

بررسی اثربخشی زوج درمانی متمرکز بر هیجان، سازگاری زناشویی،  
صمیمیت و بخشایش فرزندان شاهد متأهل

استاد راهنما : دکتر جواد ملازاده

اساتید مشاور: دکتر محمد رضا تقوی و دکتر حبیب هادیانفرد

دانشجو : آزاده سلطانی

سال اجرا : 1388

## چکیده

در پژوهش حاضر به بررسی اثر بخشی زوج درمانی هیجان مدار (EFCT) بر سازگاری زناشویی، صمیمیت و بخشایش زوجین پرداخته شد. این تحقیق از نوع نیمه تجربی همراه با پیش آزمون، پس آزمون با گروه گواه می باشد. بدین منظور تعداد 20 زوج (40 نفر) از فرزندان شاهد متأهل شهر شیراز که دارای تعارضات زناشویی بودند بوسیله سرند کردن در مرکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران استان فارس، با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. از این تعداد 10 زوج در گروه آزمایشی و 10 زوج در گروه کنترل به طور تصادفی جایگزین شدند. تمام این افراد پرسشنامه سازگاری زناشویی (DAS)، پرسشنامه نیازهای صمیمیت و همچنین پرسشنامه بخشایش را تکمیل کردند. یک هفته بعد، جلسات درمانی بر روی گروه آزمایشی اجرا شد. زوجین گروه آزمایش در 8 تا 10 جلسه درمان 2 ساعته EFCT شرکت کردند. در حین اجرای تحقیق 4 زوج از گروه آزمایش و 7 زوج در گروه کنترل، یک هفته پس از خاتمه جلسات درمانی، مجدداً پرسشنامه های مذکور را تکمیل نمودند.

نتایج آزمون  $t$  مستقل بر روی تفاضل نمره های پیش آزمون و پس آزمون در گروه کنترل و آزمایش، نشان داد بین دو گروه، در متغیر سازی زناشویی و نیز صمیمیت، تفاوت معناداری در سطح  $P < 0/01$  وجود دارد، اما بین این دو گروه از نظر متغیر بخشایش، تفاوت معنی داری وجود ندارد. این به این معناست که این رویکرد بر افزایش سازگاری زناشویی و صمیمیت زوجین موثر بوده، اما بر میزان بخشایش آنها تأثیری نداشته است. همچنین نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که زوج درمانی مبتنی بر هیجان، باعث افزایش در ابعاد مختلف صمیمیت در میان زوجین می شود، بدین صورت که بین گروه آموزش و کنترل، تفاوت معناداری در ابعاد صمیمیت عاطفی، صمیمیت روانشناختی، صمیمیت جنسی، صمیمیت جسمانی، صمیمیت ارتباطی، صمیمیت زمانی و صمیمیت عقلانی وجود داد، اما تفاوت این دو گروه در دو بعد صمیمیت اجتماعی - تفریحی و صمیمیت معنوی، از نظر آماری معنادار نیست.

نتایج دیگر حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دار بین زنان و مردان گروه آزمایشی در سازگاری زناشویی، صمیمیت و بخشایش پس از زوج درمانی هیجان مدار است .

## بیان مسئله

رضایت از ازدواج و سازگاری زناشویی از موارد مهم در ازدواج است . زوجین

سازگار، زن و شوهرهایی هستند که از روابط شان راضی اند و در زمینه مسائلی مانند

گذراندن اوقات فراغت و مسائل مالی با یکدیگر تا حد زیادی توافق دارند (گریف، 2000).

سازگاری زناشویی، سنگ زیر بنای عملکرد خوب خانواده است و مهمترین عامل پیش بینی

کننده بهداشت روانی افراد متأهل است (لاسول، 1982؛ به نقل از عرفان منش، 1386).

سازگاری در ازدواج از طریق علاقه متقابل، مراقبت از یکدیگر، پذیرش درک یکدیگر و

ارضای نیازها ایجاد می شود (سین ها و ماکرجک، 1990). در مقابل تعارضات زناشویی

و طلاق، احتمال بزرگسالان به افسردگی، خودکشی و بیماری جسمی را افزایش می دهد.

کودکان این افراد نیز بیش از دیگران در معرض ابتلا به اضطراب و مشکلات رفتاری و بهداشتی هستند (جرمن و فرانکل، 2002؛ به نقل از عرفان منش، 1386). در بین عوامل ایجاد کننده و دوام بخش سازگاری زناشویی صمیمیت و بخشایش در بین همسران از اهمیت ویژه ای برخوردار است .

صمیمیت، میزان احساس نزدیکی و حمایتی است که زن و شوهر در باره یکدیگر دارند و یکی از مهمترین نیاز های زن و شوهری و از ویژگی های بارز یک زوج موفق و شادمان است. رابطه صمیمانه، با خود افشایی واقعی و درک نیازهای فرد دیگر (همسر) در رابطه ای برابر، تعریف می شود. البته ایجاد رابطه صمیمانه، نیاز به گذشت زمان دارد. زن و شوهر برای پیش گیری از ایجاد مشکل، باید بتوانند در باره انتظاراتی که از رابطه صمیمانه دارند، با یکدیگر صحبت کنند. در این حالت می توانند انتظارات جدید و قابل قبولی را برای همدیگر شکل دهند. در غیر این صورت عدم رسیدگی، رابطه به سردی گراییده و احتمال خاتمه رابطه وجود دارد (نظری، 1386).

همچنین بخشایش نیز همانند بهزیستی جسمانی و روانشناختی، با هدف ارتقای کیفیت ارتباطات بین فردی و عاطفی حائز اهمیت است (بری و ورتینگتون، 2001؛ مک کالو، فینچام، و تی سانگ، 2003؛ فینچام و بیچ، 2004؛ به نقل از ناطقیان، 1385). در بررسی تعاریف ارائه شده، بخشایش صرفاً یک عمل اخلاقی نیست بلکه یک فرایند است و دارای ابعاد و انواعی است. همچنین بخشایش ماهیتاً التیام دهنده است، که می توان آن را در قالب مداخله های درمانی در مشاوره های خانوادگی بخصوص در رابطه دو عضوی ها از جمله زن و شوهری، ولی - فرزندی و غیره برای ارتقای روابط، به کار گرفت (بهارى و سیف، 1379).

از بین رویکردهای مختلف برای کمک به مشکلات زوجین، زوج درمانی مبتنی بر هیجان (EFCT) رویکردی است که در اوایل سال 1980 در پاسخ به فقدان رویکردهای کلینیکی غیر رفتاری استاندارد و اثبات شده برای آشفتگی های زناشویی به وجود آمد (جانسون و گرینبرگ، 1985 الف).

زوج درمانی در آغاز پیدایش خود روی شناخت و رفتار متمرکز شده بود، در حالی که نقش هیجان هم در نظریه و هم در عمل ناشناخته بود. EFCT شکلی از زوج درمانی است که رویکردهای سیستمی و تجربیاتی را در فرایند درمان ادغام کرده است. EFCT از جمله مداخلاتی است که از نظر تجربی به اثبات رسیده است (الکساندر، هولتزورث - منرو و جیمسون، 1994؛ بوکام، شوهام، میوسر، و استیل، 1998؛ به نقل از عرفان منش، 1386). اگر چه زوج درمانی هیجان مدار در خارج از کشور منشأ تحقیقات بسیاری بوده است، اما این رویکرد در ایران کمتر به اجرا در آمده است. پژوهش حاضر بر آن است تا میزان کارایی و اثر بخشی فنون حاصل از رویکرد زوج درمانی هیجان مدار را مورد آزمون قرار دهد. لذا پرسش اساسی این پژوهش این است که آیا از طریق این رویکرد EFCT میتوان سازگاری زناشویی، صمیمت زوجین، همچنین میزان بخشایش در میان زوجین را افزایش داد؟

## اهداف تحقیق

هدف کلی این تحقیق، بررسی اثر بخشی زوج در مانی هیجان مدار (EFCT)، بر

سازگاری زناشویی، صمیمیت زوجین و ابعاد آن و نیز بر میزان بخشایش در میان زوجین و بهره گیری از آن به منظور کمک به زوجین برای غلبه بر مشکلات و تعارضات در پیوند زناشویی و در نتیجه استحکام خانواده و تأمین سلامت روانی افراد آن است .

اهداف جزئی این تحقیق عبارت است از :

- 1- بررسی اثر بخشی رویکرد EFCT بر سازگاری زناشویی.
- 2- بررسی اثر بخشی رویکرد EFCT بر صمیمیت کلی زوجین.
- 3- بررسی اثر بخشی رویکرد EFCT بر میزان بخشایش در میان زوجین.
- 4- بررسی اثر بخشی رویکرد EFCT بر ابعاد مختلف صمیمیت زوجین .
- 5- بررسی اثر بخشی رویکرد EFCT در میزان سازگاری زناشویی، صمیمیت و بخشایش در زنان و مردان .



## ضرورت و اهمیت تحقیق

در بین تمام نهادهای اجتماعی، خانواده ارزشمندترین و اثر بخش ترین تأثیرات را دارد. خانواده فراگیرترین واحد اجتماعی است و بهنجاری و نابهنجاری جامعه در گرو شرایط عمومی خانواده است و هیچ یک از آسیب های اجتماعی فارغ از تأثیر خانواده نیست (نوابی نژاد، 1383). همانطور که کی (1985؛ به نقل از عرفان منش، 1386) اظهار کرده است، خانواده ها اعضای جدیدی به وجود می آورند و با آن که سرانجام به این اعضای جدید خود مختاری ارزانی می دارند و دیگر انتظار ندارند که با آنها زیر یک سقف زندگی کنند، باز هم این عضویت خانوادگی تا پایان عمر دست نخورده باقی می ماند. به نظر او، قدرت خانواده به حدی است که به رغم فرسنگ ها فاصله میان اعضا و حتی مرگ بعضی از آنان، باز هم تأثیر خانواده پا بر جا خواهد بود.

حتی زمانی که عضو خانواده موقتاً یا دائماً در مورد خانواده اش احساس بیگانگی می کند، باز هم هرگز نمی تواند واقعاً پیوند خود را با آن خانواده بگسلد .

این مطلب بیانگر اهمیت خانواده است، اما با وجود این اهمیت، در کشور ما حدود 30 درصد زوجین دارای نارضایتی زناشویی تشخیص داده شده اند (احمدی، 1382؛ به نقل از عرفان منش، 1386).

با توجه به مطالب فوق و ذکر این نکته که در بسیاری از موارد زوج ها با وجود

اختلاف و ناسازگاری های اساسی، باز هم به زندگی مشترک خود ادامه میدهند و بهترین

سال های زندگی خود را به دلیل عدم شناخت و مهارت کافی برای ایجاد و حفظ رابطه

صمیمانه، با ناکامی سپری می کنند، درمان مشکلات زناشویی اهمیت خود را نشان می دهد.

با این حال با وجود رویکرد های متنوع در زمینه مشکلات زناشویی در دنیای امروز،

لازم است که محققین کشورمان ضمن اطلاع از نظریه های تدوین شده در کشورهای دیگر،

آن ها را آزمایش و برای کار برد به مشاورانی که با این مسائل در تماسند، ارائه دهند.

رویکرد EFCT نیز از آن دسته رویکرد های جدیدی است که مبدأ آن جانسون (2002)، در مقاله ای آن را انقلابی در زمینه زوج درمانی می داند. این رویکرد در ایران، سال های اولیه آزمایش خود را سپری می کند و نیازمند تحقیقات و مطالعات بیشتری در جهت اثبات کارایی و اثر بخشی آن در بافت ایران است.

علیرغم کارایی و حمایت تجربی بسیار خوب از زوج درمانی هیجان محور در خارج از

کشور (الکساندر و همکاران، 1994؛ به نقل از عرفان منش، 1386؛) تا کنون مقالات و

تحقیقات اندکی در ایران به این رویکرد اختصاص یافته است. با توجه به مطالعات انجام شده، تا

کنون تأثیرات این رویکرد درمانی بر ابعاد مختلف صمیمیت در زوجین و همچنین بر میزان

بخشایش زوجین، در ایران بررسی نشده و اغلب مطالعات صورت گرفته بر سازگاری زناشویی

و رضایت مندی زوجین تمرکز دارند. شناخت کافی از میزان کارایی و ابعاد تأثیر گذاری این

نوع زوج درمانی، که علاوه بر جنبه های شناختی بر جنبه های عاطفی و هیجانی نیز تأکید دارد،

می توان در انتخاب صحیح نوع درمان با توجه به مشکلات مراجع و نتایج قابل پیش بینی آن،

کمک کننده باشد.

## فرضیه های پژوهش

- کاربرد زوج درمانی مبتنی بر هیجان، میزان سازگاری زناشویی زوجین را افزایش میدهد.
- کاربرد زوج درمانی مبتنی بر هیجان، میزان صمیمیت زوجین را افزایش میدهد.
- کاربرد زوج درمانی مبتنی بر هیجان، میزان بخشایش زوجین را افزایش می دهد.

## سوالات پژوهش

- آیا کاربرد زوج درمانی مبتنی بر هیجان، باعث تغییر در ابعاد مختلف صمیمت زوجین (عاطفی، روانشناختی، جنسی، جسمانی، معنوی، عقلانی، ارتباطی، اجتماعی- تفریحی و زمانی) می شود؟

- آیا بین میزان صمیمیت به طور کلی، در زنان و مردان پس از زوج درمانی مبتنی بر هیجان، تفاوت معنی داری وجود دارد؟

- آیا میزان صمیمت به طور کلی، در زنان و مردان پس از زوج درمانی مبتنی بر هیجان، تفاوت معنی داری وجود دارد؟

تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیر

زوج درمانی بر هیجان (EFCT):

تعریف نظری: یک رویکرد زناشویی درمانی است که در آن هدف، حرکت از ناسازگاری زناشویی به سمت ارتباطی ایمن میان زوجین است. ESCT در پاسخ به دیگر مکاتب زناشویی درمانی، مانند درمان های شناختی و رفتاری، که فرایند تجربه هیجان به عنوان یک عامل تغییر در روابط زناشویی را نادیده می گرفتند، به وجود آمد (جانسون؛ 2004).

تعریف عملیاتی: این رویکرد طبق فرمتی که در قسمت ارائه رویکرد آمده است، اجرا شد.

سازگاری زناشویی:

تعریف نظری: سازگاری زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس خوشبختی و رضایت از یکدیگر را دارند.

زوجین سازگار زن و شوهرهایی هستند که از روابطشان راضی اند و در زمینه مسائل گوناگون مانند گذارندن اوقات فراغت و مسائل مالی با یکدیگر تا حد زیادی توافق دارند (گریف، 2000).

تعریف عملیاتی: در این پژوهش سازگاری زناشویی در واقع نمره کل هر آزمودنی در پرسشنامه سازگاری دو نفره (DAS) (اسپانیر، 1976؛ به نقل از ثنایی، 1379) است.

### **صمیمیت:**

تعریف نظری: صمیمیت، توجه و اهمیت اعضای خانواده برای یکدیگر تعریف شده و عوامل نزدیکی عاطفی در قالب مهر، از خودگذشتگی، خورسندی و رضایت را شامل می شود. احساسی است مبتنی بر این که رابطه مهم، باز، توأم با عزت، همبستگی، و تعهد متقابل است (ثنایی، 1379).

تعریف عملیاتی: در این پژوهش صمیمیت زوجین و ابعاد آن توسط پرسشنامه بررسی نیازهای صمیمیت (اولیاء، فاتحی زاده و بهرامی، 1385) سنجیده شده است.

**بخشایش:**

تعریف نظری: تعریفی که ملک کالو و همکاران (1997؛ به نقل از ناطقیان، 1385) ارائه داده اند، بخشایش را این گونه عنوان می کنند: یک میل انگیزشی که افراد را به سوی بازداری از پاسخ های ناخوشایند ارتباطی و رفتار کردن بطور مثبت نسبت به کسی که بطور منفی با آن ها رفتار کرده است، متمایل می سازد. در بخشایش تمایل به حفظ بیزارى از خطاکار، کاهش و میل به آشتی و حسن نیت نسبت به وی، به رغم اعمال مخربش، افزایش می یابد.

تعریف عملیاتی: به منظور ارزیابی و اندازه گیری بخشایش در این تحقیق از مقیاس بخشایش که توسط مالت، هودبین، لومونیر و جیرارد (1998؛ به نقل از ناطقیان 1385) ساخته شد، استفاده گردید.

جامعه آماری در این پژوهش کلیه زوج های ساکن شهر شیراز بودند که حداقل یکی از آن ها، فرزند شهید بود و از تاریخ 1387/9/1 تا 1387/11/30 ، بوسیله سرند کردن توسط محقق، در مرکز مشاوره شاهد و ایثارگر استان فارس، وجود تعارض، درگیری و مشکلات زناشویی در روابط بین فردی آن ها و نیاز به بهبود روابط صمیمانه ایشان، مشخص شد. با توجه به شرایط فرزندان شاهد و فقدان پدر، احتمال وجود آسیب های آن بود، محقق اقدام به انتخاب این گروه خاص نمود.

برخی از درگیری های زوجین ناشی از اعتیاد، اختلالات روانی و یا اختلالات شخصیت می باشد، در صورتی که در این پژوهش، فقط آن دسته از زوجین جزء جامعه مورد مطالعه به حساب آمده اند که دلیل اختلافات آن ها، اختلاف سلیقه، عادات شخصی نامناسب، ضعف در مهارت های ارتباطی، عدم انعطاف پذیری و مانند آن بوده و در عین حال در عملکرد شغلی و زندگی اجتماعی دچار اختلال جدی نباشند.



## - نمونه و روش نمونه گیری

نمونه این پژوهش شامل 20 زوج (40 نفر) از افراد جامعه آماری است که پس از سرند

کردن اولیه از بین 50 زوج انتخاب شده و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل قرار

گرفتند. از این تعداد (10 زوج گروه آزمایش و 10 زوج گروه کنترل)، 4 زوج در گروه

آزمایش و 3 زوج در گروه کنترل، از ادامه کار انصراف داده و گروه نمونه دچار ریزش شد.

روش نمونه گیری، نمونه گیری مبتنی بر هدف است. بر طبق این شیوه، پژوهشگر، اقدام به

سرند کردن افراد جامعه آماری کرد. این کار با توجه به تاریخ عقد و مشخصات فردی ثبت شده

در مرکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران استان فارس انجام گرفت. محقق بوسیله تماس

تلفنی با حداقل 300 زوج، از زوجین برای شرکت در جلسه توجیهی غربالگری دعوت نمود. از

این تعداد، تنها 50 زوج در جلسات حاضر شدند و پس از مصاحبه اولیه جهت بررسی وجود یا

عدم وجود اختلالات حاد روانی و شخصیتی توسط محقق، به تکمیل پرسشنامه رضایت زناشویی

DAS پرداختند.

بررسی پرسشنامه این افراد نشان داد که نمرات 20 زوج، طبق نمره برش این پرسشنامه (حداقل یکی از زوجین دارای نمره کمتر از 110)، حاکی از نارضایتی زناشویی در این افراد است. در نهایت این زوج به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند.

معیارهای انتخاب نمونه:

دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم

حداقل مدت ازدواج 1 سال و حداکثر آن 10 سال

حداقل سن زوجین 20 سال و حداکثر آن 40 سال

نداشتن تصمیم جدایی

نداشتن اختلال حاد روانی - شخصیتی

معیارهای حذف از پژوهش :

زوج مرد بیکار باشد.

زوجین در بحرانی باشند که نیازمند توجه فوری باشند.

رابطه زناشویی یک رابطه توأم با خشونت باشد.

یکی از زوجین مسائل عمده‌ای چون اعتیاد به مواد مخدر داشته باشند.

### طرح تحقیق و شیوه اجرا

روش پژوهش، نیمه تجربی است و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل

استفاده شده است. افراد نمونه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار

گرفتند. هر یک از اعضای نمونه، قبل از شروع جلسات، پیش‌آزمون را تکمیل کردند. پس

از ارائه رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر هیجان، تنها برای افراد گروه آزمایش، طی 8 تا

10 جلسه 2 ساعته، پس‌آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد و نتایج آن مورد تجزیه و

تحلیل قرار گرفت.

متغیر مستقل رویکرد روانی - آموزشی مبتنی بر هیجان و متغیر وابسته، میزان سازگاری زناشویی، صمیمیت و ابعاد آن و نیز میزان بخشایش زوجین بود.

ابزار پژوهش

- پرسشنامه سازگاری دو نفره (DAS)

این مقیاس دارای 32 سؤال است و به ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی یا روابط دو نفری مشابه آن می پردازد. این مقیاس در سال 1976 توسط اسپانسر تهیه شد و تاکنون به زبان های مختلفی ترجمه شده است که روایی و پایایی همه به اثبات رسیده است (فسیلیگو و دمیر، 2000، شک، 1995، به نقل از بارول والش 2002).

اسپانسر (1976؛ به نقل از ثنایی، 1379) بین نمرات زوج های سازگار و ناسازگار تفاوت هایی را مشاهده و از آن برای تعیین ساخت اصلی مقیاس استفاده نمود. نمره کلی این مقیاس از 0 تا 151 با جمع نمرات سؤال ها به دست می آید. پاسخ دهی به 32 سؤال این مقیاس با سبک لیکرت است که برای افزایش پایایی آن، تعدادی از سؤالات، مستلزم معکوس نمودن جهت نمره گذاری هستند. تحلیل عاملی نشان می دهد که این مقیاس 4 بعد رابطه را

می سنجد. این چهار بعد از این قرار است: رضایت دونفری، همبستگی دو نفری، توافق دونفری و ابراز محبت (ثنائی، 1379).

### - ویژگی های روان سنجی پرسشنامه سازگاری دو نفره (DAS)

اسپانسر (1976؛ به نقل از ثنائی 1379) پایایی کل مقیاس را با آلفای کرنباخ 96% گزارش کرد که از همسانی درونی قابل توجهی برخوردار است.

همسانی درونی خرده مقیاس ها بین خوب تا عالی است. رضایت دو نفری 0/94 ، همبستگی دو نفری 0/81، توافق دو نفری 0/90 و ابراز محبت 0/73.

اسپانسر (1976؛ به نقل از بارول والش، 2002) در مطالعه خود با استفاده از قضاوت متخصصان درباره محتوای مقیاس، شواهدی دال بر وجود روایی محتوای آن، برای سنجش سازگاری زناشویی بدست آورد. همچنین بر اساس تفاوتی که در نمرات زوج های ناسازگاری (از هم جدا شده یا در حال جدایی) و زوج های دارای زندگی مشترک پایدار، مشاهده نمود، روایی محتوایی آن را تایید نمود و بر اساس همبستگی 0/86 بین نتایج آن با «مقیاس سازگاری زناشویی لاک و والاس»، روایی همزمان آن را نیز مشخص کرد. طی هنجاریابی که سازنده این مقیاس، اسپانسر، در سال 1976 انجام داد نقطه برش 101 را به دست آورد بدین معنی که نمره کمتر 101 درماندگی در رابطه و ناسازگاری زناشویی را نشان می دهد (ثنایی، 1379).

ولی طی هنجاریابی که والکر، جانسون، مانیون و کلویتر (1992؛ به نقل از والکر ، جانسون و مانیون، 1996) انجام دادند، نمره برش 110 برای این جمعیت مبین درماندگی رابطه بود، لذا در تحقیق حاضر نیز از نقطه برش 110 استفاده گردید.

در تحقیقی که توسط ملازاده، منصور، اژه ای و کیامنش (1381) صورت پذیرفت، برای تعیین پایایی پرسشنامه، از روش بازآزمایی با فاصله زمانی 37 روز بر روی 92 نفر اجرا شد که ضریب 0/86 به دست آمد و آلفای کرونباخ این مقیاس نیز 0/89 شد. این محققین، برای تعیین روایی از اجرای همزمان این مقیاس و پرسشنامه سازگاری زناشویی لاک و والاس روی 76 نفر استفاده نمودند و ضریب 0/90 را به دست آوردند.

در پژوهش حاضر نیز جهت بررسی همسانی درونی مقایس، این پرسشنامه بر روی 84 نفر (42 زوج) اجرا شد که ضریب آلفای کرونباخ 0/93 به دست آمد. همچنین همسانی درونی خرده مقیاس ها نیز به این ترتیب به دست آمد: رضایت دو نفری 0/86، همبستگی دو نفری 0/83، توافق دو نفری 0/85 و ابراز محبت 0/65.

این پرسشنامه توسط اولیاء (1385) با توجه به 9 حیطه صمیمیت (عاطفی، روانشناختی، جنسی، جسمانی، معنوی، عقلانی، ارتباطی، اجتماعی-تفریحی و زمانی) که توسط باگاروتزی (2001) ، ساخته شده است. 85 گزاره آن به صورت لیکرت 4 گزینه ای، از همیشه تا هیچ وقت درجه بندی شده است. نمره فرد از جمع نمرات گزینه ها به دست می آید. گزینه های 1، 8، 10، 22، 23، 24، 28، 32، 33، 35، 37، 39، 43، 46، 51، 52، 54، 59، 60، 61، 62، 67، 71، 72، 73، 74، 75، معکوس نمره می گیرند و سایر گزینه ها به صورت مستقیم نمره گذاری می شوند. حداقل نمره در این آزمون 85 و حداکثر آن 340 می باشد. هرچه فرد نمره بیشتری کسب کند، نشانگر صمیمیت زناشویی بیشتری است. پس از تحلیل عوامل پرسشنامه توسط محقق، ابعاد پرسشنامه بدین صورت مشخص گردید: حیطه صمیمیت عاطفی 15 گزاره، صمیمیت روانشناختی 15 گزاره، صمیمیت جنسی 8 گزاره، صمیمیت جسمانی 6 گزاره، صمیمیت معنوی 9 گزاره ، صمیمیت عقلانی 10 گزاره، صمیمیت اجتماعی – تفریحی 7 گزاره، صمیمیت زمانی 6 گزاره. این ابعاد با ابعاد مشخص شده توسط سازنده پرسشنامه (اولیاء، 1385) ، اندکی متفاوت است زیرا سازنده پرسشنامه از تحلیل عوامل جهت بررسی روایی سازه مقیاس استفاده نکرده است.



## - ویژگی های روان سنجی پرسشنامه نیازهای صمیمیت

جهت تعیین روایی، سازنده مقیاس (اولیاء- 1385) پس از تنظیم 134 گزاره، از نظر پنج نفر از متخصصان مشاوره در دانشگاه استفاده کرد که در این مرحله 15 گزاره حذف گردید. در گام بعد، برای تعیین روایی سوالات از روش همبستگی هر سؤال با نمره کل آزمون استفاده شد. سوالاتی که همبستگی آن ها با نمره کل معنادار نبود و نیز سوالاتی که در سطح 0/05 معنادار بودند، حذف گردیدند و در نهایت 85 سؤال که در سطح حداقل 0/10 با نمره کل همبستگی داشتند، انتخاب شدند. به منظور بررسی روایی همزمان پرسشنامه، سازنده آن، از مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون (1983) استفاده کرد. نتایج حاکی از همبستگی 0/92 بین دو آزمون بود که در سطح 0/10 معنادار می باشد ( $r = 0/92$  ،  $p < 0/01$ ). برای تعیین پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر 0/98 محاسبه شد. ذوالفقاری و دیگران (1387) نیز در پژوهش خود، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را 0/91 به دست آوردند. در پژوهش حاضر نیز این ضریب، 0/97 به دست آمد.

برای تعیین روایی سازه آزمون، محقق شیوه تحلیل عاملی را به کار برد که با استفاده از بازبینی آزمون اسکری و مقادیر ویژه، 9 عامل با روش تاییدی استخراج گردید. هر یک از عوامل به ترتیب، صمیمیت عاطفی 17/26 درصد، صمیمیت روانشناختی 8/64 درصد، صمیمیت جنسی 7/48 درصد، صمیمیت جسمانی 5/77 درصد، صمیمیت معنوی 4/13 درصد، صمیمیت عقلانی 3/17 درصد، صمیمیت ارتباطی 3/13 درصد، صمیمیت اجتماعی - تفریحی 2/98 درصد و در نهایت عامل نهم، صمیمیت زمانی 2/47 درصد از واریانس کل آزمون را تبیین نمودند که این عوامل، در مجموع، 55/07 درصد از کل، 0/926 و آزمون بارتلت نیز در سطح KMO واریانس را تبیین کردند. مقدار ضریب  $P < 0/0001$  معنادار بود.

به منظور ارزیابی و اندازه گیری بخشایش در این تحقیق، از مقیاس بخشایش که توسط مالت و دیگران (1988؛ به نقل از ناطقیان، 1385) ساخته شد، استفاده گردید. این مقیاس دارای 27 ماده است که به روش لیکرت (از صفر، کاملاً مخالفم تا چهار، کاملاً موافقم) نمره گذاری می شود.

### ویژگی های روان سنجی پرسشنامه بخشایش

مالت و دیگران (1998؛ به نقل از ناطقیان، 1385) با استفاده از چرخش واریماکس نتایج پژوهش خود و روش تحلیل عاملی گویه های مقیاس مذکور، به دو عامل دست یافتند: عامل اول، انتقام در برابر بخشایش است؛ انعکاس گرایشی کلی در افراد برای بخشیدن و یا انتقام جویی، با در نظر گرفتن موقعیت. عامل دوم، شرایط شخصی و اجتماعی است؛ اثر محرک های مختلف محیط اجتماعی فرد (شامل فرد خطاکار نیز می شود)، درست مانند جاذبه هیجانی این محرک ها. نتایج پژوهش آن ها نشان داد که عامل اول 30 درصد واریانس و عامل دوم 9 درصد واریانس را تبیین می کرد. همچنین همسانی درونی عوامل 0/91 گزارش شده است.

ناطقیان (1385) پس از ترجمه این پرسشنامه و اطمینان از هماهنگی ترجمه فارس با متن انگلیسی، اقدام به تعیین خصوصیات روانسنجی آن نمود. وی داده های به دست آمده از تکمیل مقیاس بخشایش توسط 292 نفر (138 پسر، 154 دختر) از دانشجویان دانشگاه شیراز را مورد تحلیل قرار داد. محاسبه همسانی درونی مقیاس، آلفای کرونباخ برابر 0/94 را به دست داد. همچنین ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش تنصیف (دو نیمه کردن آزمون بر اساس زوج یا فرد بودن ماده ها) برای نیمه اول مقیاس (14 ماده)، 0/90 و برای نیمه دوم (13 ماده)، 0/94 و به روش محاسبه اسپیرمن – براون و گاتمن هر دو، برابر 0/75 محاسبه گردید. در پژوهش حاضر نیز، جهت محاسبه همسانی درونی مقیاس، پرسشنامه بخشایش بر روی 76 نفر اجرا گردید و ضریب آلفای کرونباخ 0/89 به دست آمد.

همچنین برای تعیین روایی سازه آزمون، (ناطقیان، 1385) شیوه تحلیل عاملی را به کار برد که با استفاده از بازبینی آزمون اسکری و مقادیر ویژه، 3 عامل با روش اکتشافی استخراج گردید. هر یک از عوامل به ترتیب، تنفر پایدار 26/57 درصد، حساسیت به شرایط 23/59 درصد، تمایل به بخشایش 16/17 درصد و در مجموع 66/34 درصد از کل واریانس را تبیین می کنند. مقدار ضریب KMO، 0/584 و آزمون بارتلت نیز در سطح  $P < 0/0001$  معنادار بود.

## مراحل و گام های EFCT

برنامه درمانی این پژوهش، به طور اختصاصی با استفاده از کتابی که راهنمای عملی برای EFCT است، به دست آمده است (جانسون، 2004). سه جابجایی در فرایند EFCT وجود دارد: الف) بحران زدایی از چرخه ب) درگیری کردن فرد کناره گیر، ج) ملایم کردن فرد سرزنش گر (جانسون، 2004).

فرایند تغییر EFCT آشکارا به مراحل درمان و شکل بندی مشکلی که در ابتدا زوج را برای جستجوی درمان برانگیخته است، بستگی دارد. این 3 مرحله در EFCT شامل 9 گام است. در این بخش اهداف هرگام و مداخلاتی که در هرکدام استفاده می شود، توضیح داده می شود.

## مرحله اول : بحران زدایی از چرخه

گام 1: شرح موضوعات تعارض، در این گام ابتدایی EFCT روی درگیری های اصلی که زوجین را به جلسه درمانی آورده است، متمرکز می شود. این تعارض می تواند شامل مشاجرات دائمی، غیبت دائمی یک نفر، یا تغییر یکی از آن ها که دیگری را ناراحت می کند، باشد. برای مثال، زمانی که تغییری در یک نفر اتفاق می افتد، مانند افسردگی پس از زایمان، شوهر می تواند با نوزاد ارتباط برقرار کند اما ممکن است برای اداره تغییراتی که در همسرش اتفاق افتاده است، آماده نباشد.

گام 2: شناسایی چرخه تعاملی منفی که زوجین را در آشفتگی نگه می دارد و مانع پیوند

ایمن می شود. ادراک زن از مشکل حاضر ممکن است برای مثال این باشد که، شوهر

ساعت‌های طولانی کار می کند، در حالی که شوهر می گوید او ساعت‌های طولانی کار می

کند تا شکایت‌های همسرش را نشوند. این پدیده چرخه نامیده می شود. زیرا، زمانی که

چرخه در حرکت است، مشکل است که عمل یک نفر را از دیگری تشخیص داد و جدا کرد.

گام 3: دستیابی به هیجان‌ات شناسایی نشده که پایه موقعیت‌های تعاملی است. در

EFCT هیجان‌ات را به دو طبقه اولیه و ثانویه تقسیم می کنند. در طی درمان، هیجان‌ات

ثانویه که شامل خشم، ناامیدی و دیگر هیجان‌اتی که واکنشی به هیجان‌ات اولیه هستند، تخلیه

می شود. هیجان‌ات اولیه در حیطه عمیق تری قرار دارند. درمانگر EFCT هیجان‌ات ثانویه

را که توسط مراجع توصیف می شود اعتباریابی می کند و حسی از پذیرش نسبت به

احساسات و هیجان‌ات موجود در تعارض ایجاد می کند.

گام 4: دوباره شکل دهی مشکل بر حسب احساسات بنیادی و نیازهای دلبستگی. همچنان که مراجعین چرخه تعاملی و عمق هیجان‌ات را توصیف می‌کنند، درمانگر EFCT مشکل را بر حسب هیجان‌ات اولیه و اینکه چگونه هیجان‌ات بر احساسات و میزان دلبستگی آن‌ها اثر می‌گذارد، تعریف می‌کند.

نیازهای دلبستگی در قلب EFCT هستند، و هدف هر یک از زوجین این است که این نیازها توسط همسرش دیده و تصدیق شود. برای مثال، درمانگر EFCT ممکن است خشم را تنهایی شدیدی که فرد احساس می‌کند، ترجمه نماید.

### **مرحله دوم : تغییر موقعیت های تعاملی**

گام 5: افزایش شناسایی نیازها و جنبه‌هایی از خود که انکار شده. این گام به علت آسیب‌پذیری مراجع، یک گام بحرانی در درمان است. در این گام، درمانگر باید با هشیاری حرکت کند، زیرا در این مرحله میزان ریسک بالاست. در این گام، مراجع باید به هیجان‌ات اولیه که ممکن است ترس و یا تنهایی باشد، دست یافته و با این جنبه‌های خود تماس پیدا کند.



گام 6 : افزایش پذیرش تجربه های همسر و راه های جدید تعامل. در این گام تأکید بر روی اینجا و اکنون است. در این لحظه مراجع خودش و دیگری را آن گونه که هستند تجربه می کند. این تجربه نمی تواند بدون تسهیل درمانگر برای افزایش پذیرش و اعتباریابی ادراک هریک از مراجعین از موقعیت خودش و احساسات مرتبط در آن لحظه، کامل شود. این وضعیت درمانی می تواند الگویی برای وی باشد که احساسی از تصدیق خود منحصر به فردش داشته باشد، بدون اینکه راجع به عقیده و ارزش خود قضاوت کند.

گام 7: تسهیل بیان نیازها و خواسته ها و ایجاد درگیری هیجانی. در این گام اغلب تکنیکی که ملایم کردن نام دارد به کار برده می شود. ایجاد و درگیری هیجانی چالش برانگیزترین جنبه از درمان EFCT است، زیرا ممکن است یک حیطة بسیار نا آشنا برای زوجین باشد. تجربه کامل این درگیری، صداقت بسیار از طرف زوجین و صبر بسیار از طرف درمانگر را می خواهد.

## مرحله سوم: ادغام و یکپارچگی سازی

گام 8 : تسهیل بروز راه حل های جدید برای موضوعات و مشکلات قدیمی. زوجین مجدداً جنبه‌هایی از رابطه شان را به شیوه ای که درجات بالاتری از کارایی دارد، تجربه می کنند. چون رابطه توسط هر دو نفر دوباره تعریف شده، احتمال حل مسائل روزانه آسان تر از گذشته می شود.

گام 9 : یکپارچه سازی موقعیت های جدیدی که زوجین نسبت به یکدیگر بدست آورده اند. این گام می تواند شامل توضیح تعاملات رایج باشد که ممکن است لازم باشد مجدداً با درمانگر مرور شود.

همان گونه که قبلاً گفته شد، این گام های درمانی در یک مجموعه با شیوه ای خطی اتفاق نمی افتد، بلکه هر گام با گام یا گام های بعدی ترکیب می شود، برای مثال، درمانگر EFCT دسترسی به هیجان را در طی فرآیند مراحل 4 تا 9 بر پایه چهارچوبی که در گام 3 (زمانی که هیجانات بنیادی برای بار اول در دسترس قرار می گیرند) ساخته است، ادامه خواهد داد.

بعداً این گام با گام 5، جایی که چنین هیجانانی کامل تر بیان می شوند و به شیوه ای که هر فرد خود و دیگری را در رابطه می بیند، مرتبط می شود. در گام 7، این تجربیات هیجانی پایه‌ی بیان نیازها و خواسته‌ها را شکل می دهد.

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثر بخشی زوج درمانی متمرکز بر هیجان، بر سازگاری زناشویی، صمیمیت و بخشایش زوجین انجام گرفت. بدین منظور و براساس اهداف تحقیق، فرضیه‌هایی تدوین شد و در راستای آن‌ها، داده‌ها گردآوری شدند.

## بحث در مورد یافته‌ها

- زوج درمانی مبتنی بر هیجان و افزایش سازگاری زناشویی

اولین یافته این پژوهش در زمینه بررسی این فرضیه بود: زوج درمانی مبتنی بر هیجان، سازگاری زناشویی زوجین را افزایش می دهد. با توجه به جداول نتایج حاصل از بررسی نمرات سازگاری زناشویی و زوجین، قبل و پس از درمان در دو گروه کنترل و آزمایش شد که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گروه کنترل وجود دارد. لذا فرض صفر رد و فرض تحقیق تأیید می شود.

به عبارت دیگر، با 0/99 اطمینان می توان نتیجه گرفت که میانگین نمرات سازگاری زناشویی زوجین گروه آزمایش که تحت درمان EFCT قرار گرفته اند، بیشتر از میانگین نمرات زوجینی است که این درمان را دریافت نکرده اند.

این یافته، با پژوهش های زیادی (از قبیل : عرفان منش، 1386؛ رسولی و دیگران، 1386) همخوانی دارد. همچنین، جانسون و گرینبرگ (1985 الف) با مقایسه سه گروه زوج درمانی هیجان مدار، راه حل محور و گروه کنترل نشان دادند که EFCT از دو گروه دیگر در افزایش سازگاری زناشویی مؤثرتر بوده است. جیمز (1991) با مقایسه دو گروهی که درمان EFCT و درمان EFCT به همراه مؤلفه های مهارت های ارتباط دریافت کرده بودند و نیز گروه کنترل، دریافت که هر دو این درمان ها از بی درمانی در گروه کنترل مؤثرتر بودند و سازگاری زناشویی را در زوجین به صورت معناداری افزایش دادند.

همچنین در نتایج به دست آمده توسط گلدمن و گرینبرگ (1992) سه گروه زوج درمانی هیجان محور، درمان سیستمی التقاطی و گروه کنترل را با یکدیگر مقایسه کردند. نتایج مشاهده شده حاکی از برتری هر دو گروه درمانی نسبت به گروه کنترل بود و هر دو درمان اثری مشابه در افزایش سازگاری زناشویی داشتند. والکر و همکاران (1996) اثر بخشی EFCT را بر زوجینی که به علت داشتن فرزند با بیماری مزمن تحت فشار بودند، بررسی نمودند و نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که سازگاری زناشویی این زوج‌ها پس از درمان افزایش یافته و این اثر در یک پی‌گیری 5 ماهه باقی ماند. این نتایج در یک پی‌گیری 2 ساله نیز نه تنها همان گونه باقی ماند، بلکه حتی در بعضی موارد نیز افزایش یافت. نتایج تحقیقات دندنیو و جانسون (1994)، جانسون و تالیتمن (1997)، دنتون و دیگران (2000)، لاویس-سرکوسکی (2003) و نامن (2008) نیز نشان دهنده اثر بخشی زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش آشفتگی‌های زناشویی و افزایش سازگاری زناشویی بود. از این رو، نتایج تمام تحقیقات ذکر شده بیانگر هم‌خوانی یافته‌های پژوهش حاضر با تحقیقات مشابه می‌باشد.

با وجود این تحقیقات دیگری نیز وجود دارد که اثر بخشی EFCT بر سازگاری زناشویی را تأیید نکرده اند. حسنی و دیگران (1387) اثر بخشی زوج درمانی رفتاری - شناختی (CBCT) و هیجان محور (EFCT) ، بر افسردگی زوج مرد نابارور، را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که زوج درمانی رفتاری - شناختی بر کاهش افسردگی زوج مرد نابارور مؤثر بوده است، اما روش زوج درمانی هیجان محور در تغییر میزان افسردگی معنادار نبوده است. بارول والش (2002)، تأثیر درمان EFCT بر اختلال جسمانی شکل که توجیه پزشکی ندارد، را بررسی نمود. نتایج بررسی وی نشان داد که گزارش علائم جسمانی، افزایش معناداری پس از درمان داشت. همچنین، پس از درمان، تفاوت معناداری در رضایت از روابط بیماران، کیفیت زندگی، احساسات مثبت نسبت به شریک زندگی و یا علائم اضطراب و افسردگی در مقایسه بین دو گروه دیده نشد. با توجه به تحقیقات ذکر شده، به نظر نمی رسد این درمان برای اختلال افسردگی و اختلال جسمانی شکل، درمانی اثربخش باشد.

همچنین نتایج تحقیق سیمز (1999) نشان داد، تغییر در سازگاری زناشویی، بین دو گروه، تفاوت معناداری چه در مرحله پس از درمان نسبت به پیش از آن و چه در مرحله پیگیری نسبت به پس از درمان، نداشت. تحقیقات دیگری نیز با همین نتیجه صورت گرفتند که گزارش پژوهشگران آن ها حاکی از این بود که EFCT نمی تواند در بهبود زوجین با آشفتگی زیاد مؤثر باشد (الکساندر و همکاران، 1994؛ بوکام و همکاران، 1998؛ به نقل از عرفان منش، 1386). آن ها معتقدند در تحقیقاتی که EFCT اثر بخشی خود را نشان داده است، دامنه نمرات زوجین در مقیاس سازگاری زناشویی (70-100) بوده است. تحقیقات فوق، پژوهش هایی بودند که نتایج آن ها با نتایج پژوهش حاضر همخوانی نداشت. از آن جا که در پژوهش حاضر کمترین نمره در سازگاری زناشویی 82 بود و آشفتگی زناشویی زوجین در حد شدیدی نبود، همچنین اختلال روانی خاصی یا اختلالات شخصیتی در زوجین وجود نداشت. احتمالاً به همین دلایل، این نوع زوج درمانی برای گروه نمونه تحقیق اثر بخش بوده و آشفتگی زناشویی آن ها را بهبود بخشیده است.

- زوج درمانی مبتنی بر هیجان و افزایش صمیمیت

دومین یافته این پژوهش حاکی از تایید این فرضیه بود: " زوج درمانی مبتنی بر هیجان،

میزان صمیمیتی زوجین را افزایش می دهد". با توجه به جدول نتایج حاصل از بررسی

صمیمیت، قبل و پس از درمان در دو گروه کنترل و آزمایش و تفاوت معنادار بین گروه آزمایش

و کنترل، فرض صفر رد و فرض تحقیق تأیید می گردد. یعنی با 99/0 اطمینان می توان نتیجه

گرفت که رویکرد EFCT صمیمیت زوجین را افزایش داده است.

نتایج تحقیقات زیادی با نتیجه پژوهش حاضر همخوانی دارد. از جمله: دندنیو و جانسون

(1994) که صمیمیت و سازگاری زناشویی را پس از اجرای دو رویکرد زوج درمانی هیجان

مدار EFCT و زناشویی درمانی شناختی CMT را بررسی کردند. در این تحقق، هر دو گروه

EFCT و CMT به طور معناداری نمرات بیشتری در پس آزمون، در مقیاس های صمیمیت و

سازگاری زناشویی نسبت به گروه کنترل کسب کردند. اما نتایج تفاوت معناداری را به نفع

EFCT در مقیاس صمیمیت نشان می داد. ضمن این که در پیگیری، میانگین گروه EFCT در

سازگاری و صمیمیت به طور معناداری بیش از CMT بود.



همچنین، در پژوهشی که توسط دنتون و دیگران (2000) انجام شد، مقایسه نتایج به دست آمده به طور معناداری، نشان دهنده سطح بالاتر از سازگاری زوجی، احساسات مثبت و ارزیابی شخصی از صمیمیت در روابط، در زوجینی که EFCT دریافت کرده بودند، نسبت به گروه لیست انتظار بود، نتایج تحقیق باتکر (2001؛ به نقل از اسلامی مهر، 1387) نیز نشان داد که کاربرد EFCT می تواند در درمان مشکلات ارتباطی مفید باشد. وی دریافت که عدم برقراری رابطه صمیمانه زنان با مردان به دلیل عدم ابراز هیجانات و احساسات و نیز عدم شناخت و آگاهی از احساساتشان است. این گونه زنان همواره در یک رابطه صمیمانه و نزدیک با همسرانشان دچار احساس ترس، خجالت و شرم می شدند و به همین دلیل از زوجشان احساس نارضایتی می نمودند. لذا کاربرد EFCT برای این زنان، در زمینه سازگاری با احساسات و آگاهی از آنها، توانست در ایجاد روابط صمیمانه و نزدیک با همسرانشان مؤثر واقع شود.

با توجه به تلاش EFCT در جهت پاسخگو کردن زوجین از نظر هیجانی و جسمی نسبت به یکدیگر و تشویق به در دسترس بودن همسر، جهت برآوردن نیازهای روانی و فیزیکی یکدیگر (جانسون و ویفن، 1999)؛ افزایش صمیمیت زوجین در اثر اجرای این رویکرد، قابل پیش بینی است.

- زوج درمانی مبتنی بر هیجان و بهبود بخشایش

سومین یافته این پژوهش در زمینه بررسی این فرضیه بود: " زوج درمانی مبتنی بر هیجان، میزان بخشایش زوجین را افزایش می دهد". با توجه به جدول نتایج حاصل از بررسی نمرات بخشایش زوجین، قبل و پس از درمان در دو گروه کنترل و آزمایش که مشاهده شد تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل از نظر آماری معناداری نبود، هر چند میانگین نمرات بخشایش زوجین گروه آزمایش که تحت درمان EFCT قرار گرفته بودند، بیشتر از میانگین نمرات زوجینی بود که این درمان را دریافت نکرده بودند. لذا فرض صفر قبول و فرض تحقیق تأیید نشد. به عبارت دیگر این یافته نشان می دهد که زوج درمانی مبتنی بر هیجان نمی تواند بخشایش زوجین را به طور معنادار افزایش دهد.

نتیجه این فرضیه در تحقیق حاضر با پژوهش ماکینن (2004)؛ به نقل از ماکینن و جانسون، (2006) و ماکینن و جانسون (2006)، ناهمسوست. ولی از سوی دیگر با پژوهش لاندان-نورث (2006) همسوست. ماکینن (2004)؛ به نقل از لاندان نورث، (2006) در مطالعه خود، دریافت که در گروهی که مشکلشان حل شده بود به طور معنادار بهبودی بیشتری در اندازه بخشایش از قبل تا پس از درمان، نسبت به گروهی که مشکلشان حل نشده بود، وجود داشت. جانسون (2004) و ماکینن (2004)؛ به نقل از لاندان نورث، (2006) ، عنوان بخشایش را ذکر کرده اند اما هیچکدام بخشایش را در مدل زوج درمانی هیجان مدار تعریف نکرده اند. ماکینن با تکیه بر تعارف هارگریو و سلز (1997) از بخشایش، بیان کرد که بخشایش در برگیرنده توانایی باز شناسی الگوهای تعاملی منفی، محدودیت ها، ترمیم اعتماد، در نظر گرفتن مسئولیت پذیری و ساختن پیوندهای هیجانی است.

وی بیان کرد که بخشایش مفهوم مهمی در فرآیند درمان است اما تعریفی از بخشایش در درمان و اینکه بخشایش در کدام گام درمانی در EFCT وارد شده است، ارائه نداد. در رویکرد EFCT، با بیان بخشایش بین فردی، مشکلاتی بوجد می آید و افراد آسیب دیده در خطر قرار می گیرند. وی از این مسئله حمایت کرد که وقایع آسیب رسان ممکن است به قدری قدرتمند باشند که اعتماد در رابطه را خراب کنند. این موضوع خط قرمزی در زمینه بخشایش بین فردی در EFCT مطرح می کند. در تشویق بخشایش بین فردی در روند درمان، خطری وجود دارد بدین معنا که فرد آسیب رسان قبلی می خواهد خطر آسیب مجدد را بیان کند. بیان این آسیب می تواند به فردی که قبلاً آسیب دیده، ضربه وارد می کند (لاندا- نورث، 2006) در این راستا لاندا- نورث (2006) به بررسی مزایا و معایب بخشایش در رویکرد EFCT پرداخت و در نهایت متغیر بخشایش را به گام پنجم درمان اضافه نمود. با توجه به تحقیق لاندا- نورث می توان به این نتیجه رسید که در زمینه بخشایش، رویکرد زوج درمانی هیجان مدار به تنهایی نمی تواند موجب افزایش بخشایش بین زوجین گردد، بلکه فرآیند بخشایش نیز باید به طور مجزا در این درمان گنجانده شود.

- زوج درمانی مبتنی بر هیجان و ابعاد صمیمیت

چهارمین یافته این پژوهش در زمینه بررسی این سؤال بود: " آیا کاربرد زوج درمانی مبتنی

بر هیجان باعث تغییر در ابعاد مختلف صمیمیت زوجین (عاطفی، روانشناختی، جنسی،

جسمانی، معنوی، عقلانی، ارتباطی، اجتماعی - تفریحی و زمانی) می شود؟". نتایج حاصل که

بین دو گروه آزمایشی و کنترل، تفاوت معناداری در ابعاد صمیمیت عاطفی، صمیمیت

روانشناختی، صمیمیت جنسی، صمیمیت جسمانی، صمیمیت ارتباطی و صمیمیت زمانی در

سطح  $p < 0/01$  وجود داشت. اما تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در ابعاد صمیمیت عقلانی،

صمیمیت معنوی و صمیمیت اجتماعی- تفریحی، از نظر آماری معنادار نبود.

همانطور که قبلاً گفته شد، افزایش معنادار صمیمیت به طور کلی، پس از زوج درمانی

هیجان محور، در پژوهش های دندنیو و جانسون (1994)، دنتون و دیگران (2000) و باتکر

(2001؛ به نقل از اسلامی مهر، 1387) تأیید شد. اما به جز پژوهشی که توسط جانسون و

گرینبرگ (1985 الف) صورت گرفت، پژوهش دیگری که مؤلفه های صمیمیت را به صورت

جزئی مورد بررسی قرار دهد به دست نیامد.

زوج‌ها در پژوهش جانسون و گرینبرگ (1985 الف)،

بر اساس مقیاس‌های سازگاری زناشویی، شکایت عمده و صمیمیت در رابطه، مورد

سنجش قرار گرفتند. نتایج این تحقیق نشان داد که بین تفاوت نمرات پیش از درمان و پس از

درمان گروه‌ها، تفاوت معناداری وجود دارد، همچنین پیگیری 2 ماهه نشان داد که زوجین

گروه EFCT عملکرد بهتری در سازگاری زناشویی، صمیمیت عقلانی و پیروی از سنت‌ها

نسبت به گروه راه حل محور، پیدا کرده بودند.

البته خاطر نشان می‌گردد که برخی از محققین ایرانی اثر بخشی رویکردهای مختلف

زوج‌درمانی بر صمیمیت و ابعاد آن را مورد پژوهش قرار داده‌اند (عرفانی اکبری،

1387؛ اعتمادی و دیگران، 1385 و اولیا، 1385) و در هر یک از این پژوهش‌ها

برحسب استفاده از رویکردها و نمونه‌های مختلف، نتایج متفاوتی به دست آمده است.

با توجه به تعریف نظری صمیمیت عاطفی که شامل نیاز به برقراری ارتباط و سهیم شدن در تمامی احساسات همسر، اعم از احساسات مثبت (شادی، سرخوشی، وجد و هیجان زدگی) و احساسات منفی (غمگینی، ناکامی، ترس، احساس گناه، تنهایی، کسالت، خستگی و افسردگی) می شود، برای ایجاد صمیمیت عاطفی باید موانع ابراز و بیان عواطف برداشته شوند تا احساسات به راحتی بتوانند در زمینه یک رابطه بیان شوند (باگاروتزی، 2001). در رویکرد زوج درمانی هیجان محور، درمانگر تلاش می کند تا بتواند به تجربیات هیجانی زوجین دست پیدا کند و آن ها را انعکاس دهد زیرا این ابراز کردن است، که پایه‌ی اساسی تغییر الگوهای تعاملی منفی زوجین را شکل می دهد، بدین منظور درمانگر سعی در ایجاد ائتلافی قوی در یک محیط درمانی دارد تا تکیه‌گاه مطمئنی را برای زوجین فراهم کند که در آن محیط زوجین بتوانند فرآیندهای تعاملی و نیز هیجاناتی را که پایه آن ها هستند، کشف کنند (جانسون و دیگران، 2005). در این راستا درمانگر با استفاده از تکنیک های مختلف (از قبیل انعکاس، هماهنگی همدلانه، پذیرش، نظارت فعال)، مراجع را ترغیب به بیان عواطف و هیجانات خود می کند.

بیان عواطف و هیجانات زوجین در طول جلسات درمانی ادامه می یابد و آن ها نیاز به بیان هیجانات و عواطف خود را بیشتر احساس می کنند و راه بهتر بیان کردن آن ها را نیز تجربه می کنند. از این طریق زوجین احساس نزدیکی عاطفی بیشتری نسبت به یکدیگر پیدا می کنند.

صمیمیت روانشناختی شامل نیاز به در میان نهادن، ارتباط برقرار کردن، مشارکت و تماس با یک فردیگر از طریق افشای عمیق مطالب مهم و مسایل معنادار فردی در مورد خود واقعی یا درونی می باشد. برای ایجاد صمیمیت روانشناختی واقعی، باید در رابطه امنیت وجود داشته باشد که این حالت حاصل اعتماد بین دو طرف است. زن یا شوهر برای این که بتوانند موضوعات مهم درونی خود را با یکدیگر در میان بگذارند، باید بدون ترس از ارزیابی شدن، مورد قضاوت قرار گرفتن، شرمنده شدن، مسخره شدن، تحقیر شدن، مورد اهانت قرار گرفتن و یا تنبیه شدن به خاطر خود افشایی های خود، احساس امنیت کنند (باگاروتزی، 2001). از دیدگاه EFCT، استرس های زناشویی توسط حالت های فراگیر از عاطفه منفی و ناامنی های دلبستگی ایجاد می شوند و ادامه پیدا می کنند. نظریه EFCT مدعی است که یک پیوند دلبستگی ایمن در زوج ها از طریق در دسترس بودن و پاسخگو بودن ایجاد می شود (جانسون 2004).



دسترسی به این معناست که یک همسر زمانی که عضو دیگر این مجموعه دوتایی علائمی از آشفتگی را نشان می دهد، از نظر هیجانی و جسمی در دسترس باشد. زمانی که یکی از زوجین غیر پاسخگو و غیر قابل دسترس به نیازهای روانی و فیزیکی دیگری است،

دلبستگی ناایمن بوجود می آید (جانسون و یفن، 1999). درمانگر EFCT رابطه زوجین را

به عنوان یک پیوند دلبستگی در نظر می گیرد که به موجب آن ارتباطات آشفته به عنوان

پیوندهای نا ایمن بررسی می شوند (جانسون و دیگران، 1999)، در این راستا، درمانگر به

دنبال ایمن کردن پیوندها و تعاملات زوجین، جهت کاهش آشفتگی های زناشویی ست، وی

از این طریق می تواند صمیمیت روانشناختی زوجین را نیز افزایش دهد.

صمیمیت عقلانی شامل نیاز به سهیم شدن و در میان نهادن ایده ها، افکار و باورهای

مهم با همسر است.

به وجود آمدن صمیمیت عقلانی مستلزم احترام به دیدگاه طرف مقابل می باشد، به خصوص احترام به نظرات متفاوت او. عنصر اصلی در ایجاد و نگهداری صمیمیت عقلانی توانایی نقش‌گزینی است، یعنی توانایی دیدن جهان از چشم شریک خود، دریافت چیزی که همسر از چشم انداز یکتا و منحصر به فرد خود درک می کند (باگاروتزی، 2001). در گام ششم زوج درمانی هیجان محور، درمانگر سعی در افزایش پذیرش تجربه های همسر و راه های جدید تعامل دارد. در این گام، مراجع خودش و دیگری را آن گونه که هستند تجربه می کند. این تجربه نمی تواند بدون تسهیل درمانگر برای افزایش پذیرش و اعتباریابی ادراک هریک از مراجعین از موقعیت خودش و احساسات مرتبط در آن لحظه، کامل شود. این وضعیت درمانی می تواند الگویی برای مراجع باشد که احساسی از تصدیق خود منحصر به فردش و نیز فرد دیگر داشته باشد، بدون اینکه راجع به عقیده و ارزش خود یا دیگری، قضاوت کند (جانسون، 2004). باتوجه به مداخلات گام ششم، صمیمیت عقلانی زوجین پس از دریافت زوج درمانی هیجان محور، افزایش می یابد.

صمیمیت جنسی، نیاز به ارتباط برقرار کردن، در میان نهادن و بیان افکار، احساسات تمایلات و

خیال پردازی های جنسی با همسر است. این نوع صمیمیت به ویژه در راستای برانگیختن میل

جنسی می باشد. همچنین نیاز و تمایل به انجام فعالیت هایی مانند نزدیکی جسمی، تماس بدنی، لمس

کردن و نوازش کردن می باشد که هدف اصلی آن تحریک جنسی، برانگیختگی و لذت جنسی برای

هر دو نفر می باشد. صمیمیت جسمانی نیز نیاز به نزدیکی فیزیکی و جسمی با همسر است.

صمیمیت جسمانی ممکن است در قالب یک لمس ساده یا در قالب تماس بدنی نزدیک همانند در

آغوش گرفتن، جلوه گر شود (باگاروتزی، 2001). درمانگر EFCT همیشه از تجربه هیجانی جدید

برای ایجاد انواع جدید مکالمه و سپس استفاده از این مکالمات برای ایجاد وقایع تعاملی جدید بهره

برداری می کند، که این کار به نوبه خود زندگی هیجانی درونی زوجین را تحت تأثیر قرار می دهد.

این که ما چگونه هیجان خود را بیان و آن را تنظیم می کنیم و این که چگونه با دیگران تعامل داریم،

در واقع دو روی یک سکه اند. بنابراین، بیان آسیب پذیری توسط فرد، یک مکالمه جدید در باره

تمناهای وی برای طلب آرامش از همسرش ایجاد می کند، که می تواند منجر به پاسخ های جدید و

روشنی از طرف همسر شود (جانسون، 2004).

لذا هر چند که مشکل اصلی مراجعان، صمیمیت جنسی و جسمی نباشد، با افزایش بیان هیجانات در تعاملات زوجین، خواسته های جنسی و جسمی نیز به مراتب بیشتر از گذشته ابراز می شوند و در نتیجه صمیمیت جنسی و جسمی مراجعان افزایش می یابد. برای مثال، زمانی که یک فرد بتواند برای خود و دیگری وحشتی را که در طی یک تماس فیزیکی احساس می کند بروز دهد، این حالت رفتار دلسوزانه و تسکین دهنده همسرش را بر می انگیزد و به تجارب هیجانی شفافبخش اجازه وقوع در رابطه حاضر را می دهد که موجب کاهش و تغییر ماهیت پاسخ وحشت زدگی می شود (جانسون، 2004).

صمیمیت ارتباطی در برگیرنده نیاز و تمایل به در میان گذاشتن احساسات، افکار، ادراکات، باورها و تجاربی است که از نظر فرد دارای احساساتی عمیق و الهام آور هستند، می باشد و صمیمیت زمانی نیز به معنای آن است که هر یک از زوجین روزانه چه مقدار تمایل دارد در فعالیت های صمیمانه برای همسر خود وقت صرف کند (با گاروتزی، 2001).

درمانگر EFCT مستقیماً تعاملات بین زوجین را تنظیم می کند تا حوادث رابطه جدید که رابطه را دوباره تعریف خواهد کرد، ایجاد شود. درمانگر یک فرد را برای پاسخ به دیگری به شیوه ای خاص راهنمایی می کند، همچنین بیان تجربه هیجانی جدید و بیان نیازها و خواسته ها را تشویق می کند. در این لحظات رابطه به سمت حیطه ای جدید پیش می رود که در آن حیطه زوجین می توانند به راحتی خواسته ها و تمایلات خود را در زمینه های مختلف بیان کنند. این موضوع می تواند به افزایش صمیمیت ارتباطی و زمانی کمک کند.

صمیمیت اجتماعی-تفریحی، نیازمند به درگیر شدن و مشارکت در فعالیت ها و تجارب تفریحی و لذت بخش با همسر می باشد. زوج درمانی مبتنی بر هیجان بیشتر بر افراد تمرکز دارد و نمی تواند از نظر مشغله کاری و شرایط محیطی، تغییر زیادی در روند خانواده ایجاد کند، هر چند احتمالاً در روند درمان، افراد به وجود و لزوم نیازهای تفریحی پی می برند اما به دلیل مهیا نبودن شرایط محیطی، این نیاز به طور عملی برآورده نمی شود، لذا در پژوهش حاضر، این نوع صمیمیت که نیازمند شرکت در فعالیت ها و تجارب لذت بخش و فراهم شدن شرایط مساعد محیطی است، افزایش عمده ای نداشت.

صمیمیت معنوی به معنای نیاز به سهیم شدن در افکار، احساسات، عقاید و تجارب خود با همسر است که به نوعی با مذهب، حوزه های مافوق طبیعی و معنوی وجود، ارزش ها و باورهای اخلاقی، معنای وجود، زندگی پس از مرگ و رابطه فرد با خدا ارتباط دارد. معنویت تا حدودی یک مسئله فردی و اختصاصی است که بیشتر در طول رشد فردی و تحت تأثیر روابط خانواده اولیه قرار می گیرد، هرچند که رعایت آداب و اعمال مشترک فعالیت های مذهبی و شرکت در مراسم و اعیاد مذهبی به همراه همسر به عنوان بخشی از صمیمیت معنوی در نظر گرفته می شود (با گاروتزی، 2001). لذا این احتمال وجود دارد که به دلیل اختصاصی بودن مذهب در افراد، در این پژوهش، این حیطة کمتر تحت تأثیر مداخله درمانی قرار گرفته باشد. از سوی دیگر سازه مذهب، سازه قدرتمندی است که ریشه های قوی در گذشته افراد، شرایط محیطی، شرایط فرهنگی و نیز آموخته های افراد دارد و احتمالاً تغییر عمده در چنین سازه ای مشکل خواهد بود و نیازمند تلاشی متمرکز و مستمر است. در روند درمانی بر روی افراد نمونه در پژوهش حاضر، به صورت مستقیم، تأکیدی بر مذهب و عوامل مرتبط با آن، صورت نگرفت لذا تغییر عمده و معناداری در حوزه صمیمیت مذهبی صورت نگرفت.

- سازگاری زناشویی در زنان و مردان پس از زوج درمانی مبتنی بر هیجان  
پنجمین یافته این پژوهش ، در زمینه بررسی این سؤال بود که : " آیا بین میزان  
سازگاری زناشویی در زنان و مردان پس از ازدواج درمانی مبتنی بر هیجان، تفاوت  
معناداری وجود دارد؟"

نتایج حاصل از بررسی داده ها نشان داد که بین زنان و مردان در گروه آزمایش پس از  
دریافت زوج درمانی هیجان مدار، تفاوت معناداری وجود نداشت، البته بین زنان و مردان  
گروه آزمایش و نیز گروه کنترل، در پیش آزمون، تفاوت بسیاری وجود داشت که نشان  
می دهد در کل، رضایت زناشویی مردان بیشتر از همسرانشان است، اما پس از اجرای  
رویکرد زوج درمانی هیجان مدار بر روی زوجین گروه آزمایش، تفاوت مشاهده شده بین  
زنان و مردان کاهش یافت و نمرات زنان به نمرات مردان نزدیکتر شد، به طوری که  
تفاوت بین نمرات آن ها معنادار نبود.

زوج درمانی های گوناگون، با آزمودن سؤال فوق نتایج متفاوتی را به دست آورده‌اند. عامری (1381؛ به نقل از عرفان منش، 1386) مداخله های خانواده درمانی راهبردی در حل اختلافات زناشویی را مطالعه کرده است. تحقیق وی این مداخله را در زنان مؤثرتر دانسته است. دیبائیان (1384) در تحقیقی به منظور تعیین میزان اثر بخشی درمان راه حل مدار بر افزایش رضایت زناشویی، نشان داد رویکرد فوق، میزان رضایت زناشویی مردان را بیشتر از زنان افزایش داده است. کنگرانی فراهانی (1386) میزان اثر بخشی اصلاح رابطه (RE) را بر رضایت مندی زناشویی بررسی کرد. وی نشان داد آموزش مدل RE در افزایش نمرات رضایت زناشویی مردان و زنان گروه آزمایش تأثیر متفاوتی ندارد. جانباز فریدونی و دیگران (1387) در پژوهش خود، اثر بخشی زوج درمانی کوتاه مدت خود نظم بخشی را بر افزایش رضایت زناشویی زوجین، بررسی کردند. نتایج آن ها نشان داد که جنسیت آزمودنی ها تأثیری بر اثر بخشی زوج درمانی ندارد.



با وجود تحقیقات زیاد پیرامون EFCT که تقریباً همگی آن‌ها قبلاً ذکر شد، هیچکدام فرضیه معنادار بودن رویکرد EFCT بر حسب جنسیت را نیازموندند، به جز عرفان منش (1386) که نتیجه تحقیق وی نشان داد: رویکرد EFCT بر روی زنان، بیش از شوهرانشان مؤثر بوده است. یافته پژوهش حاضر با نتیجه تحقیق عرفان منش (1386) همخوانی ندارد.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در وضعیت زناشویی تفاوت‌های جنسیتی وجود دارد و مردان بیشتر از زنان گزارش می‌کنند که از زندگی خود رضایت دارند (هولان، 1984؛ کسلو و هنون، 1994؛ گاتمن، 1993؛ به نقل از برک، 1385). زنان نسبت به مردان احساس نارضایتی بیشتری در کمبودهای عاطفی دارند و هنگام صحبت در باره مسائل ارتباطی با هیجان بیشتری صحبت می‌کنند (مارکمن، 1995، به نقل از دیبائیان، 1384). همچنین زنان سطوح بالاتری از آگاهی عاطفی نسبت به روابط خود دارند و این آگاهی بیشتر منجر به رضایت کمتر از روابط زناشویی می‌شود (کرویل و التز، 2003، به نقل از عرفان منش، 1386).

با توجه به تحقیقات ذکر شده ، نتایج تحقیق حاضر نیز نشان داد که پیش از شروع درمان، زنان رضایت کمتری در روابط زناشویی خود نسبت به مردان داشتند، اما پس از دریافت زوج درمانی هیجان محور، همراه با افزایش رضایتمندی زناشویی مردان، رضایتمندی زنان نیز افزایش یافت. با توجه به میانگین های به دست آمده برای هر دو گروه، افزایش سازگاری زناشویی زنان، پس از درمان نسبت به قبل از آن (تفاوت بین پیش آزمون و پس آزمون)، بیشتر از افزایش سازگاری زناشویی در مردان بود اما این افزایش از نظر آماری معنادار نبود. احتمالاً با افزایش حجم نمونه، این تفاوت می تواند از نظر آماری معنادار گردد.

- صمیمیت در زنان و مردان پس از زوج درمانی مبتنی بر هیجان

در ششمین یافته این پژوهش، به بررسی پاسخ سؤال زیر پرداخته شد:

" آیا بین میزان صمیمیت به طور کلی، در زنان و مردان پس از زوج درمانی مبتنی بر هیجان، تفاوت معناداری وجود دارد؟ " نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها بین میانگین تفاوت ها در دو گروه زنان و مردان در متغیر صمیمیت، پس از زوج درمانی هیجان مدار ، از نظر آماری معنادار نبود.

جنسیت ساختاری پیچیده و چند وجهی است که تأثیر آن بر روابط صمیمانه به طور گسترده‌ای بررسی شده است. مرور برخی مطالعات مربوط به تفاوت های جنسیتی در روابط صمیمانه نشان می دهد که رتبه های صمیمیت زنان در مقایسه با مردان بالاتر است و در برخی دیگر گزارش می شود که مردان فقط در دوستی های بسیار نزدیک می توانند مانند زنان صمیمانه عمل کنند. همچنین برخی از پژوهشگران معتقدند که زنان صرفاً به این دلیل صمیمانه تر عمل می کنند که صمیمیت به شیوه ای زنانه و جهت دار مفهوم سازی و اندازه گیری شده است و اگر در تعریف صمیمیت، اشتراک و نزدیکی در فعالیت های اجتماعی نیز گنجانده شود، مردان نیز به اندازه زنان صمیمیت نشان می دهند (رایت 1982؛ راولینز، 1993؛ به نقل از خمسه و حسینیان، 1387).

نکته دیگری که در تفاوت های جنسیتی در الگوهای صمیمیت گزارش شده، بیانگر آن است که زنان و مردان، به گونه ای یکسان برای روابط صمیمانه ارزش قائلند، اما در ارزیابی صمیمیت، معیارهایی متفاوت دارند؛ زنان خود – ابراز گری را صمیمیت در رابطه می دانند و برای مردان، صمیمیت به معنای مشارکت در فعالیت هاست (آوکت و میل، 1988؛ به نقل از خمسه و حسینیان، 1387).

همچنین خمسه و حسینیان (1387) در تحقیق خود دریافتند که نیاز مردان به صمیمیت در مقایسه با زنان بیشتر است. همچنین مردان نیاز بیشتری به صمیمیت عاطفی، صمیمیت روانشناختی و صمیمیت جنسی دارند، در حالی که زنان بیشتر نیازمند صمیمیت جسمانی و زمانی هستند. از سوی دیگر ذوالفقاری و دیگران (1387) در تحقیق خود دریافتند که در مقایسه ابعاد صمیمیت بین زنان و مردان، فقط نمره مردان در بعد صمیمیت جسمانی به طور معناداری بیشتر از زنان بود.

این نکته که آیا زنان در روبرو زناشویی صمیمی ترند یا مردان، موضوع بسیار پیچیده ای است که پاسخی مشخص برای آن وجود ندارد و یافته های مطالعات مختلف نیز نتایج متناقض را در مورد آن گزارش داده اند و نتیجه تحقیق حاضر نیز با برخی از پژوهش ها همسو و با برخی دیگر ناهمسو است

- بخشایش در زنان و مردان پس از زوج درمانی مبتنی بر هیجان

هفتمین یافته تحقیق در زمینه بررسی این سؤال بود که: " آیا بین میزان بخشایش در زنان و مردان پس از زوج درمانی مبتنی بر هیجان، تفاوت معناداری وجود دارد؟ " نتیجه حاصل از آن نشان داد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین دو گروه زنان و مردان در متغیر بخشایش از نظر آماری معنادار نیست.

در اغلب مطالعات اثر جنسیت بر بخشایش مورد ارزیابی قرار گرفته است. یافته ها حاکی از تفاوت بسیار اندک بین دو جنس بوده و آن نیز بعضاً در خرده آزمون ها دیده می شود که از نظر پژوهشگران چندان قابل اعتماد نبوده است (مانوز ساستر و دیگران، 2004 ؛ مک کالو و دیگران ، 1998 ؛ ووک، 2006 و مالت و دیگران، 2003؛ به نقل از ناطقیان، 1385).

همچنین ورتینگتون (1998؛ به نقل از سیف و بهاری ، 1383) نیز می نویسد که بین میزان بخشایش مردان و زنان تفاوت هایی وجود دارد، اما این تفاوت ها اندک هستند. نتیجه پژوهش حاضر با نتیجه تحقیقات فوق همسوست و نشان می دهد که تفاوت بین زنان و مردان اندک بوده و از نظر آماری معنادار نیست.

## دلالت های ضمنی

با توجه به نتایج پژوهش حاضر می توان به این نتیجه رسید که مداخله زوج درمانی مبتنی بر هیجان، می تواند برای زوجین که آشفتگی شدید زناشویی در روابط خود ندارند و در آستانه طلاق نیستند، همچنین برای زوجینی که دارای مشکلات روانپزشکی و اختلالات شخصیت نیستند، مؤثر واقع شده و روابط آن ها را بهبود بخشد. به عبارت دیگر، بیشترین اثر بخشی این رویکرد بر مسایل و مشکلاتی است که شدید نبوده و عوامل مداخله گری از قبیل اعتیاد، مشکلات مالی و اختلالات روانی در میان باشد.

همچنین استفاده از رویکرد زوج درمانی مبتنی بر هیجان با توجه به فرآیند درمانی آن، می تواند از طریق بازگو کردن عواطف و هیجانات فرد، صمیمیت زناشویی زوجین را افزایش دهد و باعث نزدیکی عاطفی و روانشناختی افراد و در نتیجه افزایش سازگاری زناشویی شده و کیفیت زندگی زوجین را ارتقاء بخشد.

نکته قابل توجه در زمینه بهره‌گیری درمانگران از این رویکرد این است که زوج درمانی مبتنی بر هیجان به صورت خالص نمی‌تواند بخشایش زوجین را افزایش دهد، لذا نیازمند این است که فرآیند بخشودگی به طور مستقیم و قابل کنترل از طریق مداخلات خاص به روند این درمان افزوده شود تا بتواند برای زوجینی که مشکلات خاص در زمینه بخشایش و عدم بخشایش دارند، مؤثر واقع گردد.

در این رویکرد تأکیدی بر ارائه تکالیف به زوجین نشده است اما افزایش بهره‌گیری از ارائه تکالیف مرتبط با هر جلسه، به زوجین کمک می‌کند که خارج از جلسه درمانی نیز، از مضامین این رویکرد بهره ببرند تا تغییر سبک تعاملی منفی سریعتر صورت پذیرد و متغیرهایی که برای تغییر به تمرین و خودآگاهی مداوم نیاز دارند، سریعتر و با کیفیت بیشتری تغییر کنند.

- توصیه می گردد تحقیقاتی صورت پذیرد که بتواند روش های مداخلاتی مختلف از قبیل زوج درمانی شناختی- رفتاری را با رویکرد هیجان محور مقایسه کرده و میزان اثر بخشی آن ها را مطابق آمار و ضمن مقایسه نشان دهد.
- پیشنهاد می شود که زوجین مورد مطالعه بر حسب متغیرهایی مانند نوع مشکل، مدت ازدواج و بودن در مرحله خاص چرخه زندگی در گروه آزمایشی همتا سازی شوند، تا تأثیر این روش بر مشکلات و ویژگی های گوناگون بررسی گردد.
- همچنین پیشنهاد می شود زوجین بر حسب شدت تعارضات نیز همتا سازی شوند تا بتوان اثر بخشی این روش را در درجات مختلف مشکلات مورد بررسی قرار داد.
- پیشنهاد می شود این پژوهش در حجم نمونه بیشتری مورد آزمون مجدد قرار گیرد، تا اعتبار این روش درمانی با اطمینان بالاتری برآورد گردد.
- پیشنهاد می شود این پژوهش به صورت طولی مورد ارزیابی قرار گیرد تا از صحت یافته ها در طول زمان، اطمینان بیشتری حاصل گردد.



## محدودیت ها

- معمولاً عدم رضایت از روابط زناشویی به عدم رضایت از زندگی و ناامیدی از بهبودی منجر می شود. زوجین ناسازگار به دلیل فوق و همچنین به دلیل اعتماد کم به متخصص و ترس از افزایش مشکلات خانوادگی از شرکت در جلسات مداخله ای کمتر استقبال می کنند و استقبال کم، بیشتر از سوی مردان است و این موضوع یکی از مشکلات تحقیق حاضر نیز بود که باعث ریزش نمونه در گروه کنترل و آزمایش گردید.

- کنترل تمامی متغیرهای مزاحم به طور هم زمان در این پژوهش ها بسیار مشکل و نزدیک به محال است و نمی توان در انتخاب، همسان سازی کامل ایجاد کرد و این امکان به طور کامل در این پژوهش فراهم نشد. در هر صورت ناتوانی محقق در کنترل تمامی متغیرهای مزاحم به عنوان یک محدودیت گزارش می شود.

- همچنین کمبود تجربه درمانگر در زمینه زوج درمانی، یکی از محدودیت ها در اجرای این تحقیق بود.

- احمدی، خدابخش؛ آزاد مرزآبادی، اسفندیار و ملازمانی، علی. (1384). بررسی وضعیت ازدواج و سازگاری زناشویی در بین کارکنان سپاه. مجله طب نظامی، 7 (2)، 152-141.

- احمدی، خدابخش؛ نوابی نژاد، شکوه و اعتمادی، احمد. (1385). مقایسه اثربخشی دو روش مداخله ای تغییر شیوه زندگی و حل مشکل خانوادگی در کاهش ناسازگاری زناشویی. تازه ها و پژوهش های مشاوره، 5 (17)، 37-9.

- اسلامی مهر، صمد. (1387). اثر بخشی درمان هیجان مدار بر سبک های دلبستگی زوجین شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه اصفهان.

- اعتمادی، عذرا؛ نوابی نژاد، شکوه؛ احمدی، سید احمد و فرزاد، ولی اله. (1385 الف). بررسی اثر بخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری بر صمیمیت زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان. مطالعات روانشناختی، 2 (1 و 2)، 87-69.

- اعتمادی، عذرا؛ نوابی نژاد، شکوه؛ احمدی، سید احمد و فرزاد، ولی اله. (1385ب).

بررسی تأثیر زوج درمانی به شیوه ایماگوتراپی بر صمیمیت زوجین مراجعه کننده به مراکز

مشاوره در شهر اصفهان. تازه ها و پژوهش های مشاوره، 5(19)، 22-9.

- افخمی، ایمانه. (1385). بررسی تأثیر آموزش بخشودگی بر سازگاری، رضایتمندی و

کاهش تعارضات زناشویی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر یزد. پایان نامه

کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه اصفهان.

- اولیاء، نرگس؛ فاتحی زاده، مریم و بهرامی، فاطمه. (1385). تأثیر غنی سازی زندگی

زناشویی بر افزایش صمیمیت زوجین. فصلنامه خانواده پژوهی، 2(6)، 119-135.

- برک، لورا. (1385). روانشناسی رشد. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر ارسباران.

- بشارت، محمدعلی. (1379). مدل های زوج درمانگری. فصلنامه تازه های روان

درمانی، 5(17و18)، 34-49.

- بهاری، فرشاد و سیف، سوسن. (1379). بخشودگی: معرفی یک مدل درمانی در مشاوره ازدواج و خانواده. تازه ها و پژوهش های مشاوره، 2(7و8)، 49-66.
- پویا منش، جعفر؛ احدی، مظاهری، محمدعلی و دلاور، علی. (1387). مقایسه اثر بخشی مداخلات مبتنی بر نظریه الیس به دو روش مشاوره گروهی رو در رو و اینترنتی در افزایش رضایت زناشویی. تحقیقات علوم رفتاری، 6(2)، 89-96.
- ثنایی، باقر. (1379). مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.
- جانباز فریدونی، کبری؛ تبریزی، مصطفی و نوابی نژاد، شکوه. (1387). اثر بخشی زوج درمانی کوتاه مدت خود نظم بخشی بر افزایش رضایت زناشویی مراجعان درمانگاه فرهنگیان شهرستان بابلسر. فصلنامه خانواده پژوهی، 4(15)، 213-229.
- حسنی، فریبا، نوابی نژاد، شکوه و نورانی پور، رحمت الله. (1387). مقایسه اثر بخشی زوج درمانی رفتاری - شناختی و هیجان محور بر افسردگی زوج مرد نابارور. پژوهش زنان، 6(3)، 61-83.

- حفاظی طر قبه ، میترا؛ فیروز آبادی ، علی و حق شناس، حسن. (1385). بررسی ارتباط بین اجزاء عشق و رضایتمندی زوجی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، 16(54)، 99-109.

- خمسه، اکرم و حسینیان، سیمین. (1387). بررسی تفاوت ها جنسیتی بین ابعاد مختلف صمیمیت در دانشجویان متأهل. مطالعات زنان، 6(1)، 35-52.

دانش، عصمت. (1383). تأثیر خودشناسی اسلامی در افزایش میزان سازگاری زناشویی. تازه ها و پژوهش های مشاوره ، 3(11)، 8-30.

- درویزه، زهرا و کهکی، فاطمه. (1387). بررسی رابطه سازگاری زناشویی و بهزیستی روانی. مطالعات زنان، 6(1)، 91-104.

- دیباییان، شهرزاد. (1384). میزان اثر بخشی درمان راه حل مدار بر افزایش رضایت زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده. دانشگاه علامه طباطبائی.

- ذوالفقاری، مریم؛ فاتحی زاده، مریم و عابدی، محمدرضا. (1387). تعیین رابطه بین طرحواره های ناسازگاری اولیه با ابعاد صمیمیت زناشویی زوجین شهر اصفهان. فصلنامه خانواده پژوهی، 4(15)، 247-261.

- رسولی، رؤیا، اعتمادی، احمد، شفیع آبادی، عبدالله و دلاور، علی. (1386). مقایسه اثر بخشی مداخله متمرکز بر هیجان به شیوه زوجی و فردی بر کاهش درماندگی رابطه زوجین دارای فرزند با بیماری مزمن. فصلنامه خانواده پژوهی، 3(11)، 683-696.

- رضایی، مهدیه. (1386). تأثیر زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود الگوهای ارتباطی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

- ریو، جان.ام. (1383). انگیزش و هیجان. (ترجمه یحی سید محمدی). تهران: نشر ویرایش. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی: 2001).

- سیف، سوسن و بهاری، فرشاد. (1383). رابطه بین بخشودگی و سلامت روانی همسران. مطالعات روانشناختی، 1(1)، 9-18.

- سیمون و سیمون، س . (1371). بخشودن. مترجم: مهدی قراچه داغی. تهران: مترجم.

- عرفان منش، نرجس. (1386). اثر بخشی زوج درمانی متمرکز بر هیجان بر سازگاری

زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات

تهران.

- عرفانی اکبری، معصومه. (1387). بررسی مشکلات مربوط به صمیمیت زوجین و تأثیر

ارتباط درمانی زوجین بر آن. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده. دانشگاه الزهراء.

- فرح بخش ، کیومرث و قنبری هاشم آبادی، بهرام علی. (1385). بررسی اثر بخشی زوج

درمانی گلاسز بر کاهش استرس و افزایش رابطه صمیمانه پس از ضربه ناشی از ادراک

خیانت به همسر. مطالعات تربیتی و روانشناسی، 7(2)، 173-190.

- کنگرانی فرهانی، طاهره (1386). بررسی میزان اثر بخشی آموزش مدل اصلاح رابطه

(RE) بر رضایتمندی زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده. دانشگاه علامه

طباطبایی.

- مظاهری، محمدعلی. (1379). نقش دلبستگی بزرگسالان در کنش وری ازدواج. مجله روانشناسی، 318، 15-286.

- ملازاده، جواد (1381). رابطه سازگاری زناشویی با عوامل شخصیت و سبک های مقابله ای در فرزندان شاهد. پایان نامه دکترا. دانشگاه تربیت مدرس تهران.

- ملازاده، جواد؛ منصور، محمود، اژه ای، جواد و کیامنش، علیرضا. (1381). سبک های رویاروگری و سازگاری زناشویی در فرزندان شاهد. مجله روان شناسی، 275، 3-255.

- ناطقیان، سمانه. (1385). بخشایش و رضایت زناشویی در مردان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ و همسران آن ها. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه شیراز.

- نجفلویی، فاطمه. (1382). کاربرد زوج درمانی شناختی در تغییر سبک اسناد و کاهش اختلاف های زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده. دانشگاه الزهراء.



- نظری، علی محمد. (1386). مبانی زوج درمانی و خانواده درمانی. تهران: نشر علم.
- نظری، علی محمد نوابی نژاد، شکوه. (1384). بررسی تأثیر برنامه بهبود بخشی ارتباط بر رضایت زناشویی و زوجین هر دو شاغل. تازه ها و پژوهش های مشاوره، 4(13)، 37-9.
- نوابی نژاد، شکوه. (1383). مشاوره ازدواج و خانواده درمانی. تهران: انتشارات اولیاو مربیان.
- هاشمیان، کیانوش و امیری، ربابه. (1386). رابطه عمل به باورهای دینی و میزان صمیمیت زنان دانشجوی تهرانی با همسرانشان. فصلنامه مطالعات جوانان، 8 و 9، 71-55.
- هالفورد، کی. (1384). زوج درمانی کوتاه مدت. ترجمه مصطفی تبریزی، مژده کاردانی و فروغ جعفری. تهران: انتشارات فراوان. (تاریخ انتشارات به زبان اصلی: 2001).