

مقایسه اثربخشی درمانگری پویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) و ارتباطی بر ارتقاء سلامت روانی و رضامندی زوجین

دکتر جمشید جراره

دکترای مشاوره

دکتر عبدالله شفیع آبادی

عضو هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبائی

دکتر احمد اعتمادی

عضو هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبائی

دکتر رحمت اله نورانی پور

عضو هیأت علمی دانشگاه شهید بهشتی

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی روان درمانگری پویشی فشرده و کوتاه مدت و زوج درمانگری ارتباطی بر ارتقاء سلامت روان و افزایش رضامندی زوجین انجام گرفته است. نمونه مورد مطالعه شامل ۴۵ زوج مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی بوده که مایل به ادامه زندگی مشترک بوده، و از جامعه در دسترس به طور تصادفی انتخاب و در سه گروه قرار گرفتند. دو گروه به عنوان آزمایش و یک گروه به عنوان کنترل، سپس این سه گروه به دو مقیاس انریچ و سلامت عمومی به صورت پیش آزمون و پس آزمون پاسخ دادند. فرضیه های تحقیق عبارت بودند از: زوجینی که با رویکرد روان پویشی تحت درمان قرار گرفته اند از آنانی که تحت چنین درمانی قرار نگرفته اند از سلامت روانی بالاتری برخوردارند. زوجینی که با رویکرد ارتباطی تحت درمان قرار گرفته اند از آنانی که تحت چنین درمانی قرار نگرفته اند از سلامت روانی بالاتری برخوردارند. زوجینی که با رویکرد روان پویشی کوتاه مدت تحت درمان قرار گرفته اند در مقایسه با آنانی که با رویکرد روان پویشی تحت درمان قرار گرفته اند از کسانی که تحت چنین درمانی قرار نگرفته اند از رضامندی زناشویی بالاتری برخوردارند. زوجینی

که با رویکرد ارتباطی تحت درمان قرار گرفته‌اند از کسانی که تحت درمانی قرار نگرفته‌اند از رضامندی زناشویی بالاتری برخوردارند. زوجینی که با رویکرد روان‌پویشی تحت درمان قرار گرفته‌اند در مقایسه با آنان که با رویکرد ارتباطی تحت درمان قرار گرفته‌اند از رضامندی زناشویی بالاتری برخوردارند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه برای معنادار بودن تفاوت بین گروه‌ها، و آزمون تعقیبی شفه برای تعیین تفاوت بین نوع میانگین‌ها، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان‌دهنده تفاوت معنادار بین هر دو روش با افزایش سلامت روانی و رضایت زناشویی (کل) بودند. هر دو رویکرد بر مؤلفه‌ها (خرده مقیاس‌های علائم جسمانی، اختلال اضطرابی و خواب، و عملکرد اجتماعی به یک اندازه مؤثر بودند. در خرده مقیاس افسردگی فقط روان‌پویشی مؤثر بود. هر دو رویکرد بر غنی‌سازی مؤلفه‌های (خرده مقیاس) مسائل شخصیتی، رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، رابطه جنسی، و فرزندان و فرزندپروری مؤثر بودند. در خرده مقیاس‌های رضایت زناشویی، بر مؤلفه‌های تحریف آرمانی و نقش‌های مساوات‌طلبی فقط رویکرد روان‌پویشی مؤثر بود و بر مؤلفه‌های فعالیت اوقات فراغت و جهت‌گیری مذهبی فقط رویکرد ارتباطی مؤثر بودند. تفاوت دو رویکرد در ارتقاء سلامت روانی و افزایش رضایت زناشویی معنادار نبود. وازگان کلیدی: روان‌درمانگری پویشی فشرده و کوتاه‌مدت، زوج درمانگری ارتباطی، سلامت روان، رضامندی زوجین

مقدمه

خانواده اصلی‌ترین هسته هر جامعه و کانون حفظ سلامت و بهداشت روانی است و نقش مهمی در شکل‌گیری شخصیت فرزندان، یعنی پدران و مادران آینده جامعه دارد. درصد بسیاری از افراد در مراحل از زندگی‌شان وارد روابط زناشویی صمیمانه‌ای می‌شوند (هالفورد^(۱)، ۱۳۸۴). تقریباً همه زوجینی که در ابتدای ارتباطشان سطح بالایی از رضایت زناشویی را گزارش می‌کنند (مارکمن و هالوگ^(۲)، ۱۹۹۳) متأسفانه در طی زمان و در میان خیلی از زوجین کاهش می‌یابد (برادبری^(۳)، ۱۹۹۸).

مداخلات روانشناختی برای شناسایی و کاهش رنج‌ها و ضعف‌ها، و تحقق ظرفیت‌ها و توانایی‌های آدمی از موضوعاتی است که توجه روانشناسان، روانپزشکان، مددکاران

1. Halford

2. Markman & Hahlweg

3. Bradbury

مقایسه اثربخشی درمانگری پویای فشرده کوتاه مدت...

اجتماعی، پزشکان عمومی، و حتی و کلاً را به خود جلب کرده است. اساس این مداخلات گوش دادن و فراهم کردن امکان ابراز و افشای افکار و احساسات است (قربانی، ۱۳۸۲). مطالعه گسترده در دو دهه گذشته، نشان داده‌اند افشاء، چه گفتاری و چه نوشتاری، عملکرد سیستم ایمنی، اعصاب خودمختار، و سلامت جسمانی و روانی را بهبود می‌بخشد (پنیکر^(۱)، ۱۹۷۷).

محورهای روش درمانی روان‌پویای فشرده و کوتاه مدت^(۲) بر نوع رابطه درمانی و ماهیت افشاء استوار است. موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می‌شود تا مراجع در کوتاه‌ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نمایند و سلامت روانی بیشتری را به دست آورند (قربانی، ۱۳۸۲).

اکثر مشکلاتی که در آنها متخصصان بهداشت روانی به افراد کمک می‌کنند، در ابتدا به وسیله «پدیدارشناسی تجربه شخص» تعریف می‌شوند. این امر در مورد مشکلات ارتباطی نیز صادق است. به هر حال بر خلاف خیلی از مشکلات بالینی، رفتارهای قابل مشاهده کمی وجود دارد که میزان آشفتگی رابطه را نشان دهد (ویس و همین^(۳)، ۱۹۹۷). آشفتگی رابطه را می‌توان به صورت عملیاتی تحت عنوان احساس ناراضایتی حداقل یکی از زوجین از رابطه زناشویی تعریف کرد (هالفورد، ۱۳۸۴).

مدل ستیر نشان می‌دهد که اختلال عملکرد خانواده، ناشی از ارتباط‌های نادرست آن است که این موضوع بر عزت نفس پایین در هر فرد مربوط می‌باشد. او برای توصیف باور خود مبنی بر اینکه درمانگر با کلیت خانواده هسته‌ای در جلسات مشاوره کار می‌کند، تئوری خود را «درمان ارتباطی^(۴)» نامیده و یکی از نقش‌های مهم ستیر، تغییر الگوهای ارتباطی خانواده، به جای بهبودی آنهاست. به عقیده ستیر، در نظام خانواده عنصر ارتباط، تعیین‌کننده است (کار^(۵)، ۲۰۰۰).

ناتوانی در برقراری ارتباط سازنده یکی از مؤلفه‌های اساسی اختلالات و ناراحتی‌های روانی است. یکی از مشکلاتی که اغلب افراد و حتی زوجین مبتلا به

1. Pannebaker

2. Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy

3. Weiss & Heyman

4. Conjoint Therapy

5. Carr

اختلالات هیجانی و رفتاری از آن شکایت می کنند، ناتوانی در برقراری ارتباط سازنده است. بر همین اساس آموزش مهارت های ارتباطی و ترمیمی روابط نامناسب و تغییر الگوهای ارتباطی در جلسات مشاوره زوجین یکی از مؤلفه های اصلی درمان زوجین محسوب می شود و هر یک از روش های روان درمانی به صورت هماهنگ با مفروضات خود به مسائل ارتباطی فرد توجه می کنند.

کارهای دوانلو^(۱) (۱۹۹۵ ب) در اوایل دهه شصت بر روی بیماران با پاسخ دهی بالا و با تنها یک کانون روان درمانگری متمرکز بود.

کاسلو^(۲) (۲۰۰۱) مطالعه ای را با رویکرد روان پویشی کوتاه مدت و فشرده دوانلو با عنوان انتقال متقابل در درمان زوجین و خانواده انجام داده است. این مطالعه چشم اندازهای گوناگون بر پویایی های انتقال و انتقال متقابل را در بافت درمان زوجین و خانواده نشان می دهد، و پدیده انتقال متقابل را در درمان زوجین و خانواده با سه گروه مورد بررسی قرار می دهد: بزرگسالان بازمانده از زنا با محارم در دوران کودکی که در درمان را به همراه شریک خود دریافت می کنند، درمان گروهی زوجین، و روان درمانگران و خانواده هایشان. اینکه سرپرستان چگونه به کارورزان کمک می کنند تا پدیده انتقال و انتقال متقابل را شناسایی کنند و حتی نحوه رفتار آنها با این پدیده ها نیز در عمل بالینی کشف شده است. این پدیده متقابل و دو جانبه حتی برای شناسایی و دستکاری در درمان زوجین و خانواده نسبت به درمان فردی بسیار مشکل تر و پیچیده تر است.

هاگلند^(۳) (۱۹۹۳) در پژوهش خود به بررسی ارتباط بین تفسیر رابطه انتقالی بیمار با درمانگر و پیامدهای طولانی مدت درمان پرداخت. براساس نتایج این پژوهش بین فراوانی تفسیر رابطه انتقالی و پیامدهای مطلوب طولانی مدت و بیمارانی که سابقه روابط بین فردی مطلوبی داشتند، ارتباط مستقیمی وجود دارد.

میل براث^(۴) و همکاران (۱۹۹۹) در پژوهش بر روی ۲۰ بیمار روان رنجور به این نتیجه رسیدند که تفسیر دفاع های بیمار به دنبال شرح هیجان آمیز او موجب شرح هیجانی بیشتر از طرف بیمار می گردد. ولی عدم تفسیر دفاع های بیمار موجب می شود بیمار فقط

1. Davanloo

2. Kaslow

3. Hogland

4. Milbrath

مقایسه اثربخشی درمانگری پویشی فشرده کوتاه مدت...

واقعیات را فاش نماید و هیجان‌های خود را ابراز نکند باند و پری^(۱) تغییرات طولانی مدت (۳-۵) ساله در سبک‌های دفاعی در پی روان درمانی پویشی بیماران افسرده، اضطرابی، و با اختلالات شخصیت را مورد بررسی قرار دادند. براساس نتایج به دست آمده در پی چهل جلسه روان درمانی پویشی، سبک‌های دفاعی انطباقی‌تر شدند و نشانه‌ها بهبود پیدا کردند و تغییر در سبک‌های دفاعی تغییرات نشانه را پیش‌بینی می‌کرد ولی رابطه علت و معلولی بین آنها یافت نشد، همچنین سطوح بالاتر کار کرد دفاعی پیش‌بینی‌کننده پیمان درمانی قوی‌تری بود.

بهرامی (۱۳۷۹) به مقایسه اثربخشی دو شیوه روان درمانی گروهی با روش‌های تحلیل روانی و شناختی بر روی ناسازگاری زوجین پرداخته است. نتایج این تحقیق نشان داده است که بین روش روان تحلیلی و شناختی بر روی افزایش سطح سازگاری زوجین و توافق و هم‌رأیی زوجین و رضایت زناشویی تفاوت معنا داری وجود نداشته است. به عبارت دیگر هر دو روش تقریباً به یک میزان، سطح سازگاری، ابراز محبت، توافق، همبستگی و رضایت زوجین را افزایش داده و مؤثر واقع شده بود.

نوروز (۱۳۸۴) جهت بررسی آزمایشی عامل دوگانه مقاومت و انتقال در بیماران با اختلال شخصیت و بدون آن، ۲۶ آزمودنی دارای اختلال اضطرابی همراه با اختلالات شخصیت و ۲۶ آزمودنی دارای اختلالات اضطرابی بدون اختلالات شخصیت را انتخاب نموده و به طور تصادفی در دو زیرگروه ۱۳ نفره آزمایشی و گواه گمارده است. در زیرگروه‌های آزمایشی، فشار به سمت تجربه احساس، روشن‌سازی و چالش با مقاومت (مراحل دوم و سوم توالی پویشی) طی سه جلسه ۴۵ دقیقه‌ای با فاصله زمانی یک هفته‌ای اعمال گردید ولی در زیرگروه‌های دیگر چنین مداخله‌ای صورت نگرفت و درمانگر به نحو فعل‌پذیر شنونده احساسات بیمار بود. برای سنجش سبک‌های دفاعی بیمار پس از جلسه ارزیابی پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSP)^(۲) اجرا شد و میزان مقاومت و احساسات انتقالی آنها نیز به ترتیب توسط مقیاس‌های سنجش مقاومت (RAS)^(۳) و انتقال (TAS)^(۴) اندازه‌گیری شدند. براساس نتایج به دست آمده چالش با

1. Band & Perry

2. Defensive Style Questionnaire

3. Resistance Assessment Scale

4. Transference Assessment Scale

مقاومت منجر به تشدید انتقال منفی شد ولی تفاوت معناداری در انتقال مثبت و مقاومت ایجاد نکرد و این امر در گروه بیماران با اختلال شخصیت شدیدتر بود. براساس یافته دیگر پژوهش، چالش با مقاومت در بیماران با سبک دفاعی نابالغ بالا باعث کاهش بیشتر مقاومت و تشدید بیشتر انتقال منفی نسبت به بیماران با سبک دفاعی نابالغ پایین شد در حالی که شدت ظهور انتقال مثبت در دو گروه فوق تفاوت معناداری نداشت. شدت ظهور عامل دوگانه با سبک‌های دفاعی بالغ و نوروپیک ارتباط معناداری نداشت.

قربانی (۱۳۷۸) اثر روشن‌سازی و چالش با دفاع‌ها را در نشانه‌های روانشناختی و تغییرات ایمنی شناختی در زیر مجموعه لئوسیت‌های T نشان داده است. براساس این بررسی علامت روانشناختی در ابتدای اجرای تکنیک، افزایش، و سپس به شدت کاهش پیدا می‌کند و عملکرد سیستم‌های ایمنی شناختی بهبود می‌یابد.

عرفانی اکبری (۱۳۷۸) پژوهشی با عنوان مشکلات مربوط به صمیمیت زوجین و تأثیر ارتباط درمانی بر آن به بررسی و مقایسه اثربخشی ارتباط درمانی بر کاهش مشکلات زوجین پرداخته است. نتایج این تحقیق نشان داد که ارتباط درمانی زوجین با رویکرد سقز به تنهایی توانسته است مشکلات مربوط به صمیمیت، توافق، علاقه و محبت و میزان پایبندی به تعهدات زوجین را افزایش دهد. اما در میزان صادق بودن زوجین تأثیری نداشته است.

هدف اصلی این پژوهش مقایسه اثربخشی زوج درمانگری پوششی فشرده و کوتاه‌مدت و زوج درمانگری از طریق رویکرد ارتباطی ستیر، و تأثیر آنها بر کیفیت سلامت روانی زوجین و غنی‌سازی روابط آنها است. بنابر این انگاره اصلی پژوهش این است که افرادی که تحت روش‌های درمانی قرار می‌گیرند از آنانی که تحت چنین روش‌های درمانی قرار نمی‌گیرند از سلامت روان و رضایت زناشویی بالاتری برخوردارند. افزون بر آزمون انگاره فوق، رابطه‌ی بین جنبه‌های چهارگانه سلامت روان و جنبه‌های دوازده‌گانه رضایت زناشویی نیز بررسی می‌شود. تأثیر رویکردهای درمانگری پوششی فشرده و کوتاه‌مدت و ارتباطی نیز بر جنبه‌های چهارگانه سلامت عمومی و دوازده‌گانه رضایت زناشویی همانند انگاره اصلی مثبت پیش‌بینی می‌شود.

روش پژوهش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان و شوهران ساکن تهران هستند که به علت مشکلات و تعارض های درون فردی و بین فردی و درگیری های نسبتاً شدید در روابط فی مابین خود به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی مراجعه نموده اند و از رضامندی زناشویی و سلامت روانی مطلوبی برخوردار نبوده اند. برای انتخاب نمونه از بین افراد این جامعه ۴۵ زوج مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تهران با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.

این پژوهش تجربی و دارای دو گروه آزمایش (۳۰ زوج) و یک گروه کنترل (۱۵ زوج) است. زوجین پس از مصاحبه ی اولیه و به صورت تصادفی در یکی از این گروه ها قرار گرفتند. در گروه آزمایش پویشی ابتدا درمانگری آزمایشی انجام گرفته، و سپس در صورت تحمل مراجع برای دریافت نوع درمان، مداخلات درمانی ادامه می یافت. گروه آزمایش پویشی به مدت ۶ جلسه به حضور هر دو زوج و به مدت ۴ جلسه نیز به صورت فردی تحت درمان قرار گرفتند. گروه ارتباطی نیز با حضور هر دو زوج به مدت ۱۰ جلسه تحت درمان به روش ارتباطی قرار گرفتند. میانگین سنی مردان ۳۳/۷۱ سال ($sd=4/06$ ، دامنه = ۲۵-۳۸) و میانگین سنی زنان ۲۹/۶۸ سال ($sd=3/93$ ، دامنه = ۲۵-۳۸) بود. میانگین سال های ازدواج زوجین ۶/۵۷ سال ($sd=4/03$ ، دامنه = ۱-۱۹) بود.

برای تحلیل داده های آن شاخص ها و روش های آماری شامل، فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و آزمون تحلیل واریانس یکطرفه به کار گرفته شد.

ابزارهای اندازه گیری

مقیاس رضایت زناشویی (Enrich)^(۱): این مقیاس ۱۱۵ سؤالی است. پرسشنامه مذکور ترجمه شده متن اصلی پرسشنامه انریچ (اولسون، فورنیر و دراگمن)^(۲)، ۱۹۸۳، به

1. Enriching and Nurturing Relationship Issue, Communication and Happiness

2. Olson, Fournier, Druckman

نقل از ثنائی ذاکر، (۱۳۷۹) است که با هدف تعیین حیطه‌های کاری و نقاط قوت روابط زناشویی طراحی گردیده است و در سال (۱۹۸۹) و از نظر اعتبار و روایی توسط اولسون و فاووز مورد ارزیابی مجدد قرار گرفت.

این پرسشنامه از ۱۴ خرده مقیاس تشکیل شده است. مقیاس اول آن ۵ سوالی و سایر مقیاس‌ها هر کدام ۱۰ سوال دارند، که با خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد به ترتیب از صفر تا چهار نمره گذاری شده است. لذا حداکثر نمره برابر با ۴۶۰، و نمره بالاتر نشانه رضامندی بیشتر است خرده مقیاس‌های این پرسشنامه از این قرار است: تحریف آرمانی (سوال ۱ تا ۵) رضایت زناشویی (سوال‌های ۶ تا ۱۵) مسائل شخصیتی (سوال ۱۶ تا ۲۵) ارتباط (سوال ۲۶ تا ۳۵) حل تعارض (سوال ۳۶ تا ۴۵) مدیریت مالی (سوال‌های ۴۶ تا ۵۵) فعالیت‌های اوقات فراغت (سوال‌های ۵۶ تا ۶۵) رابطه جنسی (سوال ۶۶ تا ۷۵) فرزندان و فرزندپروری (سوال‌های ۷۶ تا ۸۵) خانواده و دوستان (سوال ۸۶ تا ۹۵) نقش‌های مساوات‌طلبی (سوال ۹۶ تا ۱۰۵) و جهت‌گیری مذهبی (سوال‌های ۱۰۶ تا ۱۱۵).

ضرایب آلفای «پرسشنامه انریچ» در گزارش اولسون فونیر و دارکمن (۱۹۸۹) برای خرده مقیاس‌های تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه‌ی جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی به ترتیب از این قرار است: ۰/۷۱-۰/۷۲-۰/۷۷-۰/۴۸-۰/۷۶-۰/۷۴-۰/۷۵-۰/۶۸-۰/۷۶-۰/۸۱-۰/۹۱
خرده مقیاس‌های انریچ در چندین تحقیق متفاوت از ۰/۶۸ (برای نقش‌های پرسشنامه در فاصله ۴ هفته بین ۰/۷۷ (برای فعالیت‌های اوقات فراغت) تا ۰/۹۲ (برای روابط جنسی و تحریف آرمانی) با میانگین ۰/۸۶ بوده است.

مقیاس سلامت عمومی^(۱) (GHQ): این مقیاس یک آزمون ۲۸ سوالی است که توسط گلدبرگ و هیلر^(۲) (۱۹۷۹) طراحی شده است و تحقیقات مختلفی به کمک آن در ۷۰ کشور به انجام رسیده است (گلدبرگ، ۱۹۷۹؛ به نقل از تقوی، ۱۳۸۰). این پرسشنامه بر مشکلات غیر روانپزشکی تأکید داشته و بر دو حوزه اصلی تمرکز دارد:

مقایسه اثربخشی درمانگری پویشی فشرده کوتاه مدت...

الف) ناتوانی در عملکردهای بهنجار^(۱)، ب) ظهور یک پدیده جدید و نگران کننده^(۲) و دارای چهار مقیاس فرعی است. هر مقیاس ۷ پرسش دارد. مقیاس های مذکور عبارتند از:

الف) علایم جسمانی، ب) علایم اضطرابی و اختلال در خواب، ج) کارکرد اجتماعی، د) علایم افسردگی

موارد ۱ الی ۷ مربوط به مقیاس علایم جسمانی، ۸ الی ۱۴ علایم اضطرابی و اختلال خواب، ۱۵ الی ۲۱ مربوط به ارزیابی علیم کارکرد اجتماعی، و نهایتاً موارد ۲۲ الی ۲۸ علایم افسردگی را می سنجد. برای جمع بندی نمرات به اصلاً نمره صفر، در حد معمول ۱، بیش از حد معمول ۲، و خیلی پیش از حد معمول نمره ۳ تعلق می گیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علایم مرضی است. سیف و لطیفیان (۱۳۸۱) روایی این پرسشنامه را از طریق تحلیل عاملی با چرخش واریماس مورد محاسبه قرار داده و ضرایبی بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ برای خرده مقیاس های مزبور ارائه داده است. پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفته و میزان این ضرایب برای خرده مقیاس نشانه های جسمانی ۰/۸۴، خرده مقیاس اضطراب ۰/۷۱، خرده مقیاس کارکرد اجتماعی ۰/۸۴، و خرده مقیاس افسردگی ۰/۸۴ گزارش شده است.

یافته های پژوهشی

جدول ۱- خلاصه نتایج تحلیلی واریانس یک طرفه برای تأثیر روش های درمانی بر سلامت عمومی زوجین

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین گروهی	۶۸۱/۱۰	۲	۳۴۰/۵۵	۲۱/۳۱	۰/۰۰۰
درون گروهی	۶۷۰/۹۰	۴۲	۱۵/۹۷	--	--
کل	۱۳۵۲	۴۴	--	--	--

با توجه به داده های جدول فوق آزمون تحلیل واریانس در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. این بدین معناست که این فرضیه، که بین گروه ها، به علت اجرای متغیر مستقل، تفاوت معنادار وجود دارد، تأیید می شود.

جدول ۲- خلاصه نتایج آزمون شفه مربوط به تفاوت روش‌های درمانی در سلامت عمومی زوجین

شاخص‌های آماری	میانگین تفاوت‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
گروه‌ها			
روان‌پویشی - کنترل	-۷/۴۰	۱/۴۵	۰/۰۰۰
ارتباطی - کنترل	-۸/۹۰	۱/۴۵	۰/۰۰۰
روان‌پویشی - ارتباطی	۱/۵۰	۱/۴۵	۰/۵۹۴

با توجه به اینکه نتیجه آزمون شفه در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است، پس فرض صفر رد شده و فرضیه اول و دوم تحقیق تأیید می‌شود. به عبارت دیگر زوجینی که با رویکرد روان‌پویشی فشرده چنین درمانی قرار نگرفته‌اند، سلامت روانی‌اشان ارتقاء یافته است. در حالی که فرضیه سوم یعنی تفاوت بین روان‌پویشی و ارتباطی معنادار نیست. هر دو رویکرد به یک اندازه بر سلامت روان مؤثرند.

جدول ۳- خلاصه تحلیل واریانس یک طرفه برای تأثیر

روش‌های درمانی بر خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی زوجین

شاخص‌های آماری	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
علائم جسمانی	بین‌گروهی	۴۵/۰۷	۲	۲۲/۵۳	۱۲/۸۷	۰/۰۰۰
	درون‌گروهی	۷۳/۵۰	۴۲	۱/۷۵	--	--
	کل	۱۱۸/۷۵	۴۴	--	--	--
اختلال اضطرابی و خواب	بین‌گروهی	۸۱/۷۴	۲	۴۰/۸۷	۱۰/۵۱	۰/۰۰۰
	درون‌گروهی	۱۶۳/۲۳	۴۲	۳/۸۸	--	--
	کل	۲۴۴/۹۷	۴۴	--	--	--
عملکرد اجتماعی	بین‌گروهی	۷۷/۹۱	۲	۳۸/۹۵	۱۸/۹۸	۰/۰۰۰
	درون‌گروهی	۸۶/۱۶	۴۲	۲/۰۵	--	--
	کل	۱۶۴/۰۷	۴۴	--	--	--
افسردگی	بین‌گروهی	۶۴/۶۳	۲	۳۲/۳۱	۱۳/۲۲	۰/۰۰۰
	درون‌گروهی	۱۰۲/۶۶	۴۲	۲/۴۴	--	--
	کل	۱۶۷/۳۰	۴۴	--	--	--

مقایسه اثربخشی درمانگری پویشی فشرده کوتاه مدت...

با توجه به نتیجه جدول خلاصه تحلیل واریانس یک طرفه آزمون F در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. این بدن معناست که بین گروه‌ها اختلاف واقعی وجود دارد. به عبارتی دیگر براساس داده‌های موجود در جدول فوق، روش‌های درمانی روان‌پویشی و ارتباطی بر خرده مقیاس‌های سلامت عمومی زوجین تأثیر مثبت داشته است اما در این که این تفاوت ناشی از اختلاف بین کدام گروه‌ها و میانگین‌ها می‌باشد از آزمون شفه استفاده شده است که در جدول ذیل مشاهده می‌شود.

جدول ۴- خلاصه نتایج آزمون شفه برای تفاوت روش‌های درمانی بر خرده مقیاس‌های سلامت عمومی زوجین

مقیاس‌ها	خرده گروه	گروه‌ها	میانگین تفاوت‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
علائم جسمانی		روان‌پویشی - کنترل	-۳/۴۰	۰/۴۸	۰/۰۰۰
		ارتباطی - کنترل	-۱/۶۳	۰/۴۸	۰/۰۰۶
		روان‌پویشی - ارتباطی	-۱/۷۶	۰/۴۸	۰/۳۹۴
اختلال اضطرابی و خواب		روان‌پویشی - کنترل	-۳/۱۰	۰/۷۱	۰/۰۰۰
		ارتباطی - کنترل	-۲/۵۳	۰/۷۱	۰/۰۰۴
		روان‌پویشی - ارتباطی	۰/۵۶	۰/۷۱	۰/۷۳۵
عملکرد اجتماعی		روان‌پویشی - کنترل	-۱/۹۳	۰/۵۲	۰/۰۰۳
		ارتباطی - کنترل	-۳/۳۰	۰/۵۲	۰/۰۰۰
		روان‌پویشی - ارتباطی	۱/۳۶	۰/۵۲	۰/۰۶۴
افسردگی		روان‌پویشی - کنترل	-۲/۹۳	۰/۵۷	۰/۰۰۰
		ارتباطی - کنترل	-۱/۳۶	۰/۵۷	۰/۰۶۸
		روان‌پویشی - ارتباطی	-۱/۵۶	۰/۵۷	۰/۰۳۱

با توجه به نتایج آزمون شفه، روان‌پویشی در کاهش علائم جسمانی و اختلال اضطرابی و خواب و در بهبود عملکرد اجتماعی و کاهش افسردگی معنادار و مؤثر بوده است. رویکرد ارتباطی در کاهش علائم جسمانی و اختلال اضطرابی و خواب و در بهبود عملکرد اجتماعی معنادار و مؤثر بوده است. اما در مورد کاهش افسردگی معنادار نیست. این بدان معناست که رویکرد ارتباطی افسردگی زوجین را کاهش نداده است. همچنین نتیجه مقایسه شفه نشان می‌دهد که روان‌پویشی و ارتباطی در کاهش علائم جسمانی و

اختلال اضطرابی و خواب، و بهبود عملکرد اجتماعی، تفاوتی با همدیگر ندارند. به عبارت دیگر هر دو روش به یک میزان مؤثر هستند. اما نتیجه آزمون شفه در مورد مقایسه اثرات روش‌های روان‌پوشی و ارتباطی بر کاهش افسردگی در سطح کمتر از ۵/۵ معنادار است. به عبارت دیگر روش روان‌پوشی بیشتر از روش ارتباطی، افسردگی زوجین را کاهش داده است. بنابراین، فرضیه سوم در مورد مقایسه روش‌های روان‌پوشی و ارتباطی را می‌توان بدین صورت ذکر کرد که روان‌پوشی نسبت به روش ارتباطی بر بعضی از مؤلفه‌های سلامت عمومی (افسردگی) تأثیر داشته است.

جدول ۵- خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه برای تأثیر روش‌های درمانی بر رضایت زناشویی زوجین

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین‌گروهی	۱۶۶۱۷/۲۳	۲	۸۳۰۸/۶۱	۱۸/۳۱	۰/۰۰۰
درون‌گروهی	۱۹۰۵۵/۵۶	۴۲	۴۵۳/۷۰	--	--
کل	۳۵۶۷۲/۸۰	۴۴	--	--	--

با توجه به داده‌های جدول فوق نتیجه تحلیل واریانس یک طرفه در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. این نشان می‌دهد که بین گروه‌ها اختلاف واقع وجود دارد. در حقیقت این فرضیه که بین گروه‌ها، به علت اجرای متغیر مستقل اختلاف معناداری وجود دارد، تأیید می‌شود.

جدول ۶- خلاصه نتایج آزمون شفه مربوط به تفاوت گروه‌ها در رضایت زناشویی زوجین

شاخص‌های آماری	میانگین تفاوت‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
گروه‌ها			
روان‌پوشی - کنترل	۴۳/۳۶	۷/۷۷	۰/۰۰۰
ارتباطی - کنترل	۳۷/۵۳	۷/۷۷	۰/۰۰۰
روان‌پوشی - ارتباطی	۵/۸۳	۷/۷۷	۰/۷۵۶

با توجه به اینکه نتیجه آزمون شفه در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. پس نتیجه گرفته می‌شود که فرض صفر رد می‌شود و فرضیه مخالف آن یعنی فرضیه تحقیق تأیید می‌شود. به عبارت دیگر زوجینی که با رویکرد روان‌پوشی فشرده و کوتاه‌مدت و

مقایسه اثربخشی درمانگری پوشی فشرده کوتاه مدت...

رویکرد ارتباطی تحت درمان قرار گرفته‌اند، در مقایسه با گروه کنترل که تحت چنین درمانی قرار نگرفته‌اند، رضایت زناشویی‌شان ارتقاء یافته است به عبارتی دیگر هر دو رویکرد رضایت زناشویی را افزایش داده است.

جدول ۷- خلاصه نتیجه تحلیل واریانس یک طرفه برای تأثیر روش‌های درمانی

بر خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی زوجین

شاخص‌های آماری	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
تحریف آرمانی	بین‌گروهی	۷۰/۴۱	۲	۳۵/۲۰	۴/۵۷	۰/۰۱۶
	درون‌گروهی	۳۲۳/۴۰	۴۲	۷/۷۰	--	--
	کل	۳۹۳/۸۱	۴۴	--	--	--
رضایت زناشویی	بین‌گروهی	۸۷/۲۴	۲	۴۳/۶۲	۷/۷۵	۰/۰۰۱
	درون‌گروهی	۲۳۶/۱۶	۴۲	۵/۶۲	--	--
	کل	۳۲۳/۴۱	۴۴	--	--	--
مسایل شخصیتی	بین‌گروهی	۱۱۰/۰۳	۲	۵۵/۰۱	۱۴/۲۴	۰/۰۰۰
	درون‌گروهی	۱۶۲/۱۶	۴۲	۳/۸۶	--	--
	کل	۲۷۲/۲۰	۴۴	--	--	--
ارتباط	بین‌گروهی	۲۱۴/۹۰	۲	۱۰۷/۴۵	۱۷/۰۰	۰/۰۰۰
	درون‌گروهی	۲۵۶/۴۰	۴۲	۶/۳۱	--	--
	کل	۴۸۰/۳۰	۴۴	--	--	--
حل تعارض	بین‌گروهی	۱۰۷/۲۴	۲	۵۳/۶۲	۷/۸۶	۰/۰۰۱
	درون‌گروهی	۲۸۶/۲۳	۴۲	۶/۸۱	--	--
	کل	۳۹۳/۴۷	۴۴	--	--	--
مدیریت مالی	بین‌گروهی	۴۵/۸۱	۲	۲۲/۹۰	۴/۵۶	۰/۰۱۶
	درون‌گروهی	۲۱۰/۷۶	۴۲	۵/۰۱	--	--
	کل	۲۵۶/۵۷	۴۴	--	--	--
فعالیت‌های اوقات فراغت	بین‌گروهی	۵۴/۶۷	۲	۲۷/۳۳	۳/۸۹	۰/۰۲۸
	درون‌گروهی	۲۹۵/۰۶	۴۲	۷/۰۲۵	--	--
	کل	۳۴۹/۷۴	۴۴	--	--	--

ادامه جدول ۷

شاخص های آماری	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
خرده مقیاس ها						
رابطه جنسی	بین گروهی	۹۵/۷۴	۲	۴۷/۸۷	۴/۱۹	۰/۰۰۴
	درون گروهی	۳۳۴/۵۳	۴۲	۷/۷۲	--	--
	کل	۴۲۰/۲۷	۴۴	--	--	--
فرزندان و فرزند پروری	بین گروهی	۱۸۶/۷۴	۲	۹۳/۳۷	۱۰/۵۱	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۳۷۲/۸۳	۴۲	۸/۸۷	--	--
	کل	۵۵۹/۵۷	۴۴	--	--	--
خانواده و دوستان	بین گروهی	۹۹/۸۱	۲	۴۹/۹۰	۱۰/۰۰	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۲۰۹/۵۰	۴۲	۴/۹۸	--	--
	کل	۳۰۹/۳۱	۴۴	--	--	--
نقش های مساوات طلبی	بین گروهی	۷۰/۳۴	۲	۳۵/۱۷	۴/۷۴	۰/۰۱۴
	درون گروهی	۳۱۱/۲۳	۴۲	۷/۴۱	--	--
	کل	۳۸۱/۵۷	۴۴	--	--	--
جهت گیری مذهبی	بین گروهی	۱۹/۳۰	۲	۹/۶۵	۵/۳۰	۰/۰۰۹
	درون گروهی	۷۶/۴۰	۴۲	۱/۸۱	--	--
	کل	۹۵/۷۰	۴۴	--	--	--

بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس برای تأثیر روش های درمانی در خرده مقیاس های رضایت زناشویی، آزمون F در غنی سازی فعالیت های اوقات فراغت زوجین در سطح کمتر از ۰/۰۵ و در مورد سایر مؤلفه های رضایت زناشویی، در سطح کمتر ۰/۰۱ معنادار بوده است. این بدان معناست که بین گروه ها اختلاف واقعی وجود دارد. در حقیقت این فرض، که بین گروه ها، به علت اجرای متغیر مستقل، تفاوت معناداری وجود دارد تأیید می شود. در عین حال برای اینکه مشخص شود این تفاوت بین کدام میانگین ها می باشد از آزمون تعقیبی شفه استفاده شده است.

مقایسه اثربخشی درمانگری پویشی فشرده کوتاه مدت...

جدول ۸- خلاصه نتایج آزمون شفه برای تفاوت روش‌های درمانی بر خرده‌مقیاس‌های

رضایت زناشویی زوجین

شاخص‌های آماری / خرده‌مقیاس‌ها	گروه‌ها	میانگین تفاوت‌ها	خطای میانگین	سطح معناداری
تحریف آرماتی	روان‌پویشی - کنترل	۲/۹۳	۱/۰۱	۰/۰۲۲
	ارتباطی - کنترل	۲/۲۳	۱/۰۱	۰/۱۰۰
	روان‌پویشی - ارتباطی	۰/۷۰	۱/۰۱	۰/۷۸۹
رضایت زناشویی	روان‌پویشی - کنترل	۲/۷۳	۰/۸۶	۰/۰۱۱
	ارتباطی - کنترل	۳/۱۳	۰/۸۶	۰/۰۰۳
	روان‌پویشی - ارتباطی	-۰/۴۰	۰/۸۶	۰/۸۹۹
مسائل شخصیتی	روان‌پویشی - کنترل	۳/۶۳	۰/۷۱	۰/۰۰۰
	ارتباطی - کنترل	۳/۸۶	۰/۷۱	۰/۰۰۱
	روان‌پویشی - ارتباطی	۰/۷۶	۰/۷۱	۰/۵۶
ارتباط	روان‌پویشی - کنترل	۳/۳۰	۰/۹۱۷	۰/۰۰۴
	ارتباطی - کنترل	۵/۳۰	۰/۹۱۷	۰/۰۰۰
	روان‌پویشی - ارتباطی	-۲/۰۰	۰/۹۱۷	۰/۱۰۶
حل تعارض	روان‌پویشی - کنترل	۳/۵۳	۰/۹۵	۰/۰۰۳
	ارتباطی - کنترل	۲/۹۳	۰/۹۵	۰/۰۱۴
	روان‌پویشی - ارتباطی	۰/۶۰	۰/۹۵	۰/۸۲۱
مدیریت مالی	روان‌پویشی - کنترل	۲/۰۳	۰/۸۱۷	۰/۰۵۶
	ارتباطی - کنترل	۲/۲۳	۰/۸۱۷	۰/۰۳۲
	روان‌پویشی - ارتباطی	-۰/۲۰۰	۰/۸۱۷	۰/۹۷۱
فعالیت‌های اوقات فراغت	روان‌پویشی - کنترل	۰/۹۶	۰/۹۶	۰/۶۱۱
	ارتباطی - کنترل	۲/۶۶	۰/۹۶	۰/۰۳۱
	روان‌پویشی - ارتباطی	-۱/۷۰	۰/۹۶	۰/۲۲۶
رابطه جنسی	روان‌پویشی - کنترل	۳/۲۳	۱/۰۱	۰/۰۱۱
	ارتباطی - کنترل	۲/۹۳	۱/۰۱	۰/۰۲۲
	روان‌پویشی - ارتباطی	۰/۳۰	۱/۰۱	۰/۹۵۷
فرزندان و فرزندپروری	روان‌پویشی - کنترل	۴/۴۳	۱/۰۸	۰/۰۰۱
	ارتباطی - کنترل	۴/۲۰	۱/۰۸	۰/۰۰۲
	روان‌پویشی - ارتباطی	۰/۲۳	۱/۰۸	۰/۹۷۷

ادامه جدول ۸

سطح معناداری	خطای میانگین	میانگین تفاوت‌ها	گروه‌ها	شاخص‌های آماری
۰/۱۸۳	۰/۸۱۵	۱/۵۳	روان‌پویشی - کنترل	خردده مقیاس‌ها
۰/۰۰۰	۰/۸۱۵	۳/۶۳	ارتباطی - کنترل	
۰/۰۴۶	۰/۸۱۵	-۲/۱۰۰	روان‌پویشی - ارتباطی	
۰/۰۱۶	۰/۹۹	۳/۰۰	روان‌پویشی - کنترل	نقش‌های مساوات طلبی
۰/۱۳۶	۰/۹۹	۲/۰۳	ارتباطی - کنترل	
۰/۲۲۶	۰/۹۹	۰/۹۶	روان‌پویشی - ارتباطی	
۰/۳۷	۰/۴۹	۰/۷۰	روان‌پویشی - کنترل	جهت‌گیری مذهبی
۰/۰۰۹	۰/۴۹	۱/۶۰	ارتباطی - کنترل	
۰/۲۰۱	۰/۴۹	-۰/۹۰	روان‌پویشی - ارتباطی	

منتشر شده توسط سایت شخصی
دکتر عبدالله شفیع آبادی
www.dr-a-shafieabadi.ir

با توجه به نتایج آزمون شفه، هر دو رویکرد روان‌پویشی و ارتباطی به غنی‌سازی مؤلفه‌ها (خردده مقیاس‌ها) مسائل شخصیتی، رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، رابطه جنسی، و فرزندان و فرزندپروری مؤثر بودند. مقایسه رویکردهای روان‌پویشی و ارتباطی نشان می‌دهد که هر دو روش به یک اندازه بر این مؤلفه‌ها مؤثر بوده‌اند. اما بر مؤلفه‌های تحریف آرمانی و نقش‌های مساوات طلبی، فقط رویکرد روان‌پویشی مؤثر بوده و بر مؤلفه‌های فعالیت‌های اوقات فراغت و جهت‌گیری فقط رویکرد ارتباطی مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی و مقایسه اثربخشی زوج درمانی با رویکرد روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت و رویکرد ارتباطی در ارتقاء سلامت روانی و افزایش رضایت زوجین انجام گرفته است. یافته‌ها نشان می‌دهد که هر دو رویکرد در ارتقاء سلامت روانی و رضایت زناشویی زوجین مؤثرند.

در بررسی تأثیر روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر سلامت روان، نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه با F مشاهده ۲۱/۳۱ با درجه آزادی ۲ و ۴۲ در سطح معناداری ۰/۰۰۰ از $P=۰/۰۱$ کوچکتر است. نتایج نشان می‌دهد که رویکرد یاد شده سلامت

زوجین را ارتقاء داده است. همسو با یافته‌های این تحقیق می‌توان به تحقیق بالیت (۱۶۶۸) دیکس (۱۹۶۷)، و رازینسکی (۱۹۹۲) اشاره کرد که جایگاه زوج درمانگری روان‌پویشی را با تأکید بر مفهوم انتقال در چارچوب روابط انسانی تشریح نموده است. در حقیقت در تبیین فرضیه فوق می‌توان گفت که سلامت عمومی زوجین بدین معناست که زوجین احساس بهتری نسبت به خود داشته باشند و علائم جسمانی آزاردهنده‌ای که ناشی از مسائل روانی باشد در آنها موجود نباشد، اختلال اضطرابی و خواب و افسردگی نداشته باشند و از لحاظ اجتماعی نیز کارکرد مناسب داشته باشند. لازم به یادآوری است که در توجیه تفاوت معنادار بین زوج درمانی روان‌پویشی و سلامت عمومی زوجین می‌توان چنین تبیین کرد که رویکرد روان‌پویشی بر طبق تحقیقات انجام شده، و پایه‌های نظری، برای دو طیف از اختلالات کاربرد بیشتری دارد و درجه موفقیت آن بسیار بالاتر است (دوانلو، ۲۰۰۰)، نخست طیف اختلالات روان رنجوری و دوم طیف افراد دارای ساختار منش آسیب‌پذیر. به همین دلیل مؤلفه‌های سلامت عمومی در این پژوهش نیز نزدیکی بسیاری با این دو طیف اختلال دارد.

در بررسی تأثیر رویکرد درمانگری ارتباطی بر سلامت عمومی نتایج آماری به دست آمده نشان می‌دهد که، F مشاهده شده $21/31$ با درجه آزادی 2 و 42 در سطح معناداری $0/000$ از $P=0/01$ کوچکتر است. که این خود نشان می‌دهد رویکرد ارتباطی سلامت عمومی زوجین را ارتقاء داده است. همسو با این یافته می‌توان به تحقیق ستیر (۱۹۸۶) اشاره کرد، که با در هم آمیختن نیروی درمانگر و زوجین توانسته است تا فرایند ذاتی افزایش سلامت روانی زوجین را در خانواده به تحرک درآورد. او در این تحقیق با استفاده از رویکرد، در ارتقاء سلامت روانی زوجین موفق بوده است. در حقیقت در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از مشکلات مهم بین زوجین ایرانی عدم ارتباط مناسب با یکدیگر است و منشأ بسیاری از مشکلات سلامت روان خانواده و از جمله زوجین شیوه‌های غلط و نامناسب ارسال و مخابره نمودن پیام‌هاست. همچنین وجود پیام‌های ناهمخوانی که نتیجه آن ایجاد جو مردگی عاطفی در درون خانواده است. با اصلاح کردن و ایجاد تغییر در الگوهای ارتباطی زوجین و خانواده، تلاش در جهت افزایش اعتماد به نقش زوجین و رشد شخصی آنان می‌توان سلامت عمومی آنان را نیز با حد زیادی ارتقاء داد.

با توجه به نتایج آماری به دست آمده، تفاوت میان این دو رویکرد معنادار نبوده است. این نتایج نشان می‌دهد که رویکرد روان‌پویشی در مقایسه با رویکرد ارتباطی تأثیر بیشتری بر سلامت روان دارد. اما عمده‌ترین نکته این است که به عبارتی دیگر هر دو روش به یک اندازه مؤثر بوده‌اند. اما با اشاره به نتایج آماری به دست آمده، هر دو رویکرد مؤلفه‌های علائم جسمانی، اختلال اضطرابی و خواب، را کاهش داده‌اند و در بهبود مؤلفه عملکرد اجتماعی زوجین مؤثر بوده‌اند. اما در خرده مقیاس افسردگی، رویکرد روان‌پویشی کوتاه مدت با سطح معناداری $P=0/000$ از $P=0/01$ کوچکتر است که در مقایسه با رویکرد ارتباطی با سطح معناداری $P=0/05$ بزرگتر است تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. به عبارتی دیگر تأثیر رویکرد روان‌پویشی در کاهش افسردگی زوجین بیشتر از تأثیر رویکرد ارتباطی بوده است. در پیوند این یافته با یافته‌های پیشین می‌توان گفت که پژوهشگر در حد تلاش خود تحقیق خاصی را نیافته است که به مقایسه این دو رویکرد پرداخته باشند. در حقیقت در تبیین فرضیه فوق می‌توان گفت ماهیتاً هر دوی این رویکردها می‌توانند بر سلامت روان زوجین مؤثر باشند. اما رویکرد روان‌پویشی با استناد به تحقیق دوانلو (۲۰۰۰) در دو طیف افراد مؤثرتر بوده است. طیف افراد روان رنجور خو و طیف افراد با ساختار شکننده خوی، که در این تحقیق نیز پژوهشگر به مواجه نمودن زوجین با احساسات تلنبار شده (شامل احساسات: خشم، ترس و اضطراب، عشق و تمایلات جنسی، گناه و غم) زوجین فراهم شود. طبیعی است که اولین اثر این نوع درمان کاهش اضطراب و افسردگی افراد خواهد بود.

بر اساس یافته‌های پژوهشی به دست آمده، با توجه به F مشاهده شده $18/31$ با درجه آزادی ۲ و ۴۲ در سطح معناداری $P=0/000$ که از $P=0/01$ کوچکتر نشان داده شده، رویکرد روان‌پویشی در افزایش رضایت زوجین مؤثر بوده است. رابطه زوجین را غنی‌تر نموده است. همسو با این یافته می‌توان به تحقیق بهرامی (۱۳۷۹) اشاره کرد که به مقایسه اثربخشی دو شیوه روان تحلیلی و شناختی بر کاهش ناسازگاری زوجین پرداخته است. هر دو شیوه به یک اندازه مؤثر بوده‌اند. ناسازگاری زوجین را کاهش داده‌اند. در حقیقت رضایت زناشویی بدین معناست که زوجین در کنار یکدیگر احساس آرامش، که جزء

مقایسه اثربخشی درمانگری پویشی فشرده کوتاه مدت...

مهمی از فلسفه ازدواج می باشد را داشته باشند. به عبارتی دیگر زوجین وقتی می توانند از همدیگر رضایت داشته باشند و احساس آرامش کنند که روابطشان غنی باشد. این غنی شدن با برطرف کردن مسایل شخصیتی، داشتن ارتباط مناسب، حل کردن تعارض های درونی، داشتن مدیریت مالی صحیح در خانواده، چگونگی گذراندن اوقات فراغت، داشتن رابطه جنسی مناسب و کافی، مهارت و توافق در تربیت کردن فرزندان، داشتن رابطه مناسب و به اندازه با اقوام و دوستان، توجه لازم به نقش های ویژه زن و شوهر و نقش هایی که هر دو نفر می توانند آن را ایفا نمایند، و داشتن توافق در طرز فکر و عقاید و ایفای نقش های مذهبی به دست می آید. در تبیین یافته های فوق می توان گفت که رویکرد روان پویشی توانسته است این رابطه را غنی سازد. چون در این رویکرد هم بر ابراز احساسات زوجین و هم بر خودشناسی و رشد شخصی و هم بر ارتباط مؤثر تأکید دارد.

تأثیر رویکرد ارتباطی بر افزایش رضامندی زوجین، با توجه به نتیجه یافته های به دست آمده، از لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. بنابر این می توان چنین نتیجه گرفت که ارتباط درمانی زوجین با رویکرد ستیر رضامندی زوجین را افزایش داده است و رابطه آنان را غنی تر نموده است. همسو با این یافته می توان به تحقیق عرفانی اکبری (۱۳۷۸) اشاره کرد، که در آن به بررسی اثربخشی ارتباط درمانی در کاهش مشکلات زوجین پرداخته شده است. نتایج این تحقیق با تحقیق حاضر همخوانی دارد. این یافته را می توان چنین تبیین کرد که رویکرد ستیر براساس کار با الگوهای ارتباطی خانواده ها و زوجین شکل گرفته است، و در درمان انجام شده در این تحقیق نیز تمرکز بر الگوهای ارتباطی زوجین بوده است و تلاش شده است تا در فرایند درمان الگوهای ارتباطی نامناسب زوجین اصلاح شود، اعتماد به نفس زوجین تقویت شود، و رشد شخصی زوجین در ارتباط با خود، همسر و دیگران تقویت شود. در حالی که عدم ارتباط مناسب یکی از مشخصه های زوجین پریشان می باشد.

یافته های آماری به دست آمده از اجرای متغیر مستقل، نشان می دهد که تأثیر رویکرد روان پویشی فشرده و کوتاه مدت در مقایسه با رویکرد ارتباطی بر افزایش رضامندی زوجین در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار نبوده است. به عبارت دیگر رویکرد روان پویشی

و رویکرد ارتباطی هر دو به یک اندازه در غنی سازی روابط زوجین مؤثر بوده‌اند. از این لحاظ تفاوت معناداری بین آن دو روش وجود نداشته است. نتایج این تحقیق امید بودن روش‌های روان‌پویشی کوتاه‌مدت و ارتباطی را در افزایش مهارت‌های زوجین برای مقابله با مسائل و چالش‌های زندگی و روابط بین زوجین و همچنین اثربخشی زوج درمانی را نیز مورد تأیید قرار می‌دهد.

محدودیت جامعه آماری پژوهش و در کل نوع پژوهش، موانعی را در زمینه‌ی همه گیرسازی یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناختی متغیرهای بررسی شده مطرح می‌کند که باید مد نظر قرار گیرد. افزون بر این، مشکلات احتمال مربوط به روایی مقیاس‌های بکار گرفته شده در این پژوهش را که در مراحل مقدماتی قرار دارد نباید از نظر دور داشت. همچنین عدم دقت و همکاری کامل زوجین در پاسخ‌گویی به سؤالات مقیاس‌ها، از عوامل دیگر ایجاد محدودیت در نتایج پژوهش است که می‌بایست آن را نیز در نظر داشت. برای بررسی دقیق‌تر چگونگی ارتباط و تأثیر این دو رویکرد بر کیفیت سلامت روانی و رضامندی زوجین، پیشنهاد می‌شود، تأثیر آنها بر روی زوجین به‌طور جداگانه و حتی با هم چندین بار بررسی شود، آثار دراز مدت ابراز هیجانی بر کیفیت بهداشت روانی و در نتیجه رضایت از زندگی زناشویی در زمینه‌های مختلف زندگی اجتماعی مطالعه گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد شیوه‌های شناخت و ابراز احساسات و مهارت‌های زندگی به خانواده‌ها و به کودکان بزرگتر در سنین و مقاطع تحصیلی بالاتر آموزش داده شود.

منابع

- بهرامی، ب. س. (۱۳۷۹). مقایسه اثربخشی دو شیوه روان درمانی گروهی با روش‌های تحلیل روان و شناختی و بر روی ناسازگاری زوجین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- ثانی‌ذاکر، ب. (۱۳۷۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: مؤسسه انتشارات بعثت.
- سیف، ب. و لطیفیان، م. (۱۳۸۱). تأثیر خود ادراکی و احساس تنهایی بر بهداشت روانی نوجوانان سرآمد و عادی. خلاصه مقالات اولین همایش استعدادهای درخشان، شیراز.
- عرفانی اکبری، م. (۱۳۷۸). تأثیر ارتباط درمانی در افزایش صمیمیت زوجین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء.

- قربانی، ن. (۱۳۷۸). پیامدهای روانشناختی و فیزیولوژیک شکست مقاومت و افشاء هیجانی در روان درمانی. پایان نامه دکتری، دانشگاه تهران.
- قربانی، ن. (۱۳۸۴). سبک‌ها و مهارت‌های ارتباطی. تهران: انتشارات تبلور.
- قربانی، ن. (۱۳۸۲). روان‌درمانگری پویشی فشرده و کوتاه مدت. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
- موسوی، ا. (۱۳۸۲). خانواده درمانی کاربردی با رویکرد سیستمی. تهران: انتشارات دانشگاه الزهراء (س) - پژوهشکده زنان.
- نوروزی. (۱۳۸۴). بررسی عامل دوگانه مقاومت در بیماران با و بدون اختلال شخصیت. پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.
- هالفورد، ک. (۱۳۸۴). زوج درمانی کوتاه مدت. ترجمه م. تبریزی؛ م. کاردانی و ف. جعفری. تهران: انتشارات فراوان.

- Band, M. & Perry, J.C. (2004). Attachment security in couple relationships: A systematic model and its implications for family dynamics. *The American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1665-71.
- Bradbury, T.N. (1998). *The development course of marital dysfunction*. New York: Cambridge University Press.
- Carr, A. (2000). *Family therapy. Concepts, process and practice*. New York: Wiley.
- Davanloo, H. (1995). Intensive short-term dynamic psychotherapy: Spectrum of psychoneurotic disorder. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 10, 121-155.
- Goldberg, P. & Hiller, V.F. (1979). A Scaled Version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Hoglund, P. (1993). Transference interpretation and long-term change after dynamic psychotherapy of brief to moderate length. *American Journal of Psychotherapy*, 47(4), 494.
- Kaslow, W. (2001). Whither counter transference in couples and family therapy: A Systemic perspective, *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1029-1040.

Markman, H.J. & Hahlweg, K. (1993). The Prediction and prevention of marital distress: An international perspective. *Clinical Psychology Review*, 13, 29-43.

Milbath, C.; Bond, M.; Cooper, S.; Znoj, H.; & et AL. (1999). Sequential consequences of therapist interventions. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8(1), 40-50.

Pencbaker, L.W. (1997). *Opening up: The healing power of emotional expression*. NewYork: Guilford Press.

Weiss, R.L. & Heyman, R.E. (1997). *A clinical-research overview of couples. Interaction*. in W.K. Halford & H.J. Markman, *Clinical handbook of marriage and couples intervention* (pp.13-41). Chechester, UK: Wilcy.