

مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار - روایتی و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی بر سرزندگی و کنترل عواطف زوجین آشفته

نیره آرین فر^۱سیمین حسینیان^۲

چکیده

آشفته‌گی روابط زوجی از جمله شایع‌ترین عوامل استرس‌زای دهه‌های اخیر است که تأثیرات منفی قابل‌توجهی بر سلامت زیستی، روانی و اجتماعی زوجین و فرزندان آن‌ها دارد. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار - روایتی و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی بر سرزندگی و کنترل عواطف زوجین آشفته بود. روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری، مراجعین مراکز کیمیا، بشارت، تماشا و توحید شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ بودند که به دلیل مشکلات ارتباطی و زناشویی به این مراکز مراجعه کردند. از میان آن‌ها تعداد ۲۴ زوج (۴۸ نفر) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند؛ و سپس به گونه تصادفی تعداد ۸ زوج در سه گروه گمارده شدند و زوجین گروه‌های آزمایش به‌صورت زوجی هر هفته در مداخله‌های جداگانه زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار - روایتی (۸ جلسه) و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی (۸ جلسه) شرکت کردند. داده‌های آزمودنی‌ها به‌وسیله‌ی مقیاس‌های کنترل عواطف ویلیامز و چامبلس (۱۹۹۷) و سرزندگی دسی و رایان (۱۹۹۷)، جمع‌آوری شد. برآیند تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که تفاوت میان گروه‌ها معنادار است. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که بین گروه‌های زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار - روایتی و کوتاه‌مدت خودتنظیمی در افزایش سرزندگی و کنترل عواطف زوجین و نیز زیر مقیاس‌های آن (خشم، عاطفه مثبت، خلق افسرده و اضطراب) تفاوت معنادار وجود ندارد. یافته‌های پژوهش بیانگر این است که زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار - روایتی و کوتاه‌مدت خودتنظیمی هر دو در افزایش سرزندگی و کنترل عواطف زوجین آشفته کارساز می‌باشند.

واژگان کلیدی: زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار - روایتی، زوج‌درمانی کوتاه‌مدت

خودتنظیمی، سرزندگی، کنترل عواطف

^۱ دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران

^۲ نویسنده مسئول: استاد گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران

مقدمه

رابطه زناشویی یکی از مهم‌ترین روابط اجتماعی است که در بزرگ‌سالی شکل می‌گیرد. تجربه‌ی داشتن سلامتی بهتر توسط افراد متأهل، امری ثابت شده است. افراد متأهل نسبت به هم‌تایان غیرمتأهل خود بیشتر عمر می‌کنند، سلامتی خود را در سطح بالاتری ارزیابی می‌کنند و شرایط مزمن و محدودیت‌های عملکردی کمتری را گزارش می‌دهند. یک رابطه زناشویی به‌عنوان یکی از اشکال حمایت اجتماعی، ارزیابی رویدادها به‌عنوان رویدادهای استرس‌زا را کاهش می‌دهد، موجب ارتقای راهبردهای مقابله‌ای مثبت می‌شود و از میزان واکنش‌های هیجانی منفی و استرس می‌کاهد (دونوهو، کریمینس و سیمن^۱، ۲۰۱۳). از سویی شکست در زندگی زناشویی آسیب‌های عمیق و گسترده‌ای به افراد و خانواده‌ها وارد می‌سازد (کاسلو^۲، ۲۰۰۰). بسیاری از همسران در رابطه خود، شکست در زندگی زناشویی و نیز آشفستگی زوجی^۳ را تجربه می‌کنند که یافته‌های پژوهشی آن را به‌عنوان یکی از مناقشه برانگیزترین و پرتکرارترین عوامل ایجاد فشار روانی در عصر حاضر معرفی کرده‌اند (سویندل، هلر، پسکیسولیدو، کیکوزاوا^۴، ۲۰۰۰).

ویراست پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۵ (DSM-5)، آشفستگی رابطه زوجی را تحت عنوان اختلال کارکرد در حوزه‌های رفتاری (مانند دشواری در حل تعارض)، شناختی (مانند انتساب مزمن اسناد منفی به همسر) و هیجانی (مانند بی‌تفاوتی و یا خشم نسبت به شریک) تعریف می‌کند (DSM-5، انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۶، ۲۰۱۳). اگرچه در DSM-5 به آشفستگی زوجی به‌عنوان یک اختلال بالینی اشاره نشده است، ولی باین‌وجود این مسئله همچنان مورد مناقشه است که آشفستگی زوجی اگرچه نه زیاد ولی به‌اندازه همان اختلال‌های روانی مورد توجه DSM، درد و آشفستگی روان‌شناختی و جسمی ایجاد می‌کند (بورمن و مارگولین^۷، ۱۹۹۲). شواهد پژوهشی حاکی از این است که آشفستگی روابط زوجی با نرخ شیوع ۲۰ تا ۶۵ درصدی در جوامع مختلف (ویشمن، بیچ و اشنایدر^۸، ۲۰۰۸) نه تنها

^۱ Donoho, C. J., Crimmins, E. M., & Seeman, T. E

^۲ Kaslow, F. W

^۳ Couple distress

^۴ Swindle, R., Heller, K., Pescosolido, B., & Kikuzawa, S

^۵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5

^۶ American Psychiatric Association (APA)

^۷ Burman, B., & Margolin, G.

^۸ Whisman, M. A., Beach, S. R. H., & Snyder, D. K.



همبستگی منفی با ابعاد سلامت زیستی، روانی و اجتماعی زوجین دارد، بلکه تأثیر علی آن بر اختلالات روان‌پزشکی (ویشمن و یوبلاکر^۱، ۲۰۰۶)، بیماری‌ها و مشکلات حاد جسمانی (فوردفر، مارکمن، کوکس، استانلی و کسلر^۲، ۱۹۹۶) و آسیب‌های روان‌شناختی شدید در فرزندان زوجین آشفته (ویور و اسکافیلد^۳، ۲۰۱۵؛ به نقل از حسینی، یزدی، مشهدی، کیمیائی و عاصمی، ۱۳۹۴) مورد تأیید قرار گرفته است. از جمله دیگر آسیب‌های ناشی از آشفتگی رابطه زوجی، بروز آسیبی تحت عنوان طلاق است (ترودل و گولدفورب^۴، ۲۰۱۰). طلاق یک پدیده روانی است که بر فرد و خانواده اثر می‌گذارد و پدیده‌ای چندعاملی است که آثار مخرب آن در ابعاد اجتماعی فوق‌العاده زیاد بوده و موجب ایجاد ناهنجاری‌های اجتماعی بسیاری می‌شود (برناردی و مارتینز-پاستور^۵، ۲۰۱۱). همچنین، بر اساس اعلام سازمان بهزیستی استان اصفهان، استان اصفهان جزو ۱۱ استان اول در زمینه آمار طلاق می‌باشد و به ازای هر ۳۸ هزار ازدواج، ۱۱ هزار طلاق در استان اصفهان ثبت می‌گردد.

یکی از عواملی که می‌تواند سازگاری زناشویی را افزایش و یا منجر به ناسازگاری زناشویی و در نتیجه آشفتگی رابطه زوجی شود، کنترل عواطف^۶ می‌باشد. چراکه افراط و تفریط در عواطف، افراد را به سمت ناسازگاری، پرخاشگری، خشم، نفرت و اضطراب سوق می‌دهد که به صورت کنترل نشده، بهداشت روانی و عاطفی افراد را به طور جدی تهدید می‌کند (لین لی و جزف^۷، ۲۰۰۹).

افخمی عقدا، عابدینی، لقا ثروت، فیروزی اردکان و نیکوکاران (۱۳۹۲)، نشان دادند که همدلی، کنترل عواطف، خودکنترلی با سازگاری زناشویی رابطه مثبت و معناداری دارند. گلمن^۸ (۲۰۱۰؛ ترجمه پارسا، ۱۳۹۱)، بیان می‌کند بخش عمده‌ای از هنر برقراری ارتباط و رضایتمندی زناشویی و موفق بودن در امور زناشویی، مهارت کنترل عواطف است. عواطف از آن جهت برای

¹ Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A.

² Forthofer, M. S., Markman, H. J., Cox, M, Stanley, S., & Kessler, R.C

³ Weaver, J.M & Schofield, T.J.

⁴ Trudel, G., & Goldfarb, M. R.

⁵ Bernardi, F., & Martinez-pastor, A.

⁶ Affections Control

⁷ Linley, P. A., & Joseph, S.

⁸ Golman, D

بشر سودمند می‌باشد که فعالیت‌های آنان را به سوی هدفی متوجه می‌سازد و بدین ترتیب، انسان را وادار به انجام کارهایی می‌نماید که برای بقا وی سودمند می‌باشد و از انجام کارهایی که جهت بقای او مضر است، آگاه می‌سازد (لطف آبادی، ۱۳۹۳).

در انسان کنترل عواطف از طریق چهار بعد عاطفه منفی، اضطراب، خشم و خلق افسرده شناخته می‌شود و افراد از این طریق تعیین می‌کنند چه هیجانی تجربه شود و چه زمانی و چگونه آن را ابراز کنند (رابرتون، دافرن و بوکز^۱، ۲۰۱۲). به عبارتی دیگر توانایی فرد در کنترل عواطف برای سازگاری با تجربیات استرس‌زای زندگی ضروری است که همین امر را به‌عنوان تلاش فرد برای مهار، افزایش تجربه و ابراز هیجانانگیز تعریف کرده‌اند (سزیگل، بوسنی و بازیسکا^۲، ۲۰۱۲). در واقع مدیریت و کنترل عواطف موجب می‌شود افراد واقع‌بین، نیک‌اندیش و درست‌کردار شوند و فردی مفید و کارآمد در پیشرفت جامعه به شمار آیند (شعاری نژاد، ۱۳۹۲). در همین راستا باید گفت، فردی که به کنترل عواطف دست یافته است، به سرزندگی^۳ نیز دست خواهد یافت. احساس سرزندگی که هدف مشترک انسان‌هاست چیزی نیست جز ارزیابی افراد از خود و زندگی‌شان؛ بنابراین سرزندگی از چند جزء تشکیل شده که عبارتند از: خشنودی از زندگی، خلق و هیجان‌های مثبت و خوشایند و نبود خلق و هیجان‌های منفی (کاظمیان مقدم و مهربابی زاده هنرمند، ۲۰۱۰). سرزندگی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی در بسیاری از نظام‌های پژوهشی مطرح است. وقتی فردی کاری را به‌طور خودجوش انجام می‌دهد نه تنها احساس خستگی و ناامیدی به او دست نمی‌دهد، بلکه احساس می‌کند انرژی و نیروی او افزایش یافته است. به‌طور کلی حس درونی سرزندگی شاخص معنادار سلامت ذهنی است (سولبرگ، هاپکینز، اوماندسن و هالواری^۴، ۲۰۱۲).

افراد سرزنده نسبت به گروه همسالان خود که کمتر سرزنده و شاد هستند، ازدواج‌های پایدارتر و موفق‌تر، دوستان بیشتر، درآمد بالاتر، موفقیت شغلی بیشتر، سلامت روانی و جسمانی بهتر و طول عمر بیشتری دارند (فریش، ۲۰۰۶). افراد سرزنده در زندگی زناشویی خود در هنگام مواجهه با مسائل، راهکارهای خلاقانه‌تری از خود ارائه می‌دهند و انرژی و شادابی آن‌ها در مواجهه

¹ Robertson, T., Daffern, M., & Bucks, R. S.

² Szczygieł, D., Buczny, J., & Bazińska, R.

³ Liveliness

⁴ Solberg, P. A., Hopkins, W.G., Ommundsen, Y., & Halvari, H.



با تعارضات زناشویی به‌آسانی تقلیل نخواهد یافت. در همین راستا، میرگین و کوردوا^۱ (۲۰۱۷) رابطه‌ی میان مهارت‌های هیجانی، صمیمیت و رضایت زناشویی را مورد بررسی قرار دادند و به این یافته رسیدند که مهارت‌های هیجانی می‌تواند به‌طور پایا در روابط میان همسران و رضایت زناشویی مؤثر باشد.

امروزه روان‌درمانگران بر ترکیب رویکردهای نظری مختلف جهت افزایش اثربخشی بیشتر بر روی مراجعان تأکید می‌کنند. ادغام نظری، به ابداع مفهومی یا نظری فراتر از ترکیب کردن صرف فنون اشاره دارد. هدف این روش به وجود آوردن چارچوبی مفهومی است که دو یا چند رویکرد نظری را که از همه بهتر هستند، ترکیب نموده و فرض می‌کند نتیجه آن از هر یک از نظریه‌ها به‌تنهایی غنی‌تر است (نورکراس و نیومن^۲، ۱۹۹۲). یکی از رویکردهای تلفیقی زوج‌درمانی که در این پژوهش استفاده شد، رویکرد زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار - روایتی^۳ است. چراکه در تحقیقات خارج از ایران همچون چانگ و همکاران^۴ (۲۰۱۳) و چانگ و نیلانده^۵ (۲۰۱۳) از ترکیب دو درمان راه‌حل‌مدار و روایتی به دلیل همخوانی با یکدیگر استفاده کردند و آنان براین عقیده‌اند که می‌شود با گفتگوی بین مراجعان در قالب روایات به مراجعان کمک نمود تا راه‌حل‌های بدیعی را برای مشکلاتشان بیافرینند.

درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور یکی از رویکردهای درمانی مؤثر جهت کمک به افرادی است که با استرس زناشویی مواجه هستند. اینسوکیم برگ^۶ و دشازر^۷ در مرکز خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت در میلواکی و ویسکانسین ابداع‌کننده درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بودند (گانگ^۸، ۲۰۰۷). طبق نظر هاگن و میشل (۲۰۰۱؛ به نقل از کندرات^۹، ۲۰۱۲) این رویکرد گرایش دارد این احساس را به مراجعان بدهد که صدای آن‌ها شنیده می‌شوند و اینکه آن‌ها انسان

¹ Mirgain, S., A., & Cordova, J. V

² Norcross, J. C., & Newman, C. F.

³ Solution-focused narrative couple therapy

⁴ Chang, J et al

⁵ Chang, J., & Nylund, D. K.

⁶ Berg, I.K.

⁷ Dishizher

⁸ Gong, M.

⁹ Kondrat, D.

منحصربه‌فردی هستند، کسی که توانائی دارد و به سهم خودش قابلیت رشد دارد. درمان راه‌حل محور یک دیدگاه غیر بیماری‌شناختی نسبت به مراجع دارد و به مراجعین کمک می‌کند برای مشکلات کنونی خود با تمرکز بر مواقع استثنا در زندگی که مشکلی وجود نداشته است، راه‌حل بیابند. در این رویکرد برخلاف دیدگاه مشکل مدار به‌جای تمرکز بر مشکلات بر یافتن راه‌حل‌ها تأکید می‌شود (برزونسکی^۱، ۲۰۱۲)؛ بنابراین درمان راه‌حل محور بر پایه راه‌حل سازی است نه حل مسئله و به کشف نیروهای جاری مراجع و امیدواری به آینده هدایت می‌شود، نه بحث در مورد مسائل موجود و علت‌های آن در گذشته (واند^۲، ۲۰۱۰).

اساساً درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر این فرض استوار است که درک مراجعان از مشکلاتشان و راه‌حل‌های ممکن را تغییر دهند (دی جانگ و برگ^۳، ۲۰۱۲)؛ اما با وجود همسانی مدل راه‌حل محور با ایجاز و علم‌گرایی رویکردهای راهبردی، درمانگران این مکتب بر تشریک‌مسابی (بین درمانگر و مراجع) در ساختن روایت‌های راه‌حل محور تأکید می‌ورزند. در نتیجه درمانگران راه‌حل محور می‌توانند با مدد گرفتن از روایت‌ها مسائل مراجعان را مطرح نموده و به کمک آنان، راه‌حلی برای آن مسائل ارائه نمایند. در نتیجه کمک و آموزش زوجین در جهت بیان مسائلی که منجر به نارضایتی زناشویی و کاهش صمیمیت در بین زن و شوهر شده است، فراموش کردن اشتباهات و صدمات گذشته و تأکید بر نقشی که روایت‌های ناکارآمد گذشته از رویدادهای زندگی در کاهش روابط صمیمی بین زوجین دارد را می‌توان از جمله فعالیت‌هایی دانست که در جهت بازسازی و افزایش صمیمیت در روابط زوجین کارساز است (عامری، نوربالا، اژه‌ای و رسول‌زاده طباطبائی، ۱۳۸۲).

در واقع تحقیقات اخیر نشان می‌دهد داستان‌هایی که زوجین درباره روابط خود دارند، نشان‌دهنده تلاش‌های هر یک از زوجین برای ساخت دادن معنای روایتی به تجربیات آن‌ها از صمیمیت با زوج دیگر است (فراست^۴، ۲۰۱۲). امروزه روانشناسان اجتماعی روش‌های روایتی (بیان داستان زندگی و جایگزین سازی داستان‌هایی با معنای مثبت) را برای آزمون فرضیه‌های مربوط به پویائی روابط نزدیک و صمیمی و محبت‌آمیز در روابط زوجین به‌منظور بهبود

¹ Brzezowski, K.M.

² Wand, T.

³ De Jong, P., & Berg, I. K.

⁴ Frost, D.M.



کارکردهای خانوادگی و ارتقاء صمیمیت به‌کاربرده‌اند (اسکریت^۱، ۲۰۱۰). در نتیجه می‌توان گفت، روایت‌درمانی فرآیند کمک به افراد برای غلبه بر مشکلاتشان از راه درگیر شدن در گفتگوهای درمانی است. این فرآیند شامل گفتن، گوش دادن، دوباره گفتن و دوباره شنیدن داستان‌هاست. این رویکرد افراد را متخصصان اصلی زندگی‌شان و مشکلات را به‌عنوان بخش‌های جداگانه‌ای از افراد می‌بیند و اعتقاد دارد افراد دارای بسیاری از مهارت‌ها، ارزش‌ها و توانایی‌هایی هستند که به آن‌ها در کاهش اثرات مشکلات در زندگی‌شان کمک می‌کند و راهی برای فهم تجربه انسان فراهم می‌کند (پرسیلا^۲، ۲۰۱۶).

در نتیجه می‌توان با مدد گرفتن از این روایت‌ها، افراد را در درک و فهم مسائلشان یاری داد و آنان را در حل مسائلشان یا مدد گرفتن از رویکرد راه‌حل‌مدار یاری رساند. نامنی و شیرآشپانی (۱۳۹۵) نیز در پژوهش خود اثربخشی ترکیب دو روش درمانی راه‌حل‌مدار و روایتی را بر سرزندگی و کنترل عواطف در زنان متقاضی طلاق یافتند.

دومین رویکرد زوج‌درمانی تلفیقی بررسی شده در این پژوهش، زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی^۳ است. خودتنظیمی اولین بار توسط هالفورد، ساندرز و بهرنس^۴ در سال ۱۹۹۴ به‌عنوان روشی مفید برای کمک به بهبود رابطه زوجین مطرح شد (فترمن^۵، ۲۰۰۱). خودتنظیمی به‌عنوان تلاش ارگانیزم برای به عهده گرفتن تغییر پاسخ خود تعریف می‌شود و به فرآیندی اشاره دارد که در آن افراد تلاش می‌کنند تفکرات، احساسات، انگیزه‌ها و عملکردهایشان را کنترل کنند (پامپ، فلیگ، اسچوارزر و لپیک^۶، ۲۰۱۳). به عقیده گریوز^۷ (۲۰۰۳)، خودتنظیمی مستلزم برنامه‌ریزی، حل مسئله، انجام طرح‌ها یا وظایف، نظارت و تنظیم تلاش فرد و درنهایت ارزیابی یک وظیفه کامل است. خودتنظیمی روشی برای تغییر افکار، احساسات، تمایلات و اعمال فرد و دادن نظم و معنا به زندگی روزانه است تا انسان بتواند به اهداف بالاتری برسد (ریدر و ویت^۸،

^۱ Skerrett, K.

^۲ Priscilla, W. B.

^۳ Brief self-regulation couple therapy

^۴ Halford, W.K., Sanders, M.R & Behrens, B.C.

^۵ Fetterman, D.

^۶ Pomp, S., Fleig, L., Schwarzer, R & Lippke, S.

^۷ Graves, K.

^۸ Ridder, D & Wit, J.

۲۰۰۶). خودتنظیمی فرآیندی است که هر یک از همسران در جهت تکمیل اهداف خود تعریف کرده و با هدف تغییر در فرآیندهای انطباقی و سازگارانه گام برمی‌دارند (هالفورد و همکاران، ۱۹۹۴).

به عقیده کنی و ویلیامز^۱ (۲۰۰۷)، الگوی زوج‌درمانی خودتنظیمی کاربرد تئوری خودکنترلی رفتاری در مشکلات رابطه‌ای است. این الگو هم یک توسعه در زوج‌درمانی شناختی رفتاری است و هم تلاشی برای ارائه یک چارچوب یکپارچه التقاطی به منظور استفاده از سایر زوج‌درمانی‌هاست. محتوای اساسی زوج‌درمانی مبتنی بر خودتنظیمی این است که خود زوجین و نه درمانگر، تغییرات طولانی‌مدتی را در رابطه زناشویی خود ایجاد کنند. رویکرد زوج‌درمانی خودتنظیمی از روش‌های رفتاری، شناختی، هیجان-محور و بینش-محور استفاده می‌کند تا زوجین را در جهت دستیابی به تغییر توانا سازد. محتوای واقعی این رویکرد شامل سه مرحله می‌باشد (۱) تغییراتی که توسط خود فرد ایجاد می‌شوند (۲) جنبه روانی- تربیتی رابطه و تغییر رهنمودی که توسط خود فرد ایجاد می‌شود (۳) تغییرات هدایت‌شده‌ای که توسط درمانگر ایجاد می‌شوند. توانایی خودتنظیمی در روابط از این لحاظ به افراد بستگی دارد که چه مقدار دارای مهارت‌های سطح بالا و جدا از هم و درعین حال مرتبط به هم، شامل ارزیابی رابطه، هدف‌گذاری، اجرای خود تغییر و ارزیابی هستند (هالفورد، ۲۰۰۳).

از دیدگاه ویلسون، چارکر، لیزیو، هالفیرد و کیملین^۲ (۲۰۰۵)، خودارزیابی از کارکرد رابطه، عبارت است از اینکه بتوانیم کارکرد فعلی رابطه و عوامل مؤثر بر آن را بشناسیم تا آنکه رابطه را حفظ کرده و ارتقا دهیم. هدف‌گذاری معطوف به خود؛ یعنی فرد گام‌های فعالی را به منظور تغییر در فرآیندهای سازگارانه آینده مشخص کند، همچنین میزانی از تغییرات که منجر به ارتباط مطلوب می‌شود را ارزیابی کند. اجرای تغییر به وسیله خود فرد؛ گام‌هایی که هر یک از همسران با هدف تغییر فرآیندهای سازگارانه در آینده برمی‌دارند را می‌توان فرآیند تغییر به وسیله خود فرد توصیف کرد. خودارزشیابی فرآیندی است که به وسیله آن افراد، دامنه تحقق تغییر رفتاری مطلوب و میزان تأثیر این تغییر بر رابطه را ارزیابی می‌کنند.

¹ Kenny, M& Wiliams, G.M.

² Wilson, K., Charker, J., Lizzio, A., Halfird, K & Kimlin, S.



پژوهش‌های انجام‌گرفته در زمینه رویکرد زوج‌درمانی خودتنظیمی حاکی از اثرگذار بودن آن در بافت زوجی و خانوادگی بوده‌اند. لوک^۱ (۲۰۱۷) در پژوهش خود تأثیر زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی به شیوه گروهی را بر افزایش رضایت زناشویی، کاهش افسردگی و افزایش عشق و صمیمیت زنان را یافت. علوی‌زاده و میرهاشمی (۱۳۹۳) نیز تأثیر زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی را بر رضایت زناشویی، سازگاری زناشویی، وضعیت زناشویی و افسردگی زوجین یافتند. روشن، علینقی و تولی (۱۳۹۰) نیز، تأثیر زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی را بر کاهش تعارضات زناشویی و تمامی ابعاد آن شامل تعارضات مربوط به رابطه جنسی، واکنش‌های هیجانی، رابطه فردی با خویشاوندان خود و جلب حمایت فرزند یافتند.

ازآنجاکه عدم سرزندگی و کنترل عواطف در زوجین، کاهش عشق و افزایش رفتارهای خصمانه را به دنبال دارد، می‌تواند به نارضایتی زناشویی کشیده شده و بنیاد خانواده را ناپایدار سازد. لذا با در نظر گرفتن دشواری‌های برآمده از عدم سرزندگی و کنترل عواطف در زوجین و ارزشمندی کوشش برای برپایی همکشی کارآمد زن و شوهر هنگام مداخلات زوج‌درمانی با زوج‌ها، شاید بتوان در راستای پیشگیری از دچار شدن به نارضایتی زناشویی به آن‌ها یاری رساند. بررسی‌هایی که به مقایسه‌ی زوج‌درمانی روایتی - راه‌حل‌مدار و زوج‌درمانی خودتنظیمی پردازند، یافت نشد. براین اساس و با توجه به ضرورت‌های بیان‌شده، هدف اصلی این پژوهش بررسی مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی روایتی - راه‌حل‌مدار و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی بر سرزندگی و کنترل عواطف در مقایسه با گروه کنترل است. لذا، فرضیات پژوهش عبارتند از:

- ۱- زوج‌درمانی روایتی - راه‌حل‌مدار بر سرزندگی و ابعاد کنترل عواطف زوجین (کنترل خشم، کنترل خلق افسرده، کنترل اضطراب، کنترل عاطفه مثبت) تأثیر معنادار دارد.
- ۲- زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی بر سرزندگی و ابعاد کنترل عواطف زوجین (کنترل خشم، کنترل خلق افسرده، کنترل اضطراب، کنترل عاطفه مثبت) تأثیر معنادار دارد.

¹ Luke, B.

۳- بین میزان زوج‌درمانی روایتی - راه‌حل مدار و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی در سرزندگی و ابعاد کنترل عواطف زوجین (کنترل خشم، کنترل خلق افسرده، کنترل اضطراب، کنترل عاطفه مثبت) تفاوت معنادار وجود دارد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه زوجین آشفته مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره تماشای، بشارت، کیمیا و توحید در شهر اصفهان بود که در سال ۱۳۹۶ به این مراکز مراجعه نمودند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود و از میان درخواست‌کنندگان، تعداد ۲۴ زوج متقاضی را که دارای بیشترین تراز عدم سرزندگی و کنترل عواطف بودند و همچنین تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، به عنوان نمونه انتخاب شدند و به تصادف در سه گروه زوج‌درمانی روایتی - راه‌حل مدار (۸ زوج) و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی (۸ زوج) و گروه گواه (۸ زوج) گماشته شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: عدم مراجعه زوج‌ها به دادگاه خانواده به قصد جدائی، عدم اعتیاد به مواد مخدر، عدم سابقه خیانت و یا روابط فرازنشویی، عدم ابتلا به اختلال روانی، مدت‌زمان ازدواج کمتر از پنج سال نباشد، داشتن تحصیلات با حداقل مدرک دیپلم، شرکت در جلسات به صورت زوجی و دچار نبودن به اختلالات مصرف مواد، در زمان شرکت در طرح درمانی تحت هیچ درمان روان‌شناختی دیگری قرار نگیرند. ابتدا طی یک فراخوان در مراکز مشاوره شهر اصفهان، اطلاع‌رسانی شد. ۴۰ زوج متعارض ثبت‌نام نمودند و پرسشنامه سرزندگی و کنترل عواطف را تکمیل کردند. ۲۴ زوج که دارای پایین‌ترین نمره در سرزندگی و کنترل عواطف بودند و نیز ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند و به روش تصادفی و به صورت مساوی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. زوج‌درمانی راه‌حل مدار - روایتی در ۸ جلسه برای شرکت‌کنندگان این گروه و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی در ۸ جلسه برای شرکت‌کنندگان گروه مربوطه، اجرا شد و برای شرکت‌کنندگان در گروه گواه هیچ برنامه‌ای اجرا نشد. پس از اتمام جلسات مجدداً پرسشنامه‌های سرزندگی و کنترل عواطف برای زوجین هر سه گروه اجرا شد. برای رعایت مسائل اخلاقی نشست‌های خدمات مشاوره‌ای (همانند نشست‌های گروه‌های آزمایشی) به صورت



رایگان به زوجین گروه گواه در ۸ جلسه اختصاص داده شد. داده‌ها با آزمون آماری تحلیل کوواریانس آزمون و با به‌کارگیری نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

ابزار پژوهش

الف) مقیاس کنترل عواطف^۱: این مقیاس در سال (۱۹۹۷) توسط ویلیامز و چامبلز^۲ ساخته شد و در سال (۱۳۸۷) توسط جعفر انیسی به فارسی ترجمه شد. این مقیاس دارای ۴۲ ماده (سؤال) می‌باشد و ۴ زیرمقیاس فرعی با عناوین خشم، افسردگی، اضطراب و عاطفه مثبت دارد. مقیاس توسط مؤلفین ویلیامز، چامبلز و آهرانز، در اختیار متخصصان قرار گرفته و روایی محتوایی آن توسط آن‌ها تأیید شده است. همچنین روایی افتراقی و همگرایی آن جهت یک نمونه از دانشجویان نیز به‌دست آمده است. ویلیامز و چامبلز و آهرانز ۱۹۹۷؛ (به نقل از دهش، ۱۳۸۸)، برای تعیین پایایی این ابزار از ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی استفاده کرده‌اند که کل ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و کل بازآزمایی آن ۰/۷۸ اعلام شد. نمره سؤالات هر خرده مقیاس که در یک طیف ۱ تا ۷ نمره‌ای قرار دارند باهم جمع شده و میانگین آن‌ها به‌عنوان عملکرد فرد در هر خرده مقیاس محسوب می‌شود و میانگین تمام سؤالات به‌عنوان شاخص فرد در کنترل عواطف محسوب می‌شود. ضریب پایانی مقیاس کنترل عواطف به‌وسیله دهش (۱۳۸۸)، مورد بررسی قرار گرفت که مقدار آلفای کرونباخ در خرده مقیاس کنترل عواطف ۰/۸۴، در خرده مقیاس خشم برابر ۰/۵۳ و در خرده مقیاس عاطفه مثبت برابر ۰/۶۰ و در خرده مقیاس اضطراب ۰/۶۴ برآورد شده است که نشان‌دهنده مناسب بودن مقیاس کنترل عواطف می‌باشد. میزان آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش حاضر برای خرده مقیاس کنترل عواطف، خرده مقیاس خشم برابر، خرده مقیاس عاطفه مثبت برابر ۰/۶۰، خرده مقیاس اضطراب گزارش گردید.

ب) مقیاس سرزندگی^۳: مقیاس سرزندگی دسی و رایان^۴ در سال (۱۹۹۷) ساخته شد. این مقیاس دارای ۷ سؤال سه گزینه‌ای است که به هر گزینه آن از ۱ تا ۳ امتیاز داده می‌شود.

1 Affections control scale

2 Williams & Chambels

3 Vitality index

4 Deci & Ryan

حداکثر نمره آزمودنی در این پرسشنامه برابر با ۲۱ می‌باشد. نمره هر فرد عددی را مشخص می‌کند که گویای میزان درستی عبارت درباره خود او است. در مطالعه مقدماتی پژوهشگر بر روی ۴۰ نفر با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضریب پایایی ۰/۷۹ برای این مقیاس به دست آمد. به گفته ارفع، قمرانی و یارمحمدیان (۱۳۹۴)، روایی صوری و محتوایی آن به تائید ۵ نفر از اساتید گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان رسید. ریان و فریدریک^۱ (۱۹۹۷)، در پژوهشی پایایی این آزمون را ۰/۹۶ محاسبه نمودند که نشان از پایایی مناسب این آزمون دارد. میزان آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش حاضر گزارش گردید.

روند اجرای پژوهش

محتوای جلسات زوج‌درمانی راه‌حل مدار - روایتی بر اساس پژوهش نامنی و آشیانی (۱۳۹۵) و محتوای جلسات زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی بر اساس کتاب زوج‌درمانی کوتاه‌مدت: یاری به زوجین برای کمک به خودشان (هالفورد، ۲۰۰۱) تنظیم شد که شامل ۸ جلسه زوج‌درمانی به صورت یک‌ساعته و هفته‌ای یک‌بار بود. خلاصه جلسات در جداول ۱ و ۲ آمده است:

جدول ۱ - ساختار جلسات زوج‌درمانی روایتی - راه‌حل مدار

جلسه	هدف کلی	اهداف رفتاری
جلسه اول	آشنایی و تعیین اصول کلی گروه	آشنایی کلی با اعضا، معرفی درمانگر، آشنایی اعضا با درمان و تشریح اهداف درمانی، آشنایی با مقررات جلسات و توافق بر سر زمان تشکیل، تعداد و مدت جلسات درمانی، تبیین مدل درمانی موردنظر، تشویق اعضا برای شرح روایت‌های خود
جلسه دوم	برونی‌سازی و آشنایی با اصول اساسی مشاوره راه‌حل مدار	آغاز برون‌سازی، بررسی روایت‌های زندگی افراد، داستان زندگی من. آشنایی با اصول اساسی مشاوره راه‌حل مدار و کاربرد آن، توصیف داستان مسلط افراد در زندگی و روایت زندگی، بررسی نفوذ مشکل بر فرد و بالعکس، چگونگی ساخت داستان‌ها، بیان روش‌های راه‌حل مدار و دادن تکلیف خانه
جلسه سوم	نگرش نسبت به مشکل	بحث راجع به نگرش نسبت به مشکل و بیان راه‌حل‌های افراد در این زمینه، آشنایی شرکت‌کنندگان با راه‌حل‌های مفید و تکرار آن و رها کردن راه‌حل‌های نامناسب - پیدا کردن یک داستان مثبت
جلسه	تسلط و حاکمیت بر	بحث در مورد پس‌خوراند جلسات قبلی، تسلط و حاکمیت بر فرد متعهد،

1 Ryan, R. M & Frederick, C. M.



چهارم فرد	امیدوار ساختن شرکت‌کنندگان برای یافتن راه‌حل‌ها، شناسایی و حل مقاومت‌های شرکت‌کنندگان، حرف زدن در مورد آینده، حرف زدن درباره کارها، استفاده از فن‌سؤالات درجه‌بندی شده
جلسه پنجم	آشنایی اعضا با استثنائات مشکل
جلسه ششم	تکنیک‌های مقابله با احساسات منفی
جلسه هفتم	بازنویسی روایت زندگی از گذشته تا حال
جلسه هشتم	جمع‌بندی جلسات و نتیجه‌گیری

جدول ۲- ساختار جلسات زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی

جلسه	اهداف	شیوه اجرا	تکلیف
جلسه اول	شناسایی عوامل تهدیدکننده فرد یا رابطه، ایجاد انتظارات درمانی مناسب، پیدا کردن زمینه‌های مشترک بین زوجین	پرفردی، پرسشنامه، مصاحبه خودنظارتی بر رویدادهای فردی، مصاحبه مشترک: خلاصه و جمع‌بندی مهم نگرانی‌ها و مثبت‌اشفتگی آن‌ها	خودنظارتی بر رویدادهای فردی، مصاحبه مشترک: خلاصه و جمع‌بندی مهم نگرانی‌ها و مثبت‌اشفتگی آن‌ها
جلسه دوم	ارزیابی، جستجو زمینه‌های کلیدی در مصاحبه‌های فردی، پیدا کردن زمینه‌های مشترک بین زوجین	بررسی فرآیندهای سازگاران، زوجین، بررسی پیامدهای رابطه (تعهد جدائی)، استرس‌های بیرونی و مشکلات فردی	قالب‌بندی مجدد از رابطه
جلسه سوم	تکمیل ارزیابی، جستجو عوامل موقعیتی در مصاحبه‌های فردی، تغییر اسناد زوجین، پیدا کردن زمینه‌های مشترک بین	قالب‌بندی مجدد برای همدلی با همسر، شناسایی سرزنش زوجین به‌منظور تغییر اسناد زوجین	قالب‌بندی مجدد از رابطه

زوجین	
جلسه چهارم	بازخورد و هدف‌گذاری به‌منظور تغییر رفتار زوجین
روزهای عشق یا روزهای	دستور کار مذاکره، درخواست
مراقبت	انتظارات زوجین از بازخورد،
	خلاصه کردن نقاط قوت و ضعف
	رابطه
جلسه پنجم	آگاه کردن زوجین از عوامل تأثیرگذار بر رابطه، مدل مشارکتی رابطه
مدل کاربردی رابطه	مذاکره درباره مدل کاربردی رابطه
جلسه ششم	تعیین اهداف ارتباط، هدف‌گذاری به‌منظور تغییر رفتار زوجین، مذاکره در مورد ساختار درمانی، خود تغییر بدون کمک مشاور
تعیین اهداف ارتباط، هدف‌گذاری به‌منظور تغییر رفتار زوجین، مذاکره در مورد ساختار درمانی، خود تغییر بدون کمک مشاور	تعیین اهداف ارتباط با کمک از مدل کاربردی رابطه
قرارهای برنامه‌ریزی شده حل مسئله	
جلسه هفتم	ارزیابی کارآمدی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت
اندیشه در مورد مسائلی که در جلسات در تعامل با همسر آموخته‌اند	پرسیدن سوالاتی برای برانگیختن و ارزیابی خودتنظیمی
جلسه هشتم	خلاصه و جمع‌بندی جلسات و اختتام
	تسهیل اختتام، مشخص کردن دگرگونی‌هایی که پس از شرکت در جلسات در خود یافته بودند، اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

در بررسی ویژگی‌های گروه‌های نمونه، از لحاظ شمار فرزند، ۱۲ زوج تک‌فرزند، ۱۰ زوج دارای ۲ فرزند و ۲ زوج دارای ۳ فرزند بودند. از لحاظ سطح تحصیلات، ۳۰ نفر دیپلم، ۱۰ نفر کارشناسی و ۸ نفر ارشد بودند؛ و از نظر شغلی ۸ نفر از زنان شاغل و ۱۶ نفر خانه‌دار بودند. آمار توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۳ آورده شده است. در این جدول میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش بر اساس گروه‌های زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی، زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار-روایتی و کنترل نشان داده شده است.



جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	
		انحراف استاندارد \pm میانگین	انحراف استاندارد \pm میانگین
نمره کل سرزندگی	زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی	۱۹/۸۱ \pm ۴/۴۰	۴۶/۰۶ \pm ۳/۳۲
	زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار روایتی	۲۱/۳۱ \pm ۳/۸۸	۴۵/۲۵ \pm ۲/۲۱
	گروه کنترل	۱۸/۳۷ \pm ۱/۵۹	۱۸/۳۷ \pm ۱/۵۹
خشم	زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی	۵۰/۸۱ \pm ۱۶/۶۹	۱۷/۸۰ \pm ۲/۸۵
	زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار روایتی	۴۶/۳۱ \pm ۳/۴۶	۱۸/۱۹ \pm ۲/۲۳
	گروه کنترل	۴۵/۰۶ \pm ۱/۸۱	۴۴/۹۴ \pm ۱/۸۸
عاطفه مثبت	زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی	۷۳/۵۰ \pm ۴/۶۰	۳۱/۰ \pm ۴/۲۱
	زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار روایتی	۷۱/۰۷ \pm ۲/۸۱	۳۲/۱۲ \pm ۱/۹۶
	گروه کنترل	۷۳/۸۷ \pm ۳/۱۶	۷۰/۴۴ \pm ۲/۹۴
خلق افسرده	زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی	۴۴/۴۴ \pm ۳/۶۹	۱۸/۰ \pm ۲/۸۳
	زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار روایتی	۴۳/۶۲ \pm ۳/۷۹	۱۸/۳۱ \pm ۱/۷۰
	گروه کنترل	۴۵/۰ \pm ۱/۸۲	۴۵/۰ \pm ۱/۶۳
اضطراب	زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی	۶۸/۱۲ \pm ۴/۶۷	۲۶/۰ \pm ۴/۳۶
	زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار روایتی	۶۷/۰ \pm ۳/۹۷	۲۷/۱۲ \pm ۲/۰۳
	گروه کنترل	۶۸/۸۱ \pm ۴/۷۴	۶۸/۸۱ \pm ۴/۵۵

در جدول ۴ نشان داده شده است که پیش‌فرض نرمال بودن داده برقرار است چون سطح معناداری به‌دست‌آمده برای متغیرهای پژوهش بیش از ۰/۰۵ محاسبه شده است.

جدول ۴- نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف (بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش)

متغیرها	آماره آزمون Z (سطح معناداری)	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
خشم	(۰/۶۲۵)۰/۷۵۱	(۰/۶۲۵)۰/۷۵۱	(۰/۸۱۱)۰/۶۳۷
عاطفه مثبت	(۰/۴۵۷)۰/۸۵۶	(۰/۴۵۷)۰/۸۵۶	(۰/۸۵۵)۰/۶۰۷
خلق افسرده	(۰/۵۴۹)۰/۷۹۷	(۰/۵۴۹)۰/۷۹۷	(۰/۱۱۸)۱/۱۹۰
اضطراب	(۰/۷۴۰)۰/۶۸۳	(۰/۷۴۰)۰/۶۸۳	(۰/۳۸۵)۰/۹۰۶
سرزندگی	(۰/۸۱۵)۰/۶۳۵	(۰/۸۱۵)۰/۶۳۵	(۰/۱۵۰)۱/۱۳۸

در جدول ۵ نتایج آزمون همگنی شیب خط رگرسیون آورده شده است چون سطح معناداری به دست آمده بیش از ۰/۰۵ می باشد بنابراین می توان نتیجه گرفت پیش شرط استفاده از آزمون آنالیز کواریانس یک متغیره برای سرزندگی، آزمون آنالیز واریانس چند متغیره برای زیرمقیاس های خشم، عاطفه مثبت، خلق افسرده، اضطراب برقرار است.

جدول ۵- نتایج بررسی همگنی شیب های خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
خشم	۲۱/۷۰۵	۲	۱۰/۸۵۲	۳/۳۴۳	۰/۰۵۸
عاطفه مثبت	۵/۳۹۳	۲	۲/۶۹۶	۰/۴۶۷	۰/۶۳۱
خلق افسرده	۴/۴۹۵	۲	۲/۲۴۷	۱/۲۶۵	۰/۲۹۶
اضطراب	۲۹/۵۶	۲	۱۴/۷۸	۲/۵۶	۰/۰۹۴
سرزندگی	۲۶/۲۵۸	۲	۱۳/۱۲۹	۲/۰۶۵	۰/۱۴۴

نتایج آزمون لوین در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶- نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگونی واریانس ها

متغیرها	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	آماره F	سطح معناداری
خشم	۲	۴۳	۰/۸۳۴	۰/۴۴۱
عاطفه مثبت	۲	۴۳	۱/۰۳	۰/۳۶۶
خلق افسرده	۲	۴۳	۰/۰۶۳	۰/۹۳۹
اضطراب	۲	۴۳	۰/۷۰۷	۰/۴۹۹
سرزندگی	۲	۴۵	۱/۴۷۷	۰/۲۳۹

چون سطح معناداری به دست آمده برای آزمون لوین (جدول ۶) بیش از ۰/۰۵ می باشد می توان نتیجه گرفت که همگونی واریانس ها برای متغیر گروه هم برای هر یک از متغیرهای خشم، عاطفه مثبت، خلق افسرده، اضطراب برقرار است ولی بر اساس نتایج آزمون ام.باکس برابری ماتریس واریانس کواریانس برقرار نیست (مقدار آماره آزمون ام.باکس برابر با $F=1/726$ و سطح معنی داری ۰/۰۲۳ است) که آزمون آنالیز کواریانس در برابر این فرض مقاوم است.



جدول ۷ - نتایج آزمون ام‌باکس

سطح معناداری	آماره F	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	نمره کل کنترل عواطف
۰/۰۲۳	۱/۷۲۶	۶۵۸۴/۰۴۹	۲۰	

جدول ۸ نتایج آنالیز کواریانس تک متغیره برای نمره کل سرزندگی آورده شده است.

جدول ۸ - نتایج تحلیل کواریانس نمره سرزندگی

متغیر مستقل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آزمون F	سطح معناداری	توان آماری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۲/۵۶۶	۱	۲/۵۶۶	۰/۴۱۳	۰/۵۲۴	۰/۰۹۶	۰/۰۰۹
گروه	۷۲۳۷/۵۵	۲	۳۶۱۸/۷۷	۵۸۲/۹۸۵	۰/۰۰۰**	۱/۰	۰/۹۶۴
خطا	۲۷۳/۱۲	۴۴	۶/۲۰۷				

** معناداری در سطح ۰/۰۱ * معناداری در سطح ۰/۰۵

چون سطح معناداری برای متغیر گروه کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد می‌توان نتیجه گرفت تفاوت معناداری حداقل بین دو گروه از سه گروه مورد بررسی (زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتظیمی، زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار روایتی و کنترل) وجود دارد.

جدول ۹ - نتایج تحلیل کواریانس متغیرهای پژوهش

متغیر مستقل	مقدار	آزمون F	سطح معناداری	توان آماری	مجذور اتا
گروه	اثر پیلایی	۱/۰۶۶	۱۰/۵۶۵	۰/۰۰۰	۰/۵۳۳
	لامبدای ویلکز	۰/۰۱۲	۷۱/۹۱۴	۰/۰۰۰	۰/۸۸۹
	اثر هتلینگ	۷۳/۴۶۶	۳۲۱/۴۱۲	۰/۰۰۰	۰/۹۷۳
	بزرگترین ریشه روی	۷۳/۳۷۹	۶۷۸/۷۵۴	۰/۰۰۰	۰/۹۸۷

در جدول ۹ نتایج آزمون اثر پیلای نشان می‌دهد حداقل بین دو گروه از گروه‌های مورد بررسی در متغیرهای خشم، عاطفه مثبت، خلق افسرده، اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد. در جدول ۱۰ نتایج آنالیز کواریانس چند متغیره برای زیرمقیاس‌های خشم، عاطفه مثبت، خلق افسرده، اضطراب آورده شده است.

جدول ۱۰ - نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره

متغیر مستقل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آزمون F	سطح معناداری	توان آماری	مجذور اتا
خشیم	خشیم	۱	۰/۹۴۱	۰/۱۹۸	۰/۶۵۹	۰/۰۷۲	۰/۰۰۵
	خلق افسرده	۱	۰/۵۳۳	۰/۱۵۷	۰/۶۹۴	۰/۰۶۷	۰/۰۰۴
	اضطراب	۱	۲/۲۹۱	۰/۱۶۶	۰/۶۸۶	۰/۰۶۸	۰/۰۰۴
خشیم	عاطفه مثبت	۱	۲۵/۰۳	۲/۶۳۵	۰/۱۱۳	۰/۳۵۳	۰/۰۶۳
	خشیم	۱	۳/۵۹۸	۰/۷۵۷	۰/۳۹۰	۰/۱۳۶	۰/۰۱۹
	خلق افسرده	۱	۱۹/۲۹۶	۵/۶۷۷	۰/۰۲۲	۰/۶۴۲	۰/۱۲۷
خلق افسرده	اضطراب	۱	۱/۲۷۴	۰/۰۹۳	۰/۷۶۳	۰/۰۶۰	۰/۰۰۲
	عاطفه مثبت	۱	۲/۲۳۲	۰/۲۳۵	۰/۶۳۱	۰/۰۷۶	۰/۰۰۶
	خشیم	۱	۱۴/۵۱۶	۱۴/۵۱۶	۰/۰۸۹	۰/۳۹	۰/۰۷۳
اضطراب	خلق افسرده	۱	۰/۶۷۱	۰/۱۹۷	۰/۶۵۹	۰/۰۷۲	۰/۰۰۵
	اضطراب	۱	۸۱/۸۲۳	۸۱/۸۲۳	۰/۰۱۹	۰/۶۶۲	۰/۱۳۲
	عاطفه مثبت	۱	۳۳/۲۵۶	۳/۵۰	۰/۰۶۹	۰/۴۴۶	۰/۰۸۲
عاطفه مثبت	خشیم	۱	۴۱/۳۳۹	۸/۶۹۱	۰/۰۰۵	۰/۸۲۰	۰/۱۸۲
	خلق افسرده	۱	۴۱/۵۰۳	۱۲/۲۱۱	۰/۰۰۱	۰/۹۲۶	۰/۲۳۸
	اضطراب	۱	۶۶/۴۱۳	۴/۸۲۳	۰/۰۳۴	۰/۵۷۲	۰/۱۱۰
گروه	عاطفه مثبت	۱	۲۳/۶۱۵	۲۳/۶۱۵	۰/۱۲۳	۰/۳۳۷	۰/۰۶۰
	خشیم	۲	۱/۲۶۸ ۷۰۲۹	۳۵۱۴/۶۳	۰/۰۰۰**	۱/۰	۰/۹۷۴
	خلق افسرده	۲	۱/۶۸ ۶۸۶۹	۳۴۳۴/۷۹	۰/۰۰۰**	۱/۰	۰/۹۸۱
گروه	اضطراب	۲	۱/۱۳ ۱۶۸۴۱	۸۴۲۰/۵۷	۰/۰۰۰**	۱/۰	۰/۹۶۹
	عاطفه مثبت	۲	۱/۶۹ ۱۴۴۸۳	۷۲۴۱/۸۴	۰/۰۰۰**	۱/۰	۰/۹۷۵

نتایج جدول ۱۰ نشان داد که چون سطح معناداری برای متغیر گروه در هر سه زیرمقیاس کمتر از ۰/۰۵ می باشد می توان نتیجه گرفت تفاوت معناداری حداقل بین دو گروه از سه گروه



موردبررسی (زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی، زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار روایتی و کنترل) وجود دارد. در جدول ۱۱ نتایج مربوط به آزمون بنفرونی آورده شده است.

جدول ۱۱- نتایج آزمون بنفرونی جهت مقایسه گروه‌های پژوهش برای متغیرهای پژوهش

سطح معناداری	تفاوت میانگین				
۰/۹۹۹	۰/۲۹۵	زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار روایتی	کوتاه‌مدت	زوج‌درمانی خودتنظیمی	خشیم
۰/۰۰۰**	۲۷/۲۵۸	کنترل			
۰/۰۰۰**	۲۷/۵۵۳	زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار روایتی		کنترل	
۰/۹۹۹	۰/۲۳۸	زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار روایتی	کوتاه‌مدت	زوج‌درمانی خودتنظیمی	خلق افسرده
۰/۰۰۰**	۲۶/۹۷۳	کنترل			
۰/۰۰۰**	۲۷/۲۱۱	زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار روایتی		کنترل	
۰/۹۹۹	۰/۹۳۷	زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار روایتی	کوتاه‌مدت	زوج‌درمانی خودتنظیمی	اضطراب
۰/۰۰۰**	۴۲/۸۵۸	کنترل			
۰/۰۰۰**	۴۱/۹۲۱	زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار روایتی		کنترل	
۰/۹۵۹	۱/۱۹۴	زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار روایتی	کوتاه‌مدت	زوج‌درمانی خودتنظیمی	عاطفه مثبت
۰/۰۰۰**	۳۹/۸۹۶	کنترل			
۰/۰۰۰**	۳۸/۷۰۲	زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار روایتی		کنترل	
۰/۹۳۷	۰/۹۱۵	زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار روایتی	کوتاه‌مدت	زوج‌درمانی خودتنظیمی	سرزندگی
۰/۰۰۰**	۲۷/۵۹	کنترل			
۰/۰۰۰**	۲۶/۶۷۵	زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار روایتی		کنترل	

بر اساس نتایج جدول ۱۱، می‌توان نتیجه گرفت که چون سطح معناداری برای هر دو گروه آزمایش بیش از ۰/۰۵ می‌باشد، بین زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی و زوج‌درمانی راه‌حل مدار روایتی تفاوت معناداری وجود ندارد، اما چون سطح معناداری برای گروه زوج‌درمانی راه‌حل مدار روایتی و گروه کنترل و همچنین برای گروه زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی و گروه کنترل در خشم، عاطفه مثبت، خلق افسرده، اضطراب کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. از این رو زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی و زوج‌درمانی راه‌حل مدار روایتی به یک میزان به صورت معنادار در کاهش خشم، عاطفه مثبت، خلق افسرده، اضطراب افراد نمونه مؤثر بوده است.

همچنین نتایج این جدول نشان داد که چون سطح معناداری برای هر دو گروه آزمایش در متغیر سرزندگی بیش از ۰/۰۵ می‌باشد می‌توان نتیجه گرفت بین زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی و زوج‌درمانی راه‌حل مدار روایتی تفاوت معناداری در متغیر سرزندگی وجود ندارد؛ اما چون سطح معناداری برای گروه زوج‌درمانی راه‌حل مدار روایتی و گروه کنترل و همچنین برای گروه زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی و گروه کنترل در نمره سرزندگی کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری در سرزندگی وجود دارد. با توجه به مقادیر میانگین در جدول ۱ و آنکه میزان نمره سرزندگی در پس‌آزمون نسبت به نمره پیش‌آزمون در گروه درمانی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی و زوج‌درمانی راه‌حل مدار روایتی افزایش داشته است، بنابراین زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی و زوج‌درمانی راه‌حل مدار روایتی به یک میزان به صورت معنادار در افزایش سرزندگی افراد نمونه مؤثر بوده است. در جدول ۱۰ نتایج تحلیل کواریانس متغیرهای پژوهش آورده شده است. در جدول ۱۲ مقادیر میانگین تعدیل شده گزارش شده است.

جدول ۱۲ - میانگین تعدیل شده مربوط به متغیرهای پژوهش

عاطفه مثبت	اضطراب	خلق افسرده	خشم	کنترل عواطف	سرزندگی	گروه
۳۰/۸۲۱	۲۶/۰۷	۱۸/۲۱۸	۱۷/۹۸۵	۹۲/۶۹۲	۴۶/۰۶۴	زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی
۳۲/۰۱۵	۲۷/۰۰۷	۱۷/۹۷۹	۱۷/۶۹	۹۶/۰۴۲	۴۵/۱۴۹	زوج‌درمانی راه‌حل مدار روایتی
۷۰/۷۱۷	۶۸/۹۲۸	۴۵/۱۹۰	۴۵/۲۴۳	۲۲۹/۱۸۷	۱۸/۴۷۴	کنترل



بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی روایتی - راه‌حل‌مدار و زوج‌درمانی خودتنظیمی بر سرزندگی و کنترل عواطف زوجین آشفته بود. طبق نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش، زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار - روایتی در افزایش سرزندگی و کنترل عواطف زوجین آشفته مؤثر می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های قادری، خدادادی و عباسی (۱۳۸۹)، قادری، آراین و حبیبی (۱۳۹۴)، ویسی (۱۳۹۱)، حسینی (۱۳۹۰)، موسویان (۱۳۹۳)، مورگان (۲۰۱۳)، بوهمیجر، وسترهوف و امریک^۱ (۲۰۰۸)، چنگیزی و پناه‌علی (۱۳۹۵)، افزولند (۱۳۹۲)، بنکر، کستل و آلن^۲ (۲۰۱۰) و خدابخش، کیانی، نوری تیرتاشی و خستو هشیچین (۱۳۹۳) همسو می‌باشد؛ چراکه این پژوهشگران نیز درمان راه‌حل‌مدار و روایتی را بر صمیمیت عاطفی و کنترل عواطف زوجین مؤثر دانستند.

در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت، عواطف نابهنجار از راه خلق داستان به معنای جدید تغییر می‌یابند. در درمان روایتی به افراد کمک می‌شود تا به تجارب ناقص خویش کلیت و معنای خاص ببخشند. به همین منظور، در جلسه‌های درمانی از اعضا خواست شد تا داستان‌های خود را به زبانی تازه شرح دهند و برای افکار، احساسات و رفتاری مشکل‌آفرین معنای تازه به وجود آورند، بنابراین پرسیدن سؤال از اعضا و بر اساس پاسخ‌های آن‌ها، به مطرح کردن سؤال‌های بیشتری منجر شد تا شخص خود و مشکل را یکی نبیند، لذا از راه پرسیدن سؤال‌های بیشتر، مشکل و شخصی که تحت تأثیر آن قرار دارد، از یکدیگر جدا شدند و نتیجه‌ای که عاید اعضا شد، این بود که عواطف جدید شکل گرفت. در واقع مدیریت و کنترل عواطف موجب می‌شود افراد واقع‌بین، نیک‌اندیش و درست‌کردار شوند و فردی مفید و کارآمد در پیشرفت جامعه به شمار آیند (شعاری نژاد، ۱۳۹۲). در همین راستا باید گفت، فردی که به کنترل عواطف دست یافته است، به سرزندگی نیز دست خواهد یافت. سولبرگ و همکاران (۲۰۱۲) معتقدند که به هر میزان که افراد کمتر دچار تعارض باشند از سازوکار سرکوب‌رهایی یافته و احساس سرزندگی، خلاقیت، خودشکوفایی و انرژی در آن‌ها بیشتر است. افراد سرزنده در

¹ Bohlemijer, E., Westerhof, G.J., & Emmeric, M.

² Banker, J. E., Kaestle, C. E., Allen, K.R.

زندگی زناشویی خود در هنگام مواجهه با مسائل، راهکارهای خلاقانه‌تری از خود ارائه می‌دهند و انرژی و شادابی آن‌ها در مواجهه با تعارضات زناشویی به‌آسانی تقلیل نخواهد یافت. در همین راستا، میرگین و کوردوا (۲۰۱۷) رابطه میان مهارت‌های هیجانی، صمیمیت و رضایت زناشویی را مورد بررسی قرار دادند و به این یافته رسیدند که مهارت‌های هیجانی می‌تواند به‌طور پایا در روابط میان همسران و رضایت زناشویی مؤثر باشد.

کمک و آموزش زوجین در جهت بیان هیجاناتی که منجر به نارضایتی زناشویی و کاهش صمیمیت در بین زن و شوهر شده است، فراموش کردن اشتباهات صدمات گذشته و تأکید بر نقشی که روایت‌های ناکارآمد گذشته از رویدادهای زندگی در کاهش روابط صمیمی بین زوجین دارد را می‌توان از جمله فعالیت‌هایی دانست که در جهت بازسازی راه‌حل‌های کارآمد برای افزایش صمیمیت در روابط زوجین کارساز است (عامری و همکاران، ۱۳۸۲). در همین راستا، تحقیقات نشان می‌دهد زمانی که روایات زندگی به‌عنوان روشی در جهت درک بهتر صمیمیت زوجین مورد استفاده قرار می‌گیرد، پتانسیل فردی برای رشد روابط صمیمانه را در آن‌ها افزایش می‌دهد. دانستن هر زوج از داستان طرف مقابل احتمال سرمایه‌گذاری بیشتر در روابط صمیمانه با دیگری را افزایش می‌دهد. بیان داستان زندگی زوجین می‌تواند در انتخاب راه‌حل‌های کارآمد در برخورد با مسائل زناشویی کمک‌کننده باشد (اسکریت، ۲۰۱۰). در نتیجه در این پژوهش با استفاده از تلفیق فنون روایتی و درمان راه‌حل مدار، راه‌های جدید، کشف و امتحان گردید. در تبیین نتایج پژوهش در مورد اثربخش بودن مداخله درمانی بر کنترل عواطف زوجین می‌توان گفت خشم و اضطراب از نیرومندترین و ابتدایی‌ترین هیجان‌هایی است که در انسان شکل می‌گیرد، به‌وسیله خانواده و مسائل درونی و بیرونی تقویت می‌شود. در پژوهش حاضر توانستیم خشم و اضطراب اعضا را در قالب بیان روایت از سوی آنان بیرونی کرده و با تکنیک‌های درمان راه‌حل مدار همچون آشنایی شرکت‌کنندگان با راه‌حل‌های مفید و تکرار آن و رها کردن راه‌حل‌های نامناسب در هنگام برخورد با خشم و اضطراب، خشم و اضطراب اعضا را کاهش دهیم. مداخله درمانی توانست با آگاه کردن افراد نسبت به هیجان‌ها، چگونگی تأثیر هیجان‌ها بر شناخت و رفتار و تأثیر آن‌ها در تصمیم‌گیری، باعث شد تا اعضا متوجه تأثیرات ویران‌گر هیجان‌ها بر رفتار شوند و با جایگزین کردن راه‌حل‌های متعادل‌تر به‌جای راه‌حل‌های نامناسب موفق به کنترل افسردگی و عاطفه مثبت گردند.



همچنین یافته‌های پژوهش حاضر تأثیر زوج‌درمانی خودتنظیمی بر سرزندگی و کنترل عواطف زوجین آشفته را نشان داد. این یافته از پژوهش حاضر همسو با یافته‌های لوک (۲۰۱۷)، علوی زاده و میرهاشمی (۱۳۹۳) و روشن و همکاران (۱۳۹۰) می‌باشد.

در تبیین این یافته از پژوهش می‌توان گفت که خودتنظیمی در حقیقت به این موضوع اشاره دارد که زوجین می‌توانند رفتار خود را تنظیم کنند. آگاهی از این اندیشه می‌تواند زوجین را به سمت تغییر یا بهبود جنبه‌های ارتباط سوق دهد. درمانگرانی که روی خودتنظیمی زوجین کار می‌کنند، در حقیقت به هر یک از آن‌ها کمک می‌کنند که مهارت‌های ارتباطی خودشان را ارزیابی کنند و از اینکه چگونه این مهارت‌ها روی کیفیت روابط زناشویی‌شان تأثیر می‌گذارد، آگاه شوند. خودتنظیمی توان زوجین برای تمرین کنترل روی افکار، احساسات و فعالیت‌های شخصی است. براین اساس، این شیوه می‌تواند تلاش‌هایی منظم برای هدایت افکار، احساسات و رفتار برای دستیابی به یک هدف را سازمان‌دهی کند؛ بنابراین، در این رویکرد، بر ارتقای خود مدیریت الگوهای ناکارآمد شناختی، رفتاری و عملکردی توجه می‌شود. زوج‌درمانی مبتنی بر خودتنظیمی را می‌توان به‌واسطه مواجهه مستقیم زوجین با تفاسیر نادرست آن‌ها از یکدیگر و اصلاح آن‌ها توضیح داد. این درمان همچنین از طریق افزایش مبادله مثبت رفتار میان زوجین، افزایش ابراز مستقیم محبت و مواجهه با عواطف مثبت زوجین و همچنین کمک به زوجین در شناخت نقش خود در تعارضات موجب ارتقا کیفیت روابط و تعمیق صمیمیت میان زوجین می‌گردد. این رویکرد، با استفاده از تکنیک‌های بازسازی شناختی-عاطفی، اکتشاف هیجانی و تقویت ابراز هیجان‌ات و همچنین آموزش مهارت‌های ارتباطی، نظیر خودآشنایی، مهارت‌های گفتن و شنیدن، همدلی کردن، ابراز باورها و هیجان‌ات، گوش دادن فعال، روزهای عشق یا مراقبت و سایر مهارت‌ها و مداخلات خودتنظیمی به زوجین در جهت کاهش اضطراب، افسردگی، خشم و افزایش عواطف مثبت و نیز بهبود ارتباطات عاطفی کمک می‌کند. در همین راستا باید گفت، فردی که به کنترل عواطف دست یافته است، به سرزندگی نیز دست خواهد یافت.

در تبیین یافته دیگر پژوهش مبنی بر عدم وجود تفاوت معنادار بین تأثیر زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار-روایتی و زوج‌درمانی خودتنظیمی در کنترل عواطف و سرزندگی زوجین آشفته، می‌توان

گفت؛ با توجه به این اصل که هدف اصلی روایت درمانی، توجه دادن افراد به باورهای ناکارآمد و تغییر آن‌ها، برونی کردن و از توان انداختن مشکل، ایجاد نگاه بیرونی به مشکل از زوایای مختلف و در نتیجه خلق تفسیری دگرگون و تألیفی دوباره برای روایت داستان زندگی است، لذا افراد با کمک روایت درمانی می‌توانند دیدگاهی تازه به واقعیات پیدا کنند (پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۰۷). پژوهش بنکر و همکاران (۲۰۱۰)، نشان داد که ترغیب زوجین به نوشتن داستان‌هایشان می‌تواند آن‌ها را از فرهنگ غالب بر داستان‌هایشان آگاه سازد و زوجین را برای انتخاب، حفظ یا تغییر معانی داستان‌های زندگی زناشویی‌شان آماده کند؛ بنابراین، پی بردن به زبان طرف مقابل می‌تواند به زوجین در انتخاب راه‌حل مؤثر در مواجهه با مسائل زناشویی و رسیدن به تفاهم و توافقی مناسب یاری‌رسان باشد. در نتیجه می‌توان گفت یکی دیگر از دلایل اثربخشی تلفیقی این دو رویکرد بر سرزندگی و کنترل عواطف این است که به افراد می‌آموزد با توجه به اینکه مسئول خلق و تعبیر داستان‌های زندگی‌شان هستند، باید مسئولیت رفتارهای خود را بپذیرند و با مقصر ندانستن دیگران خود را از خشم و کینه، رها و سرشار از شادی و سرزندگی نمایند. دو رویکرد روایت درمانی و راه‌حل مدار به افراد می‌آموزند که با به دست آوردن شناخت از خود و درون‌نگری به سمت تغییر حرکت کرده، زیرا وقتی شیوه زندگی یکنواخت باشد، می‌تواند تبدیل به یک گور شود و افراد را زیر سستی ناشی از بی‌حرکی مدفون کند. تلاش برای شناخت خود و حرکت به سوی تغییر، می‌تواند باعث افزایش میزان سرزندگی و شادکامی در افراد شود.

از سوی دیگر زوج‌درمانی خودتنظیمی نیز، باعث می‌شود که زوجین با نیازهای همدیگر بیشتر آشنا شوند و همدیگر را بیشتر درک کنند، با عواطف مثبت یکدیگر مواجه شوند، خواست درونی خود را به‌جای درون‌ریزی یا پرخاشگری، از همسرشان بخواهند، اختلاف‌سلیقه‌ها و تفاوت‌های بین یکدیگر را بیشتر درک کنند، مسئولیت‌پذیری و نحوه تصمیم‌گیری در مورد مسائل مهم زندگی‌شان را یاد بگیرند، نحوه تعامل، صحبت و گوش دادن به یکدیگر را بهبود بخشند و مهارت‌های حل مسئله و حل تعارض خود را بهبود بخشند؛ بنابراین، این روش درمانی، از این طریق، به همان میزان زوج‌درمانی راه‌حل مدار- روایتی، در کنترل عواطف و به دنبال آن سرزندگی زوجین آشفته کمک می‌نماید.

هرچند در این پژوهش مشکلات اولیه زوجین در پیش‌آزمون سنجش و اثر آن کنترل شده است، ولی در صورت دستیابی به زوجین بیشتر و انتصاب تصادفی کامل زوجین یا همگن کردن



آن‌ها، نتایج علی‌اطمینان‌بخش‌تری حاصل خواهد شد که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی موردتوجه قرار گیرد. همچنین بررسی اثربخشی این مداخلات بر رضایت زوجین سنین مختلف و دارای مشکلات ارتباطی خاص و نیز اثرات احتمالی آن‌ها بر سلامت فرزندان و جو کلی خانواده و همچنین بررسی مقایسه‌ای این مداخلات با پیگیری کوتاه‌مدت و نیز درازمدت پیشنهاد می‌شود.

تصریح درباره ناهمسانی سودها

نویسندگان، متعهد می‌شوند که پژوهش حاضر هیچ‌گونه تضاد منافی ندارد. همچنین نویسندگان دارای هیچ‌گونه جایگاه یا شرایط ویژه‌ای که این جایگاه و شرایط با پژوهش و برآیندهای امن رابطه داشته باشد، نمی‌باشند و نیز دارای هیچ‌گونه ارتباط با شخص یا مراکزی که بر اهداف پژوهش تأثیرگذار باشند، نمی‌باشند. افزون بر آن، برآیندهای پژوهش هیچ‌گونه سود اقتصادی برای نویسندگان نداشته است.

سپاسگزاری

نویسندگان از آزمودنی‌های گرمی گروه‌های آزمایش و گواه و نیز از زحمات مدیران و کارکنان مراکز مشاوره کیمیا، بشارت، تماشا و توحید که از راه واگذاشتن افراد دارای شرایط انجام پژوهش، انجام این پژوهش را شدنی ساختند سپاسگزارند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

فهرست منابع:

۱. ارفع، مریم؛ قمرانی، امیر؛ یارمحمدیان، احمد. (۱۳۹۴). مقایسه سرزندگی، سازگاری زناشویی و دشواری های تنظیم شناختی هیجانی والدین با کودکان ناشنوا و عادی، مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۳ (۲)، ۳۳۱-۳۴۲.
۲. افخمی عقدا، محمد؛ عابدینی، مریم؛ لقا ثروت، فرخ؛ فیروزی اردکان، علی و نیکوکاران، جلال. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین هوش هیجانی با رضایت زناشویی در متاهلین شهر یزد، دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، ۱۳ (۴)، ۶۵-۵۷.
۳. افزولند، احمد. (۱۳۹۲). اثربخشی رویکرد راه حل- محور بر شادکامی و رضایت زناشویی زنان متاهل شهرستان داراب، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
۴. پروچاسکا، جیمز؛ نورکراس، جان. (۱۳۹۰). نظریه های روان درمانی، ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: رشد (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۷).
۵. چنگیزی، فرشته؛ امیر پناه، علی. (۱۳۹۵). اثربخشی روایت درمانی گروهی بر میزان امید به زندگی و شادکامی سالمندان شهر تبریز، نشریه علمی پژوهشی آموزش و ارزیابی، ۹ (۳۴)، ۷۶-۶۳.
۶. حسینی یزدی، عاطفه؛ مشهدی، علی؛ کیمیایی، علی؛ و عاصمی، زهرا. (۱۳۹۴). اثربخشی برنامه مداخله-ای ویژه کودکان طلاق بر مشکلات برونی سازی و درونی سازی شده کودکان طلاق. روانشناسی خانواده، ۲، ۱۴-۳.
۷. حسینی، بیتا. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی درمان هیجان محور و راه حل محور بر بهبود مولفه های صمیمیت و سازگاری زناشویی زوجین و یافتن مدل پیشنهادی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
۸. خدا بخش، محمدرضا؛ کیانی، فریبا؛ نوری تیرتاشی، ابراهیم. و خستو هسچین، احمد. (۱۳۹۳). اثربخشی روایت درمانی بر افزایش صمیمیت زوجین و ابعاد آن: تلویحاتی برای درمان، فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۴ (۴)، ۶۳۲-۶۰۷.
۹. دهش، زهرا. (۱۳۸۸). تأثیر مشاوره تلفیقی رفتاری و هیجان محور بر کنترل عواطف در نوجوانان دختر شهر کشکوئیه رفسنجان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
۱۰. روشن، رسول؛ علینقی، علیرضا و طاوولی، آزاده. (۱۳۹۰). تأثیر زوج درمانی کوتاه مدت خود تنظیمی بر کاهش تعارضات زناشویی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۱ (۱)، ۱-۱۴.
۱۱. شعاری نژاد، علی اکبر. (۱۳۹۲). روان شناسی رشد. چاپ پنجم. تهران: اطلاعات.
۱۲. عامری، فریده؛ نوربالا، احمد علی؛ اژه ای، جواد و رسول زاده طباطبائی، کاظم. (۱۳۸۲). بررسی تأثیر مداخلات خانواده درمانی راهبردی در اختلافات زناشویی. مجله-ی روانشناسی، ۷ (۳)، ۲۱۸-۲۳۲.



۱۳. علوی زاده، محمدرضا و میرهاشمی، مالک. (۱۳۹۳). تأثیر زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خود‌تنظیمی بر رضایت زناشویی، سازگاری زناشویی، وضعیت زناشویی، افسردگی و اضطراب. فصلنامه پژوهش‌های روانشناختی، ۱۶ (۲)، ۹۲-۱۰۹.
۱۴. فریش، مایکل. (۱۳۸۹). روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی: کاربرد رویکرد رضایتمندی از زندگی در روان‌شناسی مثبت‌نگر و شناخت‌درمانی، ترجمه اکرم خمسه. تهران: ارجمند (انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۶).
۱۵. قادری، زهرا؛ خدادادی، زهرا و عباسی، زهرا. (۱۳۸۹). اثربخشی گروه‌درمانی تلفیقی به شیوه تصمیم‌گیری دوباره و روایت‌درمانی بر کنترل عواطف در نوجوانان دختر شهر شیراز، فصلنامه زن و جامعه، ۱ (۳)، ۱۴۸-۱۳۷.
۱۶. قادری، کبری؛ آرن، خدیجه و حبیبی، مجتبی. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت بر کاهش افسردگی زنان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی، مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۳ (۳)، ۴۴۰-۴۳۱.
۱۷. گلمن، دانیل. (۱۳۹۱). کاربرد هوش هیجانی در محیط کار، ترجمه نسرين پارسا، تهران: رشد (انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۱۰).
۱۸. لطف‌آبادی، حسین. (۱۳۹۳). روان‌شناسی رشد کاربردی نوجوانی و جوانی. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
۱۹. موسویان، اکبر. (۱۳۹۳). اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر افکار غیرمنطقی، شادابی و سازگاری زناشویی زوجین ناسازگار، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی.
۲۰. نامنی، ابراهیم و شیرآشیا، آزاده. (۱۳۹۵). اثربخشی ترکیب دوروش درمانی راه‌حل‌مدار و روایتی بر سرزندگی و کنترل عواطف در زنان متقاضی طلاق. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۲۷ (۷)، ۱۶۷-۱۴۹.
۲۱. هالفورد، دبلیو. کیم. (۲۰۰۱). زوج‌درمانی کوتاه‌مدت: یاری به زوجین برای کمک به خودشان. ترجمه مصطفی تبریزی، مژده کاردانی و فروغ جعفری. تهران: فراروان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۱).
۲۲. همتی، معصومه؛ مداحی، محمدابراهیم؛ حسینیان، سیمین و خلعتبری، جواد. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر طرحواره‌درمانی و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در تاب‌آوری خانواده. فصلنامه مطالعات زن و خانواده، ۶ (۲)، ۳۷-۱۷.
۲۳. ویسی، اسدالله. (۱۳۹۱). طراحی و مقایسه اثربخشی دو برنامه‌ی درمانی مبتنی بر اصول درمان روایتی و درمان مبتنی بر آموزه‌های قرآنی در کاهش تعارضات زناشویی، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۲ (۳)، ۳۵۷-۳۴۱.

منابع انگلیسی

1. Afgoland, A. (2013). The Effectiveness of Solution-Focused Approach on Happiness and Marital Satisfaction of Married Women in Darab City. Master's Thesis, Islamic Azad University, Marvdasht (Text in Persian).
2. Afkhami Aghda, M., Abedini, M., Lagha Servat, F., Firuzi Ardakan, A., & Nikukaran, J. (2013). The Relationship between Emotional Intelligence and Marital Satisfaction in Married Women in Yazd. *Journal of Faculty of Health in Yazd*, 13 (4), 57-65 (Text in Persian).
3. Alavi Zadeh, M. R., & Mir Hashemi, M. (2014). The Effectiveness of Brief self-regulation couple therapy on marital satisfaction, marital adjustment, marital status, depression and anxiety. *Journal of Psychological Researches*, 16 (2), 92-109 (Text in Persian).
4. Ameri, F., Nourbala, A. Ejeii, J., & Rasoulzadeh Tabataba'i, S. A. (2003). The Effectiveness of Strategic Family Therapy Interventions in Marital disagreements. *Journal of Psychology*, 7 (3), 218-232 (Text in Persian).
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
6. Arfa, M., Ghamarani, A., & Yarmohammadi, A. (2015). Comparison of vitality, marital adjustment and cognitive-emotional adjustment difficulties of parents with deaf and normal children. *Journal of Behavioral Sciences Research*, 13 (2), 331-342 (Text in Persian).
7. Banker, J. E., Kaestle, C. E., & Allen, K.R. (2010). Dating is Hard Work: A Narrative Approach to Understanding Sexual and Romantic Relationships in Young Adulthood. *Journal of Contemporary Family Therapy*, 32, 173-191.
8. Bernardi, F., & Martinez-pastor, A. (2011). Divorce risk factors and their variations over time in Spain. *Demographic research*, 24 (31), 771- 800.
9. Bohlemijer, E., Westerhof, G.J., & Emmeric, M. (2008). The Effects of Narrative Therapy on meaning in life. *Aging and Mental Health Journal*, 13(5), 639-646. doi: 10.1080 /13607860802343209.
10. Brzezowski, K.M. (2012). A solution-focused grouped treatment approach for individuals maladaptively expressing anger. Ohio: Wright state university.
11. Burman, B., & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin*, 112, 39- 52.
12. Chang, J., Combs, G., Dolan, Y., Freedman, J., Mitchell, T., & Trepper, T. (2013). From Ericksonian roots to postmodern futures. Part I: Finding postmodernism. *Journal of Systemic Therapies*, 31(4), 63-76. doi: 1051521/jsyt.201253154563.
13. Chang, J., & Nylund, D. K. (2013). Narrative and solution-focused therapies: A twenty-year retrospective. *Journal of Systemic Therapies*, 32(2), 72-88.
14. Changizi, F., Panah Ali, A. (2016). The Effectiveness of Narrative Group Therapy on the Life Expectancy and Happiness of the Elderly in Tabriz. *Journal of Educational and Evaluation*, 9 (34), 63-76 (Text in Persian).



15. Dahsh, Z. (2006). The Effectiveness of Behavioral Conjunctive therapy and Emotional-Focused therapy on Affective Control in Adolescent Girls in Kashkooyeh Rafsanjan. Master's thesis, Islamic Azad University, Marvdasht (Text in Persian).
16. De Jong, P., & Berg, I. K. (2012). Interviewing for solutions. 4th ed. Pacific Grove, CA: Brooks Cole. P.152.
17. Donoho, C. J., Crimmins, E. M., & Seeman, T. E. (2013). Marital quality, gender, and makers of inflammation in the MIDUS cohort. *Journal of Marriage and Family*, 75, 127-141.
18. Fetterman, D. (2001). Foundation of empowerment evaluation. California: Sage Publications.
19. Forthofer, M. S., Markman, H. J., Cox, M., Stanley, S., & Kessler, R. C. (1996). Associations between marital distress and work loss in a national sample. *Journal of Marriage and the Family*, 24, 597-605.
20. Frish, M. (2010). The Effectiveness of Narrative therapy Based on Improving Quality of Life: Applying the Approach of Life Satisfaction in Positive Psychology and Cognitive Therapy. Translation of Akram Khamseh. Tehran: Arjmand (publication of the original work 2006) (Text in Persian).
21. Frost, D.M. (2012). The narrative construction of intimacy and affect in relationship stories: Implications for relationship quality, stability, and mental health. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(3), 247-269.
22. Goleman, D. (2012). Application of Emotional Intelligence in the Workplace. Translation of Nasrin Parsa. Tehran: Growth (Original Edition 2010) (Text in Persian).
23. Gong, M. (2007). Does status in consistency matter for marital quality? *Journal of Family Issues*, 28, 152-61.
24. Graves, K. (2003). Social cognitive theory and cancer patients' quality of life: A met analysis of psychosocial intervention components. *Health Psychology*, 22(2), 210-219.
25. Halford, W. K. (2001). Brief couple therapy for couples. New York: Guilford publications.
26. Halford, W. K. (2001). Briefed Couple Therapy: Helping to couples to help themselves. (Translated by Mostafa Tabrizi, Mojdeh Kardani and Forough Jafari). Tehran: Ferraran. (Publication of the original work 2001) (Text in Persian).
27. Halford, W.K., Sanders, M.R & Behrens, B.C. (1994). Self-regulation in behavioral couple's therapy. *Behavior Therapy*, 25, 431-452.
28. Hemati, M., Madahi, M. E., Hosseinian, S., & Khalatbari, J. (2018). Comparison of the effectiveness of schema based couple therapy and acceptance and commitment couple therapy on family resilience. *Journal of Women and Family Studies*, 6 (2), 17-37.
29. Hosseini Yazdi, A., Mashhadi, A., Kimiyaii, A., & Assemi, F. (2015). Effectiveness of the Special Intervention Program for Divorce Children on the Internalization and Externalization of the Divorce Children. *Journal of family Psychology*, 2, 3-14 (Text in Persian).

30. Hosseini, B. (2011). Comparison of the Effectiveness of Emotional focused Therapy and Solution focused therapy on Improvement of Intimacy and Marital Adaptation Components of Couples and Finding the Proposed Model. Master's Thesis, University of Allameh Tabatabaei, Tehran (Text in Persian).
31. Kaslow, F. W. (2000). Continued Evolution of Family Therapy: The Last Twenty Years. *Contemporary Family Therapy*, 22 (4), 357-387.
32. Kenny, M& Wiliams, G.M. (2007). Treatment – resistant depressed patient show a good response to Mind fullness based cognitive therapy. *Behavior Research and Therapy*, 45(3), 617 –625.
33. Khoda Bakhsh, M. R., Kiani, F., Nuri Tiratashi, A., & Khastu Hashchin, H. (2014). The Effectiveness of Narrative Therapy on Increasing Couple Intimacy and Its Dimensions: Appointments for Treatment. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*, 4 (4), 607-632 (Text in Persian).
34. Kondrat, D. (2012). Solution-focused therapy in an Emergency Room setting: Increasing hope in persons presenting with suicidal ideation, *Qualitative Health Research* February, 22, 147-156.
35. Linley, P. A., & Joseph, S. (2009). *Positive psychology in practice*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & sons, Inc.
36. Linley, P. A., & Joseph, S. (2009). *Positive psychology in practice*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & sons, Inc.
37. Lotfabadi, H. (2014). *Applied Growth Psychology in Adolescence and Youth*. Tehran: Organization for the Study and Compilation of Human Sciences Books of Universities (SAMT) (Text in Persian).
38. Luke, B. (2017). Self-regulation: A brief review. *Journal of Sport Psychology*, 25, 118-132.
39. Mirgain, S., A., & Cordova, J. V. (2007). Emotion skills and marital health: the association between observed and self-reported emotion skills, intimacy and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9 (36), 983-1009.
40. Mirgain, S., A., & Cordova, J. V. (2017). Emotion skills and marital health: the association between observed and selfreported emotion skills, intimacy and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9 (36), 983-1009.
41. Morgan, J. H. (2013). What to do when there is nothing to do: The Psychotherapeutic value of Narrative therapy in the treatment of late life depression. *Journal of Health, Cutler & Society*, 5 (1). DOI: <http://dx.doi.org/1055195/hcs.20135126>.
42. Musavian, A. (2014). The Effectiveness of Solution focused couple therapy on Irrational Thoughts, Happiness and Marital Adaptation of Maladaptive Couples. Master's Thesis, Mohaghegh Ardebili University (Text in Persian).
43. Namni, A., & Shirashi, A. (216). The Effectiveness of Integrating two methods of Solution focused and Narrative therapies on liveliness and control of affections in Women Who Claim for Divorce. *Journal of Culture of Counseling and Psychotherapy*, 27 (7), 149-167 (Text in Persian).
44. Norcross, J. C., & Newman, C. F. (1992). Psychotherapy integration: Setting the context. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books; 1992. P: 3-45.



45. Pomp, S., Fleig, L., Schwarzer, R & Lippke, S. (2013). Effects of a self-regulation intervention on exercise are moderated by depressive symptoms: A quasiexperimental study. *Int J Clin Health Psychol*, 13, 1-8.
46. Priscilla, W. B. (2016). Marital Therapy and Marital Power: Constructing Narratives of Sharing Relational and Positional Power. *Contemporary Family Therapy*, 23(3), 259-308.
47. Prochaska, J., & Norkras, J. (2011). *Psychotherapy Theories*. Translation of Yahya Seyed Mohammadi. Tehran: Growth (Date of publication of the original work 2007) (Text in Persian).
48. Qaderi, Z., Khodadadi, Z., & Abasi, Z. (2010). The Effectiveness of Integrative Group Therapy Based on Decision-Making and Narrative Therapy on Control of Affections in Adolescent Girls in Shiraz. *Journal of Women and Society*, 1 (3), 137-148 (Text in Persian).
49. Ridder, D & Wit, J. (2006). *Self-regulation in health behavior*. England: John Willy and Sons, PP 1-3.
50. Robertson, T., Daffern, M., & Bucks, R. S. (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggression Violent Behav*, 17(1), 72-82.
51. Roshan, R., Alinaghi, A., & Tavala, A. (2011). The Effectiveness of Brief self-regulation couple therapy on reducing marital conflicts. *Journal of Clinical Psychology Studies*, 1 (1), 1-14 (Text in Persian).
52. Ryan, R. M & Frederick, C. M. (1997). On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529-565.
53. Shoari Nejad, A. A. (2013). *Developmental Psychology*. Fifth Edition. Tehran: Information (Text in Persian).
54. Skerrett, K. (2010). Good Enough Stories: Helping Couples Invest in One Another's Growth. *Journal of Family Process*, 49(1), 503-516.
55. Skerrett, K. (2010). Good Enough Stories: Helping Couples Invest in one another's Growth. *Journal of Family Process*, 49(1), 503-516.
56. Solberg, P. A., Hopkins, W.G., Ommundsen, Y., & Halvari, H. (2012). Effects of three training types on vitality among older adults: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, 407-417.
57. Solberg, P. A., Hopkins, W.G., Ommundsen, Y., & Halvari, H. (2012). Effects of three training types on vitality among older adults: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(4), 407-417.
58. Swindle, R., Heller, K., Pescosolido, B., & Kikuzawa, S. (2000). Responses to nervous breakdowns in America over a 40-year period: Mental health policy implications. *American Psychologist*, 55, 740-749.
59. Szczygieł, D., Buczny, J., & Bazińska, R. (2012). Emotion regulation and emotional information processing: The moderating effect of emotional awareness. *Personality Indivi Diff*, 52(3), 433-7.
60. Trudel, G., & Goldfarb, M. R. (2010). Marital a sexual functioning and dysfunctioning.
61. Wand, T. (2010). Mental health nursing from a solution focused perspective. *Int International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 210-219.

62. Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2006). Impairment and distress associated with relationship discord in a national sample of married or cohabiting adults. *Journal of Family Psychology*, 20, 369–377.
63. Whisman, M. A., Beach, S. R. H., & Snyder, D. K. (2008). Is marital discord taxonic and can taxonic status be assessed reliably? Results from a national, representative sample of married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 745–755.
64. Wile, D. B. (1988). *After the honeymoon*. New York: Wiley.
65. Wilson, K., Charker, J., Lizzio, A., Halfird, K & Kimlin, S. (2005). Assessing how much couples work at their relationship: The behavioral self-regulation for effective relationship scale. *J Fam Psychol.*, 19 (3), 385-93.
66. Woisie, A. (2012). Designing and comparing the effectiveness of two therapeutic programs based on the principles of narrative therapy and treatment based on Quranic teachings in reducing marital conflicts. *Journal of Family Counselling and Psychotherapy*, 2 (3), 341-357 (Text in Persian).





isn't a significant difference between solution-focused narrative couple therapy and brief self-regulation couple therapy groups in terms of increase in vitality and affection control of couples as well as its subscales (anger, positive affect, depressed mood and anxiety). The findings of the study indicate that both solution-focused narrative couple therapy and the brief self-regulation couple therapy were effective in increasing vitality and affection control of distressed couples.

Keywords: solution-focused narrative couple therapy, brief self-regulation couple therapy, vitality, affection control





A Comparison of the Effectiveness of Solution- Focused Narrative Couple Therapy with Brief Self- Regulation Couple Therapy on Liveliness and Affections Control of Distressed Couples

Nayere Ariyanfar¹

Simin Hoseinian²

Abstract

Distress in couple relationships is one of the most common stressful factors in the recent decades that have considerable negative impacts on the biological, psychological and social health of couples and their children. The aim of this study was to compare examine the comparison of the effectiveness of solution- focused narrative couple therapy and brief self- regulation couple therapy on vitality and affection control of distressed couples. This quasi-experimental study was of pretest-posttest control group design. The statistical population consisted of clients of Kimia, Besharat, Tamasha, and Tohid centers in Isfahan city, which where they were referred to these centers due to communication and marital problems in 1396. From among them, 24 couples (48 persons) were selected through convenience sampling method. Then eight couples were randomly assigned to three groups and the couples in experimental groups weekly participated in separate interventions of solution focused-narrative couple therapy (8weeks) and brief self- regulation couple therapy (8 weeks). The subjects' participants' data were collected by the Affective Control Scale of Williams & Chambles (1997) and Vitality Scale of Deci & Ryan (1997). The results from multivariable analyze of covariance indicated that the differences among the groups were significant. The results of post hoc test Bonferroni showed that there is not

¹ Doctoral Candidate of Counseling, Faculty of Training Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran. n.arianfar@student.alzahra.ac.ir

² Corresponding author, Assistant Professor of Counseling Department, Faculty of Training Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran. hosseinian@alzahra.ac.ir