستند که نمرات کسب شده آن‌ها در مقیاس نیازهای صمیمیت باگاروزی و مقیاس خود-کارآمدی مقابله با مشکلات چسبی پایین تر از میانگین می باشد و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شده اند. زوجین گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان هیجان مدار شرکت کردند. داده‌ها در ابتدا مطابق با روش تحلیل کوواریانس (تک متغیری) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سپس به منظور تعیین میزان اثربخشی درمان بر هر یک از ابعاد صمیمیت و خود-کارآمدی (متغیرهای وابسته)، از روش تحلیل کوواریانس (چند متغیری) استفاده شد. نتایج نشان داد درمان هیجان مدار بر افزایش میزان صمیمیت و خرده‌مقیاس‌های آن و نیز افزایش میزان خود-کارآمدی و زیرمقیاس‌های آن مؤثر بوده است.

واژگان کلیدی: درمان هیجان مدار، صمیمیت زناشویی، خود-کارآمدی، زوج‌ها

۱. این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران است.

۲. دانشجوی دکتری مشاوره- مسئول مکاتبات- bnhamedi@yahoo.com- تهران ۹۱۳۱۲۲۹۷۰۴

۳. استاد دانشگاه علامه طباطبایی

۴. استاد دانشگاه تربیت معلم

۵. استاد دانشگاه علامه طباطبایی

مقدمه

روابط صمیمانه برای بسیاری از افراد، یکی از بخش‌های مهم دوران جوانی است. صمیمیت، هم رضایت فردی و هم رضایت ارتباطی را ایجاد می‌کند و به عنوان عامل اصلی فراهم آوردن سلامت، سازگاری، شادکامی و احساس معنی کردن در جوانی می‌باشد (پاپوویس^۱، ۲۰۰۵) یک توقع مهم از مدل ازدواج در جهان معاصر این است که زوجین به نیازهای یکدیگر به عشق، صمیمیت و عاطفه توجه کنند. کلی و بورگون^۲ (۱۹۹۱) گزارش کردند که شکست در رسیدن به انتظاراتی که زوجین در مورد صمیمیت در رابطه‌شان دارند، پیش بینی کننده نارضایتی زناشویی است. بر اساس نظریه گاتمن^۳ (۱۹۹۵)؛ هولمن و لی^۴ (۱۹۹۷)، عشق عنصر مهمی در روابط زناشویی در تازه ازدواج کرده‌ها می‌باشد و به وسیله تعامل زیاد، وقت گذاشتن برای یکدیگر و داشتن افکار و احساسات باز و آشکار نسبت به هم، زنده نگه‌داشته می‌شود (به نقل از موریس^۵، ۱۹۹۹).

از نظر اریکسون وظیفه اصلی رشدی افراد در دوره جوانی،^۶ چیرگی بر بحران صمیمیت در برابر انزوا می‌باشد (کوری^۷، ۲۰۰۵). وی معتقد بود که افراد آسیب‌پذیری بالایی برای بحران در جوانی دارند که ممکن است صمیمیت پیش‌بینی کننده‌ای برای جدایی در دوران میانسالی باشد. لذا ما معتقدیم کسانی که مسائل مربوط به صمیمیت را در دوران جوانی به طور موفقیت آمیزی حل می‌کنند، شانس بیشتری برای حفظ یک رابطه زناشویی با ثبات در دوران میانسالی دارند. (به نقل از وینبرگر^۸، ۲۰۰۸). بنابراین ما باید نسبت به مراحل اولیه ازدواج توجهی دقیق داشته باشیم و نیز به مداخلات درمانی مؤثر و پیشگیرانه پردازیم (هاروی^۹، ۲۰۰۵). روابط صمیمانه شامل مشارکت نزدیک و نوعاً شامل توقع داشتن رابطه‌ای است که تداوم می‌یابد (شیفر و اولسون^{۱۰}، ۱۹۸۱). صمیمیت شامل: احساس نزدیکی یا ارتباط، دغدغه متقابل برای سعادت‌مند ساختن دیگری، داشتن احساس اعتماد و امنیت، صداقت و باز بودن و حمایت متقابل از یکدیگر می‌باشد (فیفه^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۸؛ به نقل از ویکس^{۱۲}، ۲۰۰۹، ص ۳۹). به نظر باگاروزی^{۱۳} (۲۰۰۱)، صمیمیت واقعی فرایندی تعاملی است که از چندین مؤلفه مربوط به هم تشکیل شده است و هسته اصلی این فرایند، شناخت، فهم و پذیرش فرد مقابل، همدلی با

1. Popovice
2. Kelley& Burgoon
3. Gottman
4. Holman&Li
5. Morris
6. Aduthodd
7. Corey
8. Weinberger
9. Harway
10. Schaefer.,& Olson
11. Fife
12. Weeks

احساسات او و قدرشناسی از دیدگاه بی‌همتای وی نسبت به جهان می‌باشد. افزایش صمیمیت به وسیله روان‌درمانی، مورد توجه روان‌درمانگرانی مانند ریس^۱ (۱۹۸۹)، اشنارک^۲ (۱۹۹۱)، استافر^۳ (۱۹۸۷) و وارینگ^۴ (۱۹۸۸) قرار گرفته است. با این حال برخی از روان‌درمانگران نیز از طریق برنامه‌های آموزش روانی موجبات ارتقای صمیمیت را فراهم می‌سازند (به نقل از دورانا^۵، ۱۹۹۶). از آن جا که صمیمیت مفهوم پیچیده‌ای است و با سایر مفاهیم نزدیک به آن همپوشی دارد، ملاحظه می‌شود که در اکثر مطالعات پر بار سازی صمیمیت، صمیمیت به عنوان متغیر خاص مطرح نمی‌گردد، بلکه رضایت زناشویی و مهارت‌های ارتباطی مختلف را ملاک قرار می‌دهند. در این پژوهش سعی شده است تا مفهوم صمیمیت را از دیگر مفاهیم مشابه تمیز داده و فقط صمیمیت و ابعاد مختلف آن را مورد مطالعه قرار دهد. همچنین تحقیق حاضر، مهارت‌های ارتباطی را آموزش نمی‌دهد، بلکه این امر به وسیله تسهیل مداخلات درمانگر صورت می‌پذیرد. فرض بر این است که بیشتر واکنش‌های مهم در روابط همسران مانند عشق، اعتماد و احترام آموختنی نیستند، بلکه باید در یک فرایند خود-ابرازگری متقابل، فرا خوانده شوند (گرینبرگ و جانسون^۶، ۱۹۸۶، به نقل از گورمن^۷، ۲۰۰۸).

به دلیل نقش‌های مهمی که جوانان در این مرحله ایفا می‌کنند، مفهوم خود-کار آمدی نیز در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است. جوانان^۸، تغییرات همزمانی را در همه جنبه‌های زندگی تجربه می‌کنند (اسکولنبرگ^۹، برایانت و اومالی^{۱۰}، ۲۰۰۴). این دوره رشد به وسیله سطوح بالایی از اکتشاف شخصی (جسور^{۱۱}، دونوان و کاستا^{۱۲}، ۱۹۹۱) مشخص می‌شود، تحرک زیاد و استقلال از والدین، و انطباق با نقش بزرگسالی (اریکسون، ۱۹۶۸) مانند موفقیت شغلی و تشکیل خانواده به عنوان مهم‌ترین تصمیمات مطرح می‌شود (به نقل از ساوی کاکار^{۱۳}، ۲۰۱۲).

باورهای خودکار-آمدی نقش اصلی را در بیشتر مسایل روان‌شناختی عادی ما دارد، همچنین در مداخلات موفقیت آمیز در برخورد با این مشکلات (بندورا^{۱۴}، ۱۹۹۷؛ مادوکس و مایر^{۱۵}، ۱۹۹۵)، کسانی که اعتمادی قوی

1. Reis
2. Schnarch
3. Stauffer
4. Waring
5. Durana
6. Greenberg&Jahson
7. Gurman
8. young adults
9. Sculunberg
10. Bryant & O'Mally
11. Jessor
12. Donovan&Costa
13. Savicakar
14. Bandura
15. Maddux & Meier

نسبت به توانایی هایشان در انجام امور وموقعیت‌های سخت دارند، با آرامش به آن موقعیت‌ها نزدیک می‌شوند و به وسیله مشکلات در هم شکسته نمی‌شوند، ازطرف دیگر، کسانی که اعتماد کمی نسبت به توانایی‌هایشان دارند، با ترس با آن‌ها نزدیک می‌شوند. در نتیجه احتمال عملکرد موثر خویش را کاهش می‌دهند (بندورا، ۱۹۹۷؛ به نقل از مادوکس، ۲۰۰۰). موضوع روان‌درمانی به مداخلات هدایت‌شده حرفه‌ای مربوط می‌شود که برای ارتقای سلامت روانی، طراحی شده است، در صورتی که بپذیریم خود-تنظیمی نقش مهمی در همه این مداخلات دارد، در واقع بیشتر مداخلات حرفه‌ای برای افزایش خود-تنظیمی طراحی شده‌اند، زیرا آن‌ها کمک می‌کنند تا ما حس کارآمدی در مورد جنبه‌های مهم زندگی کسب نموده یا باز به دست آوریم (فرانک و فرانک، ۱۹۹۱). تئوری شناختی اجتماعی و خود-کارآمدی فرض می‌کند که ما قابلیت تغییر خود-تنظیمی^۲ و خود-آغازی^۳ داریم و مطالعات مربوط به کسانی که بدون کمک حرفه‌ای بر مسائل رفتاری مشکل فائق آمده‌اند، گواهی بر این توانایی است. در حقیقت بیشتر مداخلات راهنمایی، برای ارتقای خود-گردانی طراحی می‌شوند؛ زیرا آن مداخلات مربوط به کمک کردن برای افزایش و بازیافتن کارآمدی در جنبه‌های مهم زندگی هستند (فرانک و فرانک، ۱۹۹۱؛ به نقل از مادوکس، ۲۰۰۰).

نیاز ما به رویکردهای موثر و به‌طور تجربی حمایت‌شده برای زوج‌درمانی مورد تأکید قرار گرفته است (کریستین سن^۴، داس^۵ و اتکینز^۶، ۲۰۰۵، نورتی^۷ و هادسون^۸، ۲۰۰۶) و دیدگاهی که در سال‌های اخیر توجه زیادی را به خود جلب نموده، درمان هیجان‌مدار^۹ می‌باشد. (جانسون و گرینبرگ، ۱۹۸۵؛ جانسون، ۲۰۰۴، به نقل از ساندبرگ^{۱۰}، ۲۰۱۱). مدل EFT به‌عنوان حاصل مشاهدات تجربی فرایندهای درمانی زوج‌ها و تعیین‌کننده مداخلات درمانی کلیدی که به‌طور موفقیت‌آمیزی به بازسازی تعاملات هیجانی زوج‌ها کمک می‌کرد، پدیدار شد. این مداخلات در یک پروتکل تحقیق‌شده دقیق برای درمان با مراحل و گام‌های ویژه ترکیب یافت. به دلیل وجود این پروتکل ویژه، مدل EFT خودش را به‌عنوان مدلی پاسخگو و دارای اعتبار تجربی مطرح ساخت و یکی از معتبرترین مدل‌های تجربی زوج‌درمانی شده است. (جانسون ۲۰۰۵؛ به نقل از پالمرو و دیگران، ۲۰۱۱). EFT، ترکیبی از نظریه‌های تجربه‌نگر، سیستم‌ها و دلبستگی است که با هدف پروردان و رشد تماسی ایمن، در دسترس و پاسخگو که در آن زوجین نسبت به نیازهای دلبستگی‌شان آگاه گردند، شکل گرفته است.

1. Frank & Frank
2. Self-Regulation
3. Self-initiated
4. Christensen
5. Doss
6. Atkins
7. Northey
8. Hodgson
9. Emotionally Focused Therapy (EFT)
10. Sandberg

برای این منظور، زوجین باید پاسخ‌های هیجانی نیرومندی که تعاملاتشان را سازمان می‌دهد، اداره کرده و عناصر مدل‌های فعالیت درونی خودشان را چنانچه مشکل‌ساز هستند، پیدا کرده و بازسازی نمایند. آن‌ها سپس می‌توانند رفتارهای جدید دلبستگی را داشته باشند. رویکرد درمانی هیجان مدار در اوایل سال ۱۹۸۰ به عنوان پاسخی به کمبود مداخلات زوجی روشن و معتبر خصوصاً مداخلاتی بیشتر انسانی تا رفتاری تنظیم گردید. (گرینبرگ و جانسون، ۱۹۸۸). رویکردی نسبتاً مختصر، با ساختار برای درمان زوج‌ها است و برای اجرا در ۸ تا ۲۰ جلسه طراحی شده است (جانسون ۱۹۹۶). درمان هیجان مدار بر مرکزیت هیجان در آشفته‌گی‌های زناشویی و زوج درمانی تأکید می‌کند (گرینبرگ و جانسون، ۱۹۸۸؛ به نقل از لایس ۲۰۰۳). یک مدل انسان‌گرا مانند درمان هیجان مدار هم صرفه جویانه و هم برجسته می‌باشد، زیرا درمانگر مستقیماً به سراغ موضوعی که مراجعان در ارتباطات آشفته‌شان در حال حاضر تجربه می‌کنند، می‌رود. تجربه زوجین از برجسته بودن درمان، بازتاب این واقعیت است که میزان افت در مطالعات و فعالیت‌های بالینی در کل خیلی پایین است، حتی در مورد زوجینی که مشکلات شدیدی دارند (کلاودیر^۱، مانیون^۲، گوردون واکر^۳ و جانسون، ۲۰۰۱، به نقل از جانسون ۲۰۰۷).

جانسون و گرینبرگ (۱۹۸۸)، تحلیل تعدادی از جلسات درمانی را که طی آن‌ها تغییرات درمانی در روابط زوج‌ها مشاهده شده بود، مورد بررسی قرار دادند. نتیجه بیانگر سطوح بالایی از «درگیری درمانجو»، «تجربه آموزی، اکتشاف، آشکارسازی احساسات» و میزان زیادی «تعامل‌های خود مختارانه و مشارکتانه»، آشکار سازی، مشارکت و درک یکدیگر بود. دندنو^۴ (۱۹۹۰) در تحقیقی تأثیر دو رویکرد درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی را بر میزان صمیمیت، اعتماد و سازگاری میان زوج‌ها مورد مقایسه قرار می‌دهد. نتایج نشان داد که نمرات خودگزارشی صمیمیت در هر دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون، به طور معنی‌داری افزایش داشته است. اندازه‌های مشاهده شده مربوط به صمیمیت، تأثیر متفاوتی را در حمایت از درمان هیجان مدار نسبت به درمان شناختی در پس‌آزمون نشان داد. پس از ۱۰ هفته پی‌گیری گروه درمان هیجان مدار به طور معنی‌داری در میزان صمیمیت و سازگاری نسبت به درمان شناختی برتر بودند. لایس^۵ (۲۰۰۳) با ۷ زوج که در جستجوی درمان بارویکرد هیجان مدار بودند، کار کرد. نتایج بیانگر تأثیر مثبت درمان بر سازگاری زوج‌ها بود. همه زوج‌ها بهبودی ارتباط‌شان را خاطر نشان ساختند. هالچوک^۶، مکینن^۷ و جانسون (۲۰۱۰) کارآمدی مدل جدید حل آسیب دلبستگی، در زوج‌هایی که درمان هیجان مدار را دریافت کرده بودند،

1. Clothier
2. Manion,
3. Gordon Walker
4. Dandeneau
5. Lavis
6. Halchuk
7. Makinen

مورد ارزیابی قرار دادند تا مشخص گردد که بهبودی چشمگیر بعد از درمان پس از سه سال حفظ شده است یا نه. نتایج نشان داد که بهبودی در سازگاری دو طرف، اعتماد و بخشش و کاهش شدت آسیب دلبستگی در طول زمان باقی مانده است.

با توجه به مطالب بالا و با تأکید بر اهمیت صمیمیت در روابط زوجین و تأثیر خود-کارآمدی هر یک از زوج‌ها در قدرتمند ساختن آن‌ها در برابر مشکلات و این که هر دو متغیر موجبات بهزیستی روانی و جسمانی فرد را فراهم می‌سازند، مطالعه فعلی به تعیین اثر بخشی رویکرد درمانی هیجان مدار (گرینبرگ و جانسون، ۱۹۸۸؛ جانسون و گرینبرگ، ۱۹۸۷؛ جانسون، ۲۰۰۴) بر میزان صمیمیت زناشویی و خود-کارآمدی آن‌ها می‌پردازد. روش پژوهش- این پژوهش از نظر روش، نیمه آزمایشی و در قالب طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل صورت گرفته است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری- جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه زوج‌های دانشجویی است که به منظور حل مشکلات زناشویی خود در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ به مراکز مشاوره دانشجویی دانشگاه‌های شهر تهران مراجعه کرده‌اند و دارای شرایط زیر می‌باشند: ۳ سال از مدت ازدواج آن‌ها گذشته باشد. / یک یا هر دو زوج دانشجو باشند. / حداقل مدرک تحصیلی زوجین دیپلم باشد. / نداشتن مشکلات حاد روانی- شخصیتی / نداشتن تعارض‌های حاد و بحرانی یا در آستانه طلاق بودن.

نمونه مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شد. ابتدا از میان لیست کلیه دانشگاه‌های شهر تهران که دارای مراکز مشاوره بودند، سه دانشگاه به طور تصادفی انتخاب شدند و در مرحله بعد با مراجعه به مراکز مشاوره این دانشگاه‌ها و ثبت نام و مشخص شدن تعداد زوجین دانشجویی که تمایل به شرکت در این پژوهش داشتند، به شیوه تصادفی ساده ۱۴ زوج (۲۸ نفر) که نمراتشان در مقیاس نیازهای صمیمیت باگاروزی و مقیاس خودکارآمدی مقابله با مشکلات چسبی پایین‌تر از میانگین بود، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از سه پرسش‌نامه به شرح زیر استفاده شد: ۱) پرسش‌نامه نیازهای صمیمیت باگاروزی^۱ - این پرسش‌نامه دارای ۴۱ سؤال در مقیاس ۱۰ درجه‌ای تکمیل عبارت می‌باشد و نیازهای صمیمیت و ابعاد آن (عاطفی، روان‌شناختی، عقلانی، جنسی، جسمانی، معنوی، زیباشناختی و اجتماعی - تفریحی) را مورد بررسی قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه توسط اعتمادی (۱۳۸۴) ترجمه شد. برای تعیین روایی محتوی و صوری آن، پرسش‌نامه در اختیار پانزده نفر از استادان رشته مشاوره و پانزده زوج قرار گرفت. پس از اصلاح نهایی، پرسش‌نامه بر روی ۳۰ زوج اجرا شد و ضریب پایایی کل پرسش‌نامه با روش آلفای کرو نباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

در مطالعه‌ای دیگر خمسه و حسینیان (۱۳۸۶)، در تعیین پایایی پرسش نامه با روش بازآزمون، ضریب آلفای کرونباخ را برای صمیمیت عاطفی ۰/۸۹، صمیمیت روان شناختی ۰/۸۲، صمیمیت عقلانی، ۰/۸۱، صمیمیت جنسی ۰/۹۱، صمیمیت فیزیکی ۰/۸۰، صمیمیت زیبا شناختی ۰/۷۶، صمیمیت اجتماعی - تفریحی ۰/۵۱، صمیمیت معنوی ۰/۶۵ و برای صمیمیت کل ۰/۸۲ به دست آمده افزون بر آن، جهت تعیین روانی آزمون، این پرسش نامه همراه با پرسش نامه صمیمیت زناشویی، هم زمان به وسیله ۳۰ زوج پاسخ داده شد، که ضریب همبستگی بین نتایج دو آزمون صمیمیت، بیانگر همبستگی معنی دار ۰/۶۵ است (خمسه و حسینیان، ۱۳۸۷).

ب) مقیاس خودکارآمدی مقابله با مشکلات^۱ - این مقیاس در سال ۲۰۰۶ توسط چسنی^۲ و همکاران به منظور ارزیابی خودکارآمدی مربوط به شیوه‌های مقابله فرد در برابر مشکلات ساخته شد. این مقیاس یک آزمون ۲۶ عبارتی است که در آن از آزمودنی خواسته شده است که در یک مقیاس لیکرت ۱۱ درجه‌ای مشخص کند که هنگام مواجهه با مشکلات تا چه حد می‌تواند هر یک از کارهای بیان شده را انجام دهد. مقیاس خودکارآمدی مقابله‌ای، دارای ۳ زیر مقیاس است: ۱- استفاده از راهکارهای مقابله مسئله‌مدار (۱۲ عبارت) ۲- متوقف ساختن افکار و هیجانان منفی (۹ عبارت) و ۳- کسب حمایت دوستان و خانواده (۵ عبارت). چسنی و همکاران (۲۰۰۶) مقیاس ۲۶ عبارتی را به فرم ۱۳ عبارتی کاهش دادند، با سه فاکتور: راهکارهای مقابله مسئله‌مدار (۶ عبارت)، متوقف ساختن افکار و هیجانان منفی (۴ عبارت) و کسب حمایت از جانب دوستان و خانواده (۳ عبارت). در این پژوهش از فرم ۱۳ عبارتی استفاده شده است.

در دو پژوهش اصلی (در نمونه ۳۴۸ نفری) ضریب آلفای کرونباخ کل آزمون برابر با ۰/۹۵ و برای هر زیر مقیاس در محدوده ۰/۷۹-۰/۹۲ گزارش گردید. در پرسش نامه ۱۳ آیتی ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس راهکارهای مقابله مسئله‌مدار (۰/۹۱)، برای زیر مقیاس متوقف ساختن افکار و هیجانان منفی (۰/۹۱) و برای زیر مقیاس حمایت از جانب دوستان و خانواده (۰/۸۰) به دست آمد. اعتبار همزمان و افتراقی مقیاس خودکارآمدی مقابله‌ای از طریق رابطه معنادار آن با دیگر مقیاس‌های سنجش سلامت روان به اثبات رسیده است. (ج) پرسش نامه خصوصیات جمعیت شناختی - این پرسش نامه توصیف مناسبی از جمعیت نمونه این پژوهش بود. از زوجین در مورد سن، مدت ازدواج، تعداد فرزندان، شغل، رجوع قبلی به روان پزشک و قصد طلاق سؤال شد.

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش ابتدا به بررسی ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌ها پرداخته شد و به منظور توصیف آماری، از جداول شاخص‌های آمار توصیفی استفاده شد که در آن فراوانی، میانگین و انحراف معیار به عنوان شاخص‌های توصیفی استفاده شد. در راستای تحلیل‌های استنباطی و آزمون فرضیه‌های تحقیق با توجه به این که از روش

1. Coping self - Efficacy Scale (CSE)
2. Chesney

پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است، بهترین روش آماری تحلیل کوواریانس می‌باشد. برای بررسی این فرضیه که درمان هیجان مدار بر میزان صمیمیت زوجها تاثیر دارد، با توجه به برقرار بودن تمامی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس (یکسان بودن شیب خط رگرسیون، همگنی واریانس ها، خطی بودن رابطه بین دو متغیر و نرمال بودن توزیع نمرات) از این آزمون استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

جدول ۱: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات صمیمیت زوجین در دو گروه

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر
پیش آزمون	۸۹۹۱,۶۲۱	۱	۸۹۹۱,۶۲۱	۱۶۳,۱۶۸	۰,۰۰۱	۰,۸۶۹
گروه‌ها (مستقل)	۱۱۹۲۶,۱۷۳	۱	۱۱۹۲۶,۱۷۳	۲۱۶,۴۲۰	۰,۰۰۱	۰,۸۹۶
واریانس خطا	۱۳۷۷,۶۶۵	۲۵	۵۵,۱۰۷	-	-	-
مجموع	۱۵۴۹۶۹۰	۲۸	-	-	-	-

در جدول ۱ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار F محاسبه شده (۲۱۶/۴۲۰) با درجه آزادی ۱ و ۲۵ از مقدار F جدول بزرگ تر است، بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش که عبارت بود از این که درمان هیجان مدار بر صمیمیت زوجین موثر است، با اطمینان ۰/۹۹ تأیید می‌شود. برای بررسی تاثیر درمان هیجان مدار بر خرده مقیاس‌های صمیمیت زوجین، با توجه به برقرار بودن تمامی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری (همگنی ضرایب رگرسیون، همسانی ماتریس کوواریانس ها، همگنی واریانس ها و نرمال بودن) از این آزمون استفاده شد که نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) تاثیر درمان هیجان مدار بر خرده مقیاس‌های

صمیمیت

آزمون‌ها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر
آزمون اثر پیلایی	۰,۹۷۸	۶۱,۲۹۸	۸	۱۱	۰,۰۰۱	۰,۹۷۸
آزمون لامبدای ویلکز	۰,۰۲۲	۶۱,۲۹۸	۸	۱۱	۰,۰۰۱	۰,۹۷۸
آزمون اثر هتلینگ	۴۴,۵۸۰	۶۱,۲۹۸	۸	۱۱	۰,۰۰۱	۰,۹۷۸
آزمون بزرگ ترین ریشه روی	۴۴,۵۸۰	۶۱,۲۹۸	۸	۱۱	۰,۰۰۱	۰,۹۷۸

همان طور که در جدول ۲ ارائه شده است، با کنترل پیش آزمون، سطوح معناداری همه آزمون‌ها بیانگر آن هستند که بین زوج‌های گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (خرده مقیاس‌های صمیمیت: عاطفی، شناختی، عقلانی، جنسی، جسمانی، معنوی، زیباشناختی و اجتماعی- تفریحی) تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < 0,001$ و $61,298 =$).

برای بررسی این فرضیه که درمان هیجان مدار بر خود-کارآمدی زوج‌ها موثر است، با توجه به برقرار بودن تمامی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس (یکسان بودن شیب خط رگرسیون، همگنی واریانس‌ها، خطی بودن رابطه بین دو متغیر و نرمال بودن توزیع نمرات) از این آزمون استفاده شد. بر اساس نتایج حاصل، چون مقدار F محاسبه شده (۹۹/۹۲۳) با درجه آزادی ۱ و ۲۵ از مقدار F جدول بزرگ تر است، بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش که عبارت بود از این که درمان هیجان مدار بر خود-کارآمدی زوجین موثر است، با اطمینان ۰/۹۹ تأیید می‌شود. برای بررسی تأثیر درمان هیجان مدار بر خرده مقیاس‌های خود-کارآمدی زوجین، با توجه به برقرار بودن تمامی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری (همگنی ضرایب رگرسیون، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها، همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن) از این آزمون استفاده شد. همان طور که نتایج نشان می‌دهند، با کنترل پیش آزمون، سطوح معناداری همه آزمون‌ها بیانگر آن هستند که بین زوجین گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (خرده مقیاس‌های خودکارآمدی: مقابله مسئله مدار، متوقف ساختن افکار و هیجانات منفی و حمایت از جانب دوستان و خانواده) تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < 0.001$ و $F = 35.299$). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، چند تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج در جدول ۳ نشان داده شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰,۸۳۵ می‌باشد، یعنی ۸۳ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون خرده مقیاس‌های خودکارآمدی مربوط به تأثیر زوج‌درمانی هیجان مدار است.

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا روی میانگین نمرات پس‌آزمون خرده مقیاس‌های خودکارآمدی زوجین گروه‌های آزمایش (هیجان مدار) و گواه با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجزورات	توان آماری	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجزورات	توان آماری	میانگین
																میانگین
پیش آزمون	۹۲۰,۵۹۳	۱	۹۲۰,۵۹۳	۱۲۸,۲۵۳	۰,۰۰۱	۰,۸۴۸	۱	پیش آزمون	۹۲۰,۵۹۳	۱	۹۲۰,۵۹۳	۱۲۸,۲۵۳	۰,۰۰۱	۰,۸۴۸	۱	میانگین
گروه	۷۰۴,۳۲۰	۱	۷۰۴,۳۲۰	۹۸,۱۲۳	۰,۰۰۱	۰,۸۱۰	۱	گروه	۷۰۴,۳۲۰	۱	۷۰۴,۳۲۰	۹۸,۱۲۳	۰,۰۰۱	۰,۸۱۰	۱	میانگین
خطا	۱۶۵,۰۹۲	۱۸	۷,۱۷۸					خطا	۱۶۵,۰۹۲	۱۸	۷,۱۷۸					میانگین
پیش آزمون	۳۱,۰۵۸	۱	۳۱,۰۵۸	۲,۷۰۶	۰,۱۱۴	۰,۱۰۵	۰,۳۵۱	پیش آزمون	۳۱,۰۵۸	۱	۳۱,۰۵۸	۲,۷۰۶	۰,۱۱۴	۰,۱۰۵	۰,۳۵۱	میانگین
گروه	۶۵۶,۷۴۲	۱	۶۵۶,۷۴۲	۵۷,۲۲۳	۰,۰۰۱	۰,۷۱۳	۱	گروه	۶۵۶,۷۴۲	۱	۶۵۶,۷۴۲	۵۷,۲۲۳	۰,۰۰۱	۰,۷۱۳	۱	میانگین
خطا	۲۶۳,۹۷۰	۱۸	۱۱,۴۷۷					خطا	۲۶۳,۹۷۰	۱۸	۱۱,۴۷۷					میانگین
پیش آزمون	۷۸,۳۰۱	۱	۷۸,۳۰۱	۱۰,۰۲۹	۰,۰۰۴	۰,۳۰۴	۰,۸۵۸	پیش آزمون	۷۸,۳۰۱	۱	۷۸,۳۰۱	۱۰,۰۲۹	۰,۰۰۴	۰,۳۰۴	۰,۸۵۸	میانگین
گروه	۱۶۰,۲۱۷	۱	۱۶۰,۲۱۷	۲۰,۵۲۱	۰,۰۰۱	۰,۴۷۲	۰,۹۹۱	گروه	۱۶۰,۲۱۷	۱	۱۶۰,۲۱۷	۲۰,۵۲۱	۰,۰۰۱	۰,۴۷۲	۰,۹۹۱	میانگین
خطا	۱۷۹,۵۷۱	۱۸	۷,۸۰۷					خطا	۱۷۹,۵۷۱	۱۸	۷,۸۰۷					میانگین

بحث و نتیجه‌گیری - پژوهش حاضر، اثر بخشی درمان هیجان مدار بر میزان صمیمیت و خود-کارآمدی زوج‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهد. در ارتباط با فرضیه اول پژوهش، مبنی بر این که رویکرد درمان هیجان‌مدار بر میزان صمیمیت زوج‌ها تاثیر دارد، نتایج بیانگر معنادار بودن این اثر بخشی بر صمیمیت زوج‌ها و همچنین بر کلیه خرده مقیاس‌های صمیمیت می‌باشد. این اثربخشی در خرده مقیاس‌های صمیمیت عاطفی، صمیمیت روان‌شناختی، صمیمیت عقلانی، صمیمیت جنسی و صمیمیت بدنی در سطح $p < 0,001$ ، در خرده مقیاس صمیمیت زیباشناختی در سطح $p < 0,01$ و در خرده مقیاس‌های صمیمیت معنوی و صمیمیت اجتماعی در سطح $p < 0,05$ معنادار است. نخستین مفروضه‌های درمان هیجان‌مدار می‌گوید: «اثر گذارترین عامل در ایجاد و حفظ صمیمیت زناشویی، نوع زنجیره هیجانی موجود در رابطه است». به نظر جانسن (۲۰۰۴) وقتی رابطه با زمینه هیجان‌های مثبت فرض شود، صمیمیت به طور خود انگیخته پدیدار خواهد شد. از آنجا که جانسن (۲۰۰۲)، (۲۰۰۴) مستقیماً و صراحتاً درمان هیجان‌مدار را بهترین روش زوج درمانی در بهبود آشفتگی‌های ارتباطی معرفی می‌کند و نیز این که در رویکرد هیجان‌مدار تجارب تصحیح شده و نوین هیجانی، عصاره شفا بخش جدید مشکلات ارتباطی قلمداد می‌شوند و از طرفی نظر به این که یکی از اهداف بنیان درمان هیجان‌مدار، برجسته سازی نقش هیجانات در روابط صمیمانه همسران بوده است، جانسن (۲۰۰۴) چنین پیش بینی می‌کند که درمان هیجان‌مدار (با تاکید بر مقولات همدلی، خودافشایی، درک عمیق از نیازهای خود و نفر مکمل، پذیرش، بیان افکار و احساسات و ایجاد فضای عاطفی که همگی از عناصر بایسته در یک رابطه صمیمانه به شمار می‌روند) نقش قدرتمندی در افزایش میزان صمیمیت زوج‌ها ایفا کند. به گفته جانسون و لبو (۲۰۰۰) یک رویکرد کارآمد زوج درمانی به بازسازی روابط، حل تعارضات ایجاد محاوره‌ای مؤثر و خلق صمیمیتی ماندگار اقدام می‌کند. داندنیو و همکاران (۱۹۹۴)، دورانا (۱۹۹۸)، دنتون، بارلسون و کلارک (۲۰۰۰)، لایویس (۲۰۰۳) رودریگز (۲۰۰۹)، داوونینگ (۲۰۰۸)، هالچوک، مکینن (۲۰۱۰) و جانسون (۲۰۱۰)، سندبرگ (۲۰۱۱) نیز به نتایج مشابهی رسیدند.

فرضیه دوم پژوهش به بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر خود-کارآمدی زوج‌ها می‌پردازد و نتایج بیانگر معنادار بودن این اثر بخشی بر خود-کارآمدی و همچنین بر کلیه خرده مقیاس‌های خود-کارآمدی زوج‌ها

1. Lebow
2. Denton, Burleson & Clark
3. Lavis
4. Rodrigues
5. Downing
6. Halchuk
7. Makinen
8. snadberg

می باشد. پاجارز (۲۰۰۰) ابراز می دارد که خود-کارآمدی با تنظیم انتخاب‌های فرد، گسترش تلاش‌های بیشتر و پاسخ‌های هیجانی وی، رفتارهای او را تحت تاثیر قرار می دهد. دانشجویان با خود-کارآمدی بالا در مواجهه با موقعیت‌های مشکل زا استوار هستند. مشکلات را چالش می بینند و شکست را نشانه ای برای تلاش بیشتر. پژوهش‌های اخیر نشان داده اند که هیجان‌ات منفی قدرتمند و عدم کنترل تکانه‌های هیجانی با تعارضات زناشویی در ارتباطند. این تعارضات نه فقط به واسطه ناتوانی در تنظیم هیجان‌ات، که بر خاسته از انتظارات و باورهای منفی افراد هیجانی در مورد خودشان نیز صورت می گیرد. بنابراین درمان هیجان مدار با اصلاح احساسات و افکار منفی فرد نسبت به خودش (به عنوان یکی از مولفه‌های خود-کارآمدی مقابله با مشکلات) از یک سو باعث رشد خود-کارآمدی زوجها می شود و از سوی دیگر همین احساس کارآمدی موجب کاهش تعارضات زناشویی نیز می شود.

معلوم شده است که ترکیب باورهای منفی در مورد خود و دیگران و استفاده از راهبردهای غلط در خصوص برون ریزی هیجانی، به شدت تعارضات زناشویی را افزایش داده، و احساس ناکارآمدی زوجین را دامن می زند. درمان هیجان مدار با ایجاد دل‌بستگی مثبت میان زوجها موجب باز گرداندن خود-کارآمدی آن‌ها می شود (جانسون و کیلر، ۱۹۹۸). توانایی مقابله با هیجان‌ها فرد را قادر می سازد تا هیجان‌ها را در خود و دیگران تشخیص دهد و نحوه تأثیر آن‌ها را بر رفتار بداند و بتواند واکنش مناسب به هیجان هایش را نشان دهد. افزایش راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت باعث مقابله مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا و حل مسئله مدار مشکلات ایجاد شده (یکی از مهم‌ترین مولفه‌های خود-کارآمدی)، می گردد. بندورا (۲۰۰۱) معتقد است، خود-کارآمدی مهم ترین عامل تعیین کننده فعالیت هایی است که ما بر می‌گزینیم و همچنین تعیین کننده شدتی است که ما اعمالمان را انجام می‌دهیم و همچنین خود-کارآمدی است که موجب می‌شود تا پس از رویارویی با تجربه ناکامی‌زا، هنوز به فعالیت ادامه دهیم. باورهای خود-کارآمدی بر الگوهای اندیشه و واکنش‌های هیجانی افراد اثر می‌گذارد؛ بنابراین افراد با خود-کارآمدی پایین شاید باور کنند که وضع حل ناشدنی است و این باوری است که تنیدگی، افسردگی، و دیدی باریک بینانه برای گره‌گشایی پرورش می‌دهد. به همین دلیل منطقی به نظر می‌رسد که در درمان متمرکز بر هیجان‌ات با اصلاح واکنش‌های هیجانی افراد، احساس خود-کارآمدی آنان نیز افزایش یابد.

نتایج پژوهش حاضر نیز تایید کننده پژوهش‌های فوق است. نظر به نقش اجتناب ناپذیر هیجان در ایجاد احساسات و افکار منفی همسران نسبت به خودشان (کاهش خود-کارآمدی)، تعجب آور است که چرا پژوهش‌های اختصاصی اندکی در مورد ارتباط میان تنظیم هیجان‌ات با خود-کارآمدی وجود دارد. از آنجا که

نظریهٔ دلبستگی با درمان هیجان مدار آمیختگی جدی دارد، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده به بررسی رابطهٔ میان سبک‌های گوناگون دلبستگی (بی‌قرار، اجتنابی، ایمن و متناوب) در میان همسران با میزان صمیمیت و نیز خودکارآمدی زوجها اقدام شود. چنین یافته‌ای در صورت اعتبار درونی می‌تواند در جهت ارائهٔ مشاوره‌های پیش‌زناشویی گام موثری باشد.

منابع:

- اعتمادی، عذرا؛ نوابی نژاد، شکوه؛ احمدی، سید احمد؛ فرزاد، ولی‌اله. (۱۳۸۴). بررسی تاثیر زوج درمانی به شیوه ایماگو تراپی بر افزایش صمیمیت زوجها: فصل نامه علمی-پژوهشی تازه‌ها و پژوهش‌ها، جلد ۵ شماره ۱۹.
- خمسه، اکرم؛ حسینیان، سیمین. (۱۳۸۷). بررسی تفاوت‌های جنسیتی بین ابعاد مختلف صمیمیت در دانشجویان متأهل. مطالعات زنان، سال ۶ شماره ۱، ص ۵۲-۵۳، بهار و تابستان ۱۳۸۷.
- Bagarozzi, Dennis A. (2001). *Enhancing intimacy in marriage: A clinician's guide*, Brunner-Routledge, A member of the Taylor & Francis.
- Bandura, Albert. (1997) *Self-Efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman
- Bandura, A. (2001). *Social cognitive theory: An agentic perspective*. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Carlson, Jon & Sperry, Len. (1999). *The Intimate Couple*. Taylor & Francis.
- Chesney MA, Neilands TB, Chambers DB, Taylor JM, Folkman S. (2006). A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale. *Br J Health Psychol*. 2006 Sep; 11(Pt 3):421-37.
- Choi, Aida W.K. (2012). *The relationship between Family Cohesion and Intimacy in Dating Relationship*. *Discovery-SS student E Journal*, Vol. 1, 91-109.
- Dandeneav, M. & Johnson, S (1994). *Facilitating intimacy: Interventions and effects*. *Journal of Marital and Family Therapy*, vol 20(1), Pages 17-33, July 1994.
- Dandeneav, M. (1990). *Facilitating intimacy: A comparative outcome study of emotionally focused and cognitive intervention*. ProQuest. *Dissertation & Theses*, 1990.
- Denton, H., Burlison, B.R., Clark, T.E., Rodingues, C.P., & Hobs, B.V. (2000). *A randomized trial of Emotion-Focused Therapy*, 26(1), 65-78.
- Donovan, James M. (1999). *Short-Term Couple Therapy*. The Guilford press.
- Downing, U (2008) *Attachment Style, Relationship, Satisfaction, Intimacy, Loneliness, Gender role bellifes and the expression of authentic self in romantic relationship*. University of Maryland for the degree PH.D. psychology.
- Durana, C. (1998). *Enhancing marital intimacy Through Psychoeducation: The P.A.I.R.S. Program*. *The Family Journal*, 5(3), 204-215
- FiFe, S.T., & Weeks, G.R. (2010). *Barriers to recovering intimacy*. In J. Carlson &



- L.Sperry (Eds.) Recovering intimacy in love relationships: A clinican's guide (pp. 157-179). New York: Rutlede.
- Frank,J.D.&Frank,J.B.(1991).Persuasion and healing:A comparative study of psy chology.Baltimor:John Hopkins University Press.
- Giddens, Anthony. 1992. The Transformation of Intimacy: Sexuality, Love and Eroticism in Modern Societies. Cambridge: Polity Press.
- Good, J.J., Woodzicka, J.A., & Wingfield, L.C. (2010). The effects of gender stereotypic and counter-stereotypic textbook images on science performance. *Journal of Social Psychology*, 150, 132–147.
- Greenberg, Leslie S. & Paivio, Sandra C. (1997). Working with emotion in Psychotherapy .The Guilford Press.
- Greenberg,L. S. & Johnson,S. M. (1988). Emotionally Focused Therapy for Couples. The Gilford Press.
- Gurman,A.(2008). Clinical Handbook of couple therapy. New York:The Guilford Press.
- Halchuk, Rebecca E. & Makinen, Judy A. & Johnson, Susan M. (2010): Resolving Attachment Injuries in Couples Using Emotionally Focused Therapy: A Three-Year Folow-Up. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 9:31-47, 2010.
- Harway, Michele. (2005). Handbook of Couple Therapy, John Wiley & Sons, Inc.
- Heller,P.E.&Wood,B.(1998).The Procces of intimacy. *Journal of Marital and Family Therapy*,24,27-52.
- Holman, T. B; & Li, B. D. (1997). Premarital factors influencing perceived readiness for marriage. *Journal of Family Issues*, 18 (2), 124-144.
- Holmes, Bjarne & Johnson, Kimberly, R.(2009). Adult attachment and romantic Partner Preference: A review. *Journal of Social and personal Relationships*, Vol. 26 (6-7): 833-852.
- Johnson, S.M.& Greenberg, L.S.(1987). Emotionally Focused Marital Therapy:An overview.*Psychotherapy:Vol4(35)*,1987,552-560.
- Johnson,Susan.(1996).The Practice of Emotionally Focused Marital Therapy .Bruuner-Mazel.
- Johnson, S.M & Keeler,T.(1998).Creating healing relationship for couple dealing with trauma. *Journal of Marital and Family Therapy*,Vol.24.No1.24-40
- Johnson, susan, M., (2002). Emotionally Focused Therapy with Truma survivors: strengthening attachment bonds.New York:Guilford Press.
- Johnson, S.M. (2004). The Practice of Emotionally Focused couple Therapy. Taylor & Francise- Library, 2011.
- Johnson.Susan.(2007). The Counterbution of Emotionaly Focused Couple Therapy. *Springer Science* ,Volume37,Number1,47-52.

- Kelley, D.L., & Burgoon, J.K. (1991). Understanding marital satisfaction and couple type as functions of relational expectations. *Human Communication Research*, 18, 40-69.
- Lebow, Jay L. (2005). *Handbook of Clinical Family Therapy*. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.
- Lorna L. Hecker, J. L. Wetchler (2003). *An introduction to marriage and family therapy*, The Haworth Press, Inc.
- Maddux, James E. (2000). *Self-Efficacy: The Power of Believing You Can*. *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Morris, M.L & carter S.A. transition to Marriage: A Literature Review. *Journal of Family and Consumer Sciences Education*, vol, NO.1, spring/summer, 1999.
- Lavis-sorokowski, Mildred. (2003). *Emotionally Focused Couple Therapy*. ProQuest Dissertation & Theses.
- Palmer-Olsen, Lisa; Gold, Lisa L; Woolley, Scott R (2011). *Supervising Emotionally Focused Therapist: A Systematic Research-Based Model*. *Journal of Marital and Family Therapy*; Oct 2011; 37, 4; ProQuest Psychology Journals, pg. 411
- Pajares, F. (2000). *Schooling in America: Myths, mixed messages, and good intentions (Lecture)*: Emory University, Cannon Chapel
- Popovice, M. (2005). *Intimacy and its relevance in human functioning*. *Sexual and Relationship Therapy*, 20, 31-49.
- Reis, Harry T., Marilyn Senchak, and Beth Solomon. 1985. "Sex Differences in the Intimacy of Social Interaction: Further Examination of Potential Explanations." *Journal of Personality and Social Psychology*, 48:1204-1217
- Rodrigues, J. (2009). *Attachment Style and Intimacy satisfaction*. Kean University for the degree of M.A. Psychology.
- Sandberg, J. G. Kenstel, A. (2011). *The Experience of Learning Emotionally Focused Couples Therapy*. *Journal of Marital and Family Therapy*. October 2011, Vol. 37, No.4, 393-410.
- Savicakar, Firdevs (2012), *The Relationship between The self-Efficacy and Life Satisfaction of Young Adult*. *International Education Studies*; Vol. 5, No6; 2012
- Schaefer, M.T., & Olson, D.H. (1981). *Assessing intimacy: The pair inventory*. *Journal of Marital and Family Therapy*, Jun, 47-60.
- Weeks, Gerald R. and Fife, Stephan T. (2009) *Rebuilding intimacy following infidelity*. *Psychotherapy in Australia*. Vol 15, NO3, May 2009.
- Weinberger, Mark I., Hofstein, Yariv, Whitbourne, Susan (2008). *Intimacy in young Adulthood as a Predictor of Divorce in Midlife*. *Press Relatsh* 2008 December 1; 15(4): 551-557.