

Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy on Marital Commitment and Couple Burnout in Infertile Couples

Masomeh Sayadi (MSc)*, Saeed Shahhosseini Tazik (MSc), Yaser Madani (PhD), Masoud Gholamali Lavasani (PhD)

Department of Educational Psychology and Consulting, School of Education and Psychology, Tehran University, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Masomeh Sayadi, Department of Educational Psychology and Consulting, School of Education and Psychology, Tehran University, Tehran, Iran. Email: m.sayadi@ut.ac.ir

Abstract

Received: 15/07/2017

Accepted: 13/10/2017

How to Cite this Article:

Sayadi M, Shahhosseini Tazik S, Madani Y, Gholamali Lavasani M. Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy on Marital Commitment and Couple Burnout in Infertile Couples. *J Educ Community Health*. 2017; 4(3): 26-37. DOI: 10.21859/jech.4.3.26

Background and Objective: Infertility is known as an important stressor threatening the personal, marital, familial, and social stability in all cultures around the world. The present study aimed to investigate the effectiveness of emotionally focused couple therapy on marital commitment and couple burnout among infertile couples.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted on 30 infertile couples referring to the private centers of infertility in Qom, Iran, from September 2015 to September 2016, using pretest-posttest design with a control group. The study population was selected through purposive sampling technique, and then randomly assigned into the experimental (n=15 couples) and control experimental (n=15 couples) groups. All participants filled out the Dimensions of Commitment Inventory and Couple Burnout Measure. In addition, the couples in the experimental group attended 10 emotionally focused couple therapy sessions performed twice a week. The data were analyzed using the multivariate analysis of covariance and univariate analysis of covariance.

Results: The results of the multivariate analysis of covariance showed that emotionally focused couple therapy significantly increased the posttest mean scores of marital commitment and its subscales (i.e., personal commitment, moral commitment, and structural commitment) in the experimental group ($P < 0.05$). Additionally, according to the univariate analysis of covariance, there was a statistically significant difference between the experimental and control groups in terms of the mean scores of the couple burnout at the posttest stage ($P < 0.01$).

Conclusion: As the findings indicated, the emotionally focused couple therapy can improve marital commitment and decrease couple burnout.

Keywords: Couple Burnout; Emotionally Focused Couple Therapy; Infertile Couples; Marital Commitment

اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر تعهد زناشویی و دلزدگی زناشویی در زوجین نابارور

معصومه صیادی^{۱*}، سعید شاه‌حسینی تازیک^۱، یاسر مدنی^۲، مسعود غلامعلی لواسانی^۲

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران
^۲ دکترای تخصصی، گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران

* نویسنده مسئول: معصومه صیادی، گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران، ایران.

ایمیل: m.sayadi@ut.ac.ir

چکیده

سابقه و هدف: ناباروری در سراسر جهان و در همه فرهنگ‌ها به‌عنوان یک تجربه استرس‌زا، بحرانی و تهدیدکننده ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است. در این راستا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر تعهد زناشویی و دلزدگی زناشویی در زوجین نابارور انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری را زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده به مراکز خصوصی زنان و نازایی شهر قم در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ و نیمه اول سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند. از میان جامعه آماری، ۳۰ زوج به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند برگزیده شدند و به‌صورت تصادفی در ۲ گروه آزمون (۱۵ زوج) و کنترل (۱۵ زوج) جای گرفتند و مطابق با طرح، تحت سنجش دوگانه پیش‌آزمون- پس‌آزمون (پس از ۳۵ روز) درآمدند. ابزار گردآوری اطلاعات برای این پژوهش، سیاهه تعهد زناشویی (DCI: Dimensions of Commitment Inventory) و مقیاس دلزدگی زناشویی (CBM: Couple Burnout Measure) بود. زوج‌های گروه آزمون به مدت ۱۰ جلسه (هفته‌ای ۲ جلسه) تحت زوج‌درمانی هیجان‌مدار قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که زوج‌درمانی هیجان‌مدار باعث افزایش معنادار میانگین نمرات پس‌آزمون متغیر تعهد زناشویی و خرده‌مقیاس‌های آن (تعهد شخصی، تعهد اخلاقی و تعهد ساختاری) در گروه آزمون گردید ($P < 0/05$). همچنین نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری بیانگر آن بود که میانگین نمرات پس‌آزمون متغیر دلزدگی زناشویی در گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: بر مبنای نتایج می‌توان گفت که آموزش مبتنی بر زوج‌درمانی هیجان‌مدار باعث بهبود تعهد زناشویی در زوجین گردیده و دلزدگی زناشویی را کاهش می‌دهد.

واژگان کلیدی: تعهد زناشویی؛ دلزدگی زناشویی؛ زوج‌درمانی هیجان‌مدار؛ زوج‌های نابارور

مقدمه

زوجین و روابط بین آن‌ها دردناک و مخرب باشد [۲]. فشار روحی ناشی از ناباروری می‌تواند سبب سست شدن بنیان خانواده و افزایش اختلافات گردد و یا حتی آن را به مرز جدایی نزدیک کند. از سوی دیگر، پس از مدتی محیط منزل بدون حضور کودک برای زن و مرد کسالت‌آور می‌شود و سکوت و تنهایی، منزل را برای آن‌ها خسته‌کننده می‌سازد. در اغلب موارد، زوج‌های نابارور دچار بی‌حوصلگی می‌شوند و این امر

باروری، تولیدمثل و داشتن فرزند یکی از آرزوهای انسانی و اساس بقای نسل بشر می‌باشد که به علل مختلفی ممکن است برخی از زوج‌ها از آن محروم شوند. ناباروری از مشکلات عمده ژنیکولوژی به شمار می‌رود و به‌صورت ناتوانی در حاملگی پس از یک سال مقاربت بدون استفاده از هرگونه روش پیشگیری از بارداری تعریف می‌شود [۱]. استرس، ناامیدی و احساس شرم ناشی از ناباروری می‌تواند برای سلامت روانی

[۸]. مطالعات نشان داده‌اند که میزان دلزدگی زناشویی در زوجین ناباور نسبت به زوجین بارور بیشتر است و حتی این مسأله در درمان ناباورری نیز اثرگذار می‌باشد [۹، ۷].

توجه به نیازهای روانی زوج‌های ناباور یک بخش ضروری در موفقیت درمان ناباورری می‌باشد؛ زیرا می‌تواند رابطه زوجین در طول درمان را تحت تأثیر قرار دهد؛ به‌ویژه زمانی که هریک از زوجین نیاز به درک و حمایت دیگری پیدا می‌کند. برای مقابله با پیامدهای ناشی از ناباورری روش‌های مختلفی وجود دارد [۱۰]. روان‌درمانگران رویکردهای مختلفی را برای رفع این مشکلات مطرح کرده‌اند؛ از جمله رویکردهای فردی، زوجی و خانوادگی. با این وجود، صاحب‌نظران براساس تحقیقات انجام‌شده بر این باور هستند که هنگامی که کل خانواده و یا یک واحد دو نفری برای درمان مشکلات مربوط به زندگی خانوادگی رجوع می‌کنند، شیوه درمان خانوادگی و یا زوجی مؤثرتر از درمان فردی می‌باشد [۱۱]. Kelly و همکاران در جدیدترین پژوهش فراتحلیلی خود به این نتیجه رسیدند که زوج‌درمانی هیجان‌مدار (Emotionally Focused Couple Therapy) در درمان مشکلات روان‌شناختی مرتبط با سبک ارتباطی زوجین از سایر رویکردهای زوج‌درمانی موفق‌تر بوده و میزان تأثیر آن بیشتر می‌باشد [۱۲].

زوج‌درمانی هیجان‌مدار رویکردی یکپارچه از تلفیق ۳ دیدگاه سیستماتیک، انسان‌گرایی (تجربه‌گرایی) و نظریه دل‌بستگی بزرگسالان است که در اوایل دهه ۱۹۸۰ توسط Johnson و Greenberg ابداع شد. با توجه به نقش عمده هیجان‌ها در نظریه دل‌بستگی، این درمان به نقش مهم هیجان‌ها و ارتباطات هیجانی در ساماندهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجان را عامل تغییر در نظر می‌گیرد [۱۳]. Wiebe و Johnson (۲۰۱۶) معتقد هستند که زوج‌درمانی هیجان‌مدار به علت ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان مرحله به مرحله برای زوجین، اثربخشی بیشتری نسبت به دیگر رویکردها داشته و احتمال عود در آن به شدت کمتر است. این درمان در اولین مرحله به ارزیابی سبک ارتباطی زوج‌ها می‌پردازد و پس از اینکه دفاع‌ها آشکار شدند، این سبک را برای زوجین آشکار ساخته و پیامدهای آن را مشخص می‌سازد؛ به همین دلیل، زوجین رفته‌رفته موفق می‌شوند هیجان‌ها سرکوب‌شده و ناآشکاری که این چرخه منفی ارتباطی را تداوم می‌بخشد، بشناسند و براساس مداخلاتی که اثربخشی آن‌ها در پژوهش‌های متعددی تأیید شده است، این چرخه را متوقف سازند و روابط خود را بهبود بخشند [۱۴]. هیجان‌ها نقشی کلیدی را در روابط زوجین ایفا می‌کنند و از این رو لازم است توجه خاصی به آن‌ها شود. با توجه به آنچه گفته شد، رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار که رویکردی ساختاریافته و کوتاه‌مدت است، کاربرد گسترده‌ای در حل

ارتباطات بین آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در مجموع، این مسائل می‌توانند زمینه را برای کاهش تعهد و بروز دلزدگی از روابط زناشویی مهیا سازند [۳].

یکی از ویژگی‌های مهم ازدواج‌های موفق و طولانی‌مدت، وجود تعهد زناشویی (Marital Commitment) است. در مدل Adams و Jones، تعهد زناشویی مشتمل بر ۳ بعد تعهد نسبت به همسر (جاذبه زناشویی)، تعهد نسبت به ازدواج (التزام اخلاقی) و محدودیت اجتماعی (احساس به دام افتادگی) می‌باشد که تعهد نسبت به همسر شامل: عشق، رضایت، فداکاری و سرسپردگی است؛ تعهد نسبت به ازدواج بر مسئولیت‌پذیری زوجین برای حفظ ازدواج و احترام به آن اطلاق می‌شود؛ محدودیت اجتماعی بر پیامدهای عاطفی، مالی و اجتماعی خاتمه‌دادن به روابط زناشویی اشاره دارد [۴].

Peterson و همکاران در پژوهش خود مبنی بر بررسی اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر روش‌های مقابله زوجی، سازگاری و افسردگی زوجین ناباور بیان نمودند که افزایش تعهد زوجین نسبت به یکدیگر تا حد زیادی باعث کاهش استرس و اضطراب زنان ناباور شده و ارتباطات و تعداد محیط‌های اجتماعی که آن‌ها در آن رفت و آمد می‌کنند را افزایش می‌دهد. آن‌ها معتقد هستند که اضطراب ناشی از ترس خیانت همسر در زنان ناباور باعث می‌شود که آن‌ها به میزان معناداری از تعاملات اجتماعی خود بکاهند و تا حد ممکن از محیط‌های اجتماعی اجتناب کنند. در این راستا، می‌توان با کاهش استرس زوج ناباور توسط درمان‌های روان‌شناختی و جلب اطمینان از سوی همسر، محیط اجتماعی زوجین را به میزان فراوانی افزایش داد [۵]. در این زمینه، اسدی و همکاران در پژوهش خود بیان کردند که سطوح پایین تعهد زوجین با دلزدگی زناشویی (Couple Burnout) رابطه دارد [۶]. ناباورری فشارها و تنش‌های متعددی را به زندگی زوجین تحمیل می‌کند و این تنش‌ها بر روابط بین فردی، اجتماعی و زناشویی تأثیر می‌گذارند. زوج‌ها زمانی که از به‌دست‌آوردن محصول مهم زندگی خود محروم می‌مانند، نه تنها روابط بینابین را زیر سؤال می‌برند؛ بلکه صمیمیت و عواطف نزدیک یعنی تنها مواردی که زوج‌ها بیش از پیش به آن نیاز دارند و برای آن ارزش قائل هستند نیز از بین می‌رود؛ در نتیجه استرس، ناکامی، خشم و دلزدگی زناشویی بروز پیدا می‌کند [۷]. Buunk و Schaufeli دلزدگی را به‌عنوان یک حالت خستگی جسمی، عاطفی و ذهنی که در شرایط درگیری طولانی‌مدت همراه با مطالبات عاطفی ایجاد می‌شود، تعریف می‌کنند. در این تعریف خستگی جسمی با کاهش انرژی، خستگی مزمن، ضعف و تنوع وسیعی از شکایت‌های جسمی و روان‌تنی مشخص می‌شود؛ درحالی که خستگی عاطفی شامل: احساسات درماندگی، ناامیدی و فریب می‌باشد. خستگی روانی به رشد نگرش منفی نسبت به خود، کار و زندگی برمی‌گردد

Pines (CBM) پاسخ دادند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: وجود تعهد زناشویی پایین و دلزدگی زناشویی بالا در زوجین نابارور، علاقه به شرکت در جلسات زوج‌درمانی گروهی و متعهد شدن به حضور در تمام جلسات، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، نداشتن اختلال حاد روانی- جسمانی بارز از طریق خوداظهاری در پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، عدم توانایی در باروری پس از گذشت حداقل ۱۰ سال از زندگی مشترک، نوع ناباروری اولیه، عامل ناباروری زنانه، نداشتن فرزندخوانده و عدم شرکت هم‌زمان در جلسات مشاوره. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل: عدم همخوانی نمرات پرسشنامه‌ها با هدف پژوهش، عدم علاقه به شرکت در جلسات زوج‌درمانی گروهی و تعهد ندادن به حضور در تمام جلسات، بی‌سواد بودن و یا داشتن تحصیلات کمتر از سیکل، داشتن اختلال حاد روانی- جسمانی بارز که از طریق خوداظهاری در پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشخص می‌شود، داشتن فرزند یا فرزندخوانده، عامل ناباروری مردانه، نوع ناباروری ثانویه و شرکت هم‌زمان در جلسات مشاوره بود. برای ورود به پژوهش از زوجین به‌صورت کتبی در پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی رضایت گرفته شد و پژوهشگران متعهد گردیدند که اصل رازداری و فاش‌نکردن اطلاعات شخصی افراد را رعایت نمایند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات مشتمل بر ۳ بخش ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، پرسشنامه تعهد زناشویی و مقیاس دلزدگی زناشویی بود. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل: سن، جنس، تحصیلات، مدت ازدواج، درآمد، علت ناباروری، مدت ناباروری، سابقه استفاده از جلسات مشاوره و روان‌درمانی و سابقه بیماری‌های جسمی و روانی مزمین بود.

پرسشنامه تعهد زناشویی: پرسشنامه تعهد زناشویی دارای ۴۵ سؤال و ۳ بعد تعهد شخصی (۲۰ سؤال)، تعهد اخلاقی

مشکلات هیجانی و عاطفی زوجین دارد. در این ارتباط هدف از پژوهش حاضر، شناسایی اثر زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر تعهد و دلزدگی زناشویی می‌باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش را زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده به مراکز خصوصی زنان و نازایی استان قم (۹ مرکز) در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ و نیمه اول سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند و توسط متخصص زنان و زایمان به‌عنوان زوجین نابارور طبقه‌بندی شدند. برای انتخاب نمونه در ۹ مرکز خصوصی استان قم، ۴۲ زوج نابارور به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند که از این ۴۲ زوج، ۳۰ زوج که تعهد پایین و دلزدگی داشتند و دارای دیگر شرایط و تمایل ورود به پژوهش بودند، به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در ۲ گروه آزمون (۱۵ زوج) و کنترل (۱۵ زوج) قرار گرفتند. در ارتباط با تعداد نمونه باید اشاره کرد که در طرح‌های تجربی هر زیرگروه می‌بایست حداقل ۱۵ نفر باشد و برای اینکه نمونه انتخاب‌شده نماینده واقعی جامعه بوده و پژوهش اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۳۰ نفر (۱۵ زوج) برای هر گروه در نظر گرفته شد [۱۵].

در ادامه برنامه آموزش زوج‌درمانی هیجان‌مدار به مدت ۱۰ جلسه ۲ ساعته (هر هفته ۲ بار) برای زوج‌های گروه آزمون برگزار گردید. این پروتکل درمانی از کتاب Johnson (۲۰۰۴) گرفته شده و اثربخشی آن در پژوهش‌هایی از جمله نجفی و همکاران [۱۶] و داورنیا و همکاران [۱۷] تأیید شده است. پس از اتمام جلسات آموزشی، دو گروه مجدداً به سیاهه تعهد زناشویی (DCI) Adams و Jones و مقیاس دلزدگی زناشویی

جدول ۱: پروتکل زوج‌درمانی هیجان‌مدار

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی با اعضا و بیان توضیحات لازم در مورد جلسات، نحوه و زمان برگزاری آن‌ها
دوم	ارائه تعریف سبک‌های دلبستگی، دلبستگی بزرگسالان و رابطه دلبستگی با مفاهیم عشق، صمیمیت، روابط زوجین و آشفتگی‌های آن‌ها
سوم	شناسایی چرخه تعامل زوجین از طریق توضیح شایع‌ترین الگوهای تعاملی آشفتنه زوجین به اعضا مانند الگوهای تسلط، عیب‌جویی و تحت تعقیب قراردادن
چهارم	کاوشگری در هیجان‌ات ثانویه با هدف دستیابی به هیجان‌ات زیرساختاری و ناشناخته (بازشناسی هیجان نوین) یافته‌ها
پنجم	اشاره به نقش اجتماعی هیجان و چگونگی پدیدآیی هیجان‌ات تقابلی توسط یکدیگر
ششم	بررسی مجدد میزان اتحاد مشاوره‌ای، ارزیابی و برجسته‌سازی پیشرفت حاصل شده و کمک به زوجین برای پذیرش و درک چرخه‌های تعاملی خود
هفتم	برجسته‌سازی و شرح مجدد نیازهای فطری دلبستگی‌خواهانه و اشاره به سالم بودن آن‌ها (امنیت، همراهی و اتصال) و فراخوانی درگیری در همسر اجتناب‌کننده (اقرار کردن و به‌زبان آوردن هیجان‌ات عمیق در همسر به‌تازگی درگیرشده)
هشتم	کشف راه‌حل‌های جدید برای بحث‌ها و مشکلات قدیمی
نهم	آموزش زوجین به‌منظور اجرای تکنیک‌ها در محیط روزمره
دهم	تعیین تفاوت بین الگوی تعاملی منفی گذشته در جلسات اولیه و اکنون و تغییرات قابل مشاهده در هیجان‌ات، رفتارها، شناخت و روابط بین فردی همسران

۰/۰۱ معنادار بود [۲۱].

در پژوهش حاضر به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 16 و آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در سطح ۰/۰۵ و چندمتغیری در سطح ۰/۰۱ استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن زوجین در گروه آزمون و کنترل به ترتیب $40/4 \pm 4/8$ و $39/93 \pm 5/2$ سال بود. همچنین مدرک تحصیلی فوق دیپلم در دو گروه بیشترین فراوانی را داشت. در ارتباط با مدت زمان ازدواج باید گفت که بیشترین فراوانی در گروه آزمون در دامنه‌ای بین ۱۵ تا ۲۰ سال قرار داشت و در گروه کنترل تفاوتی بین فراوانی‌ها مشاهده نشد. بیشترین فراوانی میزان درآمد در دو گروه نیز بین ۲ تا ۳ میلیون تومان گزارش گردید. علاوه بر این در ارتباط با علت ناباروری، بیشترین فراوانی در گروه آزمون مربوط به اختلال در لوله‌های رحمی و در گروه کنترل مربوط به اختلال در لوله‌های رحمی و آندومتر یوز بود.

میانگین و انحراف معیار متغیر تعهد و دلدزدگی زناشویی در دو گروه آزمون و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است. مطابق با یافته‌ها، مقایسه نمرات گروه‌ها با استفاده از آزمون *t* زوجی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دلالت بر این دارد که میانگین نمرات ابعاد مختلف تعهد زناشویی گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون افزایش داشته است ($P=0/027$). همچنین مقایسه میانگین نمرات احساس دلدزدگی زناشویی در دو گروه حاکی از آن می‌باشد که میانگین نمرات گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون کاهش معناداری یافته است ($P=0/024$).

جهت بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس ابتدا از آزمون Shapiro-Wilk برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات و سپس از آزمون Levene برای بررسی همگنی واریانس نمرات و همگنی ضرایب رگرسیون استفاده شد که همگی بیانگر آن

(۱۳ سؤال) و تعهد ساختاری (۱۲ سؤال) می‌باشد. سؤالات بر روی یک مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً موافقم (نمره ۵) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) نمره‌گذاری می‌شوند. شایان ذکر است که در این پرسشنامه نمره‌گذاری سؤالات ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۲۳، ۲۷، ۲۸، ۳۰، ۳۲، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۸ و ۴۴ به شیوه معکوس می‌باشد. علاوه بر این، نمره آزمون از جمع نمرات خرده‌مقیاس‌ها به دست می‌آید که نمره بالاتر نشان‌دهنده تعهد بیش‌تر است. باید توجه داشت که روایی و پایایی این ابزار در مطالعات خارجی و داخلی مورد تأیید قرار گرفته است [۱۸، ۱۹].

مقیاس دلدزدگی زناشویی: این مقیاس یک ابزار خودسنجی می‌باشد که توسط Pines (۱۹۹۶) با هدف اندازه‌گیری درجه دلدزدگی بین زوجین ساخته شده است [۲۰]. این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال می‌باشد که ۱۷ سؤال آن دربرگیرنده عبارت‌های منفی خستگی، ناراحتی و بی‌ارزش بودن بوده و ۴ سؤال آن شامل عبارت‌های مثبت مانند خوشحال بودن و پرنرژی بودن است. سؤالات بر روی یک مقیاس لیکرت ۷ گزینه‌ای از هرگز (نمره ۱) تا همیشه (نمره ۷) نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسشنامه در چند مرحله نمره‌گذاری می‌گردد که ابتدا نمرات سؤالات ۱، ۲، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۲۱ با یکدیگر جمع می‌شوند و سپس نمرات سؤالات ۳، ۶، ۱۹ و ۲۰ با هم جمع شده و از عدد ۳۲ کم می‌شوند. در ادامه نمرات حاصل از مرحله اول و دوم با یکدیگر جمع گشته و بر ۲۱ تقسیم می‌شوند. عدد به‌دست‌آمده نشان‌دهنده درجه دلدزدگی بوده و اعداد بزرگ‌تر بیانگر میزان دلدزدگی بالاتر می‌باشند. ضریب پایایی مقیاس با روش بازآزمایی در یک دوره یک‌ماهه برابر با ۰/۷۶ بوده و ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ در دامنه‌ای بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ گزارش شده است [۲۰]. برای بررسی اعتبار این مقیاس از پرسشنامه رضایت زناشویی Enrich استفاده گردید که ضریب همبستگی بین این دو پرسشنامه معادل ۰/۴ به‌دست‌آمد که در سطح

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی ابعاد مختلف متغیر تعهد و دلدزدگی زناشویی

سطح معناداری	بعد از مداخله		قبل از مداخله		متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۴۳	۵/۱۴	۵۳/۷۲	۶/۰۱	۵۲/۲	آزمون تعهد شخصی
۰/۰۵۹	۶/۳۲	۵۰/۴۷	۳/۳۷	۵۳/۷۳	کنترل
۰/۰۳۳	۵/۳۳	۴۵/۲	۴/۰۶	۳۲/۷۳	آزمون تعهد اخلاقی
۰/۰۷۸	۵/۴۸	۳۲/۰۷	۵/۲۹	۳۵/۴۷	کنترل
۰/۰۴۱	۳/۵۳	۳۸/۷۳	۵/۳۲	۲۸/۵۳	آزمون تعهد ساختاری
۰/۰۵۵	۴/۳۵	۲۸/۷۳	۵/۲	۲۹/۰۷	کنترل
۰/۰۲۷	۷/۵۷	۱۵۶/۴۶	۷/۳۰	۱۱۳/۴۶	آزمون نمره کل تعهد زناشویی
۰/۰۶۶	۱۰/۴۵	۱۱۱/۲۷	۸/۴۸	۱۱۸/۲۷	کنترل
۰/۰۲۴	۰/۳۱	۳/۳۵	۰/۳۲	۴/۰۱	آزمون دلدزدگی زناشویی
۰/۰۷۶	۰/۳۶	۴/۱۵	۰/۴۹	۴/۳۶	کنترل

جدول ۳: خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیر تعهد زناشویی

منبع	متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری
گروه	تعهد شخصی	۱۱۷۱۱۹/۵۲۳	۲	۵۸۵۵۹/۷۶۷	۱۷۶۴/۱۰۱	۰/۰۰۲
	تعهد اخلاقی	۴۶۰۶۹/۶۶۷	۲	۲۳۰۳۴/۸۳۳	۷۸۷/۱۹۵	۰/۰۱۳
	تعهد ساختاری	۳۴۸۸۸/۱۲۳	۲	۱۷۴۴۴/۰۶۷	۱۱۱۰/۴۱۳	۰/۰۰۷

هیجان مدار بر زوجینی که اختلال اعتیاد به رابطه جنسی داشتند پرداختند. اختلال اعتیاد به رابطه جنسی در روابط عاطفی می‌تواند به نابودشدن اعتماد، احساس شرم و خشم، خیانت و در نهایت به پایان یافتن رابطه منجر شود. زوج‌درمانی هیجان مدار پس از مصاحبه و تشخیص این اختلال به زوجین کمک می‌کند تا یک رابطه و دلبستگی امن و ایمن را با یکدیگر برقرار کنند و نیازها و هیجانات سرکوب‌شده‌ای که منجر به این اختلال می‌شود، به واسطه این رابطه امن تشخیص داده می‌شوند. در مرحله بعد شیوه بیان و رفع صحیح این نیازها به زوجین آموزش داده می‌شود و هدف نهایی این است که روش‌های مقابله‌ای زوجین تقویت گردد تا بتوانند رفتارهای اعتیادگونه خود را کاهش داده و تحت کنترل درآورند. در این راستا، نتایج نشان داد که پس از جلسات زوج‌درمانی، تعهد و صمیمیت زوجین نسبت به قبل از شروع درمان افزایش معناداری داشته است [۲۳].

Zuccarini و همکاران نیز زوج‌درمانی هیجان‌مدار را بر بخشش و آشتی زوجین و ایجاد هم‌بستگی عاطفی میان آن‌ها مؤثر دانستند و عنوان نمودند که پس از بررسی ۱۸ زوج سوئدی که جدا از یکدیگر زندگی می‌کردند، پس از اجرای ۱۴ جلسه زوج‌درمانی، ۱۳ زوج مجدداً به توافق رسیدند که به‌طور مشترک زندگی کنند و پس از پیگیری یک سال و نیمه، میزان صمیمیت و همبستگی عاطفی زوجین به‌طور معناداری با قبل تفاوت داشت [۲۴]. علاوه‌براین، Greil و همکاران در پژوهش خود ضمن بیان تأثیر منفی ناباروری بر ارتباط زوجین مشاهده نمودند که زوج‌درمانی تأثیر معناداری بر بهبود ارتباط بین زوجین و رضایت از زندگی زناشویی آن‌ها دارد. این پژوهشگران طی انجام یک فراتحلیل بیان نمودند که انجام مداخلات گوناگون روان‌شناختی در بهبود کیفیت زندگی و ارتباط بین زوجین نابارور مؤثر است و تنها تفاوت آن‌ها در میزان اثرگذاری می‌باشد که در این بین انواع زوج‌درمانی از سایر روش‌ها مؤثرتر گزارش شده‌اند که این امر می‌تواند به علت هدف قراردادن هر ۲ زوج به‌طور هم‌زمان در مداخله روان‌شناختی باشد [۲۵].

نتایج مطالعه زارعی و ثابت نشان داد که آموزش رویکرد زوج‌درمانی هیجان محور باعث افزایش معنادار تعهد، صمیمیت و اعتماد زنان متأهل می‌شود [۲۶]. نتایج پژوهش فلاح‌زاده و ثنایی‌ذاکر نیز بیانگر آن بود که زوج‌درمانی هیجان محور و سیستمی تلفیقی باعث حل صدمه دلبستگی و درمان اضطراب صمیمیت در زوجها می‌گردد. علاوه‌براین،

بودند که استفاده از تحلیل کوواریانس مانعی ندارد. از سوی دیگر مطابق با نتایج جدول ۳، اثرات تمامی متغیرهای درون آزمون در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار بودند که این امر نشان‌دهنده تأثیر آموزش زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود تعهد زناشویی زوجین نابارور می‌باشد. علاوه‌براین، نتایج جدول ۴ نشان داد که اثرات متغیر دلزدگی درون آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است؛ از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش دلزدگی زناشویی زوجین نابارور تأثیر می‌گذارد.

جدول ۴: خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیر دلزدگی زناشویی

منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری
گروه	۴/۷۶۲	۱	۴/۷۶۲	۴۲/۷۵۴	۰/۰۰۱
خطا	۳/۱۱۹	۲۸	۰/۱۱۱		

بحث

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری در متغیر تعهد زناشویی حاکی از آن بود که میان گروه‌ها در پس‌آزمون از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد. یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات Fletcher [۲۲]، Love و همکاران [۲۳]، Zuccarini و همکاران [۲۴] و Greil و همکاران همسو است [۲۵]. همچنین نتایج مطالعات زارعی و ثابت، فلاح‌زاده و ثنایی‌ذاکر و اسدپور و همکاران در داخل کشور با این پژوهش همخوانی دارد [۲۶-۲۸].

از سوی دیگر، Fletcher (۲۰۱۶) به بررسی تجربه زوجینی که یک سال با موفقیت زوج‌درمانی هیجان‌مدار را پشت سر گذاشته بودند پرداخت. از جمله مسائلی که در این پژوهش به آن توجه گردید، بهبود تعهد زناشویی در طول این یک سال درمان بود. نتایج حاصل از مصاحبه‌های ساختارناافته نشان داد که رویکرد هیجان‌مدار با آموزش تکنیک‌های ارتباطی - هیجانی مؤثر به زوجین باعث بهبود روابط روزمره، خصوصی و نزدیک آن‌ها شده و افزایش رضایت زوجین در این زمینه‌ها منجر به افزایش رضایت‌مندی زناشویی و در نتیجه تعهد بیشتر آن‌ها به یکدیگر می‌شود [۲۲]. Love و همکاران به بررسی اثربخشی رویکرد

شناسایی نیازهای هیجانی و عاطفی همسر باعث بهبود تعاملات زوجین و به دنبال آن افزایش تعهد، همبستگی و افزایش میزان ابراز محبت در زوج‌های نابارور می‌شود.

از دیگر یافته‌های این پژوهش تفاوت معنادار میان نمرات دلزدگی گروه‌ها در پس‌آزمون بود که این امر با یافته‌های مطالعات Denton و Wiebe [۳۱]، Johnson [۳۱]، Allan [۳۲]، و همکاران [۳۳] و Pines در خارج از کشور [۳۴] و داورنیا و همکاران [۱۷]، خجسته مهر و همکاران [۳۵] و سودانی و همکاران [۳۶] در داخل کشور همخوانی دارد. طی ۳ دهه اخیر، نقش مهم زوج‌درمانی هیجان‌مدار در افزایش سلامت و کیفیت روابط، پررنگ‌تر و واضح‌تر شده است. طبق علم عصب‌شناسی، روابط امن و ایمن باعث تقویت مهارت تنظیم و تعدیل استرس و پریشانی در افراد می‌شوند. سند اثبات این مدعا مطالعاتی هستند که در آن‌ها اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار بر کاهش نشانه‌های افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه بررسی شده است. رویکرد هیجان‌مدار با افزایش تاب‌آوری روانی زوجین باعث می‌شود تا آن‌ها بتوانند در شرایط بحرانی، موقعیت را بهتر مدیریت کنند و از مهارت‌های تنظیم هیجان و استرس بهتری برخوردار گردند که این موضوع باعث می‌شود تا دلزدگی زناشویی برای آن‌ها کمتر گشته و دیرتر از سایر زوجین رخ دهد [۳۱].

در این راستا، نتایج پژوهش Allan نشان داد که زوج‌درمانی هیجان‌مدار باعث کاهش اثرات و نشانه‌های دلزدگی زناشویی در زوجین می‌شود که این مسأله نیز از آسیب فرزندان پیشگیری می‌نماید [۳۲]. یکی از شاخص‌های دلزدگی زناشویی، افسردگی است. در این ارتباط نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعه Denton و همکاران [۳۳] که در پژوهش خود به مقایسه زوج‌درمانی هیجان‌مدار و دارودرمانی برای درمان زنانی که در کنار افسردگی شدید از آشفتگی زناشویی رنج می‌بردند پرداختند، همسو می‌باشد. نتایج مطالعه مذکور نشان داد زنانی که در گروه زوج‌درمانی بودند نسبت به زنان گروه دارودرمانی، بهبودی بهتری داشتند و این بهبودی در طول پیگیری ۶ ماهه نیز حفظ شده بود. نتایج پژوهش Pines نیز نشان داد که سبک‌های دلبستگی با دلزدگی همبسته می‌باشند؛ به طوری که همبستگی منفی میان سبک دلبستگی ایمن و دلزدگی و همبستگی مثبت میان دلبستگی ناایمن (اجتنابی و دوسوگرا) و دلزدگی وجود دارد [۳۴]. در همین راستا، نتایج پژوهش داورنیا و همکاران حاکی از آن بود که زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش فرسودگی زناشویی مؤثر است و می‌توان از این شیوه درمانی برای کاهش مشکلات زوجین و بهبود وضعیت زناشویی استفاده نمود [۱۷]. در پژوهش خجسته مهر و همکاران نیز مداخلات زوج‌درمانی هیجان‌مدار با تأکید بر سبک‌های دلبستگی، علائم افسردگی را کاهش داد [۳۵]. همچنین در مطالعه سودانی و همکاران، زوج‌درمانی هیجان‌مدار در کاهش افسردگی و علائم استرس پس از حادثه و

نتایج نشان داد که این ۲ روش درمانی باعث افزایش اعتماد ارتباط و سازگاری زناشویی در زوج‌های دارای صدمه دلبستگی صمیمیت و اضطراب می‌شوند [۲۷]. اسدپور و همکاران نیز در مطالعه خود بر اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌محور بر افزایش صمیمیت زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران تأکید نمودند [۲۸].

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که تغییرات درمانی در این رویکرد از طریق دست‌یافتن و بازپرداخت تجارب هیجانی زیرساختاری که سطح موقعیت‌های ارتباطی را دربرگرفته‌اند، میسر می‌شوند. خلق عناصر نوین تجارب هیجانی و راه‌های تازه ابراز هیجان‌ات، شرایط تعاملی همسران را تحت تأثیر قرار داده و زنجیرهای دلبستگی آن‌ها را بازتعریف می‌کند [۲۹]. هنگامی که شریکی هیجان‌ات و نیازهای آسیب‌دیده خود را به صورت متفاوتی درک می‌کند، این امر منجر به تغییر سبک پاسخ‌گویی او به شریک خود می‌گردد؛ از این رو دور از انتظار نیست که با افزایش تجربه‌های برخاسته از دلبستگی ایمن زوجین نسبت به یکدیگر، تعهد آن‌ها نسبت به هم و در نهایت به پیوند ازدواج افزایش یابد؛ بنابراین در پژوهش حاضر زوج‌درمانی هیجان‌مدار ضمن شناساندن هیجان‌ات و نحوه صحیح ابراز آن به زوجین و درک زوج از سوی یکدیگر به بهبود و افزایش معنادار ارتباط و تعهد زناشویی آن‌ها کمک کرده است. در زوجین ناباروری که فرزندی ندارند، تکیه‌گاه زوجین تنها همسرشان است و می‌بایست به نحوی از نظر هیجانی یکدیگر را درک نمایند که هیچ‌یک احساس تنهایی نکرده و از ارتباط با یکدیگر و گذراندن وقت با هم لذت ببرند. بدیهی است که در صورت بروز این اتفاق، تعهد و پیوند بین زوجین مستحکم‌تر از پیش خواهد شد و شکافی که به علت ناباروری میان آن‌ها ایجاد شده، کمتر احساس خواهد گشت.

هیجان‌ات در کلیه روابط زوجین به‌ویژه نابارورها نقشی اساسی دارند و باید به آن‌ها توجه خاصی شود؛ بنابراین می‌توان از رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار که یک رویکرد ساختاریافته کوتاه‌مدت است استفاده کرد؛ زیرا هم شاخه‌ای از زوج‌درمانی می‌باشد و هم هیجان‌ات را محور کاردرمانی خود قرار می‌دهد. این نوع درمان، اختلالات و ناسازگاری‌های ارتباطی را مورد توجه قرار می‌دهد و افراد را تشویق می‌کند تا از هیجان‌ات خود صحبت کنند و آن را مورد بحث قرار دهند. از دیدگاه زوج‌درمانی هیجان‌مدار، آشفتگی‌های زناشویی توسط حالت‌های فراگیر از عاطفه منفی و آسیب‌های دلبستگی ایجاد می‌شوند و ادامه پیدا می‌کنند [۳۰]. زوج‌درمانی هیجان‌مدار با بهبودبخشیدن به روابط زوجین از طریق حل مشکلات هیجانی آن‌ها، شناسایی هیجان‌ات ابرازنشده و سرکوب‌شده، تصحیح ارتباط دلبستگی زوجین و افزایش صمیمیت از طریق راه‌حل صحیح ابراز هیجان‌ات و

افزایش صمیمیت و بخشودگی همسران عهدشکن هم در کوتاه‌مدت و هم در بلندمدت مؤثر گزارش شده بود [۳۶].

در تبیین یافته‌های این بخش از پژوهش حاضر می‌توان گفت که به‌طور کلی درمان هیجان‌مدار، شیوه‌ای درمانی است که تأکید اصلی آن بر مشارکت هیجان‌ها در الگوهای دائمی ناسازگاری در زوجین آشفته می‌باشد. تلاش این درمان آشکار ساختن هیجان‌ها آسیب‌پذیر در هریک از زوجین و تسهیل توانایی آن‌ها در ایجاد این هیجان‌ها به شیوه‌های ایمن و محبت‌آمیز می‌باشد. اعتقاد بر این است که پردازش این هیجان‌ها در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم‌تر و جدیدتری را به وجود می‌آورد که سبب آرام‌شدن سطح آشفستگی و افزایش دوست‌داشتن، صمیمیت و ارتباطی رضایت‌بخش‌تر می‌شود. یکی از نگرانی‌های شدیدی که توسط زوجین نابارور دارای علائم دلزدگی گزارش می‌شود این مورد می‌باشد که عشق در رابطه آن‌ها از بین رفته است و یا اینکه آن‌ها حداقل هیجان‌ها مثبتی را نسبت به همسران خود تجربه می‌کنند. در درمان هیجان‌مدار به‌منظور کمک به زوج‌ها، ضمن آگاهی‌دادن به آن‌ها مبنی بر اینکه نداشتن احساس عشق بخش طبیعی دلزدگی زناشویی می‌باشد، در روند جلسات به آن‌ها کمک می‌شود تا با برآورده ساختن نیازهای روان‌شناختی یکدیگر چون امنیت، مشارکت، دلجویی و صمیمیت جنسی، کارکردهای زوجی خود را بهبود بخشند. انتظار می‌رود که در روند افزایش تجارب مثبت زوجین با یکدیگر، احساسات مثبت نیز به رابطه آن‌ها بازگردد. همچنین امید آن‌ها به داشتن تعاملات مثبت در آینده افزایش یافته و خاطرات مثبت گذشته را راحت‌تر به یاد آورند.

همان‌طور که هیجان یکی از عوامل اصلی رویکرد دلبستگی است، ساختارهای هیجانی در پیش‌بینی، تبیین، نحوه واکنش و کنترل تجارب زندگی به افراد کمک می‌کنند. هیجان‌ها در حافظه ذخیره نمی‌شوند؛ بلکه از طریق ارزیابی موقعیت‌هایی که باعث فعال شدن چهارچوب هیجانی خاصی می‌شوند، دوباره احیا می‌گردند و به مجموعه رفتارهای خاصی منجر می‌شوند. در طول درمان هیجان‌مدار، چنین موقعیت‌هایی دوباره طراحی می‌شوند تا زوجین به اکتشاف و گسترش هیجان‌ها خود بپردازند. سپس آن‌ها می‌توانند طی این تجربه جدید، هیجان‌ها خود را اصلاح کنند. بدین ترتیب هیجان‌ها آن‌ها قابل‌دسترس، رشد یافته و بازسازی می‌گردد و در جهت بازسازی تجارب لحظه به لحظه و رفتار آن‌ها 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 که این امر باعث افزایش رضایتمندی زناشویی آن‌ها می‌شود [۲۹]. طبق این رویکرد، هنگامی که افراد احساس می‌کنند

که همسرشان در دسترس و پاسخگو نبوده و انتقادکننده یا طردکننده است، اغلب استراتژی‌های تنظیم هیجانی‌ای را به کار می‌برند که به‌طور ناخواسته، اختلال رابطه را مداومت داده و یا آن را تشدید می‌نماید و پیوند بین آن‌ها را ضعیف می‌کند. این موارد شامل: سرزنشگری مضطربانه، درخواست کردن یا کناره‌گیری نمودن و بی‌مחلی کردن است. در مرحله اول درمان هیجان‌مدار یعنی تنش‌زدایی، درمانگر به هریک از افراد کمک می‌کند تا به‌طور آگاهانه چرخه منفی خود را مشاهده نمایند و ترک و طردی که این چرخه منفی ایجاد می‌کند را به‌عنوان دشمن متقابل خود در نظر بگیرند. در مرحله دوم یعنی بازسازی، همسران تلاش می‌کنند تا ترس‌ها و خواسته‌های دلبستگی خود را کشف نموده و در میان بگذارند و به تدریج راه‌هایی را بیابند تا بتوانند به‌طور روشن این ترس‌ها و خواسته‌ها را به شیوه‌هایی برای هم ابراز کنند که نزدیکی، دسترس‌ی هیجانی و پاسخ‌گویی، یک پیوند ایمن‌تر را تسهیل کند. در ادامه، زوجین وارد مرحله ۳ یعنی تحکیم منافع کسب‌شده درمان می‌شوند [۳۰]. تغییر در درمان هیجان‌مدار زمانی رخ می‌دهد که درمانگران به همسران کمک می‌کنند تا عناصر موجود در رابطه مخرب را تغییر دهند. هنگامی که چرخه منفی مختل شده و پاسخ‌ها شروع به تغییر کردن می‌کنند، یک چرخه مثبت‌تر به وجود می‌آید که به زوجین کمک می‌کند تا به سمت پیوندی ایمن‌تر پیش بروند. در حقیقت، هدف درمان هیجان‌مدار این است که کاری کند تا همسران به پاسخ‌های هیجانی که زیربنای الگوی تعاملی منفی آن‌ها هستند، دسترس‌ی پیدا کنند، آن‌ها را ابراز نموده و پردازش مجدد کنند. سپس همسران می‌توانند علائم هیجانی جدیدی را بفرستند که اجازه می‌دهند الگوهای تعاملی به سمت دسترس‌پذیری و پاسخ‌گویی بیشتری پیش روند و در نتیجه یک پیوند ایمن‌تر و رضایت‌بخش‌تر خلق گردد.

در تبیین نتایج می‌توان اضافه کرد که رویکرد هیجان‌مدار این قابلیت را دارد که با افزایش آگاهی هیجانی، نمادگذاری هیجانی، آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر پردازش‌ها به فرد کمک کند تا روابط بین فردی خود را که مهم‌ترین آن‌ها رابطه با همسر است، تغییر دهد و کنترل بیشتری بر آن داشته باشد. در این رویکرد سعی می‌شود هیجان‌ها شناسایی گردند و به پیام‌های قابل‌درک و رفتارهای سازنده تبدیل شوند. از سوی دیگر، در این رویکرد مهارت‌های هیجانی (که به‌عنوان توانایی تشخیص، ابراز هیجان‌ها و توانایی همدلی با دیگران تعریف شده است) باعث افزایش صمیمیت و احساس امنیت شده و انتقادپذیری (البته در بعد مثبت) را در فرد افزایش می‌دهد که این موارد در حفظ و تداوم یک ازدواج موفق، ضروری هستند. زوج‌درمانی هیجان‌مدار با تأکید بر حمایت زوجین از یکدیگر، گشودگی هیجان و بروز آن به

دلزدگی زناشویی می‌شود. با توجه به تأثیر نقش ناباروری بر تعهد و دلزدگی زناشویی زوجین نابارور و همچنین با توجه به تأیید اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود تعهد و کاهش دلزدگی زناشویی زوجین نابارور، می‌توان در کنار درمان‌های پزشکی ناباروری از این رویکرد جهت کمک به افزایش سلامت روان و حتی سلامت جسمانی این زوجین کمک گرفت. به نظر می‌رسد که استفاده از مشاوران خانواده و روان‌درمانگران حرفه‌ای در مراکز درمان ناباروری و درمان‌های پزشکی برای زوجین نابارور، نویدبخش اثرات سودمندی خواهد بود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مسئولان مراکز خصوصی ناباروری استان قم و تمامی زوجینی که با حضور منظم خود تیم پژوهش را در انجام این مطالعه یاری نمودند، نهایت تقدیر و تشکر را ابراز نمایند. شایان ذکر است که تمامی منابع مالی این پژوهش به‌صورت شخصی توسط نویسندگان این پژوهش فراهم شده است.

طریق مثبت، تمرکز بر هیجان‌ات خود و شناسایی آن‌ها، بیان تجارب جدید در زندگی زناشویی و هیجان‌ات همراه با آن، شکل‌دهی تعاملات جدید در رابطه، تأکید بر مراقبت از همسر و شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی و حذف آن‌ها در زندگی زناشویی به شرکت‌کنندگان کمک نمود تا ارتباط خویش را با همسر خود بازسازی نموده و در پرتو یک ارتباط سالم و مؤثر از میزان دلزدگی زناشویی آن‌ها کاسته شود. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به انجام آن در بین زوجین نابارور اشاره نمود که قابلیت تعمیم نتایج به سایر زوجین را ندارد. همچنین این پژوهش در شهر قم برگزار گردید؛ بنابراین لازم است در تعمیم‌دهی به سایر جوامع آماری احتیاط شود. نداشتن مرحله پیگیری به علت عدم همکاری کافی شرکت‌کنندگان و روش خودگزارش‌دهی ابزار از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش زوج‌درمانی هیجان‌مدار باعث افزایش معنادار تعهد زناشویی و کاهش

REFERENCES

- Shahsavari Isfahani S, Morshed Behbahani B, Beigzadeh S. Epidemiological factors associated with infertility in infertile couples referred to clinic of Peymaniyeh Hospital in Jahrom in years 1999-2009. *J Sci Health*. 2010;5:51-60. [Persian]
- Küchenhoff J. Unfulfilled desire for children--what is the grief for men? *Ther Umsch*. 1999;56(5):260-4. PMID: 10409900 DOI: 10.1024/0040-5930.56.5.260
- Khodakarami N, Hashemi S, Seddigh S, Hamdiyeh M, Taheripanah R. Life experience with infertility; a phenomenological study. *J Reprod Infertil*. 2010;10(4):287-97. [Persian]
- Adams JM, Jones WH. Interpersonal commitment in historical perspective. *Handbook of interpersonal commitment and relationship stability*. New York: Springer; 1999. P. 3-33.
- Peterson B, Newton C, Rosen K, Schulman R. Dyadic coping processes of men and women in infertile couples and their relationship to infertility stress, marital adjustment, and depression. *Fertil Steril*. 2004;82:S104.
- Asadi E, Mansour L, Khodabakhshi A, Fathabadi J. The relationship between couple burnout, sexual assertiveness, and sexual dysfunctional beliefs in women with diabetic husbands and comparing them with women with non-diabetic husbands. *J Fam Res*. 2013;9:311-24. [Persian]
- Nikoubakht N, Karimi U, Bahrami H. Couple burnout among fertilized and unfertilized women referred to Valieasr Reproductive Center, Tehran. *Iran J Epidemiol*. 2011;7(1):32-7. [Persian]
- Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing. *The handbook of work and health psychology*. Netherlands: University of Gromingen; 2003. P. 282-424.
- Abhar Zanjani F, Khajeh-Mirza V, Seyyedi M, Shahabizadeh F, Dastjerdi R, Bahreinian A. Assessment on relationship beliefs and marital burnout among fertile and infertile couples. *J Fundament Ment Health*. 2015;17(2):81-6. [Persian]
- Najafi M, Soleimani AA, Ahmadi K, Javidi N, Kamkar EH. The effectiveness of emotionally focused therapy on enhancing marital adjustment and quality of life among infertile couples with marital conflicts. *Int J Fertil Steril*. 2015;9(2):238-46. PMID: 26246883
- Bobes T, Rothman B. *Doing couple therapy: Integrating theory with practice*. New York: WW Norton & Company; 2002.
- Kelly S, Bhagwat R, Maynigo P, Moses E. *Couple and marital therapy: The complement and expansion provided by multicultural approaches*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2014.
- Johnson SM. *Creating connection: the practice of emotionally focused couple therapy*. New York: Brunner-Routledge; 2004.
- Wiebe SA, Johnson SM. A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Fam Process*. 2016;55(3):390-407. PMID: 27273169 DOI: 10.1111/famp.12229
- Delavar A. *Research methods in psychology and education*. Tehran: Virayesh; 2004. [Persian]
- Najafi M, Soleimani A, Ahmadi K, Javidi N, Hoseni E, Pirjavid F. The study of the effectiveness of couple emotionally focused therapy (EFT) on increasing marital adjustment and improving the physical and psychological health of the infertile couples. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2015;17(133):8-21. [Persian]
- Davarniya R, Zahrakar K, Moayeri N, Shakarami M. Assessing the performance of emotionally-focused group couples therapy (EFCT) on reducing couple burnout in women. *Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch*. 2015;25(2):132-40. [Persian]
- Adams JM, Jones WH. The conceptualization of marital commitment: an integrative analysis. *J Personal Soc Psychol*. 1997;72(5):1177.
- Shahsiah M, Bahrami F, Mohebi S. On the relationship between sexual satisfaction and marital commitment among couples in Shahreza city, central part of Iran. *Quart J Fundament Ment Health*. 2009;11(3):233-8. [Persian]
- Pines A. *Couple burnout: Causes and cures*. Abingdon, UK: Routledge; 1996.
- Naderi F, Eftekhari Z, Amola ZS. The correlation among personality characteristics and intimate relationship with couple burnout in spouses of addict men in Ahvaz. *J Sco Psychol*. 2009;3(11):61-78. [Persian]
- Fletcher G. *Couples who completed emotionally focused therapy: their stories at least one year later*. [Doctoral Dissertation]. California: Alliant International University;

- 2016.
23. Love HA, Moore RM, Stanish NA. Emotionally focused therapy for couples recovering from sexual addiction. *Sex Relationship Ther.* 2016;**31**(2):176-89. DOI:10.1080/14681994.2016.1142522
 24. Zuccarini D, Johnson SM, Dalgleish TL, Makinen JA. Forgiveness and reconciliation in emotionally focused therapy for couples: the client change process and therapist interventions. *J Marital Fam Ther.* 2013;**39**(2):148-62. DOI: 10.1111/j.1752-0606.2012.00287.x
 25. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociol Health Illn.* 2010;**32**(1):140-62. PMID: 20003036 DOI: 10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x
 26. Zarei S, Sabet M. Effectiveness of emotionally focused couple therapy on marital commitment, intimacy and confidence of Tehran city married women. *Quart J Health Breeze.* 2014;**3**(1):21-7. [Persian]
 27. Fallahzadeh H, Sanai Zaker B. Effectiveness of emotionally focused couple therapy and integrated systemic couple therapy on enhancing marital adjustment in attachment injured couples. *Womens Stud.* 2012;**4**(10):87-110. [Persian]
 28. Asadpour I, Nazari A, Sanai Zaker B, Shaghghi S. An investigation of effectiveness of the emotionally focused couple therapy on increasing marital intimacy in couples entered at counseling centers in Tehran. *Res Clin Psychol Counsel.* 2012;**2**(1):25-38. [Persian]
 29. Johnson SM. The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection. Abingdon, UK: Routledge; 2012.
 30. Honarparvaran N. The emotionally focused in couple therapy. Tehran: Danzheh; 2012. [Persian]
 31. Wiebe SA, Johnson SM. Creating relationships that foster resilience in Emotionally Focused Therapy. *Curr Opin Psychol.* 2017;**13**:65-9. PMID: 28813297 DOI: 10.1016/j.copsyc.2016.05.001
 32. Allan R. The use of emotionally focused therapy with separated or divorced couples. *Can J Counsel Psychother.* 2016;**50**(3):62-79.
 33. 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**(Suppl 1):23-38. PMID: 22765322 DOI: 10.1111/j.1752-0606.2012.00291.x
 34. Pines AM. Why are Israelis less burned out? *Eur Psychol.* 2004;**9**(2):69-77.
 35. KhojastehMeh R, Shiralinia K, Rajabi G, Beshlideh K. The effects of emotion-focused couple therapy on depression symptoms reduction and enhancing emotional regulation in distressed couples. *Appl Counsel.* 2012;**3**(1):1-18. [Persian]
 36. Soudani M, Karimi J, Mehrabizadeh M, Neisi A. Effectiveness of emotion oriented couple therapy on reducing the damaged caused by marital infidelity. *J Res Behav Sci.* 2012;**4**(25):258-68. [Persian]

پیوست الف

پروتکل آموزشی زوج درمانی هیجان مدار برگرفته از Johnson (۲۰۰۴)

جلسه‌ها	شرح جلسه‌ها
جلسه اول	<p>✓ معرفی و ایجاد رابطه خوب؛ پذیرش زوجین و خوش آمدگویی؛ آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و مشاور؛ بیان کلی در مورد اهداف زوج درمانی گروهی هیجان مدار؛ بیان مقررات و اصول جلسات؛ اهمیت رعایت نظم و فعال بودن در بحث‌ها و انجام دادن تکالیف و توافق بر سر زمان تشکیل جلسات، تعداد و مدت آن‌ها</p> <p>✓ ارائه تعریف مفاهیم زوج درمانی، ناباروری، تعهد زناشویی، دلزدگی زناشویی و بررسی نظرات اعضا در مورد این مفاهیم</p> <p>✓ ارزیابی انگیزه و اهداف زوجین از شرکت در این جلسات</p>
جلسه دوم	<p>✓ ارائه تعریف سبک‌های دلبستگی، دلبستگی بزرگسالان و رابطه دلبستگی با مفاهیم عشق، صمیمیت، روابط زوجین و آشفته‌گی‌های آن‌ها</p>
جلسه سوم	<p>✓ شناسایی چرخه تعامل زوجین از طریق توضیح شایع‌ترین الگوهای تعاملی آشفته زوجین به اعضا مانند الگوهای تسلط، عیب‌جویی و تحت تعقیب قراردادن که به دنبال آن الگوی دفاع کردن، فاصله گرفتن و مانند دیوار سنگی شدن در طرف مقابل شکل می‌گیرد. سپس به اعضا آموزش داده می‌شود که چگونه از طریق تکنیک تمرکز و سودبردن از آخرین مشاجره‌ای که آن‌ها را با همسرشان درگیر کرده است، الگوهای تعاملی آشفته را در روابط خود (با همسر) شناسایی کنند.</p>
جلسه چهارم	<p>✓ ارائه تعریفی از هیجان و تقسیم کردن هیجان‌ها به دو نوع اولیه و ثانویه و نام بردن هیجان‌ها متفاوت تا ذهن اعضا با این مفهوم درگیر شود؛ کاوشگری در هیجان‌ها ثانویه با هدف دستیابی به هیجان‌ها زیرساختاری و ناشناخته (بازشناسی هیجان نوین) مانند احساس درماندگی یا ناتوانی از خشنود کردن همسر</p> <p>✓ خواستن از زوجین که مانند جلسه قبل بر روی آخرین درگیری خود تمرکز کنند، هیجان‌ها خود را بیرون بکشند و به هیجان‌ها اولیه و به برزبان آوردن آن‌ها اقرار کنند.</p>
جلسه پنجم	<p>✓ اشاره به نقش اجتماعی هیجان و چگونگی پدید آیی هیجان‌ها تقابلی توسط یکدیگر (شرح نحوه شکل‌گیری چرخه و اشاره به قدرت آن در اداره کردن روابط)؛ استفاده از تکنیک شدت بخشی (شدت بخشی به عناصری که به نظر می‌رسد در حفظ چرخه نقش دارند) و توصیف و شرح چرخه در بافت سبک‌های دلبستگی که در جلسه دوم بررسی گردید (سرزنشگری در قالب اهمیت پیکره دلبستگی، خشم در قالب اعتراض دلبسته، اجتناب در قالب ترس از بروز مجدد آشوب و چرخه به عنوان دشمن مشترک، مجدداً قاب‌دهی می‌شوند).</p> <p>✓ قاب‌دهی مجدد به مشکل از طریق تمرکز بر قدرت چرخه منفی</p>
جلسه ششم	<p>✓ ردگیری دقیق‌تر تعاملات؛ درک دقیق‌تر موقعیت‌های تعاملی؛ تشریح ساختار و فرایند تعاملات؛ انعکاس الگوهای تعاملی</p> <p>✓ بررسی مجدد میزان اتحاد مشاوره‌ای؛ ارزیابی و برجسته‌سازی پیشرفت حاصل شده؛ کمک به زوجین برای پذیرش و درک چرخه‌های تعاملی خود</p>
جلسه هفتم	<p>✓ به دنبال کشف هیجان‌ها زیرساختاری و برملاشدن جایگاه هر همسر در رابطه، هیجان‌ها به صورت کامل‌تر تجربه می‌شوند و شیوه‌های ادراک خود و همسر در رابطه را عیان می‌سازند.</p> <p>✓ کمک به تجربه‌گری عمیق‌تر</p> <p>✓ برجسته‌سازی و شرح مجدد نیازهای فطری دلبستگی خواهانه و اشاره به سالم بودن آن‌ها (امنیت، همراهی و اتصال)</p> <p>✓ ردگیری هیجان‌ها شناخته شده</p> <p>✓ دستیابی به جنبه‌هایی از تجربه هیجانی که انکار یا محدود شده و یا سرکوب گردیده‌اند.</p> <p>✓ فراخوانی درگیری در همسر اجتناب‌کننده (اقرار کردن و به زبان آوردن هیجان‌ها عمیق در همسر به تازگی درگیر شده)</p>
جلسه هشتم	<p>✓ یافتن راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی شامل: بازسازی تعاملات، تغییر رفتار همسر آسیب‌رسان، ایجاد هماهنگی در حس درونی نسبت به خود و رابطه و تغییر تعاملات</p> <p>✓ غلبه بر موانع واکنش مثبت</p> <p>✓ تکلیف: کشف راه‌حل‌های جدید برای بحث‌ها و مشکلات قدیمی</p>
جلسه نهم	<p>✓ استفاده از دستاوردهای مشاوره گروهی در زندگی روزانه شامل: درگیری صمیمانه زوجین، ماندن در سیر فرآیند مشاوره و خارج نشدن از آن، هماهنگی وضعیت‌های جدیدی که زوجین ایجاد کرده‌اند، شناسایی و حمایت از الگوهای سازنده تعاملی، ایجاد دلبستگی ایمن و ساختن یک داستان شاد از رابطه</p> <p>✓ تکلیف: اجرای تکنیک‌ها در محیط روزمره</p>

ادامه پیوست الف

✓ تسهیل پایان جلسات	جلسه دهم
✓ حفظ تغییر تعاملات در آینده	
✓ تعیین تفاوت بین الگوی تعاملی منفی گذشته در جلسات اولیه و حال حاضر	
✓ حفظ درگیری هیجانی به منظور ادامه قوی کردن پیوند بین آنها	
✓ تغییرات قابل مشاهده در هیجانات، رفتارها، شناخت و روابط بین فردی همسران	
✓ هیجان: هیجانات منفی کاهش یافته و به شیوه‌ای نوین تنظیم و پردازش می‌شوند. زوجین می‌توانند در حین درگیری در رابطه، از خود رابطه برای تنظیم هیجانات منفی استفاده کنند.	
✓ رفتار: زوجین از نظر رفتاری نسبت به یکدیگر تغییر کرده‌اند. آنها اکنون هم در جلسات و هم در زندگی روزمره نسبت به یکدیگر پاسخگو و در دسترس تر هستند.	
✓ شناخت: آنها یکدیگر را به شیوه‌ای نو ادراک می‌نمایند. زوجین برای توصیف خود، رابطه و همسر از کلمات جدیدی استفاده می‌کنند.	
✓ رابطه میان فردی: چرخه مثبت نوین فعال‌سازی شده است. قدرت چرخه منفی تقریباً از میان رفته و همسران پاسخ‌های تازه‌ای را به یکدیگر ارائه می‌کنند که این پاسخ‌های تازه، آنها را از نظر هیجانی در رابطه نگه می‌دارد.	