

# Effect of Common Factors Couple Therapy Paradigm on Capability of Couples to Engage in Effective Dialogue

Mehdinezhad Qoushchi R.<sup>1</sup>, \*Esmaeili M.<sup>2</sup>, Shafiabadi A.<sup>3</sup>

## Author Address

1. PhD candidate consultation, Department of Counseling, Tehran Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

2. Associate professor, Department of Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;

3. Professor, Department of Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

\*Corresponding Author Address: Tehran, The western end of Highway Hemmat, Olympic Village-Village Square, Allameh Tabataba'i University, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Department of counseling.

\*Tel: 09121580271; \*E-mail: Masesmeily@yahoo.com

Received: 2016 August 23; Accepted: 2016 September 9

## Abstract

**Background and objective:** Common Factors Couple Therapy Paradigm proposed by Sprenkle, Davis and Lebow is an integrative therapeutic approach. This approach relies on such facilitating variables as the couple and therapist's personality and their motivation to form a therapeutic alliance and therapeutic process. In the initial stage, Common Factors Couple Therapy Paradigm emphasizes problem conceptualization, awareness raising and recognizing the existent condition. In the subsequent stage, it emphasizes executing interventions and stopping dysfunctional communication patterns. The final stage is common conclusion and treatment pursuit. The aim of this study was to investigate the effect of Common Factors Couple Therapy Paradigm on capability of couple's effective dialogue.

**Methods:** This is a two-group pretest-post quasi-experimental study. The population included all couples unable to engage in effective dialogues visiting counseling centers in Urmia-Iran in 2014 -2015 school year. Random sampling used to recruit 32 participants. The participants randomly assigned to experimental and control groups in equal numbers. The experimental group received 10 sessions of Common Factors Couple Therapy Paradigm, 3 sessions for the first stage, 5 sessions for the second stage and 2 sessions for the final stage. Each session took 60 minutes. The Control group received no training. Measurement tools consisted of Effective Dialogue Questionnaire (EDQ). This questionnaire has 43 question and includes the Literature of Conversation (LC), Expression of Feelings (EF), Expression of Needs (EN), and Nonverbal Communication Associated with Verbal Skills (NCAVS), Nonverbal Communication Unassociated with Verbal Communication (NCUVS), Listening Skills (LS), Mirroring Skills (MS), Validation Skills (VS) and Empathy Skills (SE) in Couple's Effective Dialogue. Repeated measures analysis of variance (ANOVA) used to analyze the data.

**Results:** Results showed a significant difference in capability of couples to engage in effective dialogue before and after the intervention in experimental group ( $p < 0.001$ ). The Completely experimental group ability increased in the following subscales: the Literature of Conversation, Expression of feelings, Expression of Needs, Nonverbal Communication Associated with Verbal Skills, Nonverbal Communication Unassociated with Verbal Communication, Listening Skills, Mirroring Skills, Validation Skills and Empathy Skills.

**Conclusion:** It concluded that that Common Factors Couple Therapy Paradigm raised capability of couples for effective dialogue in experimental group. The research findings have practical implications as well.

**Keywords:** Couple Therapy, Common Factors-Based Couple Therapy, Capability of Dialogue, Couples Effective Dialogue, Common Factors Therapy.

## اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک بر توان‌مندی گفت‌وگوی مؤثر زوجین

رحمان مهدی‌نژاد قوشچی<sup>۱</sup>، \* معصومه اسمعیلی<sup>۲</sup>، عبدالله شفیع‌آبادی<sup>۳</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، گروه مشاوره، تهران، ایران؛

۲. دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۳. استاد، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

\* آدرس نویسنده مسئول: تهران، انتهای غربی اتوبان شهیدمهدت، دهکده المپیک، میدان دهکده، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه مشاوره.

\* تلفن: ۰۹۱۲۱۵۸۰۲۷۱؛ \* ایمانامه: Masesmaeil@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲ شهریور ۱۳۹۵؛ تاریخ پذیرش: ۱۹ شهریور ۱۳۹۵

## چکیده

**زمینه و هدف:** زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک اسپرینکل و همکاران از رویکردهای یک‌پارچه‌نگر زوج‌درمانی بوده و در آن به نقش انگیزه و اتحاددرمانی و مفهوم‌سازی مشترک در درمان تأکید می‌شود. این پژوهش به بررسی اثربخشی روش زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک بر توان‌مندی گفت‌وگوی مؤثر زوجین پرداخته است.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی بوده و از طرح آزمایشی آمیخته استفاده شد. جامعه آماری، زوج‌هایی بودند که به دلیل توان‌مند نبودن در گفت‌وگوی مؤثر، به مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره آرامش ارومیه در سال ۱۳۹۴ مراجعه کردند. نمونه آماری شامل ۱۶ زوج بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از میان جامعه آماری انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و گروه کنترل (۱۶ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک شرکت کردند؛ ولی در گروه کنترل هیچ آموزشی داده نشد. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه «مقیاس ارزیابی گفت‌وگوی مؤثر زوجین» بود. از آزمون آماری تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای آزمون سؤال تحقیق استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج تحقیق نشان داد که میزان توان‌مندی زوج‌ها در گروه آزمایش در مقیاس‌های مهارت‌های کلامی و غیرکلامی و فرآیند گفت‌وگوی مؤثر در مرحله قبل و بعد از مداخله، تفاوت معناداری داشته است ( $p < 0/001$ )؛ همچنین بین گروه آزمایش و گروه کنترل در میزان توان‌مندی زوج‌ها، در مقیاس‌های گفت‌وگوی مؤثر تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/001$ ).

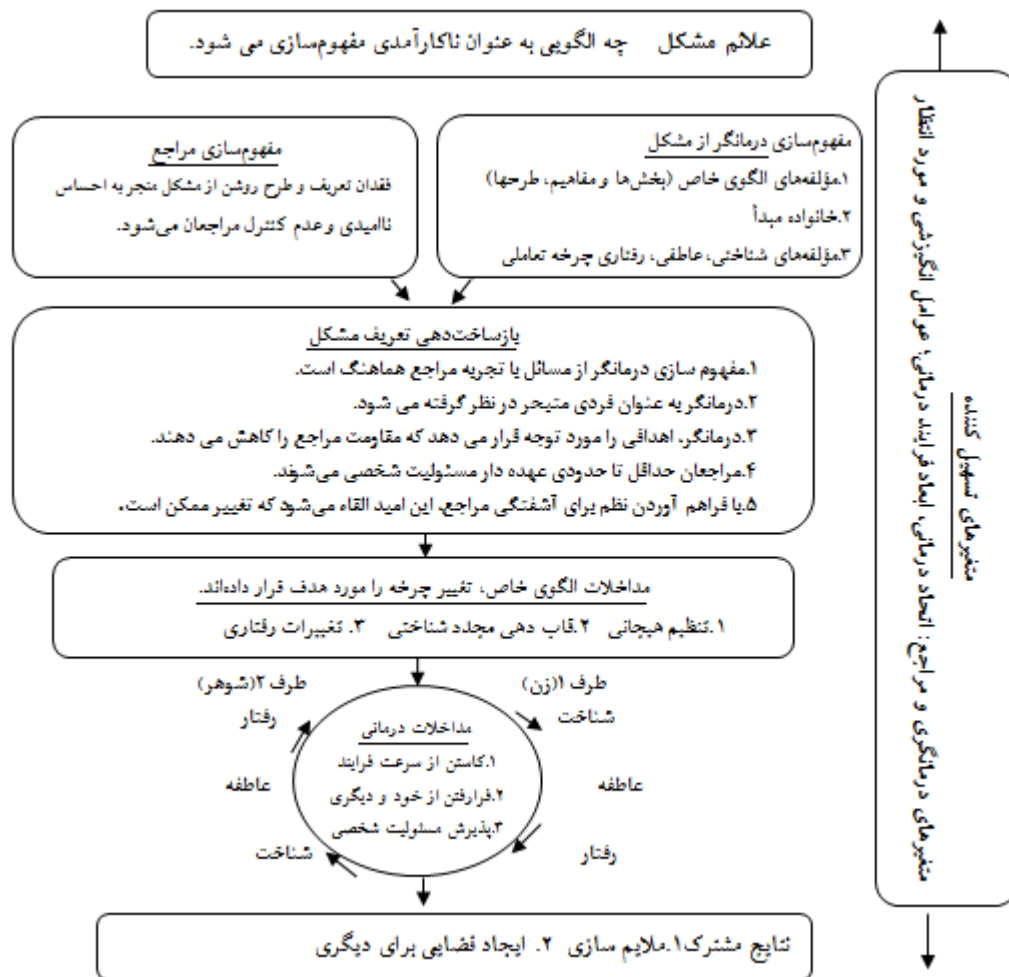
**نتیجه‌گیری:** زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک، توان‌مندی گفت‌وگوی مؤثر را در زوج‌ها بهبود داده است. این نتیجه لزوم توجه زوج‌درمان‌گران به عوامل مشترک در زوج‌درمانی را نشان می‌دهد.

**کلیدواژه‌ها:** زوج‌درمانی، زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک، توان‌مندی گفت‌وگو، گفت‌وگوی مؤثر همسران، عوامل مشترک درمان.

دانستند (۶). براک و جوانینگ در پژوهش خود نتیجه گرفتند که غنی‌سازی روابط در بهبود تعامل و رضایت زوج‌ها مؤثر است (۷). همچنین اتکینز و همکاران نشان دادند که آموزش مهارت‌های رفتاری با تأکید بر سازه‌های شناختی و عاطفی، باعث بهبود ارتباط در زوج‌ها می‌شود (۸).

رویکردهای روانی‌آموزشی برای پُربارساختن رابطه زناشویی پدیدار گشته و بیشتر جنبه پیشگیری دارند؛ بنابراین به نظر می‌رسد بایستی رویکردی کوتاه‌مدت و کارآمد آموزشی‌درمانی را یافت تا به همسران در ایجاد و حفظ گفت‌وگوی مؤثر کمک کرد. در سال‌های اخیر پارادایم حرکت به سمت یک‌پارچه‌سازی، بخش مهمی از کار زوج‌درمان‌گران بوده و جنبش وسیعی در جهت تلفیق رویکردهای زوج‌درمانی شکل گرفته است (۹). در این پژوهش رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک از رویکردهای یک‌پارچه‌نگر، در نظر گرفته شده است. این رویکرد، عناصر اصلی و مشترک درمان‌های گوناگون را مشخص کرده و هدف نهایی آن ایجاد کوتاه‌ترین و مؤثرترین درمان‌ها بر اساس این ویژگی‌های مشترک است؛ زیرا این ویژگی‌ها در توجیه نتیجه درمان، از عوامل منحصربه‌فرد و متمایزکننده درمان‌ها، مهم‌ترند. الگوی تغییر در زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک اسپرینکل و همکاران در شکل ۱ آمده است (۹).

گفت‌وگوی مؤثر، قلب روابط صمیمی زوج‌ها و پایه‌ای است که سایر جنبه‌های ارتباط بر آن نهاده می‌شود؛ زیرا زوجین از طریق گفت‌وگو، راحت‌تر و بهتر می‌توانند پیام و احساس‌شان را به همدیگر منتقل کرده و به یکدیگر نزدیک‌تر شوند (۱). گفت‌وگوی مؤثر با برنامه‌ریزی زوجین برای زمان و مکان گفت‌وگو و بیان موضوع و هدف آغاز می‌شود. همسران در حین گفت‌وگو با استفاده از مهارت‌های کلامی و غیرکلامی و با گفت‌وگوی آگاهانه مبتنی بر گوش دادن فعال، انعکاس، ارزش دادن و هم‌دلی کردن، می‌توانند تفکر و احساس یکدیگر را بشناسند. این گفت‌وگو مهارتی است که باعث ارضای نیازهای عاطفی و روانی و رضایت زوج‌ها از زندگی‌شان شده و بر سلامت روانی آنان مؤثر است (۲،۳). طبق مطالعه اولسون مشخص شد، همسران خرسند بیش از همسران ناخرسند از نحوه گفت‌وگو با یکدیگر خشنودند (۴). ناتوانی زوج‌ها در گفت‌وگوی مؤثر از عوامل بسیار مهم بروز تنش و سردی روابط بوده و همچنین از علل مهم طلاق در سال‌های اول ازدواج است (۵)؛ لذا زوج‌درمان‌گران همواره درصدد ارائه راهکاری برای پیشگیری و درمان این ناسازگاری‌ها بوده‌اند. یالسین و کاراهان در تحقیق خود برنامه آموزش ارتباط همسران را در کاهش منازعات زناشویی مؤثر



شکل ۱. الگوی تغییر در زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک (اقتباس از اسپرینکل، دیویس و لپو، ۲۰۰۹)

همان‌طور که در شکل ۱ آمده است درمان‌گر و زوجین و ارتباط درمانی و انگیزه آنان از عوامل بسیار مهم تسهیل‌کننده درمان هستند. سودمندی و صمیمیت درمان‌گر به‌طور پیوسته با نتایج مطلوب در زوج‌درمانی همراه بوده است. مراجعان در این رویکرد، در جایگاهی قرار دارند که فعالانه تمام توصیه‌های درمانی را برای دستیابی به اهدافشان به‌کار می‌گیرند. طی مطالعه اسپرینکل و همکاران مشخص شد که ۴۵ درصد از تغییرات مراجع، منتسب به مهارت‌های ارتباطی درمان‌گر است. نتایج فراتحلیل روان‌درمانی‌های لوبورسکی نشان داد که علت بیشترین نوسان در نتیجه درمان، عامل انگیزه تغییر و اتحاد درمانی بوده است (۹). لمبرت و برگین معتقدند که عوامل مشترک درمانی شامل عوامل حمایتی مثل اعتماد مراجع به درمان‌گر، عوامل یادگیری مثل تغییر در عقاید همسران و عوامل کنشی مانند تغییر رفتار است (۱۰). متغیرهای تسهیل‌کننده با مراحل سه‌گانه رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک در اثربخش بودن درمان تعامل دارند. در مرحله اول زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک بر مفهوم‌سازی مشکلات و افزایش خودآگاهی و شناخت وضعیت موجود تأکید می‌شود. در مرحله دوم اجرای مداخلات درمانی و متوقف‌سازی الگوهای ارتباطی ناکارآمد و در مرحله سوم نتیجه‌گیری مشترک و پیگیری درمان مطرح است. اسپرینکل و همکاران بر مبنای تحقیقات خود، مفهوم‌سازی مشترک درمان‌گر و زوجین درباره مشکل، متوقف‌سازی چرخه‌های ارتباطی ناکارآمد، سیستم درمانی رهنمودی و اتحاد درمانی را از عوامل مشترک درمان می‌دانند (۹)؛ بنابراین عوامل مشترک مجموعه عوامل تسهیل‌کننده و مداخله‌کننده درمانی هستند که در همه روان‌درمانی‌ها وجود داشته و مختص یک رویکرد درمانی خاص نیست. همچنین بر اساس انجام مطالعات کارایی آن‌ها تأیید شده است. بسیاری از رویکردهای زوج‌درمانی بر حل مشکلات ارتباطی و گفت‌وگوی مؤثر همسران تأکید می‌کنند. بر اساس بررسی‌های محقق، هیچ پژوهشی به تأثیر عوامل مشترک درمان بر درمان ناتوانی همسران در گفت‌وگوی مؤثر توجه نکرده است؛ بنابراین این پژوهش به دنبال مشخص کردن نحوه تأثیر عوامل مشترک در زوج‌درمانی بر توانمندی گفت‌وگوی مؤثر همسران است.

## ۲ روش بررسی

تحقیق حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی «پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل» در قالب طرح تحقیقی آمیخته بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زوج‌های دارای مشکلات ارتباطی مراجعه‌کننده به مرکز خدمات روان‌شناسی آرامش ارومیه وابسته به معاونت اجتماعی ناجا تشکیل دادند. داشتن علاقه و تعهد جهت حضور منظم در جلسات درمانی، نداشتن اختلالات روانی و خلقی و نداشتن اعتیاد از شرایط نمونه‌آماری بود. برای نمونه‌گیری از روش دردسترس و تصادفی استفاده شد. پس از ثبت نام متقاضیان، از طریق مصاحبه مقدماتی ۴۵ زوج واجد شرایط انتخاب شدند. سپس از بین ۱۶ زوج انتخاب‌شده، ۸ زوج با روش جایگزینی تصادفی در هر گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه «مقیاس ارزیابی توانمندی گفت‌وگوی مؤثر زوجین» تکمیل شد. بعد از آن گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک شرکت کردند. سپس اعضای دو

گروه در مرحله پس‌آزمون، پرسشنامه مذکور را پر کردند. در این پژوهش جهت پیگیری پایداری اثربخشی جلسات درمانی، از دو گروه بعد از گذشت ۲ ماه مجدداً آزمون گرفته شد.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق‌ساخته «مقیاس ارزیابی توانمندی گفت‌وگوی مؤثر زوجین» بود. در این پژوهش از روش کیفی پدیدارشناسی جهت ساختن پرسشنامه استفاده شد. جامعه آماری آن، شامل همه زوجین با عملکرد سالم ازدواج در شهرستان ارومیه بود. طبق روش نمونه‌گیری هدف‌مند با همکاری اداره آموزش و پرورش ارومیه، ۲ مدرسه در مقطع متوسطه اول، انتخاب و خانواده‌های با عملکرد سالم شناسایی شدند. معیارهای ورود به این مطالعه، دارا بودن حداقل ۱۰ سال سابقه زندگی مشترک و کسب نمره در آزمون سنجش عملکرد سالم ازدواج بود. برای جمع‌آوری داده‌ها، از روش مصاحبه نیمه‌ساختاری عمیق استفاده شد. پژوهشگر برای شناسایی ویژگی‌های گفت‌وگوی مؤثر همسران با کارکرد سالم، چند سؤال باز و گسترده را بر اساس بررسی فرآیند و مهارت‌های گفت‌وگوی مؤثر مطرح کرد. روایی صوری و محتوایی سؤالات بانظر متخصصان روان‌شناسی سنجیده شد. سپس مصاحبه‌ها آغاز و نمونه‌گیری تا ۱۰ زوج ادامه یافت تا اینکه اشباع نظری به دست آمد. از مجموع ۱۰ مصاحبه، بیانات مهم استخراج‌شده و با کنار هم قراردادن و مقایسه مشترکات و ادغام‌کردن، ۵ مضمون اصلی و ۲۰ مضمون فرعی پدیدار شدند. گویه‌های خام پرسشنامه با استفاده از مضمون‌های اصلی و فرعی طرح شد. روایی صوری و محتوایی آن را ۵ نفر از استادان مشاوره و روان‌شناسی تأیید کردند. پرسشنامه طراحی‌شده در بین ۱۵۰ زوج اجرا شد. برای بررسی روایی سازه از تحلیل عاملی تأییدی استفاده و گویه‌هایی که بار عاملی‌شان کمتر از حد مجاز ۰/۴۰ بود، حذف شدند. برای تعیین همسانی درونی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس مهارت‌های کلامی در گفت‌وگوی مؤثر ۰/۸۶، خرده‌مقیاس‌های ادبیات کلامی ۰/۷۸، بیان احساسات ۰/۷۷ و بیان نیازها ۰/۷۹ به دست آمد. ضرایب آلفای کرونباخ را برای مقیاس مهارت‌های غیرکلامی ۰/۸۲ و خرده‌مقیاس‌های ارتباط غیرکلامی هماهنگ با مهارت‌های کلامی ۰/۷۸ و ارتباط غیرکلامی ناهماهنگ با مهارت‌های کلامی ۰/۸۰ بیان کردند. ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس فرآیند گفت‌وگوی مؤثر ۰/۸۲ و خرده‌مقیاس‌های مهارت گوش‌دادن ۰/۷۱، مهارت انعکاس‌دادن ۰/۸۰، مهارت تأییدکردن ۰/۸۷، مهارت هم‌دلی ۰/۷۹ گزارش شد.

پایایی آزمون با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۴۹ است. پرسشنامه نهایی شامل ۴۳ سؤال و دارای ۳ مقیاس و ۹ خرده‌مقیاس است. اولین مقیاس، مهارت‌های کلامی را در گفت‌وگوی مؤثر با خرده‌مقیاس‌های ادبیات کلامی و بیان احساسات و بیان نیازها شامل می‌شود. دومین مقیاس، مهارت‌های غیرکلامی در گفت‌وگوی مؤثر با خرده‌مقیاس‌های ارتباط غیرکلامی هماهنگ و ناهماهنگ با مهارت‌های کلامی است. در سومین مقیاس، فرآیند گفت‌وگوی مؤثر با خرده‌مقیاس‌های مهارت گوش‌دادن، مهارت انعکاس‌دادن، مهارت تأییدکردن و مهارت هم‌دلی مطرح می‌شود. سؤالات این پرسشنامه به‌صورت طیف ۴ گزینه‌ای اغلب اوقات (۴ نمره)، گاهی اوقات (۳

نمره)، به ندرت (۲ نمره) و هرگز (۱ نمره) بوده و حداکثر نمره در آن ۱/۲۸ به دست آمد. جدول ۱ معرف میزان نمرات گفت‌وگوی مؤثر ۱۷۲ و حداقل نمره ۴۳ است. براساس اجرای آزمایشی پرسشنامه میانگین ۱۳۷/۱۱ و انحراف استاندارد ۱۵/۶۵ و خطای استاندارد جدول ۱. میزان نمرات گفت‌وگوی مؤثر

میزان گفت‌وگو	خیلی زیاد	زیاد	نسبتاً زیاد	متوسط	نسبتاً کم	کم	خیلی کم
نمرات	بیشتر از ۱۶۷	۱۶۷ تا ۱۵۲	۱۵۲ تا ۱۴۰	۱۴۰ تا ۱۳۵	۱۳۵ تا ۱۲۰	۱۲۰ تا ۱۰۵	کمتر از ۹۰

منطقی؛  
(مرحله سوم) جلسات نهم تا دهم: تعیین محتوای مشترک گفت‌وگو، زمان و مکان مناسب برای گفت‌وگو و تثبیت و تحکیم دست‌آوردهای جلسات قبلی.

شرح این جلسات: تداوم اتحاد درمانی با تقویت انگیزه و امید همسران، بررسی تکالیف درمانی و تقویت تغییرات انجام‌شده، ایجاد خودآگاهی درقبال موضوعات قبلی گفت‌وگو، پیشنهاد محتوا و موضوعات گفت‌وگو از سوی درمان‌گر و تمرین گفت‌وگو براساس آموخته‌های قبلی، بررسی نقش آمادگی قبلی همسران و انتخاب زمان و مکان مناسب در گفت‌وگوی مؤثر، طراحی و اجرای برنامه افزایش تدریجی میزان گفت‌وگو بین همسران و افزایش فعالیت‌های پاداش‌دهنده، تقویت دست‌آوردهای مراحل قبلی، ملایم‌سازی رفتار و تشویق بازکردن فضای گفت‌وگو برای یک‌دیگر، اجرای مقیاس ارزیابی جلسات درمانی و مقیاس ارزیابی همسران از محیط درمانی و وضعیت آن.

### ۳ یافته‌ها

در این تحقیق به تعداد مساوی ۸ زوج (۸ نفر مرد و ۸ نفر زن) در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار داشتند. میانگین متغیر طول مدت ازدواج گروه آزمایش ۶ سال با انحراف استاندارد ۳/۲۷ و میانگین متغیر طول مدت ازدواج گروه کنترل ۹ سال با انحراف استاندارد ۱۰/۰۴ بود؛ همچنین میانگین متغیر سن گروه آزمایش ۳۱ سال با انحراف استاندارد ۳/۷۱ و میانگین متغیر سن گروه کنترل ۳۵ سال با انحراف استاندارد ۳/۵۳، مشاهده شد. توصیف متغیر مدرک تحصیلی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ آمده است.

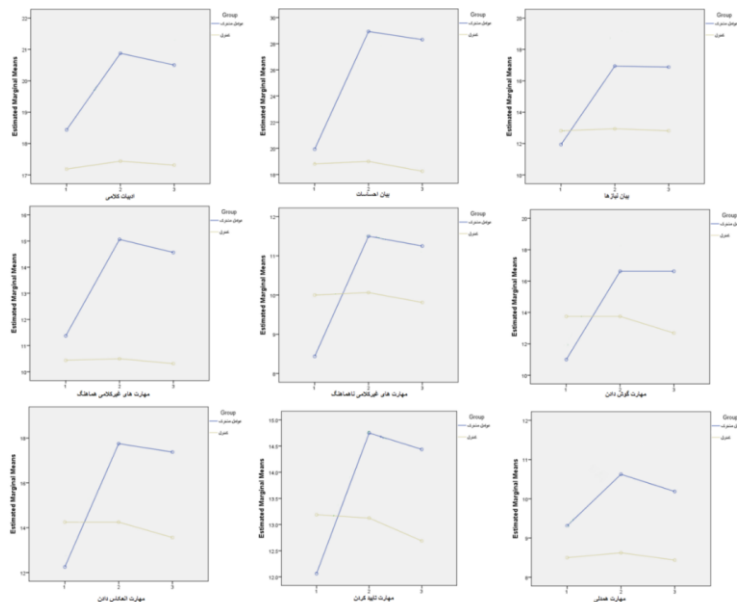
جدول ۲. توصیف متغیر مدرک تحصیلی آزمودنی‌ها

گروه	مقدار	زیردیپلم	دیپلم	کاردانی	کارشناسی	کارشناسی ارشد	دکتری
آزمایش	فراوانی	۱	۷	۲	۳	۲	۱
	درصد	۶/۳	۴۳/۸	۱۲/۵	۱۸/۸	۱۲/۵	۶/۳
کنترل	فراوانی	۰	۳	۲	۱۰	۰	۱
	درصد	۰	۱۸/۸	۱۲/۵	۶۲/۵	۰	۶/۳
آزمایش	فراوانی	۱	۷	۲	۳	۲	۱
	درصد	۶/۳	۴۳/۸	۱۲/۵	۱۸/۸	۱۲/۵	۶/۳
کنترل	فراوانی	۰	۳	۲	۱۰	۰	۱
	درصد	۰	۱۸/۸	۱۲/۵	۶۲/۵	۰	۶/۳

در پژوهش حاضر یک عامل درون‌آزمودنی یا زمان اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش و یک عامل بین‌آزمودنی یا عضو بودن گروهی وجود داشت. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	مؤلفه	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقدار $p$
			انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار	
مهارت‌های کلامی	ادبیات کلامی	آزمایش	۱۸/۴۴	۱/۵۹	۲۰/۸۸	۱/۶۷	<۰/۰۰۱
		کنترل	۱۷/۱۹	۱/۸۰	۱۷/۴۴	۱/۸۲	۰/۱۶۴
	بیان احساسات	آزمایش	۱۹/۹۴	۵/۲۲	۲۸/۹۴	۲/۵۲	<۰/۰۰۱
		کنترل	۱۸/۸۱	۳/۳۹	۱۹	۳/۴۸	۰/۰۷۴
مهارت‌های غیرکلامی	مهارت‌های غیرکلامی هماهنگ	آزمایش	۱۱/۹۴	۲/۴۳	۱۶/۹۴	۲/۴۳	<۰/۰۰۱
		کنترل	۱۲/۸۱	۱/۵۶	۱۲/۹۴	۱/۶۱	۰/۲۷۳
	مهارت‌های غیرکلامی ناهماهنگ	آزمایش	۱۱/۳۸	۱/۲۰	۱۵/۰۶	۱	<۰/۰۰۱
		کنترل	۱۰/۴۴	۱/۱۵	۱۰/۵۰	۱/۱۵	۰/۲۳۱
فرآیند گفت‌وگوی مؤثر	مهارت گوش‌دادن	آزمایش	۱۱	۲/۶۱	۱۶/۶۳	۴/۲۲	<۰/۰۰۱
		کنترل	۱۳/۷۵	۱/۲۴	۱۳/۷۵	۱/۳۴	۰/۶۹۲
	مهارت انعکاس‌دادن	آزمایش	۱۲/۲۵	۱/۷۷	۱۷/۷۵	۰/۹۳	<۰/۰۰۱
		کنترل	۱۴/۲۵	۱/۲۹	۱۴/۲۵	۱/۲۹	۰/۶۳۱
مهارت تأییدکردن	آزمایش	۱۲/۰۶	۱/۴۸	۱۴/۷۵	۲/۴۱	۰/۰۰۷	
	کنترل	۱۳/۹۱	۱/۲۸	۱۳/۱۳	۱/۳۶	۰/۳۱۳	
مهارت هم‌دلی	آزمایش	۹/۳۱	۱/۱۴	۱۰/۶۳	۰/۹۶	۰/۰۲۳	
	کنترل	۸/۵۰	۱/۰۳	۸/۶۳	۱/۰۲	۰/۰۷۳	



شکل ۱. نمودار میانگین‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

ارتباط کلامی می‌شود و به جنبه‌هایی غیر از محتوای کلامی و فرآیند بیان کلامی مرتبط است (۱۰).

هدف اصلی زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک بر توان‌مندی‌سازی همسران در مهارت‌های ارتباطی بوده و متغیرهای تسهیل‌کننده و مداخله‌کننده آن بر توقف چرخه‌های تعاملی منفی تأکید دارند. در این پژوهش متغیرهای تسهیل‌کننده انگیزه، آگاهی، انتظارات و آمادگی زوج‌ها، باعث ارتباط کلامی و غیرکلامی بهتر با درمان‌گر و همسرشان شده است به طوری که شادیش و بالدوین در مرور نتایج ۲۰ نمونه زوج‌درمانی، مشاهده کردند که وقتی همسران باهم و با انگیزه بیشتر در جلسه درمان حضور می‌یابند، تأثیر زوج‌درمانی قوی‌تر است. درمان‌گر با انگیزه و امیدوار با اتحاددرمانی و رفتار کلامی و غیرکلامی خود، مهارت‌ها را به زوج‌ها آموزش می‌دهد (۱۱)، همان‌طور که بلو و همکاران و اسپرینکل و همکاران در پژوهش‌های خود نشان دادند، تفاوت‌های عمده‌ای در تأثیر درمان‌گر وجود دارد. بعضی از درمان‌گران رابطه قدرت‌مندی با مراجع برقرار می‌کنند و سودمندی و صمیمی بودن درمان‌گر به‌طور پیوسته با نتایج مطلوب همراه می‌شود (۹، ۱۳).

در مرحله اول زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک مفهوم‌سازی مشکلات و افزایش خودآگاهی همسران مطرح است. مفهوم‌سازی درمان‌گر و زوج‌ها از مشکل نداشتن مهارت‌های کلامی و غیرکلامی با بررسی همه جوانب زندگی زوج محقق‌شده و بسیاری از نشانه‌ها به پاسخ‌هایی مفهوم تبدیل می‌شود (۱۴)؛ در نتیجه همسران از نقش خود در چرخه ارتباطی منفی و لزوم تغییر نقش کلامی و غیرکلامی خود آگاه‌تر می‌شوند (۹). دیویس و پیرسی در مطالعه‌ای کیفی، پذیرش نقش در مشکلات و تعهد در قبال یک‌دیگر و خودآگاهی مراجعان را در نتایج موفق درمان، مؤثر دانسته‌اند (۱۴).

اکثر مداخلات این رویکرد، تغییر عناصر رفتاری و شناختی و عاطفی چرخه تعاملی منفی همسران را هدف قرار داده و در پی گُندساختن این چرخه‌ها هستند (۹، ۱۵) تا آن‌ها را قادر سازند در گفت‌وگوی خود از مهارت ارتباط کلامی و غیرکلامی به‌نحوی مطلوب استفاده کنند (۱۲). در این رویکرد با استفاده از تکنیک‌های شناختی نظیر شناسایی افکار ناسازگار و آزمون باورها و بازسازی شناختی، همسران دارای نگرش نظام‌دار می‌شوند. در مداخلات رفتاری، درمان‌گر با کمک فن ایفای نقش و قرارداد رفتاری، همسران را تشویق کرده تا احساسات خود را به‌صورت کلامی و غیرکلامی به یک‌دیگر نشان دهند و واکنش نرم‌تر و ملایم‌تر همسر خود را فراخوانند (۹، ۱۰، ۱۶). جانسون طبق تحقیقات گذشته نشان داد: همسرانی که در جلسه درمان مهارت‌ها را تمرین کرده و به حرف‌های یک‌دیگر گوش می‌دهند، از همدیگر بیشتر حمایت می‌کنند (۱۷).

رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک، بر فرآیند گفت‌وگوی آگاهانه زوجین نیز مؤثر بوده و متغیر تسهیل‌کننده ارتباط‌درمانی در فرآیند گفت‌وگوی همسران اثر دارد (۲). طبق پژوهش گرین کاویچ و نورکراس رابطه و اتحاددرمانی مهم‌ترین عامل مشترک درمانی هستند (۱۸).

از سوی دیگر تفکرات معیوب همسران درباره گفت‌وگوی آگاهانه و مراحل گوش‌دادن، انعکاس، ارزش و اعتباردادن و هم‌دلی، با مداخلات

باتوجه به جدول ۳ و شکل ۱، در مؤلفه ادبیات کلامی، میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معناداری بیشتر از مرحله پیش‌آزمون و پیگیری به‌دست آمد ( $p < 0/001$ ). در این مؤلفه تفاوتی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل وجود ندارد ( $p = 0/164$ ). در مؤلفه بیان احساسات، میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معنادار بیشتر از مرحله پیش‌آزمون و پیگیری است ( $p < 0/001$ ). در این مؤلفه تفاوتی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل مشاهده نشد ( $p = 0/074$ ). در مؤلفه بیان نیازها، میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معناداری بیشتر از مرحله پیش‌آزمون و پیگیری است ( $p < 0/001$ ). در این مؤلفه بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل تفاوتی یافت نشد ( $p = 0/273$ ). در مؤلفه مهارت‌های کلامی هماهنگ با مهارت کلامی، میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معناداری بیشتر از مرحله پیش‌آزمون و پیگیری بیان شد ( $p < 0/001$ ). در این مؤلفه تفاوتی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل وجود ندارد ( $p = 0/231$ ). در مؤلفه مهارت‌های کلامی ناهماهنگ با مهارت کلامی، میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معناداری بیشتر از مرحله پیش‌آزمون و پیگیری است ( $p < 0/001$ ). در این مؤلفه بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل تفاوتی دیده نمی‌شود ( $p = 0/133$ ). در مؤلفه مهارت گوش‌دادن، میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معنادار بیشتر از مرحله پیش‌آزمون و پیگیری مشاهده شد ( $p < 0/001$ ). در این مؤلفه بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل تفاوتی ندارد ( $p = 0/692$ ). در مؤلفه مهارت انعکاس‌دادن، میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معناداری بیشتر از مرحله پیش‌آزمون و پیگیری است ( $p < 0/001$ ). در این مؤلفه تفاوتی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل دیده نمی‌شود ( $p = 0/631$ ). در مؤلفه مهارت تأییدکردن، میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معناداری بیشتر از مرحله پیش‌آزمون و پیگیری به دست آمد ( $p < 0/001$ ). در این مؤلفه بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل تفاوتی وجود ندارد ( $p = 0/313$ ). در مؤلفه مهارت هم‌دلی میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معنادار بیشتر از مرحله پیش‌آزمون و پیگیری است ( $p < 0/001$ ). در این مؤلفه بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل تفاوتی یافت نمی‌شود ( $p = 0/073$ )؛ بنابراین باتوجه به یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک بر توان‌مندی گفت‌وگوی مؤثر همسران اثر مثبت و معنادار دارد.

#### ۴ بحث

در این تحقیق مداخلات رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک توانستند توان‌مندی گفت‌وگوی مؤثر همسران را افزایش دهند. در تبیین این یافته می‌توان گفت همسران در اثر متغیرهای تسهیل‌کننده و مداخله‌کننده توانسته‌اند بر ناتوانی گفت‌وگوی مؤثر خود غلبه کنند. مؤلفه‌های مختلف گفت‌وگوی مؤثر زوج‌ها با یک‌دیگر در ارتباطند. یکی از این مؤلفه‌ها مهارت‌های ارتباط کلامی بوده که خود شامل ادبیات کلامی و بیان احساسات و بیان نیازها است. مؤلفه دیگر مهارت ارتباط غیرکلامی، شامل ارتباط غیرکلامی هماهنگ و ناهماهنگ با

پیشنهاد می‌شود تحقیقات تجربی بیشتری در زمینه زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک صورت گیرد. همچنین مشاوران خانواده و زوج درمان‌گران فنون و روش‌های کاربردی آن‌ها را فراگرفته و در مراکز مشاوره و محیط‌های بالینی، جهت ارتقای توان‌مندی گفت‌وگوی مؤثر و صمیمی‌بودن و رضایت زناشویی و درمان مشکلات مربوط به صمیمی‌بودن و ارتباط زوجین به‌کارگیرند.

## ۵ نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق نشان داد شرکت همسران در جلسات زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک، توان‌مندی گفت‌وگوی مؤثر را در آنان افزایش می‌دهد. مراحل سه‌گانه این رویکرد در تعامل با متغیرهای تسهیل‌کننده درمان مانند اتحاددرمانی و انگیزه بیشتر همسران و درمان‌گر توانسته است تفکرات، احساسات و رفتارهای منفی را اصلاح و چرخه تعاملی مثبت را جایگزین کند؛ بدین ترتیب همسران بر ناتوانی گفت‌وگوی مؤثرشان غلبه می‌کنند.

شناختی اصلاح می‌شود. در مداخله رفتاری با برنامه‌ریزی قبلی برای گفت‌وگو، تمرکز آن‌ها در گفت‌وگوی آگاهانه افزایش می‌یابد. با کمک فن ایفای نقش و قرارداد رفتاری، آن‌ها تشویق می‌شوند تا فرآیند گفت‌وگو را بین خودشان تمرین کنند. زوجین در رابطه با پیشرفت گفت‌وگوی آگاهانه به یک‌دیگر بازخورد می‌دهند (۲).

در مرحله سوم زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک، اکثر همسران به نتایج مشترک می‌رسند؛ همان‌طور که زوج‌درمانی با موفقیت پیش می‌رود، همسران مشتاقانه شیوه نادرست رفتاری سابق و نگرش انتقادی در مقابل همسر و خودشان را به نفع رویکردی صبورانه‌تر و همراه با پذیرش بیشتر کنار می‌گذارند. آن‌ها از این پس هنگام رویارویی با حادثه‌ای که قبلاً واکنش‌های تند و هیجانات پرخاشگرانه نشان می‌دادند، به‌گونه‌ای ملایم‌تر فکر و احساس و عمل می‌کنند. طبق پژوهش اسپرینکل و همکاران، همسران پس از جلسات زوج‌درمانی احساس نگرانی و استرس کمتر و به‌طور کلی احساس اجبار کمتری را گزارش کردند (۹). با توجه به اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک بر افزایش توان‌مندی گفت‌وگوی مؤثر همسران،

## References

1. Danczak A. Dialogue as a means of building the spirituality of a married couple. *Peeters online Journal*. 2011;17(1):61–8. [[Link](#)]
2. Hendrix H, Hunt HL. *Making Marriage Simple: 10 Truths for Changing the Relationship You Have Into the One You Want*. Little, Brown Book Group Limited; 2013. [[Link](#)]
3. Muro L, Holliman R, Luquet W. Imago relationship therapy and accurate empathy development. *J Couple Relatsh Ther*. 2016;15(3):232–46. [[Link](#)]
4. Weeks GR, Treat S. *Couples in Treatment: Techniques and Approaches for Effective Practice*. Psychology Press; 2001. [[Link](#)]
5. Gottman JM, Notarius CI. Marital research in the 20th century and a research agenda for the 21st century. *Family Process*. 2002;41(2):159–97. [[link](#)]
6. Karahan TF. The Effects of a Couple communication program on passive conflict tendency among married couples. *Educational Sciences: Theory and Practice*. 2007;7(2):845–58. [[Link](#)]
7. Brock GW, Joanning H. A comparison of the relationship enhancement program and the Minnesota couple communication program. *J Marital Fam Ther*. 1983;9(4):413–21. [[Link](#)]
8. Doss BD, Thum YM, Sevier M, Atkins DC, Christensen A. Improving relationships: mechanisms of change in couple therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(4):624–33. [[Link](#)]
9. Sprenkle DH, Davis SD, Lebow J. *Common Factors in Couple and Family Therapy: The Overlooked Foundation for Effective Practice*. Guilford Press; 2009. [[Link](#)]
10. Cornelius TL, Alessi G, Shorey RC. The effectiveness of communication skills training with married couples: Does the issue discussed matter? *The Family Journal*. 2007;15(2):124–32. [[Link](#)]
11. Shadish WR, Baldwin SA. Meta-analysis of MFT interventions. *J Marital Fam Ther*. 2003;29(4):547–70. [[Link](#)]
12. Dattilio FM, Epstein NB. Introduction to the special section: The role of cognitive-behavioral interventions in couple and family therapy. *J Marital Fam Ther*. 2005;31(1):7–13. [[Link](#)]
13. Blow AJ, Sprenkle DH, Davis SD. Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *J Marital Fam Ther*. 2007;33(3):298–317. [[Link](#)]
14. Davis S, Piercy F. What clients of couple therapy model developers and their former students say about change, part I: Model-Dependent common factors across three models. *J Marital Fam Ther*. 2007;33:318–43. [[Link](#)]
15. Lebow J. *Couple and Family Therapy: An Integrative Map of the Territory*. American Psychological Association; 2013. [[Link](#)]
16. Beck JS. *Cognitive Behavior Therapy, Second Edition: Basics and Beyond*. Guilford Press; 2011. [[Link](#)]
17. Gurman AS. *Clinical Handbook of Couple Therapy*. 4<sup>th</sup> ed. Guilford Press; 2008, pp:107–37. [[Link](#)]
18. M. Grençavage L, Norcross J. Where Are the Commonalities Among the Therapeutic Common Factors? *Professional Psychology: Research and Practice*. 1990;21:372–8. [[Link](#)]