

اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی زنان دارای تعارضات زناشویی

فاطمه نقی نسب اردهانی^۱، دکتر محمود جاجرمی*^۲، دکتر محمد محمدی پور^۳

۱- دانشجوی دکتری تخصصی رشته مشاوره، گروه مشاوره و روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

۲- استادیار، گروه مشاوره و روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران. ۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: نابامانی ازدواج و عدم خشنودی در زندگی زناشویی پیامدهای مهمی برای خانواده به همراه دارد. این مطالعه به منظور تعیین اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی زنان دارای تعارضات زناشویی انجام شد. **روش بررسی:** این کارآزمایی بالینی روی ۵۳ خانم ساکن گرگان مراجعه‌کننده با تعارضات زناشویی به مراکز مشاوره بینش، راستین و مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهر گرگان طی سال ۱۳۹۵ انجام شد. زنان دارای تعارضات زناشویی به شیوه تصادفی بلوکی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. مقیاس بهزیستی روانشناختی Ryff و پرسشنامه سنجش عملکرد ازدواج (MFAI) پیش از مداخله، یک هفته و هشت هفته بعد از مداخله به وسیله شرکت‌کنندگان تکمیل شد. مشاوره با رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار در ۱۵ جلسه به شیوه گروهی، هفته‌ای یک بار و به مدت ۹۰-۱۲۰ دقیقه برای گروه مداخله انجام شد. پیگیری دو ماه بعد انجام گردید. نمره عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی در پایان مدت مطالعه و دو ماه پس از پایان مطالعه برای هر شرکت‌کننده ثبت گردید.

یافته‌ها: در پایان ۱۵ جلسه مداخله، میانگین نمره عملکرد ازدواج گروه مداخله ($22/15 \pm 22/32$) در مقایسه با گروه کنترل ($31/56 \pm 162/39$) افزایش آماری معنی‌داری نشان داد ($P < 0/05$). همچنین در انتهای مطالعه، میانگین نمرات بهزیستی روانشناختی گروه مداخله ($35/70 \pm 372/48$) در مقایسه با گروه کنترل ($237/57 \pm 42/38$) افزایش آماری معنی‌داری یافت ($P < 0/05$). دو ماه پس از پایان مطالعه بین میانگین نمرات عملکرد ازدواج گروه مداخله ($22/96 \pm 268/56$) در مقایسه با گروه کنترل ($12/56 \pm 145/32$) افزایش آماری معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/05$). همچنین بین میانگین نمرات بهزیستی روانشناختی گروه مداخله ($22/36 \pm 398/64$) در مقایسه با گروه کنترل ($13/32 \pm 201/50$) افزایش آماری معنی‌داری یافت شد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: زوج‌درمانی هیجان‌مدار از طریق تضعیف چرخه‌های تعاملی منفی، بازسازی الگوهای تعاملی و تسهیل پدیدآیی راهکارهای تازه برای حل مسایل کهنه ارتباط باعث ارتقاء عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی زنان دارای تعارضات زناشویی می‌شود.

کلید واژه‌ها: زوج‌درمانی هیجان‌مدار، بهزیستی روانشناختی، ازدواج، تعارضات زناشویی

* نویسنده مسؤول: دکتر محمود جاجرمی، پست الکترونیکی jajarmimahmoud96@gmail.com

نشانی: بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، تلفن و نمابر ۰۵۸-۳۲۲۹۶۹۸۹

وصول مقاله: ۱۳۹۶/۸/۲۰، اصلاح نهایی: ۱۳۹۶/۱۲/۲۳، پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۲۳

مقدمه

تعاملات و الگوهای مرادده‌ای که بین زن و شوهر جاری است؛ عملکرد ازدواج را به وجود می‌آورد و یک عملکرد سالم نشان‌دهنده این مطلب است که الگوهای مرادده‌ای و تعاملات بین زن و شوهر، در رسیدن به اهداف ازدواج سودمند و مؤثر است. عملکرد ازدواج یکی از متغیرهایی است که اوضاع و شرایط زوج را در حوزه‌های مختلف ارزیابی می‌کند و نشان‌دهنده توانایی زوج در هماهنگی با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، احترام، پذیرش، ترمیم سریع روابط قطع شده، برخورد معمول با سبک‌های گفتگو، داشتن نیاز به صمیمیت و قدرت، فرزندپروری مقتدرانه، ایجاد شبکه

ازدواج یک پیوند شناخته شده قانونی و اجتماعی، به‌طور ایده‌آل در سراسر عمر است که مستلزم حقوق و تعهدات جنسی، اقتصادی و اجتماعی برای همسران است (۱). ازدواج مهم‌ترین و اساسی‌ترین ارتباط توصیف شده است؛ زیرا ساختار اصلی برای بنا نهادن یک خانواده و پرورش نسل بعدی را فراهم می‌کند. ازدواج نقش مهمی در رشد زیستی، روانی، اجتماعی و حفاظت از اعضای خود ایفا می‌کند (۲). سیستم زوجی، سیستمی است که اعضای آن (زن و شوهر) با یکدیگر در تعامل هستند و بر یکدیگر تاثیر می‌گذارند.

شخصیت و دستیابی به اهداف زندگی درونی و بیرونی (۱۷) را نام برد. بهزیستی روانشناختی با اضطراب، افسردگی و خصومت (۱۸) و وقایع منفی زندگی (۱۹) رابطه معکوس دارد. افرادی که از زندگی رضایت دارند و هیجان‌ات مثبت را تجربه می‌کنند؛ دارای سطح بالایی از بهزیستی روانشناختی هستند (۲۰).

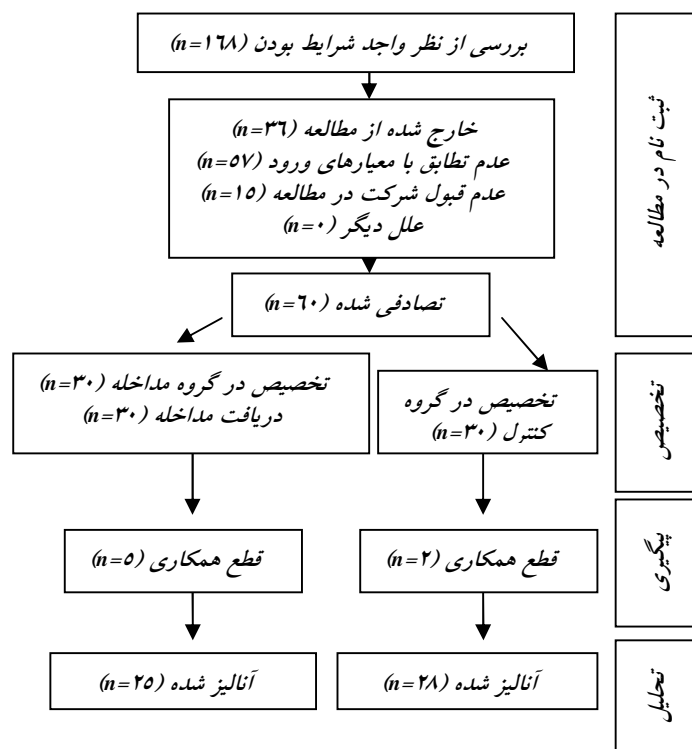
رویکردهای مختلفی برای کمک به زوجین دچار تعارض ارایه شده است. از جمله رویکردهایی که می‌تواند در این زمینه مناسب باشد؛ می‌توان زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFCT) (Emotion Focused Couple Therapy) را نام برد. در زوج‌درمانی هیجان‌مدار، زوج‌ها در طول درمان در فرایندی درگیر می‌شوند که هر یک تلاش می‌کنند تا ترس‌ها و نیازهای دلبستگی خود را ابراز نمایند و به بهترین نحو ممکن به پرورش پیوند دلبستگی ایمن‌تری پردازند که این خود موجب تداوم تغییرات پایدار در رضایت از رابطه زوج‌ها (۲۰) و دستیابی به پاسخ‌های هیجانی انطباقی اولیه به موقعیت‌ها (۲۱) می‌شود. فرضیه اساسی رویکرد درمان هیجان‌مدار بیان می‌کند تا زمانی که هریک از زوجین، قادر نباشند نیازهای دلبستگی خود را در حیطه‌های رضایمندی و امنیت با یکدیگر در میان گذارند؛ تعارضات زناشویی شروع به شکل‌گیری می‌کنند (۲۲). این رویکرد معتقد است که آشفتگی‌های زناشویی همراه حالت فراگیر از عاطفه منفی و آسیب‌های دلبستگی ایجاد می‌شود و ادامه پیدا می‌کند (۲۳). کاهش دلبستگی اجتنابی و دلبستگی اضطرابی، افزایش اعتماد و عمق تجارب هیجانی در فرایند درمان هیجان‌مدار (۲۴ و ۲۵) و کنترل هیجانی بالاتر با استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان (۲۶) از جمله عوامل اصلی پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی و خشنودی بیشتر هستند. همچنین نقش مهمی در پیامدهای طولانی مدت این درمان دارند.

یافته‌های نقدی و همکاران در هم‌سنجی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار با درمانگری سیستمی مسئله‌مدار در تعارضات زناشویی همسران مردان تحت درمان وابستگی به مواد نشان داد که هر دو باعث کاهش تعارضات زناشویی در همسران مردان تحت درمان وابستگی به مواد شدند (۲۷). در مطالعه سلیمانی و همکاران اثر زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر سازگاری زناشویی و رضایت جنسی زوجین نابارور متعارض با رضایت جنسی پایین و ناسازگاری زناشویی بررسی شد. یافته‌ها نشان‌دهنده بهبود رضایت، انسجام، صمیمیت و ابراز عاطفی بود. همچنین این روش رضایت جنسی هیجانی و فیزیکی زوجین نابارور را افزایش داد (۲۸). در مطالعه Woolley و Girard از درمان هیجان‌مدار برای درمان ناهمخوانی تمایل جنسی زوجین استفاده شد. یافته‌ها نشان داد با در نظر گرفتن ناهمخوانی تمایل جنسی به عنوان یک مشکل ارتباطی، تمایل به صمیمیت جنسی و هیجانی می‌تواند از طریق مداخله هیجان‌مدار درمان شود و نزدیکی، ارتباط و رضایت را تقویت نماید (۲۹). در مطالعه Zuccarini و همکاران با استفاده از درمان هیجان‌مدار

حمایت اجتماعی و دارا بودن تعامل مثبت است. عملکرد ازدواج در ابعاد یازده گانه ارتباط، ابرازگری عاطفی، حل مسأله و تصمیم‌گیری، نقش، انعطاف‌پذیری، شیوه فرزندپروری، اقتصاد و مسایل مالی، اقوام و دوستان، ارزش‌ها، مراقبت جسمانی و روانی و عملکرد کلی تعریف می‌شود (۳). عملکرد سالم در یک محیط خانوادگی با ارتباطات شفاف، نقش‌های واضح و روشن، پیوستگی و انسجام و تنظیم احساسی مناسب مشخص می‌شود و این در حالی است که عملکرد نامناسب در یک خانواده با سطوح بالای تعارضات، آشفتگی و کنترل رفتاری و احساسی ضعیف خود را نشان می‌دهد (۴).

عدم توافق در هر رابطه زناشویی طبیعی است. آشفتگی‌های روابط زوجین و طلاق بیانگر آن است که رضایت زناشویی به راحتی قابل حصول نیست (۵). چه بسا همسرانی که در کنار هم زندگی می‌کنند؛ ولی رضایت بسیار پایینی در زندگی زناشویی خود دارند. زوج‌هایی که نسبت به زندگی مشترک حس مطلوبی دارند؛ رفاه، سلامت و امنیت بیشتری داشته و برآوردشان را از توانایی‌هایشان افزایش داده و مسؤولیت و ایفای نقش والدینی را با رغبت می‌پذیرند (۶). نابسامانی ازدواج و عدم خشنودی در زندگی زناشویی به‌طور معنی‌داری با شیوع اختلالات عاطفی - هیجانی در جمعیت عمومی رابطه دارد (۷). کیفیت ارتباط زوجین با شادمانی، بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی رابطه مثبت و با افسردگی و استرس رابطه منفی دارد (۸ و ۹). احساس ارزشمندی، پذیرفته شدن توسط شریک صمیمی و احساس امنیت (۸) رضایت از رابطه زوجین را پیش‌بینی می‌کند. بنابراین پیامدهای نارضایتی از رابطه زوجی می‌تواند جدی و گسترده باشد. روانشناسی مثبت‌نگر، سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی تلقی و آن را در قالب اصطلاح «بهزیستی روانشناختی» مفهوم‌سازی کرده است (۱۰). از نظر Ryff بهزیستی روانشناختی به معنای تلاش برای ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود و از شش بعد اصلی پذیرش خود (نگرش مثبت نسبت به رفتارهای حال و گذشته خود)؛ هدفمندی در زندگی (داشتن باورهای هدایت‌کننده فرد)؛ رشد شخصی (تاکید بر اهمیت پایداری و بالفعل کردن پتانسیل‌های خود)؛ داشتن ارتباط مثبت با دیگران (داشتن عشق و روابط بین فردی متقابل)؛ تسلط بر محیط (توانایی فرد برای انتخاب یا خلق محیطی مناسب برای مواجه شدن با نیازهای روانشناختی) و خودمختاری (توانایی حفظ استانداردهای شخصی خود به صورت مقاومت در برابر انطباق و منبع کنترل درونی) تشکیل شده است (۱۱). از عوامل پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روانشناختی می‌توان انعطاف‌پذیری شناختی، شفقت به خود و ذهن آگاهی (۱۲)، کیفیت ازدواج و کیفیت همکاری والدینی (۱۳)، خوش‌بینی، روابط خانوادگی، درآمد، حمایت اجتماعی و سن (۱۴)، خودکارآمدی و مهارت‌های زندگی (۱۵)، سبک فرزندپروری مقتدرانه (۱۶) و

برای شرکت در پژوهش، خودداری از افزایش اسرار و مسایل خصوصی شرکت کنندگان و محرمانه نگه داشتن اطلاعات به دست آمده، اعلام نتایج پژوهش بدون ذکر نام و مشخصات فردی شرکت کنندگان رعایت شد. شرکت کنندگان این حق را داشتند که در هر زمان از مطالعه خارج شوند. حجم نمونه با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه در مجموع ۶۰ نفر به دست آمد (شکل یک). در پایان مطالعه از تعداد ۳۰ نفر شرکت کننده در هر گروه، پنج نفر از گروه مداخله و دو نفر از گروه کنترل ملاک‌های ماندن در مطالعه را نداشتند و در نهایت ۵۳ نفر در مطالعه باقی ماندند.



شکل ۱: نمودار کارآزمایی بالینی

معیارهای ورود به مطالعه شامل گذشتن حداقل ۵ سال و حداکثر ۱۸ سال از ازدواج، زندگی با همسر در یک منزل و داشتن سواد خواندن و نوشتن بودند. معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل تصمیم به مهاجرت از گرگان حداقل تا پایان مطالعه، داشتن بیماری روانشناختی یا جسمی شناخته شده با یا بدون درمان (خود اظهاری)، سابقه شرکت در دوره‌های مشاوره، سوء مصرف دارو یا مواد بودند. معیارهای قطع پیگیری شامل شرکت نامنظم در کلاس‌ها (بیش از ۳ جلسه غیبت)، ابتلا به بیماری طبعی شدید و جراحی در طول مطالعه، شرکت در هر گونه جلسات روان‌درمانی فردی و یا گروهی دیگر در طول مطالعه، تشخیص هر گونه اختلال روانشناختی در جلسات مشاوره به تشخیص محقق و تکمیل ناقص پرسشنامه (عدم پاسخ به بیش از ۵ درصد پرسش‌ها) بودند. به منظور انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده

بخشایش‌گری و مصالحه در زوجین بررسی شد. زوج‌هایی که صدمات دلبستگی آنان حل شده بود؛ در مقایسه با گروه دیگر، با تجارب درونی خود عمیق‌تر درگیر شده بودند؛ بیشتر تامل می‌کردند و فرایند درمان را در کنترل داشتند. همچنین در پاسخ‌های بین فردی خود وابسته‌تر بودند و میزان بخشایش‌گری و مصالحه آنان نیز بیشتر بود. درمان هیجان‌مدار در دسترس بودن و پاسخ‌دهی زوجین به هیجان‌ات عمیق‌تر و نیازهای مرتبط با صدمات دلبستگی را بهبود بخشید (۳۰). افزایش روز افزون تعارضات زناشویی و خطر بروز جدایی و اثر منفی آن بر زوجین و فرزندان آنان باعث شد تا محققین مطالعه حاضر به مطالعه دو متغیر عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی زنان دارای تعارضات زناشویی بپردازند. در تبیین ضرورت مطالعه حاضر می‌توان گفت اهمیت ارتقاء بهزیستی روانشناختی این است که می‌تواند سازگاری با شرایط را افزایش دهد؛ نگرش فرد را نسبت به دنیای اطرافش بهبود بخشد و موجب کاهش احساسات منفی، تنش‌ها و ایجاد حس استقلال و قدرت شود (۲۹). در مطالعات خانواده، ارتباط بین کیفیت ازدواج و سلامت روان یکی از حوزه‌های اساسی برای تحقیق است (۱۳). با توجه به این که انتظار می‌رود زوج درمانی هیجان‌مدار با محدودسازی و تضعیف چرخه‌های تعاملی منفی، بازسازی الگوهای تعاملی، تحکیم و یکپارچه‌سازی و تسهیل پدیدآیی راهکارهای تازه برای حل مسایل کهنه ارتباط بر عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی تأثیر داشته باشد؛ همچنین با توجه به این که مطالعات کمی در زمینه چگونگی تأثیر مداخلات سیستمی بر عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی زوجین صورت گرفته است و در مرور پیشینه پژوهش هیچ مطالعه‌ای مبنی بر بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی به خصوص در محیط‌های چند فرهنگی مانند شهر گرگان توسط محقق یافت نشد؛ این مطالعه به منظور ارزیابی اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی زنان دارای تعارضات زناشویی طراحی و انجام شد.

روش بررسی

این کارآزمایی بالینی روی ۵۳ خانم ساکن گرگان مراجعه کننده با ناخشنودی و تعارضات زناشویی به مراکز مشاوره بینش، راستین و مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهر گرگان طی سال ۱۳۹۵ انجام شد. مطالعه به روش پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام گردید. آزمودنی‌ها به شیوه تصادفی بلوکی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند.

مطالعه پس از تأیید شورای اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد (IR.IAU.BOJNOURD.REC.1396.1) در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران با شماره IRCT۲۰۱۷۰۷۲۸۱۳۷۷۶۸۵ به ثبت رسید. اصول اخلاقی شامل ارایه معرفی‌نامه به مراکز مربوطه، کسب رضایت آگاهانه شرکت کنندگان، عدم وجود هر گونه اجبار

ساخته شده است (۳). هدف این ابزار تعیین عملکرد ازدواج با توجه به منظومه باورها و الگوهای تعامل زوج‌ها است که دربرگیرنده ۱۱ مؤلفه ارتباط، ابرازگری عاطفی، حل مسأله و تصمیم‌گیری، نقش، انعطاف‌پذیری، شیوه فرزندپروری، اقتصاد و مسایل مالی، اقوام و دوستان، ارزش‌ها، مراقبت جسمانی و روانی و عملکرد کلی است. هر ۶ عبارت پرسشنامه به یک مؤلفه اختصاص دارد. پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت و در قالب گزینه‌های همیشه، اکثر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت و هرگز با ارزش «همیشه=۵» تا «هرگز=۱» در عبارات مثبت و «همیشه=۱» تا «هرگز=۵» در عبارات منفی نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه سنجش عملکرد ازدواج بر روی ۵۴۳ زوج (۱۰۸۶ نفر) به عنوان گروه نمونه اجرا شد. هنجاریابی پرسشنامه با استفاده از روش‌های روانسنجی کلاسیک و تحلیل عاملی اکتشافی با روش مؤلفه اصلی (PC) انجام شد. با توجه به چندارزشی بودن پاسخ‌ها، با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ اعتبار کل آزمون ۰/۹۷ و در هر یک از مؤلفه‌ها به صورت ارتباط ۰/۸۷، ابراز عاطفی ۰/۸۳، حل مسأله و تصمیم‌گیری ۰/۸۳، نقش ۰/۸۰۴، انعطاف‌پذیری ۰/۷۳، شیوه فرزندپروری ۰/۷۶۶، اقتصاد و مسایل مالی ۰/۸۲۴، خانواده و دوستان ۰/۷۹۹، ارزش‌ها ۰/۸۲۸، مراقبت جسمانی و روانی ۰/۷۰۷ و عملکرد کلی ۰/۸۵ تعیین شد.

با استفاده از روش تحلیل عاملی با روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس، روایی سازه پرسشنامه در ۱۱ مؤلفه تبیین‌کننده ۰/۵۶ واریانس کل پرسشنامه است. روایی این پرسشنامه در مطالعه رفاهی و همکاران در سال ۱۳۸۷ مناسب و پایایی کل آزمون ۰/۹۷ به‌دست آمد (۳). ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه سنجش عملکرد ازدواج در مطالعه حاضر ۰/۷۵ به‌دست آمد.

شرح جلسات مشاوره زوج‌درمانی هیجان‌مدار (۳۳ و ۳۴) در جدول یک آمده است.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-16 تجزیه و تحلیل شدند. ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با محاسبه چولگی و کشیدگی، سپس با آزمون شاپیرو-ویلک تعیین شد. از آزمون لوین برای بررسی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمرات عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی در دو گروه مداخله و کنترل استفاده شد. از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه، کروسکال-والیس و کای دو چندانبعدهی برای بررسی یکسانی گروه‌ها از نظر شاخص‌های جمعیت‌شناختی استفاده شد. به‌منظور بررسی تفاوت‌های بین گروهی از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر با در نظر گرفتن عامل درون‌گروهی (آزمون) و بین‌گروهی (عضویت گروهی) استفاده شد. آزمون تعقیبی بن فرونی نیز برای مقایسه بر حسب مراحل آزمون و نیز مقایسه‌های بین گروهی به کار گرفته شد. سطح معنی‌داری همه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتیجه آزمون ناپارامتری شاپیرو ویلک برای بررسی بهنجاری بودن توزیع جامعه نشان داد که توزیع متغیرها در همه زمان‌ها نرمال است.

شد. به این صورت که پس از اطلاع‌رسانی (نصب اطلاعیه، تلگرام و تلفن) از طریق مراکز مشاوره به منظور دعوت به همکاری در این طرح پژوهشی، از علاقمندان به شرکت در مطالعه مصاحبه اولیه‌ای انجام گردید تا اطمینان حاصل شود که معیارهای ورود به مطالعه را دارند. سپس افراد واجد شرایط اولیه پرسشنامه‌های عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی را تکمیل نمودند. از بین آنان کسانی که نمره پایین‌تر از میانگین در هر دو پرسشنامه کسب کرده بودند؛ در فهرست شرکت‌کنندگان قرار گرفتند. همه آزمودنی‌ها فرم رضایت‌نامه آگاهانه شرکت در مطالعه را تکمیل نمودند. پس از این که تعداد داوطلبین واجد شرایط به ۶۰ نفر رسید؛ با تصادفی بلوکی بر حسب مدت ازدواج به دو گروه تقسیم شدند. سپس به صورت تصادفی به گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند.

جلسات مداخله زوج‌درمانی هیجان‌مدار مطابق با پروتکل در ۱۵ جلسه (۳۱) به صورت هفتگی و به مدت ۹۰-۱۲۰ دقیقه توسط یک متخصص مشاوره خانواده انجام شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. یک هفته پس از اتمام جلسات گروهی پس‌آزمون و هشت هفته بعد پیگیری انجام شد.

ابزار پژوهش: برای جمع‌آوری داده‌ها از فرم جمعیت‌شناختی، مقیاس فارسی بهزیستی روانشناختی (Ryff's Psychological Well-Being Scale) و پرسشنامه سنجش عملکرد ازدواج (Marriage Function Assessment Inventory: MFAI) استفاده شد.

مقیاس بهزیستی روانشناختی Ryff: این مقیاس ۸۴ پرسش و ۶ عامل را دربرمی‌گیرد که شامل پذیرش خود، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی، داشتن ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و خودمختاری است. هر یک از ۶ عامل شامل ۱۴ عبارت است. آزمودنی‌ها در مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) به پرسش‌ها پاسخ می‌دهند. ۴۷ پرسش مستقیم (کاملاً مخالف=۱ و کاملاً موافق=۶) و ۳۷ پرسش به صورت معکوس (کاملاً مخالف=۶ و کاملاً موافق=۱) نمره‌گذاری شدند.

میکائیلی منبع در سال ۱۳۸۹ روایی و پایایی نسخه فارسی این ابزار را بر روی ۳۷۶ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی در رشته‌های مختلف ارزیابی کرده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای پذیرش خود ۰/۷۴، هدفمندی در زندگی ۰/۸۱، رشد شخصی ۰/۸۴، داشتن ارتباط مثبت با دیگران ۰/۷۶، تسلط بر محیط ۰/۷۹ و خودمختاری ۰/۷۲ به‌دست آمد. در این میان نمره مجموع مقیاس‌ها (نمره کلی) دارای بیشترین ضریب (۰/۹۰) یا مناسب‌ترین شاخص همسانی درونی بود. همچنین نتایج تحلیل عاملی روایی سازه آزمون را تأیید کردند (۳۲). ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس فارسی بهزیستی روانشناختی Ryff در مطالعه حاضر ۰/۸۴ به‌دست آمد.

پرسشنامه سنجش عملکرد ازدواج (MFAI): این پرسشنامه فارسی دارای ۶۶ عبارت است که توسط رفاهی و همکاران در سال ۱۳۸۷

جدول ۱: شرح جلسات مشاوره زوج‌درمانی هیجان‌مدار

جلسه	شرح جلسه
۱	خوش آمدگویی، مروری بر بیان قوانین و مقررات جلسات مشاوره گروهی، ارزیابی اهداف و انتظارات اعضا از جلسات مشاوره، آشنایی با سبک‌های دل‌بستگی، ارائه تکالیف خانگی
۲	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، آشنایی با سیستم لیمبیک، آشنایی با سبک‌های ارتباطی ناسالم، شناسایی و نامگذاری احساسات و هیجانات، ارزیابی ماهیت مشکل و نوع رابطه، ارائه تکالیف خانگی
۳	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، شناسایی الگوهای تعاملی و پاسخ‌های هیجانی، ارائه تکالیف خانگی
۴	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، شناسایی چرخه منفی اصلی و احساسات اولیه زیر این چرخه، شناسایی ترس‌ها/ موضوعات دل‌بستگی مرتبط، ارائه تکالیف خانگی
۵	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، شناسایی ترس‌ها و ناایمنی‌های اساسی در رابطه زوجی، ارائه تکالیف خانگی
۶	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، ربط دادن هیجانات اولیه به هیجانات ثانویه، برون‌ریزی هیجانات ثانویه، پرداختن به هیجانات اولیه و تجربه آن، قاب‌گیری مجدد مشکل، توصیف چرخه منفی تکرار شونده خود، ارائه تکالیف خانگی
۷	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، شناسایی تعارضات اصلی و چرخه‌های تعاملی موجود با توجه به موضع دل‌بستگی، کاوش در مسایل درون روانی هر همسر، ارائه تکالیف خانگی
۸	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، قاب‌گیری مجدد تجربه شخصی هر فرد از منظر دل‌بستگی، افزایش پذیرش نسبت به تجربه همسر و راه‌های نوین تعامل‌گری، تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، ارائه تکالیف خانگی
۹	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، تلفیق تجربه‌های هیجانی جدید با خودجدید، تسویق اعضا به تازه نگه‌داشتن پیوند ایمن با همسرانشان از طریق توجه به خواسته‌ها و تمایلات یکدیگر، ارائه تکالیف خانگی
۱۰	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، چگونه حل صدمات دل‌بستگی: الف) بررسی شاخص‌های صدمات دل‌بستگی، ب) تفکیک و تشخیص عواطف، پ) عهد و پیمان مجدد، ت) بخشش و دلجوئی: ارائه تکالیف خانگی
۱۱	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، عمیق‌تر کردن پیوند عاطفی بین فرد و همسرش و افزایش احساس امنیت، لذت و صمیمیت، بررسی ظرفیت‌های عشق و ورزیدن، ارائه تکالیف خانگی
۱۲	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، خلق راه‌حل‌های تازه برای مشکلات قدیمی، الگوهای سالم و سازنده تعاملی در رابطه، نوشتن یک داستان تازه پیرامون رابطه خود، ارائه تکالیف خانگی
۱۳	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، حرکت به سمت تحکیم رابطه، بخشودگی و آشتی‌جویی، ارائه تکالیف خانگی
۱۴	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، جمع‌بندی و مرور مفاهیم و مهارت‌های آموخته شده در جلسات قبل، بیان مسایل و راهکارهای استفاده شده توسط اعضای گروه، ارائه تکالیف خانگی
۱۵	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، بیان تجارب موفقیت / عدم موفقیت در مقابله با مسایل زندگی توسط اعضای گروه، گرفتن بازخورد از اعضای گروه در مورد جلسات مشاوره گروهی

عضویت گروهی ($F=202/38, P<0/001$) در عملکرد ازدواج معنی‌دار بود. اندازه اثر در ایجاد تفاوت‌های درون گروهی و بین گروهی به ترتیب $0/74$ و $0/86$ تعیین شدند. اثر آزمون ($P<0/001$)، $F=81/88$) و عضویت گروهی ($F=302/76, P<0/001$) در بهزیستی روانشناختی معنی‌دار بودند (جدول ۳). اندازه اثر در ایجاد تفاوت‌های درون گروهی و بین گروهی به ترتیب $0/45$ و $0/90$ تعیین شدند.

بر حسب مراحل آزمون تفاوت‌ها از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری معنی‌دار بودند ($P<0/001$)؛ اما تفاوت‌ها از پس آزمون به پیگیری معنی‌دار نبود (جدول ۴).

میانگین از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری افزایش داشت؛ اما از پس آزمون به پیگیری اندکی کاهش داشت. همچنین در مورد متغیر بهزیستی روانشناختی بر حسب مراحل آزمون تفاوت‌ها از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری و از پس آزمون به پیگیری معنی‌دار بود ($P<0/001$). بدین ترتیب که بهزیستی روانشناختی از پیش آزمون به پس آزمون و از پس آزمون به پیگیری افزایش نشان داد. تفاوت میانگین گروه مداخله با کنترل معنی‌دار بود ($P<0/001$). میانگین عملکرد ازدواج در گروه مداخله از گروه کنترل بالاتر بود. همچنین تفاوت میانگین گروه مداخله با کنترل

همگنی واریانس‌ها در متغیرها در همه زمان‌ها با استفاده از آزمون برابری خطای واریانس لوین تایید شد و فرض کرویت موجلی محقق نشد؛ لذا از اصلاح افسیلین هین - فلت استفاده گردید. تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر با بررسی اثر درون گروهی و بین گروهی به منظور ارزیابی تفاوت در عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی میان آزمودنی‌های دو گروه هیجان‌مدار و کنترل انجام شد. از آزمون تعقیبی بن فرونی نیز برای مقایسه بر حسب مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سن آزمودنی‌ها در گروه مداخله $32/64 \pm 4/99$ سال و در گروه کنترل $33/42 \pm 6/66$ سال بود. دامنه سنی گروه مداخله $24-43$ سال و گروه کنترل $21-52$ سال بود. متوسط مدت ازدواج در گروه مداخله $11/36 \pm 4/29$ سال و در گروه کنترل $10/36 \pm 3/99$ سال بود. گروه‌ها از نظر مدت زمان زندگی مشترک، سن، تحصیلات، شغل و تعداد فرزندان همگن بودند. مقایسه میانگین‌های مندرج در جدول ۲ نشان‌دهنده آن است که در پس آزمون و پیگیری میانگین نمرات عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی در گروه مداخله بالاتر از گروه کنترل بود. با توجه به جدول ۳ اثر آزمون ($F=286/72, P<0/001$) و

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی در گروه‌های هیجان‌مدار و کنترل در سه مرحله آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون (یک هفته پس از شروع مطالعه)	پیگیری (هشت هفته پس از شروع مطالعه)
عملکرد ازدواج	هیجان‌مدار	۱۶۴/۵۴±۲۲/۶۲	۲۶۳/۳۲±۲۲/۱۵	۲۶۸/۵۶±۲۲/۹۶
	کنترل	۱۶۷/۲۹±۱۹/۹۴	۱۶۲/۳۹±۳۱/۵۶	۱۴۵/۳۲±۱۲/۵۶
بهزیستی روانشناختی	هیجان‌مدار	۳۱۰/۸۱±۸/۵۹	۳۷۲/۴۸±۳۵/۷۰	۳۹۸/۶۴±۲۲/۳۶
	کنترل	۳۱۱/۸۹±۱۲/۰۷	۲۳۷/۵۷±۴۲/۳۸	۲۰۱/۵۰±۱۳/۳۲

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر بین گروهی در عملکرد ازدواج و بهزیستی روان شناختی

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p-value	η ²	توان آزمون
بین گروهی	۳۷۷۵۰۶/۰۱	۱	۱۲۵۸۳۵/۳۴	۲۰۲/۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶	۱
	۶۲۱۷۷/۶۰	۵۱	۶۲۱/۷۸				
درون گروهی	۲۶۷۰۲۴/۰۵	۱/۹۷	۱۳۵۳۶۷/۳۸	۲۸۶/۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴	۱
	۹۳۱۳۰/۷۵	۱۹۷/۲۶	۴۷۲/۱۳				
بین گروهی	۷۱۷۵۵۷/۸۱	۱	۲۳۹۱۸۵/۹۴	۳۰۲/۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰	۱
	۷۹۰۰۱/۳۱	۵۱	۷۹۰/۰۱				
درون گروهی	۹۰۱۶۳/۹۵	۱/۵۹	۵۶۷۲۲/۹۳	۸۱/۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۱
	۱۱۰۱۱۹/۵۷	۱۵۸/۹۶	۶۹۲/۷۷				

نتایج بر اساس اصلاح اسپیلین هین-فالت ارایه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون بن فرونی برای مقایسه میانگین‌های عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی برحسب مراحل آزمون

متغیر	منبع مقایسه	تفاوت میانگین	خطای معیار	p-value	فاصله اطمینان ۹۵ درصد
عملکرد ازدواج	پیش آزمون - پس آزمون	-۶۳/۶۹	۳/۳۵	۰/۰۰۰۱	-۷۱/۸۴ -۵۵/۵۵
	پیش آزمون - پیگیری	-۶۰/۴۳	۲/۷۴	۰/۰۰۰۱	-۶۷/۱۰ -۵۳/۷۶
	پس آزمون - پیگیری	۳/۲۷	۲/۸۷	۰/۷۷	-۳/۷۲ -۱۰/۲۵
بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون - پس آزمون	-۲۴/۶۵	۳/۴۴	۰/۰۰۰۱	-۳۳/۰۳ -۱۶/۲۸
	پیش آزمون - پیگیری	-۴۱/۴۴	۲/۲۳	۰/۰۰۰۱	-۴۶/۸۷ -۳۶/۰۱
	پس آزمون - پیگیری	-۱۶/۷۹	۳/۸۸	۰/۰۰۰۱	-۲۶/۲۲ -۷/۳۵

جدول ۵: نتایج آزمون بن فرونی برای مقایسه میانگین‌های عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی گروه مداخله با گروه کنترل

متغیر	منبع مقایسه	تفاوت میانگین	خطای معیار	p-value	فاصله اطمینان ۹۵ درصد
هیجان‌مدار - کنترل	عملکرد ازدواج	۷۳/۸۰	۳/۹۶	۰/۰۰۰۱	۶۳/۱۴ -۸۴/۴۶
	بهزیستی روانشناختی	۱۱۰/۳۲	۴/۴۷	۰/۰۰۰۱	۹۸/۳۰ -۱۲۲/۳۴

مقایسه و بحث استفاده شود.

یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه رهبر کرباسدهی و همکاران همسو است که نشان دادند آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری منجر به بهبود و افزایش بهزیستی روانشناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌گردد (۳۵). رستمی و همکاران در بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی روانشناختی زوجین ناسازگار به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش رشد شخصی، توانایی برقراری ارتباط با دیگران، خودمختاری، هدفمندی، مهارت

معنی‌دار بود ($P < 0/0001$) و میانگین بهزیستی روانشناختی در گروه هیجان‌مدار از گروه کنترل بالاتر بود ($P < 0/0001$).

بحث

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، زوج‌درمانی هیجان‌مدار در طول زمان باعث افزایش عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی در مقایسه با گروه کنترل شد. از طرفی متغیرهای عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی در گروه کنترل با گذشت زمان کاهش یافت. از آنجایی که مطالعه‌ای با متغیرها و گروه هدف مشابه یافت نشد؛ لذا سعی شد از نزدیک‌ترین نتایج مطالعات به مطالعه حاضر برای

محیطی و پذیرش خود در زندگی زوجین ناسازگار می‌گردد (۳۶). همسو با نتایج مطالعه حاضر، Greenberg به این نتیجه رسید که رویکرد هیجان مدار برای درمان افسردگی مؤثر است (۳۷). Dillon و همکاران نیز از رویکرد هیجان مدار برای درمان افسردگی یک زن استفاده نمودند. در سنجش پایان ۱۵ جلسه مداخله و پیگیری‌های ۶ ماهه و ۱۸ ماهه علائم بهبودی کامل مشاهده شد و فرد از نظر بالینی دیگر افسردگی نداشت (۳۸). Woolley و Girard از درمان هیجان مدار برای درمان ناهمخوانی تمایل جنسی زوجین استفاده نمودند. با در نظر گرفتن ناهمخوانی تمایل جنسی به عنوان یک مشکل ارتباطی، تمایل به صمیمیت جنسی و هیجانی می‌تواند از طریق مداخله هیجان مدار درمان شود و نزدیکی، ارتباط و رضایت را تقویت نماید (۲۹). همسو با نتایج مطالعه حاضر، یافته‌های سلیمانی و همکاران نشان داد زوج درمانی هیجان مدار باعث کاهش تعارض زناشویی در همسران مردان تحت درمان وابستگی به مواد می‌شود (۲۸). در مطالعه بهرادفر و همکاران نیز اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار در بهبودی کیفیت زناشویی، کارکردهای مختل هیجانی، شناختی و رفتاری تایید شد (۳۹). در زمینه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار پژوهش‌ها نشان می‌دهد این رویکرد موجب بهبود رضایت، انسجام، صمیمیت و ابراز عاطفی و افزایش رضایت جنسی هیجانی و فیزیکی زوجین نابارور می‌گردد (۲۸). همچنین درمان هیجان مدار در دسترس بودن و پاسخ‌دهی زوجین به هیجان‌ات عمیق‌تر و نیازهای مرتبط با صدمات دل‌بستگی را بهبود بخشیده و میزان بخشایش‌گری و مصالحه زوجین را افزایش می‌دهد (۳۰). افزایش ابرازگری عاطفی که یکی از حیطه‌ای عملکرد ازدواج است در زنان ناخشنود نشان داده؛ بیان عواطف، میزان صمیمیت زوجین را افزایش داده و یکی از عوامل اصلی در تمایز زوجین راضی از ناراضی است (۴۰). بنابراین مهارت‌های عاطفی می‌تواند با بهبود مؤلفه‌های هوش عاطفی و شادی زوجین در بهبود و حفظ روابط متعادل و نیز سلامت خانواده نقش به‌سزایی داشته باشد (۴۱). انعطاف‌پذیری خانواده و کیفیت تعاملات در زندگی خانوادگی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های تمایز یافتگی و دل‌بستگی ایمن در فرزندان است (۴۲) که با مداخله زوج درمانی هیجان‌مدار می‌تواند محقق شود. زنان بیش از مردان الگوی متوقع را در روابط دوجانبه به کار می‌گیرند و کمتر از مردان احساس رضایمندی زناشویی دارند (۴۳). در تبیین اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی زنان دارای تعارضات زناشویی در مطالعه حاضر می‌توان گفت شناسایی چرخه تعاملی منفی، ترس‌ها و ناایمنی‌های اساسی در ارتباط زوجی، افزایش شناخت خود و همسر، راه‌های نوین تعامل‌گری و سایر مداخلات مربوطه باعث افزایش رضایت زناشویی (۲۵ و ۲۶) و افزایش سازگاری زناشویی (۲۸) شده و با در نظر گرفتن پیش‌بینی‌کنندگی این عوامل در بهزیستی روانشناختی؛ مداخله هیجان‌مدار می‌تواند علاوه بر عملکرد ازدواج،

پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی در زمینه اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی زنان در سایر مناطق کشور، روی قومیت‌های مختلف و همچنین در مورد مردان و زوج‌ها انجام گیرد تا بتوان در مورد تعمیم یافته‌های این پژوهش تصمیم بهتری اتخاذ نمود. با توجه به اثر بخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر بهزیستی روانشناختی می‌توان با استفاده از این رویکردها به افراد کمک کرد تا با آگاهی یافتن از نقاط ضعف خود دریابند که مشکلات شان منحصر به فرد نیست و می‌توانند با استفاده از تمرینات کاربردی به مهارت‌هایی در ارتقاء بهزیستی روانشناختی بیشتر دست یابند. همچنین با توجه به یافته‌های این تحقیق و اهمیت بهزیستی روانشناختی می‌توان گفت که ارزیابی بهزیستی روانشناختی افراد در مراحل مختلف زندگی می‌تواند محققان و درمانگران را در

عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی زنان دارای تعارضات زناشویی شود و بالطبع زنان دارای تعارضات زناشویی اضطراب، افسردگی، خصومت، و وقایع منفی زندگی را کمتر و رضایت از زندگی را بیشتر تجربه نمایند. بنابراین با توجه به تاثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر تضعیف چرخه‌های تعاملی منفی، بازسازی الگوهای تعاملی و تسهیل پدیدآیی راهکارهای تازه برای حل مسایل کهنه ارتباط، از این رویکرد می‌توان در محیط‌هایی با فرهنگ‌های متفاوت برای ارتقاء عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی زنان استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه (شماره ۱۸۲۲۱۶۰۲۹۶۱۰۰۱) خانم فاطمه نقی نسب اردهائی برای اخذ درجه دکتری در رشته مشاوره از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد بود. بدین‌وسیله از همکاری مراکز مشاوره بینش، راستین و مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهر گرگان و نیز از کلیه شرکت‌کنندگان که امکان انجام این مطالعه را فراهم ساختند؛ صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایم.

References

- Bachrach C, Hindin MJ, Thomson E. The changing shape of ties that bind: An overview and synthesis. In: Waite LJ, Bachrach C. The ties that bind: Perspectives on marriage and cohabitation. 1st ed. New York: Aldine de Gruyter. 2000; pp: 3-16.
- Madathil J, Benschoff JM. Importance of marital characteristics and marital satisfaction: A comparison of Asian Indians in arranged marriages and Americans in marriages of choice. *The Family Journal*. 2008; 16(3): 222-30. <https://doi.org/10.1177/1066480708317504>
- Sanaei Zaker B, Alaghemand S, Falahati S, Houman A. [Family and marriage measurement scales]. 2nd ed. Tehran: Besat. 2009; pp: 116-23. [Persian]
- Lewandowski AS, Palermo TM, Stinson J, Handley S, Chambers CT. Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. *J Pain*. 2010 Nov; 11(11): 1027-38. doi:10.1016/j.jpain. 2010.04.005
- Rosen-Grandon JR, Myers JE, Hattie JA. The relationship between marital characteristics, marital interaction processes, and marital satisfaction. *Journal of Counseling & Development*. 2004; 82(1): 58-68. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00286.x>
- Bradbury TN, Fincham FD, Beach SR. Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *J Marriage and Fam*. 2000 Nov; 62(4): 964-80. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00964.x>
- Yousefi R, Abedin A, Tirgeri A, Fathabadi J. [The effectiveness of training intervention based on schemas modelâ on marital satisfaction enhancement]. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 2(3): 25-38. [Article in Persian]
- Demir M. Sweetheart, you really make me happy: Romantic relationship quality and personality as predictors of happiness among emerging adults. *J Happiness Stud*. 2008; 9(2): 257-77.
- Holt-Lunstad J, Birmingham W, Jones BQ. Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality, and network social support on ambulatory blood pressure and mental health. *Ann Behav*

راستای طراحی مداخلات پیشگیرانه و درمانی متناسب یاری نماید. علاوه بر این، با توجه به این که راهبردهای ارتقاء بهزیستی روانشناختی مؤثر می‌تواند در مباحث آموزشی و زوج‌درمانی مؤثر باشد؛ پیشنهاد می‌شود متخصصان و مسؤولین علاوه بر در نظر داشتن واحد زوجی در ارتباط با تعارضات و نحوه حل آنها، ویژگی‌های فردی افراد از جمله بهزیستی روانشناختی را مورد توجه قرار دهند. با توجه به اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد ازدواج زنان دارای تعارضات زناشویی پیشنهاد می‌شود از این رویکرد در مراکز آموزشی و مشاوره برای کمک به زنان ناخشنود برای بهبود عملکرد ازدواج استفاده شود. همچنین بهتر است درمانگران، شوهران را نیز دخیل نمایند تا به این ترتیب از فروپاشی رابطه زناشویی پیشگیری نموده و به افراد بیاموزند تا به شیوهای صحیح بتوانند مشکلاتشان را حل و مدیریت نمایند.

نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر در راستای توسعه عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی زنان در خانواده بود. نتایج آن در یک محیط چندفرهنگی نشان داد زوج‌درمانی هیجان‌مدار می‌تواند باعث ارتقاء

- Med. 2008 Apr; 35(2): 239-44. doi:10.1007/s12160-008-9018-y
- Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psychol*. 2001; 52: 141-66. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 1989;57(6):1069-81.
- Cardom RD. The mediating role of cognitive flexibility on the relationship between cross-race interactions and psychological well-being. Ph.D Dissertation. University of Kentucky. 2016.
- Norlin D, Broberg M. Parents of children with and without intellectual disability: couple relationship and individual well-being. *J Intellect Disabil Res*. 2013 Jun; 57(6): 552-66. doi:10.1111/j.1365-2788.2012.01564.x
- Padhy M, Chelli K, Padiri RA. Optimism and psychological well-being of police officers with different work experiences. *SAGE Open*. 2015; 5(2): 1-7. <https://doi.org/10.1177/2158244015580852>
- Ahmadi Sarkhouni T, Sa'adatzaheh S, Zeinalipour H. [The role of self-efficacy and life skills in predicting psychological well-being of high school students in Hormozgan province]. *Journal of Family and Research*. 2014; 10(4): 67-82. [Article in Persian]
- Hamidi F, Ansari S. [The relationship between parenting styles, students' psychological well-being and hardiness]. *Journal of Family and Research*. 2016; 13(3): 47-66. [Article in Persian]
- Dessie KT. Psychological and subjective well-being of ethiopian adults: correlates and socio-cultural constructions. Ph.D Dissertation. Addis Ababa University. 2015.
- Bhamani MA, Khan MM, Karim MS, Mir MU. Depression and its association with functional status and physical activity in the elderly in Karachi, Pakistan. *Asian J Psychiatr*. 2015 Apr; 14: 46-51. doi:10.1016/j.ajp.2014.12.004

19. Faircloth AL. Resilience as a mediator of the relationship between negative life events and psychological well-being. Ph.D Dissertation. Georgia Southern University. 2017.
20. Johnson SM, Bradley B, Furrow JL, Lee A, Palmer G, Tilley D, et al. *Becoming an emotionally focused couple therapist: the workbook*. 1st ed. New York: Taylor & Francis. 2013; pp: 51-52.
21. Cucu-Ciuhan G. Raised by a schizophrenic mother: application of emotion focused therapy in a clinical case with mild depression. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015; 205: 30-4. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.007>
22. Johnson SM, Hunsley J, Greenberg L, Schindler D. Emotionally focused couples therapy: status and challenges. *Clin Psychol Sci Pract*. 1999; 6(1): 67-79. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.1.67>
23. Miller PJE, Caughlin JP, Huston TL. Trait expressiveness and marital satisfaction: The role of idealization processes. *J Marriage Fam*. 2003; 65(4): 978-95. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.00978.x>
24. Burgess Moser M, Johnson SM, Dagleish TL, Lafontaine MF, Wiebe SA, Tasca GA. Changes in relationship-specific attachment in emotionally focused couple therapy. *J Marital Fam Ther*. 2016 Apr; 42(2): 231-45. doi:10.1111/jmft.12139
25. Wiebe SA, Johnson SMs, Burgess Moser M, Dagleish TL, Tasca GA. Predicting follow-up outcomes in emotionally focused couple therapy: the role of change in trust, relationship-specific attachment, and emotional engagement. *J Marital Fam Ther*. 2017 Apr; 43(2): 213-26. doi:10.1111/jmft.12199
26. Dagleish TL, Johnson SM, Burgess Moser M, Lafontaine MF, Wiebe SA, Tasca GA. Predicting change in marital satisfaction throughout emotionally focused couple therapy. *J Marital Fam Ther*. 2015 Jul; 41(3): 276-91. doi:10.1111/jmft.12077
27. Naghdi H, Hatami M, Kayamanesh A, Navobinejad S. [The comparison of the effect of emotion focused couple therapy and the problem-centered systemic therapy on marital conflict of spouses of the men under treatment of substance dependence]. *Family Counseling & Psychotherapy*. 2017; 7(1): 23-44. [Article in Persian]
28. Soleimani AA, Najafi M, Ahmadi K, Javidi N, Hoseini Kamkar E, Mahboubi M. The effectiveness of emotionally focused couples therapy on sexual satisfaction and marital adjustment of infertile couples with marital conflicts. *Int J Fertil Steril*. 2015 Oct-Dec; 9(3): 393-402.
29. Girard A, Woolley SR. Using emotionally focused therapy to treat sexual desire discrepancy in couples. *J Sex Marital Ther*. 2017 Nov; 43(8): 720-735. doi:10.1080/0092623X.2016.1263703
30. Zuccarini D, Johnson SM, Dagleish TL, Makinen JA. Forgiveness and reconciliation in emotionally focused therapy for couples: the client change process and therapist interventions. *J Marital Fam Ther*. 2013; 39(2): 148-62. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00287.x>
31. Mendes I, Rosa C, Stiles WB, Caro Gabalda I, Gomes P, Basto I, et al. Setbacks in the process of assimilation of problematic experiences in two cases of emotion-focused therapy for depression. *Psychother Res*. 2016 Nov; 26(6): 638-52. doi:10.1080/10503307.2015.1136443
32. Michaeli Manee F. [The study of Ryff psychological well-being scale factorial structure between Urmia university students]. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2010; 5(18): 143-65. [Article in Persian]
33. Johnson SM. *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. New York: Routledge. 2012; pp: 112-264.
34. Keiley MK. *Manual emotionally-focused therapy*. Auburn University. 2011; pp: 16, 34.
35. Rahbar Karbasdehi F, Abolghasemi A, Rahbar Karbasdehi E. [Effect of stress management training based on cognitive-behavioral approach on improving parent-child relationship and psychological well-being in mothers of children with intellectual disability]. *Journal of Child Mental Health*. 2016; 3(3): 59-71. [Article in Persian]
36. Rostami M, Abolghasemi A, Narimani M. [The effectiveness of quality of life therapy on psychological well being in maladjustment couples]. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2013; 3(1): 105-24. [Article in Persian]
37. Greenberg LS. Emotion-focused therapy of depression. person-centered & experiential psychotherapies. 2017; 16(2): 106-17. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330702>
38. Dillon A, Timulak L, Greenberg LS. Transforming core emotional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: a case study. *Psychother Res*. 2018 May; 28(3): 406-22. doi:10.1080/10503307.2016.1233364
39. Behradfar R, Jazayeri R, Bahrami F, Abedi MR, Etemadi O, Fatemi SM. A comparative scrutiny of the effectiveness of emotionally-focused couple therapy (EFCT) and narrative couple therapy (NCT) in the marital quality and emotional, cognitive and behavioral impaired functioning of distressed couples. *Journal of Family Psychology*. 2016; 3(1): 3-16.
40. Waldinger RJ, Hauser ST, Schulz MS, Allen JP, Crowell JA. Reading others emotions: the role of intuitive judgments in predicting marital satisfaction, quality, and stability. *J Fam Psychol*. 2004 Mar; 18(1): 58-71. doi:10.1037/0893-3200.18.1.58
41. Salimi M, Heydari H. [Effectiveness of emotional skills training on increasing emotional intelligence and couple happiness of married women students in Isfahan university]. *Journal of Modern Psychological Research*. 2014; 8(32): 169-88. [Article in Persian]
42. Asl Dehghan F, Rezaian H, Hosseini S. [Predicting adolescents' self-differentiation and attachment styles based on family flexibility, parents' level of self-differentiation and parental attachment styles]. *Journal of Family and Research*. 2016; 13(3): 109-30. [Article in Persian]
43. Sanagooni M. [A Review of the relationship between couples' communication patterns according to Religious affiliation and marital satisfaction in conjugal relations]. *Psychology and Religion*. 2013; 6(1): 94-112. [Article in Persian]
44. Goldman RN. Case formulation in emotion-focused therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2017; 16(2): 88-105. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330705>

Original Paper

Effectiveness of emotion focused couple therapy on marriage function and psychological well-being of women with marital conflicts

Fateme Naghinasab Ardehaee (M.A)¹, Mahmoud Jajarmi (Ph.D)^{*2}
Mohammad Mohammadipour (Ph.D)³

¹Ph.D Candidate in Counseling, Department of Counseling and Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran. ²Assistant Professor, Department of Counseling and Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran. ³Assistant Professor, Department of Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran.

Abstract

Background and Objective: Marriage disturbance and dissatisfaction in marital life have important consequences for the family. This study was conducted to determine the effectiveness of emotion focused couple therapy (EFCT) on marriage function and psychological well-being of women with marital conflicts.

Methods: This clinical trial study was done on 53 women with marital conflicts referred to Binesh, Rastin and Education Counseling Centers in Gorgan, northern Iran during 2016. The participants were randomly divided into intervention and control groups. The Ryff's psychological well-being scale made and marriage function assessment inventory made were completed before, one week and eight weeks after intervention by the participants. Counselling with EFCT approach was performed for intervention group through 15 group sessions, once a week and lasted for 90-120 minutes. The follow up was done two months later. The marriage function and psychological well-being scores were recorded for each participant at the end of the study and two months after the end of intervention.

Results: At the end of 15 intervention sessions, the mean score of marriage function was significantly higher in intervention group (263.32 ± 22.15) compared to control group (162.39 ± 31.56) ($p < 0.05$). Also, the mean score of psychological well-being was significantly higher in intervention group (372.48 ± 35.69) compared to control group (237.57 ± 42.38) ($p < 0.05$). Two months after the end of study, the mean score of marriage function of intervention group (268.56 ± 22.95) was significantly more than control group (145.32 ± 11.96) ($p < 0.05$). Also, the mean score of psychological well-being was significantly higher in intervention group (398.64 ± 22.35) in comparison with controls (201.50 ± 13.32) ($p < 0.05$).

Conclusion: Emotion focused couple therapy promotes marriage function and psychological well-being of women with marital conflicts through the de-escalation of negative cycles of interaction, changing interactional positions and facilitating the emergence of new solutions to old problems.

Keywords: Emotion focused couple therapy (EFCT), Psychological well-being (PWB), Marriage, Marital conflicts

* Corresponding Author: Jajarmi M (Ph.D), E-mail: jajarmimahmoud96@gmail.com

Received 11 Nov 2017

Revised 14 Mar 2018

Accepted 14 Mar 2018

Cite this article as: Naghinasab Ardehaee F, Jajarmi M, Mohammadipour M. [Effectiveness of emotion focused couple therapy on marriage function and psychological well-being of women with marital conflicts]. J Gorgan Univ Med Sci. 2018 Autumn; 20 (3): 1-10. [Article in Persian]

Orcid id: Fateme Naghinasab Ardehaee: 0000-0001-5582-3811, Mahmoud Jajarmi: 0000-0001-7126-161X, Mohammad Mohammadipour: 0000-0002-8515-6105