

اثربخشی درمان زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر سلامت زوجین دارای تعارض زناشویی

زهرا کمالی نیا^۱، نادره سهرابی شگفتی^۲

۱. کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، فارس، ایران.

۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، فارس، ایران. (نویسنده مسئول).

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره پنجم، شماره هفدهم، بهار ۱۴۰۲، صفحات ۳۰-۲۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تبیین تأثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر سلامت روان زوجین دارای تعارض انجام گرفت. روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی و جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زوجین دارای تعارض مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز بودند، از این جامعه آماری نمونه‌ای به حجم ۲۰ زوج به‌صورت در دسترس از مرکز مشاوره بهار نکو انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه ۱۰ تایی شامل گروه آزمایش و گروه کنترل انتخاب شدند. برای سنجش متغیر مورد مطالعه از پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 استفاده شد بعد از استخراج و جمع‌آوری داده‌ها نمرات به‌دست‌آمده در دو سطح توصیفی و استنباطی یا استفاده از تحلیل کوواریانس و به‌وسیله نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد بین گروه‌های آزمایش و کنترل پس از اجرای درمان زوج‌درمانی هیجان‌مدار تفاوت معناداری وجود دارد و زوج‌درمانی هیجان‌مدار به‌صورت معناداری باعث افزایش سطح سلامت روان زوجین می‌شود و تداوم اثر آن در طول زمان تأیید شده است.

واژه‌های کلیدی: زوج‌درمانی هیجان‌مدار، سلامت روان، زوجین دارای تعارض.

مقدمه

ازدواج اتحاد یک زن و یک مرد است که به جهت برآوردن نیازهای عاطفی، جسمی، جنسی، حمایتی، ایجاد روابط صمیمانه جدید و تشکیل یک خانواده جدید است. درواقع ازدواج عبارت است از فرآیند علاقه‌مندی، کشش جسمی، جنسی، روانی و به دنبال آن فراهم‌سازی شرایط اقتصادی، اجتماعی، علمی، شغلی، خانوادگی و شخصی دو جنس مخالف در جهت ایجاد یک زندگی مشترک توأم با تفاهم، محبت، پویایی، زاینده‌گی و هدفمندی می‌باشد. بر اساس این‌که ازدواج یکی از مراحل مهم و اساسی در زندگی انسان به شمار می‌رود توجه بسیاری از پژوهشگران به سمت این موضوع جلب شده و نتایج تحقیقات انجام‌شده در مورد ازدواج بر اهمیت ازدواج در سلامت جسمانی و روان‌شناختی تأکید کرده‌اند و بر همین اساس در دهه‌های اخیر توجه متخصصان بالینی و خانواده به کیفیت روابط زناشویی و تأثیر آن بر سلامت خانواده جلب شده است. هر فرهنگی بر اساس معیارهای خاص خود به دنبال سلامت روان است. درواقع هدف هر جامعه‌ای این است که شرایطی را که سلامت اعضای جامعه را تضمین می‌کند آماده نماید. سلامت روان بخشی از سلامت عمومی است. سلامت روان بر سلامت جسمانی هم تأثیر دارد. بسیاری از پژوهش‌های اخیر مشخص کرده‌اند که یک سری اختلال‌های فیزیکی و جسمانی به شرایط خاص روانی مرتبط هستند. باوجود این‌که سلامت روان مفهوم وسیعی است اما هنوز یک تعریف جامع و کلی که موردقبول همه‌ی صاحب‌نظران باشد وجود ندارد و هر فرد یا گروهی یک تصور خاص و بعد خاصی از سلامت روان را بیان می‌کند.

سلامت روان یکی از متغیرهایی است که در این پژوهش به آن پرداخته شده است که عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور عادلانه و مناسب است (سازمان بهداشت جهانی، به نقل از قدرتی، ۲۰۱۰). درواقع سلامت روان، مجموعه‌ای از ویژگی‌هایی است که در برابر حوادث فشارزای زندگی به‌عنوان سپری محافظ عمل می‌کند و کمک می‌کند که افراد، در این موقعیت‌ها کارکرد بهتری داشته باشند، همچنین، حالتی از توانمندی و بهزیستی است که به فرد توانایی لازم برای مقابله با تنش‌های روزمره زندگی را می‌دهد (رابرتز و همکاران، ۲۰۱۵).

سلامت روان، با بهبود ارتباط بین فردی و عملکرد بهتر فرد در جنبه‌های مختلف زندگی همراه است (ولینت، ۲۰۱۲) و می‌تواند تحت تأثیر منفی و یا مثبت کیفیت زندگی زناشویی قرار گیرد. سلامت روانی به نحوه تفکر، احساس و عمل اشخاص بستگی دارد (خوشکام، ۱۳۸۵). ویلیام جیمز معتقد است باور به وجود ارزش‌های بالاتر و یک قدرت برتر برای بهداشت روانی انسان ضروری است. ارزش‌ها سازمان دهنده‌های اصلی اعمال و رفتارهای شخصیت‌های رشد یافته‌اند، انگیزه شخصیت‌های سالم هدف‌ها و برنامه‌های درازمدت است، آنان هدف جویند و اساس زندگی‌شان کاری است که باید به انجام برسانند و همین است که شخصیت‌شان را تداوم می‌بخشد (احمدی، ۱۳۸۷). درواقع سلامت روان، با بهبود ارتباطات بین فردی و عملکرد بهتر فرد در جنبه‌های مختلف زندگی همراه است (ولینت، ۲۰۱۲)؛ و می‌تواند تحت تأثیر منفی یا مثبت کیفیت زندگی زناشویی قرار گیرد (پاپ و همکاران، ۲۰۰۹). طبق تعریف فرهنگ روانشناسی آرتور (۱۹۸۵) واژه سلامت روان، برای افرادی که عملکردشان در سطح بالایی از سازگاری هیجانی و رفتاری است به کار می‌رود و در مورد افرادی که صرفاً بیماری روانی ندارد به کار نمی‌رود. از نظر کاپلان و سادوک، سلامت روان، آن حالت بهزیستی است که افراد قادر باشند به راحتی در جامعه، فعالیت کنند و پیشرفت‌ها و خصوصیات شخصی برای آن

رضایت‌بخش است (ادبی، ۱۳۷۹). کنفرانس بین المللی بهداشت که با همکاری سازمان بهداشت جهانی و یونیسف در سال ۱۹۸۸ با شرکت ۱۳۴ کشور در آلماتا تشکیل شد سلامت روانی را سلامت کامل جسمانی، روانی، اجتماعی تعریف نموده است و نه فقدان بیماری و ناتوانی. آرچریک مبحث تاریخی را اضافه کرده و می‌گوید در جوامع به سرعت در حال تغییر و غیرقابل پیش‌بینی امروز توانایی اکتشاف محیط و ایجاد تعهد، یک مهارت اساسی برای بقا و لازمه سلامت روان است. به عقیده آلفرد آدلر زندگی بودن نیست، بلکه شدن است. آدلر به انتخاب، مسئولیت و معناداری مفاهیم در شیوه‌ی زندگی اعتقاد دارد و شیوه‌ی زندگی افراد را متفاوت می‌داند. محرک اصلی رفتار بشر، هدف‌ها و انتظار او از آینده است. فرد سالم به عقیده‌ی آدلر از مفاهیم و اهداف خودش آگاهی دارد و عملکرد او مبتنی بر حيله و بهانه نیست او جذاب و شاداب است و روابط اجتماعی سازنده و مثبتی با دیگران دارد، روابط خانوادگی صمیمی و مطلوب دارد و جایگاه خودش را در خانواده و گروه‌های اجتماعی به درستی می‌شناسد. همچنین فرد سالم در زندگی هدفمند و غایت مدار است و اعمال او مبتنی بر تعقیب این اهداف است. عالی‌ترین هدف شخصیت سالم، تحقق خویشتن است. از ویژگی‌های دیگر سلامت روان‌شناختی این است که فرد سالم همواره به بررسی ماهیت اهداف و ادراکات خویش می‌پردازد و اشتباهاتش را برطرف می‌کند. فرد خالق عواطف خودش است و نه قربانی آن‌ها. آفرینش گرایی و ابتکار فیزیکی از ویژگی‌های دیگر این افراد است. اریک فروم تصویر روشنی از شخصیت سالم به دست می‌دهد. اریک فروم می‌گوید فردی که دارای شخصیتی سالم است به‌طور عمیق عشق می‌ورزد، آفریننده است، قوه‌ی تعقلش را کاملاً پرورانده است و در آن ریشه دارد، حاکم و عامل خود در سرنوشت خویش است. فروم شخصیت سالم را دارای جهت‌گیری بارور می‌داند. به نظر وی جهت‌گیری، گرایش یا نگرش کلی است که همه‌ی جنبه‌های زندگی را یعنی پاسخ‌های فکری، عاطفی و حسی به مردم، موضوع‌ها و رویدادها، خواه در جهان و خواه در خود، دربرمی‌گیرد.

رویکرد هیجان مدار در اوایل ۱۹۸۰ فرمول‌بندی شد و رویکرد سیستماتیک و مختصری را برای تغییر الگوهای تعاملی غیرقابل انعطاف زوج‌های آشفته و افزایش رشد پیوند آن‌ها ارائه داد (جانسون، ۱۹۹۶). زوج‌درمانی هیجانی رویکردی التفاطی و کوتاه‌مدت است که اولین بار توسط گرینبرگ و جانسون (۲۰۰۰) با تمرکز روی کمک به زوجین در ایجاد رابطه‌ای نزدیک به‌صورتی که دلبستگی ایمن را برای فرد ایجاد می‌کند، مطرح و به کار گرفته شد. زوج‌درمانی هیجان مدار رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک، انسان‌گرایی و نظریه دلبستگی بزرگ‌سالان می‌باشد و با توجه به نقش عمده هیجانات در نظریه دلبستگی، این درمان به نقش مهم هیجانات و ارتباطات هیجانی در ساماندهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجانات را عامل تغییر در نظر می‌گیرد (جانسون، ۲۰۰۴). این رویکرد وضعیت‌هایی را که باعث الگوهای تعاملی آشفته می‌شود، هدف قرار می‌دهد. رویکردی سازنده که در آن درمان جویان به‌عنوان متخصصانی در زمینه تجارب خودشان در نظر گرفته می‌شوند. عناصر کلیدی تجربه از جمله نیازها و ترس‌های ناشی از دلبستگی طی جلسات درمان، آشکار شده و مورد استفاده قرار می‌گیرند. با توجه به نقش عمده هیجانات در نظریه دلبستگی، این درمان به نقش مهم هیجانات و ارتباطات هیجانی در سازمان‌دهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجانات را عامل تغییر در نظر می‌گیرد (جانسون، ۲۰۰۴).

استفاده از نظریه دلبستگی بزرگسالان در این رویکرد، چارچوب منسجمی را برای فهم ماهیت عشق بزرگسالی فراهم می‌کند (جانسون، ۲۰۰۳). از نظر دیدگاه دلبستگی، هر یک از زوجین با انتظارات و تجاربی از گذشته خود، وارد رابطه کنونی می‌شوند که نقش مهمی در چگونگی پاسخ‌دهی آن‌ها به همسر خود دارد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶) بنابراین مشکلات زوجین فقط ناشی از فقدان مهارت نیست بلکه ناشی از حل‌وفصل تجارب اولیه دلبستگی آن‌هاست. از این‌رو هدف عمده این رویکرد این است که به زوجین کمک کند تا نیازها و تمایلات اصلی و نگرانی‌های دلبستگی یکدیگر را شناسایی کرده و ابراز کنند؛ بنابراین از ناامنی‌های دلبستگی زوجین کاسته می‌شود و دلبستگی ایمن بین آن‌ها پرورش می‌یابد (جانسون، ۲۰۰۳). رویکرد تجربیاتی در EFT بر نقش تجارب هیجانی هر زوج و رویکرد سیستماتیک آن بر نقش چرخه‌های تعاملی در حفظ مشکل تأکید دارد؛ بنابراین EFT دنیای درون فردی و بین فردی را یکپارچه می‌کند (جانسون، ۲۰۰۴). انسان‌ها با بیان صحیح و نشان دادن درست هیجانات خود می‌توانند سلامت روان بالاتری را تجربه کنند و به سبب آن رضایت بالاتری از زندگی خود کسب کنند و با توجه به این موضوع که رویکرد زوج‌درمانی هیجانی با تمرکز بالای خود بر روی این که انسان‌ها چطور تجربه‌های هیجانی خود را ابراز می‌کنند و چگونه به آن شکل می‌دهند و چه الگوهای تعاملی، کیفیت ارتباط آن‌ها با دنیای درون و بیرون خودشان را شکل می‌دهد، به نظر می‌رسد که می‌تواند بر روی سلامت روان زوجین که عامل مهم و بنیادی یک رابطه است، تأثیر به سزایی بگذارد.

درواقع این رویکرد با ایجاد تعاملات سازنده میان زوج‌ها و شناسایی الگوهای دلبستگی به‌عنوان ابزاری برای بهبود روابط آشفته تمرکز دارد (گرینمن، جانسون، ۲۰۱۲؛ گورمن و همکاران، ۲۰۱۵). درنهایت این رویکرد موجب کمک به زوج‌ها در دستیابی به هیجان‌های نهفته و تسهیل تعاملات مثبتی می‌شود که در دسترس بودن و اعتماد میان آن‌ها را افزایش می‌دهد (گرینمن، جانسون، ۲۰۱۳). به اعتقاد جانسون (۲۰۰۴) درمان هیجان-محور، دربرگیرنده چند مفهوم اصلی شامل هیجانات، همدلی، صدمات مربوط به دلبستگی و حفظ و بازسازی روابط عاشقانه است که در فرآیند درمان به آن‌ها پرداخته می‌شود (مطهری نسب، ۱۳۹۳).

در زوج‌درمانی هیجان مدار همواره تلاش برای دغدغه‌های دلبستگی یعنی امنیت، اعتماد، تماس و موانع موجود بر سر راه این موارد است. این مدل درمانی، هیجانات به‌خودی‌خود، ظرفیت ذاتی سازگاران‌های دارند که اگر فعال شود، می‌تواند به زوجین کمک کند تا مواضع هیجانی و ابراز گری ناخواسته خود را تغییر دهند. به گفته گاتمن (۲۰۰۳)، در دهه گذشته و در میان رویکردهای زوج‌درمانی درمان هیجان مدار بیشترین توان درمانی را در اختیار داشته است. لذا پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان زوج‌درمانی هیجان مدار بر سلامت زوجین دارای تعارض زناشویی اثربخش است؟

روش پژوهش

طرح پژوهش تمام آزمایشی با گروه آزمایش و گواه و شمارش تصادفی بوده است. جامعه آماری این پژوهش کلیه زوج‌های دارای تعارض مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز در سال ۱۳۹۹ بوده است که جهت اجرای این پژوهش از بین مراکز مشاوره شهر شیراز، یک مرکز (مرکز مشاوره بهار نکو) به‌صورت در دسترس انتخاب شد که از بین مرد‌های دارای تعارض مراجعه‌کننده به این مرکز ۲۰ فرد با این روش انتخاب و به‌صورت تصادفی به ۲ گروه ۱۰ تایی تقسیم شدند که یک گروه به‌عنوان گروه آزمایش و یک گروه به‌عنوان گروه کنترل انتخاب شدند.

زوج درمانی هیجان مدار طی ۱۰ جلسه به زوجین دارای تعارض ارائه می شود که از ۳ مرحله اصلی تشکیل شده است که به شرح مختصری از مراحل می پردازیم:

مرحله اول: تنش زدایی

در این مرحله به از بین بردن چرخه معیوب و منفی روابط زوجین می پردازیم. افراد تشویق می شوند تا به تعاملات خود نگاه دقیق تری داشته باشند تا متوجه شوند که در این چرخه معیوب چه اتفاقی می افتد و در نهایت درک کنند که تعاملات منفی آن ها به دلیل دلبستگی ناایمن و فاصله عاطفی است که از یکدیگر دارند.

مرحله دوم: بازسازی

در این مرحله به بازسازی تعاملات زوجین می پردازیم که درمانگر در آن به مراجعین کمک می کند تا در مورد ترس ها و نگرانی هایی که از رابطه خود دارند صحبت کنند. افراد در این مرحله آموزش می بینند که چطور با یکدیگر صحبت کنند که فاصله عاطفی کمتر شود در حقیقت یاد می گیرند که در مورد نیازهای خود صحبت کنند و همسرش نسبت به آن نیازها پذیراتر و با مسئولیت بیشتری واکنش نشان دهد.

مرحله سوم: تثبیت

در مرحله آخر به مراجعین کمک می کنیم تا دریابند چگونه این الگوهای ارتباطی بروز و تداوم پیدا کرده است و به مراجع نشان داده می شود که چطور موفق شوند این الگوها را تغییر دهند و به صورت پایدار در آینده حفظ کنند.

این ۳ مرحله طی ۱۰ جلسه و ۹ گام انجام می شود که پروتکل کلی درمان در این جلسات به شرح جدول زیر می باشد:

مرحله	گام	پروتکل
اول	۱	اتحاد درمانی و ارزیابی از این که چگونه تضادها و تعارضات بنیادی در حیطه جدایی تعریف می کند. پیوند، وابستگی، استقلال
اول	۲	شناسایی چرخه تعامل منفی
اول	۳	دسترسی به عواطف شناسایی نشده نهفته در موقعیت های تعاملی
اول	۴	بازگویی مشکل در قالب چرخه و عواطف نهفته و نیازهای دلبستگی
دوم	۵	ارتقاء سطح شناسایی نیازها و جنبه های تعلیم نشده خود
دوم	۶	ارتقاء سطح پذیرش تجربه همسر و جنبه هایی از خود و راه های جدید تعامل
سوم	۸	تسهیل پدیدار شدن راه حل های جدید برای مشکلات قدیمی
سوم	۹	تثبیت جایگاه های جدید و چرخه های جدید رفتارهای دلبستگی

برای اجرای این پژوهش با مراجعه به مراکز مشاوره شهر شیراز تعداد ۲۰ زوج دارای تعارض زناشویی به صورت در دسترس انتخاب شدند و به دو گروه ۱۰ تایی دسته بندی شدند و یک گروه به عنوان گروه آزمایش و یک گروه به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. به هر کدام از زوجین هر پرسشنامه سلامت روان با ارائه توضیحات شفاهی و کتبی در مورد این ابزار ارائه شد. سپس به گروه آزمایش انتخاب شده پکیج درمانی EFT به مدت ۱۰ جلسه ارائه شد و گروه کنترل درمان EFT را دریافت نکرد و در نهایت پس از اتمام جلسات درمان گروه آزمایش، مجدداً ابزار پژوهش در اختیار هر دو گروه آزمایش و کنترل برای پاسخگویی مجدد قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده های این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS و در دو سطح توصیفی و در سطح آمار استنباطی از روش آمار پیشرفته تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت روان ۲۸ سؤالی گلدبرگ: پرسشنامه سلامت عمومی اولین بار توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۲ تنظیم شد و به طور گسترده در پژوهش های متعددی مورد استفاده قرار گرفته است و یکی از شناخته شده ترین ابزارهای غربالگری در پژوهش های

مربوط به سلامت روان است. گلدبرگ و همکارانش ابتدا این پرسشنامه را برای غربالگری اختلالات روان‌شناختی غیر سایکوتیک، در مراکز درمانی و سایر جوامع طراحی و تدوین کردند. فرم اصلی و اولیه این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سؤال بوده است که متن سؤالات درباره‌ی وضع سلامتی و ناراحتی‌های فرد و به‌طور کلی سلامت عمومی او با تأکید بر مسائل روان‌شناختی و اجتماعی در زمان حال می‌باشد که بعدها فرم‌های کوتاه تری مشتمل بر ۴۴، ۳۰، ۲۸، ۲۰، ۱۲ ماده نیز تهیه شد. به نظر محققین (ماری و ویلیامز، ۱۹۸۵؛ شمسوند و همکارانش، ۱۹۸۶) فرم‌های مختلف پرسشنامه سلامت عمومی از روایی و کارایی بالایی برخوردار است و کارایی فرم ۱۲ سؤالی تقریباً به همان میزان فرم ۶۰ سؤالی است. فرم ۲۸ سؤالی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹)، از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی شده است. این پرسشنامه علاوه بر استخراج نمره کلی وضعیت سلامت روان افراد، از چهار زیر مقیاس نیز تشکیل یافته که هر کدام از آن‌ها دارای هفت سؤال می‌باشد.

سؤال‌های هر زیر مقیاس به ترتیب پشت سر هم آمده است، به‌گونه‌ای که از سؤال یک تا هفت مربوط به زیر مقیاس نشانه‌های جسمانی، از سؤال هشت تا چهارده مربوط به زیر مقیاس اضطراب، از سؤال پانزده تا بیست و یک مربوط به زیر مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی، از سؤال بیست و دو تا بیست و هشت مربوط به زیر مقیاس افسردگی می‌باشد. نمره‌گذاری آزمون بر اساس مقیاس لیکرت می‌باشد که در آن برای هر فرد پنج نمره به دست می‌آید که چهار نمره به مقیاس‌های فرعی و یک نمره به کل مواد پرسشنامه مربوط می‌شود در نتیجه نمره کل یک فرد، از صفر تا ۸۴ و نمره هر زیر مقیاس از صفر تا ۲۱ متغیر خواهد بود.

در زیر مقیاس علائم جسمانی، وضعیت سلامت عمومی و علائم جسمانی، در زیر مقیاس اضطراب علائم و نشانه‌های اضطراب شدید، بی‌خوابی، تحت فشار بودن، عصبانی بودن و دلشوره و در زیر مقیاس کارکردی اجتماعی توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مقید بودن، قدرت یادگیری و لذت بردن از فعالیت‌های روزمره زندگی و در زیر مقیاس افسردگی علائم اختصاصی افسردگی از قبیل احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، افکار خودکشی، آرزوی مردن و ناتوانی در انجام کارها را می‌سنجد.

گلدبرگ و ویلیامز در سال ۱۹۸۸ به روش دو نیمه کردن برای این پرسشنامه را که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود ۰/۹۵ گزارش کردند. چان (۱۹۸۵) پس از اجرای پرسشنامه بر روی ۷۲ دانشجو در هنگ کنگ، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کرد. رابینسون و پرایس (۱۹۸۶) از ۱۰۳ بیمار که قبلاً سکتة قلبی کرده بودند خواستند که در دو نوبت به فاصله ۸ ماه، پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل کنند، تحلیل نتایج، ضریب پایایی ۰/۹۰ را به دست داد. تقوی پایایی پرسشنامه سلامت عمومی را بر اساس سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرارداد که به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۰، ۰/۹۳ را به دست آورد. پالاهنگ در سال ۱۳۷۴ در هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی بر روی ۶۱۹ نفر از ساکنان بالاتر از ۱۵ سال شهر کاشان، با روش نمره‌گذاری لیکرت، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ برای مردان و ۰/۸۱ برای زنان را گزارش نموده است. هومن (۱۳۷۶) در هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی در ایران، هماهنگی درونی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس که نشان‌دهنده سلامت عمومی است برابر با ۰/۸۵ برآورد کرده است.

یافته‌ها

در طرح‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون معمولاً معنی‌داری اثر پیش‌آزمون به تفاوت میانگین‌ها در پیش‌آزمون ارتباط ندارد بلکه به پایایی سنجش یک صفت در دو مرحله پیش و پس‌آزمون مربوط می‌شود.

یافته‌های توصیفی به شرح جدول زیر می‌باشد:

جدول ۱. شاخص‌های آماری متغیرهای سلامت در گروه‌های کنترل و آزمایش در پیش و پس‌آزمون							
متغیرها	آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	کنترل		آزمایش	
				تعداد	میانگین	تعداد	میانگین
نمره کل سلامت	پیش‌آزمون	۳۶,۱۰۰	۸,۰۲۵۶۲	۲۰	۳۲,۲۰۰	۲۰	۱۱,۱۰۹۹۸
	پس‌آزمون	۳۱,۱۰۰	۷,۲۱۰۳۷	۲۰	۱۶,۳۵۰	۲۰	۶,۵۲۳۳۴
علائم جسمانی	پیش‌آزمون	۱۰,۵۵۰	۲,۷۹۹۹۱	۲۰	۸,۰۰۰	۲۰	۳,۹۴۷۰۲
	پس‌آزمون	۹,۵۰۰	۲,۶۸۵۲۴	۲۰	۴,۲۵۰	۲۰	۱,۷۱۲۹۵
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۱,۶۵۰	۲,۹۹۶۰۵	۲۰	۱۰,۲۰۰	۲۰	۴,۱۲۳۳۸
	پس‌آزمون	۱۰,۲۰۰	۲,۵۱۷۴۲	۲۰	۵,۴۰۰	۲۰	۱,۸۱۸۰۴
علائم کارکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۷,۷۵۰	۲,۴۲۵۲۰	۲۰	۸,۰۰۰	۲۰	۲,۵۱۳۱۲
	پس‌آزمون	۶,۴۵۰	۲,۰۶۴۱۰	۲۰	۴,۷۵۰	۲۰	۱,۹۱۶۰۰
افسردگی	پیش‌آزمون	۶,۲۰۰	۳,۷۲۱۹۱	۲۰	۶,۰۰۰	۲۰	۴,۴۴۸۵۴
	پس‌آزمون	۴,۸۰۰	۳,۳۸۱۰۶	۲۰	۱,۹۵۰	۲۰	۲,۵۰۲۱۰

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون (بعد از اجرای زوج‌درمانی هیجانی) میانگین سلامت روان از پیش‌آزمون کمتر است و این بدان معناست که پس از اجرای زوج‌درمانی هیجانی میانگین سلامت روان زوجین بالاتر است و شاخص‌های علائم جسمانی، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و افسردگی کاهش یافته است و سلامت روان افراد پس از اجرای زوج‌درمانی هیجانی افزایش داشته است که این تفاوت‌ها در گروه کنترل محسوس نیست.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس باید شرط عدم تعامل پیش‌آزمون و متغیر مستقل بررسی شود. نتایج به‌دست‌آمده در جداول قابل مشاهده است.

جدول ۲. آزمون تعامل

متغیرها	منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی (df)	میانگین مجزورات	آماره آزمون (F)	سطح معناداری
نمره کل سلامت	اثر تعامل پیش‌آزمون و گروه	۲۳۴,۷۸۰	۲	۱۱۷,۳۹۰	۲,۷۱۶	۰,۰۷۹
علائم جسمانی	اثر تعامل پیش‌آزمون و گروه	۱۸,۰۵۶	۲	۹,۰۲۸	۲,۳۴۱	۰,۱۱۰
اضطراب	اثر تعامل پیش‌آزمون و گروه	۱۵,۹۸۸	۲	۷,۹۹۴	۱,۷۶۱	۰,۱۸۶
کارکرد اجتماعی	اثر تعامل پیش‌آزمون و گروه	۱۴,۵۸۵	۲	۷,۲۹۲	۲,۱۳۳	۰,۱۳۳
افسردگی	اثر تعامل پیش‌آزمون و گروه	۱۵,۰۳۰	۲	۷,۵۱۵	۱,۲۵۴	۰,۲۹۷

همان‌طور که در جداول فوق مشاهده می‌شود برای تمام متغیرهای تحقیق سطح معناداری بیشتر از ۰,۰۵ می‌باشد و اصطلاحاً اثر تعاملی با موفقیت انجام شده است یعنی همگونی شیب رگرسیون برای تحلیل کوواریانس برقرار می‌باشد؛ بنابراین برای بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجانی بر رضایت زناشویی و سلامت روان زوجین و ابعاد آن‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده می‌کنیم.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس زوج درمانی هیجانی بر ابعاد سلامت روان زوجین						
شاخص	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره آزمون	سطح معناداری
اثر پیش آزمون	علائم جسمانی	۲۹,۹۸۱	۱	۲۹,۹۸۱	۶۸۱۵	۰,۰۱۳
	اضطراب	۳۱,۵۴۴	۱	۳۱,۵۴۴	۷,۳۶۶	۰,۰۱۰
	علائم کارکرد اجتماعی	۶۱,۶۳۲	۱	۶۱,۳۶۲	۲۵,۴۱۳	۰,۰۰۰
	افسردگی	۹۲,۲۲۸	۱	۹۲,۲۲۸	۱۳,۹۹۰	۰,۰۰۱
اثر متغیر مستقل	علائم جسمانی	۱۸۳,۶۶۳	۱	۱۸۳,۶۶۳	۴۱,۷۵۰	۰,۰۰۰
	اضطراب	۱۸۸,۵۳۱	۱	۱۸۸,۵۳۱	۴۴,۰۲۳	۰,۰۰۰
	علائم کارکرد اجتماعی	۳۳,۳۴۹	۱	۳۳,۳۴۹	۱۳,۸۱۲	۰,۰۰۱
	افسردگی	۷۶,۹۰۴	۱	۷۶,۹۰۴	۱۱,۶۶۵	۰,۰۰۲
خطا	علائم جسمانی	۱۶۲,۷۶۹	۳۷	۴,۳۹۹		
	اضطراب	۱۵۸,۴۵۶	۳۷	۴,۲۸۳		
	علائم کارکرد اجتماعی	۸۹,۳۳۸	۳۷	۲,۴۱۵		
	افسردگی	۲۴۳,۹۲۲	۳۷	۶,۵۹۲		
تصحیح کلی	علائم جسمانی	۴۶۸,۳۷۵	۳۹			
	اضطراب	۴۲۰,۴۰۰	۳۹			
	علائم کارکرد اجتماعی	۱۷۹,۶۰۰	۳۹			
	افسردگی	۴۱۷,۳۷۵	۳۹			

با توجه به جدول فوق مقدار آماره آزمون اثر متغیر مستقل برابر با ($F=44.678$) گردیده است که چون $p=0.000 < 0.05$ می باشد این مقدار معنادار شده است؛ بنابراین بین سلامت روان زوجین و درمان زوج درمانی هیجانی در مرحله پس آزمون پس از حذف تأثیر پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و زوج درمانی هیجانی بر سلامت روان زوجین تأثیر معناداری داشته است. در ادامه به تأثیر زوج درمانی هیجانی بر ابعاد مختلف سلامت روان می پردازیم.

با توجه به کاهش نمرات میانگین پس آزمون در جدول که نشان دهنده بهبود سلامت روان افراد می باشد و با توجه به تحلیل کوواریانس فوق به این نتیجه می رسیم که فرضیه اثبات می شود و درمان زوج درمانی هیجانی بر سلامت روان زوجین اثربخشی چشمگیری دارد.

بحث و نتیجه گیری

همان گونه که در جداول مشاهده گردید مقدار آماره آزمون اثر متغیر مستقل معنادار شده است بنابراین بین سلامت روان زوجین در دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پس آزمون پس از حذف تأثیر پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و درمان زوج درمانی هیجانی در مرحله پس آزمون تأثیر معناداری داشته است. نتایج حاصل از پژوهش حاضر با نتایج حاصل از پژوهش های دنتون و همکارانش، گرینبرگ، جانسون، وسترمن و همکارانش همسو هماهنگ بوده است.

در تبیین اثربخشی درمان زوج درمانی هیجانی بر سلامت روان زوجین چندین نقطه حائز اهمیت و قابل تبیین است. زوج های دارای تعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره عموماً با اضطراب و سردرگمی بالا و شکایت از این که همسر مرا درک نمی کند، خسته شدم، کلافه ام، شرایط کارم به خاطر شرایط زندگی ام به هم ریخته، احساس خوبی ندارم، خوابم نمی برد و جملاتی با همین مضامین مراجعه می کنند و متأسفانه پس از بررسی های لازم که در این پژوهش با پرسشنامه سلامت عمومی انجام گرفت، مشاهده می شود که اکثراً دچار حد بالای اضطراب و اختلالات خواب، افسردگی، علائم جسمانی، علائم بد کارکردی اجتماعی بالایی بودند. این افراد بدون هیچ گونه آگاهی نسبت به ریشه این هیجانات منفی که در حال تجربه کردن آن هستند و عدم آگاهی نسبت به این که عدم

رضایت آن‌ها از زندگی زناشویی و عدم آگاهی نسبت به نیازها و عواطف بنیادین می‌تواند اثری مستقیم بر سلامت روان آن‌ها گذاشته باشد و دلیل تجربه هیجانات منفی آن‌ها باشد به مراکز مشاوره مراجعه می‌کنند.

زوج درمانی هیجان مدار با پروتکل‌های درمان خویش در قدم اول با کاهش بالای تنش‌ها و درک کردن و همدلی کردن با آن‌ها و فراخواندنشان به آرامش و برون‌ریزی هیجان‌هایشان به یاری زوج‌ها می‌شتابد.

زوج درمانی هیجانی تأکید بسیار بالایی بر هیجانات و عواطف بنیادین و دل‌بستگی ایمن دارد و می‌توان گفت پایه آن بر شناخت درست عواطف و نیازهای بنیادین هر فرد است از این رو وقتی با زوج‌ها به همدلی می‌پردازیم به خوبی به برون‌ریزی هیجاناتی که در حال تجربه هستند می‌پردازند و می‌توان با تلفیق همدلی و برون‌ریزی پی به هیجانات و عواطف بنیادین آن‌ها برد. پس از پایان قدم اول (تنش‌زدایی) به خوبی می‌توان کاهش علائم را مشاهده کرد. زوج‌ها پس از درک کردن سیکل معیوب روابط خویش و فراگرفتن چگونگی تبدیل سیکل‌های معیوب به سیکل‌های مثبت و آگاهی یافتن نسبت به مشکلات اصلی، شناخت خود و همسر خود، درک کردن انواع هیجانات و فراگرفتن چگونگی بروز و مقابله با آن‌ها با انجام تمرین‌های متناسب با شرایطشان و درنهایت با تمرین و تکرارهای مداوم و از همه مهم‌تر خودشناسی نسبت به ادراک و نیازهای بنیادین خویش در پایان دوره درمان و پس از بررسی‌های مجدد هم‌الاحاظ بالینی و هم با پرسشنامه سلامت عمومی متوجه شدیم که زوج درمانی هیجان مدار به خوبی توانسته علائم را کاهش و یا اغلب علائم را به طور کامل از بین ببرد و فرد را از لحاظ سلامت روان در سطح بالایی قرار دهد به طوری که طبق اظهارات زوجین پس از اتمام دوره درمان آن‌ها آرامش بالایی را تجربه کرده‌اند.

می‌توان بیان کرد به این علت که زوج درمانی هیجان مدار به خوبی می‌تواند بر روی هیجانات و عواطف و نیازهای بنیادین افراد تأثیر بگذارد و به افراد نحوه صحیح درک و بروز عواطف و نیازها و هیجانات خود و دیگران را آموزش می‌دهد باعث کاهش شدید تعارضات زناشویی می‌شود و به سبب آن به خوبی می‌تواند در بالا بردن سلامت روان زوجین تأثیرگذار باشد. سلامت روان، مجموعه‌ای از ویژگی‌هایی است که در برابر حوادث فشارزای زندگی به عنوان سپری محافظ عمل می‌کند و کمک می‌کند که افراد، در این موقعیت‌ها کارکرد بهتری داشته باشند، همچنین، حالتی از توانمندی و بهزیستی است که به فرد توانایی لازم برای مقابله با تنش‌های روزمره زندگی را می‌دهد (رابرتز و همکاران). سلامت روان، با بهبود ارتباط بین فردی و عملکرد بهتر فرد در جنبه‌های مختلف زندگی همراه است (ولینت) و می‌تواند تحت تأثیر منفی و یا مثبت کیفیت زندگی زناشویی قرار گیرد.

منابع

- بابایی گرمخانی، محسن؛ رسولی، محسن؛ داورنیا، رضا (۱۳۹۶). تأثیر درمان زوج درمانی هیجانی بر کاهش استرس زناشویی زوجین متاهل، ۱۸(۵۶)، ۶۹-۵۶.
- بنائیان و همکاران. بررسی ارتباط سلامت روان و رضایت زناشویی زنان متاهل. ۱۳۸۵.
- بنائیان، شایسته؛ پروین، ندا و کاظمیان، افسانه (۱۳۸۵). بررسی ارتباط سلامت روان و رضایت زناشویی زنان متاهل. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا، ۱۴ (۲)، ۶۲-۵۲.

- جاویدی، نصیرالدین (۱۳۹۲). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود رضایت زناشویی زوجین و کنترل رفتار خانواده. دو فصلنامه مشاوره کاربردی، ۳(۲)، ۶۵ - ۷۸.
- جاویدی، نصیرالدین؛ سلیمانی، علی اکبر؛ احمدی، خدابخش؛ صمدزاده، منا (۱۳۹۲). اثربخشی زوج درمانی هیجانی بر بهبود عملکرد خانواده. مجله علوم رفتاری، ۷(۲)، ۱-۱۰.
- حسنی، فریبا؛ نوابی نژاد، شکوه؛ نورانی پور، رحمت الله (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی-رفتاری و هیجان مدار بر افسردگی در زوج های مرد نابارور. نشریه زن در توسعه و سیاست، ۳، ۸۳-۶۱.
- خجسته مهر، رضا؛ شیرالی نیا، زهرا؛ رجبی، غلامرضا؛ بشلیده، کیومرث (۱۳۹۲). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش نشانه های افسردگی و تنظیم هیجانی زوجین آشفته. دو فصلنامه مشاوره کاربردی، ۱(۱۸)، ۱-۱۳.
- داورنیا، رضا؛ زهراکار، کیانوش؛ معیری، نسیم؛ شاکرمی، محمد (۱۳۹۴). بررسی کارایی زوج درمانی هیجان مدار به شیوه ی گروهی بر کاهش فرسودگی زناشویی زنان. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۲۵(۲)، ۱۳۲ - ۱۴۰.
- رسولی، رویا؛ اعتمادی، احمد؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ دلاور، علی (۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی مداخله متمرکز بر هیجان فردی و زناشویی بر اساس کاهش پریشانی رابطه زوجین با کودکان مبتلا به بیماری های مزمن. خانواده پژوهی، ۳(۳)، ۶۸۳-۶۹۶.
- شاهی، عبدالستار؛ غفاری، ابراهیم و قاسمی فلاورجانی، خلیل (۱۳۹۰). رابطه سلامت روان و رضایت مندی زناشویی. دوماهنامه علمی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۵(۲)، ۱-۱۰.
- طلایی زاده، فخری؛ بختیارپور، سعید (۱۳۹۵). رابطه ی رضایت زناشویی و رضایت جنسی با سلامت روان زوجین. اندیشه و رفتار در روانشناسی، ۱۱(۴۰)، ۳۷-۴۶.
- غلامزاده، مریم؛ عطاری، یوسفعلی؛ شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۸۸). تأثیر آموزش مهارت های ارتباطی بر عملکرد رفتار خانواده در زوجین مراجعه کننده به اهواز. دانش و پژوهش در روانشناسی، ۴۱، ۸۳-۱۰۲.
- قدرتی، مهدی و خرمایی، احسان (۲۰۱۰). رابطه دین داری و سلامت روان در نوجوانان. مجله علمی پژوهشی رفتاری، ۲(۵)، ۱۱۵ - ۳۱.
- کاظمی، پروانه؛ آقامحمدیان شعریاف، حمیدرضا؛ مدرس غروی، مرتضی؛ مهران، بهروز (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی برنامه ارتقا کیفیت زندگی زوجین بر رضایتمندی زناشویی و سلامت روان. پژوهش های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۱(۲)، ۷۱-۸۶.
- Johnson SM, Greenman PS. The path to a secure bond: emotionally focused, couple therapy. J Clin Psychol, 62(5), 597-609.
- Johnson, SM., Denton, WH. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. Am J Fam Ther, 31(5), 345-353.
- Johnson, SM., Talet man, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. Marital Fam The, 23(2), 135-152.
- Johnson, SM., Zuccarini, D. (2010). Integrating sea and attachment in emotionally focused couple therapy. J Mar Fam Ther, 36(4), 431-45
- Kaplan, H., Benjamin, S. (2001). A summary of Kaplan psychology. Tehran :arjmand, 323-5.
- Wiebe, SA., Johnson, SM., Burgess Mose, M., Dalgleish, TL., Tasca, GA. (2017). 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, 43(2), 213-226.