

اثربخشی مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه‌مدت بر صمیمیت عاطفی و کیفیت زناشویی زوجین

Effectiveness of brief integrative couples counseling on emotional intimacy and marital quality of couples

Reza Khojasteh Mehr
Shahid Chamran University of Ahwaz
Ahmad Ahmadi Ghozlojeh
Counseling
Mansoor Sodani &
Khadijeh Shirali Nia
Shahid Chamran University of Ahwaz

رضا خجسته‌مهر*
دانشگاه شهید چمران اهواز
احمد احمدی قوزلوجه
مشاوره
منصور سودانی و
خدیجه شیرالی‌نیا
دانشگاه شهید چمران اهواز

Abstract

Intimacy in marriage can contribute to the well-being of each individual partner in part by an arena in which both partners can satisfy important needs such as emotional need. Marital quality is an important aspect of family life that shapes family members and especially spouse's health and wellbeing. The aim of the present study was to investigate the effectiveness of a brief integrative couples counseling in enhancing emotional intimacy and marital quality among couples. The statistical population included couples referring to counseling centers of Ahwaz. Three couples were selected using purposive sampling. The treatment protocol of the brief integrative couples counseling was conducted for 6 sessions in the form of couple therapy and after the intervention, the follow-up was performed in two stages with a monthly interval. The participants at baseline, treatment and follow-up responded to Emotional Intimacy Subscale (EIS) of Personal Assessment of Intimacy Questionnaire (PAIQ) and Measure of Marital Quality (MMQ). Results showed that brief integrative couples counseling has positive effects on enhancing emotional intimacy and marital quality. The efficiency of brief integrative couples counseling in enhancing emotional intimacy and marital quality is confirmed, and couples therapists can use this model in working with couples to improve their marital intimacy and emotional quality.

Keywords: couples therapy, emotional bond, positive relationship, marriage

چکیده

صمیمیت در رابطه زناشویی می‌تواند به واسطه ارضای نیازهای مهم زن و شوهر از جمله نیاز عاطفی، در بهزیستی زوج کمک‌کننده باشد. کیفیت زناشویی یکی دیگر از ابعاد مهم زندگی خانوادگی است که سلامت و بهزیستی اعضای خانواده و به‌ویژه زن و شوهر را شکل می‌دهد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه‌مدت بر صمیمیت عاطفی و کیفیت زناشویی زوجین بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز بود که از بین آنها ۳ زوج به عنوان نمونه انتخاب شد. برنامه درمانی مدل مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه‌مدت طی شش جلسه به صورت زوجی اجرا شد و پس از خاتمه درمان نیز پیگیری در دو مرحله و با فاصله یک ماه صورت گرفت. شرکت‌کنندگان در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری به خرده‌مقیاس صمیمیت عاطفی (EIS) از پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت (PAIQ) و مقیاس کیفیت زناشویی (MMQ) پاسخ دادند. نتایج پژوهش نشان داد که مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه‌مدت موجب افزایش صمیمیت عاطفی و کیفیت زناشویی زوجین می‌شود. بر این اساس، رویکرد درمانی مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه‌مدت در افزایش سطح صمیمیت عاطفی و کیفیت زناشویی زوجین از کارایی لازم برخوردار است و زوج‌درمانگران می‌توانند از این مدل در کار با زوجین به منظور افزایش صمیمیت عاطفی و کیفیت زناشویی استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: زوج‌درمانی، پیوند عاطفی، رابطه مثبت، ازدواج

* نشانی پستی نویسنده مسوول: اهواز، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه مشاوره. پست الکترونیکی: khojasteh_r@scu.ac.ir

Received: 27 Jun 2015 Accepted: 27 Jan 2016

دریافت: ۱۳۹۴/۰۴/۰۶ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۰۷

مقدمه

ازدواج نوعی پیوند اجتماعی صمیمانه و عمیق میان زن و شوهر است که می‌تواند منشا خوشی و شادمانی و یا رنجی عمیق برای آنها شود (پورمحسنی کلوری، ۱۳۹۲). برای اکثر افراد ازدواج یک رابطه صمیمانه است که در آن به واسطه صمیمیت^۱، نیاز عاطفی زوجین برآورده می‌شود. به همین وجود مشکلات در زمینه صمیمیت، یکی از مهم‌ترین دلایل افراد برای مراجعه جهت دریافت مشاوره زناشویی^۲ است و افزایش صمیمیت اغلب به عنوان یکی از اهداف زوج‌درمانی^۳ و مشاوره زناشویی در نظر گرفته می‌شود (لارنسی، بارت و راوین، ۲۰۰۵). برخی از پژوهشگران نیز خاطر نشان کرده‌اند که روابط توأم با صمیمیت منبع مهمی برای شادی و رضایت از زندگی است (پیلیچ، لاتینجین و آریندل، ۲۰۰۵). واژه صمیمیت اغلب برای اشاره به حس کلی همسران از نزدیکی به یکدیگر استفاده شده است (یو، بارتل- هارینگ، دی و گانگاما، ۲۰۱۳). پایه صمیمیت زمانی گذاشته می‌شود که زن و شوهر علاوه بر رسیدن به خودآگاهی^۴، با خودآشنایی^۵ نیز راحت باشند (دوبا، هاگی، لارا و بروک، ۲۰۱۲). اریکسون^۶ (۱۹۶۳)؛ به نقل از وینبرگر، هافستین و ویتبرن، ۲۰۰۸) بر تمایل متعهد شدن^۷ به شخص دیگر، قابلیت به اشتراک‌گذاری و ویژگی‌های شخصی عمیق و توانایی بیان کردن افکار و احساسات درونی به عنوان ابعاد صمیمی بودن تاکید داشت. صمیمیت یک مفهوم پیچیده و چندبعدی است (دوبا، ۲۰۱۰). شافر و السون (۱۹۸۱) صمیمیت را دارای شش بعد عاطفی^۸، اجتماعی^۹، جنسی^{۱۰}، عقلانی^{۱۱}، تفریحی^{۱۲} و عرفی^{۱۳} می‌دانند. از نظر باگاروزی

(۲۰۱۳) نیز صمیمیت دارای نه بعد عاطفی، اجتماعی، تفریحی، جنسی، عقلانی، روانشناختی^{۱۴}، جسمانی، معنوی، زیباشناختی و زمانی^{۱۵} است. صمیمیت عاطفی نیاز به انتقال و در میان گذاشتن احساسات مثبت مانند خوشحالی و احساسات منفی مانند بی‌حوصلگی، با دیگری را در بر می‌گیرد.

نقش محافظت‌کنندگی^{۱۶} ازدواج در بهزیستی جسمانی و روانی زوجین در پژوهش‌ها به طور گسترده مورد تایید قرار گرفته است (کار و اسپرینگر، ۲۰۱۰). با وجود این، تحقیقات نشان می‌دهد که این اثرات مشروط به کیفیت زناشویی^{۱۷} هستند (پروکس، هلمز و بوهرلر، ۲۰۰۷). به عنوان مثال، نتیجه بررسی‌ها نشان داد که ۵۷ درصد از افرادی که از زندگی زناشویی‌شان خرسند هستند در سایر جنبه‌های زندگی شخصی و اجتماعی نیز خرسند بودند و تنها ۱۰ درصد از افرادی که از زندگی زناشویی‌شان راضی نبودند از سایر جنبه‌های زندگی شخصی و اجتماعی رضایت داشتند (فینکل، اسلوتر، لاجیس، والتون و گراس، ۲۰۱۳). کیفیت زناشویی به عنوان ارزیابی افراد از روابط با همسر تعریف شده (آماتو، بوث، جانسون و راجرز، ۲۰۰۷) و شامل ابعاد گوناگون روابط زناشویی مانند سازگاری، رضایت، شادی، انسجام و تعهد است (خجسته‌مهر، کراچیان و شیرالی‌نیا، ۱۳۹۳). این متغیر شامل ابعاد مثبت، مانند حمایت و رضایت، و ابعاد منفی، مانند تعارضات و احتمال جدایی زندگی زناشویی است (خو، توماس و آمبرسون، ۲۰۱۵). عناصری که کیفیت زناشویی به آنها بستگی دارد باعث ایجاد تفاهم، استحکام و تداوم رابطه زناشویی می‌شود (خجسته‌مهر، کوچکی و رجبی، ۱۳۹۱). از شاخص‌های متعددی برای نشان دادن کیفیت زناشویی استفاده شده است. پری (۲۰۰۴) خشنودی از ازدواج، سپری کردن زمان با یکدیگر، مدیریت تعارضات، پیش بینی احتمال جدایی زوج از یکدیگر و فراوانی اختلاف میان زوج را به عنوان شاخص‌های کیفیت زناشویی مطرح کرده است.

1. intimacy
2. marital counseling
3. couple therapy
4. self-awareness
5. self-disclosure
6. Erikson, E.
7. commitment
8. emotional
9. social
10. sexual
11. intellectual
12. recreational
13. conventional

14. psychological
15. temporal
16. protective
17. marital quality

(یانگ و کارلسون، ۲۰۱۱). زوجین غالباً با عقاید متفاوت و ضد و نقیض در باره مشکلات موجود در روابطشان به مشاور مراجعه می‌کنند و این عقاید اغلب سرزنش کردن و مقصر دانستن همسر را در بر می‌گیرد و برای شخصی که مورد سرزنش قرار گرفته است درجه بالایی از پریشانی^{۱۶} ایجاد می‌کند (کاتلر^{۱۷}، ۱۹۹۴؛ به نقل از لانگ و بارنت، ۲۰۰۵) بنابراین کاهش سرزنش می‌تواند به پربار شدن جلسات درمانی منجر شود و مدل مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه مدت از طریق ایجاد دیدگاه مشترک نسبت به مشکلات، این هدف را میسر می‌سازد. همچنین کمک به زوجین برای متحد شدن به منظور غلبه بر مشکلات، تمرکز بر نقاط قوت فردی و ارتباطی برای فرمول‌بندی کردن طرح‌های تغییر، تأیید موفقیت‌های فردی و ارتباطی، تمرکز بر حل مشکلات مدنظر زوجین به جای مشکلات روانشناختی عمیق، فراهم آوردن نقشه و راهنما برای مشاور به جای درمان دستورات عملی و کوتاه مدت بودن درمان از جمله مزیت‌های مدل مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه مدت است. در پژوهشی که یانگ و دایر^{۱۸} (۲۰۱۰)؛ به نقل از یانگ و کارلسون، ۲۰۱۱) درباره اثربخشی مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه مدت انجام دادند، نتایج حاکی از تأثیر معنادار مدل مذکور بر افزایش رضایت از رابطه، کاهش گرایش به طلاق و کاهش پریشانی روانشناختی بود. نتایج پژوهش‌های انجام شده درباره رویکردهای مرتبط با مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه‌مدت، بیانگر تأثیر روایت‌درمانی بر صمیمیت زوجین (خدابخش، کیانی، نوری تیرتاشی و خستو هشتجین، ۱۳۹۳)، تأثیر مشاوره راه‌حل‌محور بر صمیمیت زناشویی (حسنی، امیری و قمری، ۱۳۹۳) و کیفیت زناشویی (صحت، صحت، خانجانی، محبی و شاه‌سیاه، ۱۳۹۲) بوده است.

با توجه به اهمیت صمیمیت و کیفیت زناشویی در روابط زوجین و نظر به این‌که مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه‌مدت برای کار با زوج تدوین شده است و دارای مزیت‌های مختلفی است، و نیز با در نظر گرفتن این مطلب که پژوهشی در راستای اثربخشی مدل مذکور در جامعه ما انجام نشده است، پژوهش

امروزه مشاوره زناشویی به یکی از حوزه‌های مطرح در مشاوره تبدیل شده است و با وجود این‌که دنیای زوجین منحصربه‌فرد^۱، دارای قواعد^۲، زبان^۳ و رسوم^۴ خاص خود است، اما رویکردهایی که برای کار با زوجین شکل گرفته باشد محدود است. اکثر رویکردهای استفاده شده در مشاوره زناشویی و زوج‌درمانی، در اصل از درمان‌های فردی و خانواده‌درمانی سرچشمه گرفته و برای کار با زوجین تعدیل شده‌اند (یانگ و لانگ، ۲۰۰۷). همچنین آن‌طور که رورباگ و شوهم (۲۰۰۱) گزارش کردند از نظر اثربخشی و بهبود مشکلات، بین مراجعانی که ۲۰ جلسه در مشاوره شرکت کرده بودند با کسانی که ۶ جلسه مشاوره دریافت کرده بودند، تفاوت معنادار وجود نداشت. بنابراین مدل کوتاه‌مدتی که برای کار با زوجین تدوین شده باشد می‌تواند حایز اهمیت باشد.

مدل مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه‌مدت^۵ یکی از مدل‌های زوج‌درمانی کوتاه‌مدت است که برای کار با زوجین تدوین شده است و اثر مثبت آن بر زوجین، در پژوهش‌های مختلف (دایر، کارلسون، مانیون و یانگ^۶، ۲۰۱۱؛ به نقل از یانگ و کارلسون، ۲۰۱۱؛ لیوینگستون، ۲۰۰۶) تأیید شده است. این مدل توسط یانگ و لانگ^۷ (۲۰۰۷) تدوین شده است و تلفیقی از رویکردهای راه‌حل‌محور^۸، روایت‌درمانی^۹ و سیستمی خانواده^{۱۰} خانواده^{۱۱} است. کانون مرکزی این مدل توسعه تعریف تعاملی^{۱۱} از مشکل است که هم زوجین و هم مشاور روی آن توافق می‌کنند. حلقویت^{۱۲}، اجتناب از سرزنش^{۱۳}، فرضیه‌سازی^{۱۴} و سوالات چرخشی^{۱۵} از فرض‌های کلیدی این مدل محسوب می‌شوند

1. unique
2. rules
3. language
4. customs
5. brief integrative couples counseling model
6. Daire, A. P., Carlson, R., Munyon, M., & Young, M. E.
7. Young, M. E., & Long, L.
8. solution focused
9. narrative therapy
10. family systems approaches
11. interactive definition
12. circularity
13. getting away from blame
14. hypothesizing
15. circular questioning

16. distress

17. Kottler, J.

18. Young, M. E., & Daire, A. P.

به مواد مخدر یا الکل در زمان مراجعه، استفاده از داروی تجویز شده توسط روانپزشک در زمان مراجعه و سابقه بستری شدن در بیمارستان روانپزشکی. دامنه سنی زوجین شرکت‌کننده در این پژوهش، ۲۶ تا ۳۸ سال بود. مدت ازدواج زوج اول ۱۲ سال، زوج دوم ۶ سال و زوج سوم ۵ سال بود. از نظر تعداد فرزندان، زوج اول دارای ۲ فرزند، و زوج دوم و سوم دارای یک فرزند بودند.

به منظور کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی، از نظر ترتیب ورود، زوج‌ها به طور تصادفی با فاصله یک جلسه وارد درمان شدند؛ به این نحو که زوج اول پس از دومین جلسه سنجش در مرحله خط پایه، در جلسه اول درمان شرکت کرد و برای زوج دوم و سوم خط پایه ادامه یافت. مصادف با دومین جلسه حضور زوج اول، زوج دوم در جلسه اول درمان حضور یافت و برای زوج سوم خط پایه ادامه یافت. در نهایت، مصادف با سومین جلسه زوج اول و دومین جلسه حضور زوج دوم در جلسات درمان، زوج سوم در اولین جلسه درمان شرکت کرد و برای هر زوج ۶ جلسه درمانی برگزار شد. ابزار سنجش در مرحله خط پایه و نیز در پایان جلسات دوم، چهارم و جلسه ششم اجرا و تکمیل شد. هم‌چنین پس از اتمام جلسات درمان، پیگیری طی دو مرحله و با فاصله یک ماه صورت گرفت. محتوا و ساختار برنامه درمانی مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه مدت بر اساس فرایند مداخلاتی بیان شده در پژوهش‌های یانگ و کارلسون (۲۰۱۱) و لانگ و بارت (۲۰۰۵) تدوین شد. این درمان در مورد زوجین شرکت‌کننده در پژوهش در ۶ جلسه هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای به صورت زوج‌درمانی اجرا شد. محتوای جلسات درمانی، در جدول ۱ ارایه شده است.

حاضر ضمن معرفی مدل مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه‌مدت در صدد پاسخ‌گویی به این سوال اساسی است که آیا مدل مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه‌مدت موجب بهبود صمیمیت عاطفی و کیفیت زناشویی می‌شود؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: روش پژوهش حاضر، آزمایشی از نوع طرح تک آزمودنی، با خط پایه چندگانه^۱ بود. در این پژوهش شرایط آزمایشی به دقت کنترل و متغیر مستقل نیز به طور منظم در مورد شرکت‌کنندگان اعمال شد. این طرح پژوهشی که از روایی درونی بالایی برخوردار است (انجل و پاپا، ۲۰۰۸)، امکان مقایسه تغییرات در میزان بهبودی علایم را در طول درمان در آزمودنی و بن آزمودنی‌های دیگر نسبت به خط پایه فراهم می‌کند. در این پژوهش طبق طرح‌های آزمایشی تک‌آزمودنی، گروه گواه وجود ندارد و خط پایه هر شرکت‌کننده در حکم گروه گواه آن است (مورگان و مورگان، ۲۰۰۹). جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زوجینی بود که با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج و به دلیل وجود مشکلات زناشویی، در فصل پاییز سال ۱۳۹۳ به مراکز مشاوره شهر اهواز مراجعه کرده بودند. از بین آنها، ۳ زوج به روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان عبارت بودند از حداقل مدرک تحصیلی سیکل، توانایی صحبت به زبان فارسی، گذشتن حداقل دو سال از شروع زندگی مشترک، نارضایتی حداقل یکی از زوجین از زندگی مشترک، با هم زندگی کردن زوجین در زمان مراجعه و آمادگی زوجین برای شرکت در جلسات. معیارهای خروج عبارت بودند از اعتیاد حداقل یکی از زوجین

جدول ۱

محتوای جلسات مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه مدت

جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	کسب اطلاعات تاریخی؛ ارزیابی مقدماتی مسایل و مشکلات روزمره زندگی زناشویی، توصیف مشکل از دیدگاه زن و شوهر، فرمول‌بندی ^۲ مشکل به صورت یک مشکل تعاملی، ترغیب زوج به برون‌سازی مشکل ^۳ .

3. formulation
4. externalize the problem

1. multiple base line
2. internal validity

ادامه جدول ۱

جلسه دوم	کمک به زوج جهت توافق در مورد پیامدهای مطلوب مشاوره، دور کردن تمرکز زوجین از داستان‌های سرشار از مشکل، هدایت زوج در مسیر گفتگو در باره آینده مثبت.
جلسه سوم	کاوش و شناسایی نقاط مثبت روابط زناشویی و نقاط قوت هر یک از زن و شوهر، کاوش و تقویت دلبستگی، عشق و صمیمیت زوج از طریق تعریف داستان‌های مرتبط با رویدادهای مثبت گذشته و حال.
جلسه چهارم	برنامه‌ریزی برای انجام فعالیت‌های مشترک (حوزه‌های عاطفی، رفتاری و شناختی) در راستای اهداف توافق شده، استفاده از فنون متناسب برای حل مشکل مشترک.
جلسه پنجم	جلب تمرکز زوجین بر نکات مثبت روابط زناشویی به جای کشف مشکلات بیشتر، شناسایی موانعی که ممکن است تغییرات ایجاد شده را تضعیف کنند و برنامه‌ریزی برای غلبه بر آنها، آموزش اصول مهارت‌های حل تعارض در صورت نیاز.
جلسه ششم	بازبینی اهداف مشخص شده در جلسه دوم و برجسته کردن تغییرات صورت گرفته، تحسین زوج به خاطر غلبه بر مشکلات و ایجاد تغییرات مثبت، ترغیب زوج به متحد شدن و بسیج کردن منابع‌شان برای وضع کردن رفتارهای مثبت‌تر، خاتمه درمان.

ابزار سنجش

مقیاس کیفیت زناشویی: مقیاس کیفیت زناشویی^۵

پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت: پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت^۱ (PAIQ)؛ شافر و السون، (۱۹۸۱) یک ابزار ۳۶ گویه‌ای است و صمیمیت را در شش بعد عاطفی، اجتماعی، جنسی، عقلانی، تفریحی و عرفی در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هیچ‌وقت) تا ۵ (همیشه) اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش حاضر از زیرمقیاس صمیمیت عاطفی این پرسشنامه استفاده شد. نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده صمیمیت بیشتر است. شافر و السون (۱۹۸۱) پایایی^۲ زیرمقیاس‌های پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ برآورد کردند که برای زیرمقیاس صمیمیت عاطفی ۰/۷۵ بود. شیرالی‌نیا (۱۳۹۱) نیز پایایی مقیاس صمیمیت عاطفی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۳ به دست آورد. همچنین شافر و السون (۱۹۸۱) ضریب همبستگی پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت را با پرسشنامه‌های سازگاری زناشویی^۳، خودآشنایی و بافت خانوادگی موس^۴ محاسبه کردند که ضرایب همبستگی به‌دست آمده نشان‌دهنده روایی مطلوب پرسشنامه بود. شیرالی‌نیا (۱۳۹۱) نیز به منظور سنجش روایی پرسشنامه، ضریب همبستگی آن را با مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون (۱۹۸۳) محاسبه کرد که همه ضرایب معنادار بودند.

مقیاس کیفیت زناشویی: مقیاس کیفیت زناشویی^۵ (MMQ) که توسط پری (۲۰۰۴) تدوین شده است، برای نخستین بار در ایران توسط خجسته‌مهر، فرامرزی و رجبی (۱۳۹۱) ترجمه شد و مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس جهت ارزیابی کیفیت زناشویی استفاده می‌شود و شامل ۹ گویه و پنج زیرمقیاس خشنودی از ازدواج، گذراندن زمان با یکدیگر، مدیریت تعارض، پیش‌بینی احتمال جدایی و فراوانی اختلاف است که در درجه‌بندی‌های مختلف ۵، ۶ و ۷ درجه‌ای به شیوه لیکرت اندازه‌گیری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره فرد در کل مقیاس به ترتیب ۹ و ۵۱ است و نمره بیشتر نشان‌دهنده کیفیت زناشویی بالاتر است. پری (۲۰۰۴) پایایی مقیاس مذکور را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۱ به‌دست آورد. خجسته‌مهر و همکاران (۱۳۹۱) پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند و برای تعیین روایی مقیاس کیفیت زناشویی نیز همبستگی آن را با پرسشنامه کیفیت ازدواج^۶ محاسبه کردند که میزان همبستگی ۰/۸۶ و معنادار بود.

یافته‌ها

جدول ۲ نمرات صمیمیت عاطفی زوجین شرکت‌کننده در جلسات مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه مدت را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نمره صمیمیت عاطفی زوجین شرکت‌کننده

1. Personal Assessment of Intimacy (PAI)
2. reliability
3. Marital Adjustment (MA)
4. Moos' Family Environment Scale (MFES)

5. Measure of Marital Quality (MMQ)
6. Quality of Marriage Index (QMI)

است. هم‌چنین هرچند نمرات هر سه زوج شرکت‌کننده در مرحله پیگیری نسبت به مرحله خط پایه بالاتر است، اما درصد بهبودی زوج اول و زوج سوم نسبت به درصد بهبودی درمان کاهش و برای زوج سوم افزایش یافت. مقدار شاخص تغییر پایا هم برای زوج اول کمتر از ۱/۹۶ و برای زوج دوم و سوم بالاتر از ۱/۹۶ است. بنابراین ماندگاری تغییرات مثبت صمیمیت عاطفی برای زوج اول از نظر بالینی معنادار نبوده و برای زوج دوم و سوم معنادار است.

در جلسات درمانی، نسبت به خط پایه افزایش یافته است. درصد بهبودی برای زوج اول ۲۶، زوج دوم ۵۷، زوج سوم ۳۶ و در کل ۴۰ درصد به‌دست آمد. بر اساس معیار بلانچارد و اسکوارز^۱ (۱۹۸۸؛ به نقل از انگلز، لائن و بونستیل، ۲۰۰۱) موفقیت درمان برای زوج اول اندک، زوج دوم زیاد و زوج سوم متوسط و در کل نیز موفقیت درمان متوسط بود. هم‌چنین از آنجا که مقدار شاخص تغییر پایا برای همه زوجین بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ است بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که بهبودی حاصل شده ناشی از مداخله درمانی

جدول ۲

نمرات صمیمیت عاطفی زوجین شرکت‌کننده در جلسات مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه مدت در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

روند	زوج اول			زوج دوم			زوج سوم		
	مرد	زن	میانگین	مرد	زن	میانگین	مرد	زن	میانگین
خط پایه اول	۲۰	۱۳	۱۶/۵	۹	۱۳	۱۱	۱۵	۱۷	۱۶
خط پایه دوم	۱۸	۱۴	۱۶	۱۰	۱۱	۱۰/۵	۱۷	۱۹	۱۸
خط پایه سوم	-	-	-	۸	۱۰	۹	۱۶	۲۰	۱۸
خط پایه چهارم	-	-	-	-	-	-	۱۸	۱۹	۱۸/۵
میانگین خط پایه	۱۹	۱۳/۵	۱۶/۲۵	۹	۱۱/۳۳	۱۰/۱۷	۱۶/۵	۱۸/۷۵	۱۷/۶۲
جلسه دوم درمان	۱۹	۱۵	۱۷	۱۰	۱۴	۱۲	۲۰	۲۱	۲۰/۵
جلسه چهارم درمان	۲۰	۱۷	۱۸/۵	۱۳	۱۵	۱۴	۲۱	۲۳	۲۲
جلسه آخر درمان	۲۳	۱۸	۲۰/۵	۱۴	۱۸	۱۶	۲۲	۲۶	۲۴
میانگین	۲۰/۶۷	۱۶/۶۷	۱۸/۶۷	۱۲/۳۳	۱۵/۶۷	۱۴	۲۱/۶۷	۲۳	۲۲/۳۳
شاخص تغییر پایا	۱/۸۷	۲/۱۰	۱/۹۹	۲/۳۳	۳/۱۱	۲/۷۲	۲/۵۷	۳/۳۹	۲/۹۸
درصد بهبودی	۲۱	۳۳	۲۶	۵۵	۵۸	۵۷	۳۳	۳۹	۳۶
درصد بهبودی کلی (درمان)				۴۰					
پیگیری ماه اول	۲۲	۱۸	۲۰	۱۴	۱۸	۱۶	۲۳	۲۴	۲۳/۵
پیگیری ماه دوم	۲۱	۱۷	۱۹	۱۵	۱۹	۱۷	۲۱	۲۳	۲۲
میانگین	۲۱/۵	۱۷/۵	۱۹/۵	۱۴/۵	۱۸/۵	۱۶/۵	۲۲	۲۳/۵	۲۲/۷۵
شاخص تغییر پایا	۰/۹۷	۱/۷۰	۱/۳۳	۲/۹۱	۳/۷۲	۳/۳۱	۲/۱۸	۲/۰۶	۲/۱۳
درصد بهبودی	۱۰	۲۶	۱۷	۶۷	۶۸	۶۷	۲۷	۲۳	۲۵
درصد بهبودی کلی (پیگیری)				۳۶					

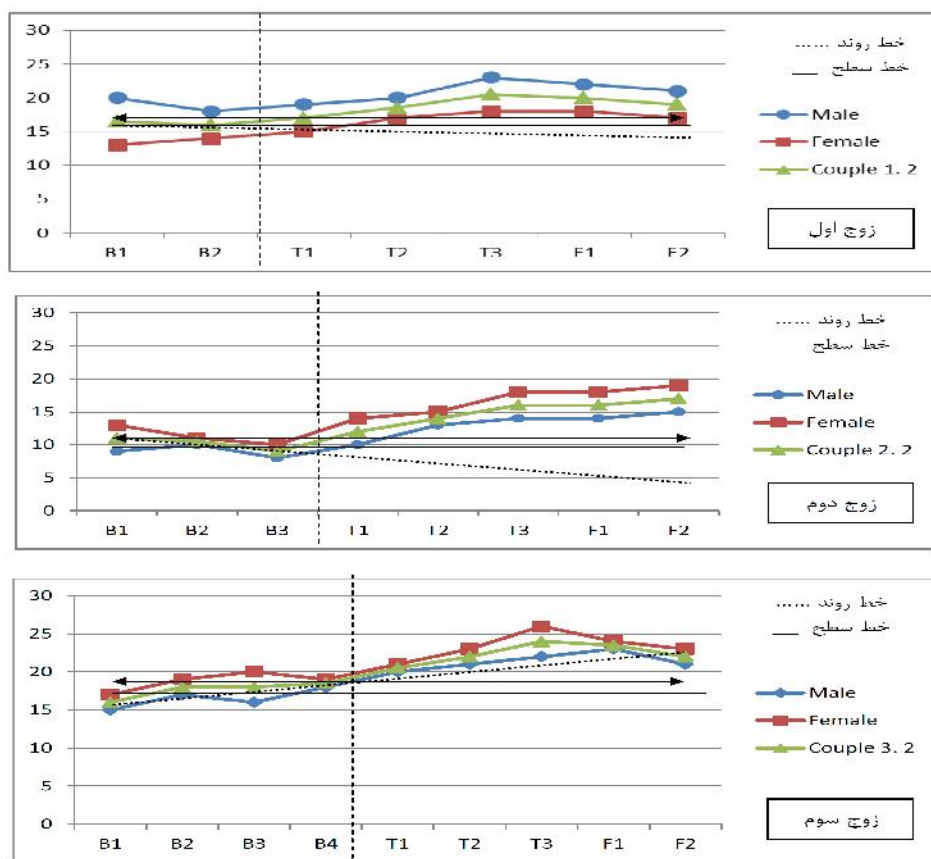
(۱۹۹۹)، حداقل نقاط داده‌ای که برای ارزیابی خط سطح و روند نیاز است سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر زوج ۳ نمره وجود دارد و هر سه بالای خط سطح و خط روند قرار گرفته است. بنابراین می‌توان گفت که تغییر صمیمیت عاطفی

نمودار ۱، روند تغییر نمره صمیمیت عاطفی را به صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پیگیری (F) نشان می‌دهد. با توجه به نظر اسکات و همکاران

3. level and trend lines

1. Blanchard, E. B., & Schwarz, S. P.
2. Reliable Change Index (RCI)

به صورت نظام‌دار رخ داده است. لازم به یادآوری است خطوط روند و سطح بر اساس روش ناگنت (۲۰۰۰) رسم شده است. هم‌چنین درصد داده‌های ناهمپوش^۱ برای هر سه زوج ۱۰۰ درصد است که بیانگر موفقیت‌آمیز بودن درمان است.



نمودار ۱

روند تغییر نمره صمیمیت عاطفی در مراحل خط پایه (B)، درمان (T) و پیگیری (F) مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه‌مدت

ارزش Z تعریف شده در جدول یعنی ۱/۹۶ بود، بنابراین می‌توان گفت که بهبود کیفیت زناشویی ناشی از مداخله است. هم‌چنین هرچند که در مرحله پیگیری نمره کیفیت زناشویی برای هر سه زوج نسبت به مرحله درمان اندکی کاهش یافت، اما از نمرات مرحله خط پایه بیشتر است و با توجه به مقدار شاخص تغییر پایا، ماندگاری تغییر به وجود آمده را می‌توان از نظر بالینی معنادار محسوب کرد.

اطلاعات موجود در جدول ۳ نشان می‌دهد که نمره کیفیت زناشویی هر سه زوج، در پایان درمان نسبت به خط پایه افزایش یافته است. درصد بهبودی برای زوج اول ۳۷، زوج دوم ۵۷، زوج سوم ۳۸ و در کل ۴۴ درصد به‌دست آمد. بر اساس معیار مطرح شده توسط بلانچارد و اسکوارز (۱۹۸۸)؛ به نقل از اگلز و همکاران، (۲۰۰۱) موفقیت درمان برای زوج اول و سوم متوسط و برای زوج دوم زیاد و موفقیت درمان در کل نیز متوسط بود. از آنجا که مقدار شاخص تغییر پایا برای همه زوجین بالاتر از

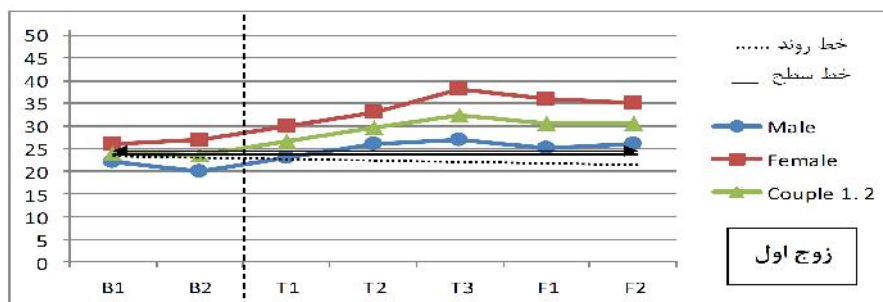
1. percentage of non-overlapping data

جدول ۳

نمرات کیفیت زناشویی زوجین شرکت‌کننده در جلسات مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه مدت در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

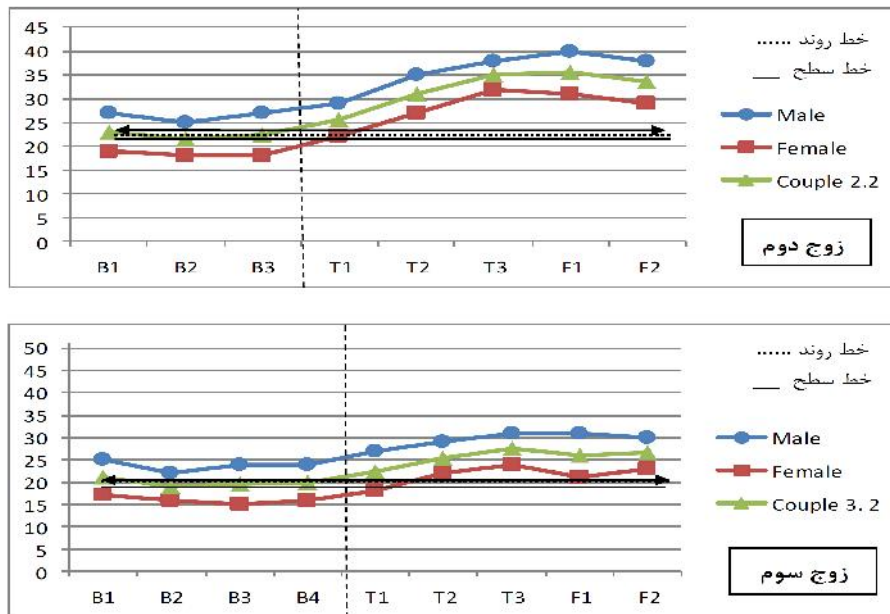
روند	زوج اول			زوج دوم			زوج سوم		
	مرد	زن	میانگین	مرد	زن	میانگین	مرد	زن	میانگین
خط پایه اول	۲۲	۲۶	۲۴	۲۷	۱۹	۲۳	۲۵	۱۷	۲۱
خط پایه دوم	۲۰	۲۷	۲۳/۵	۲۵	۱۸	۲۱/۵۰	۲۲	۱۶	۱۹
خط پایه سوم	-	-	-	۲۷	۱۸	۲۲/۵۰	۲۴	۱۵	۱۹/۵
خط پایه چهارم	-	-	-	-	-	-	۲۴	۱۶	۲۰
میانگین	۲۱	۲۶/۵۰	۲۳/۷۵	۲۶/۳۳	۱۸/۳۳	۲۲/۳۳	۲۳/۷۵	۱۶/۵	۱۹/۸۷
جلسه دوم درمان	۲۳	۳۰	۲۶/۵	۲۹	۲۲	۲۵/۵۰	۲۷	۱۸	۲۲/۵
جلسه چهارم درمان	۲۶	۳۳	۲۹/۵	۳۵	۲۷	۳۱	۲۹	۲۲	۲۵/۵
جلسه آخر درمان	۲۷	۳۸	۳۲/۵	۳۸	۳۲	۳۵	۳۱	۲۴	۲۷/۵
میانگین	۲۵/۳۳	۳۳/۶۷	۲۹/۵	۳۳/۳۳	۲۷	۳۰/۱۷	۲۸/۶۷	۲۲/۳۳	۲۵/۱۷
شاخص تغییر پایا	۲/۲۱	۴/۲۴	۳/۲۳	۴/۳۱	۵/۰۴	۴/۶۷	۲/۶۷	۲/۷۶	۲/۸۱
درصد بهبودی	۲۹	۴۳	۳۷	۴۴	۷۴	۵۷	۳۰	۴۵	۳۸
درصد بهبودی کلی (درمان)				۴۴					
پیگیری ماه اول	۲۵	۳۶	۳۰/۵	۴۰	۳۱	۳۵/۵۰	۳۱	۲۱	۲۶
پیگیری ماه دوم	۲۶	۳۵	۳۰/۵	۳۸	۲۹	۳۳/۵	۳۰	۲۳	۲۶/۵
میانگین	۲۵/۵	۳۵/۵	۳۰/۵	۳۹	۳۰	۳۴/۵	۳۰/۵	۲۲	۲۶/۲۵
شاخص تغییر پایا	۱/۵۷	۳/۱۵	۲/۳۶	۴/۴۳	۴/۰۸	۴/۲۵	۲/۳۶	۱/۹۲	۲/۲۳
درصد بهبودی	۲۱	۳۴	۲۸	۴۸	۶۳	۵۴	۲۸	۳۳	۳۲
درصد بهبودی کلی (پیگیری)				۴۸					

نمودار ۲ روند تغییر کیفیت زناشویی را در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پیگیری (F) به صورت دیداری نشان می‌دهد. از آنجا که ۳ نمره موجود در مرحله درمان، برای هر سه زوج بالای خطوط سطح و روند قرار گرفته است، بنابراین می‌توان گفت که تغییر کیفیت زناشویی به صورت نظام‌دار رخ داده است. همچنین درصد داده‌های ناهمپوش برای هر سه زوج ۱۰۰ درصد است که بیانگر موفقیت‌آمیز بودن درمان است.



نمودار ۲

روند تغییر نمره کیفیت زناشویی در مراحل خط پایه (B)، درمان (T) و پیگیری (F) مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه‌مدت



ادامه نمودار ۲

بحث

بود. به این صورت که درصد بهبودی این زوج در مرحله پیگیری نسبت به مرحله درمان تا حدودی افزایش یافته بود. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهشی همسو و هماهنگ بود (حسینی و همکاران، ۱۳۹۳؛ خدابخش و همکاران، ۱۳۹۳؛ دایر و همکاران، ۲۰۱۱؛ به نقل از یانگ و کارلسون، ۲۰۱۱؛ یانگ و دایر، ۲۰۱۰؛ به نقل از یانگ و کارلسون، ۲۰۱۱). این یافته را می‌توان با در نظر گرفتن ماهیت و کانون مداخلاتی مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه مدت تبیین کرد. در جلسات مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه مدت درمانگر به زوج کمک می‌کند که با ایجاد دیدگاه مشترک نسبت به مشکلات زناشویی و تعریف آن به صورت مشکل دوجانبه، هر دو نفر به نوعی به نقش خود در ایجاد و تداوم آن پی ببرند. در واقع، زن و شوهر به این نتیجه برسند که تنها عامل مشکلات، همسرشان نیست و بلکه هر دو به نوعی در شروع و تداوم مشکل دخیل هستند. وقتی همسر عامل مشکل قلمداد نشود، سرزنش طرف مقابل حذف می‌شود و یا کاهش می‌یابد. از دیدگاه گلسر و گلسر (۲۰۰۰) سرزنش کردن جزء عوامل دورکننده افراد از یکدیگر است و هرچقدر سرزنش در رابطه کمتر باشد به همان نسبت تعامل و گفتگو نیز بیشتر می‌شود که آن هم به بهبود صمیمیت

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه مدت بر صمیمیت عاطفی و کیفیت زناشویی زوجین انجام شد. نتایج حاصل بیانگر موفقیت مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه مدت در بهبود صمیمیت عاطفی زوجین بود. به این معنا که نمرات صمیمیت عاطفی هر سه زوج در پایان درمان به اندازه‌ای که از نظر بالینی معنادار محسوب می‌شود افزایش یافته بود. نتایج حاصل از پیگیری دو ماهه تا حدودی برای زوجین شرکت کننده در جلسات مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه مدت متفاوت بود. به طوری که برای زوج اول درصد بهبودی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله درمان تا حدودی کاهش یافته بود و با وجود افزایش نمره صمیمیت عاطفی پس از دو ماه پیگیری نسبت به خط پایه، میزان بهبودی حاصل شده از نظر بالینی معنادار تلقی نمی‌شد و در نتیجه بهبودی حاصل شده برای این زوج ماندگار نبود. درصد بهبودی زوج سوم نیز همانند زوج اول در مرحله پیگیری نسبت به مرحله درمان به مقدار قابل توجه کاهش یافته بود ولی ماندگاری بهبود حاصل شده برای این زوج، از نظر بالینی معنادار بود. در مورد زوج سوم، نتایج مرحله پیگیری متفاوت از زوج اول و سوم

روانشناختی زن و مرد در زمینه ارتباط کلامی و ابراز عواطف نسبت داد.

هم‌چنین نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه‌مدت در هر سه زوجی که در جلسات درمان شرکت کرده بودند موثر بوده است و موجب افزایش کیفیت زناشویی آنها شده است. به این معنا که نمرات کیفیت زناشویی هر سه زوجی که برنامه درمانی مذکور روی آنها اجرا شده بود، در پایان درمان به اندازه‌ای که از نظر بالینی معنادار محسوب شود افزایش یافته بود. نتایج حاصل از پیگیری دوماهه نیز بیانگر ماندگاری تاثیر مثبت مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه‌مدت در بهبود کیفیت زناشویی بود. این یافته با پژوهش‌های انجام شده توسط داودی و همکاران (۱۳۹۱)، صحت و همکاران (۱۳۹۲)، لیوینگستون (۲۰۰۶) و یانگ و دایر (۲۰۱۰)؛ به نقل از یانگ و کارلسون، (۲۰۱۱) که بیانگر تاثیر مثبت رویکردهای مرتبط با مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه مدت بر کیفیت زناشویی بودند، هماهنگ است.

در تبیین افزایش کیفیت زناشویی زوجین شرکت‌کننده در جلسات مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه‌مدت می‌توان گفت که یکی از ارکان اساسی در این رویکرد تعریف تعاملی از مشکل است. به این معنا که زوج‌درمانگر، زوج را طوری هدایت می‌کند تا در نهایت مشکل فعلی را به صورت یک مشکل مشترک توصیف و آن را برون‌سازی کنند. زمانی که مشکل به عنوان یک مساله مشترک و دارای ماهیت جدا از همسر و خود توصیف شود، یک فرد به عنوان عامل مشکل تلقی نمی‌شود. هر یک از زوجین، از نقش خود در پدیدایی مشکل آگاه می‌شود و بنابراین از سرزنش یکدیگر اجتناب می‌کنند. این موضوع از سویی می‌تواند از ایجاد مشکلات جدیدی که در پی سرزنش پدیدار می‌شوند جلوگیری کند و از سوی دیگر، میزان مشاجره زوج را کاهش دهد. هم‌چنین مدل مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه‌مدت یک رویکرد مثبت‌محور^۱ است که درمانگر منطبق با آن تلاش می‌کند به زوج کمک کند تا به جای تمرکز بر مشکلات و تعارضات، بر جنبه‌های مثبت یکدیگر و رابطه زناشویی متمرکز شوند. به عبارت دیگر، درمانگر به زوج کمک

عاطفی می‌انجامد. کمک به زوجین در جهت تمرکز بر نقاط قوت یکدیگر به جای جنبه‌های منفی و متحد شدن برای غلبه بر مشکلات از دیگر مشخصه‌های این رویکرد است که موجب نزدیک شدن زن و شوهر به یکدیگر می‌شود که آن هم احتمال تعامل و گفتگوی بین زوجین را افزایش می‌دهد و در نتیجه موجب بهبود صمیمیت عاطفی می‌شود. لازم به یادآوری است موفقیت‌آمیز نبودن ماندگاری تاثیر این روش درمانی بر زوج اول را می‌توان با در نظر گرفتن برخی از ویژگی‌های آنها از جمله اشتغال و سابقه تعارضات زناشویی تبیین کرد. زوج اول هر دو شاغل و کارمند شرکت خصوصی بودند و بنا به توصیف خودشان شرایط کاری‌شان طوری بود که زمان زیادی از وقت خود را به تکالیف مرتبط با شغل اختصاص می‌دادند و در نتیجه فرصت کمتری برای تعامل زناشویی داشتند. هم‌چنین این زوج که حدود ۱۲ سال سابقه ازدواج داشتند، از سال سوم ازدواج مشکلاتشان شروع شده و با گذشت زمان از یکدیگر فاصله گرفته بودند. به طوری که با وجود زندگی مشترک تعامل عاطفی چندانی با یکدیگر نداشتند و تعامل محدود آنها نیز بر حسب ضرورت و در باره امور روزمره بود که از نظر خودشان مشکل کلیدی زندگی‌شان نبود و به نوعی با آن سازگار شده بودند.

یکی دیگر از نکات قابل توجه در این پژوهش افزایش قابل ملاحظه صمیمیت عاطفی زنان در مقایسه با مردان بود که می‌توان آن را با مدنظر قرار دادن تفاوت‌های روانشناختی زن و مرد تبیین کرد. صمیمیت عاطفی به انتقال و در میان گذاشتن احساسات مثبت و منفی با همسر اشاره می‌کند و همان‌طور که قبلاً اشاره شد مستلزم خودافشایی است و برای توسعه آن، می‌بایست موانع یا محدودیت‌های اندکی برای ابراز عواطف وجود داشته باشد (باگاروزی، ۲۰۱۳). با نگاه به مولفه‌های پرسشنامه صمیمیت عاطفی نیز می‌توان هم‌صحبتی با همسر و احساس نزدیکی روانشناختی را به عنوان تجلی صمیمیت عاطفی قلمداد کرد که معمولاً با خودافشایی و صحبت کردن تحقق پیدا می‌کند. از آنجا که ارتباط کلامی و ابراز عواطف برای زنان در مقایسه با مردان در الویت قرار دارد، بنابراین بهبودی بیشتر زنان در مقایسه با مردان از نظر صمیمیت عاطفی قابل توجیه بوده و دلیل آن را می‌توان به تفاوت‌های

پژوهش بود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با محدودیت مواجه می‌سازد. از لحاظ روش‌شناختی پیشنهاد می‌شود که از طریق تکرار این پژوهش با استفاده از طرح‌های آزمایشی حقیقی بین‌آزمودنی، از جمله طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و تعداد شرکت‌کنندگان بیشتر، به ارزیابی دقیق‌تر روایی این روش در بهبود صمیمیت عاطفی و کیفیت زناشویی پرداخته شود. همچنین از لحاظ کاربردی، با توجه به مزیت‌های مختلف مدل مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه‌مدت، از جمله هدایت زوج در راستای حذف یا کاهش سرزنش یکدیگر، جلب توجه زوج بر نقاط مثبت و قوت رابطه زناشویی، کوتاه‌مدت بودن جلسات مشاوره و نیز نتایج این پژوهش مبنی بر اثربخش بودن این رویکرد بر بهبود صمیمیت عاطفی و کیفیت زناشویی، به روانشناسان و مشاوران خانواده توصیه می‌شود که از این مدل برای بهبود کارکردهای زناشویی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره استفاده کنند.

می‌کند تا به جای لیست کردن جنبه‌های منفی همسر و رابطه زناشویی، در باره جنبه‌های مثبت همسر و رابطه زناشویی تفکر کند. پس از شناخت آنها، با همکاری درمانگر تلاش می‌کند تا از جنبه‌های مثبت در زندگی زناشویی بهره‌مند شوند. یعنی زن و شوهر فعالیت‌ها و اقدامات جدیدی برای رابطه زناشویی برنامه‌ریزی می‌کنند که جنبه‌های مثبت زن و شوهر در آن به کار گرفته می‌شود. بنابراین تمرکز زوجین به جای جنبه‌های منفی، معطوف نقاط مثبت همسر و زندگی مشترک می‌شود و به این طریق زوج نه تنها امور روزمره زندگی مشترک را پیش می‌برند بلکه اوقات خوشایند نیز افزایش می‌یابد. در نتیجه تعارضات و به تبع آن، مشاجره و رفتارهای پرخاشگرانه ناشی از تعارضات کاهش می‌یابد، زمینه افزایش شادی در زندگی مشترک فراهم شده و به این طریق موجب افزایش کیفیت زناشویی می‌شود.

تعداد کم شرکت‌کنندگان که ناشی از محدودیت‌های روش‌شناختی طرح مذکور بود، از جمله محدودیت‌های این

مراجع

خدابخش، م. ر.، کیانی، ف.، نوری تیرتاشی، ا.، و خستو هشتجین، ح. (۱۳۹۳). اثربخشی روایت‌درمانی بر افزایش صمیمیت زوجین و ابعاد آن: تلویحاتی برای درمان. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱۵، ۶۳۳-۶۰۷. داودی، ز.، اعتمادی، ع.، بهرامی، ف.، و شاه‌سیاه، م. (۱۳۹۱). تاثیر رویکرد زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه حل‌محور بر سازگاری زناشویی در زنان و مردان مستعد طلاق شهر اصفهان. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۱۴، ۲۰۵-۱۹۰. شیرالی‌نیا، خ. (۱۳۹۱). *اثربخشی زوج‌درمانی شناختی رفتاری پیشرفته و زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر کاهش افسردگی، تنظیم هیجانی و صمیمیت ارتباطی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز*. پایان نامه دکتری تخصصی مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز. صحت، ن.، صحت، ف.، خانجانی، س.، محبی، س.، و شاه‌سیاه، م. (۱۳۹۲). تاثیر رویکرد زوج‌درمانی کوتاه مدت راه‌حل محور بر سازگاری زناشویی در زنان شهر قم. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۱۰، ۱۷۹-۱۹۰.

پورمحسنی کلوری، ف. (۱۳۹۲). رابطه فعالیت سیستم‌های مغزی-رفتاری با بخشش و رضایت زناشویی زوجین. *روانشناسی معاصر*، ۸، ۲۶-۱۷.

حسینی، ط.، امیری، م.، و قمری، م. (۱۳۹۳). اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه راه‌حل محور در افزایش صمیمیت زناشویی زنان. *فصلنامه سلامت خانواده*، ۱، ۵۸-۵۲.

خجسته مهر، ر.، کوچکی، ر.، و رجبی، غ. (۱۳۹۱). نقش واسطه‌ای اسنادهای ارتباطی و راهبردهای حل تعارض غیرسازنده در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و کیفیت زناشویی. *روانشناسی معاصر*، ۷، ۱۴-۳.

خجسته‌مهر، ر.، فرامرزی، س.، و رجبی، غ. (۱۳۹۱). بررسی نقش ادراک انصاف بر کیفیت زناشویی. *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، ۸، ۵۰-۳۱.

خجسته‌مهر، ر.، کراچیان، م.، و شیرالی‌نیا، خ. (۱۳۹۳). نقش واسطه‌ای ادراک رفتارهای فداکارانه همسر در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و کیفیت زناشویی. *روانشناسی خانواده*، ۱، ۴۰-۳۱.

References

- Amato, P. R., Booth, A., Johnson, D. R., & Rogers, S. J. (2007). *Alone together: How marriage in America is changing*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bagarozzi, D. A. (2013). *Enhancing intimacy in marriage: A Clinician's Guide*. New York: Brunner-Routledge.
- Carr, D., & Springer, K. W. (2010). Advances in families and health research in the 21st century. *Journal of Marriage and Family, 72*, 743-761.
- Duba, J. D. (2010). Intimacy and the recovery of intimacy in religious and faith-based relationships. In J. Carlson & L. Sperry (Eds.), *Recovering intimacy in love relationships: A clinician's guide* (pp. 357-372). New York, NY: Routledge.
- Duba, J. D., Hughey, A. W., Lara, T., & Burke, M. G. (2012). Areas of marital dissatisfaction among long-term couples. *Adultspan Journal, 11*, 39-54.
- Engel, R. J., & Papa, R. K. (2008). Single-subject design. In R. J. Engel & R. K. Schutt (Eds.), *The practice of research in social work* (pp. 206-247). New York: Sage Publications.
- Finkel, E. J., Slotter, E. B., Luchies, L. B., Walton, G. M., & Gross, J. J. (2013). A brief intervention to promote conflict reappraisal preserves marital quality over time. *Psychological Science, 24*, 1595-1601.
- Glasser, W., & Glasser, C. (2000). *Getting together and staying together: Solving the mystery of marriage*. New York: Harper Perennial.
- Laurenceau, J. P., Brarrett, L. F., & Rovine, M. J. (2005). The interpersonal process model of intimacy in marriage: A daily-diary and multilevel modeling approach. *Journal of Family Psychology, 19*, 314-323.
- Livingston, T. M. (2006). *A comparison of marriage education and brief couples counseling*. A dissertation for the degree of Doctor of Philosophy, the University of Central Florida.
- Long, L. L., & Burnett, J. A. (2005). Teaching couples counseling: An integrative model. *The family journal: Counseling and therapy for couples and families, 13*, 321-327.
- Morgan, D., & Morgan, R., (2009). *Single-case research methods for the behavioral and health sciences*. Los Angeles: Sage Publications Inc.
- Nugent, W. R. (2000). Single case design visual analysis procedures for use in practice evaluation. *Journal of Social Service Research, 27*, 39-75.
- Ogels, B. M., Lunnen, K. M. Q., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application and current practice. *Clinical psychological Review, 21*, 421-446.
- Perry, B. J. (2004). *The relationship between equity and marital quality among Hispanics, African American and Caucasians*. Unpublished doctoral dissertation, Ohio state University.
- Pielage, S., Luteinjin, F., & Arrindell, W. (2005). Adult attachment, intimacy and psychological distress in a clinical and community sampel. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 12*, 455-464.
- Proulx, C. M., Helms, H. M., & Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family, 69*, 576-593.
- Rohrbaugh, M. J., & Shoham, V. (2001). Brief therapy based on interrupting ironic process: The Palo Alto Model. *Clinical Psychology: Science & Practice, 8*, 66-81.
- Schaefer, M. T., & Olson, D. H. (1981). Assessing intimacy: The pair inventory. *Journal of marital and family therapy, 7*, 47-60.
- Schwartz, A. L. (2012). *Marital quality, acculturation, and communication in Mexican American couples*. A dissertation of Doctor of Philosophy in Psychology, Utah State University.
- Scott, T., Gaynor, M. A., Susan, C., Baird, M. A., & Nelson-Gray, R. O. (1999). Application of time-series (single-subject) designs in clinical psychology. In P. Kendall, J. N. Butcher & G. N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 297-329). New York: John Wiley & Sons.
- Walker, A. J. & Thompson, L. (1983). Intimacy and intergenerational aid and contact among mothers and daughters. *Journal of Marriage and the Family, 45*, 841-849.
- Weinberger, M. I., Hofstein, Y., & Whitbourne, S. K. (2008). Intimacy in young adulthood as a predictor of divorce in midlife. *Personal Relationships, 15*, 551-557.
- Xu, M., Thomas, P. A., & Umberson, D. (2015). Marital quality and cognitive limitations in late life. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences, 70*, 1-11.
- Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R., & Gangamma, R. (2013). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy, 40*, 275-293.
- Young, M. E., & Carlson, R. G. (2011). Fragile families, fragile couples. *Counseling and Human Development, 43*, 1-12.
- Young, M. E., & Long, L. L. (2007). *Counseling and therapy for couples*. CA: Brooks/Cole.