

مقایسه اثر بخشی مشاوره گروهی مبتنی بر زوج درمانی گاتمن و زوج درمانی رفتاری تلفیقی بر کیفیت زناشویی، آزار عاطفی و سرخوردگی زنان دارای همسر معتاد شهر تهران

نازنین حقیقت بیان^{۱*}

چکیده

مقدمه: این مطالعه با هدف مقایسه اثر بخشی مشاوره گروهی مبتنی بر زوج درمانی گاتمن و زوج درمانی رفتاری تلفیقی بر کیفیت زناشویی، آزار عاطفی و سرخوردگی زنان دارای همسر معتاد شهر تهران طراحی و انجام شد.

روش پژوهش: مطالعه حاضر به روش آزمایشی با طرح تکرار سنجش آمیخته با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش متشکل از کلیه زنان دارای همسر معتاد مراجعه کننده در سال ۱۴۰۱ به سازمان بهزیستی شهرستان تهران بود. نمونه این مطالعه ۴۵ نفر از زنان دارای همسر معتادی بودند که بر اساس ملاک های ورود و خروج به مطالعه و بر اساس نمرات اکتسابی در پرسشنامه، و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه کیفیت روابط زناشویی باسبی، پرسشنامه آزار عاطفی براهیمی و پرسشنامه سرخوردگی زناشویی پاینز بود که در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه توسط آزمودنی های هر سه گروه تکمیل گردید. برای تحلیل داده های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با بهره گیری از نرم افزار SPSS۲۶ استفاده گردید.

یافته ها: نتایج مطالعه اثربخشی هر دو روش مشاوره گروهی مبتنی بر زوج درمانی گاتمن و مشاوره گروهی مبتنی بر نظریه رفتاری تلفیقی را در بهبود کیفیت رابطه زناشویی و کاهش آزار عاطفی و سرخوردگی در مرحله پس آزمون و پیگیری یک ماهه تایید نمود. **نتیجه گیری:** یافته ها حاکی از آن بود که روش مشاوره گروهی مبتنی بر نظریه گاتمن نسبت به روش رفتاری تلفیقی دارای اثر بخشی بیشتری در آزار عاطفی و سرخوردگی بود. همچنین مشاوره گروهی مبتنی بر نظریه رفتاری تلفیقی نسبت به روش مشاوره گروهی مبتنی بر نظریه گاتمن دارای اثر بخشی بیشتری در کیفیت زناشویی بود.

واژگان کلیدی: آزار عاطفی، زوج درمانی رفتاری تلفیقی، زوج درمانی گاتمن، سرخوردگی، کیفیت زناشویی، مشاوره گروهی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۶/۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۵/۱۸

استناد: حقیقت بیان نازنین. مقایسه اثر بخشی مشاوره گروهی مبتنی بر زوج درمانی گاتمن و زوج درمانی رفتاری تلفیقی بر کیفیت زناشویی، آزار عاطفی و سرخوردگی زنان دارای همسر معتاد شهر تهران، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۳؛ ۱۴(۱): ۱۷۴-۱۹۳

^۱ - (نویسنده مسئول)، دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
 email: nazanin_haghighatbayan@yahoo.com, tell: 0912887584993

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کریئو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

وابستگی به مواد^۱ در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ با عنوان اختلال اعتیادی و مرتبط با مواد معرفی شده است و به عنوان مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی تعریف شده که نشان می‌دهند فرد با وجود مشکلات قابل ملاحظه مرتبط با مواد، به مصرف مواد ادامه می‌دهد (۱). وابستگی به مواد مخدر بیماری مزمنی است که با جستجوی اجباری و مصرف مواد مخدر در ۲۰ تا ۳۰ درصد افراد مشاهده می‌شود (۲). این بیماری آثار مخرب جسمانی، روانی، خانوادگی، شغلی، مالی، اخلاقی، پیامدهای نامطلوب اجتماعی و همچنین از بین رفتن سرمایه‌های انسانی جوان و مغزهای متفکر را به دنبال دارد (۳). بی‌تردید، اولین ضربه‌های اعتیاد بر پیکر خانواده وارد می‌شود و نتیجه آن برای خانواده چیزی جز پریشان حالی، عدم کنترل خشم و به وجود آمدن هرج و مرج، مهارت‌های انضباطی ضعیف و در مواردی بی‌بندوباری، نیست (۴). مطالعات متعددی بیان کرده‌اند، خانواده‌هایی که در آن شوهر مبتلا به سوءمصرف است تفاوت چشمگیری با خانواده‌های عادی دارند؛ به طوری که اعتیاد موجب اختلال در کارکردهای مختلف در سطح جامعه از جمله روابط اجتماعی، بین‌فردی و آموزشی و در حیطه خانواده نظیر روابط عاطفی و مسائل اقتصادی می‌شود (۵).

یکی از مهمترین ابعاد یک ازدواج موفق کیفیت زناشویی^۳ است. کیفیت رابطه زناشویی یکی از ابعاد مهم زندگی خانوادگی است که سلامت و بهزیستی اعضای خانواده و به ویژه زن و شوهر را شکل می‌دهد و می‌تواند به واسطه ارضای نیازهای مهم زن و شوهر از جمله نیاز عاطفی، در بهزیستی زوج کمک کننده باشد. در واقع کیفیت زناشویی مفهومی چندبعدی است که نه تنها شامل ویژگی‌های درون فردی، بلکه شامل ویژگی‌های بین‌فردی همسران و ابعاد گوناگون ارتباط زوجین مانند سازگاری، رضایت، شادمانی، انسجام و تعهد می‌شود. همچنین کیفیت زناشویی مفهومی پویاست و ماهیت و کیفیت روابط زناشویی می‌تواند در طی زمان تغییر کند. کیفیت زناشویی با ردیفی از متغیرها نظیر سبک شناختی ادراکی، بها و هزینه‌های رابطه، رویدادهای زندگی، عشق و دوست داشتن و نیز سرخوردگی زناشویی مرتبط است (۶). تحقیقات نشان داده‌اند که کیفیت زناشویی با سلامت روان و رضایت زناشویی ارتباط دارد و عامل تعیین کننده مهم فروپاشی زندگی مشترک می‌باشد (۷).

هنگامی که زندگی زناشویی آنگونه که زن و شوهر توقع دارند، پیش نمی‌رود، زوجها به حالتی از ناباوری می‌رسند و این حالت کم‌کم باعث سرخوردگی زناشویی^۴ می‌شود. سرخوردگی زناشویی، منجر به کاهش تدریجی دلبستگی عاطفی می‌شود که خود شامل کاهش توجه نسبت به همسر، بیگانگی عاطفی، افزایش احساس بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی نسبت به همسر است. تجربه دلسردی تأثیر یکسانی بر زوجها ندارد؛ در بعضی از آنها منجر به طلاق می‌شود؛ ولی عده‌ای باقی ماندن در ازدواج را انتخاب می‌کنند؛ حتی اگر علاقه زیادی نسبت به همسرشان نداشته باشند؛ و عده‌ای در جهت بهبود ارتباط و کاهش سرخوردگی اقدام می‌کنند. سرخوردگی زناشویی اگر درمان نشود پیامدهایی چون از پا افتادن جسمی، از پا افتادن روانی و از پا افتادن عاطفی و هیجانی را به دنبال داشت. فرسودگی بدنی به شکل خستگی مزمن، سردرد مزمن، دردهای شکمی، کمر درد، سرماخوردگی، کم‌اشتهایی و یا پرخوری و گاهی حتی ناباروری بروز می‌کند (۸).

عوامل متعددی موجب افزایش آشفتگی زناشویی می‌شود که یکی از این عوامل، وجود آزار و خشونت بین زوجین است. خشونت یکی از بحران‌هایی است که وجود آن به هر شکل، مایه تزلزل و سستی خانواده می‌شود. و به چهار شکل اتفاق

^۱ substance-Dependent

^۲ diagnostic and statistical manual of mental disorders

^۳ marital quality

^۴ marital disaffection

می‌افتد؛ جسمی، عاطفی، جنسی و کلامی؛ که آزار عاطفی^۱ شایع‌ترین شکل آن است که نوعی خشونت بین‌فردی است و شامل تمام اشکال خشونت غیرجسمی و پریشانی ناشی از اقدامات کلامی و غیرکلامی می‌شود و می‌تواند شامل اشکال ناهنجاری، تلاش برای منزوی کردن شریک زندگی و تضعیف عزت نفس همسر باشد (۹) آزار عاطفی به عنوان تحقیر، کنترل رفتار، اجبار مالی، انزوا و رفتار تهدیدآمیز تعریف می‌شود (۱۰). در ایران آمار دقیقی از میزان شیوع آزار عاطفی وجود ندارد اما در پژوهشی حاج نصیری، قانعی قشلاق، کرمی، طاهرپور مریم، خاتونی و سایه میری (۱۳۹۰) با مطالعه مروری مقالات که در فاصله سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۴ به بررسی خشونت خانگی در زنان ایرانی پرداخته بودند، میزان شیوع خشونت عاطفی را در بین زنان ایرانی ۵۹ درصد، خشونت‌های جسمی را ۴۵ درصد و خشونت جنسی را ۳۲ درصد به دست آوردند. پژوهش صورت گرفته توسط تریمل^۲ نشان داد که همبستگی مثبت قوی بین تجربه آزار عاطفی و تمایل به ترک رابطه وجود دارد. همچنین پژوهش‌های انجام شده نشان‌دهنده ارتباط آزار عاطفی با استرس پس از سانحه و شکایات جسمانی، افسردگی، کاهش رضایتمندی از زندگی، اعتماد به نفس پایین (۱۱) است. بر این اساس و با توجه به موارد فوق، بررسی متغیرهای مرتبط با آزار عاطفی می‌تواند به تبیین بهتر شرایط افزایشنده یا کاهشنده آن مفید باشد.

یکی از مداخلات اثربخش برای حل مشکلات بین زوجین، روش زوج درمانی گاتمن^۳ است. گاتمن یکی از روانشناسان حوزه زناشویی است که برنامه‌های آموزشی متنوعی برای تقویت روابط زوجین ابداع کرده است. روش گاتمن روشی مبتنی بر مشاهده از زوج درمانی می‌باشد و تلاش دارد تا به زوجین کمک کند که به یک درک عمیقی از شناخت، آگاهی و همدردی برسند و شروع به ایجاد یک ارتباطی در رابطه خودشان بکنند که در نهایت منجر به صمیمیت مناسب و رشد میان فردی آنها می‌شود (۱۲). مدل زوج درمانی گاتمن به زوجین کمک می‌کند تا افکار، ادراک و رفتارهایشان را تغییر دهند. این مدل درمانگر را قادر می‌سازد تا زوجین را به منظور بهبود و رشد روابط و صمیمیت به زوجین آموزش دهد. این رویکرد درمانگران را در استفاده از رویکردها، ابزار و فنون گوناگون به منظور تغییر سیستم و تسهیل دگرگونی‌های درون روانی فردی و فهم این مساله که تغییرات در سطح رفتاری چگونه اتفاق می‌افتد، انعطاف‌پذیر می‌سازد (۱۳). هدف زوج درمانی به روش گاتمن، بازسازی رابطه و تقویت رفاقت زناشویی است تا از این رهگذر، به زوجها کمک شود تا مدیریت تعارض و معنای داشتن حس مشترک در رابطه را بیاموزند. یافته‌های پژوهشی نشان داد که الگوی زوج درمانی گاتمن توانسته است تعارضات زناشویی را کاهش داده و باعث ایجاد دلبستگی و ثبات هیجانی بیشتری شود. شواهد زیادی حاکی از این است که در زوج‌هایی که ارتباط مختل دارند، هیجانات و پاسخ‌های منفی شدید مثل انتقاد کردن و خصومت‌ورزی، خشم، اضطراب، حسادت، کناره‌گیری و دفاعی عمل کردن بیشتر تجربه می‌شود (۱۴). همچنین بابکوک، گاتمن، رایان و گاتمن^۴ (۲۰۱۳) طی پژوهشی با پیگیری یکساله اثربخشی رویکرد گاتمن را بر مؤلفه‌های رضایت از رابطه، کیفیت دوستی و تعارض مخرب همسران گزارش کرده‌اند. یکی دیگر از رویکردهایی که برای درمان مشکلات خانواده‌ها و زوجها ارائه شده است، زوج درمانی رفتاری تلفیقی^۵ است که توسط جاکوبسن و کریستنس^۶ پایه‌گذاری شده است، و مبتنی بر آن دسته از شیوه‌های درمانی است که برای حل مشکلات

^۱ emotional abuse

^۲ Treimel

^۳ Gottman Method Couple Therapy (GMCT)

^۴ Babcock, Gottman, Ryan & Gottman

^۵ Integrated Behavioral Couple Therapy (IBCT)

^۶ Jakobson & Christensen

مربوط به ارتباط زوج‌ها به کار می‌رود. مشکلاتی که می‌تواند ناشی از تحریف‌های شناختی بین زوج‌ها باشد و آنها نیز فاقد آگاهی و مهارت‌های لازم برای درک واقع‌بینانه و حل مشکلات ناشی از چگونگی ارتباط‌های بین خود باشند (۱۵). در این رویکرد به منظور افزایش پذیرش هیجانی میان زوجین از چهار شیوه اتحاد همدلانه^۱، بی‌طرفی متحدانه^۲، افزایش تحمل^۳ و افزایش فعالیت‌های مربوط به خود استفاده می‌شود (۱۶). پژوهش‌ها نشان داده است رویکرد زوج درمانی رفتاری-تلفیقی با بهبود الگوهای ارتباطی زوج‌ها، می‌تواند میزان سازگاری زناشویی و صمیمیت عاطفی و جنسی زوج‌ها را افزایش، و هیجان‌های منفی و تعارض‌های زناشویی آنها را کاهش می‌دهد (۱۷). همچنین پژوهش‌ها نشان دادند زوج درمانی رفتاری - تلفیقی از طریق بهبود روابط زوجین، امنیت و رفتارهای امن آنها را افزایش و تعارضات و کشمکش‌های زناشویی، میل به ترک رابطه و طلاق را کاهش می‌دهد و موجب بهبود سلامت جسمی و روان‌شناختی آنها می‌گردد (۱۸).

حقیقت امر این است که با توجه به اینکه سلامت جامعه به سلامت خانواده وابسته است و در این میان زنان نقشی حیاتی در خانواده و جامعه به عهده دارند، بی‌تردید نگاه ویژه به سلامت روانی و جسمانی زنان ضرورت پیدا می‌کند زیرا به سلامت روانی جامعه کمک می‌شود و می‌بایست در خصوص زنانی که با همسر معتاد زندگی می‌کنند به دنبال راهکارها و تدابیری بود که با تغییر نگرش آنها به تسکین و تنظیم هیجانات آنها پرداخته شود (۱۹). با در نظر گرفتن ضعف‌ها و کمبودهایی که در کارکرد فردی زنان همسر معتاد به وجود می‌آید، همسر فرد معتاد به دلیل سوءمصرف شوهر خود با شرایطی روبه‌روست که نیاز به آموختن یک سری از مهارت‌ها برای سازگار شدن یا غلبه بر آن شرایط دارد، که بی‌تردید غنا بخشیدن به روابط بین‌فردی و عاطفی این زنان از آن جهت که باعث قطع چرخه مصرف و درگیری‌های روزافزون می‌گردد بسیار حائز اهمیت است.

با توجه به نتایج پژوهش‌ها، اهمیت کیفیت روابط زناشویی و نقشی که بهبود آن در قدرتمند ساختن همسران در برابر مشکلات ایفا می‌کند، این پژوهش به مقایسه اثربخشی رویکردهای زوج درمانی گاتمن و رفتاری تلفیقی پرداخته است؛ زیرا این دو رویکرد مبانی فلسفی و روش‌های درمانی متفاوت، و هر یک پیروان جداگانه و پرشوری دارد و الگوهای یکتا و بی‌همتایی در جهت بهبود روابط زوج‌ها با دیدگاه‌ها و مجموعه داده‌های متفاوت ارائه می‌کنند. با توجه به مطالب عنوان شده و با توجه به اهمیت موضوع اعتیاد همسر و آسیب‌های متأثر از آن به خصوص در زنان، نیاز به بررسی و پژوهش بیشتر در زمینه اثربخشی مداخلات روان‌درمانی از جمله زوج درمانی رفتاری تلفیقی و زوج درمانی گاتمن برای کاهش تأثیرات سوء و مخرب آن دیده می‌شود. با توجه به کمبود بررسی اثربخشی رویکردهای نسبتاً نوین و مقایسه این رویکردها بیشتر جلب توجه می‌کند؛ با عنایت به آنچه بیان گردید، و با توجه به این که برآورد اثربخشی هر رویکرد مداخله‌ای نسبت به سایر رویکردهای درمانی به جهت کمک رسانی مؤثرتر به زوجین از جمله دغدغه‌های درمانگران است، این پژوهش در صدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا زوج درمانی رفتاری تلفیقی و زوج درمانی گاتمن بر کیفیت زناشویی، آزار عاطفی و سرخوردگی زنان دارای همسر معتاد تاثیر دارد و تاثیر کدام روش بیشتر است؟

روش پژوهش:

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. گروه‌های آزمایش و کنترل به روش تصادفی انتخاب شد و قبل از اعمال مداخله‌های تجربی در مورد گروه‌های آزمایش و کنترل، پیش‌آزمون درباره آنها اجرا شد. در پایان مداخلات نیز پس‌آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد. مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون

^۱ empathic joining

^۲ unified detachment

^۳ tolerance

گروه‌ها از نظر معنی‌دار بودن آماری مورد بررسی قرار گرفت. بدین صورت زوج درمانی گاتمن و زوج درمانی رفتاری تلفیقی به عنوان متغیر مستقل اعمال گردید تا اثربخشی آنها بر کیفیت زناشویی، آزار عاطفی و سرخوردگی زناشویی زنان دارای همسر معتاد به عنوان متغیرهای وابسته مشخص گردد.

در این پژوهش برای پژوهشی مبانی نظری و بررسی پیشینه‌ی پژوهش، از شیوه کتابخانه‌ای با بهره‌گیری از کتب و مقالات تخصصی فارسی و لاتین و پایان‌نامه‌ها استفاده شده است و برای گردآوری داده‌های لازم با مراجعه به منابع علمی و استفاده از پرسشنامه‌ی استاندارد استفاده شده است. روش جمع‌آوری اطلاعات در این تحقیق، ترکیبی از روش‌های کتابخانه‌ای و میدانی می‌باشد. برای تعیین تأیید اعتبار پرسشنامه با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ استفاده شد و مشخص شد که سوالات پرسشنامه از ضرائب اعتباری مطلوب برخوردار است. پرسشنامه، پس از تأیید نهایی، برای جامعه آماری ارسال شد.

جامعه آماری پژوهش متشکل از کلیه زنان دارای همسر معتاد مراجعه‌کننده در سال ۱۴۰۱ به سازمان بهزیستی منطقه ۱ شهر تهران بود. در پژوهش حاضر ۴۴ نفر از زنان دارای همسر معتاد که در پرسشنامه‌های آزار عاطفی و سرخوردگی زناشویی نمره بالا و در کیفیت روابط زناشویی نمره پایین در مقیاس‌ها کسب کردند به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (۲۲ نفر آزمایش) (۲۲ نفر کنترل) قرار گرفتند. از جمله معیارهای لازم برای ورود به مطالعه: زندگی با همسر معتاد، همسر در حال مصرف باشد، گذشت حداقل ۳ سال از زندگی مشترک، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال و حداقل سواد برای درک مطالب آموزشی را داشتند انتخاب شد. معیار خروج از پژوهش عدم حضور منظم در جلسات، پاک‌سازی همسر و متارکه یا طلاق در زمان برگزاری جلسات بود. همچنین به منظور رعایت مسائل اخلاقی پس از آگاهی شرکت‌کنندگان از اهداف پژوهش، شرط لازم و ضروری شرکت در این برنامه رضایت آگاهانه آنها بود که در فرم رضایت‌نامه شرکت‌کنندگان درج گردید.

در پژوهش کنونی به منظور مقایسه اثر بخشی مشاوره گروهی مبتنی بر زوج درمانی گاتمن و زوج درمانی رفتاری تلفیقی بر کیفیت زناشویی، آزار عاطفی و سرخوردگی زنان دارای همسر معتاد شهر تهران از پرسشنامه استفاده شد.

۱- پرسشنامه آزار عاطفی: این پرسشنامه توسط ابراهیمی ساخته شده است. هدف این مقیاس سنجش میزان آزار عاطفی در زوجین است. این پرسشنامه ۴ خرده مقیاس آزار عاطفی را می‌سنجد که عبارتند از: آزار کلامی - انتقاد، غفلت‌کناره‌گیری، سلطه‌گری و محدودیت - اجتماعی. این مقیاس ۸۰ سؤال دارد و در یک طیف پنج درجه‌ای از یک تا پنج به صورت زیر نمره‌گذاری شده است: هرگز (۱)، بندرت (۲)، گاهی (۳)، اکثراً (۴) و همیشه (۵). حداقل نمره‌ای که آزمودنی می‌تواند در این پرسشنامه کسب کند ۸۰ و حداکثر ۴۰۰ است. نمره پایین نشان‌دهنده عدم آزار عاطفی و نمره بالا نشان‌دهنده آزار عاطفی بیشتر است. برای بدست آوردن روایی این سازه، پس از گردآوری ماده سؤال‌ها از منابع مختلف، بر اساس مؤلفه‌های اصلی، از روش تحلیل عاملی، استفاده شده است که بر پایه نمودار شنواره و مقادیر ارزش‌های ویژه، چهار عامل بدست آمد که به طور کلی، ۵۱ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند. روایی همگرا و واگرایی این پرسشنامه به ترتیب از طریق همبستگی با پرسشنامه رضایت زناشویی ۰/۸۵- و با پرسشنامه تعارض زناشویی ۰/۶۸ تعیین شده است که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. همچنین روایی محتوایی و روایی سازه آن نیز تأیید گردیده است و مبنای روایی مناسب این مقیاس می‌باشد. قابلیت اعتماد بازآزمایی آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ برای ۳۵۵ آزمودنی ۰/۹۳ بدست آمده است (۲۰). در پژوهش علی‌پناه و همکاران میزان پایایی هر یک از خرده مقیاس‌ها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به شرح زیر به دست آمد: آزار کلامی انتقاد ۰/۷۶،

محدودیت اجتماعی ۰/۸۱، سلطه‌گری ۰/۷۹، غفلت کناره‌گیری ۰/۷۳ (۲۱)۰. در این پژوهش پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شد.

۲- پرسشنامه کیفیت روابط زناشویی: پرسشنامه کیفیت زناشویی توسط باسبی و همکاران ساخته شده است که به منظور سنجش میزان کیفیت روابط زناشویی بکار می‌رود. این پرسشنامه ۱۴ گویه‌ای به صورت لیکرت ۱ درجه‌ای از کاملاً موافق (۵) تا کاملاً مخالف (۰) نمره گذاری می‌شود و ۳ خرده مقیاس همفکری توافق سوال‌های ۱ تا ۶، رضایت (سوال‌های ۷ تا ۱۰) و انسجام (سوال‌های ۱۱ تا ۱۴) تشکیل شده است که در مجموع نمره کیفیت زناشویی را نشان می‌دهند و نمرات بالا نشان دهنده کیفیت زناشویی بالاتر است (۲۲). پایایی پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ در مطالعه هولیست و میلر^۱ برای سه خرده مقیاس توافق، رضایت، انسجام از ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (۲۳). عیسی نژاد، احمدی و اعتمادی (۲۴) در پژوهشی ضریب پایایی همسانی درونی از جمله آلفای کرونباخ و تصنیف را برای کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۹ گزارش نمودند. همچنین ضرایب روایی همگرای پرسشنامه با پرسشنامه رضایتمندی زناشویی، پرسشنامه ارزیابی همبستگی زوجین و مقیاس سازگاری توافق دو نفری به ترتیب ۰/۳۹، ۰/۳۶ و ۰/۳۳ گزارش شده است. در این پژوهش پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۳۶، ۰/۳۶ و ۰/۳۵ محاسبه شد.

۳- پرسشنامه سرخوردگی زناشویی: این پرسشنامه توسط پاینز ابداع گردید و دارای ۲۰ سؤال دارد که شامل سه جزء اصلی خستگی جسمی (مثلاً احساس خستگی، سستی و داشتن اختلالات خواب)، از پا افتادن عاطفی (احساس افسردگی، ناامیدی، در دام افتادن) و از پا افتادن روانی (مثل احساس بی‌ارزشی، سرخوردگی و خشم به همسر) می‌باشد و سوالات روی یک مقیاس هفت امتیازی پاسخ داده می‌شوند. تکمیل کردن پرسشنامه سرخوردگی زناشویی ۱۵ تا ۲۰ دقیقه طول می‌کشد (۲۵). نویدی (۲۶) به منظور محاسبه روایی و پایایی، پرسشنامه مذکور را روی نمونه ۲۴۰ نفری اجرا کرد و ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرده است. در این پژوهش پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

برای انجام پژوهش پس از هماهنگی با مسئولان بهزیستی شهر تهران، بیان اهداف، اهمیت و ضرورت پژوهش و اخذ مجوزهای لازم از مسئولان، همچنین برای افراد جامعه پژوهش علاوه بر بیان هدف و اهمیت پژوهش، درباره رعایت نکات اخلاقی اطمینان خاطر داده شد و آنان رضایت‌نامه شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش را امضاء خواهند کرد. ابتدا ۴۵ نفر بصورت هدفمند انتخاب و سپس مقیاس‌های کیفیت زناشویی، آزار عاطفی و سرخوردگی زناشویی به عنوان پیش‌آزمون، توسط تمامی زنان دارای ملاک ورود به پژوهش پاسخ داده شد. سپس این ۴۵ نفر بصورت تصادفی و بصورت هدفمند در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده خواهند شد. در ادامه گروه آزمایش ۱، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای زوج درمانی رفتاری تلفیقی و گروه آزمایش ۲، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای زوج درمانی گاتمن دریافت کرد و طی این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات مداخله، مقیاس‌های کیفیت زناشویی، آزار عاطفی و سرخوردگی زناشویی به‌عنوان پس‌آزمون، توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد.

^۱ Holist & Miller

جدول (۱): جلسات زوج درمانی رفتاری - تلفیقی (۲۷).

جلسات	محتوا
اول	جلسه معارفه و ایجاد همدلی با زوجها و رابطه درمانی بین زوج و درمانگر برقرار شد. سپس به ضرورت آشنایی زوجها با قواعد و مقررات درمانی و ایجاد اعتماد در زوجها برای در میان گذاشتن افکار و احساساتشان
دوم	کاوش در رابطه کنونی هر یک از زوجها با همسر، خانواده مبدا، و دیگر افراد مهم زندگی شان بررسی تاریخچه خانوادگی و مشکلات مطرح شده
سوم	بررسی و کشف الگوهای ارتباطی ناکارآمد در زوجین، تمرکز بر خصوصیات شخصی هر یک از زوجها و تسهیل بیان احساسات زوجها در مورد روابط ناکارآمد خود با افراد مهم در زمان حال
چهارم	به کار روی مقاومت و تسهیل بیان احساسات و تمایلات نهفته زوجها در مورد افراد مهم زندگی شان پرداخته و تخلیه هیجانی زوجها
پنجم	تمرکز بر الگوهای تعاملی تکرار شونده، کشف دفاعها و مقاومت‌هایی که موجب تثبیت، مواجهه همدلانه با این تعارضات
ششم	تغییر و اصلاح چرخه‌های تکرار شونده، تغییر اضطرابها، دفاعها و تمایلات پنهانی هر یک از زوجین با توجه به همانندسازی‌های خانواده اصلی و روابط فعلی
هفتم	تعمیم رابطه درمانی به دیگر روابط زندگی فرد به ویژه در بیرون از جلسه، تشویق اعضا به تعامل‌های صمیمانه و پذیرش مسئولیت موقعیت و نقش خود در رابطه توسط هر یک از زوجها
هشتم	بازبینی روابطی که زوجها در طول جلسات با یکدیگر و با درمانگر داشته‌اند، بررسی روشها و تکنیک‌هایی که می‌تواند به تداوم روابط سالم میان زوجها و افراد مهم زندگی شان کمک کند
نهم	تجزیه و تحلیل نقش عوامل تأثیرگذار بر دلزدگی زناشویی زوجها به بازشناسی مشکلات و بی ثباتی عواطف و تدوین فهرستی جهت شناخت رویه‌ها و افکار ناکارآمد با همکاری زوجین
دهم	مرور جلسات گذشته جهت تسهیل بروز راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی به باز تعریف رابطه توسط هر یک از زوجها، اجرای پس آزمون

جدول (۲): جلسات زوج درمانی گاتمن (۲۸)

جلسات	محتوا
اول	آشنایی با زوجها و مشخص کردن اهداف و منطبق جلسات، برقراری رابطه حسنه و عاطفی، آشنایی با طرح کلی جلسات، پی بردن به اهمیت رابطه زناشویی و مفاهیم سازگاری و صمیمیت زوجها، بیان انتظار از مراجعان و تعهد آنان به شرکت در جلسات، لزوم یادگیری مطالب و سعی در به کاربندی آن در زندگی واقعی و در نهایت بیان اهمیت انجام تکالیف.

دوم	هدف: جلسه اول (نقشه عشق خود را اصلاح و تقویت کنید). تکلیف: تمرین نقشه راه عشق برای کمک به تقویت شناخت و درک بهتر شریک زندگی.
سوم	هدف: اصل دوم یعنی تقویت حس دل بستگی و تمجید، مفاهیم دل بستگی و تمجید، نشانه‌های وجود دل بستگی و چگونگی ایجاد دل بستگی در رابطه. تکلیف: در این زمینه تکلیف دوره آموزشی هفت هفته‌ای برای تمجید و دل بستگی داده می‌شود.
چهارم	هدف: اصل سوم یعنی به جای پشت کردن به یکدیگر به سوی هم قدم بردارید؛ عشق و احساسات عاطفی زوج‌ها، چگونگی ایجاد آن و حفظ رابطه زناشویی از سردی و یکنواختی. تکلیف: وقتی همسران به شما تمایلی نشان نمی‌دهد، چه باید بکنید؟
پنجم	هدف: اصل چهارم بگذارید همسران بر شما نفوذ داشته باشد؛ چگونگی مقابله با همسر قدرت طلب. تکلیف: تسلیم برای پیروزی و بازی تنازع بقا در جزیره گاتمن.
ششم	هدف: اصل پنجم حل کردن مشکلات حل شدنی. تکلیف: نمونه‌ای از تعارض‌های خود را پیدا کنند؛ بدون بحث درباره آن.
هفتم	ادامه کار بر حل تعارض‌ها در زمینه رفع موانع و مشکلات.
هشتم	هدف: اصل ششم غلبه کردن بر موانع مفهوم بن بست در روابط زناشویی، شناسایی علل بن بست تکلیف: این تمرین‌ها را در محیط طبیعی اجرا، و گزارش تهیه کنند.
نهم	هدف: اصل هفتم تحقق مفهوم مشترک، ایجاد فرهنگ جدید در خانواده. تکلیف: اجرای قوانین در منزل، مطالعه و بررسی مطالب در جلسات و تهیه مواردی از ابهامات پیش‌آمده.
دهم	بحث‌های پایانی در زمینه جلسات و اجرای پس‌آزمون.

داده‌های گردآوری شده از طریق شیوه‌های آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای طبقه بندی و تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده از شیوه‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شده است. تحلیل داده‌های کیفی، با استفاده از تکنیک کیفی داده بنیاد و کدگذاری (باز، محوری و انتخابی)، انجام شد. روش‌های آماری مورد استفاده در پژوهش حاضر علاوه بر آماره‌های توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) استفاده از آماره‌های استنباطی همچون تحلیل واریانس آمیخته بود. کلیه تحلیل‌های آماری پژوهش حاضر با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. ضمناً برای کلیه فرضیه‌ها سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

در این بخش یافته‌های پژوهش در قالب دو قسمت یافته‌های توصیفی و یافته‌های استنباطی ارائه شده است. در قسمت یافته‌های توصیفی، شاخص‌های آماری نمونه مورد مطالعه از قبیل جدول توزیع فراوانی، نمودار، میانگین و انحراف استاندارد مطرح شده‌اند. در بخش یافته‌های استنباطی برای پاسخ‌گویی به فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردیده است.

جدول (۳): میانگین و انحراف استاندارد سن، مدت ازدواج به تفکیک گروه ها

متغیر	گروه درمان گاتمن	گروه درمان رفتاری	گروه کنترل
	تلفیقی		
	میانگین	میانگین	میانگین
	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد
سن	۳۴/۶۹	۳/۸۹	۳/۴۳
مدت ازدواج	۱۲/۶۳	۵/۲۲	۵/۹۱

بر اساس اطلاعات جدول فوق، میانگین سنی گروه تحت درمان گاتمن ۳۴/۶۹ سال، میانگین سنی گروه تحت درمان رفتاری تلفیقی ۳۴/۴۱ سال، و گروه کنترل ۳۳/۴۸ سال بود. میانگین مدت ازدواج برای این سه گروه نیز به ترتیب ۱۲/۶۳ سال، ۱۱/۲۵ سال و ۱۰/۲۹ سال بود.

جدول (۴): توزیع فراوانی تحصیلات آزمودنی ها

گروه	تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
درمان گاتمن	لیسانس	۷	۴۶/۷	۴۶/۷
	فوق لیسانس	۸	۵۳/۳	۱۰۰
	مجموع	۱۵	۱۰۰	-
درمان رفتاری	لیسانس	۶	۴۰	۴۰
	فوق لیسانس	۹	۶۰	۱۰۰
	مجموع	۱۵	۱۰۰	-
کنترل	لیسانس	۱۰	۶۶/۷	۶۶/۷
	فوق لیسانس	۵	۳۳/۳	۱۰۰
	مجموع	۱۵	۱۰۰	-

جدول ۴ توزیع فراوانی تحصیلات آزمودنی ها را نشان می دهد. بر اساس اطلاعات مندرج در این جدول، در گروه گاتمن ۷ نفر مدرک تحصیلی لیسانس و ۸ نفر نیز مدرک تحصیلی فوق لیسانس داشتند. در گروه رفتاری تلفیقی ۶ نفر مدرک لیسانس و ۹ نفر مدرک فوق لیسانس داشتند و در گروه کنترل ۱۰ نفر مدرک تحصیلی لیسانس و ۵ نفر نیز مدرک تحصیلی فوق لیسانس داشتند.

جدول (۵): توزیع فراوانی تعداد فرزندان آزمودنی ها

گروه	تعداد فرزند	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
درمان گاتمن	۱ فرزند	۴	۲۶/۷	۲۶/۷
	۲ فرزند	۸	۵۳/۳	۸۰
	۳ فرزند	۳	۲۰	۱۰۰
درمان رفتاری تلفیقی	۱ فرزند	۵	۳۳/۳	۳۳/۳
	۲ فرزند	۶	۴۰	۷۳/۳
	۳ فرزند	۴	۲۶/۷	۱۰۰
کنترل	۱ فرزند	۴	۲۶/۷	۲۶/۷
	۲ فرزند	۶	۴۰	۶۶/۷
	۳ فرزند	۵	۳۳/۳	۱۰۰

بر اساس اطلاعات جدول ۴-۳ ملاحظه می گردد بیشتر افراد تحت درمان گاتمن یعنی ۸ نفر دارای دو فرزند بوده اند، در گروه تحت درمان رفتاری تلفیقی بیشتر افراد یعنی ۶ نفر دارای دو فرزند بوده اند و در گروه کنترل بیشتر افراد یعنی ۶ نفر دارای دو فرزند بوده اند.

جدول (۶): میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله آزمون	گروه درمان گاتمن	گروه درمان رفتاری تلفیقی	گروه کنترل
		میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار
کیفیت زناشویی	پیش آزمون	۶۶/۴۶	۶۴/۴۹	۵/۱۹
	پس آزمون	۶۹/۹۱	۶۵/۵۳	۴/۹۸
	پیگیری	۷۱/۳۶	۷۵/۱۲	۴/۹۹
آزار عاطفی	پیش آزمون	۳۹/۶۹	۳۲/۶۸	۵/۹۳
	پس آزمون	۳۱/۹۱	۲۵/۴۱	۶/۲۱
	پیگیری	۴۰/۱۲	۳۳/۲۰	۶/۱۳
سرخوردگی	پیش آزمون	۳۳/۴۲	۸/۹۶	۴/۸۳
	پس آزمون	۲۹/۶۴	۲۸/۹۵	۵/۳۶
	پیگیری	۳۵/۳۴	۳۴/۴۳	۵/۴۱

جدول ۶ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری سه گروه نشان می دهد. با توجه به اطلاعات این جدول، میانگین کیفیت زناشویی گروه تحت درمان گاتمن در پیش آزمون ۶۶/۴۶ بوده است که در پس

آزمون به ۶۹/۹۱ و در پیگیری به ۷۱/۳۶ تغییر یافته است و برای گروه تحت درمان رفتاری تلفیقی در پیش آزمون ۶۵/۶۰ بوده است که در پس آزمون به ۷۲/۵۳ و در پیگیری به ۷۵/۱۲ تغییر پیدا کرده است. میانگین گروه کنترل هم در پیش آزمون ۶۶/۷۲ بوده است که در پس آزمون به ۶۴/۶۹ و در پیگیری به ۶۴/۱۸ تغییر پیدا کرده است. همچنین براساس اطلاعات جدول میانگین آزار عاطفی گروه تحت درمان گاتمن در پیش آزمون ۳۹/۶۹ بوده است که در پس آزمون به ۳۱/۹۱ و در پیگیری به ۴۰/۱۲ تغییر یافته است. این میانگین برای گروه تحت درمان رفتاری تلفیقی در مرحله پیش آزمون ۳۲/۶۸ و در مرحله پس آزمون ۲۵/۴۱ و در پیگیری ۳۳/۲۰ می باشد. میانگین کنترل نیز در پیش آزمون ۳۳/۱۴ بوده است و در پس آزمون به ۳۰/۳۸ و در پیگیری به ۳۳/۵۸ تغییر پیدا کرده است. همچنین براساس اطلاعات جدول میانگین سرخوردگی گروه تحت درمان گاتمن در پیش آزمون ۳۳/۴۲ بوده است که در پس آزمون به ۲۹/۶۴ و در پیگیری به ۳۵/۳۴ تغییر یافته است. این میانگین برای گروه تحت درمان رفتاری تلفیقی در مرحله پیش آزمون ۳۲/۲۶ و در مرحله پس آزمون ۲۸/۹۵ و در پیگیری ۳۴/۴۳ می باشد. میانگین کنترل نیز در پیش آزمون ۳۶/۵۲ بوده است و در پس آزمون به ۳۱/۲۸ و در پیگیری به ۳۵/۳۸ تغییر پیدا کرده است. برای دانستن این مطلب که این تغییرات به لحاظ آماری معنادار می باشد یا خیر، فرضیه های پژوهش را بررسی کرده ایم که نتایج آن در قسمت یافته های استنباطی ارایه گردیده است.

جدول (۷): نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

گروه کنترل		گروه درمان رفتاری تلفیقی		گروه درمان گاتمن		متغیر
سطح معناداری	مقدار Z	سطح معناداری	مقدار Z	سطح معناداری	مقدار Z	
۰/۷۹۲	۰/۷۱۲	۰/۶۹۲	۰/۶۹۶	۰/۵۸۶	۰/۸۵۲	کیفیت زناشویی
۰/۶۱۲	۰/۷۶۹	۰/۹۴۵	۰/۵۶۵	۰/۶۵۶	۰/۹۸۵	آزار عاطفی
۰/۸۹۵	۰/۵۸۱	۰/۸۰۳	۰/۶۵۹	۰/۵۵۸	۰/۸۸۶	سرخوردگی

همان طور که در جدول ۷ مشاهده می شود، از آنجایی که مقادیر آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای متغیرهای کیفیت زناشویی، آزار عاطفی و سرخوردگی در گروه های آزمایشی و کنترل معنادار نمی باشند ($P > 0/05$) لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها نرمال می باشد.

جدول (۸): نتایج آزمون لوین: بررسی همگنی واریانس ها

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
کیفیت زناشویی	۰/۰۳۰	۲	۴۲	۰/۹۶۳
آزار عاطفی	۰/۵۴۵	۲	۴۲	۰/۵۱۲
سرخوردگی	۱/۹۳	۲	۴۲	۰/۷۴۲

همان طور که در جدول ۸ مشاهده می گردد، مقادیر آماره F که نشان دهنده مقدار آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس های گروه های آزمایشی و کنترل می باشد، در هیچ یک از متغیرهای کیفیت زناشویی، آزار عاطفی و سرخوردگی معنادار نمی باشد ($P>0/05$). با توجه به این نتیجه پیش فرض برابری واریانس ها گروه های آزمایشی و کنترل در متغیرهای پژوهش تأیید می شود. با توجه به اینکه پیش فرض های استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر رعایت شده است، نتایج بررسی فرضیه های پژوهش در ادامه ارائه گردیده است. لازم به توضیح است ابتدا نتایج کلی آزمون اندازه گیری مکرر ارائه شده است و با توجه به هر فرضیه، از نتایج این آزمون برای پاسخ گویی به آن سوال استفاده شده است. قبل از اجرای این آزمون نتیجه پیش فرض کرویت ماچلی جهت همگنی ماتریس کوواریانس نمرات متغیرها ارائه شده است. شایان ذکر است زمانی این پیش فرض رعایت می گردد که سطح معناداری برای ضریب W ماچلی بیشتر از ۰/۰۵ باشد.

جدول (۹): نتایج آزمون کرویت ماچلی

متغیر	ضریب W	ضریب خی	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسیلون	
	ماچلی	دو			گرمین - هوین - حد	پایین
کیفیت زناشویی	۰/۵۴۵	۲۱/۳۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹۳	۰/۷۵۹
آزار عاطفی	۰/۹۵۶	۰/۲۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵	۰/۵۸۵
سرخوردگی	۰/۸۱۸	۶/۶۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵	۰/۵۹۶

بر اساس نتایج جدول ۹ با توجه به سطح معناداری ضریب W ماچلی برای متغیرها مشاهده می گردد. برای تفسیر نتایج متغیرها از ضریب هوین - فیلد استفاده شده است.

جدول (۱۰): نتایج آزمون واریانس با اندازه گیری مکرر مربوط به اثرات درون گروهی و برون گروهی

اثرات	منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
درون آزمودنی	زمان	کیفیت زناشویی	۱۰۴۸/۱۹	۱/۵۹	۷۱۲/۶۸	۲۵/۸۱	۰/۰۰۱	-
		آزار عاطفی	۱۰۷۳/۵۴	۱/۱۵	۹۶۴/۹۵	۴/۸۶	۰/۰۰۱	-
		سرخوردگی	۸۵۵/۵۲	۱/۲۱	۷۸۱/۷۵	۵/۶۱	۰/۰۰۱	-
تعامل	زمان و گروه (اثر تعامل)	کیفیت زناشویی	۵۴۲/۶۳	۲/۹۲	۱۸۵/۱۹	۶/۷۹	۰/۰۰۱	-
		آزار عاطفی	۸۹۶/۷۲	۲/۳۶	۳۸۰/۲۶	۱۸/۶۸	۰/۰۰۱	-
		سرخوردگی	۶۴۱/۹۵	۲/۵۹	۲۷۱/۲۹	۱۹/۱۴	۰/۰۰۱	-
	خطا	کیفیت زناشویی	۱۴۵۹/۹۳	۵۱/۳۶	۳۰/۶۵			

			۲۲/۱۹	۳۷/۶۳	۸۲۱/۷۸	آزار عاطفی		
			۱۵/۸۳	۳۸/۷۶	۵۴۲/۹۳	سرخوردگی		
بین	گروه	کیفیت زناشویی	۶/۲۳	۲	۱۳۴۵/۴۵	۲	۶۲۰/۱۹	۰/۲۸۱
آزمودنی		آزار عاطفی	۶/۸۳	۲	۲۱۶۹/۶۴	۲	۱۰۸۲/۸۲	۰/۳۲۶
		سرخوردگی	۷/۲۹	۲	۱۸۵۴/۱۲	۲	۸۹۱/۶۳	۰/۳۱۲
	خطا	کیفیت زناشویی	۹۸/۹۳	۴۲	۳۴۶۷/۸۹			
		آزار عاطفی	۱۶۷/۷۲	۴۲	۵۴۸۷/۹۱			
		سرخوردگی	۱۲۵/۷۴	۴۲	۴۰۰۲/۶۳			

در جدول ۹ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی اثرات درون آزمونی و بین آزمودنی نشان داده شده است. همانطور که ملاحظه می گردد در اثر زمان با توجه به اینکه متغیرهای کیفیت زناشویی، آزار عاطفی و سرخوردگی معنادار شده اند ($P < 0/01$) بنابراین بین سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در این متغیرها و مولفه ها تفاوت وجود دارد که بررسی این تفاوت ها در مورد هر فرضیه به تفکیک در پاسخ آن فرضیه مطرح شده است. همچنین در اثر گروه نیز با توجه به مقادیر F و سطوح معناداری مشاهده می گردد در متغیرهای کیفیت زناشویی، آزار عاطفی و سرخوردگی بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. که مقایسه دو به دوی این گروه ها به تفکیک هر متغیر در پاسخ به فرضیه پژوهشی مربوطه ارایه شده است. ستون اندازه اثر در جدول تاثیر زمان نیز بر متغیرهای کیفیت زناشویی، آزار عاطفی و سرخوردگی را نشان می دهد. همچنین با توجه به نتایج جدول که نشان می دهد در متغیرهای کیفیت زناشویی، آزار عاطفی و سرخوردگی بین گروه و زمان تعامل وجود دارد ($P < 0/01$) مشخص می گردد. بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری بین گروه های درمانی و کنترل در متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد که نتایج آن در پاسخ به فرضیه های پژوهش ارایه شده است.

بحث و نتیجه گیری:

در این قسمت مروری بر نتایج به دست آمده در خصوص فرضیه های پژوهش و شواهد پژوهشی مرتبط با نتایج صورت می گیرد و یافته های به دست آمده نیز تبیین و تفسیر می شوند. بر اساس مقادیر نمایش داده شده در جداول (۱۱، ۱۲ و ۱۳) نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که مشاوره گروهی مبتنی بر زوج درمانی گاتمن به طور معناداری باعث بهبود کیفیت زناشویی، کاهش آزار عاطفی و سرخوردگی در آزمودنی های گروه تحت مداخله در مراحل پس آزمون و پیگیری شده بود.

مطالعه ای که نتایج آن مستقیماً در راستای یافته های این فرضیه ها باشد، مشاهده نگردید، اما نتایج حاصل از آزمون این فرضیه ها با نتایج پژوهش های دیلمی و همکاران (۲۹) که در پژوهش خود نشان دادند، مدل زوج درمانی گاتمن بر روابط سازنده زنان متأهل تاثیر مثبت داشته است؛ تئودورا و همکاران (۳۰) که به مطالعه کیفی کیفیت روابط زناشویی و سلامت جسمانی پرداخته بودند دریافتند که روش زوج درمانی گاتمن در ارتقای کیفیت روابط زناشویی نقش موثری داشته است. لوت (۳۱) که دریافت آگاهی از چهار سوار انهدام در رابطه زناشویی با افزایش اثربخشی درمان مکاشفه و ذهن آگاهی و همچنین افزایش رضایت زناشویی می شود؛ بابکوک و همکاران (۳۲) که در پژوهش خود نشان دادند که زوج درمانی به روش گاتمن

منجر به افزایش رضایت زناشویی، کاهش مشکلات زناشویی و تعارض مخرب در یک سال شده است. در تبیین نتایج بدست آمده می توان گفت در درمان گاتمن به زوجین کمک می شود تا افکار، ادراک و رفتارهایشان را تغییر دهند (۳۲). این روش درمانی با ترکیب کردن اقدامات درمانی با تمرینات زوجین، به این افراد کمک می کند تا موانع طبیعی که مانع از ایجاد یک ارتباط و رابطه کارا بین آن ها می شود، را شناسایی و مشخص کنند (۳۳). در این رویکرد این اعتقاد وجود دارد که خوش گمانی نسبت به احساسات نشان دهنده وجود احساسات کافی میان شرکای رابطه، می باشد تا بدین وسیله از تاثیرات منفی که از تعارضات نشأت می گیرند، جلوگیری شود. مدیریت تعارض به معنی توانایی زوج ها در تلاش های اصلاحی موفقیت آمیز است. علاقه و دیگر احساسات مثبت میان زوج ها، آن ها را قادر می سازد تا بدون صدمه زدن به رابطه، در شرایط مسموم نیز به گفتگو بپردازند، حتی اگر گفتگوها منجر به حل تعارضات میانشان نشود. هدف زوج درمانی گاتمن در وهله اول کمک به زوجین جهت بازسازی و تقویت روابط دوستانه شان با یکدیگر از طریق گفتگوی سازنده - و همچنین کمک به آن ها جهت یادگیری نحوه مدیریت تعارضات با تغییر موازنه بین تبادلات مثبت و منفی قبل، حین و پس از تعارضات زناشویی می باشد که در نهایت منجر به حرکت از سمت روزمرگی به سمت صحبت کردن راجع به مشکلات دائمی می شود (۳۴). روش زوج درمانی گاتمن به مراجع یاد می دهد تا راجع به مسائل و مشکلات دائمی با شریک زندگی خود صحبت کند و با استفاده از روش های مدیریت تعارض در پیشبرد کیفیت رابطه زناشویی خود نقش موثری داشته باشد. با شروع تغییرات در زندگی مراجع، درمانگر متخصص در زوج درمانی گاتمن به بررسی موانع ارتباطی و رفتارهای مشکل آفرین زوجین می پردازد. و با تاکید بر بهبود مهارت های گفت و شنود در مراجعان به پیشبرد اهداف درمانی می پردازد. درمانگران حوزه زوج درمانی گاتمن از فن حل مسائل قابل حل برای مراجعان استفاده می کنند. هدف اصلی این تکنیک کمک به مراجعان جهت یادگیری تعیین مشکلات قابل حل از مشکلات دائمی. در این روش بر روی مشکلات قابل حل کار می شود. جهت حل مشکلات به مراجعان آموزش داده می شود تا از چهار مهارت پایه استفاده کنند: آغاز بدون تنش، ترمیم و تشنج زدایی، پذیرش تاثیر رفتار خود و سازش نمودن، آرام سازی (۳۵).

علاوه بر فن حل مسائل قابل حل یکی دیگر از فنون مداخله ای درمانگران گاتمن، برقراری گفتگو راجع به مشکلات دائمی است. هدف این تکنیک کمک به مراجعان جهت انجام گفتمانی راجع به مشکلات پایدارشان می باشد. مشکلات دائمی مسائلی هستند که احتمال دارد زوجین طی سال ها با آن ها سازگار شده باشند. اغلب به نظر می رسد که مشکلات دائمی بر تفاوت های اساسی بین صفات شخصیتی، نیاز ها و ارزش های زوجین متمرکز است. هدف از این تکنیک حل مسائل نیست چرا که احتمالاً این مشکلات هرگز بصورت کامل حل نخواهند شد. هدف تغییر رفتارهای عاطفی مرتبط با این مشکلات است. هدف تغییر فراوانی احساسات منفی به احساسات مثبت می باشد. این تفاوت ها اغلب به عنوان بد بودن طرف مقابل استنباط شده و زوجین سعی می کنند از انتقاد و سرزنش یکدیگر را تغییر دهند. بنابراین، زوجین نیاز دارند تا بیاموزند که تفاوت های یکدیگر را بیشتر پذیرا باشند و این پذیرش را به یکدیگر نشان دهند (۳۶).

در جلسات زوج درمانی گاتمن شرکت کنندگان توانستند به جای درگیر شدن در مشکلات و تکرار راهکارهای ناسازگار، به دنبال حل مسائل قابل حل باشند و درصدد افزایش قابلیت های خود برای کنترل مناسب تنش ها و انتخاب راهکارهای مناسب برای حل مشکلاتشان برآیند و سازگارتر شوند. به نظر می رسد مواجهه با مشکلات دائمی منجر به ایجاد چرخه بی کفایتی در مدیریت روابط ناسازگار می شود و با تکرار این چرخه زوجین به نقطه پایان رابطه اثربخش و با کیفیت نزدیک می شوند، بنابراین با تاکید بر مواجهه با مشکلات دائمی و پذیرش تفاوت های یکدیگر زمینه مناسبی برای ایجاد تغییرات سازنده در روابط زوجین فراهم می شود که می تواند به بهبود کیفیت روابط زناشویی در زنان دارای همسر معتاد منجر گردد.

بر اساس مقادیر نمایش داده شده در جدول (۱۴، ۱۵ و ۱۶) نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که مشاوره گروهی مبتنی بر زوج درمانی رفتاری تلفیقی باعث افزایش کیفیت زناشویی، کاهش آزار عاطفی و سرخوردگی در آزمودنی های گروه تحت مداخله در مراحل پس آزمون و پیگیری شده بود. مطالعه ای که نتایج آن مستقیماً در راستای یافته های این فرضیه ها باشد، مشاهده نگردید، اما نتایج حاصل از آزمون این فرضیه ها با نتایج پژوهش های باکوم و همکاران (۳۷) که در پژوهش خود نشان دادند که درمان رفتاری تلفیقی و رفتار درمانی سنتی هر دو بر کیفیت روابط زناشویی تاثیر مثبت دارند؛ مغفوره (۳۸) که در پژوهش خود دریافت که زوج درمانی رفتاری تلفیقی در زوج های آشفته باعث افزایش پذیرش و کاهش رفتارهای منفی شده بود؛ سوبرال و همکاران (۳۹) که دریافتند زوج درمانی رفتاری- تلفیقی از طریق افزایش احساس امنیت و حمایت، در دسترس بودن، پاسخدهی مناسب به نیاز همسر، ایجاد رفتارهای امن، روش های افزایش صمیمیت و ارتباط، آموزش مهارت های ارتباطی درست و مطلوب، میزان صمیمیت عاطفی، جنسی و سازگاری زناشویی افراد را افزایش دهد. در تبیین نتایج این مطالعه می توان گفت در IBCT دو تکنیک تحمل و تغییر در راستای ارتقای کیفیت زناشویی عمل می کنند. مداخلات تحمل این امکان را به زوجین می دهد که دست از تلاش هایشان برای تغییر همدیگر بردارند. تحمل از طریق توجه به جنبه های مثبت رفتار منفی، تمرین رفتار منفی در جلسه درمان، وانمودسازی رفتار منفی در بین جلسات و رسیدگی به خود به وجود می آید (۴۰)، و تکنیک های تغییر نیز مستقیماً به منظور ایجاد تغییراتی در رفتار زوجین به کار می رود و متشکل از راهبردهای تبادل رفتاری و مداخلات آموزش ارتباط و حل مسأله می باشد بپذیرند. و از آنجایی که کیفیت زناشویی هم سازگاری زناشویی و هم شادمانی زناشویی را در بر می گیرد (۴۱). سطح بالای کیفیت نشان دهنده ی وجود ویژگی های عینی رابطه بین همسران همچون همراهی، ارتباط خوب و عدم تضاد است، که مشخصه رابطه سازگار آن ها هستند. همچنین میزان رضایتمندی از رابطه و همسر را نیز در بر می گیرد. سازه کیفیت زناشویی این سازگاری و رضایتمندی را در یک مفهوم وسیع تر و جامع ترکیب می کند. لذا این رویکرد در راستای آموزش زوجین جهت برقراری یک ارتباط خوب به دور از تضاد و تعارض عمل می کنند که در نتیجه این ارتباط توافق نسبی حاصل شده و به دنبال آن سازگاری، رضایتمندی و شادمانی در زندگی زناشویی حاصل می شود که لازمه کیفیت رابطه زناشویی می باشد (۴۲).

محدودیت پژوهش: حاضر، به ماهیت مقطعی روش پژوهش برمی گردد. تحقیقات طولی از آن جهت مهم است که برخی از پژوهش های طول قبلی نتایجی متفاوت با پژوهش های مقطعی به دست داده اند. دومین محدودیت پژوهش حاضر نمونه آن است که باعث می شود نتایج پژوهش حاضر فقط قابل تعمیم به جامعه پاسخگویان باشد. سومین محدودیت این پژوهش، استفاده از پرسشنامه است. در پژوهش های بعدی بهتر است از مصاحبه های ساختاریافته استفاده کنند. در راستای نتایج حاصل از فرضیه اول پژوهش پیشنهاد می گردد راه های درمانی و آموزشی مناسب و کارساز در جهت مورد مطالعه و کارآزمایی قرار گیرد. همچنین حضور پررنگ روانشناسان و مشاوران خانواده در جهت آموزش و آگاهی دادن در راهنمایی آنان برای انتخاب همسر مناسب ضروری به نظر می رسد.

پیشنهادات: پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده مدت ازدواج پاسخگویان بررسی شود. پیشنهاد می شود تأثیر متغیرهای دیگر مورد بررسی قرار گیرد. اجرای پژوهش های مشابه از طریق مصاحبه و ... و با استفاده از نمونه های مختلف، می تواند تکرارپذیری یافته های پژوهش حاضر را بررسی کند.

منابع:

1. American Psychology Association. The Road to resilience, 2015, Available at <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>.
2. Bartolo G, Benedetto L Ingrassia M. Couple's well-being and parenting in the transition to parenthood: what are the gender differences? *Interdisciplinary Journal of Family Studies*. 2013; 18(1): 30-50. [\[Link\] https://doi.org/10.1111/jmft.12284](https://doi.org/10.1111/jmft.12284)
3. Bash A.R. A treatment model for marital satisfaction in couples with young children. A dissertation submitted to the Faculty of The Chicago School of Professional Psychology in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of Philosophy in Psychology in Applied Clinical Psychology. 2016. [\[Link\]](#)
4. Bozorgmanesh K, Nazari A Zahrakar K. Effectiveness of family therapy on its cohesion and flexibility. *Journal of Holistic nursing and midwifery*. 2016; 26(4):27-35. [\[Link\]](#)
5. Dillon HN. Family violence and divorce: effect on marriage expectation. Athesis presented to the faculty of the department of psychology East Tennessee State University; 2015
6. Fouché PJ, Naidoo P, & Botha T. (2019). A psychobiographical portrait of Adam small's eriksonian ego-strengths or virtues: Contextualized within South Africa's apartheid-eras. In *New trends in psychobiography*, 2019: 423-442. Springer, Cham.
7. Harmon DK. Black men and marriage: The impact of spirituality, religiosity, and marital commitment on marital satisfaction (Doctoral dissertation). University of Alabama. Alabama, 2015
8. Johnson S.M. Attachment in action. Changing the face of 21st century couple therapy. *Current Opinion in Psychology*, 2019; 25: 101–114. [\[Link\]](#)
9. Jones D.E, Feinberg M.E, Hostetler M.L, Roettger M.E, Paul I.M Ehrental D.B. Family and child outcomes 2 years after a transition to parenthood intervention. *Family Relations*. 2018; 67: 270–286. [\[Link\]](#)
10. Khandandel S, Kaviyanfar H. The role of trust in interpersonal relationships and family resilience in marital satisfaction of working couples. *Pathology, counseling and family enrichment*. 2016; 1 (1): 14-31. [\[Link\]](#)
11. Khojastemehr R, Ahmadi A, Sodani M Shiralinia Kh. Effectiveness of brief integrative couples counseling on emotional intimacy and marital quality of couples. *Contemporary Psychology*. 2016; 10(2): 29-40. [\[Link\]](#)
12. Khoshkam S, Ahmadi A Abedi M.R. The effect of communication Training on couples' relationship in Isfahan. *Counseling research and development*. 2008; 6(24): 123-136. [\[Link\]](#)

13. Lute M. The Relationship between Gottman's Four Horsemen of the Apocalypse, Mindfulness, and Relationship Satisfaction. A Dissertation Submitted to the School of Graduate Studies and Research in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Psychology. Indiana University of Pennsylvania, 2015
14. Mansour L, Adibrad N. Comparison between marital conflict and its dimensions in female clients of Shahid Beheshti University Counseling Services and Normal Women. *Counseling Reserch and Development*, 2014; 3(11): 47-64.
15. Martins C.A. Transition to parenthood: consequences on health and well-being. A study. *Enferm Clin*. 2018.[Link] <https://doi.org/10.1016/j.enfcli>.
16. Gottman JM. Gottman method couple therapy. *Clinical Handbook of Couple Therapy*, 2008; 4(8): 138-164, http://ssu.ac.ir/cms/fileadmin/user_upload/vonline/etiad/manabeamoozeshi/Couple_therapy.pdf#page=155
17. Matysiak A, Mencarini L Vignoli D. Work–family conflict moderates the relationship between childbearing and subjective well-being. *European Journal of Population*. 2016; 32(3): 355–379. [Link]
18. Perissutti C, & Barraca J. Integrative Behavioral Couple Therapy vs. Traditional Behavioral Couple Therapy: A theoretical review of the differential effectiveness. *Clinical y Saluda*. 2021; 24: 11 -18. [Link]
19. Philipp A, Lee J, Stamm T, Wininger M, Datler Co-parenting Intervention for Expectant Parents Affects Relationship Quality: A Pilot Study, *Tohoku J. Exp. Med*. 2020; 252: 33-43.[Link] DOI:10.1111/fare.12089
20. Pielage S, Luteinjin F Arrindell W. Adult attachment, intimacy and psychological distress in a clinical and community sample. *Clinical Psychology and* 2005; 12: 455-464.][Link]doi:10.1111/j.17413737.2006.00349.x
21. Prager K.J Roberts L. Deep Intimate Connection: Self and Intimacy in Couple Relationships. In Mashek, D. and Aron, A. (Eds.) *the Handbook on Closeness and Intimacy*. Lawrence-Ehrlbaum, 2008[Link] doi:10.1016/j.cpr.2008.03.005
22. Schwartz AL. Marital quality, acculturation, and communication in Mexican American couples. [Dissertation]. Utah State University, Logan, Utah.,2011[Link]
23. Snyder DK, balderrama-durbin C. Integrative Approaches to Couple Therapy: Implications for Clinical Practice and Research. *Behavior Therapy*, 2012; 7: 13– 24. [Link].

24. Sobral M.P., Matos P.M., Costa M.E. Fear of intimacy among couples: Dyadic and mediating effects of parental inhibition of exploration and individuality and partner attachment. *Journal Family Science*, 2014; 6: 380-388. [[Link](#)]
25. Theodore F. Robles, Richard B. Slatcher, Joseph M. Trombello, and Meghan M. McGinn. Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychology Bull*, 2017; 40: 88-102. [[Link](#)]
26. Tie S, Poulsen Sh. Emotionally focused couple therapy with couples Facing Terminal Illness. *Contemp Fam Ther*. 2013; 35:557–567.[[Link](#)] DOI:10.1111/fare.12309
27. Trillingsgaard T, Baucom K.J. W Heyman R.E. Predictors of change in relationship satisfaction during the transition to parenthood. *Family Relations*. 2014; 6: 667 – 679. [[Link](#)]
28. Trillingsgaard T, Baucom K.W, Heyman R.E Elklit Relationship interventions during the transition to parenthood: Issues of timing and efficacy. *Family Relations*, 2012; 61: 770 – 783. [[Link](#)]
29. Vandeleur CL, Jeanpretre N, perrez M, schoebi D. Cohesion, satisfaction with family Bonds, and Emotional Well-Being in families with Adolescents. *Journal of Marriage and Family*, 2009; 17: 1205-121. [[Link](#)]
30. Vazhappilly J.J Reyes M.E.S. Efficacy of emotion-focused couple's communication program for enhancing couples' communication and marital satisfaction among distressed partners. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2017; 48(2): 79-88. [[Link](#)]
31. Wallace P.M Gotlib I.H. Marital Adjustment during the Transition to Parenthood: Stability and Predictors of Change. *Journal of Marriage and the Family*. 1990; 52(1): 21-29. [[Link](#)]
32. Welch S, Lachmar E, Wittenborn K. Establishing safety in emotionally focused coupletherapy: A single-case process study. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2019; 45: 402-415.[[Link](#)]
33. Wiebe S.A, Johnson S.M, Lafontaine M.F, Burgess M.M, Dalgleish T.L, Tasca GA. Two-Year Follow-up Outcomes in Emotionally Focused Couple Therapy: An Investigation of Relationship Satisfaction and Attachment Trajectories. *J Marital Fam Ther*, 2017; 43(2):227-244.[[Link](#)]
34. Wittenborn K, Ridenour A, MitchellRyan A Seedall B. Randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy compared to treatment as usual for depression: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2018; 45: 395-409. [[Link](#)]
35. Zuccarini D, Johnson S.M, Dalgeish T.L Makinen J.A. Forgiveness and Reconciliation in Emotionally Focused Therapy for Couples: The Client Change

Process and Therapist Interventions. Journal of Marital Fam Ther.2013; 39(2): 148-62. [\[Link\]](#) doi:10.1111/j.1741-3729.2012. 00730.x

36. Gottman JM, Tabares A. The effects of briefly interrupting marital conflict. Journal of marital and family therapy. 2018; 44(1): 61-72. [\[Link\]](#)
37. Hardesty JL, Ogolsky BG, Raffaelli M, Whittaker A. Relationship dynamics and divorcing mothers' adjustment: Moderating role of marital violence, negative life events, and social support. Journal of Social and Personal Relationships. 2019; 1(3): 59-63. [\[Link\]](#)
38. Haskins NH, Appling B. Relational-Cultural Theory and Reality Therapy: A Culturally Responsive Integrative Framework. Journal of Counseling & Development. 2017;95(1): 87-99. [\[Link\]](#)
39. Henderson A, Robey PA, Dunham SM, Dermer SB. Change, choice, and home: An integration of the work of Glasser and Gottman. International Journal of Choice Theory and Reality Therapy, 2013; 32(2): 36-47 [\[Link\]](#)
40. Jalali N, Heydari H, Davoudi H, Al-e-Yasin SA. Comparison of Effectiveness of Emotion-focused Couple Therapy and Gottman's Relationships Enrichment Program on Women's Fear of Intimacy. International Journal of Behavioral Sciences, 2018; 12(2): 76-83. [\[Link\]](#)
41. Jewell J, Schmitt M, McCobin A, Hupp S, Pomerantz A. The children first program: The effectiveness of a parent education program for divorcing parents. Journal of Divorce & Remarriage, 2017; 58(1): 16-28. [\[Link\]](#)
42. Lee ES. Effects of a happiness choice program based on reality therapy on subjective well-being and interpersonal relations in nursing students. Journal of Korean Public Health Nursing, 2015; 29(3): 503-514. [\[Link\]](#)