

مقایسه اثربخشی مداخله متمرکز بر هیجان به شیوه زوجی و فردی بر کاهش درماندگی رابطه زوجین دارای فرزند با بیماری مزمن

Comparing Effectiveness of Individual and Marital Emotionally Focused Intervention Based on Decreasing Relationship Distress of Couples With Chronically Ill Children

R. Rasoli, Ph.D. ✉

A. Etemadi, Ph.D.

A. Shafiabadi, Ph.D.

A. Delavar, Ph.D.

دکتر رؤیا رسولی ✉

استادیار دانشگاه یزد

دکتر احمد اعتمادی

دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی

دکتر عبدالله شفیق‌آبادی

استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی

دکتر علی دلاور

استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی

چکیده:

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of emotionally focused therapy (EFT) with marital and individual method in decreasing relationship distress of couples with chronically ill children. Participants were parents 60 (36 females) who had at least a child suffering from chronic illness. They were selected randomly and assigned in 3 groups.

این پژوهش به منظور بررسی میزان اثربخشی مداخله متمرکز بر هیجان (به شیوه زوجی و فردی) بر کاهش درماندگی رابطه زوج‌های دارای فرزند با بیماری مزمن انجام شد. نمونه شامل ۶۰ نفر است (۳۶ زن و ۲۴ شوهر) که با اجرای آزمون (DAS) انتخاب و با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. سپس مداخله متمرکز بر هیجان به شیوه زوجی و به شیوه فردی در مورد گروه‌های آزمایش اجرا شد.

✉Corresponding author: Dept. of Psychology, Yazd University University, Yazd, Iran.
Tel: +98351-8210250
Fax: +98351-8210310
Email: r_rasooli5@yahoo.com

✉ نویسنده مسئول: دانشگاه یزد - مجتمع علوم انسانی - گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی
تلفن: ۰۳۵۱-۸۲۱۰۲۵۰ دورنما: ۰۳۵۱-۸۲۱۰۳۱۰
پست الکترونیک: email: r_rasooli5@yahoo.com

Two experimental groups received EFT in two forms of marital or individual; control group remained with no intervention. All participants completed Dayadic Adjustment Scale (DAS). Analysis of variance followed by t-tests revealed significant difference between control and experimental groups, indicating effectiveness of EFT in experimental groups.

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش‌های آماری تحلیل واریانس، تعقیبی شفه و t مستقل در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ استفاده شد. نتایج نشان داد درمان به صورت معناداری اثربخش بود و توانست درماندگی رابطه را در زنان و شوهران به شیوه فردی و نیز به شیوه زوجی کاهش دهد. همچنین این درمان توانست رضامندی، همبستگی، توافق و ابراز محبت زناشویی را در زنان و شوهران به شیوه فردی و نیز به شیوه زوجی افزایش دهد. به‌علاوه اثر بخشی درمان با اجرای فردی (فقط زن) و با اجرای زوجی (زن و شوهر) تفاوت معناداری نداشت و در هر دو شیوه به یک میزان اثربخش بود.

کلیدواژه‌ها: مداخله متمرکز بر هیجان، درماندگی رابطه، فرزند با بیماری مزمن، زوج درمانی، درمان فردی

مقدمه

در بیماری مزمن کودکان^۱، لازم است والدین مراقبت پزشکی نیازهای کودک را برای مدت طولانی بر عهده بگیرند، در نتیجه محرک‌های تنش‌زا شامل: بار مالی، بار فیزیکی، تغییر در نقش‌های والدینی، رنجش خواهران و برادران، مشکل در سازگاری روانی - اجتماعی، مشکلات در رابطه با کودک بیمار و دیگر خواهران و برادران، بستری مکرر و در نهایت سوگ (واکر^۲، جانسون^۳، منیون^۴ و کلویتر^۵، ۱۹۹۷)، رابطه والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تحقیق نشان می‌دهد گرچه این زوجها ممکن است نرخ بالایی از طلاق را تجربه نکنند ولی در ریسک بالایی برای درماندگی زناشویی قرار دارند (هاوینس‌تین^۶، ۱۹۹۰؛ کازاک^۷، ۱۹۸۹).

تیو^۸ و همکاران طی پژوهشی نشان دادند زوج‌هایی که فرزندشان هنگام تولد مشکل در ستون فقرات دارد و زوج‌های دارای فرزند سالم، در میزان رضامندی زناشویی آن‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد ولی در پی‌گیری ۹ سال بعد تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده کردند. بدین ترتیب که زوج‌های دارای فرزند مشکل در ستون فقرات ۴۲٪ درماندگی رابطه داشتند، در حالی که زوجین دارای فرزند سالم فقط ۱۵٪ آن‌ها درماندگی رابطه نشان دادند (واکر و همکاران، ۱۹۹۶). منظور از درماندگی رابطه چرخه‌های منفی مانند شکایات جدی و فاصله دفاعی است که این دو عامل و ادامه آن بدتر شدن رابطه را پیش‌بینی می‌کند (جانسون، ۲۰۰۴) و می‌تواند تمام ابعاد رابطه زوج شامل رضامندی، همبستگی، توافق و ابراز محبت زناشویی را تحت تأثیر قرار دهد.

نظریه‌های زوج و خانواده‌درمانی روی مباحثی چون قدرت، کنترل، خودمختاری، میانجی‌گری در تعارض، متمرکز شده، مهرورزی و عشق را کنار گذاشته است. در حیطه زوج‌درمانی کاربرد اخیر نظریه دلبستگی^۹ برای روابط بزرگسالی انقلاب محسوب می‌شود، زیرا برای اولین بار چارچوب علمی مرتبط و منطقی برای فهم و مداخله عشق بزرگسالی فراهم می‌کند که زوج‌درمانگران می‌توانند از آن استفاده کنند (جانسون، ۲۰۰۳). آنچه پایه تفکر نظریه دلبستگی است ابتدا توسط جان بالبی^{۱۰} تشریح شد. سپس توسط روان‌شناسان اجتماعی مانند شاور^{۱۱} و هازن^{۱۲} و تعدادی از خانواده و زوج‌درمانگران مانند جانسون و ویفن^{۱۳} برای بزرگسالان بسط یافت و به کار رفت (جانسون، ۲۰۰۴). رویکردی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است درمان متمرکز بر هیجان است. زیربنای نظری این رویکرد نظریه عشق بزرگسال شاور و دلبستگی بالینی است. درمان متمرکز بر هیجان^{۱۴} (EFT) براساس سه اصل عمل می‌کند که توسط گرینبرگ^{۱۵}، رایس^{۱۶} و الیوت^{۱۷} در سال ۱۹۹۳ تنظیم شده است و فرایند درمان تجربی نامیده می‌شود. این سه اصل یعنی همدلی^{۱۸}، پیوستگی^{۱۹} و مجموعه فنون^{۲۰} در مراحل مختلف درمان، رابطه درمانی را تسهیل می‌کنند (گرینبرگ و واتسون^{۲۱}، ۲۰۰۶). فرآیند درمان EFT که به روش فردی اجرا می‌شود با سه مرحله پیوستگی و آگاهی^{۲۲}، فراخوانی^{۲۳} و کشف^{۲۴} و بازسازی هیجانی^{۲۵} و هشت گام تعیین می‌شود. این سه مرحله با هم همپوشی دارند و در سرتاسر درمان به مراجع به‌عنوان فرد متخصص در مورد تجربه خود و به درمانگر به‌عنوان راهنما و تسهیل‌گر برای اهداف مراجع نگریسته می‌شود. زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان^{۲۶} (EFCT) ترکیبی از رویکردهای تجربی و سیستمی درمان است. در EFCT نظر بر این است که شیوه‌ای که افراد تجارب هیجانی را سازماندهی و پردازش می‌کنند و نیز الگوهای تعاملی که خود ایجاد کرده و تقویت می‌کنند منجر به درماندگی زناشویی آن‌ها شده است. رویکرد تجربی انسان‌گرایی به این موضوع توجه دارد که چگونه به زوجین کمک کنیم تجارب هیجانی‌شان را بازپردازی و گسترش دهند. رویکرد سیستمی به این موضوع توجه دارد که چگونه به زوجین کمک کنیم الگوهای تعاملی‌شان را تعدیل کنند (جانسون، ۲۰۰۴). فرایند تغییر زوج با سه مرحله: به هم زدن تعادل چرخه‌های منفی تعامل، تغییر وضعیت‌های تعاملی، تحکیم و یکپارچه‌سازی و نه گام تعیین می‌شود.

آمار نشان می‌دهد که در ایران مردان استقبال کمتری برای دریافت خدمات مشاوره و روان‌شناسی دارند. طبق تحقیقات ۶۸٪ مراجعان زن و ۳۲٪ مردان هستند (قازاریان، ۱۳۷۹، ۸۸-۶۷). بنابراین اکنون که مردان استقبال کمتری دارند اجرای زوج‌درمانی توأم با مشکل است و در بعضی مواقع درمانگر مجبور می‌شود با استفاده از فقط یکی از زوجین (زن) به مشاوره بپردازد. هدف این پژوهش علاوه بر معرفی رویکرد متمرکز بر هیجان به صورت فردی و زوجی بررسی این سؤال است که آیا وقتی شوهر در جلسات مشاوره حضور ندارد و فقط زن شرکت می‌کند می‌توان مشاوره فردی انجام

داد و انتظار داشت بر کاهش درماندگی زناشویی یا افزایش رضامندی زناشویی او مؤثر واقع شد؟ به‌علاوه یکی دیگر از اهداف پژوهش بررسی اثربخشی رویکرد مذکور برای زنان و مردان به صورت مجزا است.

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی و طرح تحقیق پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه بود.

پس‌آزمون	متغیر مستقل	پیش‌آزمون	انتخاب تصادفی	گروه‌ها	
T2	X	T1	R	گروه آزمایشی زوجی	۱
T2	Y	T1	R	گروه آزمایشی فردی	۲
T2	--	T1	R	گروه کنترل	۳

در این طرح، نمونه‌ها با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند، پیش‌آزمون (آزمون DAS) برای هر سه گروه اجرا شد. متغیر مستقل (برای گروه آزمایشی ۱ رویکرد زوجی متمرکز بر هیجان و برای گروه آزمایشی ۲ رویکرد فردی متمرکز بر هیجان) در یک زمان و تحت یک شرایط اعمال شد. گروه کنترل در معرض متغیر مستقل قرار نگرفت و برنامه همیشگی و قبلی خود را ادامه داد سپس با اتمام اجرای متغیر مستقل برای هر سه گروه پس‌آزمون (DAS) اجرا شد. لازم به ذکر است که DAS برای زن و شوهر به‌صورت مجزا اجرا شد و حداقل نمره (نمره کمتر از ۱۱۰ برای زن یا شوهر) نه میانگین نمره آن‌ها ملاکی برای تعیین درماندگی زناشویی آن‌ها در نظر گرفته شد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

والدین دارای فرزند با بیماری مزمن مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی طبی کودکان تهران، جامعه آماری بودند. آزمودنی‌های پژوهش ۶۰ نفر بودند که با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند؛ بدین صورت که ۲۴ نفر شامل ۱۲ زن و ۱۲ شوهر در گروه آزمایشی زوجی، ۱۲ نفر که فقط زنان بودند در گروه آزمایشی فردی، ۲۴ نفر شامل ۱۲ زن و ۱۲ شوهر در گروه کنترل قرار گرفتند ولی به دلیل افت (در گروه زوجی ۳ مورد، در گروه فردی ۲ مورد) در نهایت تجزیه و تحلیل برای ۳۱ نفر انجام شد. تمام آزمودنی‌ها حداقل یک فرزند با بیماری مزمن داشتند که بیماری فرزند آن‌ها حداقل ۱۲ ماه طول کشیده و شامل تالاسمی ماژور، بیماری‌های مزمن کلیه که نیاز به دیالیز داشت و نیز انواع سرطان‌ها بود و میانگین سن فرزندان آن‌ها ۸/۶ سال و میانگین

سن آزمودنی‌ها ۳۳/۴ سال بود و در زمان انجام پژوهش به صورت پیوسته به مراکز آموزشی طبی کودکان تهران مراجعه می‌کردند. به علاوه به منظور یکسان‌سازی بیشتر آزمودنی‌ها موارد زیر رعایت شد: زوج با یکدیگر و با فرزند بیمار زندگی می‌کردند، هیچ‌کدام از زوجین طرحتی برای طلاق یا جدایی نداشتند، در هیچ‌کدام از زوجین اعتیاد مشخص به مواد مخدر (به استثناء سیگار) و الکل وجود نداشت و مادران شاغل نبودند.

ابزار پژوهش

مقیاس سازگاری زن و شوهر (DAS)^{۲۷}: این مقیاس یک ابزار ۳۲ سؤالی برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از نظر زن و شوهر یا هر دو نفری است که با هم زندگی می‌کنند. این ابزار برای چند هدف ساخته شده است. می‌توان با بدست آوردن کل نمرات، از این ابزار برای اندازه‌گیری رضایت کلی در رابطه صمیمانه استفاده کرد. تحلیل عاملی نشان می‌دهد این مقیاس چهار بعد رابطه شامل: رضایت، همبستگی، توافق و ابراز محبت بین زن و شوهر را می‌سنجد (ثنایی، ۱۳۷۹).

نمره‌گذاری: نمره کل مجموع تمام سؤالات بین ۰ تا ۱۵۱ است. ولی در این پژوهش نمره کمتر از ۱۱۰ نمره‌ای بود که آزمودنی‌ها براساس آن در پژوهش قرار گرفتند. طی هنجاریابی که سازنده مقیاس DAS (اسپینر) در سال ۱۹۷۶ انجام داد نقطه برش ۱۰۰ است یعنی نمره کمتر از ۱۰۰ درمانگی رابطه را نشان می‌دهد ولی طی هنجاریابی که واکر، جانسون و مینون و کلویتر در سال ۱۹۹۲ انجام دادند نمره ۱۱۰ برای این جمعیت مبین درماندگی رابطه است (گوردن، واکر، جانسون، مینون و کلویتر، ۱۹۹۶).

در ایران این مقیاس، با روش بازآزمایی و با فاصله زمانی ۱۰ روز بر روی نمونه متشکل از ۱۲۰ نفر از زوجین (۶۰ زن و ۶۰ مرد) اجرا و برای بررسی میزان همبستگی از روشی گشتاوری پیرسون استفاده شد. ضریب همبستگی بین نمرات زنان و شوهران طی بار اول و دوم اجرا در کل نمرات ۰/۶۸، مقیاس فرعی اول ۰/۶۸، مقیاس فرعی دوم ۰/۷۵، مقیاس فرعی سوم ۰/۷۱ و مقیاس فرعی چهارم ۰/۶۱ بدست آمد (حسین‌نژاد، ۱۳۷۴).

شیوه اجرا

پس از مشخص شدن نمونه‌ها و جایگزینی تصادفی در گروه زوجی، فردی و کنترل، جلسات مشاوره برای گروه‌های آزمایش با اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون در پاییز و زمستان ۸۴ و اوایل بهار ۸۵ انجام شد. بدین شکل که برای گروه زوجی، زن و شوهر توأم در جلسه شرکت داشتند (به استثنای یک جلسه فردی برای زن و یک جلسه فردی برای شوهر) و در گروه فردی، صرفاً زن بدون حضور شوهر شرکت داشت. برای گروه کنترل نیز مشاوره‌ای در نظر گرفته نشد ضمن این که در

زمان اجرای متغیر آزمایشی برای گروه آزمایش، گروه کنترل از درمان روان‌شناسانه دیگری استفاده نکرد. با توجه به این که جلسات مشاوره به شیوه فردی و زوجی اجرا شد نه به شیوه گروهی لذا برنامه زمان‌بندی با افراد به شیوه جداگانه هماهنگ می‌شد. فراوانی جلسات ۱۲ جلسه و مدت زمان هر جلسه برای زوج‌ها ۱/۵ ساعت و برای جلسه فردی ۴۵ دقیقه و توالی جلسات هفته‌ای یک‌بار بود. بستر شرح جلسات برای گروه زوجی بر مبنای زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان جانسون و برای گروه فردی بر مبنای درمان متمرکز بر هیجان گرینبرگ بود، که به‌صورت خلاصه در زیر می‌آید:

خلاصه‌ای از طرح درمان زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان

جلسات	عنوان	محتوای هر جلسه
۱	ارزیابی و پیوستگی	آشنایی، ایجاد پیوستگی، بررسی انگیزه درمان
۲	ادامه ارزیابی و شناسایی چرخه تعامل منفی	کشف تعاملات مشکل‌دار، ارزیابی مشکل و موانع دل‌بستگی، ایجاد توافق درمانی
۳ و ۴	ادامه ارزیابی و شناسایی چرخه تعامل منفی	جلسه فردی با هر کدام از زوجین، کسب اطلاعاتی که در حضور همسر امکان‌پذیر نیست
۵	تحلیل و تغییر هیجانات	باز کردن تجربه‌های برجسته مربوط به دل‌بستگی، پذیرش احساسات تصدیق‌نشده بنیادی
۶	تحلیل و تغییر هیجانات	روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی، هماهنگی بین تشخیص درمانگر و زوج پذیرش چرخه تعامل توسط زوج
۷	درگیری هیجانی عمیق	ابراز هیجانات، افزایش شناسایی نیازهای دل‌بستگی، پذیرش هیجانات، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی
۸	درگیری هیجانی عمیق	عمق بخشیدن به درگیری زوج، ارتقاء روش‌های جدید تعامل، تمرکز روی خود نه دیگری، ابراز خواسته و آرزوها در حضور همسر، تعریف مجدد دل‌بستگی
۹	تحکیم و یکپارچه‌سازی	بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها، نمادگذاری آرزوها به‌ویژه آرزوهای سرکوب‌شده
۱۰	تحکیم و یکپارچه‌سازی	بازسازی تعاملات، تغییر رفتار همسر آسیب‌رسان، کشف راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی
۱۱	تحکیم و یکپارچه‌سازی	درگیری صمیمانه زوج، پذیرش وضعیت‌های جدید، ایجاد دل‌بستگی ایمن، ساختن داستانی شاد از رابطه
۱۲	اختتام	تسهیل اختتام، مشخص کردن تفاوت بین الگوی تعاملی گذشته و اکنون، رسیدن به این نتیجه که برای سرزندگی نیازی به درمانگر نیست، اجرای پس‌آزمون

خلاصه‌ای از طرح درمان فردی متمرکز بر هیجان

جلسه	عنوان	هدف و محتوای هر جلسه
۱	ارزیابی و پیوستگی	آشنایی، ایجاد پیوستگی، اعتبار بخشیدن به تقلای مراجع و تمرکز بر فشارهای هیجانی او تقویت خود بیانی مراجع، آشکارسازی وحدانیت مراجع
۲	ارزیابی و پیوستگی	بررسی مشکل از دید مراجع، توجه به احساسات درونی، تمرکز بر تجربه درونی، از بین رفتن حس تنهایی، اخذ اطلاعات
۳	پیوستگی	رشد پیوند ایمن، افزایش عزت نفس، پذیرش هیجانات بدون تخریب، استفاده از احساسات به عنوان راهنمای عمل
۴	پیوستگی و فراخوانی و کشف	ارزیابی آمادگی مراجع برای فراخوانی، غلبه بر تنش، تقویت خود - حمایتی، بالا بردن مهارت در نامیدن هیجانات فراهم کردن ایمنی درونی و بیرونی و فراخوانی تجربه
۵	فراخوانی و کشف	زنده کردن تجربه هیجانی، فراخوانی هیجانی و توجه به واکنش‌های هیجانی، تعریف مشکلات برحسب احساس، تماس هرچه بیشتر با احساسات، تمرکز بر زمان حال و توجه به سطح پردازش
۶	فراخوانی و کشف	جمع‌آوری تاریخچه دل بستگی، شناسایی فرایندهای شناختی - عاطفی مشکل‌دار، توافق روی اهداف درمان، بالا بردن مسئولیت شخصی و بالا بردن عاملیت در تجربه
۷	فراخوانی و کشف	رشد تمرکز، فراهم کردن یک منطق درمانی، شناسایی شرایط مولد، کار روی روابط بین فردی مشکل‌دار، فراخوانی تجربه، حل بحث‌های خود تعریفی و دل بستگی، برقراری توازن بین جدایی و تعلق
۸	فراخوانی و کشف	تمایز بین پاسخ‌های عاطفی اولیه و ثانویه، کاهش وابستگی، شناسایی تعیین-کننده‌های درونی، تمرکز بر طرح هیجانی و شدت بخشیدن به تجربه هیجانی
۹	فراخوانی و کشف، بازسازی هیجانی	نظم بخشی به هیجانات ثانویه ناسازگارانه، آگاهی از عاملیت در تجربه، پذیرش نایمندی اساسی و طرح هیجانی ناسازگارانه اصلی، حل موضوعات دردناک و تغییر پردازش‌ها
۱۰	بازسازی هیجانی	غلبه بر فرایند تخریب، کاهش مقاومت‌ها، طراحی تغییر، تسلط بر احساس پذیرش قابلیت‌های ارگانیکی، فهم جدیدی از تجارب شکل گرفته و قوی‌سازی حس مراجعان از خود
۱۱	بازسازی هیجانی	مبارزه با شناخت‌های منفی و طرح‌های ناسازگارانه اصلی، رشد سرزندگی و تمایل به زندگی، خلق معنای جدید و قوت بخشیدن به تغییر
۱۲	بازسازی هیجانی و اختتام	روشن‌سازی حکایتی براساس گذشته، آینده و درک‌های جدید، بازسازی تجربه خود، تعمیم احساسات جدید به محیط خارج از درمان تسهیل اختتام و اجرای پس‌آزمون

نتایج

به منظور ارزیابی تفاوت اثربخش درمان متمرکز بر هیجان بر متغیرهای وابسته (درماندگی رابطه، رضامندی، همبستگی، توافق و ابراز محبت زناشویی) با توجه به اجرای زوجی و فردی و گروه کنترل و نیز عامل جنسیت، روش تحلیل واریانس دو راهه (۲×۳) اجرا شد بدین معنی که متغیر گروه با سه سطح (زوجی، فردی، کنترل) و متغیر جنسیت با دو سطح (زن و مرد) مشخص شد. نتایج حاصل در جدول شماره (۱)، (۲)، (۳)، (۴)، (۵) و (۶) درج شده است.

جدول ۱: تحلیل واریانس دو راهه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش درماندگی

رابطه زناشویی مربوط به فرضیه ۱

منبع	شاخص‌های آماری	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	جنسیت F	احتمال F
گروه		۳۵۴۶/۱	۲	۱۷۷۳/۰۶	۳۰/۰۹	*۰/۰۰۱
جنسیت		۹/۱۷	۱	۹/۱۷	۰/۱۵	۰/۶۹۵
گروه - جنسیت		۱/۵۵	۱	۱/۵۵	۰/۰۲	۰/۸۷۲
خطا		۲۷۶۹/۳۸	۴۷	۵۸/۹۲	-	-
کل		۸۰۳۱	۵۲	-	-	-

در جدول شماره ۱ نتایج آزمون تحلیل واریانس دو راهه برای متغیر گروه و جنسیت آورده شده است. نتایج مندرج در جدول نشان می‌دهد که در سطح احتمال ۰/۰۰۱ بین میانگین‌های گروه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد. ضمناً تفاوت درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش درماندگی بین زنان و مردان معنادار نیست.

جدول ۲: تحلیل واریانس دو راهه اثربخش درمان متمرکز بر هیجان بر افزایش

رضامندی زناشویی مربوط به فرضیه ۲

منبع	شاخص‌های آماری	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	جنسیت F	احتمال F
گروه		۳۶۱/۴۰	۲	۱۸۰/۷۰	۲۱/۸۱	*۰/۰۰۱
جنسیت		۱۵/۳۶	۱	۱۵/۳۶	۱/۸۵	۰/۱۸۰
گروه - جنسیت		۸/۱۲	۱	۸/۱۲	۰/۹۸۱	۰/۳۲۷
خطا		۳۸۹/۳۸	۴۷	۸/۲۸	-	-
کل		۹۸۱	۵۲	-	-	-

نتایج مندرج در جدول شماره ۲ مشخص می‌کند، بین میانگین‌های گروه‌های در سطح معناداری ۰/۰۰۱ تفاوت معنی‌دار وجود دارد و میان درمان متمرکز بر هیجان بر افزایش رضامندی زناشویی بین زنان و مردان تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۳: تحلیل واریانس دو راهه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افزایش همبستگی زناشویی مربوط به فرضیه ۳

منبع	شاخص‌های آماری	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	جنسیت F	احتمال F
گروه		۶۱/۲۲	۲	۳۰/۶۱	۱۰/۶۲	*۰/۰۰۱
جنسیت		۰/۲۴۰	۱	۰/۲۴۰	۰/۰۸۳	۰/۷۷
گروه - جنسیت		۱/۶۶	۱	۱/۶۶	۰/۵۷۹	۰/۴۵۰
خطا		۱۳۵/۳۷	۴۷	۲/۸۸	-	-
کل		۲۳۳	۵۲	-	-	-

نتایج مندرج در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد بین میانگین‌های گروه‌ها در سطح معناداری ۰/۰۰۱ تفاوت معنی‌دار وجود دارد و میان درمان متمرکز بر هیجان بر افزایش همبستگی زناشویی بین زنان و مردان تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۴: تحلیل واریانس دو راهه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افزایش توافق زناشویی مربوط به فرضیه ۴

منبع	شاخص‌های آماری	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	جنسیت F	احتمال F
گروه		۶۲۹/۸۵	۲	۳۱۴/۹۲	۱۶/۴۹	*۰/۰۰۱
جنسیت		۹/۷۲	۱	۹/۷۲	۰/۵۰۹	۰/۴۷۹
گروه - جنسیت		۱۴/۶۷	۱	۱۴/۶۷	۰/۷۶۹	۰/۳۸۵
خطا		۸۹۷/۳۸	۴۷	۱۹/۰۹	-	-
کل		۲۴۴۴	۵۲	-	-	-

نتایج مندرج در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد بین میانگین‌های گروه‌ها در سطح معناداری ۰/۰۰۱ تفاوت معنی‌دار وجود دارد و تفاوت درمان متمرکز بر هیجان افزایش توافق زناشویی بین زنان و مردان معنادار نیست.

جدول ۵: تحلیل واریانس دو راهه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر

افزایش ابراز محبت زناشویی مربوط به فرضیه ۵

احتمال F	جنسیت F	میانگین مجدورات	df	مجموع مجدورات	شاخص‌های آماری منبع
*۰/۰۰۰	۱۵/۹۴	۷۷/۵۳	۲	۱۵۵/۰۶	گروه
۰/۵۰۸	۰/۴۴۴	۲/۱۶	۱	۳/۱۶	جنسیت
۰/۲۰۹	۱/۶۱	۷/۸۷	۱	۷/۸۷	گروه - جنسیت
—	—	۴/۸۶	۴۷	۲۲/۵۹	خطا
—	—	—	۵۲	۴۷۰	کل

نتایج مندرج در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد بین میانگین‌های گروه‌های آزمایشی و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد. ضمناً تفاوت اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان افزایش ابراز محبت زناشویی بین زنان و مردان معنادار نیست.

جدول ۶: آزمون تعقیبی شفه بین سه گروه، برای تعیین اثربخشی،

درمان متمرکز بر هیجان بر متغیرهای وابسته

سطح معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	شاخص‌های آماری متغیر
*۰/۰۰۱	۳/۷۳	-۱۷/۶۹	زوجی - کنترل
* ۰/۰۰۱	۳/۶۲	-۱۵/۹۱	فردی کنترل
۰/۹۰۱	۳/۸۹	-۱/۷۷	زوجی - فردی
*۰/۰۰۰	۱/۴۵	۶/۵۸	زوجی - کنترل
* ۰/۰۰۶	۱/۴۰	۴/۹۱	فردی کنترل
—	۱/۵۱	-۱/۶۶	زوجی - فردی
* ۰/۰۰۱	۰/۷۵	۲/۴۷	زوجی - کنترل
*۰/۰۰۴	۰/۷۳	۲/۶۸	فردی کنترل
۰/۹۶۵	۰/۷۸	-۰/۲۱	زوجی - فردی
*۰/۰۰۲	۲/۱۳	۶/۱۹	زوجی - کنترل
*۰/۰۰۳	۲/۰۷	۵/۷۵	فردی کنترل
۰/۹۸	۲/۲۲	-۰/۴۴	زوجی - فردی
*۰/۰۰۱	۱/۰۵	۴/۷۲	زوجی - کنترل
*۰/۰۰۴	۱/۰۲	۲/۷۳	فردی کنترل
۰/۲۱	۱/۰۹	-۱/۹۸	زوجی - فردی

براساس جدول شماره ۶ تفاوت میانگین گروه زوجی و کنترل و فردی با کنترل معنادار است ولی زوجی و فردی معنادار نیست و این نتیجه در مورد متغیرهای پژوهش (درماندگی رابطه، رضامندی، همبستگی، توافق و ابراز محبت) زناشویی صادق است یعنی فرضیه (۱) و (۲) و (۳) و (۴) و (۵) تأیید می‌شود و فرضیه (۶) تأیید نمی‌شود.

بحث

در این پژوهش اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان برای زوج‌هایی که فرزندی با بیماری مزمن دارند مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به این که در ایران مردان نسبت به زنان استقبال کمتری برای دریافت خدمات مشاوره‌ای دارند در نتیجه تمام فرضیه‌ها یک بار برای گروه زوجی (زن و شوهر در جلسه مشاوره حضور داشتند) و بار دیگر برای گروه فردی (فقط زن در جلسه مشاوره حضور داشت) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت تا تفاوت در اثربخشی هر دو شیوه مشخص شود.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند برای زوج‌هایی که فرزندی با بیماری مزمن دارند با موفقیت به کار رود و این درمان توانست درماندگی رابطه را در مردان و زنان کاهش دهد. همچنین این درمان توانست رضامندی، همبستگی، توافق و ابراز محبت زناشویی را افزایش دهد. یافته پژوهش حاضر در بعد کاهش درماندگی با پژوهش واکر و جانسون (۱۹۹۶) همسو است، آن‌ها در پژوهش خود به اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر روی درماندگی رابطه زوج‌هایی که فرزندی با بیماری مزمن داشتند، رسیدند. همچنین این یافته با پژوهش دیگری که توسط وست‌لی و وارنیک (واکر، جانسون، منیون و کلویتر، ۲۰۰۳) انجام شد و پژوهش واکر و جانسون (۱۹۹۶) را در دو سال بعد پیگیری کرد همسو است. این پیگیری نشان داد که نتیجه همچنان حفظ شده است و افراد لیست انتظار به میزان قابل توجهی بدتر شده بودند، بدین شکل که ۳۸٪ آن‌ها از یکدیگر طلاق گرفته بودند.

تفاوت این پژوهش با تحقیق واکر و جانسون در این است که در پژوهش واکر و جانسون فقط رویکرد متمرکز بر هیجان به شیوه زوجی اجرا شد ولی در پژوهش حاضر علاوه بر شیوه زوجی، شیوه فردی نیز به دلیل استقبال کمتر مردان ایرانی مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌های این تحقیق در بعد رضامندی زناشویی با تحقیق جانسون و گرینبرگ (۱۹۹۸) که EFT را با درمان توسط شبه‌دار یا عدم درمان مقایسه کردند، هماهنگ است. در بعد همبستگی نیز با تحقیق واکر و جانسون (۱۹۹۶) همسو است و همین‌طور با پژوهش جانسون و گرینبرگ (۱۹۹۴) که با روش EFT افزایش توافق زناشویی را مشاهده کردند. آن‌ها در پژوهش خود EFT را با یک مدل تعاملی سیستمی (IS) مقایسه کردند.

نتیجه این پژوهش در بعد ابراز محبت نیز با پژوهش جانسون و گرینبرگ (۱۹۹۴) که EFT را با یک رویکرد رفتاری - شناختی (PS) مقایسه کردند، همسو است. آن‌ها نیز در پژوهش خود موفق به افزایش ابراز محبت زناشویی شدند.

اثربخشی این درمان مبین آن است که این رویکرد با نیازهای خاص والدین دارای فرزند با بیماری مزمن هماهنگی دارد. استرس و تهدید به فقدان، نیازها و رفتارهای دلبستگی را وسعت می‌دهد و اگر زوجین بتوانند به نیازهای یکدیگر در چنین موقعیتی پاسخگو باشند چنین بحرانی می‌تواند پیوند بین زوج را قوی سازد. این اثربخشی هم‌چنان نشان می‌دهد که این رویکرد می‌تواند به زوج کمک کند با موقعیت استرس‌زا بهتر کنار آیند.

عمده‌ترین یافته پژوهش دلالت بر این دارد درمان متمرکز بر هیجان هم برای زوجها و هم برای افراد توأم با موفقیت است. همان‌طور که مطرح شد صاحب‌نظران معتقدند وقتی یک عضو خانواده یا یک واحد دو نفری برای درمان مشکلات خانوادگی مراجعه می‌کنند شیوه درمان خانوادگی یا زناشویی مؤثرتر از درمان فردی است (ثنایی، ۱۳۸۱، ص ۳۱). از طرف دیگر آمار نشان می‌دهد که در ایران مردان استقبال کمتری برای دریافت خدمات مشاوره و روان‌شناسی دارند. طبق تحقیقات ۶۸٪ مراجعان مراکز مشاوره زن و فقط ۳۲٪ مراجعان مرد هستند (قازاریان، ۱۳۷۹، ص ۴۷). اکنون که مردان استقبال کمتری دارند، وقتی زنی برای حل مشکلات زناشویی مراجعه می‌کند، مشاور چه برنامه‌ای می‌تواند داشته باشد آیا به دلیل این‌که همسرش حضور ندارد از ادامه مشاوره امتناع کند یا با درمان فردی ادامه دهد. این پژوهش برای این سؤال که همواره در ذهن محقق بود پاسخی فراهم کرد، بدین معنی که هرگاه فقط زن برای حل مشکلات زناشویی مراجعه می‌کند می‌توان شیوه فردی را با رویکردی متمرکز بر هیجان به کار برد و این اطمینان را داشت که روی رابطه زوجی او نیز اثر بگذارد.

در توجیه این یافته می‌توان گفت به نظر می‌رسد رویکرد متمرکز بر هیجان این قابلیت را دارد که با افزایش آگاهی هیجانی، نمادگذاری هیجانی، آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر پردازش‌ها به فرد کمک کند تا روابط بین فردی خود را که مهم‌ترین آن رابطه با همسر است تغییر دهد و کنترل بیشتری بر آن داشته باشد. در پایان پیشنهاد می‌شود هنگامی که مشکل زوجی وجود دارد ولی فقط یکی از زوجین برای درمان مراجعه می‌کند، می‌توان درمان متمرکز بر هیجان را به کار برد و امیدوار به تغییر روابط زوج داشت.

یادداشت‌ها

1. Chronically ill Children
2. Walker

15. Greenberg
16. Rice

3. Johnson
4. Manion
5. Cloutier
6. Hauenstein
7. Kazak
8. Tew
9. Attachment
10. Jon Bowlby
11. Shaver
12. Hazen
13. Whiffen
14. Emotional focused therapy
17. Elliott
18. Empathy
19. Bonding
20. Task
21. Watson
22. Awareness
23. Evocation
24. Exploration
25. Emotion restructuring
26. Emotional couple Focused therapy
27. Dyadic adjustment scale

منابع

- ثنایی، ب.، علاق‌بند، س. و هومن، ع. (۱۳۷۹). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: مؤسسه انتشارات بعثت.
- ثنایی، ب. (۱۳۷۰). *مقدمه‌ای بر کتاب روان‌درمانی خانواده* (نوشته جی‌هی‌لی). تهران: انتشارات امیرکبیر.
- کرو، ام. و ریدلی، جی. (۱۳۸۴). *زوج درمانی کاربردی* (ترجمه اس. موسوی). تهران: مهرکاوایان.
- قازاریان، م. (۱۳۷۹). بررسی رضایت مراجعان از مراکز مشاوره حضوری سازمان بهزیستی کشور. *فصلنامه تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ۷ و ۸.
- هی‌لی، جی. (۱۳۷۰). *روان‌درمانی خانواده* (ترجمه ب. ثنایی). تهران: مؤسسه انتشارات امیرکبیر (انتشار به زبان اصلی). (۱۹۷۶).

- Greenberg, L., Rice, L., & Elliott, H. (1992). *Facilitating Emotional Change: The moment – by – moment process*. New York : Guilford Press.
- Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2006). *Emotion Focused Therapy for Depression*. Washington : American Psychological Association.
- Hauenstein, E. J. (1990). The experience of distress in parents of Chronically ill children: Potential or likely outcome? *Journal of clinical child Psychology*, 19, 356- 364.
- Johnson, S. M. (2003). The revolution in couple therapy: A practitioner scientist perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 365 – 384.
- Johnson, S., M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy* [second Edition]. New York: Brunner Routledge.
- Johnson, S. & Greenberg, L. (1994). *The heart of the matter: Perspectives on emotion in marital therapy*. New York: Brunner - Mazel
- Johnson, S. M., & Lebow, J. (2000). The coming of age couple therapy : A decade review. *Journal of Marital and Family therapy*, 26, 23-38.
- Kazak, A. (1989). Families of chronically ill children: A systems and social-ecological model of adaptation and challenge. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 25-30.

- Walker, J., Johnson, S. M., Manion, I., & Cloutier, P. (1996). Emotionally focused marital intervention for couples with chronically ill children. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 4(5), 1029-1036.
- Walker, J., Johnson, S. M., Manion, I., & Cloutier, P. (2003). *Emotionally Focused intervention for couples with chronically ill children : A two year follow- up*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 391-399.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی