

بررسی کارایی زوج درمانی هیجان مدار به شیوه گروهی بر کاهش فرسودگی زناشویی زنان

رضا داورنیا^۱، کیانوش زهراکار^۲، نسیم معیری^۳، محمد شاکرمی^۴

^۱ دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران

^۲ استادیار، دکترای تخصصی مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران

^۴ کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران

چکیده

سابقه و هدف: زوج درمانی هیجان مدار یکی از شیوه های درمانی زوجین است که بر چرخه های منفی تعاملی پایدار در اثر آسیب پذیری هیجانی عمیق توجه دارد و بر کاهش آشفتنگی از طریق مداخله در سطح هیجانی تلاش می نماید. پژوهش حاضر با هدف بررسی کارایی زوج درمانی هیجان مدار به شیوه گروهی بر کاهش فرسودگی زناشویی زنان انجام گرفت.

روش بررسی: مطالعه نیمه تجربی حاضر بر روی ۲۴ نفر از زنان دارای مشکلات زناشویی مراجعه کننده به مرکز همیاران سلامت روان شهر بجنورد در بهار سال ۱۳۹۳ که به صورت در دسترس انتخاب شده بودند و به صورت تصادفی به دو گروه (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه کنترل) تقسیم شدند، انجام گرفت. دو گروه با استفاده از ابزار فرسودگی زناشویی پاینز ۱۹۹۶ (CBM) در مرحله پیش آزمون ارزیابی شدند. سپس مداخله زوج درمانی هیجان مدار در ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته به شیوه گروهی با توالی هر هفته یک جلسه برای گروه آزمایش اجرا گردید. برای گروه کنترل درمانی ارایه نشد. پس از اتمام مداخله دو گروه به پس آزمون پاسخ گفتند. داده های پژوهش با استفاده از روش های آمار توصیفی و تحلیل کویاریانس و به وسیله نرم افزار SPSS18 تحلیل شدند.

یافته ها: زوج درمانی هیجان مدار باعث کاهش فرسودگی زناشویی زنان در گروه آزمایش شد.

نتیجه گیری: زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش فرسودگی زناشویی موثر است و می توان از این شیوه درمانی در کاهش مشکلات زوجین و بهبود وضعیت زناشویی استفاده نمود.

واژگان کلیدی: فرسودگی زناشویی، رویکرد هیجان مدار، زوج درمانی، زنان.

مقدمه

ازدواج با دنیایی از امید شروع می شود، امید به روزی که احساسمان را درک کنند و ما را بپذیرند، امید به اینکه به تعلق خاطر برسیم، حمایت شویم و امنیت خاطر داشته باشیم (۱). اغلب افراد، هنگامی که عاشق می شوند، امیدوارند که عشقشان همیشگی و جاودان باشد. این امیدواری آن چنان قدرتمند

است که می تواند عقل سلیم را کم رنگ، استدلال ها را پوچ و قابل حل و چشم ها را بر روی حقایق کور کند. پس از مدتی وقتی این افراد با واقعیت های زندگی و مشکلات روزمره مواجه می شوند، در می یابند که حقیقت چیز دیگری است. در این حالت محتمل است که زوج دچار فرسودگی زناشویی شوند (۲). فرسودگی وضعیت دردناک جسمانی، عاطفی و روانی است و کسانی که توقع دارند عشق رؤیایی به زندگی شان معنا ببخشد را متأثر می سازد. فرسودگی هنگامی بروز می کند که آنها متوجه می شوند، علی رغم تمام تلاش هایشان این رابطه به

زندگی‌شان هیچ معنا و مفهوم خاصی نداده و نخواهد داد (۳). به اعتقاد کایزر فرسودگی زناشویی کاهش تدریجی دلبستگی عاطفی به همسر است که با احساس بیگانگی، بی‌علاقگی و بی تفاوتی زوجین به یکدیگر و جایگزینی عواطف منفی به جای عواطف مثبت همراه است (۴).

پاینز، نیل، هامر و آیسکسن، فرسودگی را به عنوان یک حالت خستگی جسمانی، عاطفی و روانی که در شرایط درگیری طولانی مدت همراه با مطالبات عاطفی ایجاد می‌شود، می‌دانند (۵). خستگی جسمانی با نشانگانی مانند احساس خستگی، کسالت و بی حالی بروز می‌کند که با خواب رفع نمی‌شود. این افراد گاهی دچار سردردهای مزمن، دردهای شکمی و یا کمردرد می‌شوند و هم چنین مستعد ابتلا به انواع بیماری‌ها هستند (۶). خستگی عاطفی با رنجش، بی رغبتی، افسردگی، تنهایی، کمبود انگیزه، احساس گیر کردن، بی ارزشی، برهم خوردگی احساسی و حتی افکار خودکشی شناخته می‌شود (۷). خستگی روانی معمولاً به صورت کاهش خودباوری و منفی نگری نسبت به روابط به خصوص رابطه با همسر و احساس یأس و سرخوردگی نسبت به همسر بروز می‌کند. در واقع خستگی روانی شامل احساس درماندگی، ناامیدی و فریب در رابطه می‌شود (۸). ایدلویچ و بروسکی فرسودگی را به عنوان سرخوردگی پیشرونده در نظر می‌گیرند که شامل چهار مرحله تصاعدی است. این مراحل شامل: ۱- اشتیاق ۲- ایستایی و رکود ۳- ناامیدی ۴- بی‌علاقگی و بی‌احساسی می‌شود (۹). از آنجا که فرسودگی زناشویی کاهش عشق و علاقه و افزایش رفتارهای خصمانه را به دنبال دارد، می‌تواند به نارضایتی زناشویی منجر شده و بنیان خانواده را متزلزل سازد (۱۰).

امروزه رویکردهای گوناگون زوج درمانی و خانواده درمانی با هدف کاهش تعارضات و آشفتگی ارتباطی میان زوج‌ها به وجود آمده است. هدف زوج درمانی کمک به زوج‌ها برای سازگاری مناسب‌تر با مشکلات جاری و یادگیری روش‌های موثرتر ارتباط است (۱۱). یکی از رویکردهای موثر زوج درمانی در حل مشکلات زناشویی زوج‌ها، رویکرد هیجان‌مدار است. زوج درمانی هیجان‌مدار نوعی زوج درمانی کوتاه مدت می‌باشد (۸ تا ۲۰ جلسه) که عناصری همچون تجربه گرایی، مراجع محوری، ساخت گرایی و نگاه سیستمی را در کنار ستون اصلی خود یعنی نظریه دلبستگی قرار داده است. براساس این مدل درمانی، هیجان‌ها به خودی خود ظرفیت ذاتی سازگاران‌ای دارند که اگر فعال شود می‌تواند به زوجین کمک کند تا مواضع هیجانی و ابرازگری ناخواسته خود را تغییر دهند (۱۲). مبنای

نظریه زوج درمانی هیجان‌مدار بر مبنای مفاهیم عشق بزرگسالی، سبک‌های دلبستگی و آشفتگی زوجین استوار است. تاکید زوج درمانی هیجان‌مدار بر روش دلبستگی‌های سازگاران‌ه، از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای خود فرد و همسر است. به نظر می‌رسد که زوجین به جای ابراز هیجان‌ات قوی، هیجان‌اتی را بیان می‌کنند که برای آنها کمتر تهدید کننده باشد (۱۳). هدف رویکرد زوج درمانی هیجان‌مدار دسترسی و پردازش مجدد واکنش‌های عاطفی- احساسی در تعاملات زوج هاست. این واکنش‌ها به توسعه سبک‌های دلبستگی امن‌تر و الگوی متفاوت تعامل زوج‌ها، همدلی زوج‌ها نسبت به یکدیگر و تدوین الگوهای تعاملی جدید منتهی می‌شود (۱۴). فرایند تغییر در زوج درمانی هیجان‌مدار با نه گام درمانی سازماندهی شده است. چهار گام اول مستلزم ارزیابی و شدت زدایی از چرخه تعاملی حاصل مشکل است. سه گام میانی بر خلق وقایع خاص که باعث تغییر و جابجایی موقعیت‌های تعاملی و وقوع تعاملات پیوند آفرین کمک می‌کند، می‌پردازد و در گام آخر درمان به یکپارچگی تغییر و ادغام تغییرات با زندگی روزمره زوج اشاره دارد. اگر طرفین این گام‌ها با موفقیت مورد بحث قرار دهند، توانایی حل تعارضات زوجی را کسب می‌نمایند (۱۵). پژوهش‌های مختلفی اثر بخشی زوج درمانی هیجان‌مدار را در بافت زناشویی و خانوادگی تایید کرده‌اند. جانسون و تالیتمن در پژوهش خود تحت عنوان پیش بینی موقعیت در زوج درمانی هیجانی - محور نشان دادند که زوج درمانی هیجان‌مدار متغیرهای خاصی از جمله اتحاد درمانی، کیفیت دلبستگی، سطح اعتماد بین فردی، سطح صمیمیت و خود اشنایی زوجین را افزایش می‌دهد (۱۶). جانسون و همکاران در پژوهشی با عنوان درمان جراحتهای دلبستگی از طریق زوج درمانی هیجان‌مدار نشان دادند که زوج درمانی هیجان‌مدار توانسته است باعث افزایش سازگاری، گذشت و اعتماد، کاهش افسردگی و جراحتهای دلبستگی در زوجین شود (۱۷). رسولی و همکاران در پژوهش خود اثربخشی مداخله متمرکز بر هیجان به شیوه زوجی و فردی بر کاهش درماندگی رابطه زوجین دارای فرزند با بیماری مزمن را مورد بررسی قرار دادند و نتیجه گرفتند که این مداخله درمانی درماندگی رابطه و علائم روان تنی را در زنان و مردان به شیوه فردی و گروهی کاهش داده و توانسته رضایت‌مندی، همبستگی، توافق و ابزار محبت زناشویی را در زوجین افزایش دهد (۱۸). همچنین در پژوهش‌های دیگر درباره رویکرد زوج درمانی هیجان‌مدار، اثربخشی این رویکرد در بهبود الگوهای ارتباطی زوجین (۱۹)،

افزایش رضایت‌مندی جنسی زوج‌ها (۲۰) و افزایش رضایت‌مندی زناشویی و کاهش افسردگی زوجین (۲۱) بررسی و تایید شده است.

فرسودگی زناشویی پدیده‌ای است که در اثر انباشته شدن دلخوری‌ها و رنجش‌های همسران از یکدیگر، عدم درک متقابل همسران و فاصله روانی- عاطفی ایجاد شده بین آنان شکل می‌گیرد و ممکن است بسیاری از افراد پس از چند سال زندگی مشترک با همسر آن را تجربه نمایند. این پدیده به طرز نامطلوبی بر زوجین و سیستم خانواده اثر می‌گذارد، تا جایی که در صورت عدم درمان به موقع آن ممکن است زوجین مسیر طلاق را در پیش گیرند. با مرور پیشینه پژوهش و مطالبی که درباره کارایی رویکرد زوج درمانی هیجان مدار در درمان مشکلات زوج‌ها و خانواده‌ها بیان گردید و با توجه به مبانی و اصول این روش درمانی به نظر می‌رسد که این رویکرد در درمان فرسودگی زناشویی موثر واقع گردد و از طرفی با عنایت به اینکه تاکنون تحقیقات کاربردی اندکی پیرامون مشکل فرسودگی زناشویی صورت گرفته و همچنین در جستجوهای انجام شده در پژوهش‌های داخلی و خارجی توسط محقق تاکنون پژوهشی به بررسی اثر بخشی رویکرد هیجان مدار بر فرسودگی زناشویی نپرداخته است؛ لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی کارایی رویکرد زوج درمانی هیجان مدار به شیوه گروهی بر کاهش فرسودگی زناشویی زنان انجام شد.

مواد و روشها

پژوهش حاضر یک پژوهش کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی با دو گروه (یک گروه آزمون و یک گروه شاهد) به صورت پیش آزمون- پس آزمون بود. جامعه این پژوهش متشکل از کلیه زنان متأهل مراجعه کننده به مرکز همیاران سلامت روان شهر بجنورد در بهار سال ۱۳۹۳ بود که به دلیل تعارضات و مشکلات زناشویی به فراخوان محقق جهت حضور در جلسات درمانی پاسخ مثبت داده بودند. با استفاده از نمونه گیری در دسترس، ۲۴ زن واجد شرایط شرکت در پژوهش که در آزمون فرسودگی زناشویی نمرات بالاتری کسب کرده بودند، انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۲ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت از داشتن حداقل سه سال سابقه زندگی مشترک با همسر، متقاضی طلاق نبودن، دامنه سنی ۴۰-۲۵ سال، تعهد به جهت حضور در تمامی جلسات درمان، عدم دریافت خدمات مشاوره خارج از گروه و تکمیل فرم رضایت نامه درمان بود. اعتیاد به

مواد مخدر، الکل و داروهای آرامبخش و سابقه بستری در بیمارستان‌های روانپزشکی نیز ملاک‌های خروج افراد از پژوهش در نظر گرفته شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، قبل از اجرای پژوهش به آزمودنی‌ها درباره فرایند جلسات درمان، تکمیل پرسشنامه پژوهش، محرمانه ماندن پاسخ‌های شرکت کنندگان و این مطلب که جلسات درمانی با دو هدف کاهش مشکلات و بهبود ارتباطات زناشویی شرکت کنندگان و انجام یک کار تحقیقاتی انجام می‌شود، توضیحاتی داده شد و محقق به سوالات شرکت کنندگان نیز پاسخ داد. بدین ترتیب، تمامی شرکت کنندگان اعلام نمودند که با رضایت آگاهانه وارد فرایند پژوهش خواهند شد. دو گروه آزمایش و کنترل، پرسشنامه فرسودگی زناشویی پاییز را در مرحله پیش آزمون تکمیل نمودند. برای گروه آزمایش مداخله زوج درمانی هیجان مدار در ۱۰ جلسه به صورت هر هفته یک جلسه یک و نیم ساعته به شیوه گروهی ارائه شد، اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار گرفت. پس از پایان ده جلسه درمان از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. محقق جهت رعایت مسایل اخلاقی و حرفه‌ای در پژوهش و قدردانی از همکاری گروه کنترل پس از پایان مرحله پس آزمون جلسات زوج درمانی را برای گروه شاهد نیز برگزار نمود. سرفصل جلسات درمانی بر اساس کتاب زوج درمانی هیجان مدار سوزان جانسون ترجمه بهرامی و همکاران تنظیم گردید (۲۲). شرح مختصر جلسات زوج درمانی هیجان مدار در جدول ۱ آمده است.

به منظور اندازه گیری میزان فرسودگی زناشویی از مقیاس ۲۱ سوالی فرسودگی زناشویی پاییز (CBM) ۱۹۹۶ استفاده شد. در این مقیاس، نمرات بالاتر نشان دهنده فرسودگی بیشتر است و حد بالای نمره ۱۴۷ و حد پایین نمره، ۲۱ می‌باشد. برای تفسیر نمره‌ها باید آنها را تبدیل به درجه کرد که این عمل از طریق تقسیم نمودن نمره‌های حاصل شده از پرسشنامه بر تعداد سوالات (۲۱ سوال) به دست می‌آید. در تفسیر نمره‌ها، درجه بیشتر از ۵، نشانگر لزوم کمک فوری، درجه ۵ نشان دهنده وجود بحران، درجه ۴، نمایانگر حالت فرسودگی، درجه ۳ نشان دهنده خطر فرسودگی و درجه ۲ و کمتر از آن نیز نشان دهنده وجود رابطه خوب است. ضریب اطمینان آزمون- باز آزمون، ۰/۸۹ برای یک دوره یک ماهه، ۰/۷۶ برای یک دوره دو ماهه و ۰/۶۶ برای دوره سه ماهه بود. ضریب آلفای اندازه گیری شده بین ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش شده است. در ایران نویدی، ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرده است (۲۳). در

جدول ۱. خلاصه ای از طرح درمان زوج درمانی هیجان مدار

جلسات عنوان	محتوی جلسات
۱ ارزیابی و پیوستگی	آشنایی، ایجاد پیوستگی، بررسی انگیزه درمان
۲ ادامه ارزیابی و شناسایی چرخه تعامل منفی	کشف تعاملات مشکل دار، ارزیابی مشکل و موانع دلبستگی، ایجاد توافق درمانی
۳ تحلیل و تغییر هیجانان	باز کردن تجربه های برجسته مربوط به دلبستگی، پذیرش احساسات تصدیق نشده بنیادی
۴ تحلیل و تغییر هیجانان	روشن کردن پاسخ های هیجانی کلیدی، هماهنگی بین تشخیص درمانگر و مراجعان، پذیرش چرخه تعامل توسط مراجعان
۵ درگیری هیجانی عمیق	ابراز هیجانان، افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی، پذیرش هیجانان، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی
۶ درگیری هیجانی عمیق	عمق بخشیدن به درگیری هیجانی، ارتقا روشهای تعامل، تمرکز روی خود نه دیگری، تعریف مجدد دلبستگی
۷ تحکیم و یکپارچه سازی	بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها، نماد گذاری آرزوها بویژه آرزوهای سرکوب شده
۸ تحکیم و یکپارچه سازی	بازسازی تعاملات، کشف راه حل های جدید برای مشکلات قدیمی
۹ تحکیم و یکپارچه سازی	درگیری صمیمانه مراجعان با همسرشان، پذیرش وضعیت های جدید، ایجاد دلبستگی ایمن، ساختن داستانی شاد از رابطه
۱۰ اختتام	تسهیل اختتام، مشخص کردن تعامل بین الگوی گذشته و اکنون، رسیدن به این نتیجه که برای سرزندگی نیازی به درمانگر نیست.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات فرسودگی زناشویی دو گروه آزمایش و کنترل قبل و پس از مداخله

	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایش	۱۱۲/۹۲	۱۵/۳۹	۸۳/۷۵	۱۴/۴۸
گروه کنترل	۱۰۸/۵۸	۲۰/۷۶	۱۰۱/۲۵	۱۸/۹۲

مقادیر نمایش داده شده در جدول ۲ حاکی از آن است که میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش آزمون کاهش پیدا کرده است، در حالی که در گروه کنترل این تفاوت ناچیز است. به منظور تحلیل داده‌های پژوهش و از بین بردن اثر پیش آزمون بر پس آزمون از تحلیل کواریانس استفاده گردید. ابتدا پیش فرض‌های لازم جهت استفاده از این تحلیل (بررسی همگنی واریانس‌ها، نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی شیب رگرسیون) مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو-وایلک استفاده گردید. نتایج این آزمون که حاکی از عدم معنی‌داری انحراف نمره‌های پیش آزمون ($Z=0/95$ و $P>0/05$) و پس آزمون ($Z=0/96$ ، $P>0/05$) است، نشان می‌دهد که توزیع نمرات فرسودگی زناشویی در این دو مرحله نرمال می‌باشد. برای بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لون استفاده گردید که با توجه به عدم معنی‌داری آزمون لون برای پیش آزمون و پس آزمون ($P>0/05$) می‌توان نتیجه گرفت که پیش فرض همگنی واریانس‌ها نیز برقرار است.

پژوهشی برای به دست آوردن روایی CBM، این آزمون را با پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ همبسته کردند. ضریب همبستگی بین این دو پرسشنامه ۰/۴۰- به دست آمد ($P<0/001$) (۲۴). در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی پرسشنامه با بهره‌گیری از محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 18 در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت که در آن متناسب با سطح سنجش متغیرها از آمارهای توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کواریانس تک متغیره) استفاده شد.

یافته‌ها

۲۴ نفر (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه کنترل) با میانگین و انحراف معیار سنی $31/79 \pm 4/11$ سال، و میانگین و انحراف معیار سابقه تأهل $4/86 \pm 12/17$ سال بررسی شدند. میزان تحصیلات آنان با توجه به پایه‌های تحصیلی شامل ۷ نفر ابتدایی (۲۹/۲ درصد)، ۲ نفر راهنمایی (۸/۳ درصد)، ۴ نفر دیپلم (۱۶/۷ درصد)، ۶ نفر کاردانی (۲۵ درصد) و ۵ نفر کارشناسی (۲۰/۸ درصد) بود. شاخص‌های توصیفی متغیر فرسودگی زناشویی برای دو گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۲ آورده شده است.

یعنی ۲۲ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون متغیر فرسودگی زناشویی مربوط به تاثیر مداخله درمانی (عضویت گروهی) می‌باشد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی کارایی زوج درمانی هیجان مدار به شیوه گروهی بر کاهش فرسودگی زناشویی زنان صورت گرفت. همان گونه که نتایج پژوهش نشان داد بین زنانی که مداخله درمانی هیجان مدار را دریافت نموده بودند و زنانی که درمان را دریافت نکرده بودند، از نظر میزان فرسودگی زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود داشت و میزان فرسودگی زناشویی زنانی که تحت مداخله زوج درمانی هیجان مدار قرار گرفته بودند، به طور معنی‌داری کاهش یافته و بهبودی حاصل شده بود. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های تحقیقات دنتون، ویتبورن و گلدن که در پژوهش خود به مقایسه زوج درمانی هیجان مدار و دارو درمانی برای درمان زنانی که در کنار افسردگی شدید از آشفتگی زناشویی رنج می‌برند پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد زنانی که در گروه زوج درمانی بودند، بهبودی بیشتری نسبت به زنان گروه دارو درمانی داشتند و این بهبودی در طول پیگیری ۶ ماه نیز حفظ شده بود (۲۵). باتلر و همکارانش در مطالعه خود نشان دادند که رویکرد هیجان مدار در بهبود و کاهش مشکلات ارتباطی موثر است (۲۶). امانی و مجذوبی نشان دادند زوج درمانی هیجان مدار باعث کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زنان در پس آزمون و پیگیری سه ماهه می‌شود (۲۱). رسولی و همکارانش در پژوهش خود نتیجه گرفتند که مؤلفه‌های درماندگی رابطه و علائم روان‌تنی، پس از مداخله زوج درمانی هیجان مدار در زوجین کاهش و مؤلفه‌های رضایت مندی، همبستگی، توافق و ابراز محبت زناشویی افزایش می‌یابد (۱۸). جاویدی و همکاران بیان کردند زوج درمانی هیجان مدار باعث بهبود عملکرد خانواده در ابعاد حل مساله، نقش‌ها، ارتباط، آمیختگی عاطفی، همراهی عاطفی و کنترل رفتار در زوجین می‌شود (۲۷). مطالعه‌های

جدول ۳. نتایج بررسی همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع نمرات متغیر فرسودگی زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل

آزمون لون				آزمون شاپیرو-ویلک				
Sig	df	Z	SD*	M*	Sig	df2	df1	Leven test
۰/۲۶	۲۴	۰/۹۵	۱۸/۰۱	۱۱۰/۷۵	۰/۱۲	۲۲	۱	۲/۶۲
۰/۵۸	۲۴	۰/۹۶	۱۸/۷۵	۹۲/۵۰	۰/۴۸	۲۲	۱	۰/۵۱

*M: میانگین؛ SD: انحراف معیار

جدول ۴ نتایج همگنی شیب رگرسیونی بین متغیر کمکی (پیش آزمون فرسودگی زناشویی) و وابسته (پس آزمون فرسودگی زناشویی) را در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج بررسی همگنی شیب رگرسیون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمون F	سطح معناداری
اثر تعامل گروه با	۱۵۲۸/۴۵	۲	۷۶۴/۲۲	۲/۴۴	۰/۱۱
پیش آزمون					
خطا	۶۵۵۷/۵۵	۲۱	۳۱۲/۲۶		

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تعامل متغیر کمکی (پیش آزمون) و وابسته (پس آزمون) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) معنی دار نیست. بنابراین بین گروه‌ها و نمرات پیش آزمون فرسودگی زناشویی تعامل وجود ندارد؛ لذا شیب رگرسیون در این متغیر یکسان است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کواریانس استفاده از این روش آماری بلامانع است. نتایج حاصل از این آزمون آماری در جدول ۵ ارائه شده است.

همان طور که نتایج جدول تحلیل کواریانس نشان می‌دهد در متغیر فرسودگی زناشویی بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F = ۵/۹۱$ و $P < ۰/۰۵$). بنابراین زوج درمانی هیجان مدار باعث کاهش فرسودگی زناشویی زنان گروه آزمایش شده و فرضیه پژوهش تایید می‌شود. میزان تاثیر زوج درمانی هیجان مدار در مرحله پس آزمون ۲۲ درصد بود،

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کواریانس یک راهه (ANCOVA) پس آزمون نمرات فرسودگی زناشویی دو گروه آزمایش و کنترل با حذف

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمون F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیش آزمون	۳۲/۵۴	۱	۳۲/۵۴	۰/۱۱	۰/۷۴	۰/۰۵	
اثر گروه	۱۷۵۰/۵۹	۱	۱۷۵۰/۵۹	۵/۹۱	۰/۰۲	۰/۲۲	۰/۶۴
خطا	۶۲۱۵/۹۵	۲۱	۲۹۵/۹۹				

ذکر شده و همچنین نتایج پژوهش‌های جانسون و تالیتمن (۱۶)، جانسون و همکارانش (۱۷)، اسدپور و همکارانش (۲۸) و جاویدی و همکارانش (۲۹) که اثر بخشی رویکرد هیجان مدار را تایید نموده بودند، با یافته‌های این مطالعه همسو و در تایید می‌باشد.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت به طور کلی درمان هیجان مدار شیوه درمانی است که تأکید اصلی آن بر مشارکت هیجان‌ها در الگوهای دایمی ناسازگاری در زوجین آشفته می‌باشد. تلاش این درمان آشکار ساختن هیجان‌ها آسیب پذیر در هر کدام از زوجین و تسهیل توانایی زوجین در ایجاد این هیجان‌ها به شیوه‌های ایمن و محبت آمیز می‌باشد. اعتقاد بر این است که پردازش این هیجان‌ها در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم‌تر و جدیدتر را به وجود می‌آورد که سبب آرام شدن سطح آشفستگی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت و در پایان ارتباطی رضایت بخش تر می‌باشد (۲۲، ۱۷).

همان طور که هیجان یکی از عوامل اصلی رویکرد دلبستگی است، ساختارهای هیجانی در پیش بینی، تبیین، نحوه واکنش و کنترل تجارب زندگی به ما کمک می‌کند. هیجان‌ها در حافظه ما ذخیره نمی‌شود، بلکه به وسیله ارزیابی موقعیتی‌هایی که باعث فعال شدن چارچوب هیجانی خاصی می‌شود، دوباره احیا می‌شوند و منجر به مجموعه رفتارهای به خصوصی می‌شوند. در طول درمان هیجان مدار، چنین موقعیت‌هایی دوباره طراحی می‌شود تا زوجین به اکتشاف و گسترش هیجان‌ها خود بپردازند و سپس آنها می‌توانند طی این تجربه جدید، هیجان‌ها خود را اصلاح کنند. به این ترتیب هیجان‌ها آنها قابل دسترس، رشد یافته و بازسازی می‌شود و در جهت بازسازی تجارب لحظه به لحظه آنها و رفتارشان در قبال یکدیگر و دیگران به کار گرفته می‌شود. با انجام این مرحله از درمان، زوجین از هیجان‌ها خود آگاهی یافته و در فضایی امن با ابراز هیجان‌ها واقعی در موقعیت‌های مختلف زندگی مجموعه رفتارهای جدیدی را از خود نشان می‌دهند و این امر باعث افزایش رضایت‌مندی زناشویی آنها می‌شود (۲۱).

بر طبق این رویکرد، وقتی افراد احساس می‌کنند که همسرشان در دسترس نیست، پاسخگو نیست، انتقاد کننده یا طرد کننده است، اغلب استراتژی‌های تنظیم هیجانی‌ای را به کار می‌برند که ناخواسته اختلال رابطه را مداومت داده یا حتی تشدید کرده و پیوند بین آنها را تضعیف می‌کنند. اینها شامل سرزنش‌گری مضطربانه و درخواست کردن یا کناره‌گیری کردن و بی‌مחلی کردن می‌شوند. در مرحله اول درمان هیجان مدار، یعنی تنش زدایی، درمانگر به هر کدام از افراد

کمک می‌کند تا به طور آگاهانه چرخه منفی خود را مشاهده کرده و ترک و طردی که این چرخه منفی ایجاد می‌کند را به عنوان دشمن متقابل خود ببینند. در مرحله دوم، یعنی بازسازی، همسران تلاش می‌کنند تا ترس‌ها و خواسته‌های دلبستگی خود را کشف و در میان بگذارند و به تدریج راه‌هایی را بیابند تا به طور روشن این ترس‌ها و خواسته‌ها را به شیوه‌ای برای هم ابراز کنند که نزدیکی، دسترسی هیجانی و پاسخگو بودن یک پیوند ایمن تر را تسهیل کند. زوج می‌تواند پس از این وارد مرحله سه یعنی تحکیم منافع کسب شده در درمان شوند (۳۰).

بنابر دیدگاه هیجان مدار، یکی از کارکردهای زناشویی که در ایجاد افسردگی (از نشانگان مهم و اصلی فرسودگی زناشویی) نقش مهمی ایفا می‌کند دلبستگی ناایمن است. وقتی همسری از پاسخگویی هیجانی همسر خود در مواقع استرس یا بحران اطمینان ندارد و مطمئن نیست که او از نظر هیجانی در دسترس و پاسخگو است، احساس ناامنی می‌کند و این ناامنی سبب می‌شود هر یک از زوجین احساس کنند که در رویارویی با استرس‌های زندگی تنها هستند و این امر به افسردگی آنها می‌انجامد. در فرایند درمان هیجان مدار، درمانگر اقدام به از بین بردن این احساس ناامنی می‌کند. بنابراین وقتی درمانگر چرخه‌های تعاملی منفی نمایانگر دلبستگی ناایمن را شناسایی می‌کند، این چرخه‌ها را دوباره بر اساس ابراز نیازهای نهفته دلبستگی تنظیم می‌کند و در فرایند درمان زوج‌ها می‌توانند با استفاده از چرخه‌های جدید نیازهای خود را به راحتی ابراز کنند و نیازهای دلبستگی همسر را بپذیرند (۲۱).

تغییر در درمان هیجان مدار زمانی رخ می‌دهد که درمانگران به همسران کمک می‌کنند تا عناصر موجود در رابطه مخرب را تغییر دهند. وقتی چرخه منفی مختل شده و پاسخ‌ها شروع به تغییر کردن می‌کنند، یک چرخه مثبت‌تر به وجود می‌آید که به زوج کمک می‌کند تا به سمت پیوندی ایمن تر پیش بروند. هدف درمان هیجان مدار این است که کاری کند همسران به پاسخ‌های هیجانی‌ای که زیربنای الگوی تعاملی منفی شان هستند، دسترسی پیدا کرده، آن‌ها را ابراز و پردازش مجدد کنند. سپس همسران می‌توانند علایم هیجانی جدیدی را بفهرستند که اجازه می‌دهند الگوهای تعاملی به سمت دسترس پذیری و پاسخگو بودن بیشتری پیش رفته و در نتیجه یک پیوند ایمن تر و رضایت بخش تری خلق شود (۳۱).

در تبیین نتایج می‌توان اضافه کرد رویکرد هیجان مدار این قابلیت را دارد که با افزایش آگاهی هیجانی، نمادگذاری

دسترس است که تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌سازد. خودگزارشی بودن ابزار مورد استفاده نیز یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش است که توجه به آن ضروری است. پژوهش زیر تنها بر روی زنان انجام گرفته است و بر نقش جنسیت پرداخته نشده است و این مورد نیز یکی از محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌شود. متفاوت بودن سطح تحصیلات آزمودنی‌ها نیز می‌تواند در میزان اثر گذاری این رویکرد موثر باشد که باید به عنوان یک محدودیت در پژوهش حاضر در نظر گرفته شود. عدم وجود مرحله پیگیری در این پژوهش محدودیت مهمی است که باید به آن توجه نمود. توصیه می‌گردد در پژوهش‌های آتی مرحله پیگیری گنجانده گردد. توصیه می‌شود پژوهش‌های مشابهی در سایر مناطق کشور و همچنین در مورد مردان، انجام گیرد تا بتوان در مورد تعمیم یافته‌های این پژوهش تصمیم‌گیری بهتری نمود. استفاده از دیگر رویکردهای زوج درمانی به جای این رویکرد و مقایسه نتایج آنها با نتایج پژوهش حاضر از پیشنهادات این پژوهش است. در مجموع با توجه به تأثیر برنامه زوج درمانی هیجان مدار بر فرسودگی زناشویی می‌توان از این برنامه در مراکز آموزشی و مشاوره استفاده کرد و به عنوان راهکاری مؤثر برای کاهش مشکلات زناشویی و افزایش رضایتمندی زناشویی در مراکز مشاوره خانواده و کارگاه‌های آموزشی سود جست.

تشکر و قدردانی

گروه پژوهشی بر خود لازم می‌دانند تا از زحمات مدیریت محترم مرکز همیاران سلامت روان خراسان شمالی، سرکار خانم لیلا نیک سرشت، و تمامی زنان شرکت کننده در پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

هیجانی، آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر پردازش‌ها به فرد کمک کند تا روابط بین فردی خود را که مهم ترین آنها رابطه با همسر است، تغییر دهد و کنترل بیشتری بر آن داشته باشد. در این رویکرد سعی می‌شود هیجانات مورد شناسایی قرار گرفته و به پیام‌های قابل درک و رفتارهای سازنده تبدیل شوند. در این رویکرد، مهارت‌های هیجانی که به عنوان توانایی تشخیص و ابراز هیجانات و همچنین توانایی همدلی با دیگران تعریف شده است، باعث افزایش صمیمیت و احساس امنیت شده و انتقاد پذیری (البته در بعد مثبت) را در فرد افزایش می‌دهد و در حفظ و تداوم یک ازدواج موفق ضروری است. زوج درمانی هیجان مدار با تاکید بر حمایت زوجین از یکدیگر، گشودگی هیجان و بروز آن به طریق مثبت، تمرکز بر هیجانات خود و شناسایی آنها، بیان تجارب جدید در زندگی زناشویی و هیجانات همراه با آن، شکل دهی تعاملات جدید در رابطه، تاکید بر مراقبت از همسر، شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی و حذف آنها در زندگی زناشویی به شرکت کنندگان کمک نمود تا ارتباط خود را با همسرشان بازسازی نموده و در پرتو یک ارتباط سالم و موثر از میزان فرسودگی زناشویی آنها کاسته شود. در این پژوهش اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار به شیوه گروهی بر کاهش فرسودگی زناشویی زنان بررسی گردید. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که این رویکرد درمانی توانسته میزان فرسودگی زناشویی زنان را کاهش دهد. در مجموع این پژوهش به نتیجه مناسبی برای زوج درمانی با رویکرد هیجان مدار دست یافت. روشی که از رهگذر آن می‌توان پاره‌ای از مشکلات زناشویی زوجین را به گونه‌ای موثر حل نمود. این پژوهش نیز به مانند دیگر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی همراه بوده است. پژوهش حاضر بر روی زنان متاهل بجنوردی انجام گرفته است؛ لذا در تعمیم نتایج به دیگر شهرها و مناطق باید جانب احتیاط را رعایت کرد. محدودیت دیگر این پژوهش استفاده از نمونه گیری در

REFERENCES

1. Gholamzade M, Atari Y, Shafiabadi A. Efficacy of communication skills training on the performance of family welfare in couples referring to Ahwaz. Knowledge and Research in Applied Psychology 2009; 41: 87-110. [In Persian]
2. Bahrami F, Rezvan Sh. Sexual infidelity and its psychological factors. In: Sanai B, Bactash, M, editors. The battery of family and marriage counseling's articles of fifth conference of Iran counseling institute. Tehran: Anjoman Olia Morabbian Publication; 2004. P.141-53. [In Persian]
3. Zarei E, Sadeghifard M, Adli M, Tayebi Soogh M. The Effectiveness of Ellis couple therapy training (The rational-emotional-behavioral approach) on reducing the marital burnout. Journal of Life Science and Biomedicine 2013; 3: 229-32.
4. Kayser K. The marital disaffection scale: An inventory for assessing motional estrangement in marriage. Am J Fam Ther 1996; 24: 68-80.

5. Pines AM, Neal MB, Hammer LB, Icekson T. Job burnout and couple burnout in dual- earner couples in the sandwiched generation. *Social Psychology Quarterly* 2011; 74: 361–86.
6. Nikubakht N, Karimi Y, Bahrami H. Study of marital disenchantment among fertile and infertile women who visited clinics of gynecology and Infertility in Vali-Asr hospital of Imam Khomeini hospital complex: a cross-sectional study. *Iranian Journal of Epidemiology* 2011; 7:32-37. [In Persian]
7. Khodabakhshi Koolae A, Adibrad N, Saleh Sedgh Poor B. The comparison of relationship beliefs and couples burnout in women who apply for divorce and women who want to continue their marital life. *Iran J Psychiatry* 2009; 5:35-39.
8. Adib Rad N, Adib Rad M. Study of the relationship of communication believes and marital disenchantment and its comparison with divorce seeking women and common life seeking women. *Counseling Research and Developments* 2005; 13: 99-110. [In Persian]
9. Mousavizadeh T. The effect of logo therapy training on decrease of couple burnout in women [Dissertation]. Tehran, Iran: Allameh- Tabatabaee Uuniversity of Tehran; 2009. [In Persian]
10. Huston T. what is love got to do with it? why some marriage succeed and other fail. *Journal of Personal Relationship* 2009; 16: 301-27.
11. Rostami M, Taheri A, Abdi M, Kermani N. The effectiveness of instructing emotion-focused approach in improving the marital satisfaction in couples. *Social and Behavioral Sciences* 2014; 114: 693-98.
12. Palmer-Olsen L, Gold LL, Woolley SR. Supervising emotionally focused therapists: a systematic research-based model. *J Marital Fam Ther* 2011; 37: 411-26.
13. Johnson SM. The contribution of emotionally focused couple therapy. *J Contempt Psychother* 2007; 37: 41-52.
14. Halford WK, editor. Brief couple therapy for couples. New York: Guilford Press; 2001.
15. Hassani F, Navabi Nejad SH, Nurani Pur R. Comparing the effectiveness of behavioral- cognitive and emotionally-focused couple therapy on depression in infertile male couple. *Women Research* 2008; 6:61-83. [In Persian]
16. Johnson SM, Talitman E. Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *J Marital Fam Ther* 1997; 23: 135-52.
17. Peluso PR, editor. Infidelity: a practitioner's guide to working with couples in crisis. New York, NY: Routledge; 2007.
18. Rasoli R, Etemadi A, Shafiabadi A, Delavar A. Comparing effectiveness of individual and marital emotionally focused intervention based on decreasing relationship distress of couples with chronically ill Children. *Journal of Family Research* 2008; 3:683-96. [In Persian]
19. Rezaee M, Yonesi J, Ahmadi KH, Asgari A, Mirzaee J. The impact of emotionally focused couple therapy on improving communication patterns in combat- related PTSD veterans and their wives. *Journal of Family Research* 2010; 6; 43-58. [In Persian]
20. Honarparvaran N, Tabrizi M, NavabiNezhad SH, Shafiabadi A. Effectiveness of emotionally- focused approach to training on sexual satisfaction. *Andishe va Raftar* 2010; 4:59-70. [In Persian]
21. Amani R, Majzubi MR. Comparing the effectiveness of emotionally-focused couple therapy, cognitive –behavioral and cognitive- behavioral- emotional and marital satisfaction in women. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy* 2013; 3:440-67. [In Persian]
22. Johnson SM, editor. The practice of emotionally focused couple therapy. Bahrami F, Azarian Z, Etemadi O, Translators. 2nd ed. Tehran: Danzheh Press; 2010.
23. Navidy F. Study and comparison of couple burnout relationship with organizational climate factors in employee education and hospitals of Tehran nurses [Dissertation]. Tehran, Iran: Shahid Beheshti University of Tehran; 2005. [In Persian]
24. Sodani M, Dehghani M, Dehghanzadeh Z. Effectiveness of transactional analysis training on couple burnout and quality of life in couples. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy* 2013; 3:160-80. [In Persian]
25. Denton WH, Wittenborn AK, Golden RN. Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: a randomized pilot study. *J Marital Fam Ther* 2012; 38: 23-38.
26. Butler MH, Dahlin SK, Fife ST. Languaging factors affecting clients' acceptance of forgiveness intervention in marital therapy. *J Marital Fam Ther* 2002; 28: 285-98.

27. Javidi N, Soleimani A, Ahmadi Kh, Samadzadeh M. Efficacy of emotionally-focused couples therapy (EFCT) to improve family functioning. *Journal of Behavioral Sciences* 2013; 7:181-88. [In Persian]
28. Asadpur E, Nazari AM, Sanaei Zaker B, Shaghghi SH. efficacy of emotionally- focused couples therapy on marital intimacy couples counseling center in Tehran. *Journal of Clinical Psychology and Counseling Researches* 2012;2:25-38. [In Persian]
29. Javidi N, Soleimani A, Ahmadi Kh, Samadzadeh M. The effectiveness of emotionally focused couples therapy (EFT) to improve communication patterns in couples. *J Res Behave Sci* 2014; 11:402-10. [In Persian]
30. Johnson SM, Moser MB, Beckes L, Smith A, Dalgleish T, Halchuk R, et al. Soothing the threatened brain: Leveraging contact comfort with emotionally focused therapy. *Plos One* 2013;8:1-10.
31. Dalgleish TL. Examining predictors of change in emotionally focused couples therapy [Dissertation]. Ottawa: School of Psychology Faculty of Social Sciences, University of Ottawa; 2013.