

مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی گلاسر و درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زناشویی و رضایت زناشویی در

زنان خیانت‌دیده شهر تهران

فروغ السادات موسوی^۱

حسین اسکندری*

فریبرز باقری^۳

چکیده:

زندگی خانوادگی با خطراتی گره خورده است که استمرار حیات خانوادگی و سلامت خانواده را مختل میکنند. یکی از این خطرهای خیانت زناشویی است که مشکلات زیاد و آثار روانی بسیاری برای شخصی که مورد خیانت واقع شده است، در پی دارد. بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو روش درمانی، واقعیت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر زنان خیانت‌دیده شهر تهران بود. طرح تحقیق از نوع شبه‌آزمایشی با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل و جامعه شامل تمامی زنان متأهلی بود که مورد خیانت واقع شده و به مراکز مشاوره سازمان بهزیستی شهر تهران مراجعه کرده بودند. نمونه ۴۵ نفر از مراجعین بود که به صورت تصادفی در سه گروه (آزمایش ۱، آزمایش ۲ و کنترل) و هر گروه ۱۵ نفر، قرار گرفتند. هر گروه آزمایش ۸ جلسه تحت مداخله قرار گرفت. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه کیفیت زناشویی (باسبی و همکاران، ۱۹۹۵) و رضایت زناشویی انریچ (السون، فورنیر، دراکمن، ۱۹۸۹) بود. نتایج آماری حاکی از آن بود که هر دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری داشتند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره نیز نشان داد که میان دو گروه روش درمانی گلاسر و هیجان‌مداری از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج به دست آمده از آزمون تقریبی LSD حاکی از آن بود بین اثربخشی درمان گلاسر و هیجان‌مداری بر میزان کیفیت روابط زناشویی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد اما نمره رضایت زناشویی در روش درمانی هیجان‌مدار بالاتر از روش درمانی گلاسر می‌باشد. بنابراین هر دو درمان در افزایش کیفیت و رضایت زناشویی موثر بوده و درمان هیجان‌مدار در متغیر رضایت زناشویی اثربخش‌تر از واقعیت‌درمانی بوده است.

کلمات کلیدی: خانواده، خیانت زناشویی، واقعیت‌درمانی، هیجان‌مدار، کیفیت زناشویی، رضایت زناشویی

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

نوسنده مسئول Sknd4 ۰@gmail.com

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

یکی از ویژگی‌های ازدواج تعهد و پابندی هر یک از همسران نسبت به یکدیگر و حقوق متقابل بوده، به گونه‌ای که این تعهد شالوده زندگی مشترک است؛ در غیر اینصورت اعتماد متقابل بین همسران یا اعضای خانواده کمتر و کمتر خواهد شد. اگر در اعتماد و احساس امنیت زوجین شکافی به وجود بیاید، زندگی پویایی و نشاط خود را از دست داده و باعث زخم خوردگی در یکی و یا شاید، هر دوی آن‌ها شود. روابط فرازناشویی اساسی‌ترین جزء رابطه زناشویی که همان اعتماد است را خدشه دارد می‌کند؛ افزون بر این، روابط فرازناشویی یکی از دلایل عمده طلاق و از هم پاشیدن خانواده است (اسچیکلفورد؛ ۲۰۰۸، به نقل از شهیاد، ۱۳۹۶، ص ۷۷). فرهنگ لغت انگلیسی آکسفورد خیانت را به عنوان رابطه جنسی یک فرد متاهل با کسی غیر از همسر خود تعریف کرده است. اما محققان حاضر این تعریف را گسترش داده‌اند که عبارتند از: خیانت جنسی (رابطه جنسی بدون درگیری عاشقانه)، خیانت عاشقانه (درگیری عاشقانه بدون هیچ گونه رابطه جنسی) و درگیری جنسی و عاشقانه (گلاس و رایت؛ ۱۹۹۲؛ به نقل از فیشر و آرون؛ ۲۰۱۰، ص ۳).

با وجودی که اکثر آمریکاییان خیانت را ناپسند تلقی می‌کنند (طبق نظرسنجی گالوپ، ۹۰٪ آن را غیرعادی می‌دانسته و ۶۵٪ می‌گویند که غیر قابل تحمل است)، با این حال برآورد می‌شود که حدود ۲-۴٪ از همسران هر ساله در یک رابطه جنسی فر زناشویی درگیر هستند (جوی؛ ۱۹۹۴؛ تریس و گیسن؛ ۲۰۰۰؛ ویشمن، گوردون، چاتاوی، ۲۰۰۷؛ به نقل از فینچام و می؛ ۲۰۱۷، ص ۷۱). قبح این رفتار به ویژه در جامعه ایران، باعث شده است که آمار و ارقام دقیق و رسمی درباره آن وجود نداشته باشد. این در حالی است که متخصصان حوزه‌های حقوق، روانشناسی و جامعه‌شناسی اتفاق نظر دارند که این نوع رفتار در جامعه امروز ایران با روندی روبه رشد در حال گسترش است و تا کنون در گروه‌های اجتماعی گوناگون مشاهده شده است (اجتهادی و واحدی، ۱۳۹۶، ص ۱۰۷).

با توجه به انتظار وفاداری، هزینه‌های خیانت به طور بالقوه می‌تواند برای افراد درگیر آن، رابطه زناشویی و فرزندان بالا باشد. خیانت به طور معناداری با سلامت روان پایین‌تر، به خصوص افسردگی و اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و از هم گسستگی رابطه/طلاق همراه است (فینچام و می، ۲۰۱۷، ص ۷۲). پیامدهای خیانت به همسر می‌تواند بسیار مخرب باشد. ضربه خیانت به همسر و کشف آن، برای بسیاری از همسران آن چنان شوک آور است که می‌تواند منجر به اختلالات پس از ضربه در آن‌ها شده و علائم اختلال پس از ضربه را در آن‌ها ایجاد کند (فرح بخش و قنبری، ۱۳۸۵، ص ۱۷۴).

1 Shikelford

2 Infidelity

3 Gass & Wright

4 Fisher & Aron

5 Goi

6 Teas & Giesen

7 Whman, Gordon & Chatav

8 Fincham & May

خیانت می تواند کیفیت ارتباطات زناشویی را تحت تاثیر قرار دهد. آنچه که امروزه برای همسران در نهاد اجتماع بنیاد ازدواج اهمیت دارد برآیند کلی حاصل از ازدواج است که در مفهوم کیفیت زناشویی^۱ تبلور می یابد. کیفیت زناشویی مفهومی چند بعدی است و شامل ابعاد گوناگون روابط زوجین مانند سازگاری، رضایت، شادمانی، انسجام و تعهد می شود (تروکسل^۲؛ ۲۰۰۶، به نقل از بهراد فر و همکاران، ۱۳۹۵، ص ۴) و هر گونه وقوع رابطه فرازناشویی به طور بالقوه می تواند به انحلال رابطه زناشویی کمک کند (پرویتی و آماتو^۳؛ ۲۰۰۴، ص ۲۱۸).

همچنین روابط فرازناشویی ممکن است به عنوان یک عامل تسهیل کننده عمل کرده و نارضایتی های بنیادی را در ازدواج ظاهر سازد (شهید، ۱۳۹۶، ص ۷۷). رضایت از زندگی زناشویی^۴ را می توان به عنوان ارزیابی ذهنی یک فرد تعریف کرد که منافع و هزینه های ازدواج را درک می کند. مزایای درک شده بیشتر منجر به رضایت بیشتر می شود در حالیکه هزینه های بیشتر به فرد منجر به رضایت زناشویی می شود (نادیا و شاهد، ۲۰۱۲؛ به نقل از آنگوسامی، کاپوسامی، آنانتارامان^۵؛ ۲۰۱۷، ص ۸۵).

هاو کینز^۶ رضایت زناشویی را به عنوان یک احساس شادی، رضایت و لذت که توسط شوهر یا همسر زمانی که همه جنبه های ازدواج آنها را در نظر می گیرد، تجربه می شود، تعریف کرده است. همچنین یکی از مهمترین شاخص های رضایت از زندگی و عملکرد خانواده است (توکلی، ۲۰۱۷، ص ۱۹۷).

امروزه رضایت زناشویی و کیفیت زناشویی به صورت جداگانه و یا هر دو با همدیگر، در بسیاری از پژوهش ها به عنوان مهم ترین شاخصه های زندگی زناشویی پایدار و رضایت بخش در نظر گرفته می شوند. رویکردهای متعددی برای مداخله در حل تعارضات و آسیب های زناشویی، افزایش رضایت از زندگی زناشویی و کیفیت زندگی زناشویی به کار گرفته شده است. یکی از این رویکردها، استفاده از آموزش تئوری انتخاب یا واقعیت درمانی^۷ است که توسط گلاسر^۸ ابداع شده است (دیزجانی و خرامین، ۱۳۹۵، ص ۱۸۸ و ۱۸۹). هدف واقعیت درمانی، کاهش کنترل بیرونی و رشد کنترل درونی در زوجین است، هدف آن است که زوجین نیاز به کنترل همسر را در خود کاهش دهند و بیشتر به کنترل خود پردازند، یعنی به جای سعی در به کنترل درآوردن همسر، سعی در به کنترل درآوردن رفتار خود داشته باشند. به علاوه هر یک از آنها رفتارهای خود را مورد ارزیابی قرار دهند که تا چه اندازه می تواند زندگی زناشویی آنها را تقویت و مستحکم سازد. گلاسر معتقد است که برای تقویت پایه های زناشویی بهتر آن است که دو زوج خواسته ها و تصاویر دنیای کیفی خود را با هم در میان گذارند و آنچه را می خواهند بدون ترس و واهمه با هم دیگر مطرح سازند. عدم طرح

1 Mital quality

2 Troksel

3 Beviti & Amato

4 Mital satisfaction

5 Agusamy, Kappusamy, Anantharaman

6 Hawkins

7 Reality therapy

8 Gasser

خواستارها و تصاویر دنیای کیفی موجب دلخوری و دلخوری موجب انتقاد و سرزنش و نهایتاً موجب کاهش اعتماد بین دو طرف می‌گردد و در نتیجه وفاداری و تعهد به یکدیگر برای آنها یک امر غیرمعمول و غیرعادی می‌شود و به همین دلیل بسیاری از زوجین از هم طلاق می‌گیرند (گلاسر، ۲۰۰؛ به نقل از عباسی، احمدی، فاتحی زاده، بهرامی، ۱۳۹۵، ص ۴۲). رویکرد واقعیت‌درمانی به مشاوره و حل مسائل بر فعالیت‌های اینجا و اکنون مراجع و توانایی وی در ایجاد و انتخاب یک آینده بهتر تمرکز دارد. معمولاً، مراجعین به دنبال کشف آنچه که واقعاً می‌خواهند هستند و اینکه چطور می‌توانند رفتارهایی را برای دستیابی به این اهداف انتخاب کنند (سلطانی، افشاری، بهره‌دار، ۲۰۱۶، ص ۴۶۴). نتایج برخی پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی واقعیت‌درمانی در مشکلات زناشویی است. نتایج پژوهش حدیده‌ئی (۱۳۹۴) با عنوان بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر بخشش و سازگاری زناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر، نشان داد که واقعیت‌درمانی بر بخشش و سازگاری زنان خیانت‌دیده موثر است. عباسی، احمدی، فاتحی زاده و بهرامی (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان دادند که واقعیت‌درمانی گلاسر، تعهد شخصی زوجین را افزایش می‌دهد، ولی بین زنان و مردان از نظر میزان تعهد شخصی برحسب جنسیت، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

یکی دیگر از رویکردهای درمانی در مشکلات زناشویی، درمان هیجان‌محور (EFT) است که توسط جانسون و گرینبرگ (۱۹۸۵) ابداع شده است. EFT یک رویکرد ساختار یافته کوتاه مدت (تقریباً بین ۸ تا ۲۰ جلسه) در زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی است که بر پایه مفاهیم واضح و روشن از ناراحتی‌های زناشویی و عشق بزرگسالی بنا شده است (جانسون و گرینبرگ، ۱۹۸۵؛ به نقل از اعتمادی و احمدی، ۱۳۹۵، ص ۹۸).

فرضیه اصلی درمان هیجان‌مدار (EFT) این است که هیجان در ابتدای ساختن خود، پایه و اساس و عامل تعیین‌کننده‌ای برای خودسازمان‌دهی است (گرینبرگ، ۲۰۰۴، ص ۳). بنابراین هدف درمان هیجان‌مدار این است که از طریق کمک به همسران برای دسترسی پیدا کردن به هیجان‌های اصلی و نیازهای زیربنایی واکنش‌های خود حمایتی در روابط، تعاملات را بازسازی کرده و در نتیجه چرخه‌های جدیدی از درگیری رابطه‌ای را خلق کند (کرمخانی، رولی، داورنیا، ۱۳۹۶، ص ۵۸). مرور پیشینه تجربی حاکی از آن است که پژوهش‌های آزمایشی مکرر نشان داده‌اند که رویکرد درمانی هیجان‌مدار در درمان آشفتگی‌های زناشویی موثر بوده است (زاخارینی، جانسون، داگلاش و ماکینن^۲، ۲۰۱۲؛ داگلاش و همکاران، ۲۰۱۵؛ گرینبرگ، واروار و مالکولم^۴، ۲۰۱۰).

به طور مثال دانگلائی، جانسون، بورگس موسر، لافونتاینه، ویه و تاسکا^۵ (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان پیش‌بینی تغییر در میزان رضایت زناشویی در طول زوج‌درمانی هیجان‌مدار، با حضور ۳۲ زوج و ۱۴ درمانگر که حدود ۲۱ جلسه EFT

1 Emotionally – Focused therapy

2 Zaccarini, Johnson, Dagleish & Makinen

3 Dagleish & et al

4 Greenberg, Warwar, Malkolm

5 Dagleish, Johnson, Burgess Moser, Lafontaine, Wiebe & Tasca

را ارائه می داد، این مدل زوج درمانی هیجان مدار مبتنی بر دلبستگی را آزمایش کردند. نتایج نشان داد افرادی که دلبستگی اضطرابی و سطوح بالاتری از کنترل هیجانی داشتند، تغییرات بیشتری در رضایت زناشویی پس از جلسات درمانی داشتند. در پژوهشی پلوسو^۱ و همکاران (۲۰۰۷) با هدف درمان جراحات های دلبستگی از طریق درمان هیجان مدار نشان دادند که می توان این جراحات ها را از طریق درمان هیجان مدار بهبود بخشید. در این پژوهش ۲۰ زوج به خاطر جراحات های دلبستگی تحت زوج درمانی هیجان مدار قرار گرفتند. نتایج درمان نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار توانسته است باعث افزایش سازگاری زناشویی، گذشت و اعتماد و کاهش افسردگی و جراحات های دلبستگی در زوجین شود. کشاورز، اعتمادی، احمدی و سعدی پور (۲۰۱۳) در پژوهشی به بررسی مقایسه ی اثربخشی درمان هیجان مدار با درمان سازه های شخصی بر رضایت زناشویی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که درمان سازه های شخصی بر رضایت زناشویی زوجین شهر تهران مؤثرتر از درمان هیجان مدار است، ولی پس از گذشت ۳ ماه نتایج پیگیری نشان داد که تفاوتی بین دو گروه مشاهده نشد.

به نظر می رسد که خیانت، با آسیب به زندگی مشترک، کیفیت و رضایت زناشویی را کاهش می دهد و این کاهش، اگر به طلاق منجر نشود، قطعاً به ایجاد مشکلات عدیده ای در خانواده و نهایتاً جامعه، ایجاد خواهد کرد. روابط پنهانی خارج از حیطه زناشویی و یا به عبارت دیگر، خیانت زناشویی، همیشه موجب ضربه دید احساسی به طرفین می شود. این نوع روابط باعث بروز نشانه هایی شبیه اختلال استرس پس از سانحه و همچنین احساساتی همچون افسردگی، خشم، ناامیدی، عدم اعتماد به نفس، از دست دادن هویت و احساس بی ارزشی در همسری می شود که به او خیانت شده است (امارزو، میلر، شولتز و تیمرمن، ۲۰۱۲). لذا پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی دو درمان هیجان مدار و واقعیت درمانی در آسیب های ناشی از خیانت بر روی زنان آسیب دیده از خیانت پرداخته و به دنبال پاسخگویی به این سوال است که کدام یک از روش های درمانی اثربخشی بهتری در بهبود زندگی زناشویی پس از آسیب خیانت، خواهند داشت.

1 Peluso

2 Omarzu, Miller, Schultz, Timmerman

روش شناسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه-آزمایشی با دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل و ارزیابی به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. در ابتدا پیش‌آزمون از هر سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) برای سنجش میزان کیفیت زناشویی و رضایت زناشویی، گرفته شد و سپس بر گروه اول آزمایش مداخله از نوع واقعیت‌درمانی گلاسر و گروه دوم آزمایش، مداخله از نوع درمان هیجان‌مدار اجرا شد. در نهایت پس از اتمام جلسات درمانی، از تمامی گروه‌ها پس‌آزمون گرفته شد و نمرات گروه‌ها با یکدیگر مقایسه گشتند.

جامعه آماری شامل تمامی زن‌هایی بود که به دلیل خیانت از جانب همسر، به مراکز مشاوره سازمان بهزیستی شهر تهران مراجعه کرده بودند و نمونه شامل ۴۵ نفر از زنان خیانت‌دیده شهر تهران و هر گروه (آزمایش ۱، آزمایش ۲ و کنترل) شامل ۱۵ نفر بود. در ابتدا نمونه‌گیری به شیوه تصادفی از نوع خوشه‌ای چند مرحله‌ای و از ۲۲ منطقه شهر تهران، ۵ منطقه به صورت تصادفی انتخاب شد. این مناطق شامل منطقه ۲، ۷، ۱۱، ۱۶ و ۲۱ بودند. سپس از هر منطقه ۲ مرکز مشاوره بصورت تصادفی انتخاب و از تمامی مراکز مشاوره‌ی منتخب، ۴۵ نفر از زنان خیانت‌دیده، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیده و در مرحله آخر به صورت تصادفی در یکی از سه گروه آزمایش ۱، آزمایش ۲ و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: تمایل به حضور در جلسات آموزشی، زن بودن، مورد خیانت واقع شدن، نداشتن سابقه اختلال روانی بر اساس مصاحبه بالینی، گذشت حداقل یک سال از زندگی مشترک، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، داشتن حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۴۰ سال، و نداشتن فرزند. معیار خروج نمونه از پژوهش عبارت بودند از: عدم تمایل به ادامه همکاری، طلاق قانونی. به منظور گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌ها و برنامه‌های درمانی تدوین شده زیر استفاده شده است:

پرسشنامه کیفیت روابط زناشویی^۱: این پرسشنامه توسط باسبی و همکاران (۱۹۹۵) با ۱۲ سوال و سه خرده‌مقیاس همفکری و توافق، رضایت و انسجام می‌باشد. این پرسشنامه به صورت لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً موافق ۵ تا کاملاً مخالف ۰ بصورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شود. پایایی پرسشنامه به شیوه‌ی آلفای کرونباخ در مطالعه‌ی (میلر و هالسیت^۲، ۲۰۰۵) از ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. عیسی‌نژاد، احمدی و اعتمادی (۱۳۸۹) در پژوهشی به بررسی مشخصات روانسنجی این پرسشنامه را براساس ضریب پایایی همسانی درونی از جمله آلفای کرونباخ و تصنیف برای ۱۴ ماده و سه عامل در کل پرسشنامه به ترتیب با مقدار ۰/۹۲ و ۰/۸۹ رضایت بخش گزارش نمود. همچنین ضرایب روایی همگرایی کیفیت زناشویی با پرسشنامه رضایتمندی زناشویی، پرسشنامه ارزیابی همبستگی زوجین و مقیاس سازگاری

1 Marital quality

2 Busby & et al

3 Miller & Holsit

توافق دو نفری به ترتیب (۰/۳۹ و ۰/۳۶ و ۰/۳۳) بدست آمده است. پژوهش حاضر با هدف پیش بینی کیفیت رضایت زناشویی براساس مولفه های هوش معنوی (زندگی معنوی و اتکاء به هسته درونی) در زوجین شهر اصفهان صورت پذیرفت. در این پژوهش از شاخص های آمار توصیفی (نظیر میانگین و انحراف معیار) و روش های آماری استنباطی برای آزمون میزان پیش بینی کنندگی مولفه های هوش معنوی در متغیر کیفیت رضایت زناشویی استفاده گردید.

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ: این پرسشنامه توسط السون، فورنیر و دراکمن (۱۹۸۹، نقل از ثنایی، ۱۳۷۹) طراحی شده که به منظور ارزیابی زمینه های بالقوه مشکل زا یا شناسایی زمینه های قدرت و پربارسازی روابط زناشویی به کار می رود. نسخه اصلی از ۱۱۵ سوال دارد که شامل ۱۲ خرده مقیاس است. اما سلیمانی (۱۳۷۳) در پژوهشی تحت عنوان “بررسی تاثیر تفکرات غیر منطقی بر اساس رویکرد شناختی بر نارضایتی زناشویی” فرم کوتاهی از این پرسشنامه را تهیه کرد که دارای ۴۷ سوال بود و در این پژوهش از این فرم استفاده شده است. همبستگی درونی آزمون را سلیمانی و نوابی نژاد (۱۳۷۳) همبستگی درونی برای فرم کوتاه ۰/۹۵ محاسبه و گزارش کردند. این پرسش نامه شامل مولفه های مختلفی مانند رضایت زناشویی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، روابط جنسی، فرزندان و فرزندپروری، ارتباط با خانواده و دوستان است.

مداخله درمانی گلاسر (واقعیت درمانی): این پروتکل بر گرفته از پروتکل درمانی تهیه شده توسط عباسی، احمدی، فاتحی زاده و بهرامی (۱۳۹۵) همراه با تغییراتی برای متناسب سازی با درمان گروهی تک زوجی (فقط زنان) بوده و پس از بررسی اساتید بالینی و تایید آن به شکل زیر در آمده است.

جدول ۱. خلاصه ای از شرح جلسات واقعیت درمانی

جلسه	ساختار جلسات
اول	مصاحبه اولیه، گرفتن پیش آزمون، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، آشنایی با مفاهیم روان شناسی کنترل درونی و بیرونی، بیان اهداف و قواعد گروه و معرفی دوره، طرح سوالات اساسی، آموزش مفاهیم کنترل درونی و بیرونی، انتخاب رفتار کلی و ارائه بازخورد.
دوم	جلسه آموزش دنیای کیفی. شامل شناخت دنیای کیفی و عکس های درون آن، ارزیابی و سنجش دنیای کیفی خود، شناخت دنیای کیفی همسر و عکس های درون آن، چگونگی راهیابی به دنیای کیفی و درک آن.
سوم	جلسه آموزش هفت رفتار مهلک. شامل ارزیابی میل به کنترل دیگران توسط خود فرد، شناسایی و آموزش هفت عادت مهلک در زندگی به زوجین، و آموزش نقش هفت رفتار مهلک در روابط زوجین
چهارم	آموزش هفت رفتار مهرورزی. شامل آموزش ویژگیهای روابط دوستانه و فرق آن با روابط زناشویی شخص؛ و آموزش هفت رفتار مهرورزی به شخص و نقش آن در بهبود روابط زوجین و رسیدن به خواسته ها.
پنجم	آموزش نیازهای اساسی. شامل آموزش پنج نیاز اساسی به اعضا؛ و کمک به درک پنج نیاز اساسی خود.
ششم	شناخت نیازهای اساسی همسر. شامل ارزیابی سطح نیاز؛ ارزیابی نیازها؛ و آموزش تفاوت نیازها در زن و مرد
هفتم	آموزش دایره حل. شامل آموزش دایره فرضی حل؛ تشکیل دایره فرضی حل مشکل

هشتم ارزیابی محتوای آموزشی جلسات قبلی و اجرای پس‌آزمون. شامل مرور کاربرد جلسه قبل؛ ارزیابی از اعضا در زمینه درک مفاهیم زیر: انتخاب رفتارها، کنترل درونی و بیرونی، دنیای کیفی، نیازهای اساسی هفت رفتار مهرورزی و هفت رفتار مهلک؛ جمع بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک اعضا و در نهایت ارائه پس‌آزمون.

یافته‌ها

در این پژوهش با هدف مقایسه تاثیر آموزش واقعیت‌درمانی گلاسر و درمان هیجان‌مدار بر کیفیت روابط زناشویی و رضایت زناشویی زنان متأهل، به تحلیل و آزمون فرضیه‌های پژوهش پرداخته شد. در ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، نتایج داده‌های بدست آمده از متغیرهای پژوهش و آموزش توصیف شده‌اند. سپس پیش‌فرض‌های آماری لازم برای استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس، شامل آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات گروه نمونه در جامعه و آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس‌ها، تحلیل گردیدند. همچنین اثر پیش‌آزمون با استفاده از روش تحلیل کوواریانس کنترل گردیده است. در نهایت فرضیه‌های پژوهش با این روش آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیر کیفیت روابط زناشویی

آزمون	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره
آزمایشی گلاسر	پیش آزمون	۳۷,۴۶	۷,۵۲	۲۵	۵۰
	پس آزمون	۵۳,۲۰	۵,۶۸	۴۰	۶۰
آزمایشی هیجان‌مدار	پیش آزمون	۳۶,۲۶	۶,۹۳	۲۵	۴۸
	پس آزمون	۵۱	۴,۳۹	۴۵	۶۰
گروه کنترل	پیش آزمون	۳۳,۴۶	۶,۹۲	۱۸	۴۵
	پس آزمون	۳۲,۶۰	۷,۶۳	۱۵	۴۵

همان‌طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود، میانگین نمرات کیفیت روابط زناشویی در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۳۳,۴۶ و در مرحله پس‌آزمون برابر ۳۲,۶۰ می‌باشد، در حالیکه میانگین نمرات کیفیت روابط زناشویی در گروه آزمایش گلاسر در پیش‌آزمون ۳۷,۴۶ و در پس‌آزمون برابر ۵۳,۲۰ است و میانگین آن در گروه آزمایشی هیجان‌مدار در مرحله پیش‌آزمون ۳۶,۲۶ و در پس‌آزمون برابر ۵۱ می‌باشد. میانگین، انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون ابعاد کیفیت روابط زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول (۳) ارائه شده است.

میانگین، انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون رضایت زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیر رضایت زناشویی

آزمون	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره
آزمایشی گلاسر	پیش آزمون	۵۵,۴۰	۶,۱۵	۴۵	۶۵
	پس آزمون	۶۴,۰۶	۸,۴۷	۵۵	۸۰
آزمایشی هیجان پذیری	پیش آزمون	۷۴,۰۶	۱۶,۵۲	۵۵	۱۰۵
	پس آزمون	۱۴۷,۰۷	۲۴,۳۹	۱۰۰	۱۸۰
گروه کنترل	پیش آزمون	۶۴,۸۰	۱۳,۲۰	۴۷	۹۰
	پس آزمون	۶۳,۶۰	۱۳,۵۴	۴۵	۹۵

همان‌طور که در جدول شماره (۳) مشاهده می‌شود، میانگین نمرات رضایت زناشویی در گروه کنترل در مرحله پیش آزمون برابر با ۶۴,۸۰ و در مرحله پس آزمون برابر ۶۳,۶۰ می‌باشد، در حالیکه میانگین نمرات رضایت زناشویی در گروه آزمایشی گلاسر در پیش آزمون ۵۵,۴۰ و در پس آزمون برابر ۶۴,۰۶ است. و میانگین آن در گروه آزمایشی هیجان پذیری در مرحله پیش آزمون ۷۴,۰۶ و در پس آزمون برابر ۱۴۷,۰۷ می‌باشد.

جدول ۴. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات

گروه	مقدار آماری	درجه آزادی	معناداری
روابط کیفیت	۰/۱۶	۱۵	۰/۲۰
گروه درمانی گلاسر	۰/۱۷	۱۵	۰/۲۰
گروه درمانی هیجان مدار	۰/۱۸	۱۵	۰/۱۶
کنترل	۰/۱۳	۱۵	۰/۲۰
گروه درمانی گلاسر	۰/۱۴	۱۵	۰/۲۰
گروه درمانی هیجان مدار	۰/۲۱	۱۵	۰/۰۶۵
کنترل			

همانگونه که در جدول (۴) مشاهده می‌گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در تمام متغیرها تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون و در هر دو گروه کنترل و آزمایشی هیجان مدار و گلاسر تأیید گردید ($P > 0/05$ و $df=15$).

جدول ۵. نتایج آزمون همگونی واریانس ها در متغیرهای پژوهش

مقدار آماری	درجه آزادی	درجه آزادی	سطح معناداری
۰,۱۶	۲	۴۲	۰/۸۴
۱,۳۵	۲	۴۲	۰/۲۶
۶,۶۱	۲	۴۲	۰,۰۰۳
۴,۳۷	۲	۴۲	۰,۰۱۹

همانطور که در جدول (۵) مشاهده می‌شود، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در متغیر کیفیت روابط زناشویی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تایید می‌شود ($P > 0.05$).

جدول ۶. تعامل متغیر مستقل و همپراش

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
تعامل متغیر رضایت زناشویی و گروه	۶۸۴۶۶٫۵۵	۳	۲۲۸۲۲٫۱۸	۷۳٫۵۸	۰/۰۰۰
تعامل متغیر کیفیت روابط و گروه	۳۶۴۸٫۵۴	۳	۱۲۱۶٫۱۸	۲۸٫۸۵	۰٫۰۰۰

برای بررسی همگونی شیب رگرسیون، تعامل بین متغیر مستقل و همپراش را محاسبه می‌کنیم. همانطور که جدول بالا نشان می‌دهد مقدار F برای رضایت زناشویی معنادار نیست ($df = 3$ و $F = 73.58$ و $Sig < 0.05$). و همچنین مقدار F برای کیفیت روابط زناشویی معنادار نیست ($df = 3$ و $F = 28.85$ و $Sig < 0.05$) بنابراین پیش فرض همگونی شیب رگرسیون رعایت نشده است.. لازم به ذکر است که با توجه به فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها به دو گروه می‌توان نقص این شرط تحلیل کوواریانس را نادیده گرفت و به نتایج بدست آمده اعتماد کرد.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات کیفیت روابط زناشویی و رضایت زناشویی با کنترل نمرات پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	Df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری	مجذورات
آزمون اثر پیلایی	۰/۷۶	۲	۲۵	۴۰٫۹۳	۰/۰۰۰	۰/۷۶
آزمون لامبدای ویلکز	۰٫۲۳	۲	۲۵	۴۰٫۹۳	۰/۰۰۰	۰/۷۶
آزمون اثر هتلینگ	۳٫۲۷	۲	۲۵	۴۰٫۹۳	۰/۰۰۰	۰/۷۶
آزمون بزرگترین ریشه روی	۳٫۲۷	۲	۲۵	۴۰٫۹۳	۰/۰۰۰	۰/۷۶

جدول (۷) نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی میانگین‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون را نشان می‌دهد. همانطور که نتایج نشان می‌دهد مقدار F معنی‌دار بوده است ($df = 2$ و $F = 40.93$ و $Sig < 0.05$) و می‌توان نتیجه گرفت که میان دو گروه روش درمانی گلاسر و هیجان‌مداری از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (کیفیت روابط زناشویی، رضایت زناشویی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

بنابراین برای مقایسه گروه‌ها از آزمون تقریبی LSD استفاده شد.

جدول ۸. ضرایب نتایج آزمون مقایسه میانگین گروه‌ها با آزمون LSD

متغیر وابسته	روش‌های درمانی	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
کیفیت روابط	گلاسر	۵۳٫۲۰	۵٫۶۸	۲٫۲۰	۰٫۲۴
	هیجان‌مدار	۵۱	۴٫۳۹		
رضایت زناشویی	گلاسر	۶۴٫۰۶	۸٫۴۷	-۸۳٫۰۱	۰٫۰۰۰
	هیجان‌مدار	۱۴۷٫۰۷	۲۴٫۳۹		

با توجه به مقایسه میانگین گروهها در جدول (۸) می توان گفت بین اثر بخشی درمان گلاسر و هیجان مداری بر میزان کیفیت روابط زناشویی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد. براساس یافته های جدول فوق میانگین کیفیت روابط زناشویی دو گروه درمانی گلاسر و هیجان مدار به ترتیب (۵۳,۲۰ و ۵۱) متفاوت است و این تفاوت با توجه به مقدار P محاسبه شده (Sig=۰,۲۴) معنادار نیست.

همچنین بین اثر بخشی درمان هیجان مداری و گلاسر بر میزان رضایت زناشویی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. براساس یافته های جدول ۷, میانگین رضایت زناشویی دو گروه درمانی هیجان مداری و گلاسر ترتیب (۱۴۷,۰۷ و ۶۴,۰۶) متفاوت است و این تفاوت با توجه به مقدار P محاسبه شده (Sig=۰,۰۰۰) معنادار است. بنابراین نمره رضایت زناشویی در روش درمانی هیجان مدار بالاتر از روش درمانی گلاسر می باشد.

نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو روش درمانی هیجان مدار و واقعیت درمانی بر رضایت زناشویی و کیفیت روابط زناشویی زنان آسیب دیده از خیانت بود. نتایج آماری حاکی از آن بود که هر دو روش درمانی دارای اثربخشی بوده و اعضای هر دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری داشتند. این نتیجه همسو با پژوهش های دانگلاش، جانسون، بورگس موسر، لافونتاینه، ویبه و تاسکا^۱ (۲۰۱۴)، حدیده ئی (۱۳۹۴)، عباسی، احمدی، فاتحی زاده و بهرامی (۱۳۹۵)، زاخارینی و همکاران (۲۰۱۲)، دالگلیش و همکاران (۲۰۱۵) و گرینبرگ، واروار و مالکولم (۲۰۱۰)، سودانی، کریمی، هنرمند و نیسی (۱۳۹۱) بود. به نظر می رسد اگرچه مدل های مختلف درمانی ابعاد متفاوتی از رابطه و کارکرد خانواده را مورد مداخله قرار می دهند اما همه ی آنها به نوعی به کاهش مشکل و ارتقای عملکرد کمک می کنند (نقدی، ۱۳۹۵، ص ۱۰۵).

نتایج پژوهش حاضر، همچنین نشان داد که هر دو درمان هیجان مدار و واقعیت درمانی در افزایش کیفیت روابط زناشویی موثر بوده و تفاوت معناداری نداشتند. در تبیین نتایج این پژوهش در راستای اثربخشی درمان گلاسر شاید بتوان گفت، تأکیدی که گلاسر بر پذیرش مسئولیت رفتار هر فرد دارد به زوجین کمک میکند تا به جای پرداختن به رفتار همسر و زیر ذره بین قرار دادن او، رفتار خود را مورد بررسی قرار داده و به بررسی نقش خود در مشکلات زناشویی بپردازند و در نتیجه روابط خویش را بهبود ببخشند. مشاوران واقعیت درمانی بر اساس مفاهیم گلاسر سعی میکنند در مداخله های بالینی خود از طریق افزایش مسئولیت پذیری در زوجین و آموزش مهارت های ارتباطی، اعتماد و صمیمیت زناشویی را افزایش داده و احساس تعهد زوجین را تقویت سازند. یکی دیگر از عواملی که گلاسر در تحکیم و ثبات روابط

1 Dgleish, Johnson, Burgess Moser, Lafontaine, Wiebe & Tasca

زناشویی موثر میدانند، توجه زوجین به خواسته‌ها و نیازهای یکدیگر است. آنها می‌آموزند تا با استفاده از رفتارهای مهرورزی نیازهای خود و همسرشان را ارضا کنند (عباسی، احمدی، فاتحی زاده، بهرامی، ۱۳۹۵، ص ۴۲).

بر اساس نظر ووبولدینگ^۱ (۱۹۸۸)، هنگامی که اختلافات خانوادگی یا زناشویی وجود دارد، ناهماهنگی یا عدم همبستگی بین خواسته‌ها یا آلبوم‌های عکس هر عضو خانواده، به وجود می‌آید. این «آلبوم‌های عکس» تصاویری را از اینکه هر شخص پگ‌نه خواهان ارضای پنج نیاز اساسی است، نگه می‌دارد. تمام خانواده‌هایی که در حال مشاوره واقعیت‌درمانی هستند در ابتدا با دو شرایط روبرو می‌شوند: اولاً، یک عضو می‌خواهد که اعضای دیگر خانواده با تصاویر او مطابقت داشته باشد. ثانیاً، این فرد (کسی که مایل است بازی کند) تمایلی به تغییر این خواسته ندارد (دوبا، گراهام، بریتزمن، میناتریا، ۲۰۰۹، ص ۵). گلاسر معتقد است که برای تقویت پایه‌های زناشویی بهتر آن است که دو زوج خواسته‌ها و تصاویر دنیای کیفی خود را با هم در میان‌گذارند و آنچه را می‌خواهند بدون ترس و واهمه با هم دیگر مطرح سازند. عدم طرح خواسته‌ها و تصاویر دنیای کیفی موجب دلخوری و دلخوری موجب انتقاد و سرزنش و نهایت موجب کاهش اعتماد بین دو طرف می‌گردد و در نتیجه وفاداری و تعهد به یکدیگر برای آنها یک امر غیرمعمول و غیرعادی می‌شود و به همین دلیل بسیاری از زوجین از هم طلاق می‌گیرند. از دیدگاه گلاسر بهترین راه درمان مشکلات زناشویی، تغییر رفتار از طریق انتخاب اعمال مفید و سازنده است (عباسی، احمدی، فاتحی زاده، بهرامی، ۱۳۹۵، ص ۴۲).

همچنین درمان هیجان‌مدار بر کیفیت روابط زناشویی موثر است. این یافته‌ها همسو با گرین برگ، واروار و مالکولم^۳ (۲۰۰۹) است. آنها با زوج‌درمانی هیجان‌محور و تسهیل‌بخشش، به بررسی اثربخشی مداخله‌درمانی هیجان‌محور برای حل صدمات عاطفی پرداختند. در پایان درمان، ۱۱ زوج همسران خود را به طور کامل بخشیدند و شش نفر نسبت به بخشش پیشرفت کرده بودند. نتایج به طور کلی نشان داد که درمان هیجان‌محور در کاهش استرس زناشویی و بالا رفتن درجه بخشندگی در یک دوره کوتاه مدت مؤثر است اما جلسات اضافی برای ارتقای تغییرات پایدار ضروری است. بر طبق این رویکرد، به نظر می‌رسد وقتی افراد احساس می‌کنند که همسرشان در دسترس نیست، پاسخگو نیست، انتقادکننده یا طردکننده است، اغلب استراتژیهای تنظیم هیجانی‌ای را به کار می‌برند که ناخواسته اختلال رابطه را مداومت داده یا حتی تشدید کرده و پیوند بین آنها را تضعیف می‌کنند. اینها، شامل سرزنشگری مضطربانه و درخواست کردن یا کناره‌گیری کردن وی محلی می‌شوند. در مرحله اول درمان هیجان‌مدار، یعنی تنش‌زدایی، درمانگر به هر کدام از افراد کمک می‌کند تا بطور آگاهانه چرخه منفی خود را مشاهده کرده و ترک و طردی که این چرخه منفی ایجاد می‌کند را به عنوان دشمن متقابل خود ببینند. در مرحله دوم، یعنی بازسازی، همسران تلاش می‌کنند تا ترسها و خواسته‌های دلبستگی خود را کشف و در میان‌گذارند و به تدریج راه‌هایی را بیابند تا به طور روشن این ترسها و خواسته‌ها را به شیوه‌های

1 Wbolding

2 Diba, Graham, Britzman, Minatrea

3 Geenberg, Warwar & Malkolm

برای هم ابراز کنند که نزدیکی، دسترسی هیجانی و پاسخگو بودن یک پیوند ایمن تر را تسهیل کند. زوج می تواند پس از این وارد مرحله سه یعنی تحکیم منافع کسب شده در درمان شوند تغییر در درمان هیجان مدار زمانی رخ میدهد که درمانگران به افراد کمک میکنند تا عناصر موجود در این رقص رابطه ای مخرب را تغییر دهند. وقتی چرخه منفی مختل شده و پاسخها شروع به تغییر کردن میکنند، یک چرخه مثبت تر به وجود می آید که به شخص کمک میکند تا به سمت پیوندی ایمن تر پیش برود (جانسون، ۲۰۰۳، به نقل از بابایی گرمخانی، ۱۳۹۶، ص ۶۴).

بنظر می رسد که هر دوی این درمان ها، به افزایش گذشت در زنان خیانت دیده و در نتیجه افزایش رضایت زناشویی و کیفیت روابط زناشویی کمک می کنند. نتایج پالیری و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهش خود نشان دادند که گذشت میتواند کیفیت رابطه زناشویی را پیش بینی کند و همچنین بین گذشت و کیفیت روابط زناشویی در طی زمان، یک رابطه متقابل وجود دارد. تبیین این یافته میتوان گفت که زوجینی که از خود گذشت نشان نمی دهند، به احتمال خیلی زیاد کیفیت روابط زناشویی پایینی دارند. افرادی که همسر خود را می بخشند و اهل گذشت در زندگی زناشویی هستند، خودکنترلی و خودانگیزی بالایی دارند. از آن جایی که کیفیت روابط زناشویی شامل نحوه تعامل زن و شوهر و شیوه های مقابله آنها با موقعیت های تنش زای زندگی است. زوجینی که نسبت به یکدیگر عفو و گذشت را پیش می گیرند از کیفیت روابط زناشویی بالایی برخوردار هستند (موحدی، ۱۳۹۳، ص ۶۴۸).

همچنین یافته های پژوهش نشان داد که اگرچه تفاوت معناداری در و رویکرد درمانی در کیفیت روابط زناشویی مشاهده نشد، اما درمان هیجان مدار در افزایش رضایت زناشویی افراد اثربخش تر از واقعیت درمانی است. این یافته همسو با آراین فر، اعتمادی (۱۳۹۵) و ناهمسو با نتایج پژوهش کشاورز، اعتمادی، احمدی و سعدی پور (۲۰۱۳) است. آراین فر و اعتمادی (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی زوج درمانی یکپارچه نگر و هیجان مدار بر صمیمیت زناشویی زوجین آسیب دیده از خیانت همسر، نشان دادند دو رویکرد زوج درمانی در افزایش صمیمیت کلی زناشویی، هم درپس آزمون و هم در آزمون پیگیری اثر تقریباً یکسانی داشتند، در حالی که رویکرد زوج درمانی هیجان مدار هم درپس آزمون و هم در آزمون پیگیری، در افزایش میزان صمیمیت زناشویی زوجین آسیب دیده از خیانت همسر، در ابعاد هیجانی، عقلانی، ارتباطی، معنوی و جنسی، اثربخش تر از رویکرد زوج درمانی یکپارچه نگر بوده است. با این حال کشاورز و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی به بررسی مقایسه ی اثربخشی درمان هیجان مدار با درمان سازه های شخصی بر رضایت زناشویی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که درمان سازه های شخصی بر رضایت زناشویی زوجین شهر تهران مؤثرتر از درمان هیجان مدار است، هرچند پس از گذشت ۳ ماه نتایج پیگیری نشان داد که تفاوتی بین دو گروه مشاهده نشد.

درمان هیجان مدار، خیانت زناشویی را نوعی جراحت دل بستگی در ارتباط می داند جراحت دل بستگی به رخدادی حیاتی بر وی گردد که ضمن آن همسر در می یابد که نمی تواند روی طرف مقابل حساب کند. جراحت های دل بستگی

به عنوان، تخطی‌های صورت گرفته از پیوند انسانی، در نظر گرفته می‌شود که به شکل ترک شدگی‌ها و خیانت در مواقع بحرانی نیاز، بروز می‌یابد، آن‌گاه این تخطی‌ها موجب ایجاد یا تشدید ناامنی در یک پیوند دلبستگی می‌شوند (پلوسو، ۲۰۰۷؛ به نقل از آرین فر و اعتمادی، ۱۳۹۵، ص ۱۴).

این رویکرد از این رو هیجان مدار نامیده می‌شود که توجه ما را به اهمیت بارز هیجان و ارتباطات هیجانی در سازماندهی الگوهای تعاملی و تجارب مشخص اصلی که در روابط نزدیک جلب می‌کند. این رویکرد همچنین به جای نگرستن ساده بر هیجان به صورت بخشی از مشکل آشفتگی زناشویی بر آن به عنوان یک عامل نیرومند تغییر تأکید می‌ورزد. به طور کلی، هیجان در غالب موارد به طور ساده انگارانه‌ای به صورت تجلی ثانویه‌ای دیده می‌شود که در خلال رفتار / شناخت بروز می‌یابد یا به عنوان یک نیروی مزاحم خطرناک در درمان یا تنها یک عامل نابسند تغییر در نظر گرفته شده است. از برخی جهات همواره برای زوج درمانگران روشن بوده است که تغییر در عواطف یک جزء اساسی از ترمیم رابطه محسوب می‌شود، ولی چنین فرض شده است که این قبیل تغییرات از طریق ابزارهای شناختی و رفتاری محقق می‌شوند. با این حال در طی سالیان اخیر، نقش بارز هیجان در آشفتگی زناشویی و زوج درمانی بیش از پیش مورد پذیرش واقع شده است. مطالعه هیجان همچنان تداوم خود را حفظ کرده است. نقش اصلی تنظیم هیجانی و امتزاج هیجانی در آشفتگی و رضایتمندی زناشویی و ماهیت هیجانی دلبستگی‌های انسانی نیز بیشتر تبیین شده است. سایر رویکردهای غیر از شروع به باز نمودن برای تمرکز بر هیجان نموده‌اند. هر چند برخی از رویکردها نیز به هیچ وجه چنین جهت‌گیری را اتخاذ نکرده‌اند. به طوری کلی، در دهه اخیر، لزوم پرداختن به هیجان در فرایند ترمیم رابطه روشن شده است و شیوه‌ها و مداخلات خاص برای نشان دادن اثربخشی آن در دسترس قرار گرفته است (سودانی، ۱۳۹۱، ص ۲۶۶).

با این حال پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی می‌باشد که در تعمیم نتایج باید مد نظر قرار گیرد. این پژوهش فقط در شهر تهران و با نمونه‌ای نسبتاً محدود انجام گرفته است و در نتیجه برای تعمیم آن به سایر جوامع باید محتاط بود. همچنین نمونه حاضر فقط شامل زنان بوده و مردان آسیب دیده از خیانت را در بر نمی‌گیرد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، مداخلات درمانی حاضر، بر روی جوامع و نمونه‌های گسترده تری صورت گیرد. همچنین سایر مداخلات درمانی بررسی شود تا بهترین و پربازده‌ترین روش درمانی، برای آثار ناشی از خیانت اتخاذ گردد. محدودیت دیگر پژوهش حاضر بررسی مداخلات درمانی صرفاً بر روی کیفیت روابط و رضایت زناشویی بود، لذا سایر جنبه‌های احتمالی تحت تأثیر قرار گرفته‌ی رابطه زناشویی مغفول مانده است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که سایر جنبه‌های روابط و حتی آسیب‌های فردی، مثل افسردگی، استرس و ... بررسی گردد.

منابع

- اجتهادی، م، واحدی، گ. (۱۳۹۵). بررسی جامعه شناختی پتانسیل خیانت در روابط زناشویی و عوامل موثر بر آن در بین کارمندان ادارات دولتی و خصوصی. مجله جامعه شناسی ایران، ۱۷ (۴): ۱۰۵-۱۳۸.
- آرین فر، ن، اعتمادی، ع. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی زوج درمانی یکپارچه نگر و هیجان مدار بر صمیمیت زناشویی زوجین آسیب دیده از خیانت همسر. پژوهش های مشاوره، ۱۵ (۵۶): ۸-۳۷.
- بابایی گرمخانی، م، رسولی، م، داورنیا، ر. (۱۳۹۶). اثر زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش استرس زناشویی زوج ها. مجله علوم پزشکی زانکو، دانشگاه علوم پزشکی کردستان: ۵۶-۶۹.
- حدیقه ثی، م. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی واقعیت درمانی بر بخشش و سازگاری زناشویی زنان آسیب دیده از خیانت همسر. دومین همایش علمی پژوهی علوم تربیتی و روانشناسی آسیب های اجتماعی و فرهنگی ایران.
- دیرجانی، ف، خرامین، ش. ع. (۱۳۹۵). تاثیر واقعیت درمانی بر رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی زنان. ارمنان دانش، ۲۱ (۲): ۱-۲.
- سودانی، م، کریمی، ج، مهرابی زاده هنرمند، م، نیسی، ع. ک. (۱۳۹۱). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش آسیب های ناشی از خیانت همسر. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰ (۴): ۲۵۸-۲۶۸.
- شهیداد، ع. (۱۳۹۶). رابطه بین سبک دلبستگی، کیفیت زندگی و توجیه روابط فرازناشویی. مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی، ۳ (۱/۱): ۷۶-۹۰.
- عباسی، ح، احمدی، ا، فاتحی زاده، م، بهرامی، ف. (۱۳۹۵). تأثیر واقعیت درمانی گلاسر بر تعهد شخصی زوجین، به بررسی واقعیت درمانی بر تعهد زوجین شهرستان خمینی شهر. دو فصلنامه آسیب شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده، ۲ (۱): ۳۹-۵۳.
- فرح بخش، ک، قنبری هاشم آبادی، ب. (۱۳۸۵). بررسی میزان اثربخشی زوج درمانی گلاسر بر کاهش استرس و افزایش رابطه صمیمانه پس از ضربه ناشی از ادراک خیانت. مطالعات تربیتی و روان شناسی، ۷ (۲): ۱۷۳-۱۹۰.
- موحدی، م، موحدی، ی، کریمی نژاد، ک. (۱۳۹۳). بررسی رابطه رضایت زناشویی، صمیمیت و کیفیت روابط زناشویی در متاهلین با گذشت. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۴ (۴): ۶۳۳-۶۵۲.
- نقدی، ه. (۱۳۹۵). مقایسه ی اثربخشی زوج درمانی یکپارچه هیجان مدار و زوج درمانی مسئله مدار مک مستر در کاهش تعارض، دلزدگی زناشویی و افزایش کیفیت زندگی زوجین دارای عضو معتاد در فرایند درمان اعتیاد (سال ۱۳۹۵ شهرستان سنندج). رساله دکتر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات: تهران.

- Dagleish, T. L., Johnson, S. M., Burgess Moser, M., Lafontaine, M. F, Wiebe, S. A., Tasca, G. A. (2015). Predicting Change in Marital Satisfaction Throughout Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of Marital Therapy Family*, 41(3):276-91.
- Duba, J. D., Graham, M. A., Britzman, M, Minatrea, N. (2009). Introducing the “Basic Needs Genogram” in Reality Therapy-based Marriage and Family Counseling. *International Journal of Reality Therapy*, 28 (2), 15-19.
- Fincham, F., May, R. W. (2017). Infidelity in romantic relationships. *Current opinion in psychology*, 13: 70-74.
- Fisher, H. E., Aron, A. (2010) “Infidelity: when, where, why.” IN WR Cupach and BH Spitzberg, *the Dark Side of Close Relationships II*, New York: Routledge, pp 175-196.
- Greenberg, L., Warwar, S., Malkolm, W. (2010). Emotion-focused couple’s therapy and the facilitation of forgiveness. *Journal of Marital Family Therapy*, 36 (1): 28-42.
- Keshavarz Afshar, H., Etemadi, A., Ahmadi, kh. Sadipoor, A. (2013). Comparison of model-based analysis of the personal constructs of coping with marital satisfaction. *Journal of Counseling and Family Therapy*, University of Kurdistan, 3 (4). 613-639.
- Makinen, J. A., Johnson, S. M. (2006). Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: steps toward forgiveness and reconciliation. *J Consult Clin Psychol*, 74(6): 1055-64.
- Paleari, F. G, Regalia, C & Fincham, F. D. (2005). Marital quality, Forgiveness, empathy, and rumination: a longitudinal analysis, *Journal of Social Behaviors and personality*; 14(3): 368- 378.
- Peluso, P. R. (2007). *Infidelity: A practitioner's guide to working with couples in crisis*. New York, NY: Routledge.
- Previti, D., Amato, P. (2004). Is infidelity a cause or a consequence of poor marital quality? *Journal of social and personal relationships*, 21 (2): 217-230.
- Soltani, A., Afshari, R., Bahredar, M. J. (2016). The effect of reality therapy on marital satisfaction of married women employed at Shiraz University of Medical Sciences. *International Journal of Basic Sciences & Applied Research*, 5 (3): 192-197.
- Zuccarini, D., Johnson, S. M., Dagleish, T. L., Makinen, J. A. (2012). Forgiveness and Reconciliation in Emotionally Focused Therapy for Couples: The Client Change Process and Therapist Interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39 (2). Comparison of the Effectiveness of Glaser's Reality

Therapy and Emotion- focused therapy on Relationship Quality and Marital Satisfaction in betrayed Women in Tehran.

Foroghosadat Mosavi¹

Hossein Eskandari^{2*}

Fariborz Bagheri³

Abstract

Family life is tied to many dangers that destroyed family life and family health. One of these dangers is marital infidelity, which has many problems and many psychological effects for someone who has been betrayed. Therefore, the purpose of this study was to compare the effectiveness of two therapies, reality therapy and emotionally focused therapy on betrayed women in Tehran. The research design was quasi-experimental with two experimental groups and one control group. The community consisting of all married women who were betrayed and referred to counseling centers of the Behzisty organization of Tehran. A sample of 45 patients was randomly divided into three groups (Experiment 1, Experiment 2 and Control) and each group have 15 patients. The research instruments included marital quality questionnaire (Busby et al., 1995) and Enrich marriage satisfaction (Olson, Fornier, and Drackman, 1989). The statistical results indicated that both experimental groups had a significant difference compared to the control group. The results of multivariate covariance analysis also showed that there is a significant difference between the two groups in Glaser's therapeutic approach and Emotionally focused therapy on dependent variables. The results of the LSD test showed that there was no significant difference between the efficacy of Glaser's therapy and Emotionally focused therapy on marital quality in the post-test, but marital satisfaction score in EFT was higher than Glaser's therapeutic approach. Therefore, both treatments have been effective in increasing the marital quality and marital satisfaction, and emotion-focused therapy has been more effective in marital satisfaction than the Reality therapy.

Keywords: family, marital infidelity, reality therapy, emotionally- focused therapy, marital quality, marital satisfaction

¹ Ph.D. student of psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Islamic Azad University, Science and Research Branch of Tehran, Iran

²Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. Corresponding Author: Sknd40@gmail.com

³Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Islamic Azad University, Science Research Branch, Tehran, Iran