

اثربخشی آموزش زوج درمانی هیجان مدار بر افزایش صمیمیت و کاهش آشفتگی زناشویی در زنان پردیسان - قم

فاطمه رحیمی لرد^۱، فرزانه احمدی^۲

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی، گرایش خانواده، موسسه آموزش عالی ادیبان، سمنان، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ مدرس دانشگاه

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر زوج درمانی هیجان مدار برافزایش صمیمیت زناشویی و کاهش آشفتگی زوجین بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان متأهل در منطقه پردیسان قم در سال ۱۴۰۰ بوده است که با نمونه گیری در دسترس ۵۰ نفر وارد پژوهش شده و ۲۵ نفر در گروه آزمایش و ۲۵ نفر در گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. آن گاه گروه آزمایش در ۱۰ جلسه هفته ای دو بار و هر جلسه به مدت حدود ۱۲۰ دقیقه تحت آموزش زوج درمانی هیجان مدار قرار گرفتند. ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه صمیمیت زناشویی تامپسون و واکر (۱۹۸۳) (با سه مؤلفه نزدیکی عاطفی، از خودگذشتگی و رضایت) و مقیاس تجدید نظر شده غربالگری آشفتگی زناشویی و ارتباطی (-SSMRD، R، ۲۰۰۹) می باشد. همچنین جهت پاسخگویی به فرضیات پژوهشی با توجه به طرح تحقیق در تجزیه و تحلیل داده ها در بخش آمار توصیفی از توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در تحلیل استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته های پژوهش نشان داد که آموزش زوج درمانی هیجان مدار برافزایش صمیمیت زناشویی ($F=13/14$ ، $p < 0/05$) و کاهش آشفتگی زوجین ($F=5/01$ ، $p < 0/05$) تأثیرگذار بوده است؛ بنابراین می توان بیان کرد که آموزش این رویکرد می تواند باعث افزایش صمیمیت زناشویی و کاهش آشفتگی زوجین می شود.

واژه های کلیدی: زوج درمانی هیجان مدار، صمیمیت زناشویی، آشفتگی زناشویی.

مقدمه

یکی از برجسته‌ترین رویدادهای زندگی افراد تشکیل خانواده است که با پیوند میان زن و شوهر با ازدواج شکل می‌گیرد و از مهم‌ترین و اساسی‌ترین موضوعات قابل توجه جامعه بشری و بنیادی‌ترین رابطه انسانی است و اولین تعهد عاطفی و حقوقی است که افراد در بزرگسالی قبول می‌کنند (پارک، ۲۰۱۲). وجود خانواده سالم، شرط دستیابی به یک جامعه سالم است و سلامت خانواده مستلزم برخورداری افراد آن به رابطه‌های مطلوب و مناسب با یکدیگر است در چنین نظامی انسان‌ها با دل‌بستگی‌های عاطفی قوی و دیرپا به یکدیگر پیوند خورده‌اند (گلدنبرگ و گلدنبرگ^۲؛ ترجمه شاه برواتی، نقشبندی و ارجمند، ۱۳۹۲)؛ بنابراین خانواده اصلی‌ترین هسته هر جامعه و کانون حفظ سلامت و بهداشت روانی افراد است و وجود تعامل سالم و سازنده میان انسان‌ها و برقرار بودن عشق به هم نوع و ابراز صمیمیت و همدلی به یکدیگر ازجمله ویژگی‌های زندگی اجتماعی انسان است (زنگنه مطلق و همکاران، ۱۳۹۶) و بسیاری از افرادی هم که ازدواج می‌کنند هدفشان تشکیل یک زندگی صمیمانه با همسر است؛ آن‌ها به این امید پیوند زناشویی برقرار می‌کنند که زندگی صمیمانه و خوبی را با همسر خود آغاز نمایند؛ بنابراین سرمایه‌گذاری انسانی بین زوجین یا دادوستد عاطفی در رابطه زناشویی از ویژگی‌های زندگی متعادل است و در هیچ‌کدام از مراحل زندگی نمی‌توان احساس عدم نیاز به مسائل عاطفی کرد. تبادل عاطفی مابین زوجین به همان میزانی که برای شروع و آغاز زندگی مشترک مهم است، برای تداوم آن نیز بسیار مهم است؛ اما باوجود اهمیت آن، بسیاری از زوجین عواطف و هیجانات تجربه‌شده در طی دوران زندگی مشترک خود را نادیده می‌گیرند. تزلزل و سستی در ریشه یک خانواده و کاهش عاطفه و صمیمیت در بین افراد آن، از پیامدهای جامعه امروزی است که به‌سوی متمدن و صنعتی شدن پیش می‌رود. هنگامی که زوجین برای درمان محل مشکلات خانوادگی می‌آیند، باتجربه‌آشفتگی‌های هیجانی فراوانی همراه هستند. شواهد بسیار روشن نشان می‌دهد زوجها مشکلات شدید و فراگیری را در جهت برقراری و حفظ رابطه عاشقانه و صمیمی با شریک خود، تجربه می‌کنند. آنان ادعا می‌کنند که همسرشان احساساتشان به‌درستی درک نمی‌کند و با نبود صمیمیت زناشویی بین اعتماد، رضایت و پیوندهای دل‌بستگی ناایمن با یکدیگر به‌وسیله الگوهای هیجانی تدافعی که خود مانع اعتماد به یکدیگر، نزدیکی و واکنش مناسب می‌شود، تعامل برقرار می‌شود (جانسون و گرینبرگ، ۲۰۰۵). ایجاد و حفظ روابط صمیمانه و ارضای نیازهای عاطفی و روانی در جریان ازدواج، یک مهارت و هنر است که علاوه بر سلامت روانی و تجارب سالم اولیه به داشتن نگرش‌های منطقی و کسب مهارت‌ها و انجام وظایف خاصی نیاز دارد. نارضایتی زن و شوهر از یکدیگر با ازهم‌گسیختگی کانون گرم خانواده‌ها و تأثیر سوء این جدایی بر افراد آن، نیاز به رسیدگی و رفع این مسئله را مطرح می‌کند. (نصر، اعتمادی، شفیع‌آبادی، ۱۳۹۲؛ به نقل از امیری مجد و کاکاوند، ۱۳۹۷). هامیلتون^۴ (۲۰۰۹) سخت‌ترین نوع حفظ رابطه را در رابطه زناشویی موفق می‌داند و معتقد است در میان تمام روابطی که ما انسان‌ها با یکدیگر داریم، زندگی مشترک طولانی‌مدت که برآیندی مثبت و خوش‌آیند داشته باشد، کمیاب‌ترین نوع رابطه است که به‌راحتی به دست نمی‌آید. ازدواج صرفاً ارتباط دو فرد نیست بلکه به‌عنوان یک رخداد، به خانواده و اجتماع نیز مرتبط است. یک ازدواج موفق متشکل از عناصری چون عشق، ارتباط خوب، تعهد، تفاهم، نگرانی، مراقبت از یکدیگر و باهم بودن است و برقراری رابطه‌ای صمیمی، انتقال احساسات و افکار و بیان نیازها، راه‌حل مشکلات در ارتباط زناشویی است (ماناپ، کسیم، هوسنی، نن، ادرايس، غزالی،

^۱Park, S. S.^۲Goldenberg, I. & Goldenberg, H^۳Johnson, S & Greenberg LS^۴Hamilton S^۵Manap, J, Kassim, A. C, Hoesni, S, Nen, S, Idris, F, & Ghazali, F

۲۰۱۶)؛ بنابراین از مشخصه های کلیدی و مهم روابط زناشویی و از ویژگی های بارز یک ازدواج موفق، صمیمیت^۱ بشمار می آید. این ویژگی عنصری در تعامل بین همسران است که نبود یا کمبود آن یک شاخص آشفته گی در رابطه زناشویی است (کلی و هالفورد،^۲ ۲۰۰۰). نتایج پژوهش ها نیز نشان می دهد که زن و مرد با تمام تلاشی که در جهت انجام دقیق وظایف خود دارند، به مرور زمان عشق و علاقه بین آن ها کم رنگ و کم رنگ تر شده و گاهی به طور کامل محو می شود (گروور و هلیول،^۳ ۲۰۱۹) و آغاز مشکلات صمیمیت زناشویی وقتی است که زوجین از میزان برآورده شدن خواسته های خود درباره رابطه زناشویی خوب، ناراضی باشند (عیسی نژاد و دشت بزرگی، ۱۳۹۶). درواقع امروزه تعداد زیادی از روابط زناشویی، رو به آشفته گی شدید پیش می رود؛ به طوری که شواهد پژوهشی نشان از نرخ شیوع ۲۰ تا ۱۵ درصدی ناسازگاری در روابط همسران در جوامع مختلف می باشد (ویشمن،^۴ ۲۰۰۷). معتبرترین شاخص آشفته گی زناشویی آمار طلاق است که نشانگر آن است که رضایت زناشویی به آسانی به دست نمی آید و هر نوع نارضایتی، ناسازگاری و آشفته گی که در روابط زناشویی به وجود بیاید می تواند سلامت فرد، خانواده و جامعه را با مشکل مواجه سازد (لبو، چامبرز، کریستنس و جانسون،^۵ ۲۰۱۲). از آنجاکه رابطه زناشویی، اساس و پایه ارتباط خانوادگی و پرورش فرزندان نسل بعدی است، به عنوان مهم ترین رابطه بین دو انسان از آن یاد می شود؛ و استحکام و بهبود آن از اهمیت زیادی برخوردار است. باوجود مشکلاتی که گاهی در روابط زناشویی زوجین ایجاد می شود و آن ها را دچار تعارض می کند بررسی خود فرد از رابطه زناشویی و اینکه آیا نیازها، خواسته ها و آرزوهای شخصی و زوجی فرد برآورده شده است، میزان رضایت و یا نارضایتی از رابطه زناشویی را تعیین می کند (متسون، راگ، جانسون دیویدسون و فینچام،^۶ ۲۰۱۵). استنلی و همکارانش^۷ (۲۰۰۶) اظهار می دارند در مواقعی که زوجها در تضاد برای برآورده کردن نیازهایشان قرار می گیرند، یکی از زوجها ممکن است از فعالیت مورد علاقه یا منفعت شخصی خود چشم پوشی کند و اولویت را به خواسته های شریک زندگی خود بدهد، این همان چیزی است که اگر اتفاق بیفتد موفقیت در زندگی زناشویی را افزایش می دهد (خجسته مهر و همکاران، ۱۳۹۶). مسائلی که در زندگی زناشویی به وجود می آیند در طی زمان به صورت لایه هایی بر روی یکدیگر قرار می گیرند و تا جایی ادامه پیدا می یابند که زوجین از زندگی زناشویی اظهار نارضایتی (کلامی و غیرکلامی) می کند. ناراحتی همسران به شکل های متفاوت نمایان می شود و به دلیل پاسخ دهی نامناسب از سوی همسر بر لایه های آن افزوده می شود و آشفته گی زناشویی را پدید می آورد (کارگر، ۱۳۹۲). بردیت، وان، اوربوش، آنتونوچی^۸ (۲۰۱۷) معتقدند که طلاق نتیجه شکل گیری یک دوره ای از آشفته گی در بین زوجها است؛ و آمارها نشان دهنده این است که آشفته گی زناشویی به عنوان مشکلی موزیانه در حال حاضر در همه جا وجود دارد و نتایج مطالعات به طور کلی نشان می دهد که در هر لحظه ۲۰٪ از جمعیت درگیر آشفته گی زناشویی می شوند (گورمن و ویکتور،^۹ ۲۰۰۲؛ به نقل از جانجانی و همکاران، ۱۳۹۷). تعریف آشفته گی در بین زوجین به احساس نارضایتی یکی از زوجها نسبت به رابطه زناشویی تلقی می شود اما با این

^۱Intimacy^۲Kelly, AB, Halford WK^۳Grover, S & Helliwell, J. F^۴Whisman^۵Lebow, J.L, Chambers, A.L, Christensen, A, & Johnson, S.M^۶Mattson, R. E, Rogge, R. D, Johnson, M. D, Davidson, E. K, & Fincham, F. D.^۷Stanley, S. M, Whitton, S. W, Sadberry, S. L, Clements, M. L, & Markman, H. J^۸Birditt, K. S, Wan, W. H, Orbuch, T. L, & Antonucci, T. C^۹Gorman, A & Viktor.

تعریف، آشفته‌گی در رابطه، فقط به نارضایتی در یکی از زوجین اطلاق می‌شود، درحالی‌که اگر نارضایتی در یک زوج ایجاد شود به‌شدت به زوج دیگر سرایت می‌کند (هالفورد^۴ ترجمه تبریزی، کاردانی و جعفری، ۱۳۸۴). کاهن^۶ (۱۹۹۲) معتقد است زوجین آشفته در مقابل زوجین غیر آشفته، توافق پایین‌تری در حل اختلافاتشان دارند و رفتارهای منفی‌تر و پرخاشگرانه فیزیکی از خود بروز می‌دهند. آن‌ها بیشتر میل به درگیر شدن در مسائل خود و گله و شکایت متقابل دارند که خود نشان از ضعف شنیداری و ضعف در مهارت اعتباربخشی در رابطه با همسر است (بورنستین^۷، ۲۰۰۵؛ به نقل از احمدی و همکاران، ۱۳۹۸). درحالی‌که تجربه آشفته‌گی در زوجین از نقاط بحران در رابطه زناشویی به شمار می‌رود این‌گونه همسران معمولاً صمیمیت، نزدیکی و ابراز عاطفه و محبت کمتری را نسبت به یکدیگر دارند (هالفورد، سندرز، بهرنز^۸، ۲۰۰۱). آشفته‌گی در زوجین با کاهش ارتباط مؤثر، همکاری، رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، رابطه فردی با خویشاوندان خود و پایین آمدن ارتباط جنسی و همچنین با افزایش در واکنش‌های هیجانی، جذب حمایت فرزندان و جدا کردن امور مالی در زوجین همراه است (ثنایی و برایی، ۱۳۷۵؛ به نقل از ده آبادی و صداقتی فرد، ۱۳۹۸). البته بخشی از تعارضات و ناسازگاری زوجین در ارتباط با عوامل بیرونی و بخشی از آن‌ها در ارتباط با عوامل درونی خانواده هست و میان این دو عامل ارتباط متقابل وجود دارد. وجود تعارض در سطح نهاد خانواده در کنار گریبان‌گیری برای همه اعضای آن خانواده، بر خویشان، نزدیکان و آشنایان نیز اثر می‌گذارد (زارع شهدابادی و منتظری، ۲۰۱۹؛ به نقل از سررشته‌دار و باطنی، ۱۳۹۹). برای مداخلات درمانی در روابط بین همسران، رویکردهای متعددی همچون ارتباط درمانی، واقعیت درمانی، راه‌حل‌مدار، هیجان‌مدار، روان تحلیلی، شناختی-رفتاری و ... وجود دارند که هر یک بر اساس پایه نظری خاصی که دارند، روش‌ها و الگوهایی را ارائه می‌نمایند که از بین آن‌ها، رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT)، با روش دل‌بستگی‌های سازگارانه، به شیوهی مراقبت، حمایت و همچنین توجهی متقابل برای نیازهای خود فرد و همسر همراه است؛ به نظر می‌رسد که زوج‌ها، ابراز هیجان‌هایی را که برای آن‌ها کمتر تهدیدکننده باشد جایگزین هیجان‌های قوی می‌کنند (جانسون و ویتنبرن^۹، ۲۰۱۳). از رویکردهای بسیار کاربردی که در پژوهش‌های کنترل‌شده بسیاری، اثربخشی خود را ثابت کرده است، رویکرد هیجان‌مدار است. فرض در این رویکرد این است که تعارض زمانی در زندگی زناشویی ایجاد می‌شود که همسران توانایی ارضای نیازهای دل‌بستگی در یکدیگر را برای ایمنی، امنیت و رضایت ندارند درواقع این روابط آشفته در زوجین نشان از شکست زوجین در برقراری رابطه همگام با الگوی دل‌بستگی ایمن است. این نوع از زوجین در ارضاء نیازهای دل‌بستگی همدیگر، پاسخ‌های هیجانی ثانوی مثل خشم، خصومت، انتقام - جویی یا اینکه احساس گناه بی‌نهایت را تجربه می‌کنند. عنصرهای اصلی مانند نیازها و ترس‌های متأثر از دل‌بستگی در طول جلسات درمان روشن‌شده و موردایراد قرار می‌گیرند. برای کسب چنین اهدافی، رویکرد درمانی هیجان‌مدار عناصر اصلی در مراجع‌محور را به همراه اصول تئوری‌های سیستم‌های عمومی درمی‌آمیزد. به دلیل وجود این عناصر ویژه، مدل زوج‌درمانی در هیجان‌مدار به‌عنوان مدلی که پاسخگو به همراه اعتبار تجربی است مطرح هست و از اعتبارترین مدل‌های تجربی شده است (خجسته مهر، ۲۰۱۴؛ به نقل از کیان، اعتمادی، بهرامی، ۱۳۹۹). بنا بر نظریه دل‌بستگی، هر یک از همسران با انتظارات و تجربی که در گذشته خوددارند، وارد رابطه جدید می‌شوند که نقش اساسی در نوع پاسخگویی آن‌ها به همسر خود دارد؛ به‌این‌علت آشکار کردن هیجان‌ات و نیازهای دل‌بستگی و همچنین نوع پاسخگویی به شریک صمیمی برای رفع این نیازها جهت ایجاد پیوند هیجانی ضرورت است و این اساس فرآیند تغییر در هیجان‌مدار است؛

^۴Halford, W.K.^۶Kahn^۷Bornstein, PH^۸Halford WK, Sanders MR, Behrens BC^۹Johnson & Wittenborn

بنابراین مشکلات همسران تنها ناشی از فقدان مهارت نیست، بلکه به علت حل و فصل تجارب اولیه دل بستگی در آن هاست (گرینبرگ و گلدمن، ۲۰۰۷). ویب و جانسون^۱ (۲۰۱۶) معتقدند که زوج درمانی هیجان مدار به جهت ساختاری بودن و داشتن برنامه درمانی به صورت مرحله به مرحله برای زوج ها، اثربخشی بالاتری نسبت به سایر رویکردها داشته و احتمال عود در آن به شدت پایین تر است. این رویکرد در ابتدا به ارزیابی سبک های ارتباطی زوج ها پرداخته و بعد از آشکار شدن دفاع ها، این سبک را برای زوج ها مشخص می کند و پیامدهای آن را روشن می سازد؛ به این جهت زوج ها در طی زمان می توانند موفق به شناسایی هیجانات سرکوب شده و نا آشکاری که بر چرخه منفی در رابطه مداومت می کنند، شوند و این چرخه را بهبود دهند (یوسفی، ۱۳۹۸). یافته های کیان، اعتمادی و بهرامی (۱۳۹۹) در پژوهشی با ۲۰ زوج (۴۰ نفر) باهدف بررسی اثربخشی زوج درمانی گروهی هیجان مدار بر دل بستگی و شادمانی زناشویی که با طرح تحقیق پیش آزمون- پس آزمون در گروه کنترل نشان داد که مشاوره گروهی هیجان محور به صورت معناداری باعث افزایش کیفیت دل بستگی زوجین و افزایش شادمانی زناشویی شده است. در پژوهش شیدان فر، نوابی نژاد و فرزاد (۱۳۹۹) با موضوع اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و ایماگوتراپی بر سازگاری فردی زوجین، ثابت شد که هر دو رویکرد بر سازگاری فردی زوجین مؤثر و سبب افزایش سازگاری فردی زوجین شدند. بر اساس پژوهش رحیمی و موسوی (۱۳۹۹) که از روش نیمه آزمایشی و طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه بر روی ۳۰ زوج استفاده شد، آموزش با رویکرد هیجان مدار، اثربخش واقع شده و می تواند راهگشای مشاورین و روان درمانگران در بهبود صمیمت جنسی و بخشودگی بین فردی زوجین باشد. تم و همکارانش (۲۰۱۹) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که این رویکرد نه تنها در کاهش پریشانی روابط مؤثر است، بلکه در حفظ موفقیت آمیز دستاوردها در طول زمان نیز مؤثر است. ویب و جانسون (۲۰۱۷) در پژوهش خود به بررسی روابطی که سبب انعطاف پذیری در زوج درمانی هیجان مدار می شود پرداخته اند. گرینبرگ (۲۰۱۷) در مطالعه خود نشان داد، زوج درمانی هیجان مدار بر نشانگان افسردگی و اضطراب زوجین تأثیر مثبت معنی داری داشته است. باخ، لاک وود و یانگ (۲۰۱۷) در پژوهش خود با که با موضوع «نگاهی جدید به زوج درمانی هیجان محور و اثرات آن بر سازگاری زناشویی» بود، به این نتیجه رسیدند که زوج درمانی هیجان مدار بر سازگاری زناشویی مؤثر و سبب افزایش رضایت از زندگی زوجین می شود. بر مبنای رویکرد هیجان مدار، با توجه به بالا رفتن آمار طلاق در جوامع، به خصوص در همسران جوان که روز به روز بر درگیری ها و تعارضات در خانواده ها، افزوده می شود، درمان و مشاوره تخصصی زوج ها دارای ضرورت و اولویت ویژه ای است؛ و در کشور ما به علت مهم بودن هیجانات و عواطف برای مردم، زوج درمانی هیجان مدار به شکل قابل توجه باعث ترقی و افزایش رضایتمندی در ارتباط زوجین و سلامت روانی آن ها می شود (هنرپروران، ۱۳۹۰). نتایج این پژوهش، می تواند زمینه را جهت انجام پژوهش های بیشتر در این مسئله فراهم سازد و همچنین برای مشاوران، روانشناسان و ... مورد استفاده باشد تا بتوانند با ارائه مشاوره و راهنمایی های مناسب، از پیدایش بسیاری از مشکلات زناشویی جلوگیری به عمل آورند و با ایجاد صمیمیت و افزایش کیفیت ارتباط زوجین، بنیان خانواده را مستحکم کنند؛ بنابراین با توجه به اهمیت و ضرورت های ذکر شده، مطالعه حاضر به بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر افزایش صمیمیت و کاهش آشفتگی ارتباطی در زوجین می پردازد.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با به کارگیری طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است؛ جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان متأهل منطقه پردیسان قم می باشند که بر اساس ملاک های ورود به پژوهش ۵۰ نفر وارد این پژوهش شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم قرار گرفتند. برای انتخاب گروه نمونه، پژوهشگر تشکیل گروه زوج درمانی و شرایط ثبت نام اولیه را از طریق انتشار فراخوان به اطلاع اعضا جهت ارجاع، رساند. پس از پایان مهلت ثبت نام، ۹۶ زن برای

^۱Greenberg LS, Goldman RN

^۲Wiebe SA, Johnson SM

شرکت در پژوهش نام‌نویسی کرده بودند که بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش ۴۶ نفر از دوره حذف شدند و بر اساس ملاک‌های ورود و هدفمند ۵۰ نفر انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه های استاندارد استفاده گردید، پرسشنامه صمیمیت زناشویی توسط واکر و تامپسون^{۲۲} در سال ۱۹۸۳ تهیه شده است. این پرسشنامه یک ابزار ۱۷ سؤالی است که برای سنجیدن مهر و صمیمیت تدوین شده است. این پرسشنامه جزئی از یک ابزار بزرگ‌تر است که چندین بُعد از صمیمیت را در برمی‌گیرد اما توسط تهیه‌کنندگان آن (الکسیس جی، واکر و لیندا تامپسون) به صورت ابزاری مستقل گزارش شده است. این پرسشنامه توسط ثنایی در سال ۱۳۷۹ ترجمه شد. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر روی یک مقیاس لیکرتی ۷ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) صورت می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۱ تا ۱۷ و نمره بالاتر نشانه صمیمیت بیشتر است. پرسشنامه دارای سه مؤلفه: نزدیکی عاطفی (۱۰-۲-۱۰-۱۴-۱۶) از خودگذشتگی (۶-۷-۹-۱۱-۱۲) رضایت (۳-۴-۵-۱۷-۱۳-۸) است. دامنه نمرات بین ۱ تا ۱۷ و نمره بالاتر نشانه صمیمیت بیشتر است. جمع نمره بین ۱۷ تا ۳۴ میزان صمیمیت در زندگی پایین است. نمره بین ۳۴ تا ۸۵ میزان صمیمیت در زندگی متوسط است. نمره بالاتر از ۸۵ میزان صمیمیت در زندگی بالا است (اسماعیلی، ۱۳۹۷). به منظور تعیین روایی محتوایی، پرسشنامه در اختیار ۱۵ استاد مشاوره و ۱۵ زن و شوهر جهت قرار گرفت و روایی محتوایی آن تأیید شد (قاسمی موسوی، حسینی، ۱۳۹۸). همچنین روایی محتوایی و صوری پرسشنامه توسط ۱۱ نفر از اساتید مشاوره بر ۱۰۰ زوج در اصفهان بررسی و ضریب پایایی این پرسشنامه را ۰/۹۶ به دست آورده اند که حاکی از پایایی قابل قبول پرسشنامه بود. همچنین محاسبه ضریب پایایی با حذف تک‌تک سؤالات نیز نشان داد که حذف هیچ‌یک از سؤالات تأثیر محسوسی در ضریب پایایی ندارد (ثنایی، ۱۳۸۷). پژوهش نادری مقدم نشان داد در بین صمیمیت زوجین و مدت ازدواج همبستگی معناداری با جهت مثبت وجود دارد $r = 0/648$ که این رابطه در سطح $0/01$ معنادار است. در استفاده از روش باز آزمایی و اجرای پرسشنامه روی ۳۰ نفر از دانشجویان با فاصله زمانی سه هفته ضریب همبستگی به دست آمده برابر است با $0/95$ و ضریب آلفای به دست آمده $0/94$ بود که بیانگر همسانی درونی خوب این مقیاس است (نادری مقدم، ۱۳۸۶).

پرسشنامه آشفتگی زناشویی و ارتباطی مقیاس MSI-R توسط ویشمن، اشنايدر، داگلاس و بیچ^{۲۳} (۲۰۰۹)، به منظور غربالگری زوجین آشفته از غیر آشفته طراحی گردید. نسخه اصلی مقیاس دارای ۱۰ ماده است و دامنه نمرات از صفر تا ۱۰ گسترده است و نمرات بالا به معنی وجود آشفتگی بیشتر است. گویه‌های ۳ ۴ ۸ ۹ و ۱۰ عامل خرسندی زناشویی و ارتباطی را می‌سنجد و گویه‌های ۱ ۲ ۵ ۶ و ۷ عامل ناخرسندی زناشویی و ارتباطی را می‌سنجد، سؤالات ۱ ۲ ۵ ۶ ۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالا به معنی وجود آشفتگی و نمرات پایین به معنی عدم وجود آشفتگی است، بدین معنی که در گروه زنان و مردان افرادی که در مقیاس یادشده به ترتیب نمرات پایین‌تر از ۲۷ و ۲۷ کسب می‌کنند. به عنوان افراد غیر آشفته و افرادی که نمرات ۲۷ و ۲۸ یا بالاتر کسب می‌کنند به عنوان افراد دارای آشفتگی زناشویی و ارتباطی تشخیص بالینی داده می‌شوند (احمدی و همکاران، ۱۳۹۸). ویشمن، اشنايدر، داگلاس و بیچ (۲۰۰۹) این مقیاس را بر روی ۱۰۲۰ زوج اجرا و نقطه برش مقیاس مذکور برای تعیین وجود آشفتگی زناشویی را ۴ و بالاتر از ۴ تعیین کرده‌اند. روایی مقیاس مذکور در این مطالعه $0/76$ و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ $0/86$ به دست آمده که در حد مطلوبی است. این مقیاس در ایران توسط بهزاد فر و همکاران (۱۳۹۵) هنجاریابی و تجدیدنظر شده است. تحلیل عوامل اصلی با چرخش واریماکس منتج به استخراج دو عامل «خرسندی زناشویی و ارتباطی» و «ناخرسندی زناشویی و ارتباطی» در مقیاس تجدیدنظر گردید. روایی همگرا (۰/۶۲۹)، واگرا (۰/۷۳۴) و پایایی با روش‌های آلفای کرونباخ و دونیمه سازی به ترتیب $0/94$ و $0/90$ و بهینه‌ترین نقطه برش بالینی بر اساس تحلیل ROC، برای گروه‌های زنان و مردان به ترتیب ۲۷ و ۲۸ و ضریب کاپا به ترتیب $0/665$ و $0/705$ به

^{۲۲}Walker & Thompson^{۲۳}Whisman, M. A. Snyder, D. K. & Beach, S. R. H

دست آمد همچنین در نسخه ایرانی دامنه پاسخگویی گویه ها از دوگزینه‌ای به لیکرت ۵ گزینه‌ای تغییر یافت. (احمدی و همکاران، ۱۳۹۸).

جلسات آموزش زوج‌درمانی هیجان مدار برگرفته از کتاب زوج‌درمانی هیجان مدار سوزان جانسون؛ ترجمه بهرامی و همکاران (۱۳۹۸) است. جلسات آموزشی به صورت گروهی برگزار می‌شود. این پروتکل آموزشی در طی ۱۰ جلسه آموزشی بوده که در هر هفته ۲ جلسه و طول هر جلسه ۲ ساعت می‌باشد که در ادامه خلاصه مباحث مطرح شده در جلسات در جدول (۱) بیان می‌شود:

جدول ۱. مراحل اجرای آموزش زوج‌درمانی هیجان مدار

جلسه اول
<ul style="list-style-type: none"> با قوانین و مقررات جلسات و نحوه کار آشنا باشد. انگیزه و هدف شرکت در جلسات را بداند. مدرس و تخصص و تجربیات او را بشناسد. خود را نسبت به شرکت منظم در جلسات و انجام درست تکالیف متعهد بداند. اصل رازداری در طول جلسات را حفظ نماید. پرسشنامه‌ها را با دقت و صداقت پاسخ دهد. با اصول درمان هیجان مدار و نقش هیجانات در رابطه آشنا شود.
جلسه دوم
<ul style="list-style-type: none"> بتواند رابطه و تعارضات خود را برحسب دل‌بستگی بررسی کند. افکار و احساسات خود و تمایز آن دو را بشناسد. بامفهوم دل‌بستگی و انواع آن آشنا شود. مشکلات خود را برحسب نیازهای دل‌بستگی و احساسات اساسی قاب‌گیری کند. با ارزیابی چرخه‌های دشوار و منفی حالت‌های هیجانی همراه با آن را تحلیل کند.
جلسه سوم
<ul style="list-style-type: none"> چرخه تعاملی منفی خود را که باعث تعارضات با همسر می‌شود مشخص کند. با آگاهی و کشف واکنش‌های هیجانی، آن‌ها را تعریف کند. با شرکت کردن در بحث هیجانات و احساسات آسیب‌دیده و احساسات اولیه و ثانویه را شناسایی کند. از طریق انعکاس الگوها، تصدیق، برجسته‌سازی، ارتباط همدلانه، چرخه‌های تعاملی خود را بازسازی کند.
جلسه چهارم
<ul style="list-style-type: none"> با هیجانات به رسمیت شناخته نشده و زیربنای موضع‌های تعاملی آشنا شود. اصول گوش دادن فعال، انعکاس احساس و ایجاد همدلی با همسر را فرا بگیرد. تفاوت تجارب هیجانی مردان و زنان تفکیک کند. بتواند تمرکز خود را از طرف مقابل به عنوان فرد مقصر بردارد. بر چرخه معیوب خود در بافت و زمینه دل‌بستگی ارتباطی خود متمرکز شوند.
جلسه پنجم
<ul style="list-style-type: none"> مشکل را برحسب چرخه تعاملی منفی بر اساس هیجانات و نیازهای دل‌بستگی مجدداً بررسی کند. توانایی ایجاد یک تصویر منسجم و معنادار و یا داستان الگوهایی که تعریف‌کننده رابطه آن‌ها و نیز شیوه ایجاد شدن این الگوها شده‌اند، داشته باشد.
جلسه ششم
<ul style="list-style-type: none"> با افزایش شناسایی و همانندسازی با هیجانات دل‌بستگی، بتواند نیازها و جنبه‌های پذیرفته نشده را وارد تعاملات خود کند. توانایی ایجاد مسئولیت و بیان انتظارات به همسر را داشته باشد. بتواند با مهارت‌های گفتگو بر اساس تجاربی که قبلاً فرمول‌بندی نشده یا اجتناب شده‌اند به شکل هماهنگ

و منسجم احساسات خود را به همسر ابراز کند.
جلسه هفتم
<ul style="list-style-type: none"> • جایگاه هرکدام از همسران در رابطه را بدانند • با تجربیات و شیوه جدید تعامل آگاه شوند • از هیجانات اولیه و زیربنایی خود آگاه شوند • برخورد سازنده با رفتار و فرایند تجربه هیجانی جدید داشته باشند <p>با بازسازی تعاملات، دنبال نمودن و برجسته ساختن آن ها و خلق مجدد تعاملات جدید مبتنی باتجربه هیجانی جدید، اهداف خود را واضح سازی کند</p>
جلسه هشتم
<ul style="list-style-type: none"> • نیازها، خواسته ها را با درگیری عاطفی برای دل بستگی مجدد با همسر شکل دهی کند • با اهمیت بیان درخواست ها و نیازها آشنا شود • افکار غیرمنطقی را بشناسد <p>نحوه ابراز درخواست های خاص خود از همسر به گونه ای که با ایجاد پیوند ایمن، موجب کشیده شدن همسرشان به سمت آن ها شود را بدانند</p>
جلسه نهم
<ul style="list-style-type: none"> • با راه حل های جدید و چرخه تعاملات مثبت به جای چرخه منفی برای مشکلات رابطه ای قبلی آشنا شود • با به وجود آمدن تجارب هیجانی تازه در شرایط مختلف ارتباطی در گروه، ملتفت به ناکارآمدی الگوهای ذهنی گذشته شود <p>راهکارهای جدید برای مشکلات قدیمی پیدا کند</p>
جلسه دهم
<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت ها و چرخه های جدید رفتارهای دل بستگی را ایجاد و تحکیم کند <p>جمع بندی نهایی با بازنگری در فرایند درمان و به رسمیت شناختن تغییرات حاصل شده که اعضاء قادر به فعال سازی موضع های جدید و چرخه های مثبت تازه شده که می توانند رویدادها را به چرخه هایی که در خارج از درمان اتفاق می افتد ارتباط دهند</p>

روش اجرای پژوهش روش اجرا به این شکل است که ابتدا ۹۶ نفر از زنانی که جهت انجام این پژوهش اعلام آمادگی کرده بودند انتخاب و در ادامه ۴۶ نفر از کسانی که بر اساس ملاک های ورود به پژوهش امکان ورود به پژوهش را نداشتند حذف گردیدند و ۵۰ نفر باقی به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. پرسشنامه ها به عنوان پیش آزمون بین همه آن ها توزیع شد. برای گروه کنترل ۱۰ جلسه آموزشی دوساعته و دو بار در هفته برگزار شد گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند بعد از اتمام جلسات هر دو گروه، پس آزمون را تکمیل کردند و سپس اطلاعات گردآوری شده از گروه های آزمایش و کنترل، با استفاده از نسخه ۱۶ نرم افزار spss با روش های آماری تجزیه و تحلیل شده و در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی ارائه شده است. توصیف داده ها با استفاده از روش های آمار توصیفی و تشکیل جداول توزیع فراوانی، محاسبه درصد ها، شاخص های مرکزی و پراکندگی صورت می گیرد و در ادامه بررسی همگنی واریانس ها و نرمال بودن متغیرهای پیوسته پژوهش با استفاده از آزمون آماری t مستقل و کلموگروف - اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفته است (برای آزمون فرضیات سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است).

یافته ها

برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای آشفستگی و صمیمیت از آزمون لون استفاده شد که نتایج در جدول (۲) ملاحظه می گردد. با مراجعه به این جدول و با توجه به سطح معنی داری محاسبه شده که در همه متغیرهای آشفستگی زناشویی، صمیمیت زناشویی و مؤلفه های صمیمیت زناشویی به جز پیش آزمون صمیمیت بالاتر از ۰/۰۵ می باشد می توانیم ادعا کنیم متغیر آشفستگی هم در پیش آزمون وهم در پس آزمون و متغیر صمیمیت فقط در پس آزمون و هر به مؤلفه صمیمیت هم در

پیش‌آزمون و هم در پس‌آزمون دارای همگنی واریانس‌ها می‌باشند، بنابراین یکی از شروط اجرای آزمون‌های پارامتریک که همگنی واریانس‌ها بود به‌غیر از پیش‌آزمون صمیمیت برقرار می‌باشد و می‌توان از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس برای تحلیل داده‌ها استفاده نمود.

جدول ۲. نتایج آزمون لون، جهت بررسی همگنی واریانس متغیرهای پیوسته پژوهش

موقعیت	مقدار لون	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	۳/۳۵	۰/۰۷۳
پس‌آزمون	۳/۳۶	۰/۰۷۲
پیش‌آزمون	۷/۲۴	۰/۰۱۰
پس‌آزمون	۲/۱۴	۰/۱۴۹
پیش‌آزمون	۱/۰۵۸	۰/۳۰۹
پس‌آزمون	۲/۷۶۳	۰/۱۰۳
پیش‌آزمون	۳/۹۱۷	۰/۰۶۵
پس‌آزمون	۳/۰۴۱	۰/۰۷۶
پیش‌آزمون	۳/۰۶۲	۰/۰۷۵
پس‌آزمون	۳/۳۷۷	۰/۰۷۲

با مراجعه به جدول (۳) که مقادیر آماره F برای هیچ‌یک از متغیرهای صمیمیت زناشویی و آشفتگی زناشویی و سه مؤلفه صمیمیت زناشویی شامل نزدیکی عاطفی، ازخودگذشتگی و رضایت معنی‌دار نمی‌باشند یعنی سطح معنی‌داری بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین تعاملی بین گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون وجود ندارد و لذا پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است.

جدول ۳. بررسی یکسانی شیب رگرسیون یا خلاصه تعامل بین گروه و نمرات پیش‌آزمون

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
گروه * صمیمیت- زناشویی	۴۶/۶۶۱	۲	۲۳/۳۳۱	۴۶/۷۵۶	۰/۰۹۵
گروه * نزدیکی عاطفی	۳۷/۰۶۶	۲	۱۸/۵۳۳	۴۲/۱۴۲	۰/۰۸۷
گروه * ازخودگذشتگی	۵۳/۰۸۱	۲	۲۶/۵۴۱	۳۱/۸۲۳	۰/۰۵۶
گروه * رضایت	۵۰/۳۳۹	۲	۲۵/۱۷۰	۳۶/۵۸۰	۰/۰۵۱
گروه * آشفتگی زناشویی	۱۵۱۹/۷۳۸	۲	۷۵۹/۸۶۹	۳۹/۰۲۵	۰/۰۷۲

همچنین در بررسی هم خطی، از میان خروجی‌ها و جداول ارائه‌شده، جدول ضرایب را بررسی می‌کنیم. در این جدول نتایج ستون آماره تحمل یا تولرانس نشان‌دهنده میزان هم خطی متغیرها است. از نظر مفهومی، پارامتر تحمل، مقدار واریانس متغیر پیش‌بین است که به‌وسیله سایر متغیرهای پیش‌بین تبیین نشده است. اگر اندازه پارامتر تحمل در دامنه ۰/۴ باشد جای نگرانی دارد، اما اگر در دامنه ۰/۱ باشد مشکل‌آفرین است (استیونس، ۲۰۰۲). مطابق نتایج به‌دست‌آمده میزان آماره تحمل در بین دو متغیر در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیشتر از مقدار ۰/۴ است و حداقل مقدار آماره تحمل برابر با ۰/۵۵ است. نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که میزان هم خطی بین متغیرهای وابسته نگران‌کننده نیست؛ بنابراین از تحلیل کوواریانس استفاده می‌کنیم.

^۱Stevens, J. P.

جدول ۳. بررسی هم خطی متغیرهای پیوسته پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

مدل	متغیر	آماره تحمل	سطح معنی داری
پیش آزمون	صمیمیت زناشویی	۰/۵۵	۰/۰۰۳
	آشناختگی زناشویی	۰/۶۱	۰/۰۰۹

در ادامه به بررسی فرض های به وجود آمده از پژوهش حاضر پرداخته می شود.

آموزش زوج درمانی هیجان مدار، برافزایش صمیمیت زناشویی و کاهش آشناختگی زوجین مؤثر است، برای بررسی این فرض از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شده که نتایج آن در جدول (۴ و ۵) مشاهده می شود:

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میزان صمیمیت گروه آزمایش و کنترل

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازه اثر
پیش آزمون	۵/۲۵	۱	۵/۲۵	۱۳/۱۴	۰/۰۰۱	
اثر پس آزمون	۵۱/۳۳	۱	۵۱/۳۳	۱۲۸/۴۶	۰/۰۰۰	۰/۵۲
خطا	۱۸/۷۸	۴۷	۰/۴۰			
کل	۵۳۲/۱۹	۵۳۲/۱۹				

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میزان آشناختگی گروه آزمایش و کنترل

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازه اثر
پیش آزمون	۱۰۲/۳۴	۱	۱۰۲/۳۴	۵/۰۱	۰/۰۳۰	
اثر پس آزمون	۱۴۷۵/۰۷	۱	۱۴۷۵/۰۷	۷۲/۲۴	۰/۰۰۰	۰/۵۸
خطا	۹۵۹/۶۶	۴۷	۲۰/۴۱			
کل	۵۵۸۳۴/۰۰	۵۰				

با توجه به جدول (۵) مشاهده می شود F محاسبه شده مربوط به اثر پیش آزمون، از لحاظ آماری معنی دار است ($F = 13/14$ ، $p = 0/001$)، بنابراین می توان بر اساس شواهد موجود در این پژوهش نتیجه گرفت مداخله تأثیر معنی داری بر روی پس آزمون داشته است. میزان تأثیر آموزش هیجان مدار بر صمیمیت زناشویی نیز ۵۲٪ بوده است. این بدین معنا است که ۵۲٪ از تغییرات حاصل شده در نمرات پس آزمون گروه آزمایش ناشی از اجرای برنامه آموزش هیجان مدار بوده است.

علاوه بر این F مربوط به اثر گروه (مداخله) پس از تعدیل اثر پیش آزمون، برابر ($128/46$) است که با سطح معنی داری برابر با ۰/۰۰۰ پایین تر از سطح معنی داری ۰/۰۵ بوده، بنابراین از لحاظ آماری معنی دار می باشد و نشان می دهد آموزش زوج درمانی هیجان مدار موجب افزایش صمیمیت در بین زنان گردیده است. همچنین با توجه به جدول (۶) مشاهده می شود F محاسبه شده مربوط به اثر پیش آزمون، از لحاظ آماری معنی دار است ($F = 5/01$ ، $p = 0/030$)، میزان تأثیر آموزش هیجان مدار بر آشناختگی نیز ۵۸٪ بوده است. این بدین معنا است که ۵۸٪ از تغییرات حاصل شده در نمرات پس آزمون گروه آزمایش ناشی از اجرای برنامه آموزش هیجان مدار بوده است. بنابراین می توان بر اساس شواهد موجود در این پژوهش نتیجه گرفت مداخله تأثیر معنی داری بر روی پس آزمون داشته است.

علاوه بر این F مربوط به اثر گروه (مداخله) پس از تعدیل اثر پیش آزمون، برابر ($72/24$) می باشد که با سطح معنی داری برابر با ۰/۰۰۰ پایین تر از سطح معنی داری ۰/۰۵ بوده، بنابراین از لحاظ آماری معنی دار می باشد و نشان می دهد آموزش زوج درمانی هیجان مدار موجب کاهش آشناختگی در بین زنان گردیده است؛ بر اساس تجزیه و تحلیل آماری اثر متغیر مستقل بر دو متغیر پیوسته به این صورت فرضیه اصلی ما مورد تأیید قرار گرفت.

فرضیه فرعی ۱: آموزش زوج درمانی هیجان مدار برافزایش مؤلفه نزدیکی عاطفی زناشویی مؤثر است.

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری تأثیر متغیر مستقل بر میزان نزدیکی عاطفی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازه اثر
پیش-آزمون	۳/۱۱۶	۱	۳/۱۱۶	۹/۸۷۱	۰/۰۰۳	

اثرپس- آزمون	۴۲/۸۱۴	۱	۴۲/۸۱۴	۱۳۵/۶۳۵	۰/۰۰۰	٪۲۶
خطا	۱۴/۸۳۶	۴۷	۰/۳۱۶			
کل	۴۹۷/۰۰۰	۵۰				

با مشاهده اطلاعات جدول (۷) می توان دریافت که نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری تفاوت معنی داری را بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه نزدیکی عاطفی زوجین نشان می دهد ($F=9/871$ ، $p < 0/01$) میزان تأثیر نیز ٪۲۶ بوده است. با توجه به مقادیر میانگین این مؤلفه برای گروه آزمایش در پیش آزمون (۱/۹۳) و پس آزمون (۲/۹۶) مشاهده می شود اجرای برنامه آموزش زوج درمانی هیجان مدار باعث افزایش میانگین نمرات آزمودنی ها در پس آزمون گردیده است.

فرضیه فرعی ۲: آموزش زوج درمانی هیجان مدار برافزایش مؤلفه از خودگذشتگی زناشویی زنان مؤثر است.

جدول ۸. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری تأثیر متغیر مستقل بر میزان از خودگذشتگی

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	مقدار احتمال	اندازه اثر
پیش- آزمون	۵/۸۳۹	۱	۵/۸۳۹	۸/۱۶۷	۰/۰۰۶	
اثرپس- آزمون	۵۸/۵۴۲	۱	۵۸/۵۴۲	۱۸۸۶	۰/۰۰۰	٪۳
خطا	۳۳/۶۰۱	۴۷	۰/۷۱۵	۸۱		۲
کل	۶۰۳/۰۰۰	۵۰				

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری و اطلاعات جدول (۸) تفاوت معناداری را بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه از خودگذشتگی زنان نشان می دهد ($F = 8/167$ و $P < 0/05$) و میزان تأثیر اجرای برنامه آموزشی نیز ٪۳۲ بوده است. با توجه به مقادیر میانگین این مؤلفه برای گروه آزمایش در پیش آزمون (۲/۱۶) و پس آزمون (۳/۱۹) مشاهده می شود که اجرای برنامه آموزش زوج درمانی هیجان مدار باعث افزایش میانگین نمرات آزمودنی ها در پس آزمون گردیده است.

فرضیه فرعی ۳: آموزش زوج درمانی هیجان مدار برافزایش مؤلفه رضایت زناشویی مؤثر است.

جدول ۹. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری تأثیر متغیر مستقل بر میزان رضایت

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	مقدار احتمال	اندازه اثر
پیش- آزمون	۸/۴۹۶	۱	۸/۴۹۶	۲۰۸	۰/۰۰۰	
اثرپس- آزمون	۵۴/۳۳۹	۱	۵۴/۳۳۹	۱۸۷۵	۰/۰۰۰	٪۱۸
خطا	۲۸/۱۰۴	۴۷	۰/۵۹۸	۹۰		
کل	۵۲۷/۵۵۱	۵۰				

همان طور که در جدول (۹) مشهود است نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری تفاوت معنی داری را بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه رضایت زنان نشان می دهد ($F = 14/208$ و $P < 0/05$) و میزان تأثیر نیز ٪۱۸ بوده است. این یافته بدین معناست که با توجه به مقادیر میانگین این مؤلفه برای گروه آزمایش در پیش آزمون (۱/۹۵) و پس آزمون (۲/۹۸)؛ اجرای برنامه آموزش زوج درمانی هیجان مدار باعث افزایش میانگین نمرات آزمودنی ها در پس آزمون گردیده است.

فرضیه فرعی ۴: آموزش زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش آشفتگی زناشویی مؤثر است.

جدول ۱۰. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میزان آشفتگی گروه آزمایش و کنترل

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	مقدار احتمال	اندازه اثر
پیش- آزمون	۱۰۲/۳۴	۱	۱۰۲/۳۴	۵/۰۱	۰/۰۳۰	

اثر پس- آزمون	۱۴۷۵/۰۷	۱	۱۴۷۵/۰۷	۷۲/۲۴	۰/۰۰۰	۵۸٪
خطا	۹۵۹/۶۶	۴۷	۲۰/۴۱			
کل	۵۵۸۳۴/۰۰	۵۰				

باتوجه به جدول (۱۰) مشاهده می شود F محاسبه شده مربوط به اثر پیش آزمون، از لحاظ آماری معنی دار است ($F = ۵/۰۱$)، $p = ۰/۰۳۰$ و میزان تأثیر آموزش هیجان مدار بر آشفتگی ۵۸٪ بوده است. این بدین معنا است که ۵۸٪ از تغییرات حاصل شده در نمرات پس آزمون گروه آزمایش ناشی از اجرای برنامه آموزش هیجان مدار بوده است. بنابراین می توان براساس شواهد موجود در این پژوهش نتیجه گرفت مداخله تأثیر معنی داری بر روی پس آزمون داشته است.

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش در خصوص "آموزش زوج درمانی هیجان مدار، برافزایش صمیمیت زناشویی و کاهش آشفتگی زوجین مؤثر است" نشان می دهد که از نظر نمره کل صمیمیت میانگین میزان صمیمیت گروه آزمایش در پیش آزمون ۱/۸۳ با انحراف معیار ۰/۳۹ بوده و میانگین میزان صمیمیت گروه کنترل در پیش آزمون ۲/۱۷ با انحراف معیار ۰/۵۹ بوده است. میانگین میزان صمیمیت گروه آزمایش در پس آزمون ۴/۰۰ با انحراف معیار ۰/۸۷ بوده و میانگین میزان صمیمیت گروه کنترل در پس آزمون ۲/۰۸ با انحراف معیار ۰/۴۸ بوده است. مشاهده می شود F محاسبه شده مربوط به اثر پیش آزمون، از لحاظ آماری معنی دار است ($F = ۱۳/۱۴$ ، $p = ۰/۰۰۱$) و میزان این تأثیر ۵۲٪ می باشد. همچنین از نظر نمره کل آشفتگی میزان آشفتگی گروه آزمایش در پیش آزمون ۳۹/۵۶ با انحراف معیار ۴/۳۱ بوده و میانگین میزان آشفتگی گروه کنترل در پیش آزمون ۳۷/۵۶ با انحراف معیار ۲/۶۹ بوده است؛ و نیز میانگین میزان آشفتگی گروه آزمایش در پس آزمون ۲۷/۴۴ با انحراف معیار ۵/۹۱ بوده و میانگین میزان آشفتگی گروه کنترل در پس آزمون ۳۷/۹۲ با انحراف معیار ۳/۰۴ بوده است. با توجه به F محاسبه شده مربوط به اثر پیش آزمون، از لحاظ آماری معنی دار است ($F = ۵/۰۱$ ، $p = ۰/۰۳۰$) و میزان این تأثیر ۵۸٪ می باشد. نتیجه نهایی دو مبحث مطرح شده و بر اساس شواهد موجود در این پژوهش نشان می دهد که ۵۲٪ و ۵۸٪ تفاوت در نمرات پس آزمون صمیمیت و آشفتگی مربوط به تأثیر مداخله برنامه آموزشی زوج درمانی هیجان مدار بوده است. با توجه به یافته های این پژوهش می توان اذعان داشت اجرای برنامه آموزشی زوج درمانی هیجان مدار باعث افزایش صمیمیت و کاهش آشفتگی زنان می گردد. به عبارت دیگر، فرض صفر مبنی بر عدم وجود تفاوت معنادار بین میانگین گروه های آزمایش و کنترل و در نتیجه بی تأثیر بودن آموزش گروهی رویکرد هیجان مدار رد شده و فرض خلاف آن مبنی بر تأثیر رویکرد هیجان مدار برافزایش صمیمیت و کاهش آشفتگی پذیرفته می شود و نتیجه این پژوهش با مطالعات زیادی همخوان است از جمله؛ یافته های کیان، اعتمادی و بهرامی (۱۳۹۹) که در پژوهشی با ۲۰ زوج (۴۰ نفر) باهدف بررسی اثربخشی زوج درمانی گروهی هیجان مدار بر دل بستگی و شادمانی زناشویی، با طرح تحقیق پیش آزمون-پس آزمون انجام گرفت و نتیجه آن نشان داد که رویکرد هیجان محور به صورت معناداری باعث افزایش کیفیت دل بستگی زوجین و افزایش شادمانی زناشویی شده است و با پژوهش غزنوی (۱۳۹۶) که به اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر سبک دل بستگی و رضایتمندی جنسی زوجین نتایج تحلیل کوواریانس پرداخت که در مرحله پس آزمون، بین رضایتمندی جنسی و سبک دل بستگی گروه مداخله و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود داشت. همچنین تأثیر آن بر سبک دل بستگی و زیرمقیاس های آن یعنی نزدیکی، وابستگی و اضطراب معنی داری بود. همچنین با پژوهش تم و همکارانش (۲۰۱۹) که نشان داد این رویکرد نه تنها در کاهش پریشانی روابط، بلکه در حفظ موفقیت آمیز دستاوردها در طول زمان نیز مؤثر است و علاوه بر آن باخ، لاک وود و یانگ (۲۰۱۷) در پژوهش خود که با موضوع «نگاهی جدید به زوج درمانی هیجان محور و اثرات آن بر سازگاری زناشویی» بود و به این نتیجه رسیدند که زوج درمانی هیجان مدار بر سازگاری زناشویی مؤثر و سبب افزایش رضایت از زندگی زوجین می شود. پیرست (۲۰۱۳) نیز در

یک پژوهش با موضوع، درمان هیجان مدار، برای زوج های دارای اختلال اضطراب فراگیر و پریشانی ارتباطی، به این نتیجه رسید که رویکرد درمانی هیجان مدار، اختلال های اضطرابی و پریشانی ارتباطی در زوج ها را به شکلی معنی دار کاهش داده و ارتباط عاطفی مثبتی در بین آن زوج ها نمود پیدا کرد. در تبیین این یافته و با توجه به ادبیات پژوهش بیان می شود که در حال حاضر، مسائل مربوط به صمیمت در روابط زوجین و کمک به بهبود آن از جمله مسائلی است که مشاوران و روانشناسان حیطه ازدواج با آن روبرو هستند (وند بورگانت، ریدز، سندفورت و دکویچ، ۲۰۱۵)؛ که وجود آن سبب کاهش میزان جدایی و افزایش سازگاری زناشویی، حفظ و ارتقای ساختار خانواده است (مارگریث، زیمر-جمبک و بویسلارد، ۲۰۱۲) و عدم ارضای آن می تواند موجب افزایش تعارضات، کاهش رضایت زناشویی و بروز مشکلات عاطفی و روانی گردد. بنابراین با رابطه منحصربه فرد ازدواج، هر یک از دو عضو زوج می توانند عمیق ترین احساس صمیمیت را تجربه کنند و در عین حال که می توانند صمیمانه ترین و راحت ترین رابطه ممکن باشد، در صورتی که ازدواج ناموفق باشد می تواند شدیدترین صدمات ممکن را به اعضا وارد و به توقف رشد شخصی و سرگردانی هریک منجر شود (نظری، ۱۳۹۸). هنگامی که مشکلات و ناملایمات زناشویی، به شکل خوشایند مرتفع نشوند، به گذشت زمان منتهی به نارضایتی زوجین از روابط زناشویی خود شده و طرفین با طرح شکل های متفاوت این ناراحتی ها را بروز می دهند و به جهت پاسخ دهی نامناسب از طرف مقابل نارضایتی در همسران شدت می گیرد و آشفتگی زناشویی پدید می آید (کارگر، ۱۳۹۲). به باور جانسون (۱۳۹۸) آشفتگی های زناشویی، به وسیله اشکال فراگیر از عاطفه منفی به همراه آسیب های دل بستگی، نبود توجه به نیازها و خواسته های درونی، مدل های تعاملی منفی و تجارب هیجانی نابجا ایجاد می کنند و ادامه دار می شوند. جانسون و گرینبرگ (۱۹۹۴) ریشه آشفتگی رابطه در تعامل با همسر را عواطف منفی می دانند؛ به طوری که بر روی تداوم توجه نسبت به منفی گرایی در رابطه تأثیرگذار است و رویکرد هیجان مدار به علت مشاهده قاعده مند همسران تحت درمان و جستجوی مطالبی که هیجان مداری در بازسازی مجدد روابط فرسایی آن ها در پی داشته، ایجاد شده است. (جانسون؛ ترجمه بهرامی و همکاران، ۱۳۹۸). در توصیف علت اثربخشی رویکرد هیجان-مدار برافزایش صمیمیت و کاهش آشفتگی زناشویی می توان به نقش هیجانات بر تمام ارتباطات زوجین اشاره کرد؛ درمان هیجان مدار با استفاده از فنون ایجاد ائتلاف درمانی، فرمول بندی مجدد هیجانات و بازسازی تعاملات سعی می کند با افزایش باز پردازش تجارب هر همسر و ایجاد موقعیت های تعاملی جدید تا روابط همسران را به عنوان امنیت و آسایش برای همسران بازتعریف نماید، آموزش بازسازی تعاملات به طوری که زن و شوهر بیشتر در دسترس هم و پاسخگوی هم باشند و چرخه مثبتی از آسایش و مراقبت را پرورش دهند، منجر به تغییرات مؤثر و ماندگاری در مؤلفه های سازگاری و صمیمیت زوجین شده و در نهایت می تواند به تداوم زندگی زناشویی بیانجامد (داودوندی، نوایی نژاد و فرزاد، ۱۳۹۷). بر اساس این رویکرد، وقتی افراد احساس می کنند که همسرشان در دسترس نیست، پاسخگو نیست، انتقادکننده یا طرد کننده است، اغلب استراتژی های تنظیم هیجانی ای را به کار می برند که ناخواسته اختلال رابطه را مداومت داده یا حتی تشدید کرده و پیوند بین آن ها را تضعیف می کنند. این ها شامل سرزنشگری مضطربانه و درخواست کردن یا کناره گیری کردن و بی محلی کردن می شوند. در مرحله اول درمان هیجان مدار، یعنی تنش زدایی، درمانگر به هر کدام از افراد کمک می کند تا به طور آگاهانه چرخه منفی خود را مشاهده کرده و ترک و طردی که این چرخه منفی ایجاد می کند را به عنوان دشمن متقابل خود ببینند. در مرحله دوم، یعنی بازسازی، همسران تلاش می کنند تا ترس ها و خواسته های دل بستگی خود را کشف کنند و در میان بگذارند و به تدریج راه هایی را بیابند تا به طور روشن این ترس ها و خواسته ها را به شیوه ای برای هم ابراز کنند که نزدیکی، دسترسی هیجانی و پاسخگو بودن یک پیوند ایمن تر را تسهیل کند. زوج ها پس از این وارد مرحله سه یعنی تحکیم منافع کسب شده در درمان شوند (جانسون، ۲۰۱۳). شرکت آزمودنی ها در دوره آموزشی هیجان مدار توانست زمینه شناسایی هیجانات ناشی از دل بستگی را در آن ها فراهم کند و موقعیت های تعاملی جدیدی را در روابط خود با همسرشان با دسترس بودن و پاسخگو بودن به وجود آورد؛ در نهایت با توجه به اصول کاربردی این رویکرد که پژوهش حاضر در راستای آن ها پیش رفته است و بررسی تجزیه و تحلیل داده ها فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اثربخشی برنامه آموزش زوج درمانی هیجان مدار، برافزایش صمیمیت و کاهش آشفتگی زناشویی معنادار شده و تأیید شده است، در راستای یافته های بدست آمده این پژوهش پیشنهاد می کند از

این رویکرد در کلینیک ها و مراکز مشاوره جهت کار با زوج های درگیر آشفتگی یا در آستانه طلاق استفاده شود. در مراکز مشاوره خانواده و بهزیستی، کارگاه هایی با این رویکرد به منظور افزایش صمیمیت زوجین برگزار گردد. از این رویکرد در مشاوره های خصوصی و مشاوره های قبل از ازدواج استفاده شود. متخصصان با تدوین یک بسته آموزشی با این رویکرد آن را در دسترس عموم قرار دهند. از آن جایی که در این پژوهش فقط از یک رویکرد استفاده شده است؛ در پژوهش های بعدی میزان اثربخشی تلفیقی این رویکرد با سایر رویکردها به طور هم زمان بررسی شود. جهت پژوهش های بعدی اثربخشی این رویکرد بر ابعاد مختلف آشفتگی زوجین به شکل جزئی تر بررسی شود. دوره های پیگیری شش ماهه و یک ساله انجام گیرد تا ثبات آموزش رویکرد هیجان مدارمورد بررسی واقع شود. نقش آموزش زوج درمانی هیجان مدار بر سایر متغیرهای زناشویی موردبررسی قرار گیرد.

منابع

- احمدی، فرزانه؛ بهرامی، فاطمه؛ گودرزی، کورش؛ عسگری، محمد (۱۳۹۸). اثربخشی زوج درمانی تلفیقی مبتنی بر پذیرش بر آشفتگی رابطه و بخشودگی زوج های دارای همسر با علائم اختلال شخصیت وسواس. مجله علمی پزشکی جندی شاپور، ۱۸(۴)، ۳۷۹-۳۹۲.
- اسماعیلی، مرضیه. (۱۳۹۷). بررسی مقایسه ای ارتباط سبک زندگی اسلامی با صمیمیت و رضایت زناشویی در بانوان طلاب و دانشجوی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده ادبیات و علوم انسانی. دانشگاه شهید باهنر کرمان.
- امیری مجد، مجتبی و کاوند، شبنم (۱۳۹۷). رابطه آزاردیدگی و خشونت دوران کودکی با صمیمیت زناشویی در زوجین ناسازگار. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۷(۱)، ۳۶-۲۹.
- امیری، ربابه. (۱۳۸۴). رابطه عمل به باورهای دینی و میزان صمیمیت زنان دانشجویی تهران با همسرانشان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.
- ثنایی ذاکر، باقر (۱۳۸۷). مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: نشر بعثت.
- جانجانی، پریسا؛ مؤمنی، خدا مراد؛ امیری، نادر و مرادی، آسیه (۱۳۹۸). تجربه زیسته آشفتگی زناشویی در جهان ادراکی زنان؛ مورد مطالعه: کلینیک توحید شهر کرمانشاه. مشاوره و روان درمانی خانواده، ۱۹(۱)، ۱۷۶-۱۹۳.
- جانسون، سوزان (۱۳۹۸). تمرین های زوج درمانی هیجان مدار ایجاد رابطه. مترجم فاطمه بهرامی و همکاران. تهران: نشر دانژه.
- جانسون، سوزان و ویفن، والری ای (۱۳۹۶). فرایندهای دل بستگی در زوج درمانی و خانواده درمانی. ترجمه فاطمه بهرامی و همکاران. تهران: نشر دانژه.
- خجسته مهر، رضا؛ محمدی، رزگار؛ سودانی، منصور؛ عباس پور؛ ذبیح اله (۱۳۹۷). تجربه ی زیسته ی فداکاری در ازدواج های پایدار (یک مطالعه ی پدیدارشناسی توصیفی روان شناسانه). پژوهش های مشاوره (تازه ها و پژوهش های مشاوره)، ۱۷(۶۵)، ۱۸۵-۱۵۰.
- ده آبادی، الناز و صداقتی فرد، مجتبی. (۱۳۹۸). رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه با رضایت زناشویی و آشفتگی روابط زوجین در زنان متأهل. فصلنامه روانشناسی تحلیلی- شناختی، ۱۰(۳۸)، ۲۱-۹.
- رحیمی، پوپک و موسوی، آرزو سادات (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی آموزش با رویکرد هیجان مدار بر صمیمیت جنسی و بخشودگی بین فردی زوجین متعارض زناشویی. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان شناختی، ۱۹(۸۶)، ۲۳۶-۲۲۹.
- زنگنه مطلق، فیروزه؛ بنی جمال، شکوه السادات؛ احدی، حسن؛ حاتمی، حمیدرضا (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود صمیمیت و کاهش نارسایی هیجانی زوجین. کاهش نارسایی هیجانی زوجین. اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی، ۱۲(۴۴)، ۴۷-۵۶.
- زوج درمانی هیجان مدار درمان گام به گام جراحات های عاطفی. مترجم: بیتا حسینی. تهران: نشر جنگل.

- سررشته‌دار آرزو و باطنی، پونه (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان برافزایش صمیمیت زناشویی در زوجین دارای ناسازگاری. مجله دستاوردهای نوین در مطالعات علوم انسانی، ۳(۳۳)، ۸-۱۵.
- عیسی نژاد جهرمی، سولماز و دشت بزرگی، زهرا (۱۳۹۶). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان در دوران پیش‌یائسگی، فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۶(۱)، ۶۳-۷۱.
- غزنوی خضرآبادی، فاطمه (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی رویکرد هیجان مدار بر سبک دلبستگی و رضایتمندی جنسی زوجین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم انسانی گروه مشاوره و راهنمایی. دانشگاه غیردولتی - غیرانتفاعی خاتم.
- قاسمی جوبنه، رضا؛ موسوی، سیدولی اله وحسینی صدیق، مریم السادات (۱۳۹۸). نقش میانجی نارسایی شناختی در ارتباط بین ذهن‌آگاهی و صمیمیت زناشویی سالمندان. مجله روانشناسی پیری، ۵(۳)، ۲۶۱-۲۵۱.
- کارگر، مونا. (۱۳۹۲). اثربخشی زوج‌درمانی خود نظم‌بخشی بر نظم جویی شناختی هیجان، آزار عاطفی و آشفتگی زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه فردوسی مشهد.
- کیان، فرناز؛ اعتمادی، عذرا؛ بهرامی، فاطمه (۱۳۹۹). اثربخشی زوج‌درمانی گروهی هیجان مدار بر دل‌بستگی زوجین و شادمانی زناشویی، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. ۲۱(۱)، (پیاپی ۷۹). ۷۲-۸۳.
- نادری مقدم، سمیه. (۱۳۸۶). تعیین رابطه بین صمیمیت و مدت ازدواج در زوج‌های شهر ساری. پایان‌نامه کارشناسی روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور بهشهر.
- هالفورد، کیم (۱۳۸۴). زوج‌درمانی کوتاه‌مدت: یاری به زوجین برای کمک به خودشان، ترجمه مصطفی تبریزی، مؤسسه کاردانی و فروغ جعفری، تهران: نشر فراروان.
- هنرپروران، نازنین (۱۳۹۰). رویکرد هیجان مدار در زوج‌درمانی. تهران: انتشارات دانژه.
- یوسفی، مرضیه. (۱۳۹۸). تأثیر رویکرد هیجان‌مدار بر استرس زناشویی، دل‌زدگی زناشویی، عزت‌نفس جنسی و کاهش میل به طلاق زنان در آستانه طلاق. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده ادبیات و علوم انسانی. دانشگاه لرستان.
- Bach, Bo., Lockwood, George & Young Jeffrey E. (2017) A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas, Cognitive Behavior Therapy.
- Birditt, K. S., Wan, W. H. Orbuch., T. L. & Antonucci, T. C. (2017). The development of marital tension: Implications for divorce among married couples. Developmental psychology, ۵۳(۱۰), ۱۹۹۵.
- Goldenberg, I., Goldenberg, H. (2000). Family therapy: An overview Belmont, CA: wodous worth learning: A study publishing company.
- Greenberg L.S. (2017). Emotion-focused therapy of depression. Person-Centered & Experiential Psycho-therapies. 16(2 Pt. I): 106-17.
- Grover, S., & Helliwell, J. F. (2019). How's life at home? New evidence on marriage and the set point for happiness. Journal of Happiness Studies, 20(2), 373-390.
- Halford WK, Sanders MR, Behrens. BC. (2001). Can skills training prevent relationship problems in at -risk couples? Four-year effects of a behavioral relationship education program. J Fame Psychol. 2001; 15(4):750- 768.
- Halford, WK. (2001). Brief couple therapy for couples. New York: Guilford publication.
- Hamilton, S. (2009). The Great Eight: How to Be Happy (even when you have every reason to be miserable). Thomas Nelson.
- Johnson, S. M. & Greenberg, L. S. (1985). Differential effects of experiential and problem-solving interventions in resolving marital conflict. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53(2), 175-184.
- Johnson, S. M. & Greenberg, P. S. (2006). the Path to a Secure Bond: Emotionally Focused Couple Therapy. Journal of Clinical Psychology: IN Session, Vole, 62(5), 597-609

- Johnson, S. M. & Wittenborn, A. K. (2012). New research findings on emotionally focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 18-22.
- Lebow, J.L. Chambers, A.L. Christensen, A. & Johnson, S.M. (2012). Research on the treatment of couple distress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38 (1): 145-168.
- Manap, J. Kassim, A. C. Hoesni, S. Nen, S. Idris, F. & Ghazali, F. (2016). The purpose of marriage among single Malaysian youth. *Procardia-Social and Behavioral Sciences*, 82 (1), ۱۱۲-۱۱۶.
- Mattson, R. E., Rogge, R. D., Johnson, M. D., Davidson, E. K., & Finch am, F. D. (2015). The positive and negative semantic dimensions of relationship satisfaction. *Personal Relationships*, 20(2), 328- 355. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2012.01412.x>.
- Park, S. S. (2012). The development of the marital attitudes and expectations scale (Doctoral dissertation, Colorado State University).
- Pines. AM., Neal MB, Hammer, LB., Icekson, T.(2011). Job burnout and couple burnout in dual- earner couples in the sandwiched generation. *Social Psychology*, 74: 361–86.
- Tie, S. & Poulsen, S. (2013). Emotionally focused couple therapy with couples facing terminal illness. *Contemporary Family Therapy*, 35 (3), 557-567.
- Tim, S. Welch, E. Megan Lachmar, Silvia G. Leija, Trisha Easley, Adrian J. Blow, Andrea K. Wittenborn.(2019). Establishing Safety in Emotionally Focused Couple Therapy: A Single-Case Process Study. *Journal of Marital and Family Therapy*. Volume 45, Issue 4.
- Whisman, M. A, Snyder, D. K, & Beach, S. R. H. (2009). Screening for marital and relationship discord. *Journal of Family Psychology*, 23(2), 247–254.
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 638–643.
- Wiebe, S. A., Johnson, S. M., Lafontaine, M. F., Burgess Moser, M. Dalglish, T. L. & Tasca, G. A. (2017). Two-year follow-up outcomes in emotionally focused couple therapy: An investigation of relationship satisfaction and attachment trajectories. *Journal of marital and family therapy*, 43(2), 227- 244.
- Wiebe, S.A. Johnson, S.M. (2017). Creating relationships that foster resilience in Emotionally Focused Therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13, 65-69.
- Wiebe, S.A., Johnson S.M.(2016). A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Fam Process*, 55(3): 390-407.