



10.82322/jwsf.2025.304-1838



«زن و مطالعات خانواده»

سال هجدهم، شماره شصت و هفتم، بهار ۱۴۰۴

ص ص: ۲۸-۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۲۴

مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی زوجین

مهدی بهرامی مقدم^۱ کریم افشاری نیا^۲ کیوان کاکابرای^۳

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی زوجین بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۰ بودند. در مرحله اول با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۵ نفر زوج انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در ۳ گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ زوج) جایگزین شدند. سپس مادران گروه آزمایش اول تحت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای زوج درمانی هیجان مدار و گروه آزمایش دوم تحت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای زوج شناختی-رفتاری قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی نسخه کوتاه (۲۰۰۴) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. برای تحلیل داده‌های به دست آمده از تحلیل واریانس آمیخته با نرم افزار SPSS استفاده شد. نتایج نشان داد هر دو زوج درمانی مذکور اثربخشی معناداری بر افزایش کیفیت زندگی داشته است ($P < 0/05$). نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار اثربخشی بیشتری نسبت به زوج درمانی شناختی-رفتاری دارد ($P < 0/05$). بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری می‌توانند به عنوان شیوه‌های زوج درمانی برای افزایش کیفیت زندگی زوجین در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی به کار برده شوند.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، زوج درمانی شناختی-رفتاری، زوج درمانی هیجان مدار.

^۱ دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول). k.afsharineya@iauksh.ac.ir

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

مقدمه

خانواده به عنوان بخشی واحدی اجتماعی توصیف شده است که می‌تواند شخصیت انسان‌ها را در درون خود شکل بدهد و این کانون با پیوند زناشویی زن و مرد و ازدواج آنها با هم شکل می‌گیرد (کاتینو^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). به طوری که می‌توان گفت که نیاز به صمیمیت و عشق زن و مرد را به سوی هم کشانده و پیوند زناشویی بین آنها شکل می‌گیرد (لو^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از ویژگی‌های ازدواج، تعهد هریک از همسران در قبال یکدیگر و حقوق متقابل بوده، به گونه‌ای که این تعهد شالوده زندگی مشترک است (آلن^۳ و همکاران، ۲۰۲۲)؛ در غیر این صورت اعتماد متقابل بین همسران کمتر می‌شود که در این برخی مشکلات زناشویی این اعتماد و تعهد را خدشه دار کرده و زندگی زناشویی به ورطه جدایی و نابودی نزدیک می‌کند (دوی^۴ و همکاران، ۲۰۲۲). از سوی دیگر می‌توان گفت که زمانی که زن و مرد تصمیم به تشکیل خانواده و زندگی مشترک می‌کنند، زندگی خود را با عشق آغاز می‌کنند (جنکینز^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). در این زمان، هرگز به این موضوع فکر نمی‌کنند که روزی ممکن است میزان صمیمیت آنان به یکدیگر کم شود (دولاهایت^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس نتایج یک پژوهش، هنگامی که زوجین با یکدیگر در روابط صمیمانه قرار می‌گیرند، هر کدام با مجموعه‌ای از رویاها و انتظارات وارد رابطه می‌شوند (هاراسیمچوک^۷ و همکاران، ۲۰۲۱). هنگامی که این رویاها و انتظارات با تنبیه و تجارب استرس‌زا جایگزین می‌شوند، رابطه صمیمانه متوقف می‌شود، انرژی عشق به آزدگی و خشم تبدیل می‌شود و در نتیجه، منازعات فراوان، انتقادهای مکرر، پناه بردن به سکوت، عدم همراهی عاطفی و لاینحل ماندن مشکلات را پدید آورده و به مرور به نسبت به هم دلزده و کیفیت روابط زناشویی^۸ زوجین کم‌رنگ منجر می‌شود (صفاری‌نیا و همکاران، ۱۴۰۱). کیفیت زندگی به عنوان ادراک افراد از موقعیت‌شان در زندگی از نظر بافت فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان تعریف شده است (اوپرمن^۹ و همکاران، ۲۰۲۰). زوجینی از کیفیت زندگی بالایی دارند، سازگاری زناشویی^{۱۰} بیشتری نیز تجربه می‌کنند و سطح مشکلات زناشویی در آنها پایین است (برادوا^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۹). لذا می‌توان گفت روابط زناشویی

¹. Catino

². Lu

³. Allen

⁴. Dew

⁵. Jenkins

⁶. Dollahite

⁷. Harasymchuk

⁸. relational boredom

⁹. Oppermann

¹⁰. Marital Adjustment

¹¹. Brandão

می‌تواند بر کیفیت زندگی زوجین تاثیرگذار باشد و در این میان بهزیستی ذهنی^۱ می‌تواند روابط زناشویی^۲ و کیفیت زندگی زناشویی زوجین را میانجی‌گری کند (وانگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). از آنجایی که پایین بودن میزان کیفیت زندگی در زوجین می‌تواند تهدید کننده بنیان خانواده و زندگی زوجین باشد در این پژوهش از زوج درمانی هیجان مدار^۴ و زوج درمانی شناختی-رفتاری^۵ برای بهبود مشکلات زوجین در زمینه پایین بودن کیفیت زندگی استفاده شده است و به مقایسه اثربخشی این دو درمان پرداخته شده است. زوج درمانی هیجان‌مدار در اولین مرحله به ارزیابی سبک ارتباطی می‌پردازد و پس از اینکه دفاع‌ها آشکار شدند، این سبک را برای فرد آشکار ساخته و پیامدهای آن را مشخص می‌سازد؛ به همین دلیل افراد رفته رفته موفق می‌شوند هیجانات سرکوب شده و ناآشنای که چرخه منفی ارتباطی را تداوم می‌بخشند، بشناسند و این چرخه را بهبود بخشند (بودنمن^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). گریم و جانسون^۷ (۲۰۲۲) درمان هیجان‌مدار را برای زوج‌ها، خانواده‌ها و افراد پیشنهاد کرده‌اند تا کیفیت پیوندهای عاطفی آنان با همدیگر و با افراد مهم و همچنین احساس ذهنی آنها از ارتباط اجتماعی افزایش پیدا کند، چرا که تقویت پیوندهای عاطفی و بین فردی تمرکز اصلی درمان هیجان‌مدار است که می‌تواند به بازگرداندن تعادل عاطفی آنان کمک کند و در نتیجه افراد را از انزوا و مجموعه مشکلات سلامتی که می‌تواند برای افراد آسیب‌زا باشند محافظت کند (گریم و جانسون، ۲۰۲۲).

درمان هیجان‌مدار به علت ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان مرحله به مرحله، اثربخشی بیشتری نسبت به دیگر رویکردها دارد و احتمال عود در آن به شدت کمتر است (جانسون^۸، ۲۰۱۲). بر اساس پیشینه پژوهش درمان هیجان‌مدار باعث کاهش مشکلات زناشویی در زوجین می‌شود (مارن^۹ و همکاران، ۲۰۲۲) و بر افزایش کیفیت زندگی زوجین (ستوده ناورودی و همکاران، ۱۳۹۹) و پایین آمدن میزان میل به طلاق در زوجین موثر است (حاتمی و همکاران، ۱۴۰۰). از سوی دیگر زوج درمانی شناختی رفتاری مداخله‌ای است که بر مشکلات زندگی زوجین دچار تعارض زناشویی و روابط بین فردی آنها متمرکز است و به آنها کمک می‌کند تا مشکلات خود را برطرف کنند (حاجلو و همکاران، ۱۴۰۰). در رویکرد زوج درمانی شناختی-رفتاری، فرآیند درمان به گونه‌ای طراحی شده که افکار و شناخت‌های منفی و خودکار شناسایی گردیده، پیوندهای میان شناخت، هیجان و رفتار تعیین شده و شواهد مخالف، افکار تحریف شده را بررسی نموده تا

^۱ . Subjective Well-being

^۲ . Marital Relationship

^۳ . Wang

^۴ . Emotion-Focused Couple Therapy (EFT)

^۵ . Cognitive Behavioral Couple Therapy (CBCT)

^۶ . Bodenmann

^۷ . Greenman & Johnson

^۸ . Johnson

^۹ . Marren

تعبیر واقع گرایانه را جایگزین شناخت‌های تحریف شده کرده و در دستیابی به حل تعارضات و مشکلات زناشویی و افزایش سازگاری، توفیق یابند. قسمت رفتاری این رویکرد، بر آرمیدگی، هدف گذاری و بازسازی کنشگرهای روزانه با هدف لذت و خرسندی تاکید می‌کند (باکمن و همکاران، ۲۰۱۶؛ به نقل از شکر اله زاده و همکاران، ۱۳۹۶).

بر اساس پیشینه پژوهش زوج درمانی شناختی-رفتاری نقش مهمی در افزایش کیفیت زندگی (برهانی کاخکی و همکاران، ۱۴۰۰)، افزایش کیفیت روابط زناشویی (آجری و همکاران، ۱۴۰۰) و کاهش افسردگی و کاهش بدکارکردی جنسی همسران در زندگی زناشویی دارند (کمرر^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). از آنجایی که زوج درمانی هیجان مدار محور اصلی آن بر هیجان متمرکز است و محور اصلی زوج درمانی شناختی-رفتاری جایگزین کردن تعبیر واقع گرایانه به جای شناخت‌های تحریف شده از زندگی زناشویی است. مقایسه‌ی این دو نوع زوج درمانی به نظر می‌رسد از این رو مفید باشد که برتری هیجان و شناخت را در مشکلات زوجین بتوان بیشتر تبیین کرد. از همه مهمتر اینکه مداخلات زوج درمانی مذکور به صورت چندگانه یا گروهی به انجام نرسیده‌اند. این نوع مداخلات علاوه بر اینکه می‌تواند باعث ایجاد انگیزش بیشتر برای فعالیت در اعضا شود، می‌تواند فرصت بیشتری برای درمانگر قرار دهد تا در یک جلسه بر تعداد بیشتری مداخله انجام دهد. از این رو، پژوهش حاضر بر آن است که به این مطالعه بپردازد و با توجه به این که خانواده ارزشمندترین و اثربخش‌ترین نهاد جامعه است و هیچ یک از آسیب‌های اجتماعی فارغ از تاثیر خانواده نیست، کاهش پایین بودن زندگی زوجین از عوامل بروز آسیب‌های روانشناختی در کانون خانواده است و نظام خانواده را که در واقع زیر بنای جامعه‌ای سالم است مورد تهدید قرار می‌دهد. لذا سوال اصلی این پژوهش این خواهد بود که آیا بین اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی زوجین تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش بر مبنای هدف کاربردی و از منظر گردآوری داده‌ها جزء تحقیقات کمی و از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۰ بودند. به منظور نمونه‌گیری از بین زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره، با توجه به اینکه حداقل نمونه لازم در پژوهش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی در هر گروه حداقل ۱۵ نفر است، لذا در این پژوهش حجم هر گروه ۱۵ زوج گروه در نظر گرفته شد. به این صورت که ۱۵ زوج (۳۰ نفر) در گروه زوج درمانی هیجان

^۱ . Kemerer

مدار، ۱۵ زوج (۳۰ نفر) در گروه زوج درمانی شناختی-رفتاری و ۱۵ زوج (۳۰ نفر) در گروه کنترل جایگزین شدند. رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، کسب نمره ۷۸ و پایین‌تر در پرسشنامه کیفیت زندگی و گذشت حداقل ۲ سال از زمان ازدواج فرد از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. داشتن سابقه طلاق در زوجین، ابتلا به مواد مخدر و داروهای روان گردان، داشتن بیماری‌های جسمی و روانشناختی، غیبت بیش از ۲ جلسه از جلسات زوج درمانی هیجان مدار و شناختی-رفتاری، شرکت همزمان در جلسات روانشناختی و نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها از ملاک‌های خروج از پژوهش بودند. همچنین احترام به کرامت و حقوق، حریم خصوصی، اسرار و آزادی به زوجین، توضیح اهداف پژوهش برای آنها، کسب رضایت آگاهانه از آنها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخلات درمانی، در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به زوجین و ارائه جلسات مداخله به صورت فشرده به گروه کنترل بعد از پس‌آزمون و پیگیری از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. این تحقیق از آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. همچنین برای بررسی مقایسه مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از آزمون تعقیبی بن فرونی^۱ و نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۲ (WHOQOL-BRIEF) نسخه کوتاه (۲۰۰۴): این پرسشنامه شامل ۲۶ سوال است ۵ مولفه سلامت جسمی^۳ با سوالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸؛ سلامت روانی^۴ با سوالات ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶؛ رابطه اجتماعی^۵ با سوالات ۲۰، ۲۱ و ۲۲؛ سلامت محیط^۶ با سوالات ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵؛ سلامت عمومی کلی با سوالات ۱ و ۲ را اندازه‌گیری می‌کند (آدارش^۷ و همکاران، ۲۰۲۳). نمره‌گذاری سوالات در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت صورت می‌گیرد (روزن^۸ و همکاران، ۲۰۲۰)، به این صورت که اصلاً ۱ نمره، خیلی کم، ۲ نمره، کم، ۳ نمره، زیاد ۴ نمره و خیلی زیاد ۵ نمره تعلق می‌گیرد (مانچیا^۹ و همکاران، ۲۰۲۲). نقطه برش پرسشنامه نمره ۷۸ و پایین‌تر

^۱ Bonferroni

^۲ World Health Organization Quality of Life-BRIEF (WHOQOL-Brief)

^۳ Physical Health

^۴ Psychological Health

^۵ Social Relations

^۶ Environment Health

^۷ Adarsh

^۸ Rosén

^۹ Manchia

است. سوالات ۳، ۴ و ۲۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (آلمیدا^۱ و همکاران، ۲۰۲۲)، به این صورت که به اصلا ۵ نمره، کم، ۴ نمره، خیلی کم، ۳ نمره، زیاد ۲ نمره و خیلی زیاد ۱ نمره داده می‌شود (مارتینلی^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). در داخل ایران در یک پژوهش برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمده است (صادقی و همکاران، ۱۴۰۰). در پژوهش‌های خارجی پایایی پرسشنامه به روش بازآزمایی پرسشنامه برای مولفه‌های سلامت جسمی ۰/۹۲، سلامت روانی ۰/۸۹، رابطه اجتماعی ۰/۷۸ و سلامت محیط ۰/۷۹ گزارش شده است (گیبونس^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب کل سوالات ۰/۹۱ و برای مولفه‌های آن در دامنه بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۴ به دست آمده است (زیمپل^۴ و همکاران، ۲۰۱۹) و در یک پژوهش دیگر آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شده است (جیا^۵ و همکاران، ۲۰۲۱). در این پژوهش برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب در پیش‌آزمون ۰/۸۲، پس‌آزمون ۰/۹۰ و پیگیری ۰/۸۶ محاسبه و به دست آمد.

جلسات زوج درمانی

جدول ۱. جلسات زوج درمانی هیجان مدار اقتباس از جانسون^۶ (۲۰۱۲) و جلسات زوج درمانی شناختی-رفتاری اقتباس از پژوهش شکراله‌زاده و همکاران (۱۳۹۶)

جلسات زوج درمانی هیجان مدار		
گام	جلسه	محتوای جلسه
گام اول: شناسایی	اول	- معرفی و آشنایی اعضای گروه - بررسی انگیزه و انتظار افراد نمونه از شرکت در جلسات درمانی - ارائه تعریف مفاهیم زوج درمانی هیجان‌مدار، رضایت جنسی، ابرازگری جنسی نسبت به همسر و بررسی نظرات زوجین در مورد این مفاهیم - کشف تعاملات مشکل دار - ارزیابی شیوه برخورد زوجین با مشکلات - کشف موانع دلبستگی و درگیری هیجانی درون فردی و بین فردی - سنجش وضعیت ارتباط زناشویی، رضایت جنسی و کیفیت رابطه جنسی - تکلیف: توجه به حالات هیجانی خوشایند (نشاط، لذت، سرحالی، خوشحالی و غیره) و حالات ناخوشایند (خشم، تنفر، غمگینی، حسادت و اضطراب)

¹ . Almeida

² . Martinelli

³ . Gibbons

⁴ . Zimpel

⁵ . Jia

⁶ . Johnson

دوم	- ارزیابی میزان تعهد نسبت به همسر، روابط فرازناشویی، ترومای دلبستگی شخصی قبلی که در روابط فعلی تاثیرگذار است - ارزیابی میزان ترس زوجین از افشای رازها - تکلیف: توجه به چرخه تعاملات روزمره یکدیگر
سوم	- مشخص کردن الگوهای تعامل شامل پذیرش احساس تصدیق شده - کشف ناایمنی دلبستگی و ترس‌های هر کدام از زوجین - کمک به بازتر بودن و خودافشایی زوجین - ادامه پیوستگی درمان
گام دوم: تغییر	- تکلیف: شناسایی دقیق هیجان، عواطف و احساسات خالص - بازسازی پیوند زوجین شامل روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی - گسترش تجربه هیجانی هر کدام از زوجین در رابطه و پدیداری عناصر جدید در تجربه پذیرش چرخه منفی توسط زوجین - بررسی و تجدید نظر کردن روابط
پنجم	- تکلیف: ابراز هجانات و عواطف خالص (بدون حاشیه) - عمق بخشیدن به درگیری عاطفی زوجین بر مبنای دلبستگی شامل افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی عمق بخشیدن ارتباط شخصی با تجربه هیجانی - بهبود وضعیت درون روانی و بهبود وضعیت تعاملی - تکلیف: ابراز هیجانات و عواطف خالص (بدون حاشیه)
ششم	- گسترده کردن خود در ارتباط با دیگران شامل تعیین تناسب چارچوب بندی درمانگر با تجربه زوجین - عمق بخشیدن به درگیری زوجین - پذیرش بیشتر زوجین از تجربه خود - ارتقای روش‌های جدید تعامل - تمرکز روی خود نه دیگری
هفتم	- تکلیف: شناسایی ترس‌های زیربنایی و ابراز خواسته و آرزوها - فعال سازی شامل بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها - درگیری بیشتر زوج با یکدیگر - روشن سازی خواسته‌ها و آرزوهای زوجین
گام سوم: تثبیت	- تکلیف: مشخص کردن نقاط ضعف و قوت تمرین رابطه - یافتن راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی شامل بازسازی تعاملات، تغییر رفتار همسر آسیب‌رسان، ایجاد هماهنگی در حس درونی نسبت به خود و نیز رابطه، تغییر تعاملات غلبه بر موانع واکنش مثبت
نهم	- تکلیف: کشف راه‌های جدید برای بحث‌ها و مشکلات قدیمی - استفاده از دستاوردهای درمانی در زندگی روزانه شامل درگیری صمیمانه زوج، ماندن بر خط درمان و خارج نشدن از آن، هماهنگی وضعیت‌های جدید که زوج ایجاد کرده‌اند، شناسایی و حمایت از الگوهای سازنده تعاملی و ایجاد دلبستگی ایمن
دهم	- تکلیف: اجرای تکنیک‌ها در محیط روزمره - اختتام شامل تسهیل اختتام جلسات - حفظ تغییر تعاملات در آینده

- تعیین تفاوت بین الگوی تعامل منفی گذشته در جلسات اولیه و اکنون - حفظ درگیری هیجانی به منظور ادامه قوی کردن پیوند بین آنها.	
جلسات زوج درمانی شناختی-رفتاری	
جلسه	هدف و محتوی جلسات
۱	در این جلسه اعضای گروه با هم دیگر آشنا شدند، یک جو دوستانه فراهم شد. همچنین پژوهشگر خود را معرفی و چند و چون کار و اهداف جلسه‌ها را بیان کرد؛ هدف از اجرای پژوهش بیان شد و تعداد جلسات و مدت هر جلسه و همچنین زمان بندی جلسات بیان شد.
۲	در این جلسه نخست زوجین به بیان مشکلات در زندگی مشترک خود پرداختند. هر یک از زوجین مشکلاتی را که مایه کشمکش و تعارض در خانواده می‌شد را بیان کرد و پس از بیان مشکلات، درمانگر با همکاری زوجین به بررسی و اولویت بندی مشکلات مطرح شده پرداخته شد.
۳	روش‌های حل مسئله به زوجین گروه آموزش داده شد. زوجین آموختند به جای سکوت و یا داد و فریاد و به طور کلی استفاده از راهبردهای هیجانی و یا کناره‌گیری از مسائل به شیوه‌های شناختی مسائل را حل کنند.
۴	زوج درمانگر به زوجین مهارت‌های میان فردی سازگارانه را خواهند داد. زوجین آموختند در موقعیت‌های فردی ناخوشایند و اضطراب آور چگونه رفتار نمایند.
۵	در این جلسه نخست تعریف روشنی از تنیدگی برای زوجین ارائه شد. سپس مهارت‌های رویارویی با تنیدگی برای زوجین توضیح داده شد. زوجین مهارت رویارویی با تنیدگی یعنی همان موضع‌گیری در خور در موقعیت‌های تنش آور را خواند آموخت. در بخش دوم این جلسه درمانگر به زوجین روش‌های تنش‌زدایی را آموزش داد.
۶	در این جلسه درمانگر به زوجین جرأت ورزی یا همان قاطعیت در رفتار را آموزش داد که در برگزیده سه مؤلفه قاطعیت در سخن، رد قاطعانه درخواست‌های نابجا و قاطعیت خواهد بود و در دنباله شیوه‌های نامناسب رفتار قاطعانه به اعضای گروه آموزش داده شد.
۷	در این جلسه کوشش شد تا بازسازی شناختی برای زوجین صورت بپذیرد. در بازسازی شناختی باورها، تعبیرها و تفسیرها، خودگویی‌های فرد و فرآیندهای شناختی تحریف شده مورد مداخله نهاده شد. در این جلسه درمانگر سعی در شناسایی تحریف‌های شناختی ناکارآمد و همچنین آموزش تفکر منطقی تر و سازش یافته تر را به زن و شوهران داشت.
۸	محور اصلی این جلسه پیرامون مثبت اندیشی بود. در این جلسه به زوجین آموزش داده شد که در موقعیت‌های پیچیده و یا موقعیت‌هایی که می‌توانند به تنش و تعارض‌های زناشویی کشیده شوند، به مثبت اندیشی بپردازند و مسائل مشترک زندگی را به شیوه مثبت نگاه کنند تا از بروز بسیاری از تعارض‌های جلوگیری کنند.
۹	زوج درمانگر به زوجین مهارت‌های ارتباطی با تأکید بر دو اصل شامل؛ ۱- مهارت بر گویندگی کار آمد ۲- آموزش مهارت شنونده فعال بودن را آموزش داد. در بخش دوم جلسه درمانگر به آموزش مهارت همدلی پرداخت. در همدلی فرد از طریق ادراک واکنش‌های دیگران از خود پاسخ‌های عاطفی نشان داد.
۱۰	زوج درمانگر به اصول شناختی- رفتاری در مهار خشم پرداخت. در این جلسه کوشش شد تا موقعیت‌های خشم برانگیز در زندگی مشترک به روشنی مشخص شوند و سپس باورهای افراد در مورد موقعیت‌هایی که در زندگی مشترک منجر به خشم می‌شود را تغییر داده شد. در نهایت بعد از یک جمع‌بندی اختتامیه جلسات اعلام شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج میانگین و انحراف معیار سن گروه هیجان مدار به ترتیب $36/30$ و $4/714$ ؛ گروه شناختی- رفتاری $36/97$ و $4/422$ و گروه کنترل $37/90$ و $3/899$ بود. میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=1/022$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($\text{sig}=0/364$) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر سن می‌باشد. میزان آماره تحلیل خی دو (Chi-Square) آمده حاصل از مقایسه میانگین سنی ۳ گروه در متغیر تحصیلات برابر با $\text{Chi-Square}=4/294$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($\text{sig}=0/830$) که نشان دهنده همتا بودن سه گروه از نظر تحصیلات می‌باشد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی زوجین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

متغیرهای وابسته	مرحله	میانگین				انحراف معیار			
		هیجان مدار		شناختی		هیجان مدار		شناختی	
		مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
سلامت جسمانی	پیش‌آزمون	21/40	21/47	21/47	21/40	0/127	0/127	1/06	0/910
	پس‌آزمون	25/27	23/80	23/43	21/47	1/335	0/926	2/334	0/900
	پیگیری	25/17	23/80	23/67	21/43	1/335	1/100	2/451	0/901
سلامت روانی	پیش‌آزمون	18/07	17/93	18/07	17/87	0/961	0/915	0/884	1/060
	پس‌آزمون	20/83	20/07	19/93	18/33	0/799	0/561	1/335	0/816
	پیگیری	20/83	21/13	19/93	18/40	0/799	0/516	1/335	0/818
رابطه اجتماعی	پیش‌آزمون	8/33	8/07	8/13	8/07	0/734	0/704	0/001	0/990
	پس‌آزمون	11/33	11/00	11/13	11/07	0/734	0/516	0/990	0/514
	پیگیری	11/33	11/07	11/13	11/07	0/734	0/704	0/001	0/990

جدول ۲- نتایج توصیفی کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش (زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری) و گروه کنترل به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در زوجین را نشان می‌دهد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ

آماري معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس آمیخته استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ($P > 0/05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماري معنی‌دار نبود ($P > 0/05$) و بدین ترتیب پیش فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش فرض نیز رعایت شده است ($P > 0/05$). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش آزمون بزرگتر از $0/05$ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون^۱ بود. با توجه به اینکه پیش فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس آمیخته رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی برای کیفیت زندگی برابر $0/001$ به دست آمده است. در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس‌ها حاصل نشد و تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته است. در نتیجه از آزمون گرین هاوس-گیرز برای بررسی اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی مداخلات درمانی استفاده شد که نتایج در جدول ۳- آمده است.

جدول ۳. نتایج اثرات درون گروهی و بین گروهی کیفیت زندگی بر اساس زمان، گروه، جنسیت و تعامل آنها

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
سلامت جسمانی	زمان	۱۲۵/۰۰۹	۰/۰۰۱	۰/۵۹۸	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۳۵/۵۶۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵۹	۰/۹۹۹
	زمان×جنسیت	۰/۰۷۰	۰/۷۹۶	۰/۰۰۱	۰/۰۵۸
	زمان×گروه×جنسیت	۰/۰۰۴	۰/۹۹۷	۰/۰۰۱	۰/۰۵۱
سلامت روانی	گروه	۳۱/۱۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۲۶	۰/۹۹۹
	جنسیت	۰/۰۸۱	۰/۷۷۷	۰/۰۰۱	۰/۰۵۹
	گروه×جنسیت	۰/۱۷۶	۰/۸۳۹	۰/۰۰۴	۰/۰۷۶
	زمان	۲۴۶/۰۴۰	۰/۰۰۱	۰/۷۴۵	۰/۹۹۹
سلامت روانی	زمان×گروه	۶۱/۱۷۹	۰/۰۰۱	۰/۵۹۳	۰/۹۹۹
	زمان×جنسیت	۰/۰۳۴	۰/۸۶۶	۰/۰۰۱	۰/۰۵۴
	زمان×گروه×جنسیت	۰/۷۴۶	۰/۴۸۳	۰/۰۱۷	۰/۱۷۶
	گروه	۳۸/۴۵۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷۸	۰/۹۹۹
بین گروهی	جنسیت	۰/۰۶۳	۰/۸۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۵۷

^۱ Homogeneity Of Regression

۰/۲۹۹	۰/۰۳۳	۰/۲۴۴	۱/۴۳۳	گروه×جنسیت		
۰/۹۹۹	۰/۶۸۳	۰/۰۰۱	۱۸۱/۰۷۸	زمان		
۰/۹۹۹	۰/۴۸۶	۰/۰۰۱	۳۹/۶۸۲	زمان×گروه	درون گروهی	
۰/۲۷۵	۰/۰۲۰	۰/۱۹۲	۱/۷۲۶	زمان×جنسیت		
۰/۱۱۲	۰/۰۰۹	۰/۷۰۷	۰/۳۷۸	زمان×گروه×جنسیت		رابطه اجتماعی
۰/۹۹۹	۰/۴۳۵	۰/۰۰۱	۳۲/۷۳۶	گروه		
۰/۵۷۷	۰/۰۵۴	۰/۰۳۲	۴/۷۵۱	جنسیت	بین گروهی	
۰/۲۲۴	۰/۰۲۴	۰/۳۶۲	۱/۰۲۹	گروه×جنسیت		
۰/۹۹۹	۰/۵۷۹	۰/۰۰۱	۱۱۵/۵۷۳	زمان		
۰/۹۹۹	۰/۳۶۶	۰/۰۰۱	۲۴/۲۲۶	زمان×گروه	درون گروهی	
۰/۰۶۷	۰/۰۰۲	۰/۷۱۶	۰/۱۵۰	زمان×جنسیت		
۰/۰۷۱	۰/۰۰۳	۰/۸۸۴	۰/۱۳۸	زمان×گروه×جنسیت		سلامت محیط
۰/۸۹۷	۰/۱۳۴	۰/۰۰۲	۶/۴۸۸	گروه		
۰/۰۷۵	۰/۰۰۳	۰/۶۴۲	۰/۲۱۸	جنسیت	بین گروهی	
۰/۸۱	۰/۰۰۵	۰/۸۱۵	۰/۲۰۶	گروه×جنسیت		
۰/۹۹۹	۰/۵۹۹	۰/۰۰۱	۱۲۵/۶۶۲	زمان		
۰/۹۹۹	۰/۳۸۹	۰/۰۰۱	۲۶/۷۸۲	زمان×گروه	درون گروهی	
۰/۴۹۴	۰/۰۴۱	۰/۰۵۶	۳/۶۲۵	زمان×جنسیت		
۰/۲۸۸	۰/۰۳۰	۰/۲۸۱	۱/۲۹۱	زمان×گروه×جنسیت		سلامت عمومی کلی
۰/۹۹۹	۰/۳۰۵	۰/۰۰۱	۱۸/۴۲۳	گروه		
۰/۱۱۲	۰/۰۰۶	۰/۴۶۶	۰/۵۳۷	جنسیت	بین گروهی	
۰/۶۴۶	۰/۰۷۸	۰/۰۳۳	۳/۵۵۲	گروه×جنسیت		
۰/۹۹۹	۰/۸۴۲	۰/۰۰۱	۴۴۶/۷۸۴	زمان		
۰/۹۹۹	۰/۷۱۵	۰/۰۰۱	۱۰۵/۶۱۷	زمان×گروه	درون گروهی	
۰/۱۷۴	۰/۰۱۲	۰/۳۱۶	۱/۰۳۳	زمان×جنسیت		
۰/۰۷۸	۰/۰۰۴	۰/۸۴۲	۰/۱۸۴	زمان×گروه×جنسیت		نمره کل کیفیت زندگی
۰/۹۹۹	۰/۶۶۶	۰/۰۰۱	۸۴/۵۳۶	گروه		
۰/۰۶۸	۰/۰۰۲	۰/۶۸۸	۰/۱۶۲	جنسیت	بین گروهی	
۰/۰۷۸	۰/۰۰۴	۰/۸۳۲	۰/۱۸۵	گروه×جنسیت		

نتایج جدول ۳- نشان داد زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی معنادار است. همچنین عامل جنسیت معنادار نبودند نشان دهنده اثربخش بودن زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری به یک اندازه بر کیفیت زندگی زنان و مردان (زوجین) است. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در نمرات کیفیت زندگی در جدول ۴- آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی کیفیت زندگی برای بررسی ماندگاری نتایج درمانی

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
سلامت جسمانی	پیش آزمون	۲۱/۳۶۷	پیش آزمون-پس آزمون	-۲/۰۶۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲۳/۴۳۳	پیش آزمون-پیگیری	-۲/۰۳۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۳/۴۰۰	پس آزمون-پیگیری	۰/۰۳۳	۰/۲۶۱
سلامت روانی	پیش آزمون	۱۸/۰۵۶	پیش آزمون-پس آزمون	-۱/۶۴۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۹/۷۰۰	پیش آزمون-پیگیری	-۱/۶۳۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۹/۶۸۹	پس آزمون-پیگیری	۰/۰۱۱	۰/۹۹۹
رابطه اجتماعی	پیش آزمون	۸/۰۴۴	پیش آزمون-پس آزمون	-۰/۹۷۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۹/۰۲۲	پیش آزمون-پیگیری	-۰/۹۶۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۹/۰۱۱	پس آزمون-پیگیری	۰/۰۱۱	۰/۹۹۹
سلامت محیط	پیش آزمون	۲۱/۱۵۶	پیش آزمون-پس آزمون	-۱/۳۶۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲۲/۵۲۲	پیش آزمون-پیگیری	-۱/۳۲۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۲/۴۷۸	پس آزمون-پیگیری	۰/۰۴۴	۰/۳۰۶
سلامت عمومی کلی	پیش آزمون	۴/۵۴۴	پیش آزمون-پس آزمون	-۱/۰۴۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۵/۵۸۹	پیش آزمون-پیگیری	-۱/۰۱۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	۵/۵۵۶	پس آزمون-پیگیری	۰/۰۳۳	۰/۵۳۱
نمره کل کیفیت زندگی	پیش آزمون	۷۳/۱۶۷	پیش آزمون-پس آزمون	۷/۱۰۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۸۰/۲۶۷	پیش آزمون-پیگیری	-۶/۹۶۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۸۰/۱۳۳	پس آزمون-پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۰۸۶

همان طور که جدول ۴- نشان می دهد تفاوت میانگین پیش آزمون با پس آزمون (اثر مداخله) و تفاوت میانگین پیش آزمون با پیگیری (اثر زمان) بیشتر و معنادارتر از تفاوت میانگین پس آزمون و پیگیری (اثر ثبات مداخله) است که این نشان دهنده آن است که زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی- رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. همچنین از آنجایی که نتایج به دست آمده مشخص نکرده است که تاثیر ایجاد شده در مرحله پس آزمون و پیگیری مربوط به کدام روش درمانی بوده است یا اینکه کدام روش درمانی اثربخش تر بوده است. لذا در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی- رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی از آزمون تعقیبی بن فرونی (برای مقایسه اثربخشی گروه های مداخله) استفاده شده است که نتایج در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی کیفیت زندگی برای بررسی درمان اثربخش تر

متغیرهای وابسته	گروه	میانگین تعدیل کننده	گروه‌های مداخله	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
سلامت جسمانی	هیجان مدار	۲۳/۸۴۴	هیجان مدار	شناختی-رفتاری	۰/۸۵۶	۰/۰۲۶
	شناختی-رفتاری	۲۲/۹۸۹	هیجان مدار	گروه کنترل	۲/۴۷۸	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۱/۳۶۷	شناختی-رفتاری	گروه کنترل	۱/۶۳۲	۰/۰۰۱
سلامت روانی	هیجان مدار	۲۰/۰۰۰	هیجان مدار	شناختی-رفتاری	۰/۶۷۸	۰/۰۰۷
	شناختی-رفتاری	۱۹/۳۲۲	هیجان مدار	گروه کنترل	۱/۸۷۸	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۸/۱۲۲	شناختی-رفتاری	گروه کنترل	۱/۲۰۰	۰/۰۰۱
رابطه اجتماعی	هیجان مدار	۹/۲۵۶	هیجان مدار	شناختی-رفتاری	۰/۳۵۶	۰/۱۲۱
	شناختی-رفتاری	۸/۹۰۰	هیجان مدار	گروه کنترل	۱/۳۳۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۷/۹۲۲	شناختی-رفتاری	گروه کنترل	۰/۹۷۸	۰/۰۰۱
سلامت محیط	هیجان مدار	۲۲/۴۴۴	هیجان مدار	شناختی-رفتاری	۰/۱۴۴	۰/۹۹۹
	شناختی-رفتاری	۲۲/۳۰۰	هیجان مدار	گروه کنترل	۱/۰۳۳	۰/۰۰۴
	کنترل	۲۱/۴۱۱	شناختی-رفتاری	گروه کنترل	۰/۸۸۹	۰/۰۱۶
سلامت عمومی کلی	هیجان مدار	۵/۵۴۴	هیجان مدار	شناختی-رفتاری	۰/۰۲۲	۰/۹۹۹
	شناختی-رفتاری	۵/۵۲۲	هیجان مدار	گروه کنترل	۰/۹۲۲	۰/۰۰۱
	کنترل	۴/۶۲۲	شناختی-رفتاری	گروه کنترل	۰/۹۰۰	۰/۰۰۱
نمره کل کیفیت زندگی	هیجان مدار	۸۱/۰۸۹	هیجان مدار	شناختی-رفتاری	۲/۰۵۶	۰/۰۰۳
	شناختی-رفتاری	۷۹/۰۳۳	هیجان مدار	گروه کنترل	۷/۶۴۴	۰/۰۰۱
	کنترل	۷۳/۴۴۴	شناختی-رفتاری	گروه کنترل	۵/۵۸۹	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵- نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه زوج درمانی هیجان مدار با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین زوج درمانی شناختی-رفتاری با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که زوج درمانی هیجان مدار اثربخشی بیشتری نسبت به زوج درمانی شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی زوجین بود. نتایج نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج گریمن و جانسون (۲۰۲۲)، مارن و همکاران (۲۰۲۲) و ستوده ناورودی و همکاران (۱۳۹۹) همسویی و همخوانی داشته باشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان

گفت که زوج درمانی هیجان مدار به زوجین کمک می کند با توجه به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی، به نظم دهی هیجانی بپردازند. در واقع زوجینی که کیفیت زندگی زناشویی ضعیفی دارند در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش، و نظم دهی هیجان ها با مشکلاتی مواجه بوده و در تمایز هیجانات درونی از احساسات بدنی، دچار مشکل هستند. نتیجه اینکه زوجینی که کیفیت زندگی زناشویی پایین تری دارند، اغلب در جریان آشفتگی های هیجانی خاصی وارد درمان می شوند و سطوح پایینی از صمیمیت و احساسی در آمیخته با منفی بودن نسبت به طرف مقابل را گزارش می کنند و بارها تلاش های آنها در احیای صمیمیت با شکست مواجه شده است و با شیوه های محدود شده ای مانند اجتناب و کناره گیری، سرزنش و انتقاد، دفاعی بودن و چرخه های دفاعی با هم ارتباط برقرار می کنند. بنابراین در فرایند زوج درمانی هیجان مدار، زوج درمانگر به از بین بردن این احساس ناامنی اقدام می کند و در نتیجه وقتی زوج درمانگر چرخه تعاملی منفی نمایانگر دلبستگی ناایمن را شناسایی می کند، هیجان های همراه با این چرخه ها نیز توسط زوجین شناسایی می شوند. افزون بر این در فرایند زوج درمانی هیجان مدار، زوجین این چرخه ها را مجدداً بر اساس ابراز نیازهای نهفته دلبستگی، تنظیم می کنند و در چرخه درمان، زوجین می توانند با استفاده از چرخه های جدید، نیازهای خود را به راحتی ابراز کنند و نیازهای دلبستگی همسر خود را بپذیرند که این موضوع باعث کاهش مشکلات هیجانی و بهبود کیفیت زندگی زناشویی در آنان می شود. لذا منطقی است که گفته شود زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود کیفیت زندگی زوجین موثر و اثربخش است.

همچنین نتایج نشان داد که زوج درمانی شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. این نتیجه به دست آمده می تواند با نتایج آجری و همکاران (۱۴۰۰)، حاجلو و همکاران (۴۰۰)، برهانی کاخکی (۱۴۰۰) و کمر و همکاران (۲۰۲۳) همسویی داشته باشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می توان گفت که زوج درمانی شناختی-رفتاری یکی از رویکردهای زوج درمانی است که بر پایه اصول یادگیری و شناختی استوار است که در آن بر آنچه اعضای خانواده می اندیشند و نیز چگونگی رفتار کردن آنها تاکید می شود. از آنجایی که اصل بنیادین زوج درمانی شناختی-رفتاری بر این پایه استوار است که کنش ها و رفتارهای فرد تا اندازه زیادی به چگونگی تغییر او از جهان هستی بستگی دارد، در این رویکرد تفسیرهای زوجین را از موقعیت های تعارض برانگیز منحرف و یا به شکل مثبت تغییر می دهند و برآیند اینکه از تراز تعارض و بی رمقی زناشویی کاسته می شود (آجری و همکاران، ۱۴۰۰). همچنین می توان گفت که زوج درمانی شناختی-رفتاری موجب بهبود مهارت های رفتاری زوجین می گردد و به این ترتیب به مبادله رفتارهای مثبت و خوشایند و کاهش رفتارهای منفی و انزوا از یکدیگر منجر می شود. بنابراین تقویت مهارت های ارتباطی مانند مهارت های کلامی و غیر کلامی باعث افزایش خودباوری مثبت و افزایش صمیمیت بین زوجین شده و خستگی ناشی از مشکلات زناشویی را در روابط بین زوجین کاهش می دهد. لذا زوجینی که مشکلات کمتری در زندگی

زناشویی تجربه کنند و صمیمیت بیشتری در روابط بین خود تجربه کنند، کیفیت زندگی زناشویی آنها نیز بهبود پیدا می‌کند. لذا منطقی است که گفته شود زوج درمانی شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی زوجین موثر است.

در نهایت نتایج نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار اثربخشی بیشتری نسبت به زوج درمانی شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی دارد. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج گریم و جانسون (۲۰۲۲)، مارن و همکاران (۲۰۲۲) و ستوده ناورودی و همکاران (۱۳۹۹) همسویی داشته باشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که در رویکرد هیجان مدار بر هیجان‌های تجربه شده، نیازهای دلبستگی و عواطف همراه بر دلبستگی تاکید می‌شود. دلیل اثربخش‌تر بودن زوج درمانی هیجان مدار این است که این روش زوج درمانی به دنبال تغییر رفتارهای مرتبط با دلبستگی است و از طریق ارائه راهکارهایی برای افزایش ایمنی دلبستگی و کاهش ناایمنی دلبستگی به دنبال بهبود روابط زوجین می‌باشد. همچنین این دیدگاه تعارضات و آشفتگی‌های ارتباطی را نتیجه شکست زوجین برای در میان گذاشتن هیجان و کنار آمدن با احساس ناایمنی می‌داند که به چرخه‌های تعاملی منفی منجر می‌شود. بنابراین هدف این روش کمک به زوجین در دستیابی به هیجان‌های نهفته و تسهیل تعاملات مثبتی است که در دسترس بودن و اعتماد بین زوجین را افزایش می‌دهد. به عبارت دیگر روش زوج درمانی هیجان‌مدار با آشکارسازی هیجان-های منفی، افزایش تعاملات مثبت و شکستن چرخه‌های منفی تعامل باعث ارتقای روابط زوجین می‌شود. وقتی زوجین تعاملات مثبتی در زندگی زناشویی خود داشته باشند از نظر روابط زناشویی و تعاملات بین همدیگر، کیفیت زندگی بیشتری را تجربه می‌کنند. لذا منطقی است که گفته شود بین اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی زوجین تفاوت وجود دارد و زوج درمانی هیجان اثربخشی بیشتری نسبت به زوج درمانی شناختی-رفتاری دارد.

از آنجایی که این پژوهش تنها بر روی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر کرمانشاه صورت گرفته است، در تعمیم نتایج این پژوهش به زوجین سایر شهرها به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، قومی و اجتماعی اشاره باید احتیاط لازم توسط پژوهشگران و استفاده کنندگان از نتایج این پژوهش صورت گیرد. محدود بودن ابزار جمع‌آوری داده به پرسشنامه و عدم استفاده از سایر ابزار اندازه‌گیری از دیگر محدودیت‌ها و مشکلات این پژوهش است. چرا که این احتمال وجود دارد که در پاسخ زوجین سوگیری وجود داشته باشد و به سوالات پاسخ‌های جامعه پسند داده باشند. پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی زوجین اجرا شود تا نتایج پژوهش‌های انجام شده با هم قابل مقایسه باشد و به بتوان رفع محدودیت این پژوهش کمک کرد. اقدام به پژوهش‌های کاربردی با موضوعاتی مشابه در زمینه اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش سایر مشکلات زوجین

مانند ناسازگاری زناشویی، تقاضای طلاق، مدیریت تعارضات و غیره صورت گیرد. انجام پژوهش‌های در مورد مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری با سایر روش‌های زوج درمانی مانند زوج درمانی سیستمی تلفیقی، زوج درمانی پذیرش-تعهد و غیره می‌تواند نتایج مهمی را برای شناخت درمان‌ها و مداخلات مهم برای بهبود مشکلات زناشویی و جنسی در زوجین دست پیدا کرد. مرحله پیگیری در این پژوهش ۲ ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم و ماندگاری زوج درمانی هیجان‌مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر روی زوجین پرداخته شود. نتایج نشان داد که، بین اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی زوجین تفاوت وجود دارد و زوج درمانی هیجان اثربخشی بیشتری نسبت به زوج درمانی شناختی-رفتاری دارد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را در زمینه اثربخش بودن زوج درمانی هیجان‌مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری را تأیید کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر با توجه به اثربخش‌تر بودن زوج درمانی هیجان‌مدار می‌تواند برای تدوین برنامه‌های درمانی خانواده محور در مراکز مشاوره و مراکز زوج درمانی مورد استفاده قرار گیرد. در این راستا پیشنهاد می‌شود که در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی با برگزاری کارگاه‌های روانشناختی با تأکید بر زوج درمانی هیجان‌مدار به تحکیم بنیان خانواده و کاهش مشکلات زوجین کمک کنند. نتایج نشان داد که، بین اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی زوجین تفاوت وجود دارد و زوج درمانی هیجان اثربخشی بیشتری نسبت به زوج درمانی شناختی-رفتاری دارد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود، روانشناسان، مشاوران بالینی و درمانگران خانواده هم در برنامه‌های پیش ازدواج و هم در مداخلات پس از ازدواج به زوجین در معرض آسیب ناشی از مشکلات خانوادگی و زناشویی به زوج درمانی هیجان‌مدار توجه ویژه‌ای کنند؛ چرا که این درمان‌ها و مداخلات روانشناختی دارای هزینه‌های کمی بوده و اقتصادی هستند و می‌توانند زوجین دارای مشکلات زناشویی را توانمند کنند تا بهتر با مشکلات زناشویی خود کنار آیند.

تعارض منافع

«نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی ندارند.»

Reference

- Adarsh, T., Likhith, C. S., & Khan, N. A. (2023). *Are we Really Improving the Quality of Life after Hemiarthroplasty of the Hip in the Elderly? An Observational Study*. Journal of Orthopaedics, Traumatology and Rehabilitation, 15(1), 63-67.
- Ajari, M., Amiri, H., Houseini, S. S., & Afsharinia, K. (2021). *The Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Couple Therapy in Improving the Quality of Marital Relationships, Marital Intimacy, and Marital Depression of Women Affected by Infidelity*. Journal of Applied Family Therapy, 2(4), 52-70 (In Persian).
- Allen, S., Hawkins, A. J., Harris, S. M., Roberts, K., Hubbard, A., & Doman, M. (2022). *Day-to-day changes and longer-term adjustments to divorce ideation: Marital commitment uncertainty processes over time*. Family Relations, 71(2), 611-629.
- Almeida, I. D. S., Andrade, L. D. S., Sousa, A. M. M. D., Junior, G. C., Catai, A. M., Mota, Y. L., & Durigan, J. L. Q. (2022). *Is the Combination of Aerobic Exercise with Mat Pilates Better than Mat Pilates Training Alone on Autonomic Modulation Related to Functional Outcomes in Hypertensive Women? Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(17), 1-10.
- Berhani Kakhaki, M., Narimani, M., & MusaZadeh, T (2022). *Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and life skills training to increase marital satisfaction of couples in unreconciled divorce applicants*. The Islamic Journal Of Women and The Family, 9(2), 61-82 (In Persian).
- Bodenmann, G., Kessler, M., Kuhn, R., Hocker, L., & Randall, A. K. (2020). *Cognitive-Behavioral and Emotion-Focused Couple Therapy: Similarities and Differences*. Clinical Psychology in Europe, 2(3), 1-12.
- Brandão, T., Brites, R., Hipólito, J., Pires, M., & Nunes, O. (2019). *Dyadic coping, marital adjustment and quality of life in couples during pregnancy: an actor-partner approach*. Journal of reproductive and infant psychology, 1-11.
- Catino, M., Rocchi, S., & Marzetti, G. V. (2022). *The network of interfamily marriages in 'Ndrangheta*. Social Networks, 68(1), 318-329.

- Dew, J., Trujillo, S., & Saxey, M. (2022). *Predicting marital financial deception in a national sample: A person-centered approach*. Family Relations, 1(2), 1-10.
- Dollahite, D. C., Marks, L. D., & Wurm, G. J. (2019). *Generative devotion: A theory of sacred relational care in families of faith*. Journal of Family Theory & Review, 11(3), 429-448.
- Gibbons, C. J., Skevington, S. M., & WHOQOL Group. (2018). *Adjusting for cross-cultural differences in computer-adaptive tests of quality of life*. Quality of Life Research, 27(4), 1027-1039.
- Greenman, P. S., & Johnson, S. M. (2022). *Emotionally focused therapy: Attachment, connection, and health*. Current Opinion in Psychology, 43, 146-150.
- Hajloo, N., Pourabdol, S., Saravani, S., Sobhi Gharamaleki, N., & mousavi, B. (2021). *The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Couple Therapy on Components Social Well-being in Couples with Marital Conflict*. Clinical Psychology Studies, 12(45), 113-137 (In Persian).
- Hamilton, M. A. X. (1967). *Development of a rating scale for primary depressive illness*. British journal of social and clinical psychology, 6(4), 278-296.
- Harasymchuk, C., Peetz, J., Fehr, B., & Chowdhury, S. (2021). *Worn out relationship? The role of expectations in judgments of relational boredom*. Personal Relationships, 28(1), 80-98.
- Hatami, N., Heydari, H., & Davoodi, H. (2021). *Effectiveness of Emotionally-Focused Couple Therapy on the Marital Burnout and Divorce Inclination in the Couples Applying for Divorce*. Women Studies, 12(35), 23-40 (In Persian).
- Jenkins, A. I., Fredman, S. J., Le, Y., Mogle, J. A., & McHale, S. M. (2022). *Religious Coping and Gender Moderate Trajectories of Marital Love among Black Couples*. Family process, 61(1), 312-325.
- Jia, Y., Shi, J., Sznajder, K. K., Yang, F., Cui, C., Zhang, W., & Yang, X. (2021). *Positive effects of resilience and self-efficacy on World Health Organization Quality of Life Instrument score among caregivers of stroke inpatients in China*. Psychogeriatrics, 21(1), 89-99.
- Johnson, S. M. (2012). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. Routledge.
- Kemerer, B. M., Zdaniuk, B., Higano, C. S., Bossio, J. A., Camara Bicalho Santos, R., Flannigan, R., & Brotto, L. A. (2023). *A randomized comparison of group mindfulness and group cognitive behavioral therapy*

- vs control for couples after prostate cancer with sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 1-10.
- Lu, F., Huang, X., Xu, E., Chung, C. N., & He, X. (2022). *Instrumental love: Political marriage and family firm growth*. *Management and Organization Review*, 18(2), 279-318.
- Manchia, M., Isayeva, U., Collu, R., Primavera, D., Deriu, L., Caboni, E., ... & Carpiniello, B. (2022). *Converging Evidence Points to BDNF as Biomarker of Depressive Symptoms in Schizophrenia-Spectrum Disorders*. *Brain Sciences*, 12(12), 1-10.
- Marren, C., Mikoška, P., O'Brien, S., & Timulak, L. (2022). *A qualitative meta-analysis of the clients' experiences of emotion-focused therapy*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(5), 1611-1625.
- Martinelli, A., Killaspy, H., Zarbo, C., Agosta, S., Casiraghi, L., Zamparini, M., & Ruggeri, M. (2022). *Quality of residential facilities in Italy: satisfaction and quality of life of residents with schizophrenia spectrum disorders*. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-13.
- Oppermann, P. D. O., Rabaioli, L., Feijó, C., Pilati, N. P., Hrisomalos, E. N., Migliavacca, R. D. O., & Lavinsky-Wolff, M. (2022). *Overall quality of life impact on candidates for septorhinoplasty according to the World Health Organization quality of life brief questionnaire (WHOQOL-Brief)*. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 88(1), 570-575.
- Rosén, H., Ahlström, G., & Lexén, A. (2020). *Psychometric properties of the WHOQOL-BREF among next of kin to older persons in nursing homes*. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 1-10.
- Sadeghi R, Sodani M, Gholamzadeh Jofreh M. (2022). *The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Negative Emotions and Improving Quality of Life in Substance-Dependent Individuals*. *Etiadpajohi*, 15 (62), 61-84. [In Persian]
- Saffarinia, M, Adabdoost, F., Shahandeh, M., & Zare, H. (2022). *Predicting marital boredom based on social comparison and couple exchange style*. *Rooyesh*, 11 (2), 85-94 (In Persian).
- Siljander, E., Luoma, M. L., & Meriläinen-Porras, S. (2015). *Validity and reliability of Finnish version of WHOQOL-Bref on adult population in Finland*. *International Journal of Happiness and Development*, 2(1), 52-68.
- Sotoodeh Navroodi, S.O., Nicknam, M., Fatahi Andabil, A. (2020). *Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy on Cohesion,*

- Adaptability, Emotional Intimacy and Quality of Communication in the Parents after the Birth of the First Child.* J Child Ment Health, 7(3), 1-13 (In Persian).
- Wang, H., Xu, C., & Fan, X. (2019). *Effect of marital relationship on women's quality of life: Testing the mediating role of subjective well-being.* Journal of community psychology, 47(2), 327-337.
- World Health Organization. (2004). *The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF (No. WHO/HIS/HSI Rev. 2012.02).* World Health Organization.
- Zimpel, R. R., Panzini, R. G., Bandeira, D. R., Fleck, M. P., & da Rocha, N. S. (2019). *Psychometric properties of the WHOQOL-SRPB BREF, Brazilian Portuguese version.* Brazilian Journal of Psychiatry, 41(5), 411-418.

The Comparing Effectiveness of Emotion-Focused Couple Therapy and Cognitive Behavioral Couple Therapy on Improving Quality of Life of Couples

Mehdi Bahrami Moqadam^۱Karim Afshariniya^۲Keivan Kakabraee^۳

Abstract

The purpose of this study was to comparing effectiveness of emotion-focused couple therapy and cognitive behavioral couple therapy on improving quality of life of couples. This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and follow-up 2 month. The statistical population of this research was all the couples who referred to counseling centers and psychological services in Kermanshah city in 1400. In the first stage, using convenience sampling method, 45 couples were selected and then randomly divided into 3 groups (each group 15 couples) were replaced and experimental groups underwent emotion-focused couple therapy (10 sessions 90 minutes) and cognitive behavioral couple therapy (10 sessions 90 minutes), but the control group received no training and remained in the waiting list. To collect data quality of life-BRIEF of World Health Organization (2004). Analysis of variance with repeated measures with SPSS software was used for data analysis The results showed that both interventions had a significant effect on on improving quality of life of couples ($P<0.05$). In addition, the results of Bonferroni post hoc test showed that emotion-focused couple therapy is more effective in improving quality of life ($P<0.05$). Based on the results of the present study, it can be said that emotion-focused couple therapy and cognitive behavioral couple therapy can be used as a treatment method to on improving quality of life of couples in counseling centers and family psychological services.

Keyword: Cognitive Behavioral Couple Therapy, Emotion-Focused Couple Therapy, Quality of Life.

1 .PhD Student Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

2Assistant Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran (Corresponding Author). k.afsharineya@iauksh.ac.ir

³ Associate Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.