MEJDS. 2017; 7.
Published online 2017 Dec. **Research Article**

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

Mehdinezhad Qoushchi R.[1], *Esmaeili M.[2], Shafiabadi A.[3]

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 Tabatabai University, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Department of counseling.
***Tel:** 09121580271; ***E-mail:** Masesmaeily@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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.48.6]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

انتشار برخط آذرماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی‌بر عوامل مشترک بر توان‌مندی گفت‌وگوی مؤثر زوجین

رحمان مهدی‌نژاد قوشچی[۱]، *معصومه اسمعیلی[۲]، عبدالله شفیع‌آبادی[۳]

توضیحات نویسندگان

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

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

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

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** تهران، انتهای غربی اتوبان شهیدهمت، دهکدهٔ المپیک، میدان دهکده، دانشگاه علامهٔ طباطبایی، دانشکدهٔروان‌شناسی و علوم‌تربیتی، گروه مشاوره.

***تلفن:** ۰۹۱۲۱۵۸۰۲۷۱؛ ***رایانامه:** Masesmaeily@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲ شهریور۱۳۹۵؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۹ شهریور۱۳۹۵

چکیده

زمینه وهدف: زوج‌درمانی مبتنی‌بر 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 مبتنی‌بر عوامل مشترک بر توان‌مندی گفت‌وگوی مؤثر زوجین پرداخته است.

روش‌بررسی: این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی بوده و از طرح آزمایشی آمیخته استفاده شد. جامعهٔ آماری، زوج‌هایی بودند که به‌دلیل توان‌مندنبودن در گفت‌وگوی مؤثر، به مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاورهٔ آرامش ارومیه در سال ۱۳۹۴ مراجعه کردند. نمونهٔ آماری شامل ۱۶ زوج بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از میان جامعهٔ آماری انتخاب‌شده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و گروه کنترل (۱۶ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسهٔ زوج‌درمانی مبتنی‌بر عوامل مشترک شرکت کردند؛ ولی در گروه کنترل هیچ آموزشی داده نشد. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامهٔ «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 مرحلهٔ قبل و بعداز مداخله، تفاوت معناداری داشته است ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین بین گروه آزمایش و گروه کنترل در میزان توان‌مندی زوج‌ها، در مقیاس‌های گفت‌وگوی مؤثر تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: زوج‌درمانی مبتنی‌بر 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 مبتنی‌بر عوامل مشترک، توان‌مندی گفت‌وگو، گفت‌وگوی مؤثر همسران، عوامل مشترک درمان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

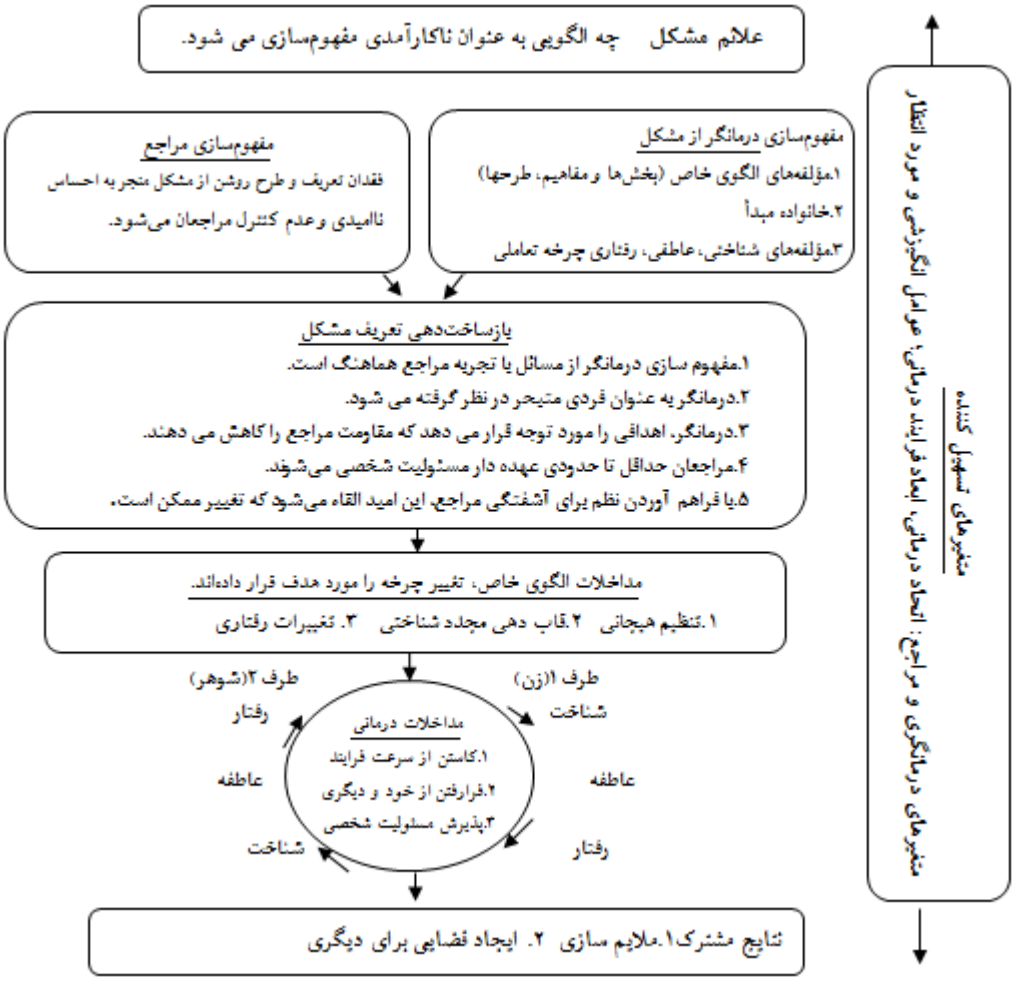
[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.48.6]

۱ مقدمه

گفت‌وگوی مؤثر، قلب روابط صمیمی زوج‌ها و پایه‌ای است که سایر جنبه‌های ارتباط بر آن نهاده می‌شود؛ زیرا زوجین ازطریق 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 زمان‌ومکان گفت‌وگو و بیان موضوع و هدف آغاز می‌شود. همسران در حین گفت‌وگو بااستفاده از مهارت‌های کلامی و غیرکلامی و با گفت‌وگوی آگاهانه مبتنی‌بر گوش‌دادن فعال، انعکاس، ارزش‌دادن و هم‌دلی‌کردن، 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 مطالعهٔ اولسون مشخص شد، همسران خرسند بیش‌از همسران ناخرسند از نحوهٔ گفت‌وگو با یک‌دیگر خشنودند (۴). ناتوانی زوج‌ها در گفت‌وگوی مؤثر از عوامل بسیارمهم بروز تنش و سردی روابط بوده و همچنین از علل مهم طلاق در سال‌های اول ازدواج است (۵)؛ لذا زوج‌درمانگران همواره درصدد ارائهٔ راهکاری برای پیشگیری و درمان این ناسازگاری‌ها بوده‌اند. یالسین و کاراهان در تحقیق خود برنامهٔ آموزش ارتباط همسران را در کاهش منازعات زناشویی مؤثر دانستند (۶). براک و جوانینیگ 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 رابطهٔ زناشویی پدیدار گشته و بیشتر جنبهٔ پیشگیری دارند؛ بنابراین به‌نظر 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 به‌سمت یک‌پارچه‌سازی، بخش مهمی از کار زوج‌درمانگران بوده و جنبش وسیعی درجهت تلفیق رویکردهای زوج‌درمانی شکل گرفته است (۹). در این پژوهش رویکرد زوج‌درمانی مبتنی‌بر عوامل مشترک از رویکردهای یک‌پارچه‌نگر، درنظر گرفته شده است. این رویکرد، عناصر اصلی و مشترک درمان‌های گوناگون را مشخص‌کرده و هدف نهایی آن ایجاد کوتاه‌ترین و مؤثرترین درمان‌ها براساس این ویژگی‌های مشترک است؛ زیرا این ویژگی‌ها در توجیه نتیجهٔ درمان، از عوامل منحصربه‌فرد و متمایزکنندهٔ درمان‌ها، مهم‌ترند. الگوی تغییر در زوج‌درمانی مبتنی‌بر عوامل مشترک اسپرینکل و همکاران در شکل ۱ آمده‌است (۹).



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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.48.6]

همان‌طورکه در شکل ۱ آمده است درمان‌گر و زوجین و ارتباط درمانی و انگیزهٔ آنان از عوامل بسیارمهم تسهیل‌کنندهٔ 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 مطالعهٔ اسپرینکل و همکاران مشخص شد که ۴۵ درصد از تغییرات مُراجع، منتسب‌به مهارت‌های ارتباطی درمان‌گر است. نتایج فراتحلیل روان‌درمانی‌های لوبورسکی نشان داد که علت بیشترین نوسان درنتیجهٔ درمان، عامل انگیزهٔ تغییر و اتحاددرمانی بوده است (۹). لمبرت و برگین معتقدند که عوامل مشترک درمانی شامل عوامل حمایتی مثل اعتماد مُراجع به درمان‌گر، عوامل یادگیری مثل تغییر در عقاید همسران و عوامل کنشی مانند تغییر رفتار است (۱۰). متغیرهای تسهیل‌کننده با مراحل سه‌گانهٔ رویکرد زوج‌درمانی مبتنی‌بر عوامل مشترک در اثربخش‌بودن درمان تعامل دارند. در مرحلهٔ اول زوج‌درمانی مبتنی‌بر عوامل مشترک بر مفهوم‌سازی مشکلات و افزایش خودآگاهی و شناخت وضعیت موجود تأکید می‌شود. در مرحلهٔ دوم اجرای مداخلات درمانی و متوقف‌سازی الگوهای ارتباطی ناکارآمد و در مرحلهٔ سوم نتیجه‌گیری مشترک و پیگیری درمان مطرح است. اسپرینکل و همکاران برمبنای تحقیقات خود، مفهوم‌سازی مشترک درمان‌گر و زوجین دربارهٔ مشکل، متوقف‌سازی چرخه‌های ارتباطی ناکارآمد، سیستم درمانی رهنمودی و اتحاددرمانی را از عوامل مشترک درمان می‌دانند (۹)؛ بنابراین عوامل مشترک مجموعهٔ عوامل تسهیل‌کننده و مداخله‌کنندهٔ درمانی هستند که در همهٔ روان‌درمانی‌ها وجود داشته و مختص یک رویکرد درمانی خاص نیست. همچنین براساس انجام مطالعات کارایی آن‌ها تأیید شده است. بسیاری از رویکردهای زوج‌درمانی بر حل مشکلات ارتباطی و گفت‌وگوی مؤثر همسران تأکید می‌کنند. براساس بررسی‌های محقق، هیچ پژوهشی به تأثیر عوامل مشترک درمان بر درمان ناتوانی همسران در گفت‌وگوی مؤثر توجه نکرده است؛ بنابراین این پژوهش به‌دنبال مشخص‌کردن نحوهٔ 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. جامعهٔ 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، نداشتن‌اختلالات روانی و خلقی و نداشتن اعتیاد از شرایط نمونهٔ آماری بود. برای نمونه‌گیری از روش دردسترس و تصادفی استفاده شد. پس‌از ثبت‌نام متقاضیان، ازطریق مصاحبهٔ 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 مرحلهٔ پیش‌آزمون پرسشنامهٔ «مقیاس ارزیابی توان‌مندی گفت‌وگوی مؤثر زوجین» تکمیل شد. بعداز آن گروه آزمایش در ۱۰ جلسهٔ ۱/۵ ساعتهٔ زوج‌درمانی مبتنی‌بر عوامل مشترک شرکت کردند. سپس اعضای دو گروه در مرحلهٔ پس‌آزمون، پرسشنامهٔ مذکور را پُر کردند. در این پژوهش جهت پیگیری پایداری اثربخشی جلسات درمانی، از دو گروه بعداز گذشت ۲ ماه مجدداً آزمون گرفته شد.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامهٔ محقق‌ساختهٔ «مقیاس ارزیابی توان‌مندی گفت‌وگوی مؤثر زوجین» بود. در این پژوهش از روش کیفی پدیدارشناسی جهت ساختن پرسشنامه استفاده شد. جامعهٔ آماری آن، شامل همهٔ زوجین با عملکرد سالم ازدواج در شهرستان ارومیه بود. طبق روش نمونه‌گیری هدف‌مند با همکاری ادارهٔ آموزش‌وپرورش ارومیه، ۲ مدرسه در مقطع متوسطهٔ اول، انتخاب و خانواده‌های با عملکرد سالم شناسایی شدند. معیارهای ورود به این مطالعه، دارابودن حداقل ۱۰ سال سابقهٔ زندگی مشترک و کسب نمره در آزمون سنجش عملکرد سالم ازدواج بود. برای جمع‌آوری داده‌ها، از روش مصاحبهٔ نیمه‌ساختاری عمیق استفاده شد. پژوهشگر برای شناسایی ویژگی‌های گفت‌وگوی مؤثرهمسران با کارکرد سالم، چند سؤال باز و گسترده را براساس 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 به‌دست آمد. از مجموع ۱۰ مصاحبه، بیانات مهم استخراج‌شده و با کنارهم قراردادن و مقایسهٔ مشترکات و ادغام‌کردن، ۵ مضمون اصلی و ۲۰ مضمون فرعی پدیدار شدند. گویه‌های خام پرسشنامه بااستفاده از مضمون‌های اصلی و فرعی طرح شد. روایی صوری و محتوایی آن را ۵ نفر از استادان مشاوره و روان‌شناسی تأیید کردند. پرسشنامهٔ طراحی‌شده در بین ۱۵۰ زوج اجرا شد. برای بررسی روایی سازه از تحلیل‌عاملی تأییدی استفاده و گویه‌هایی که بار عاملی‌شان کمتراز حدمجاز 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 گزارش‌شد. پایایی آزمون بااستفاده از روش بازآزمایی ۰/۴۹ است.

پرسشنامهٔ 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 اغلب‌اوقات (۴ نمره)، گاهی‌اوقات (۳

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.48.6]

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

جدول ۱. میزان نمرات گفت‌وگوی مؤثر

میزان گفت‌وگو	خیلی‌زیاد	زیاد	نسبتاًزیاد	متوسط	نسبتاًکم	کم	خیلی‌کم
نمرات	بیشتر از ۱۶۷	۱۶۷ تا ۱۵۲	۱۵۲ تا ۱۴۰	۱۴۰ تا ۱۳۵	۱۳۵ تا ۱۲۰	۱۲۰ تا ۱۰۵	کمتر از ۹۰

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش استفاده شد. داده‌ها بااستفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه‌وتحلیل شدند.

جلسات زوج‌درمانی مبتنی‌بر عوامل مشترک سه مرحله بود

(مرحلهٔ اول) جلسهٔ اول تا سوم: تداوم ارتباط‌درمانی با زوج‌ها، مفهوم‌سازی مشترک همسران و درمانگر از مشکل، مشخص‌کردن دقیق اهداف و تحکیم اتحاددرمانی، ایجاد انگیزه و القای امید، تعیین معیار مشترک جهت حل مشکلات زندگی، مفهوم‌سازی مشترک نقش علیت‌های دایره‌ای در تفکرات، عواطف و رفتارهای همسران درگذشته، ایجاد بینش درزمینهٔ تأثیر ناکامی‌های زندگی گذشته در روابط فعلی، ترغیب خودافشایی عمیق در جلسهٔ درمان با سؤالات برانگیزنده، بررسی‌موانع گفت‌وگوی مؤثر و تشریح نقش آن در چرخهٔ تعاملی منفی، ارزیابی درمانگر از عملکردش در جلسه و ارزیابی همسران از جلسه و محیط درمان؛

(مرحلهٔ دوم) جلسهٔ چهارم تا هشتم: تداوم اتحاددرمانی با بررسی تکالیف درمانی و تقویت تغییرات انجام‌شده، تحکیم امید و انگیزه به بهبودی گفت‌وگوی همسران، تقویت آگاهی از نقش مخرب تفکرات، احساسات و رفتارهای کلامی و غیرکلامی منفی درارتباط با یک‌دیگر، چارچوب‌دهی مجدد شناختی برای دیدن هیجانات ملایم‌تر در پشت رفتارهای یک‌دیگر و اندیشیدن قبل‌از عمل و کاستن‌از سرعت فرآیند چرخهٔ تعاملی، ایجاد چرخهٔ تعاملی مثبت باایجاد رفتارهای کلامی و غیرکلامی سالم و تمرین نقش‌ها، آشنایی و تمرین روش گفت‌وگوی آگاهانه مبتنی‌بر گوش‌دادن فعال، انعکاس‌دادن، اعتباردادن و هم‌دلی‌کردن، ایجاد چرخهٔ تعاملی مثبت با تغییر رفتار هیجانی و آموزش مهارت کنترل خشم، ارزیابی میزان اتحاددرمانی هر دو زوج با زوج درمانگر و با همدیگر و تکالیف درمانی، تکمیل فرم خودتحلیلی منطقی؛

(مرحلهٔ سوم) جلسات نهم تا دهم: تعیین محتوای مشترک گفت‌وگو، زمان‌ومکان مناسب برای گفت‌وگو و تثبیت و تحکیم دست‌آوردهای جلسات قبلی.

شرح این جلسات: تداوم اتحاددرمانی با تقویت انگیزه و امید همسران، بررسی تکالیف درمانی و تقویت تغییرات انجام‌شده، ایجاد خودآگاهی درقبال موضوعات قبلی گفت‌وگو، پیشنهاد محتوا و موضوعات گفت‌وگو ازسوی درمانگر و تمرین گفت‌وگو براساس آموخته‌های قبلی، بررسی نقش آمادگی قبلی همسران و انتخاب زمان‌ومکان مناسب در گفت‌وگوی مؤثر، طراحی و اجرای برنامهٔ 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 وکنترل قرار داشتند. میانگین متغیر طول‌مدت ازدواج گروه آزمایش ۶ سال با انحراف استاندارد ۳/۲۷ و میانگین متغیر طول‌مدت 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 متغیرسن 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	کارشناسی‌ارشد	دکتری
آزمایش	فراوانی	۱	۷	۲	۳	۲	۱
	درصد	۶/۳	۴۳/۸	۱۲/۵	۱۸/۸	۱۲/۵	۶/۳
	فراوانی	۰	۳	۲	۱۰	۰	۱
	درصد	۰	۱۸/۸	۱۲/۵	۶۲/۵	۰	۶/۳
کنترل	فراوانی	۱	۷	۲	۳	۲	۱
	درصد	۶/۳	۴۳/۸	۱۲/۵	۱۸/۸	۱۲/۵	۶/۳
	فراوانی	۰	۳	۲	۱۰	۰	۱
	درصد	۰	۱۸/۸	۱۲/۵	۶۲/۵	۰	۶/۳

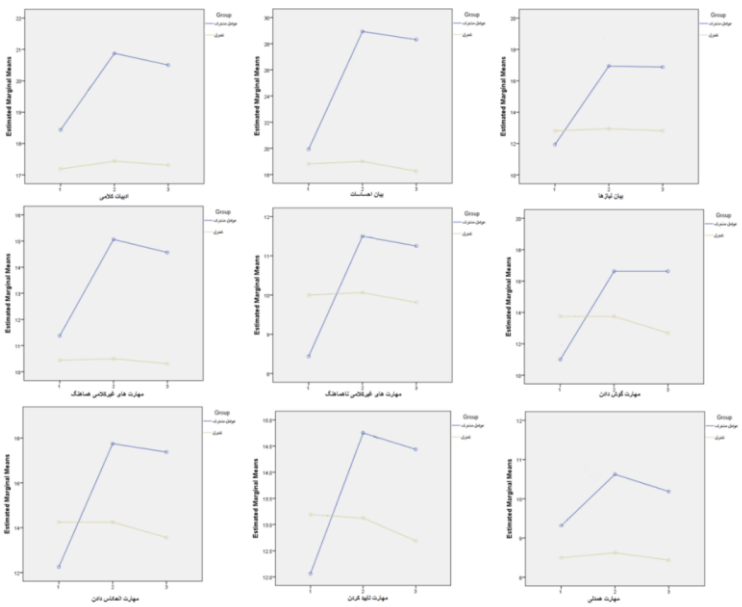
[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.48.6]

در پژوهش حاضر یک عامل درون‌آزمودنی یا زمان اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش و یک عامل بین‌آزمودنی یا عضوبودن گروهی وجود داشت. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس باتکرار سنجش برای گروه‌ها ارائه شده است. در شکل ۱ نیز نمودار میانگین‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری مشاهده می‌شود.

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

متغیر	مؤلفه	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		مقدار p
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
مهارت‌های کلامی	ادبیات کلامی	آزمایش	۱۸/۴۴	۱/۵۹	۲۰/۸۸	۱/۶۷	۲۰/۵۰	۱/۴۱	<۰/۰۰۱
		کنترل	۱۷/۱۹	۱/۸۰	۱۷/۴۴	۱/۸۲	۱۷/۳۱	۱/۶۶	۰/۱۶۴
	بیان احساسات	آزمایش	۱۹/۹۴	۵/۲۲	۲۸/۹۴	۲/۵۲	۲۸/۳۱	۲/۱۸	<۰/۰۰۱
		کنترل	۱۸/۸۱	۳/۳۹	۱۹	۳/۴۸	۱۸/۲۵	۲/۵۷	۰/۰۷۴
	بیان نیازها	آزمایش	۱۱/۹۴	۲/۴۳	۱۶/۹۴	۲/۴۳	۱۶/۸۸	۲/۳۶	<۰/۰۰۱
		کنترل	۱۲/۸۱	۱/۵۶	۱۲/۹۴	۱/۶۱	۱۲/۸۱	۱/۵۶	۰/۲۷۳
مهارت‌های غیرکلامی	مهارت‌های غیرکلامی هماهنگ	آزمایش	۱۱/۳۸	۱/۲۰	۱۵/۰۶	۱	۱۴/۵۶	۰/۸۱	<۰/۰۰۱
		کنترل	۱۰/۴۴	۱/۱۵	۱۰/۵۰	۱/۱۵	۱۰/۳۱	۰/۹۵	۰/۲۳۱
	مهارت‌های غیرکلامی ناهماهنگ	آزمایش	۸/۴۴	۱/۰۳	۱۱/۵۰	۰/۸۹	۱۱/۲۵	۰/۹۳	<۰/۰۰۱
		کنترل	۱۰	۰/۵۲	۱۰/۰۶	۰/۶۸	۹/۸۱	۰/۵۴	۰/۱۳۳
فرآیند گفت‌وگوی مؤثر	مهارت گوش‌دادن	آزمایش	۱۱	۲/۶۱	۱۶/۶۳	۴/۲۲	۱۶/۶۳	۴/۲۲	<۰/۰۰۱
		کنترل	۱۳/۷۵	۱/۲۴	۱۳/۷۵	۱/۳۴	۱۲/۶۹	۰/۷۹	۰/۶۹۲
	مهارت انعکاس‌دادن	آزمایش	۱۲/۲۵	۱/۷۷	۱۷/۷۵	۰/۹۳	۱۷/۳۸	۰/۷۲	<۰/۰۰۱
		کنترل	۱۴/۲۵	۱/۲۹	۱۴/۲۵	۱/۲۹	۱۳/۵۶	۱/۱۵	۰/۶۳۱
	مهارت تأییدکردن	آزمایش	۱۲/۰۶	۱/۴۸	۱۴/۷۵	۲/۴۱	۱۴/۴۴	۱/۵۵	۰/۰۰۷
		کنترل	۱۳/۹۱	۱/۲۸	۱۳/۱۳	۱/۳۶	۱۲/۶۹	۱/۱۴	۰/۳۱۳
	مهارت هم‌دلی	آزمایش	۹/۳۱	۱/۱۴	۱۰/۶۳	۰/۹۶	۱۰/۱۹	۰/۶۶	۰/۰۲۳
		کنترل	۸/۵۰	۱/۰۳	۸/۶۳	۱/۰۲	۸/۴۴	۰/۸۱	۰/۰۷۳



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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.48.6]

باتوجه به جدول ۳ و شکل ۱، در مؤلفه ادبیات کلامی، میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معناداری بیشتراز مرحلهٔ پیش‌آزمون و پیگیری به‌دست آمد ($p<۰/۰۰۱$). در این مؤلفه تفاوتی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل وجود ندارد ($p=۰/۱۶۴$). در مؤلفه بیان احساسات، میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معنادار بیشتراز مرحلهٔ پیش‌آزمون و پیگیری است ($p<۰/۰۰۱$). در این مؤلفه تفاوتی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل مشاهده نشد ($p=۰/۰۷۴$). در مؤلفهٔ بیان نیازها، میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معناداری بیشتراز مرحلهٔ پیش‌آزمون و پیگیری است ($p<۰/۰۰۱$). در این مؤلفه بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل تفاوتی یافت نشد ($p=۰/۲۷۳$). در مؤلفه مهارت‌های کلامی هماهنگ با مهارت کلامی، میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معناداری بیشتراز مرحلهٔ پیش‌آزمون و پیگیری بیان شد ($p<۰/۰۰۱$). در این مؤلفه تفاوتی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل وجود ندارد ($p=۰/۲۳۱$). در مؤلفهٔ مهارت‌های کلامی ناهماهنگ با مهارت کلامی، میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معناداری بیشتراز مرحلهٔ پیش‌آزمون و پیگیری است ($p<۰/۰۰۱$). در این مؤلفه بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل تفاوتی دیده نمی‌شود ($p=۰/۱۳۳$). در مؤلفه مهارت گوش‌دادن، میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معنادار بیشتراز مرحلهٔ پیش‌آزمون و پیگیری مشاهده شد ($p<۰/۰۰۱$). در این مؤلفه بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل تفاوت ندارد ($p=۰/۶۹۲$). در مؤلفهٔ مهارت انعکاس‌دادن، میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معناداری بیشتراز مرحلهٔ پیش‌آزمون و پیگیری است ($p<۰/۰۰۱$). در این مؤلفه تفاوتی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل دیده نمی‌شود ($p=۰/۶۳۱$). در مؤلفهٔ مهارت تأییدکردن، میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معناداری بیشتراز مرحلهٔ پیش‌آزمون و پیگیری به دست آمد ($p<۰/۰۰۱$). در این مؤلفه بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل تفاوتی وجود ندارد ($p=۰/۳۱۳$). در مؤلفهٔ مهارت هم‌دلی میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معنادار بیشتراز مرحلهٔ پیش‌آزمون و پیگیری است ($p<۰/۰۰۱$). در این مؤلفه بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل تفاوت یافت نمی‌شود ($p=۰/۰۷۳$)؛ بنابراین باتوجه به یافته‌های پژوهش می‌توان‌گفت که زوج‌درمانی مبتنی‌بر عوامل مشترک بر توان‌مندی گفت‌وگوی مؤثر همسران اثر مثبت و معنادار دارد.

۴ بحث

در این تحقیق مداخلات رویکرد زوج‌درمانی مبتنی‌بر عوامل مشترک توانستند توان‌مندی گفت‌وگوی مؤثر همسران را افزایش دهند. در تبیین این یافته می‌توان گفت همسران دراثر 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 ارتباط کلامی می‌شود و به جنبه‌هایی غیراز محتوای کلامی و فرآیند بیان کلامی مرتبط است (۱۰).

هدف اصلی زوج‌درمانی مبتنی‌بر عوامل مشترک بر توان‌مندسازی همسران در مهارت‌های ارتباطی بوده و متغیرهای تسهیل‌کننده و مداخله‌کنندهٔ آن بر توقف چرخه‌های تعاملی منفی تأکید دارند. در این پژوهش متغیرهای تسهیل‌کنندهٔ انگیزه، آگاهی، انتظارات و آمادگی زوج‌ها، باعث ارتباط کلامی و غیرکلامی بهتر با درمان‌گر و همسرشان شده است به‌طوری که شادیش و بالدوین در مرور نتایج ۲۰ نمونهٔ زوج‌درمانی، مشاهده کردند که وقتی همسران باهم و باانگیزهٔ بیشتر در جلسه درمان حضور می‌یابند، تأثیر زوج‌درمانی قوی‌تر است. درمان‌گر باانگیزه و امیدوار با اتحاددرمانی و رفتار کلامی و غیرکلامی خود، مهارت‌ها را به زوج‌ها آموزش می‌دهد (۱۱)، همان‌طورکه بلو و همکاران و اسپرینکل و همکاران در پژوهش‌های خود نشان دادند، تفاوت‌های عمده‌ای در تأثیر درمان‌گر وجود دارد. بعضی‌از درمان‌گران رابطهٔ قدرت‌مندی با مُراجع برقرار می‌کنند و سودمندی و صمیمی‌بودن درمان‌گر به‌طور پیوسته با نتایج مطلوب همراه می‌شود (۹،۱۳).

در مرحلهٔ اول زوج‌درمانی مبتنی‌بر عوامل مشترک مفهوم‌سازی مشکلات و افزایش خودآگاهی همسران مطرح است. مفهوم‌سازی درمان‌گر و زوج‌ها از مشکل نداشتن‌مهارت‌های کلامی و غیرکلامی با بررسی همهٔ جوانب زندگی زوج محقق‌شده و بسیاری از نشانه‌ها به پاسخ‌هایی مفهوم تبدیل می‌شود (۱۴)؛ درنتیجه همسران از نقش خود در چرخهٔ ارتباطی منفی و لزوم تغییر نقش کلامی و غیرکلامی خودآگاه‌تر می‌شوند (۹). دیویس و پیرسی در مطالعه‌ای کیفی، پذیرش نقش در مشکلات و تعهد درقبال یک‌دیگر و خودآگاهی مراجعان را در نتایج موفق درمان، مؤثر دانسته‌اند (۱۴).

اکثر مداخلات این رویکرد، تغییر عناصر رفتاری و شناختی و عاطفی چرخهٔ تعاملی منفی همسران را هدف قرارداده و در پی کُندساختن این چرخه‌ها هستند (۹،۱۵) تا آن‌ها را قادر سازند درگفت‌وگوی خود از مهارت ارتباط کلامی و غیرکلامی به‌نحوی مطلوب استفاده کنند (۱۲). در این رویکرد بااستفاده از تکنیک‌های شناختی نظیر شناسایی افکار ناسازگار و آزمون باورها و بازسازی شناختی، همسران دارای نگرش نظام‌دار می‌شوند. در مداخلات رفتاری، درمان‌گر باکمک فن ایفای نقش و قرارداد رفتاری، همسران را تشویق‌کرده 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 جلسهٔ درمان مهارت‌ها را تمرین‌کرده و به حرف‌های یک‌دیگر گوش می‌دهند، از همدیگر بیشتر حمایت می‌کنند (۱۷).

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

ازسوی دیگر تفکرات معیوب همسران دربارهٔ گفت‌وگوی آگاهانه و مراحل گوش‌دادن، انعکاس، ارزش و اعتباردادن و هم‌دلی، با مداخلات

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.48.6]

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

در مرحلهٔ سوم زوج‌درمانی مبتنی‌بر عوامل مشترک، اکثر همسران به نتایج مشترک می‌رسند؛ همان‌طورکه زوج‌درمانی با موفقیت پیش می‌رود، همسران مشتاقانه شیوهٔ نادرست رفتاری سابق و نگرش انتقادی درمقابل همسر و خودشان را به‌نفع رویکردی صبورانه‌تر و همراه باپذیرش 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 به‌طورکلی احساس اجبار کمتری را گزارش کردند (۹). باتوجه به اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی مبتنی‌بر عوامل مشترک بر افزایش توان‌مندی گفت‌وگوی مؤثر همسران، پیشنهاد می‌شود تحقیقات تجربی بیشتری درزمینهٔ زوج‌درمانی مبتنی‌بر 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 مبتنی‌بر عوامل مشترک ، توان‌مندی گفت‌وگوی مؤثر را در آنان افزایش می‌دهد. مراحل سه‌گانهٔ این رویکرد در تعامل با متغیرهای تسهیل‌کنندهٔ درمان مانند اتحاددرمانی و انگیزهٔ بیشتر همسران و درمانگر توانسته است تفکرات، احساسات و رفتارهای منفی را اصلاح و چرخهٔ تعاملی مثبت را جایگزین کند؛ بدین ترتیب همسران بر ناتوانی گفت‌وگوی مؤثرشان غلبه می‌کنند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.48.6]

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. 4th ed. Guilford Press; 2008, pp:107–37. [Link]
18. M. Grencavage L, Norcross J. Where Are the Commonalities Among the Therapeutic Common Factors? Professional Psychology: Research and Practice. 1990;21:372–8. [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.48.6]