

Research Paper

Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy on Cohesion, Adaptability, Emotional Intimacy and Quality of Communication in the Parents after the Birth of the First Child



Sayed Omid Sotoodeh Navroodi<sup>1</sup>, Mojgan Nicknam<sup>\*2</sup>, Azam Fatahi Andabil<sup>2</sup>

1. Ph.D. Student of Counseling, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Assistant Professor, Department of Counseling, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

**Citation:** Sotoodeh Navroodi SO, Nicknam N, Fatahi Andabil A. Effectiveness of emotionally focused couple therapy on cohesion, adaptability, emotional intimacy and quality of communication in the parents after the birth of the first child. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2020; 7(3): 1-13.

<http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.7.3.2>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

**Keywords:**

Emotionally focused couple therapy, cohesion, adaptability, emotional intimacy, quality of communication

**Background and Purpose:** After the birth of their first child, couples often become confused about becoming adaptable to their new living conditions and satisfying the need for emotional intimacy in line with the desired parenting style. Coping with the child-rearing problems and managing the caregiving responsibilities may make the marital relationship more complicated. This study aimed to investigate the effectiveness of emotionally focused couple therapy on cohesion, adaptability, emotional intimacy and quality of communication in couples after the birth of the first child.

**Method:** This research was a quasi-experimental study with control group pretest-posttest design. The statistical population included all the parents with a child under the age of 5 who was attending a kindergarten in Rasht during March to September 2019. The sample included 16 couples (8 in the experimental group and 8 in the control group) who were selected by convenience sampling and then randomly assigned to either the experimental or control group. The experimental group received nine 90-min sessions of emotionally focused couple therapy and the control group was put on the waiting list to receive the intervention. All participants were assessed at pretest and posttest stages through using the Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III (FACESIII), (Olson et al., 1985), Personal Assessment of Intimacy in Relationships Scale (Schaefer & Olson, 1981) and Quality of Communication between Couples (Khoshkam, 2006). Data were analyzed by analysis of covariance.

**Results:** Findings showed that the emotionally focused couple therapy was positively effective on cohesion ( $F=500.492$ ,  $P< 0.001$ ), adaptability ( $F=231.225$ ,  $P< 0.001$ ), emotional intimacy ( $F=1362.482$ ,  $P< 0.01$ ) and quality of communication between the parents ( $F=244.444$ ,  $P< 0.0001$ ).

**Conclusion:** Based on the results of this study, it can be concluded that emotionally focused couple therapy can improve the intimacy between the parents and increase their satisfaction with each other through influencing the effective communication style, developing the emotional bond, identifying beliefs and background of couples' attachment, understanding the relation between behavior and thoughts and emotions and developing realistic expectations about parenting, especially after the birth of the first child.

Received: 12 Jun 2020

Accepted: 14 Sep 2020

Available: 24 Nov 2020

\* **Corresponding author:** Mojgan Nicknam, Assistant Professor, Department of Counseling, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

E-mail addresses: Nickname.mojgan@gmail.com

2476-5740/ © 2019 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

## مقاله پژوهشی

## اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر پیوستگی، انطباق‌پذیری، صمیمیت عاطفی، و کیفیت ارتباطی والدین بعد از تولد فرزند نخست

سید امید ستوده ناورودی<sup>۱</sup>، مژگان نیک‌نام\*<sup>۲</sup>، اعظم فتاحی اندبیل<sup>۲</sup>

۱. دانشجوی دکترای مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. استادیار گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

## چکیده

## مشخصات مقاله

## کلیدواژه‌ها:

زوج‌درمانی هیجان‌مدار، پیوستگی - انطباق‌پذیری، صمیمیت عاطفی، کیفیت ارتباطی

**زمینه و هدف:** بعد از تولد فرزند نخست، زوجین برای سازش‌یافتگی با شرایط جدید زندگی خود و ارضای نیاز به صمیمیت عاطفی همگام با سبک والدگری مطلوب، به طور کلی دچار سردرگمی می‌شوند. مدیریت مشکلات مربوط به پرورش فرزند و وظایف مراقبتی هر یک از والدین، ممکن است باعث آشفتگی‌تر شدن روابط زناشویی شود. هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر پیوستگی، انطباق‌پذیری، صمیمیت عاطفی، و کیفیت ارتباطی والدین بعد از تولد نخستین فرزند است.

**روش:** روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری، شامل تمامی والدین دارای یک فرزند زیر ۵ سال بود که در ۶ ماه اول سال ۱۳۹۸ در مهدکودک‌های شهر رشت حضور داشتند. حجم نمونه شامل ۱۶ زوج (۸ زوج گروه آزمایش و ۸ زوج گروه گواه) از جامعه آماری مذکور بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش جایدهی شدند. برای گروه آزمایش ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای زوج‌درمانی هیجان‌مدار انجام شد و گروه گواه در نوبت مداخله قرار گرفت. تمامی آزمودنی‌ها در طی دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از پرسشنامه‌های انطباق‌پذیری و پیوستگی السون و همکاران (۱۹۸۵)، ارزیابی شخصی صمیمیت شافر و السون (۱۹۸۱) و کیفیت ارتباطی زوجین (خوشکام، ۱۳۸۵) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های جمع‌آوری شده نیز با تحلیل کوواریانس، تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر پیوستگی ( $F=5.00/4.92, P < 0.001$ )، انطباق‌پذیری ( $0.001 < P, F=23.1/22.5$ )، صمیمیت عاطفی ( $F=13.62/4.82, P < 0.001$ ) و کیفیت ارتباطی ( $F=24.4/4.44, P < 0.001$ ) والدین، تأثیر مثبت معنی‌دار داشته است.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه‌گیری کرد که روش زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان با تأثیر بر سبک برقراری ارتباط مؤثر، گسترش پیوند عاطفی، شناسایی اعتقادات و باورها و پیشینه دل‌بستگی زوجین، درک رابطه رفتار با افکار و هیجان‌ها، و ایجاد انتظارات واقع‌بینانه درباره والدگری، به خصوص پس از تولد نخستین فرزند، موجب ارتقا و بهبود رضایت‌مندی و صمیمیت هر یک از والدین می‌شود.

دریافت شده: ۹۹/۰۳/۲۳

پذیرفته شده: ۹۹/۰۶/۲۴

منتشر شده: ۹۹/۰۹/۰۴

\* نویسنده مسئول: مژگان نیک‌نام، استادیار گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

رایانامه: Nickname.mojgan@gmail.com

تلفن: ۰۲۱-۷۶۵۰۵۸۹۱

## مقدمه

تولد فرزند، تکمیل رویاهای والد شدن و از سویی دیگر، آغاز لحظات سخت و دشوار است. هر چند برای این دوره، سطحی از اضطراب قابل پیش‌بینی است؛ اما اضطراب شدید می‌تواند بر روابط والدین و جو خانه اثر منفی داشته باشد. در واقع تغییر در سبک زندگی و نقش‌ها باعث افزایش تنیدگی<sup>۱</sup> و پایین آمدن سطح کیفیت زندگی والدین می‌شود که این مسئله خود بر سلامت کودکان اثرگذار خواهد بود (۱)؛ تا آنجا که پویایی‌های رابطه دوفیزی زوجین با تولد فرزند به طور چشمگیری تغییر می‌کند (۲). متخصصان خانواده‌درمانی تولد اولین فرزند و تغییرات مربوط به نقش زوجین در دوره والدگری<sup>۲</sup> را به عنوان "وقوع بحران"<sup>۳</sup> توصیف کرده‌اند (۳). بین ازدواج و فرزندآوری، یک رابطه پیچیده و دوطرفه وجود دارد و تولد فرزند می‌تواند آثار مثبتی بر رابطه زناشویی داشته باشد؛ چرا که می‌تواند عشق بین دو نفر را افزایش، هویت جدید والد شدن را برای زوجین به همراه داشته باشد، و منبع رضایت شود (۴). اما برخی از مطالعات نشان داده‌اند که رضایت زناشویی بعد از ۱۵ سال و پس از والد شدن، کاهش می‌یابد. همچنین اختلافات زناشویی و خصومت زوجین نسبت به یکدیگر، افزایش و صمیمیت عاطفی، اشتیاق، و رابطه جنسی و عاطفی، سیر نزولی پیدا می‌کند (۲ و ۵).

در مطالعه‌ای دیگر نیز مشخص شد که سازش‌یافتگی زناشویی<sup>۴</sup> و کفایت والدگری زوجین پس از تولد فرزند، کاهش معناداری پیدا می‌کند (۶). هر چند اثرات تولد فرزند بر بهزیستی ذهنی والدین به عوامل زیادی از جمله شاخص‌های جمعیت‌شناختی، مرحله چرخه زندگی، شرایط اقتصادی، و همچنین مکان و بافت زندگی زوجین بستگی دارد (۷)؛ اما اساس شکل‌گیری و رشد خانواده، کیفیت ارتباطی بین زوجین است. مطالعه کیفیت ارتباط بین زوجین، به روشن شدن چهارچوب‌های ساختاری که روابط زوج‌ها در آن شکل می‌گیرد، کمک می‌کند. کیفیت ارتباطی زناشویی<sup>۵</sup> عبارتند از: اندازه‌گیری فردی احساس رضایت، خوشبختی، و ثبات زناشویی در هر یک از زوجین (۸). بدین ترتیب کیفیت ارتباط زناشویی یک مفهوم چندبعدی است که منعکس‌کننده پیچیدگی بی‌ظنیری از روابط زناشویی است و فقدان ارتباط مناسب

بین زن و شوهر در مسائل مختلف و عدم استفاده از روش‌های مناسب برای حل مشکلات، یکی از منابع اصلی تعارض بین والدین جدید محسوب می‌شود (۹).

ازدواج با برقراری رابطه صمیمانه شکل می‌گیرد و داشتن رابطه صمیمانه با دیگران یکی از بزرگترین موهبت‌های انسانی است؛ به گونه‌ای که به نظر می‌رسد هیچ چیز به اندازه آن نمی‌تواند در بهزیستی روان‌شناختی و بالا بردن کیفیت کارکردهای انسان نقش داشته باشد. با این حال، رسیدن به روابط صمیمانه کار آسانی نیست و برقراری پیوند بزرگی مانند ازدواج نیز رسیدن به آن را ضمانت نمی‌کند (۱۰). بسیاری از پژوهشگران گزارش دادند که نیاز به نزدیکی و ارتباط با دیگران در انسان درونی و همگانی بوده و روابط توأم با صمیمیت منبع مهمی برای شادی، احساس معنا، و رضایت در جمع‌های خانوادگی است (۱۱). پیوستگی و انطباق‌پذیری<sup>۶</sup> نیز دو جنبه رفتار زناشویی و خانوادگی است که اساس درک و شناخت فرایندهای خانوادگی و زناشویی بوده و از مؤلفه‌هایی است که سطح سلامت خانواده را نشان می‌دهد (۱۲). توافق قابل ملاحظه‌ای بین خانواده‌درمانگران وجود دارد که پیوستگی و انطباق‌پذیری خانواده، مهم‌ترین مفهوم برای درک عملکرد خانواده است (۱۳). در سیستم‌های خانوادگی سالم، اعضای آن روابط عاطفی خوبی با هم دارند، نقش‌ها انعطاف‌پذیرند، و افراد با یکدیگر مرتبط هستند؛ اما در سیستم‌های ناسالم، نقش‌ها خشک و متحجرتند (۱۴). پیوستگی، به عنوان یکی از ساختارهای پرنفوذ خانواده، احساس همبستگی، پیوند، و تعهد عاطفی است که اعضای یک خانواده نسبت به هم دارند (۱۲). خانواده‌هایی که دارای زمینه قوی هستند، به طور مرتب برنامه‌ها و زمان‌هایی برای فعالیت‌های گروهی در نظر می‌گیرند. گرمی روابط و عواطف، تعهد و وقت گذاشتن برای یکدیگر، و همچنین پیوند و تعهد عاطفی موجود در بین اعضای خانواده از ویژگی‌های اصلی خانواده‌های منسجم محسوب می‌شود (۱۵) که به نظر می‌رسد با تولد اولین فرزند و عدم آمادگی والدین جهت رویارویی با این کشاکش‌گری، بسیاری از این کارکردها در خانواده نقش کم‌رنگ تری می‌یابد و سیستم خانواده را دچار مشکل می‌کند.

4. Marital adjustment
5. The quality of marital relationship
6. Cohesion and adaptability

1. Stress
2. Parenting
3. Crisis

با وجود اینکه مطالعات زیادی نشان داده‌اند بین تولد فرزند و اختلافات زناشویی رابطه وجود دارد، طرح‌ها و مدل‌های درمانی کافی برای مداخله در روابط زناشویی طراحی نشده است (۲) و جهت پیشگیری از کاهش رضایت زناشویی زوجینی که صاحب فرزند می‌شوند، مداخلات زوج‌محور، موفقیت‌ناچیزی داشته‌اند (۱۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات آموزشی بر ارتباطات زناشویی بعد از تولد اولین فرزند، تأثیری نداشته و نمی‌تواند مانع از کاهش رضایت زناشویی شود (۱۶ و ۱۷). بر این اساس یکی از مدل‌های زوج‌درمانی، روی آورد متمرکز بر هیجان است. این مدل درمانی بر اساس مدل‌های تجربی، ساختارگرایی، و شناختی تدوین و توسعه یافته، و به شدت تحت تأثیر نظریه دلبستگی<sup>۱</sup> و پژوهش‌های مبتنی بر فرایند درمان است (۱۸). درمان هیجان‌مدار تأکید خاصی بر یکپارچه‌سازی هیجان با شناخت، انگیزش، و رفتار دارد. درمانگر به منظور اصلاح هیجان‌ها، آنها را فعال می‌کند که این کار عمدتاً با استفاده از تکنیک‌های غلبه بر اجتناب، کاهش رفتارهای مختل‌کننده، و تسهیل شرایط بهبود هیجانی، انجام می‌شود. درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا احساسات اولیه خود را شناخته و آنها را به زبان بیاورد و سپس به توانایی‌های درونی خود دست یابد. این مدل بین هیجان‌های اولیه و ثانویه، تمایز قایل شده و در ضمن، آنها را به هیجان‌های ساخت‌دار، سازش‌یافته، سازش‌نیافته، پیچیده، و اجتماعی تقسیم می‌کند (۱۹). نتایج پیگیری دوساله از پیامدهای زوج‌درمانی هیجان‌مدار نشان داد که این شیوه زوج‌درمانی به والدین جدید کمک می‌کند تا رضایت و پیوستگی را در روابط خود تجربه کنند (۲۰). پژوهشگران در مطالعه خود نشان دادند که زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان منجر به بهبود رضایت از رابطه در مردان و زنان شده است. در مطالعه‌ای دیگر مشخص شد که درمان‌های متمرکز بر هیجان تأثیرات قابل توجهی بر افزایش ارتباطات و کیفیت ازدواج و رضایت زناشویی دارند (۵ و ۹). همچنین مشخص شد که زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان، روی آوردی مؤثر برای فعالیت با زوج‌های پریشان است و اجرای مداخله‌های زوج‌درمانی برای والدین بر کیفیت رابطه آینده، تأثیر مطلوب می‌گذارد (۲۱ و ۲۲). دیگر یافته‌های پژوهشی نیز حکایت از اثربخشی

زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بخشش و آشتی، همبستگی عاطفی، و سازش‌یافتگی زوجین دارند (۲۳ و ۲۴). در واقع ضرورت مداخله‌های گروهی بر روی زوجین با استفاده از شیوه‌هایی که کیفیت دلبستگی و روابط آنان را بعد از تولد فرزند نخست و تغییر نقش‌ها بهبود دهد، یکی از موثرترین مداخلات در کاهش مشکلات زناشویی تازه‌والدهاست. در پرتو پژوهش‌های اخیر زوج‌درمانی، مشخص شده است که پیوستگی، انسجام، صمیمیت، و کیفیت روابط از مهم‌ترین عوامل دست‌اندرکار در ایجاد یا فروپاشی سلامت روانی و جسمانی در بین زوجین است. امروزه یکی از دغدغه‌های متخصصان حوزه خانواده و ازدواج، یافتن راه‌های مناسب درمان و پیشگیری است. شاید به خاطر شناخت تأثیر منفی طلاق بر زوج‌ها، خانواده‌ها و جوامع است که امروزه زوج‌درمانی بیش از پیش به‌عنوان مداخله عمده بهداشت روانی شناخته شده است و نیاز ما به روی آوردهای موثر و به طور تجربی حمایت شده برای زوج‌درمانی، مورد تأکید است. فراتحلیل‌های زوج‌درمانی تأکید می‌کنند که روی آوردهای گوناگونی در درمان آشفتگی زوج‌ها، بهبودی بالینی و آماری معناداری را برای بخش قابل توجهی از زوج‌ها به ارمغان آورده‌اند و متوسط افرادی که زوج‌درمانی دریافت می‌کنند از ۸۰ درصد افرادی که تحت درمان قرار نمی‌گیرند، بهبودی بیشتری نشان می‌دهند. با توجه به اهمیت این موضوع و خلاءهای پژوهشی و کاربردی موجود، این پژوهش در صدد پاسخ‌گویی به این سوال است آیا زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر پیوستگی، انطباق‌پذیری، صمیمیت عاطفی، و کیفیت ارتباطی زوجین بعد از تولد فرزند نخست، مؤثر است.

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:** پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه آزمایش و گواه است. جامعه آماری آن شامل تمامی والدین (پدر و مادر) دارای یک فرزند زیر ۵ سال (۰ تا ۵ سال) بود که در شش ماه اول سال ۱۳۹۸ در مراکز مشاوره و مهدکودک‌های شهر رشت حاضر بودند. حجم نمونه پژوهش شامل ۱۶ زوج (۸ زوج گروه آزمایش و ۸ زوج گروه گواه) بود

1. Attachment theory

اعتبار (از نوع همسانی درونی) مقیاس پیوستگی و انطباق پذیری خانواده را به روش آلفای کرونباخ برای پیوستگی، انطباق پذیری، و برای کل مقیاس پیوستگی و انطباق پذیری خانواده به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۸، و ۰/۹۰ به دست آورد. همچنین السون برای تعیین ضریب اعتبار مقیاس پیوستگی و انطباق پذیری خانواده از مقیاس خود گزارشی خانواده<sup>۳</sup> استفاده کرده و نشان داد که این مقیاس دارای روایی سازه قابل قبولی است. در پژوهش خجسته مهر و همکاران (۲۵) ضریب آلفای کرونباخ برای بخش پیوستگی ۰/۹۱، برای انطباق پذیری ۰/۹۰، و برای کل مقیاس، ۰/۹۵ به دست آمد. این پژوهشگران همچنین جهت تعیین روایی سازه مقیاس پیوستگی و انطباق پذیری خانواده از مقیاس ارزیابی عملکرد خانواده استفاده کرد. همچنین لازم به ذکر است که ضریب اعتبار برای مقیاس پیوستگی و انطباق پذیری خانواده به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۴، و ۰/۷۵ به دست آمد که همگی در سطح  $p < 0/001$  معنادار بودند.

۲. پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت<sup>۴</sup>: پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت (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 (هیچ وقت) تا ۵ (همیشه) اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش حاضر از زیرمقیاس صمیمیت عاطفی این پرسشنامه استفاده شد. نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده صمیمیت بیشتر و کسب نمره پایین‌تر، حاکی از صمیمیت کمتر است. شافر و السون (۲۶) اعتبار زیرمقیاس‌های پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت را با روش ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷ تا ۰/۷۷ برآورد کردند که برای زیرمقیاس صمیمیت عاطفی ۰/۷۵ بود. خجسته مهر و همکاران (۲۷) نیز اعتبار مقیاس صمیمیت عاطفی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۳ به دست آورد. همچنین شافر و السون (۲۶) ضریب همبستگی پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت را با پرسشنامه‌های سازش‌یافتگی زناشویی<sup>۵</sup>، خودافشایی و بافت خانوادگی موس<sup>۶</sup> محاسبه کردند که ضرایب همبستگی به دست آمده نشان‌دهنده روایی همگرا مطلوب پرسشنامه بود. خجسته مهر و همکاران (۲۷) نیز به منظور سنجش روایی پرسشنامه،

که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از بین والدین کودکان حاضر مهد کودک و مراکز مشاوره شهر رشت حضور داشتند و با توجه به شرایط ورود و خروج از جامعه آماری مذکور انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بودند از: تحصیلات حداقل دیپلم، حداقل هفت سال سابقه زندگی مشترک، نارضایتی از روابط زناشویی بر اساس گزارش والدین، دارا بودن تنها یک فرزند زیر ۵ سال، کسب نمره یک انحراف معیار پایین‌تر در پرسشنامه‌های مورد استفاده در بخش ابزار، متعهد شدن به حضور در تمام جلسات درمان به صورت زوجی. همچنین شرایط خروج افراد نمونه از پژوهش عبارت بودند از: قرار داشتن در دوره‌های روان‌درمانی یا روانپزشکی غیر از دوره زوج‌درمانی مربوط به این مطالعه، تصمیم به جدایی والدین از یکدیگر، ابتلا به اختلال‌های روان‌شناختی، و مصرف مواد). برای گروه آزمایش ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای زوج‌درمانی هیجان‌مدار انجام شد و گروه گواه در نوبت دریافت مداخله بعد از پایان مطالعه، قرار گرفت. تمامی آزمودنی‌ها در طی دو مرحله (پیش‌آزمون - پس‌آزمون) با استفاده از پرسشنامه‌های ارزیابی انطباق‌پذیری و پیوستگی خانواده، ارزیابی شخصی صمیمیت، و کیفیت ارتباطی زوجین مورد بررسی قرار گرفتند.

## ب) ابزار

۱. مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و پیوستگی خانواده<sup>۱</sup>: مقیاس پیوستگی و انطباق‌پذیری خانواده توسط السون، بل و پرتنر<sup>۲</sup> ساخته شده است. این مقیاس ۳۰ گویه دارد که ۱۴ گویه آن انطباق‌پذیری و ۱۶ گویه آن، پیوستگی را می‌سنجند. نمره‌های به دست آمده در ابعاد انطباق‌پذیری و پیوستگی برای نشان دادن خانواده‌های متعادل و نامتعادل در مدل حلقوی پیچیده به کار می‌رود. نمره‌گذاری این مقیاس از نوع لیکرت است و پاسخ‌ها از ۱ (تقریباً هیچ وقت) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره در مقیاس پیوستگی و انطباق‌پذیری خانواده، ۳۰ و حداکثر نمره آن ۱۵۰ است. نمرات بالا در این مقیاس نشان می‌دهد که خانواده دارای عملکرد مطلوبی است و بالعکس کسب نمرات پایین در این پرسشنامه نشان‌دهنده عملکرد نامطلوب خانواده است. السون ضریب

4. Personal assessing intimacy (PAI)  
5. Marital adjustment (MA)  
6. Moos family environment scale (MFES)

1. Family adaptability and cohesion evaluation scales (FACES-2)  
2. Olson, Bell & Portner  
3. Self-report family inventory

خوشکام با آلفای کروباخ ۰/۹۰ گزارش شده است. خوشکام همچنین روایی همگرای این آزمون را با پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ مورد بررسی و مقدار آن را مطلوب گزارش کرد (۲۸). لازم به ذکر است که در این پژوهش نمره کل کیفیت ارتباطی مورد ارزیابی قرار گرفت.

**ج) برنامه مداخله‌ای:** اصول اساسی برنامه مداخلاتی به کار گرفته شده در این مطالعه از روی آورد زوج درمانی جانسون (۱۹) و مطالعات مرتبط با این موضوع، استخراج شده و فعالیت‌های اختصاصی آن توسط پژوهشگران با استفاده از منابع مختلف تدوین شد. تمامی جلسات آموزش در سالن آموزش مرکز مشاوره احیا واقع در شهر رشت در طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای توسط پژوهشگر اجرا شد. در هر جلسه ابتدا تکالیف جلسه قبل نظارت شدند و سپس مطالب نظری و تمرینات لازم به صورت عملی و در نهایت تکالیف منزل برای جلسه بعد به گروه مداخله، ارائه شد. محتوای اهداف کلی برنامه عبارت بود از: برقراری رابطه درمانی با هردو زوج و ایجاد اتحاد درمانی، پرداختن به هیجانات اولیه و قاب‌دهی مجدد به مشکل، عمق بخشیدن به روابط، ایجاد درگیری هیجانی، فعال سازی و تعلق آفرینی، و تقویت و تثبیت مواضع تازه. شرح جلسات زوج درمانی گروهی با روی آورد هیجان‌مدار در جدول ۱ آمده است.

ضریب همبستگی آن را با مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون<sup>۱</sup> محاسبه کردند که همه ضرایب معنادار و حاکی از مطلوب بودن شاخص روان‌سنجی روایی پرسشنامه بودند.

۳. پرسشنامه کیفیت ارتباط زوجین: این پرسشنامه توسط خوشکام با استفاده از چارچوب نظری میلر، نانالی و واکمن<sup>۲</sup> (برنامه ارتباط زوجین، ۱۳۷۵) طراحی و تدوین شده است (۲۸). این پرسشنامه شامل ۳۳ گویه در چهار حیطه است. حیطه نخست با نام توجه کردن به خود دارای ۵ گویه، حیطه دوم توجه کردن به همسر دارای ۷ گویه، حیطه سوم برنامه‌ریزی برای حل مشکلات شامل ۶ گویه، و حیطه چهارم سبک‌های ارتباطی شامل ۱۵ گویه است. نمره فرد در این پرسشنامه از طریق جمع نمرات گزینده‌ها به دست می‌آید و گویه‌های ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۲۸ و ۲۹ به طور معکوس نمره گذاری می‌شود. حداقل نمره در این آزمون ۰ و حداکثر نمره ۱۶۵ است. پاسخ به گویه این ابزار به صورت طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (اصلاً، بسیار کم، کم، تا اندازه‌ای، زیاد، و بسیار زیاد) است. نمره بیشتر فرد در این آزمون، نشانگر کیفیت ارتباط زناشویی بالاتری در او بوده و کسب نمره پایین‌تر، حاکی از کیفیت پایین رابطه زناشویی است. ضریب اعتبار پرسشنامه توسط

جدول ۱: خلاصه جلسات مداخله زوج‌درمانی هیجان‌مدار ویژه والدین

| جلسات | اهداف و محتوای جلسات  |
|-------|---|
| ۱ و ۲ | برقراری رابطه درمانی با زوجین و ایجاد اتحاد درمانی، ارزیابی ماهیت مشکل و نوع رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات هر همسر از درمان، و برقراری توافق درمانی تکنیک‌های ارائه شده در جلسات از جمله: انعکاس، اعتباربخشی، سوالات و انعکاس‌های فراخوان، ردگیری، و انعکاس تعاملات       |
| ۳ و ۴ | پرداختن به هیجانات اولیه و قاب‌دهی مجدد به مشکل و تکنیک‌های ارائه شده در جلسات از جمله: معتبرسازی، شدت‌بخشی، سوالات و انعکاس‌های فراخوان، گمانه‌زنی‌های همدلانه، ردگیری و انعکاس الگوها و چرخه‌های تعاملی، قاب‌دهی مجدد به مشکل از طریق توجه به بافتار و چرخه تعاملی        |
| ۵ و ۶ | عمق بخشیدن به درگیری با تکنیک‌های ارائه شده در جلسات شامل: سوالات فراخوان، شدت‌بخشی، گمانه‌زنی هم‌دلانه   |
| ۷ و ۸ | ایجاد درگیری هیجانی، فعال‌سازی و تعلق آفرینی، ایجاد تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری و تکنیک‌های ارائه شده در جلسات شامل پاس‌خدهی فراخوان، گمانه‌زنی همدلانه، قاب‌دهی مجدد به مشکل از طریق توجه به بافتار و چرخه تعاملی، قاب‌دهی مجدد، بازساختاردهی به تعاملات |
| ۹     | تقویت و تثبیت مواضع تازه، یکپارچه‌سازی تغییرات درمانی با زندگی واقعی، با تکنیک‌های ارائه شده در جلسات شامل انعکاس تغییرات کنونی، اعتباربخشی به پاسخ‌ها و الگوهای نوین، سوالات فراخواننده، قاب‌دهی مجدد، و بازساختاردهی به تعاملات   |

زیر ۵ سال (۰ تا ۵ سال) را به پژوهشگر ارجاع دهند. سپس پژوهشگر با هر یک از این زوجین، یک مصاحبه بالینی در مرکز مشاوره احیا انجام داد و از آنها خواسته شد تا به پرسشنامه‌های پیوستگی، انطباق‌پذیری، صمیمیت عاطفی، و کیفیت ارتباطی پاسخ دهند و زوجینی که با توجه به

**د) روش اجرا:** بعد از دریافت معرفی‌نامه در تاریخ ۱۳۹۸/۰۴/۲ از سازمان بهزیستی به مهدکودک‌های شهر رشت، پژوهشگر با حضور در این مراکز و در جریان قرار دادن مدیریت مهدهای کودک درباره روند پژوهش از آنها خواست تا تمامی والدین (پدر و مادر) دارای یک فرزند

2. Miller, Nanaly & Wakman

1. Walker & Thompson

استفاده شده و کاملاً محرمانه باقی می ماند. تحلیل داده ها نیز با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS23 انجام شد.

### یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون - پس آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه در جدول دو ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه ها گزارش شده است. با توجه به این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز برای تمامی متغیرها معنی دار نیست، بنابراین می توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

مصاحبه بالینی، سطح رضایت زناشویی پایین و نیز نمره یک انحراف معیار پایین تر از میانگین در پرسشنامه های فوق کسب می کردند انتخاب شده و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت ۹ جلسه زوج درمانی هیجان مدار قرار گرفت و افراد گروه گواه هیچ درمانی دریافت نکرد و در فهرست انتظار دریافت مداخله قرار گرفتند. همچنین لازم به ذکر است که جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، در ابتدای انجام این پژوهش، اهداف مطالعه برای والدین بیان شد و رضایت کامل آنها برای شرکت در پژوهش جلب شد و هیچ والدینی مجبور به تکمیل پرسشنامه و شرکت در جلسات نبود. همچنین به افراد شرکت کننده اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل از این پژوهش به صورت گروهی مورد تحلیل قرار گرفته و برای تولید مستندات علمی

جدول ۲: شاخص های توصیفی نمرات پیش آزمون - پس آزمون در دو گروه آزمایش و گواه (تعداد: ۳۲)

| متغیر         | وضعیت     | گروه   | میانگین | انحراف استاندارد | شاپیرو-ویلکز | P     |
|---------------|-----------|--------|---------|------------------|--------------|-------|
| انطباق پذیری  | پیش آزمون | آزمایش | ۳۰/۰۰   | ۳/۲۶             | ۰/۹۰۶        | ۰/۰۹۸ |
|               | پس آزمون  | گواه   | ۳۰/۳۷   | ۳/۲۰             | ۰/۹۱۹        | ۰/۱۶۰ |
|               | پیش آزمون | آزمایش | ۳۶/۳۷   | ۱/۸۹             | ۰/۹۳۲        | ۰/۲۶۲ |
|               | پس آزمون  | گواه   | ۳۰/۵۶   | ۲/۹۴             | ۰/۸۵۴        | ۰/۰۵۵ |
| پیوستگی       | پیش آزمون | آزمایش | ۳۵/۴۳   | ۱/۸۲             | ۰/۹۳۱        | ۰/۲۵۳ |
|               | پس آزمون  | گواه   | ۳۵/۸۱   | ۱/۵۹             | ۰/۹۲۹        | ۰/۲۳۵ |
|               | پیش آزمون | آزمایش | ۴۰/۵۶   | ۱/۸۱             | ۰/۸۹۷        | ۰/۰۷۱ |
|               | پس آزمون  | گواه   | ۳۵/۸۷   | ۱/۲۵             | ۰/۹۳۹        | ۰/۲۳۰ |
| صمیمت عاطفی   | پیش آزمون | آزمایش | ۱۰/۸۷   | ۱/۳۶             | ۰/۹۱۳        | ۰/۱۲۹ |
|               | پس آزمون  | گواه   | ۱۱/۰۰   | ۱/۴۱             | ۰/۸۷۶        | ۰/۰۵۴ |
|               | پیش آزمون | آزمایش | ۱۵/۱۸   | ۰/۸۳             | ۰/۸۷۹        | ۰/۰۵۸ |
|               | پس آزمون  | گواه   | ۱۰/۹۳   | ۰/۹۹             | ۰/۸۶۹        | ۰/۰۹۱ |
| کیفیت ارتباطی | پیش آزمون | آزمایش | ۵۷/۹۳   | ۲/۶۴             | ۰/۹۶۴        | ۰/۷۳۸ |
|               | پس آزمون  | گواه   | ۵۸/۵۶   | ۲/۶۰             | ۰/۹۰۸        | ۰/۱۰۹ |
|               | پیش آزمون | آزمایش | ۷۰/۸۱   | ۲/۱۸             | ۰/۹۴۱        | ۰/۳۶۲ |
|               | پس آزمون  | گواه   | ۵۸/۱۲   | ۲/۲۴             | ۰/۹۳۲        | ۰/۲۶۶ |

$P < ۰/۴۲۷, F_{۱,۳۰} = ۰/۹۳۸$  و پیوستگی ( $F_{۱,۳۰} = ۰/۰۰۶, P < ۰/۹۳۸$ ) در گروه ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ( $P < ۰/۱۴۳$ ). نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی داری رابطه بین مؤلفه های انطباق پذیری و پیوستگی نشان داد که رابطه بین این مؤلفه ها معنادار است ( $P < ۰/۰۳۶$ ).

برای بررسی تأثیر زوج درمانی هیجان مدار بر مؤلفه های انطباق پذیری و پیوستگی والدین نخست از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه های انطباق پذیری و پیوستگی در گروه آزمایش و گواه نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ( $P < ۰/۲۱۹, F = ۱/۶۰۶$ ). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه ها نشان داد که واریانس مؤلفه های انطباق پذیری ( $P < ۰/۵۱۹$ )

$(X^2=6/631, d.f=5)$ . پس از بررسی پیش فرض های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در مؤلفه های انطباق پذیری و پیوستگی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/001$ )،  $F_{27,2} = 316/570$ ،  $(Wilk's Lambda=0/041)$ . برای بررسی اینکه

گروه آزمایش و گواه در کدام یک از مؤلفه های انطباق پذیری و پیوستگی با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری تفاوت گروه آزمایش و گواه در مؤلفه های انطباق پذیری و پیوستگی

| متغیر        | منبع        | مجموع مجذور | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F       | سطح معناداری | ضرایب ا تا |
|--------------|-------------|-------------|------------|-----------------|---------|--------------|------------|
| انطباق پذیری | همپراش      | ۴/۰۹۴       | ۱          | ۴/۰۹۴           | ۳/۵۳۰   | ۰/۰۷۱        | ۰/۱۱۲      |
|              | عضویت گروهی | ۲۶۸/۱۳۴     | ۱          | ۲۶۸/۱۳۴         | ۲۳۱/۲۲۵ | ۰/۰۰۱        | ۰/۸۹۲      |
|              | خطا         | ۳۲/۴۶۹      | ۲۸         | ۱/۱۶۰           |         |              |            |
| پیوستگی      | همپراش      | ۲/۷۷۴       | ۱          | ۲/۷۷۴           | ۶/۳۵۴   | ۰/۰۱۸        | ۰/۱۸۵      |
|              | عضویت گروهی | ۲۱۸/۴۸۵     | ۱          | ۲۱۸/۴۸۵         | ۵۰۰/۴۹۲ | ۰/۰۰۱        | ۰/۹۴۷      |
|              | خطا         | ۱۲/۲۲۳      | ۲۸         | ۰/۴۳۷           |         |              |            |

با توجه به جدول ۳، آماره F برای مؤلفه های انطباق پذیری (۲۳۱/۲۲۵) در سطح ۰/۰۰۱ و پیوستگی (۵۰۰/۴۹۲) در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار می باشد. این یافته ها نشانگر آن هستند که بین گروه ها در این مؤلفه ها تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین های تصحیح شده نشان می دهد که میانگین گروه آزمایش در انطباق پذیری (۳۶/۵۳) و پیوستگی (۴۰/۹۸) بیشتر از میانگین گروه گواه در این مؤلفه ها به ترتیب با میانگین (۳۰/۴۰) و (۳۵/۴۴) است. با توجه به این یافته ها می توان گفت که زوج درمانی هیجان مدار موجب افزایش انطباق پذیری و پیوستگی والدین بعد از تولد فرزند نخست می شود. همچنین اندازه اثر در جدول ۳ نشان می دهد که عضویت گروهی ۸۹ درصد از تغییرات انطباق پذیری و ۹۴ درصد از واریانس پیوستگی را تبیین می کند.

برای بررسی اثر بخشی زوج درمانی هیجان مدار بر صمیمیت عاطفی والدین از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون صمیمیت عاطفی در گروه آزمایش و گواه، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ( $F_{1,28} = 3/33, P < 0/008$ ). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه ها نشان داد که واریانس صمیمیت عاطفی در گروه ها برابر است ( $F_{1,30} = 0/162, P < 0/691$ ). در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون با پس آزمون متغیر صمیمیت عاطفی گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در صمیمیت عاطفی

| منبع        | مجموع مجذور | Df | میانگین مجذورات | F        | P     | اندازه اثر |
|-------------|-------------|----|-----------------|----------|-------|------------|
| همپراش      | ۱۴۷/۸۵۴     | ۱  | ۱۴۷/۸۵۴         | ۳۵/۷۹۷   | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۵۲      |
| عضویت گروهی | ۵۶۲۷/۴۹۷    | ۱  | ۵۶۲۷/۴۹۷        | ۱۳۶۲/۴۸۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۷۹      |
| خطا         | ۱۱۹/۷۸۰     | ۲۹ | ۴/۱۳۰           |          |       |            |

با توجه به جدول ۴ آماره F صمیمیت عاطفی در پس آزمون (۱۳۶۲/۴۸۲) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار بوده و این نشان می دهد که بین دو گروه در میزان صمیمیت عاطفی تفاوت معنی دار وجود دارد.

اندازه اثر ۰/۹۷ نیز نشان می دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین تصحیح شده گروه آزمایش در صمیمیت عاطفی (۸۵/۲۳) و میانگین گروه گواه (۵۸/۰۱)



بوده که با توجه به آماره F در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است. با توجه به این یافته می توان گفت که زوج درمانی هیجان مدار موجب افزایش صمیمت عاطفی والدین نخست می شود.

برای بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر کیفیت ارتباطی والدین از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون کیفیت ارتباطی در گروه آزمایش و گواه نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه

برابر است ( $F_{1,28} = 2/13, P < 0/05$ ). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه ها نشان داد که واریانس کیفیت ارتباطی در گروه ها برابر است ( $F_{1,30} = 1/11, P < 0/31$ ). در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون با پس آزمون متغیر کیفیت ارتباطی گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در کیفیت ارتباطی

| منبع        | مجموع مجذور | Df | میانگین مجذورات | F       | P      | اندازه اثر |
|-------------|-------------|----|-----------------|---------|--------|------------|
| همپراش      | ۲۴/۵۰۷      | ۱  | ۲۴/۵۰۷          | ۴/۳۷۷   | ۰/۰۴۵  | ۰/۱۳۱      |
| عضویت گروهی | ۱۳۶۸/۷۷۰    | ۱  | ۱۳۶۸/۷۷۰        | ۲۴۴/۴۴۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۹۸      |
| خطا         | ۱۶۲/۳۸۶     | ۲۹ | ۵/۶۰۰           |         |        |            |

با توجه به جدول ۵ آماره F کیفیت ارتباطی در پس آزمون (۱۳۶۸/۷۷۰) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار بوده و این نشان می دهد که بین دو گروه در میزان کیفیت ارتباطی تفاوت معنی دار وجود دارد. اندازه اثر ۰/۸۹ نیز نشان می دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین تصحیح شده گروه آزمایش در کیفیت ارتباطی (۷۱/۰۵) و میانگین گروه گواه (۵۷/۸۸) بوده که با توجه به آماره F در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است. با توجه به این یافته می توان گفت که زوج درمانی هیجان مدار موجب افزایش کیفیت ارتباطی والدین بعد از تولد فرزند نخست می شود.

زوجین در گروه آزمایش شده که تأکیدی بر مؤثر بودن این روی آورد درمانی در حل مشکلات زناشویی است.

بر اساس روی آورد جانسون (۱۹) زوج درمانی هیجان مدار با شناسایی چرخه دلبستگی و کشف نیازهای اساسی زوجین، به بازسازی موقعیت جدید و بیان احساسات زیربنایی و ارائه راه حل های جدید می پردازد. زوج درمانی هیجان مدار زمینه مناسبی برای کشف و منظم کردن هیجانات آشفته ناشی از دلبستگی های شکل گرفته از زمان تولد تا بزرگسالی است. در این شیوه درمانی، درمانگر به هر یک از زوج ها برای گسترش و سازمان دهی درونی خودش کمک می کند و ابراز این تجربه در بردارنده یک شیوه جدید عرضه خود و یک راهکار جدید برای برقراری رابطه با دیگری می شود.

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر پیوستگی و انطباق پذیری، صمیمت عاطفی، و کیفیت ارتباطی زوجین بعد از تولد فرزند نخست انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد روش زوج درمانی هیجان مدار بر افزایش پیوستگی - انطباق پذیری، صمیمت عاطفی، و کیفیت ارتباطی زوجین مؤثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش های گذشته مبنی بر اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر رضایت زناشویی، کیفیت ارتباطی، و صمیمت عاطفی زوجین همسو است (۵، ۹، ۲۰-۲۴). در پژوهش های ذکر شده، زوج درمانی هیجان مدار منجر به افزایش ابعاد پیوستگی - انطباق پذیری، صمیمت، و ارتباط

تأکید بر هیجان، عامل اساسی تغییر در زوج درمانی است. زوج درمانی هیجان مدار از قدرت هیجان برای به حرکت واداشتن همسران و برانگیختن پاسخ های جدید در تعاملات اساسی و مکرری استفاده می کند که باعث رقص رابطه زوجین می شود. هیجان باعث پاسخ های اصلی در روابط نزدیک شده و آنها را سازمان می دهد. نتیجه به دست آمده در این پژوهش را می توان بر اساس دیدگاه جانسون و همکاران (۱۹) و مطالعات ویتنبورن و همکاران (۵)، وازهایلی و ریویس (۹)، ولج و همکاران (۲۱) و فلیپ و همکاران (۲۲) این گونه تبیین کرد که این شیوه درمان به

زوجین کمک می‌کند با توجه به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی، به نظم‌دهی هیجانی بپردازند. در واقع زوجینی که دارای مشکلات زناشویی و آشفته هستند در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش، و نظم‌دهی هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجه بوده و در تمایز احساسات درونی از احساسات بدنی، دچار مشکل هستند. نتیجه اینکه زوج‌ها اغلب در جریان آشفتگی‌های هیجانی خاصی وارد درمان می‌شوند و سطوح پایینی از رضایت زناشویی، اعتماد، صمیمیت، و احساسی درآمیخته با منفی بودن نسبت به طرف مقابل را گزارش می‌کنند و بارها تلاش‌های آنها در احیای صمیمیت با شکست مواجه شده است و با شیوه‌های محدود شده‌ای مانند اجتناب و کناره‌گیری، سرزنش و انتقاد، دفاعی بودن و چرخه‌های دفاعی با هم ارتباط برقرار می‌کنند. بنابراین در فرایند درمان هیجان‌مدار، درمانگر به از بین بردن این احساس نامنی اقدام می‌کند و در نتیجه وقتی درمانگر چرخه تعاملی منفی نمایانگر دلبستگی نایمن را شناسایی می‌کند، هیجان‌های همراه با این چرخه‌ها نیز توسط والدین شناسایی می‌شوند. در فرایند درمان والدین این چرخه‌ها را مجدداً بر اساس ابراز نیازهای نهفته دلبستگی، تنظیم می‌کنند و در چرخه درمان، زوج‌ها می‌توانند با استفاده از چرخه‌های جدید، نیازهای خود را به راحتی ابراز کنند و نیازهای دلبستگی همسر و فرزند خود را بپذیرند که این موضوع باعث کاهش نارسایی هیجانی والدین می‌شود. بنابراین هدف از این شیوه درمانی، کمک به والدین جدید دستیابی به هیجان‌های نهفته و تسهیل تعاملات مثبتی است که در دسترس بودن و اعتماد بین زوج‌ها را افزایش می‌دهد.

یافته‌های پژوهشی زاکارینی، جانسون، دالگیش و مکینان (۲۳) نشان داد که زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بخشش و آشتی زوجین و ایجاد همبستگی عاطفی بین آنان موثر است. همچنین تای و پولسون (۲۴) زوج‌درمانی هیجان‌مدار را در افزایش سازش‌یافتگی زناشویی زوجین، اثربخش گزارش کردند. در راستای نتایج به دست آمده در این مطالعه و پژوهش‌های پیشین می‌توان نتیجه گرفت که روی آورد متمرکز بر هیجان با تأثیر بر سبک برقراری ارتباط مؤثر والدنی با یکدیگر و آشنا شدن آنها با چرخه‌های هم‌کنشی زوجین؛ توسعه پیوند عاطفی؛ شناسایی ترس‌ها، اعتقادات، باورها، و پیشینه دلبستگی زوجین؛ شناسایی هیجان‌ها و درک رابطه رفتار، افکار، هیجان‌ها، و نیازهای دلبستگی هر یک از آنها؛ ایجاد

انتظارات واقع‌بینانه در مورد والدگری در زوجین، آموزش والدگری حساس و مسئولانه به والدین، و در نهایت درک اهمیت رابطه جنسی در زندگی زناشویی به خصوص پس از تولد نخستین فرزند، موجب ارتقا و بهبود رضایتمندی تازه والد‌ها شده است.

یافته‌های پژوهش حاضر باید در بافت محدودیت‌های آن تفسیر و تعمیم داده شود. نخست آنکه نمونه پژوهش حاضر از نوع در دسترس بوده است. محدودیت دوم این بود که به لحاظ محدودیت‌های اجرایی، امکان پیگیری نتایج به دست آمده در این پژوهش وجود نداشته است و نمی‌توان درباره پایدار بودن نتایج به دست آمده رد این پژوهش در بلندمدت، اظهار نظر کرد. نتیجه اینکه اجرا و تکرار این مطالعه با گروه‌های سنی و اختلالات مختلف زناشویی والدین می‌تواند به تعمیم‌دهی و دقت نتایج به دست آمده بیفزاید. برای مثال علاوه بر تأثیر شیوه درمانی به کار گرفته شده در این مطالعه بر متغیرهای پیوستگی - انطباق‌پذیری، صمیمیت عاطفی، و کیفیت ارتباطی، در پژوهش‌های دیگر اثربخشی این شیوه درمانی بر عملکرد خانواده، سبک‌های والدگری، و کیفیت رابطه والد - کودک مورد بررسی قرار گیرد. در پایان با توجه به اینکه پژوهش حاضر نشان داد زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر پیوستگی و انطباق‌پذیری، صمیمیت عاطفی، و کیفیت ارتباطی زوجین بعد از تولد فرزند نخست، مؤثر بوده است، پیشنهاد می‌شود از نتایج این پژوهش توسط متخصصان بالینی جهت آگاه‌سازی و آموزش زوجین جوان قبل از فرزندآوری و والد شدن، استفاده شود تا تازه‌والدها جهت سازش‌یافتگی با کشاکش‌های جدید والد شدن، آماده باشند.

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این مطالعه با اخذ کد اخلاق 3999.254 IR.GUMS.REC، مجوزهای صادر شده از سوی سازمان بهزیستی استان گیلان با شماره نامه ۹۳۴/۹۸/۴۹۲۳۷ مورخ ۱۳۹۸/۴/۲ و رضایت کامل افراد نمونه، انجام شده است.

**حامی مالی:** این مطالعه بدون حامی مالی و در قالب رساله دکتری انجام شده است.  
**نقش هر یک از نویسندگان:** این پژوهش بر گرفته از رساله دکتری سید امید ستوده با راهنمایی دکتر مزگان نیکنام و مشاورت دکتر اعظم فتاحی در رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن با شماره پایان نامه ۱۱۳۲۱۶۰۲۹۷۱۰۲۱ است. نقش نویسنده نخست این مقاله به عنوان پژوهشگر اصلی و نویسندگان دوم و سوم به عنوان راهنما و مشاور این پروژه، نقش داشتند.

**تضاد منافع:** انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تعارض منافع را به دنبال نداشته است و نتایج آن به صورت کاملاً شفاف و بدون سوگیری، گزارش شده است.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از تمامی افراد نمونه جهت شرکت در انجام این پژوهش، مسئولان سازمان بهزیستی استان گیلان، کانون مهدهای کودک استان، و مدیریت مرکز مشاوره احیا جهت همکاری برای اجرای این مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود.



## References

1. Martins C. A. Transition to parenthood: consequences on health and well-being. A study. *Enferm Clin*. 2018. [\[Link\]](#)
2. Bash A. R. A treatment model for marital satisfaction in couples with young children. A dissertation submitted to the Faculty of The Chicago School of Professional Psychology in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of Philosophy in Psychology in Applied Clinical Psychology. 2016. [\[Link\]](#)
3. Wallace P. M & Gotlib I. H. Marital Adjustment during the Transition to Parenthood: Stability and Predictors of Change. *Journal of Marriage and the Family*. 1990; 52(1): 21-29. [\[Link\]](#)
4. Sevinç M & Garip E. S. A study of parents' child raising styles and marital harmony. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2010; 2:1648–1653. [\[Link\]](#)
5. Wittenborn K, Ridenour A, MitchellRyan A & Seedall B. Randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy compared to treatment as usual for depression: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2018; 45: 395-409. [\[Link\]](#)
6. Bartolo G, Benedetto L & Ingrassia M. Couple's well-being and parenting in the transition to parenthood: what are the gender differences? *Interdisciplinary Journal of Family Studies*. 2013; 18(1): 30-50. [\[Link\]](#)
7. Matysiak A, Mencarini L & Vignoli D. Work-family conflict moderates the relationship between childbearing and subjective well-being. *European Journal of Population*. 2016; 32(3): 355–379. [\[Link\]](#)
8. Schwartz AL. Marital quality, acculturation, and communication in Mexican American couples. [Dissertation]. Utah State University, Logan, Utah. 2011. [\[Link\]](#)
9. Vazhappilly JJ & Reyes M.E.S. Efficacy of emotion-focused couple's communication program for enhancing couples' communication and marital satisfaction among distressed partners. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2017; 48(2): 79-88. [\[Link\]](#)
10. Prager K.J & Roberts L. Deep Intimate Connection: Self and Intimacy in Couple Relationships. In Mashek, D. and Aron, A. (Eds.) *The Handbook on Closeness and Intimacy*. Lawrence-Ehrlbaum. 2008. [\[Link\]](#)
11. Pielage S, Luteinjin F & Arrindell W. Adult attachment, intimacy and psychological distress in a clinical and community sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2005; 12: 455- 464. [\[Link\]](#)
12. Olson D. H. FACES IV and the Circumplex Model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2011; 37(1): 64-80. [\[Link\]](#)
13. Mühlenbeck C, Pritsch C, Wartenburger I, Telkemeyer S and Liebal K. Attentional Bias to Facial Expressions of Different Emotions – A Cross-Cultural Comparison of Akhoo Haiom and German Children and Adolescents. *Front. Psychol*. 2020; 11:795. [\[Link\]](#)
14. Vandeleur CL, Jeanpretre N, perrez M, schoebi D. Cohesion, satisfaction with family Bonds, and Emotional Well-Being in families with Adolescents. *Journal of Marriage and Family*. 2009; 17: 1205-121. [\[Link\]](#)
15. Bozorgmanesh K, Nazari A & Zahrakar K. Effectiveness of family therapy on its cohesion and flexibility. *Journal of Holistic nursing and midwifery*. 2016; 26(4):27-35. [\[Link\]](#)
16. Trillingsgaard T, Baucom K. J. W & Heyman R. E. Predictors of change in relationship satisfaction during the transition to parenthood. *Family Relations*. 2014; 6: 667–679. [\[Link\]](#)
17. Trillingsgaard T, Baucom K. W, Heyman R. E & Elklit A. Relationship interventions during the transition to parenthood: Issues of timing and efficacy. *Family Relations*. 2012; 61: 770 – 783. [\[Link\]](#)
18. Jones D. E, Feinberg M. E, Hostetler M. L, Roettger M. E, Paul I. M & Ehrenthal D. B. Family and child outcomes 2 years after a transition to parenthood intervention. *Family Relations*. 2018; 67: 270–286. [\[Link\]](#)
19. Johnson S. M. Attachment in action. Changing the face of 21st century couple therapy. *Current Opinion in Psychology*. 2019; 25: 101–114. [\[Link\]](#)
20. Wiebe S.A, Johnson S.M, Lafontaine M.F, Burgess M.M, Dalgleish T.L, Tasca GA. Two-Year Follow-up Outcomes in Emotionally Focused Couple Therapy: An Investigation of Relationship Satisfaction and Attachment Trajectories. *J Marital Fam Ther*. 2017; 43(2):227-244. [\[Link\]](#)
21. Welch S, Lachmar E, & Wittenborn K. Establishing safety in emotionally focused couple therapy: A single-case process study. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2019; 45: 402-415. [\[Link\]](#)
22. Philipp A, Lee J, Stamm T, Wininger M, Datler W. Co-parenting Intervention for Expectant Parents Affects Relationship Quality: A Pilot Study, *Tohoku J. Exp. Med*. 2020; 252: 33-43. [\[Link\]](#)
23. Zuccarini D, Johnson S.M, Dalgeish T.L & Makinen J.A. Forgiveness and Reconciliation in Emotionally Focused Therapy for Couples: The Client Change

- Process and Therapist Interventions. Journal of Marital Fam Ther. 2013; 39(2): 148-62. [Link]
24. Tie S & Poulsen Sh. Emotionally focused couple therapy with couples Facing Terminal Illness. Contemp Fam Ther. 2013; 35:557-567. [Link]
25. Khojastemehr R, Abaspoor Z, Rajabi R. The comparison of Cohesion, Adaptability, communication and marital satisfaction in high forgiving and low forgiving married employees in Ahvaz offices, journal of education and psychology. 2008; 15(1):179-194. [Link]
26. Schaefer M.T & Olson D.H. Assessing intimacy: The pair inventory. Journal of marital and family therapy. 1981; 7: 47-60. [Link]
27. Khojastemehr R, Ahmadi A, Sodani M & Shiralinia Kh. Effectiveness of brief integrative couples counseling on emotional intimacy and marital quality of couples. Contemporary Psychology. 2016; 10(2): 29-40. [Link]
28. Khoshkam s, Ahmadi A & Abedi M.R. The effect of communication Training on couples relationship in Isfahan. Counseling research and development. 2008; 6(24): 123-136. [Link]

