

اثربخشی زوج‌درمانی مشارکتی بر الگوهای ارتباطی و صمیمیت زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر بهبهان

منصور سودانی*، منصور شجاعیان، رضا خجسته مهر، خدیجه شیرالی نیا

گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۷/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۷/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: صمیمیت یک مشخصه کلیدی و مهم روابط زناشویی و از ویژگی‌های بارز یک ازدواج موفق به شمار می‌آید، هم‌چنین الگوهای ارتباطی می‌توانند میزان رضایت زناشویی را تعیین نمایند. هدف مطالعه حاضر، تعیین اثربخشی زوج درمانی مشارکتی بر الگوهای ارتباطی و صمیمیت زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر بهبهان بود.

روش بررسی: در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی که آزمایش تک آزمودنی هم گفته می‌شود و از نوع آزمایش بالینی است، استفاده شد. این طرح انواع مختلفی دارد که در پژوهش حاضر از طرح خط پایه چند گانه ناهم‌زمان استفاده شد. برخلاف طرح‌های مقایسه گروهی با اندازه‌های زیاد، این طرح بر سطوح فردی تمرکز می‌کند و نه بر تفاوت‌های میانگین در پیش‌آزمون و پس‌آزمون. امتیاز دیگر این طرح این است که به آزمودنی‌های کمتری نیاز است و زوج‌ها طی خط پایه، درمان و پیگیری در چند نوبت پرسشنامه‌های صمیمیت و الگوهای ارتباطی را تکمیل کردند. روش نمونه‌گیری هدفمند- داوطلب بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه زوج‌های آشفته مراجعه کننده به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر بهبهان بودند. از بین این زوج‌ها، ۳ زوج بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری (رسم نمودار)، معنی‌داری بالینی (شاخص تغییر پایا و مقایسه هنجاری) و همین‌طور فرمول درصد بهبودی استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که زوج‌ها در مرحله درمان در متغیر صمیمیت (۳۰/۹۵ درصد) و الگوی ارتباطی سازنده متقابل (۴۷/۰۵ درصد) بهبود را تجربه و در الگوی ارتباطی توقع - کناره‌گیری (۲۹/۵۷ درصد) و الگوی ارتباطی اجتنابی متقابل (۳۲/۶۴ درصد) کاهش را نشان دادند. هم‌چنین تحلیل داده‌ها با استفاده از مقایسه هنجاری نشان داد که زوج‌های شرکت کننده بعد از درمان از زوج‌های بهنجار قابل تمایز نیستند.

نتیجه‌گیری: زوج درمانی مشارکتی می‌تواند باعث افزایش صمیمیت و الگوهای ارتباطی سازنده و کاهش الگوهای ارتباطی توقع - کناره‌گیری و اجتنابی و در نتیجه باعث کاهش آشفتگی در زوج‌های مراجعه کننده شود.

واژه‌های کلیدی: صمیمیت، الگوهای ارتباطی، زوج درمانی مشارکتی

*نویسنده مسئول: منصور سودانی، اهواز، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه مشاوره

Email: Sodani_m@scu.ac.ir

مقدمه

ازدواج مقوله‌ای است که به سرانجام مطلوب رسیدن آن مستلزم وجود ارتباطی اثربخش و درکی متقابل بین طرفین رابطه است و گاه پس از مدت کوتاهی از آغاز آن، زوجها در می‌یابند که در نبود این ارتباط سازنده، میزان صمیمیت آنان در رابطه و به تبع آن رضایت‌مندی آنان از زندگی زناشویی پایین است (۱). صمیمیت یک مشخصه کلیدی و مهم روابط زناشویی و از ویژگی‌های بارز یک ازدواج موفق به شمار می‌آید. این ویژگی به وجود تعامل بین همسران اشاره می‌کند. نبود یا کمبود آن یک شاخص آشفتگی در رابطه زناشویی است (۲). در ازدواج‌های موفق، تبادل و ارضای متقابل نیازهای صمیمانه زوجها در حد قابل قبول و انتظار، موجب تحکیم روابط محبت‌آمیز بین آنها می‌شود، می‌توان گفت که اصل اساسی در ازدواج‌های موفق، ایجاد صمیمیت بین زوجها است، در آن روی سکه، یعنی در ازدواج‌های ناموفق و از هم‌گسسته، نبودن صمیمیت بین زوجها، یک رابطه زناشویی را به پایان خود نزدیک می‌کند. در تحقیق معتبر انجام شده، ۸۰ درصد مردان و زنانی که طلاق گرفته بودند، علت جدایی و شکست در ازدواج خود را فقدان احساس صمیمیت و عدم احساس عشق و ارزش‌گزاری به یکدیگر ذکر کردند (۳). یکی از راه‌های نگرستن به ساختار خانواده‌ها این است که به کانال‌های ارتباطی که از طریق آنها با همدیگر به تعامل می‌پردازند، پرداخته شود. به آن دسته

از کانال‌های ارتباطی که به وفور در یک خانواده اتفاق می‌افتد، الگوهای ارتباطی گفته می‌شود. الگوهای ارتباطی می‌توانند میزان رضایت زناشویی را تعیین نمایند تا جایی که بیش از ۹۰ درصد زوجین آشفته، این مشکلات را به عنوان مسئله اصلی خود می‌دانند (۴). مشکلات ارتباطی از مهم‌ترین عوامل بروز ناسازگاری و نارضایتی در زندگی زناشویی به شمار می‌رود، به طوری که شایع‌ترین مشکلی که به وسیله زوجها ناراضی مطرح می‌شود، عدم موفقیت در برقراری ارتباط است. هم‌چنین الگوهای ارتباطی معیوب، درک صحیح زوجین را از یکدیگر کاهش داده، باعث می‌شود همسران نتوانند از یکدیگر حمایت کنند، برای ارضای نیاز یکدیگر تلاش کنند و در مورد مسایل تعارض برانگیز، دیدگاه یکدیگر را درک کنند و سرانجام باعث می‌شود مشکلات زناشویی و نارضایتی ایجاد شود چنانکه تحقیقات نشان می‌دهد بسیاری از ازدواج‌ها به طلاق ختم می‌شود (۵). در کشور ما نیز طبق اعلام سازمان ثبت اسناد کشور، آمارها حاکی از افزایش ۴/۴ درصدی طلاق در سال ۹۴ است. افزایش طلاق و نارضایتی زناشویی از یک سو و تقاضای همسران برای پرباری و بهبود روابط زناشویی و افزایش صمیمیت از سوی دیگر، نشان دهنده نیاز همسران به مداخلات و آموزش‌های تخصصی در این زمینه است. تمرکز زوج درمانی مشارکتی روی مشکلات ذاتی، بودن در یک رابطه است، نزاع‌های چاره‌ناپذیر که مدام در چرخه‌های

قهر و دشمنی تکرار می‌شوند. چگونگی غلبه زوجین بر این چرخه‌ها، کیفیت زندگی در رابطه و در حقیقت ماندگاری رابطه را مشخص می‌سازد. زوج درمانی مشارکتی از این واقعیت نشأت می‌گیرد که فضای داخلی یا درونی یک رابطه به طور مداوم در حال تغییر است و این که، امکان ایجاد صمیمیت ذاتی برای هر لحظه و ایجاد یک چرخه مشارکتی وجود دارد (۶). تحقیق‌ها در زمینه زوج درمانی مشارکتی نشان می‌دهد، که درمان می‌تواند بسیاری از جنبه‌های زناشویی را تحت تأثیر قرار دهد. مطالعه وایل نشان داد که این درمان می‌تواند باعث افزایش صمیمیت بین زوجین شود، بر درک طرفین از یکدیگر تأکید دارد و در درمان راهکارهایی ارائه می‌دهد که باعث نزدیک‌تر شدن زوج‌ها به یکدیگر و کمتر شدن مشکلات ارتباطی در رابطه زناشویی می‌شود. زوج درمانی مشارکتی از جمله درمان‌های نوپایی است که این اهداف را دنبال می‌کند، بر درک طرفین از یکدیگر تأکید دارد و در درمان راهکارهایی ارائه می‌دهد که باعث نزدیک‌تر شدن زوج‌ها به یکدیگر و کمتر شدن مشکلات ارتباطی در رابطه زناشویی می‌شود (۶)، اما این رویکرد به واسطه جدید بودن در بسیاری از کشورها و از جمله ایران مورد آزمایش و بررسی قرار نگرفته است، به نظر می‌رسد بهتر باشد رویکرد زوج درمانی مشارکتی بر روی زوج‌های ایرانی مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین با توجه به مواردی که ذکر شد هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی زوج

درمانی مشارکتی بر صمیمیت و الگوهای ارتباطی زوج‌ها بود.

روش بررسی

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی که آزمایش تک آزمودنی هم گفته می‌شود و از نوع آزمایش بالینی است، استفاده شد. این طرح انواع مختلفی دارد (AB، ABAB، خط پایه چندگانه و طرح‌های تغییر ملاک) (۷) که در این پژوهش از طرح خط پایه چندگانه ناهم‌زمان استفاده شد. مزیت استفاده از این طرح در این است که تغییرات فقط زمانی رخ می‌دهد که مداخله درمانی معطوف به رفتار یا افراد باشد. این طرح پژوهشی به ما امکان مقایسه تغییرات در میزان بهبود علائم را در طول درمان در آزمودنی‌ها و بین آزمودنی‌های دیگر نسبت به خط پایه فراهم می‌کند. منطق زیربنایی طرح‌های آزمایشی تک موردی همانند طرح‌های گروهی است و تأثیر مداخله با مقایسه شرایط متفاوتی که به آزمودنی ارائه می‌گردد، بررسی می‌شود. عملکرد آزمودنی در مرحله پیش از مداخله یا مرحله خط پایه، برای پیش‌بینی رفتار آزمودنی در آینده به کار می‌رود (۷). ریزوی و ناک معتقدند دلایل زیادی برای استفاده از این طرح در کار با زوج‌ها وجود دارد. برخلاف طرح‌های مقایسه گروهی با اندازه‌های زیاد، این طرح بر سطوح فردی تمرکز می‌کند و نه بر تفاوت‌های میانگین در پیش‌آزمون و پس‌آزمون. امتیاز دیگر این طرح این است که به آزمودنی‌های کمتری نیاز است. یکی از مشکلات

طرح‌های مقایسه تفاوت‌های گروهی این است که غالباً سعی می‌شود با انتخاب گروه‌های همگن، تغییرپذیری بین‌آزمودنی را کاهش دهند تا اثرات "واقعی" درمان را اندازه بگیرند. بنابراین به طور کل می‌توان گفت که برای زوج درمانی، طرح‌های آزمایشی تک موردی نسبت به طرح‌های دیگر مناسب‌تر هستند (۷). جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زوج‌های پریشان مراجعه کننده به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر بهبهان بودند. از بین این زوج‌ها، ۳ زوج بر اساس ملاک‌های ورود و خروج و به صورت نمونه‌گیری هدفمند در دسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی تحت درمان زوج درمانی مشارکتی گمارده شدند. معیارهای ورود و خروج به پژوهش عبارت بودند از: داشتن سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل سیکل، نداشتن اختلالات شدید روانی، اختلال شخصیت و یا بیماری‌های مزمن جسمی، علاقمند به دریافت خدمات مشاوره‌ای، زوج‌های که هر دو می‌توانند ده جلسه پیاپی در جلسه‌ها شرکت کنند و زوج‌هایی که حداقل یک سال سابقه زندگی مشترک داشته باشند و ملاک‌های خروج شامل: مصرف داروهای روانپزشکی، شرکت هم‌زمان در برنامه درمانی دیگر و در آستانه طلاق قرار داشتن بود. سپس درمان به مدت ۱۰ جلسه هفتگی اجرا شد. ابزارهای پژوهش در جلسه‌های ۲، ۴، ۷ و ۱۰ تکمیل شدند. به منظور پیگیری نیز افراد دو ماه پس از درمان مورد ارزیابی دوباره قرار گرفتند. جهت سنجش متغیرهای وابسته از پرسشنامه‌های الگوهای ارتباطی و صمیمیت استفاده شد. الف) پرسشنامه

الگوهای ارتباطی؛ این پرسشنامه به وسیله کریستنسن و سالووی در دانشگاه کالیفرنیا ساخته شده است. این پرسشنامه ۳۵ سؤال دارد و رفتارهای زوجین را در طی سه مرحله تعارض زناشویی برآورد می‌کند. این مراحل عبارتند از: الف) زمانی که در روابط زوجین مشکل ایجاد می‌شود، ب) در مدت زمانی که درباره مشکل ارتباطی بحث می‌شود، ج) بعد از بحث راجع به مشکل ارتباطی. این پرسشنامه از سه خرده‌مقیاس تشکیل شده است؛ مقیاس ارتباط سازنده متقابل، مقیاس ارتباط اجتنابی متقابل، مقیاس ارتباط توقع/کنارگیری (۸). تحقیق‌های قبلی که از این پرسشنامه استفاده نموده‌اند، اعتبار (۰/۷۴) تا (۰/۷۸) را برای خرده‌مقیاس‌های مختلف آن تعیین کرده‌اند (۹). در ایران عبادت پور، پرسشنامه فوق را هنجاریابی کرده و به منظور برآورد روایی پرسشنامه، همبستگی بین مقیاس‌های این پرسشنامه و پرسشنامه رضایت زناشویی را محاسبه کرده است. این مطالعه نشان داد که همه مقیاس‌های این پرسشنامه با رضایت زناشویی انریچ همبستگی دارد. ضرایب همبستگی به دست آمده برای سه خرده‌مقیاس ارتباط سازنده متقابل (۵سؤالی)، ارتباط اجتنابی متقابل، ارتباط توقع/کناره‌گیری به ترتیب عبارت است از: (۰/۵۸)، (۰/۵۸-) و (۰/۳۵-)، و مقیاس ارتباط سازنده متقابل (۷سؤالی) برابر ۰/۷۴ به دست آمده بود که همگی در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار بودند (۹). ب) پرسشنامه نیازهای صمیمیت باگاروزی: این پرسشنامه در سال (۲۰۰۱) به وسیله باگاروزی تهیه

درمانی میزان صمیمیت و الگوی ارتباطی سازنده را در زوجها نسبت به دوره قبل از درمان (خط پایه) افزایش داده است، همچنین شاخص تغییر پایا در مرحله درمان برای زوجها افزایش داشته است که نشان می‌دهد برای هر سه زوج بالاتر از مقدار $Z=1/96$ است ($p<0/05$) و همچنین این شاخص‌ها در پایان مراحل پیگیری برای همه زوجها بالاتر از مقدار $Z=1/96$ است که بیانگر تأثیر معنی‌دار این روش درمانی بر صمیمیت و الگوهای ارتباطی زوجها می‌باشد.

بر اساس جدول ۱ میانگین میزان صمیمیت در پایان درمان برای زوجها اول ۳۰۸، دوم ۳۱۷/۵ و سوم ۳۴۷/۲۵ است و این نشانگر این است که این روش درمانی میزان صمیمیت زوجها را نسبت به دوره قبل از درمان (خط پایه) افزایش داده است که نشان می‌دهد بعد از پایان درمان، افزایش در این متغیر همچنان ادامه دارد. در عین حال، شاخص تغییر پایا در مرحله درمان برای زوجها اول $RCI=3/99$ ، دوم $RCI=4/51$ و سوم $RCI=3/91$ به دست آمده است که نشان می‌دهد برای هر سه زوج بالاتر از مقدار $Z=1/96$ است ($p<0/05$) و همچنین این شاخص‌ها در پایان مراحل پیگیری برای همه زوجها بالاتر از مقدار $Z=1/96$ است که بیانگر تأثیر معنی‌دار این روش درمانی بر صمیمیت زوجها می‌باشد.

تحلیل دیداری داده‌های به دست آمده از زوج درمانی مشارکتی مربوط به سه زوج را در مراحل

و تنظیم شده است. پرسشنامه شامل ۴۱ سوال است و نیازهای صمیمیت را در هشت بعد؛ عاطفی، روان‌شناختی، عقلانی، جنسی، بدنی، معنوی، زیباشناختی و اجتماعی - تفریحی ارزیابی می‌کند. طیف پاسخگویی آن در هر سوال از عدد ۱ تا ۱۰ مشخص گردیده است و لذا احتیاجی به محاسبه امتیاز هر گزینه ندارد (۱۰). اعتمادی پایایی این پرسشنامه را با استفاده از نرم افزار آماری به دست آورد که میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۴ برای متغیر نیازهای صمیمیت بوده است (۱۱). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری (رسم نمودار)، معنی‌داری بالینی (شاخص تغییر پایا و مقایسه هنجاری) و همین‌طور فرمول درصد بهبود استفاده شده است. همچنین، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی از شاخص‌های شش‌گانه کارایی نیز استفاده به عمل آمد.

یافته‌ها

جدول یک و سه مراحل اثربخشی زوج درمانی مشارکتی بر متغیرهای صمیمیت و الگوهای ارتباطی (سازنده، توقع - کناره‌گیری و اجتنابی) زوجها و نمودار یک و سه روند تغییر نمره‌های سه زوج در این متغیرها را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری را نشان می‌دهد.

داده‌ها نشان می‌دهد میانگین میزان صمیمیت و الگوهای ارتباطی در پایان درمان برای همه زوجها افزایش داشته و نشانگر این است که این روش

خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد(نمودار ۱). روند تغییر نمره‌های سه زوج در متغیر صمیمیت در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری)

نمودار ۱ نشان می‌دهد که میانگین و سطح نمره‌های صمیمیت زوج‌ها در مرحله درمان نسبت به مرحله خط پایه افزایش داشته است. همان طور که در نمودار ۱ (فلش‌های خط چین شده قرمز رنگ) نشان داده شده است، پیش‌بینی می‌شد تغییرات فزاینده و در جهت مثبت باشد که برای هر سه زوج به همین صورت بود. به منظور تحلیل گروهی داده‌های به دست آمده با استفاده از فرمول مقایسه هنجاری برای بررسی تفاوت میانگین زوج‌های گروه بهنجار و زوج‌های گروه آشفته از مراحل پنج گانه زیر استفاده شد؛ ۱). تعیین طیف نزدیکی، طیف نزدیکی از ۱ انحراف بهنجار به بالا(امتیاز ۳۰۴/۵۶ تعیین شد. ۲). معنی‌داری بالینی، نتیجه به دست آمده نشان می‌دهد که $t(2)$ بزرگتر از $t(3)$ با درجه آزادی ۳۱ است. بنابراین می‌توان بیان کرد دو گروه در متغیر صمیمیت از نظر بالینی متفاوت نیستند(میزان تفاوت دوگروه در دامنه بهنجار تعیین شده در مرحله یک قرار دارد) و زوج‌های گروه آشفته در درمان صمیمیت به اندازه زوج‌های گروه بهنجار رسیده‌اند(۳). معنی‌داری آماری نتایج تحلیل حاصل از آزمون معنی‌داری آماری نشان می‌دهد که زوج‌های آشفته با زوج‌های بهنجار از نظر صمیمیت تفاوت معنی‌داری ندارند و درمان اثربخش بوده است. ۴). طبقه‌بندی و تفسیر، در تفسیر این یافته می‌توان گفت که زوج‌های آشفته در مقایسه

با زوج‌های بهنجار در متغیر صمیمیت از نظر بالینی و آماری با یکدیگر تفاوت ندارند، چرا که میانگین دو گروه بر روی منحنی در یک طیف قرار دارد.

همان طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود میانگین الگوی ارتباطی خرده مقیاس سازنده در پایان درمان برای زوج‌های اول ۲۱، دوم ۲۵ و سوم ۲۳/۵ و بعد از مرحله پیگیری برای زوج‌های اول، دوم و سوم به ترتیب در خرده مقیاس الگوی ارتباطی سازنده(۲۱/۵، ۲۶ و ۳۳) بوده است. در این متغیر بیشترین تغییر مربوط به زوج سوم و اول و درمان تأثیر کمتری بر زوج دوم داشته است. شاخص‌های تغییر پایا در پایان درمان برای زوج‌ها به ترتیب در الگوی ارتباطی سازنده $RCI=2/87$ ، دوم $RCI=3/15$ و سوم $RCI=3/30$ که بیانگر تأثیر معنی‌دار این روش درمانی بر افزایش الگوی ارتباطی سازنده و کاهش الگوهای ارتباطی مخرب زوج‌ها می‌باشد. بر اساس درصد افزایش کلی متغیر الگوهای ارتباطی در پایان درمان در خرده مقیاس الگوی ارتباطی سازنده افزایش(۴۹/۳۴ درصد)، و به ترتیب (۲۹/۵۷ درصد و ۳۳/۶۴ درصد) کاهش در خرده مقیاس‌های ارتباطی توقع کناره‌گیری و اجتنابی داشته است.

تحلیل دیداری داده‌های به دست آمده از زوج درمانی مشارکتی مربوط به سه زوج را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد.

معنی‌داری بالینی، نتیجه به دست آمده نشان داد که $t(2)$ بزرگتر از $t(3)$ با درجه آزادی ۳۱ است. بنابراین می‌توان بیان کرد دو گروه در متغیر الگوهای

می توان گفت زوج های آشفته با زوج های بهنجار از نظر الگوی ارتباطی سازنده تفاوت معنی داری ندارند و درمان اثربخش بوده است.

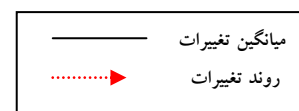
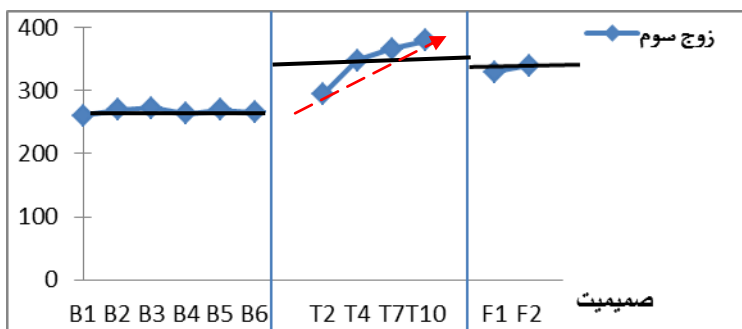
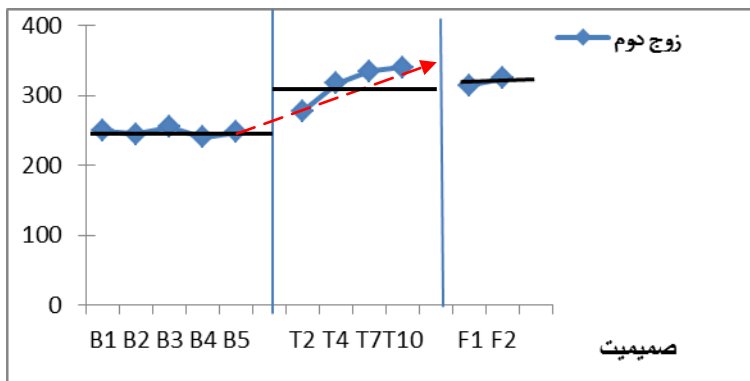
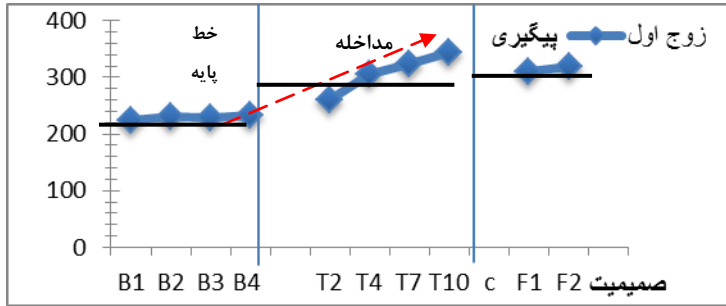
در تفسیر این یافته می توان گفت که زوج های آشفته در مقایسه با زوج های بهنجار در متغیر الگوی ارتباطی سازنده از نظر بالینی و آماری با یکدیگر تفاوت ندارند، و این بهترین نتیجه ممکن است.

ارتباطی (خرده مقیاس الگوی ارتباطی سازنده) از نظر بالینی متفاوت نیستند (میزان تفاوت دو گروه در دامنه به هنجار تعیین شده در مرحله یک قرار دارد) و زوج های گروه آشفته در درمان الگوهای ارتباطی به اندازه زوج های گروه به هنجار رسیده اند.

معنی داری آماری، نتایج تحلیل حاصل از آزمون معنی داری آماری نشان می دهد t مشاهده شده کوچکتر از t جدول با ۳۱ درجه آزادی است. بنابراین

جدول ۱: مراحل اثربخشی زوج درمانی مشارکتی بر صمیمیت زوجها

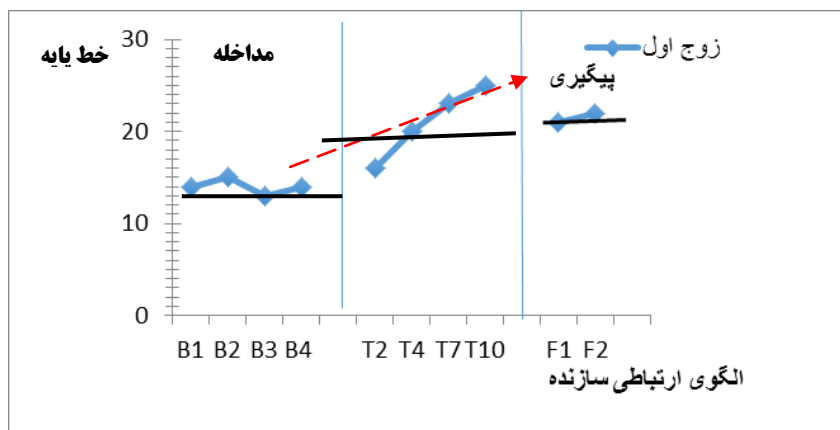
زوج درمانی مشارکتی				
مراحل درمان	زوج	زوج اول	زوج دوم	زوج سوم
خط پایه اول	۲۲۵	۲۵۰	۲۶۰	
خط پایه دوم	۲۳۰	۲۴۵	۲۷۰	
خط پایه سوم	۲۲۸	۲۵۵	۲۷۳	
خط پایه چهارم	۲۳۲	۲۴۰	۲۶۴	
خط پایه پنجم	-	۲۴۸	۲۷۰	
خط پایه ششم	-	-	۲۶۶	
میانگین مرحله خط پایه درمان	۲۲۸/۷۵	۲۴۷/۶	۲۶۷/۱۶	
جلسه دوم	۲۶۰	۲۷۸	۲۹۵	
جلسه چهارم	۳۰۵	۳۱۷	۳۴۸	
جلسه هفتم	۳۲۴	۳۳۵	۳۶۶	
جلسه دهم	۳۴۳	۳۴۰	۳۸۰	
میانگین مرحله درمان	۳۰۸	۳۱۷.۵	۳۴۷.۲۵	
شاخص تغییر پایا (درمان)	۳/۹۹	۴/۵۱	۳/۹۱	
در صد افزایش	۳۴/۶۴	۲۸/۲۳	۲۹/۹۷	
درصد افزایش کلی بعد از درمان پیگیری		۳۰/۹۵		
پیگیری اول	۳۱۰	۳۱۵	۳۳۰	
پیگیری دوم	۳۲۰	۳۲۵	۳۴۰	
میانگین مرحله پیگیری	۳۱۵	۳۲۰	۳۳۵	
شاخص تغییر پایا	۴/۳۴	۴/۶۷	۳/۳۱	
در صد افزایش پس از پیگیری	۳۷/۷۰	%۲۹/۲۵	۲۵/۳۹	
درصد افزایش کلی پس از پیگیری		۳۰/۷۸		

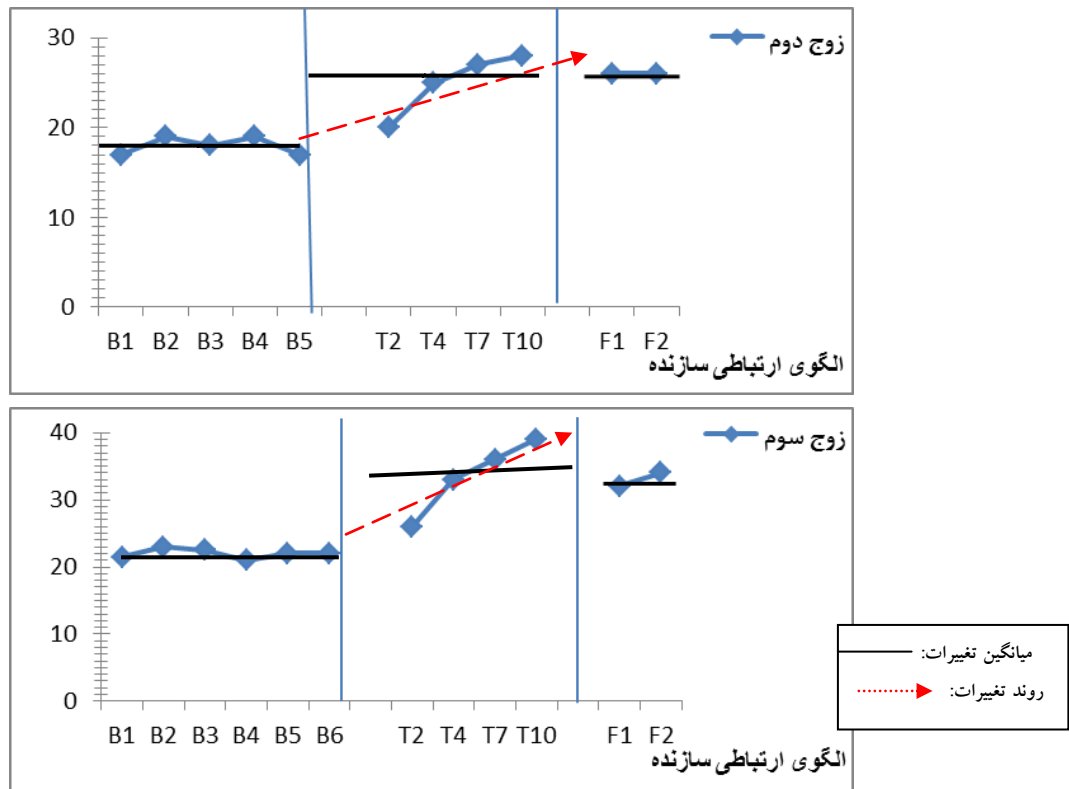


نمودار ۱: روند تغییر نمره‌های سه زوج در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

جدول ۲: مراحل اثربخشی زوج درمانی مشارکتی بر بر روی متغیر الگوهای ارتباطی (سازنده، توقع - کناره‌گیری و اجتنابی)

زوج درمانی مشارکتی									
زوج سوم			زوج دوم			زوج اول			مراحل درمان
اجتنابی	توقع کناره گیری	سازنده	اجتنابی	توقع کناره گیری	سازنده	اجتنابی	توقع کناره گیری	سازنده	الگوهای ارتباطی
۱۸	۳۰	۲۱/۵	۲۱	۲۷	۱۷	۲۴	۳۳	۱۴	خط پایه اول
۱۸	۳۰	۲۳	۲۲	۲۸	۱۹	۲۳	۳۲.۵	۱۵	خط پایه دوم
۱۹/۵	۲۹	۲۲/۵	۲۱	۲۸/۵	۱۸	۲۴	۳۲	۱۳	خط پایه سوم
۱۹	۲۹/۵	۲۱	۲۱/۵	۲۹	۱۹	۲۲	۳۱	۱۴	خط پایه چهارم
۱۸	۳۰	۲۲	۲۲/۵	۲۷/۵	۱۷	-	-	-	خط پایه پنجم
۱۸/۵	۲۸/۵	۲۲	-	-	-	-	-	-	خط پایه ششم
۱۸/۵	۲۹/۵	۲۲	۲۱/۶	۲۸	۱۸	۲۳/۲۵	۳۲/۱۲	۱۴	میانگین مراحل درمان
۱۶	۲۵	۲۶	۲۰	۲۷	۲۰	۱۹	۲۷	۱۶	جلسه دوم
۱۴	۲۰	۳۳	۱۷	۲۰	۲۵	۱۵	۲۳	۲۰	جلسه چهارم
۱۹	۱۹	۳۶	۱۵	۱۹	۲۷	۱۲	۲۰	۲۳	جلسه هفتم
۸	۱۶	۳۹	۱۲	۱۸	۲۸	۱۰	۱۸	۲۵	جلسه دهم
۱۲	۲۰	۳۳/۵	۱۶	۲۱	۲۵	۱۴	۲۲	۲۱	میانگین مراحل
۲/۸۵	۴/۰۸	۳/۳۰	۲/۶۵	۲/۷۵	۳/۰۸	۲/۵۹	۴/۱۴	۲/۸۷	شاخص تغییر پایا
%۳۵/۱۳	۳۲/۲۰	%۵۲/۲۷	%۲۶	%۲۵	%۳۷/۱۹	%۳۹/۷۸	%۳۱/۵	%۵۰	درصد افزایش کلی
%۳۳/۶۴			%۲۹/۵۷			۴۷/۰۵			درصد افزایش کلی
پیگیری									
۱۱	۲۰	۳۲	۱۶	۲۲	۲۶	۱۴	۲۲	۲۱	پیگیری اول
۱۱	۱۸	۳۴	۱۴	۱۸	۲۶	۱۲	۲۰	۲۲	پیگیری دوم
۱۱	۱۹	۳۳	۱۵	۲۰	۲۶	۱۳	۲۱	۲۱/۵	میانگین مرحله
۳/۲۹	۴/۵۱	۳/۱۶	۳/۱۳	۳/۱۵	۳/۶۰	۳/۹۹	۴/۵۵	۳/۰۷	شاخص تغییر پایا
%۴۰/۵۴	%۳۵/۵۹	%۵۰	%۳۰/۵۵	%۲۸/۵۷	%۴۶/۴۴	%۴۳/۵۲	%۳۴/۶۲	%۵۳/۵۷	درصد افزایش کلی
%۳۸/۲۰			%۳۲/۹۳			%۴۹/۳۴			درصد افزایش کلی





نمودار ۲: روند تغییر نمره‌های سه زوج در خرده مقیاس الگوی ارتباطی سازنده در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

بحث

چنان که از یافته‌های تحقیق پیداست زوج درمانی مشارکتی باعث افزایش صمیمیت در زوج‌های شرکت کننده شد. نتایج نشان داد میانگین صمیمیت زوج‌ها پس از اتمام مراحل درمان برای همه زوج‌ها نسبت به مرحله خط پایه افزایش پیدا کرده است. براساس این نتایج، زوج‌ها در پایان مراحل درمان در مجموع (۳۰/۹۵ درصد) افزایش را در میزان صمیمیت تجربه کرده‌اند و افزایش در این متغیر تا پایان مراحل پیگیری (۳۰/۷۸) نیز استمرار داشت که نشان از موفقیت درمان دارد و نتایج درمان در طبقه بندی بلانچارد در طبقه بهبود اندک قرار گرفته است (۱۲).
تمرکز زوج درمانی مشارکتی روی مشکلات ذاتی است که در یک رابطه وجود دارد، نزاع‌های

چاره‌ناپذیری که مدام در چرخه‌های قهر و دشمنی تکرار می‌شوند. چگونگی غلبه زوجین بر این چرخه‌ها، کیفیت زندگی و حقیقتاً، ماندگاری رابطه را مشخص می‌سازد، زمانی که زوجین نمی‌توانند افکار یا احساسات خود را با یکدیگر در میان بگذارند (که ممکن است زوجین آنها را ندانند) آنها ممکن به صورتی رفتار کنند که یکدیگر را برنجانند. اگر آنها نتوانند شریک خود را به یک دوست تبدیل کنند، گیر می‌کنند که یا به او چیزی بپراندند و او را به یک دشمن تبدیل کنند (یک چرخه مخالفت آمیز)، یا چیزی در مورد احساسات خود به شریکشان نگویند و او را به یک غریبه تبدیل کنند (چرخه انزوا و گوشه‌گیری). یک چرخه گوشه‌گیری هر لحظه در رابطه، فرصتی برای صمیمیت ایجاد می‌کند، اما یک جریمه برای شکست در

درک زوجها از رفتار هم و در نهایت باعث بالا رفتن صمیمیت بین آنها شد. همچنین زوجها برای این که از گفتگو به خاطر تجربه‌های گذشته، که قبلاً داشته‌اند، می‌ترسیدند، این کار را انجام نمی‌دادند، بنابراین یکی دیگر از فنون این رویکرد احیای گفتگوها در زمان مناسب بعد از دعواست که در این پژوهش درمانگر با آموزش مهارت‌های گفتگو آنها را قادر کرد در مورد انتظارات و کشمکش درونی و دلیل عصبانیتی که از هم دارند با هم صحبت کنند، که باعث شد زوج‌ها احساس کنند که قادرند همدیگر را درک و از بودن در کنار هم احساس خوشحالی و نشاط کنند که باعث نزدیکی زوجها و در نهایت باعث ایجاد صمیمیت آنها نسبت به هم شد که اینها از اهدافی است که در زوج‌درمانی مشارکتی به آن توجه ویژه می‌شود (۱۳). همچنین یافته‌ها نشان داد که زوج‌درمانی مشارکتی باعث افزایش الگوی ارتباطی سازنده و کاهش الگوهای ارتباطی مخرب (توقع-کناره‌گیری و اجتنابی) در زوج‌های شرکت‌کننده شده است. میانگین میزان الگوهای ارتباطی (الگوی ارتباطی سازنده) در پایان مراحل درمان، برای هر سه زوج نسبت به مراحل خط پایه افزایش داشته و برای دو الگوی مخرب (توقع-کناره‌گیری و اجتنابی متقابل) نسبت به مراحل خط پایه کاهش داشته است و این افزایش و کاهش طی مراحل پیگیری نیز ادامه پیدا کرده است. در این پژوهش میانگین الگوی ارتباطی سازنده زوجها به هنجار (۱۸) هنوز هم بیشتر از زوجها در زمان شده (۲۶/۵) است. مقایسه هنجاری نشان داد که این

رسیدن به آن وجود دارد، تغییر به سمت یک چرخه مخالفت‌آمیز یا انزوا، درمانگران به طور مداوم به این جریمه می‌پردازند (۱۳). اگر نگرانی و دلواپسی که می‌خواهند با همسر خود در میان بگذارند، در مورد اوست، بسیار مهم است در مورد مشکلی که با او دارند اعتمادش را به دست آورند، اگر آنها قصد دارند که کشمکش درونی‌شان را کشف و سپس به عقب برگردند و آن را گزارش کنند، آنها در حال به وجود آوردن دومین سطح در ایجاد رابطه هستند، یک کاربری، عمقی، یک سکوی اتصال و مشاهده‌ی خود واقعی خود، بدین صورت آنها در حال حل کردن فوری مشکل در رابطه هستند، به وسیله حرکت کردن به سمت جلو و مرتب کردن مجدد رابطه بر روی سطح بالاتر، لذا آنها در حال ایجاد یک چرخه مشارکتی هستند، به وسیله این واقعیت که آنها به تنهایی و یا هر دو به وسیله در مورد چرخه مخالفتی یا کناره‌گیری که در آن قرار دارند، گفتگو کنند (۱۷).

در پژوهش کنونی نیز بعد از این که زوجین در جلسه‌هایی قرار گرفتند شروع کردند به ابراز ناراحتی‌های که از یکدیگر داشتند که باعث ناخشنودی آنها از هم و فاصله گرفتن از یکدیگر شده بود که درمانگر با استفاده از فنون این زوج‌درمانی از جمله سخنگو شدن برای زوجی که نمی‌توانست وظیفه خود را انجام دهد، احساسات و نگرانی‌های را که مشکل اصلی زوج بود، اما قادر به بیان آنها نبودند یا فضای مناسبی برای بیان آن نداشتند، آنها را یاری کرد که از نگرانی‌های واقعی هم آگاهی یابند که باعث بالا رفتن

میزان تفاوت از لحاظ بالینی معنی‌دار نبود و بعد از اتمام درمان زوج‌های گروه آشفته از نظر میزان الگوی ارتباطی سازنده و کاهش الگوهای مخرب ارتباطی (توقع-کناره‌گیری و اجتنابی متقابل) در طیف بهنجار قرار گرفته‌اند و عملکردی مشابه با زوج‌های سالم دارند. به این معنا که استفاده از تعامل ارتباطی سازنده در زوج‌های درمان شده نسبت به قبل بیشتر شده است. این یافته‌ها با نتایج برخی از پژوهش‌های انجام شده مانند وایل (۱۳ و ۶) هم‌سو است. این محقق در تحقیق‌های مختلف نشان داده است که زوج درمانی مشارکتی بر متغیرهای حوزه‌های کیفیت زندگی زناشویی نظیر الگوهای ارتباطی و رضایت و صمیمیت بین زوج‌ها تأثیر معنی‌داری دارد.

افزایش الگوی ارتباطی سازنده و کاهش الگوهای ارتباطی مخرب مورد توجه نظریه‌پردازان این رویکرد قرار داشته است. گاتمن می‌تواند تازه عروس و دامادها را در یک نزاع به مدت ۵ دقیقه تماشا کند و پیش‌بینی کند که آیا آنها با هم خواهند ماند یا نه، چیزی که او مشاهده می‌کند چگونگی ارتباط و تعامل آنها با هم در یک چرخه دشمنی است. در زوج‌درمانی مشارکتی، درمانگر به شرکاء نشان می‌دهد چگونه آنها می‌توانند با کشف و درک افکار و احساسات خودآیند در لحظه‌های آنی، چرخه دشمنی و قهر را تغییر دهند و تبدیل به یک زوج مشارکتی شوند. هدف افزایش توانایی زوج‌ها برای ساختن چنین تغییراتی است. این نظریه روابط زوج‌ها منتهی می‌شود به رویکردی در درمان که اساس آن بر تشخیص

رفتارهای مرضی مراجع به عنوان معیارهای عقب‌رونده یا واپس‌گرا است، وقتی فرد چیزی را واقعاً دوست دارد انجام دهد که بر روی او بسته است، درگیر معیارهای مربوط به گذشته، جبرانی و دست‌دوم می‌شود. به عنوان مثال موقعی که کلیدی، قفل را باز نمی‌کند، فرد ابتدا با ظرافت آن را تکان می‌دهد تا زوایای پیدا کند که ممکن است، آن را باز کند. او ظرافت و دقت را به کار می‌برد، که همان نقشه یا طرح A است. نقشه B (که واقعاً در اندازه واقعی یک نقشه نیست یعنی که فقط کاری انجام می‌دهد) این است که از نیروی فشار استفاده کند یعنی شکستن کلید در داخل قفل و ماندن نیمه آن در دستان او. نقشه شماره A برای یک همسر که شوهرش مدام مشغول به کار در بیرون از خانه است، این است که به او بگوید «من از تنهایی خودم ناراحتم، وقتی شما عصرها در بیمارستان وقت خود را سپری می‌کنید». نقشه B که یک سخن‌سنجیده است این است که به او بگوید «تو یک آدم معتاد به کار هستی». یک رابطه به طور ذاتی مدام در حال تغییر بین حالت‌های همدردی، قهر و رقابت است. وقتی زوج‌ها آنچه را در ذهن خود است با هم در میان می‌گذارند (بیان کشمکش درونی) که معنیش، این است که آنها در چرخه مشارکتی یا همدلی هستند یا رازها را با هم در میان نمی‌گذارند که معنی‌اش این است که در چرخه قهر هستند. وقتی سرزنش‌ها ادامه یابد آنها در چرخه مخالفتی و رقابت قرار دارند. هر زوجی زمانی را در هر یک از این سه چرخه می‌گذراند. درمانگر در اینجا به عنوان سخن‌گو

توانسته‌اند از الگوی مشارکتی در جریان مشکلات استفاده و با علایمی که درمان‌گر به آنها آموزش داده بود هنگام ورود به چرخه‌های قهر و رقابتی یکدیگر را یاری تا وارد آن چرخه‌ها نشوند و یا با آگاهی از بودن در آن چرخه‌ها از آسیب‌های رابطه خود را حفظ نمایند، لذا این تمرین‌ها باعث کم شدن الگوهای مخرب بین آنها شده بود هرچند این تغییر در زوج دوم نسبت به بقیه زوج‌ها کمتر بود، ولی آنها هم گزارش دادند که نسبت به قبل توانایی بیشتری برای گفتگو و حل مشکلات دارند. هم‌چنین درمان‌گر زوج‌ها را یاری کرد تا هنگامی‌که از دست یکدیگر عصبانی و ناراحت هستند با ترک موقعیت و موکل کردن بحث به زمان مناسب از بالا رفتن تنش و ایجاد دعوا جلوگیری نمایند. علاوه بر این آنها یاد گرفتند روابط خود را طوری قرار دهند که علی‌رغم داشتن مشکل در زمینه یا زمینه‌ها و یا داشتن اختلاف نظر در مورد موضوعی، کل روابط خود را تحت شعاع قرار ندهند و برای داشتن ارتباطی موفق و سازنده به جای قهر و اجتناب از هم، با هم گفتگو نمایند. از جمله پیشنهادهای این پژوهش می‌توان به بررسی اثربخشی زوج درمانی مشارکتی بر سایر متغیرهای حوزه کیفیت زندگی اشاره کرد تا زوایای پنهان و نیز ابعاد کاربردی آن بهتر شناخته شود و هم‌چنین استفاده از فنون زوج درمانی مشارکتی مدنظر مشاوران و درمانگران قرار گیرد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان اشاره کرد به این که به دلیل نیاز به اعمال ملاک‌هایی جهت انتخاب زوج‌های آشفته، امکان استفاده از

عمل می‌کند و در زمان‌های مودبانه صندلی خود را به زوج دیگر نزدیک و با او شروع به صحبت می‌کند، بیشتر به روشی مانند « تغییر خود » در سایکودراما. هدف مانع شدن از چرخه مخالفت‌آمیز زوج‌ها (همدیگر را دشمن هم پنداشتن) یا چرخه انزوا و گوشه‌گیری (برای هم مثل غریبه بودن) و معرفی یک چرخه مشارکتی (برای هم مثل دوست بودن) می‌باشد (۶).

در این پژوهش نیز درمان‌گر بعد از مشاهده تعامل زوج‌ها در جلسه‌های مشاوره و نحوه گفتگو و واکنش طرفین نسبت به هم، با استفاده از فنون زوج درمانی مشارکتی نظیر آموزش چرخه‌ها، کشف کشمکش درونی، سخنگو شدن، احیای گفتگوها، شناخت معیارهای واپس‌گرا و مرتب کردن مجدد رابطه به آنها کمک کرد تا بتوانند زمانی که در رابطه مشکلی به وجود می‌آید و زوج‌ها با هم قهر و در مورد مشکل صحبتی نمی‌کنند و یا با برچسب زدن به همدیگر، سرزنش و توهین، باعث دور شدن از هم و یکدیگر را دشمن و رقیب هم می‌پندارند، آنها را یاری کرد تا هنگام بروز مشکل به جای زدن برچسپ، لحظه‌ی درنگ و احساس ناراحت‌کننده‌ای را که باعث ایجاد مشکل شده، کشف و آنرا با همسر خود در میان بگذارند که در این صورت دیگر نیازی به بروز رفتارهای پر خاشگرانه و عصبانیت ندارند و می‌توانند به یکدیگر به عنوان منبع حل مشکل و یاور نگاه کنند و این تغییر نگرش باعث شد با تمرین آن در خانه و پیگیری به وسیله درمان‌گر، زوج‌ها گزارش دهند که

نمونه‌گیری تصادفی میسر نبود هم‌چنین به دلیل این که روش مورد استفاده برای پژوهش مطالعه موردی بود بخشی از جامعه برای شرکت در این پژوهش محدودیت داشتند، بنابراین در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را لحاظ کرد.

نتیجه گیری

با توجه به تنوع مشکلات متعددی که بر اثر متفاوت بودن فرهنگ، آداب و رسوم، تحصیلات، قومیت، نژاد و خانواده در روابط بین زوج‌ها به وجود می‌آیند، آگاهی مشاوران و روان‌شناسان خانواده برای درک بهتر مشکلات آنها و در نتیجه کمک مؤثر، احتیاج مبرم و اساسی به گسترش استفاده از انواع زوج درمانی‌ها را ایجاب می‌کند. بنابراین زوج درمانی مشارکتی یکی از درمان‌هایی است که تاکنون در کشور ما مورد بررسی و استفاده قرار نگرفته است که با انجام این پژوهش، امکان استفاده از فنون و هم‌چنین فرض‌های آن در توجیه مشکلات، این امکان برای همه افراد این حوزه برای استفاده و هم‌چنین پژوهش بیشتر فراهم شده است.

تقدیر و تشکر

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دوره دکتری می‌باشد. از همه مراکز مشاوره شهر بهبهان و همه زوج‌هایی که در انجام پژوهش ما را یاری کردند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌شود.

REFERENCES

1. Manne S, Bader H. Intimacy and relationship processes in couples psychosocial adaptation to cancer. *Cancer* 2008; 112(25): 41-55.
2. Patrick S, Sell J, Giordane F, Tollerud T. Intimacy, differentiation, and personality variables as predictors of marital satisfaction. *Journal of The Family* 2007; 15: 359-67.
3. Halford W, Snyder D. Universal processes and common factor in couple therapy and relationship education. *Journal of Behavther* 2012; 12(4): 120-30.
4. Siffert A, Schwarz B. Spouses demand and withdrawal during marital conflict in relation to their subjective well-being. *J Social and Personal Relationships* 2011; 28(2): 262-77.
5. Blume TW. Becoming a family counselor: Abridge to family therapy theory and practice. Hoboken. NJ USA: Wiley ;2006;123-143.
6. Wile D. Even more offensive theory. In: Dryden W(editors). Key case in psychotherapy London: Croom Helm; 1999; 78-102.
7. Naderi Z, Amanuelahi A, Shehni M. Effectiveness of systemic-constructivist couple therapy on interpersonal processing and relationship closeness in distressed couples. *Journal o Method s and Models Psychology* 2015; 6(21): 105-28.
8. Christensen A, Sullaway M. Communications patterns questionnaire. *Journal of consulting and clinical psychology* 1984;59,458-463.
9. Ahmadi Z, Ahmadi A, Fathizadeh M. Effectiveness of object relations couples therapy on Communications patterns. *Journal of Research Family* 2006; 2(6):105-17.^۹
10. Bagarozzi D. Enhancing intimacy in marriage translated by. Rezazadeh MR, Pournakhash S(editor). Tehran: Alzahra Publication; 2008; 80-100.
11. Atmadi O. Enhancing Intimacy in marriage. *Journal of New Psychology* 2006; 13(50): 21-42.
12. Kendall PC, Sheldrick RC. Normative data for normative comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 68(5): 767-73.
13. Wile D. Collaborative couple therapy. In: Donovan J(editor). Short-term couple therapy. New York: Guilford Press; 2005; 201-25 .
14. Gottman J. A theory of marital dissolutions and stability. *Journal of Family Psychology* 2008;12(7): 57-75.

The Effectiveness of Collaborative Couple Therapy on Communication Patterns and Intimacy of Couples Referring to Counseling Centers of Behbahan, Iran

Sodani M^{*}, Shogaeyan M, Khojastamhr R, Shiralinia KH

Deparemet of Counselling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Received: 15 Oct 2016 Accepted: 9 Oct 2017

Abstract

Background and Aim: Intimacy is a key characteristic of marital relationships and is one of the most prominent characteristics of a successful marriage. Communication patterns can also determine marital satisfaction. The aim of this study was to determine the effectiveness of coupled collaborative therapy on communication patterns and intimacy of couples referring to Behbahan counseling centers.

Methods: In this research, a single-trial experimental design, which was also called a single-trial trial, was used as a clinical trial. This design has different types. In the present study, several asynchronous base lines were used. Contrary to large-scale group comparison schemes, this design focuses on individual levels, not on average differences in pre-test and post-test. Another point of this plan is that fewer subjects are needed and couples completed the intimate questionnaire and communication patterns on the baseline, treatment and follow-up. Purposeful sampling was voluntary. The population of the study consisted of all disturbed couples referring to Behbahan psychological clinics. From these couples, 3 couples were selected based on entry and exit criteria. For analyzing the data, visual analysis (chart drawing), clinical significance (the changeover index and normative comparison), as well as the percentage of recovery, have been used.

Results: The results indicated that couples experience improvement in intimacy (30.95%) and interactive constructive communication model (47.05%), and in the communication model, the expected return (29.55%) and communication pattern Interactive avoidance (33.64%) showed a decrease. Likewise, data analysis using normative comparison showed that the couples after the treatment did not differ from the couples to the norm.

Conclusion: Participatory couples's therapy may increase the intimacy and constructive communication patterns and decrease the communication patterns of waiting and withdrawal expectations and thus reduce disturbance between couples.

Key words: Intimacy, Communication Patterns, Participatory Therapy Couples

***Corresponding author:** Sodani M, Deparemet of Counselling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Email: Sodani_m@scu.ac.ir

Please cite this article as follows:

Sodani M, Shogaeyan M, Khojastamhr R, Shiralinia Kh. The Effectiveness of Collaborative Couple Therapy on Communication Patterns and Intimacy of Couples Referring to Counseling Centers of Behbahan, Iran. *Armaghane-danesh* 2017; 22 (4): 499-514.