

## Journal of Research in Psychological Health

Sep 2023, Volume 17, Issue 2



### The effectiveness of emotional therapy on marital commitment and marital exhaustion of couples with marital conflict

Sara Jafari\*<sup>1</sup>, Zahra Roshandel<sup>2</sup>, Amin Shanaei<sup>3</sup>, Parisa Kolahi<sup>4</sup>, Zohre Ghanbari<sup>5</sup>

1. Master of Family Counseling, Al-Zahra University, Tehran, Tehran, Iran. [saheljafari95@gmail.com](mailto:saheljafari95@gmail.com)
2. PhD in General Psychology, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran
3. Master's degree in Islamic psychology (positive orientation), Islamic Azad University, Abhar University, Zanjan, Iran.
4. Ph.D. in General Psychology, Islamic Azad University, Tehran, Central Branch, Tehran, Iran.
5. Master's Degree in Family Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Al-Zahra University, Tehran

**Citation:** Jafari S. Roshandel Z . Shanaei A. Kolahi P. Ghanbari Z . The effectiveness of emotional therapy on marital commitment and marital exhaustion of couples with marital conflict . Journal of Research in Psychological Health, 2023; 17 (2) :91-105 [Persian].

#### Key words

emotional therapy, marital commitment, marital burnout, marital conflict

#### Abstract

The purpose of this research is to investigate the effectiveness of emotion-oriented couple therapy on marital commitment and marital exhaustion of couples with marital conflict. The research method is an experimental type with pre-test, post-test with control group. For this purpose, a number of (30) couples with marital conflict were identified and selected by available sampling method. Of these, 15 people were randomly assigned to the experimental group and 15 to the control group. In order to collect data, Adamer and Jones Marital Commitment Questionnaire and Pines Marital Exhaustion Questionnaire were used. Also, the training package of emotion-oriented couple therapy was applied to the experimental group during 8 two-hour therapy sessions. The results of covariance analysis showed that there is a significant difference between the couples of the experimental group and the group. Based on the findings of this research, it can be concluded that emotion-oriented couple therapy interventions have increased marital commitment and reduced marital exhaustion of couples. In fact, the correct communication based on love and interest between couples has increased marital commitment and couples showed different reactions to marital conflicts.

## اثر بخشی درمان هیجان مدار بر تعهد زناشویی و فرسودگی زناشویی زوجین دارای تعارض زناشویی

سارا جعفری<sup>۱\*</sup>، زهرا روشندل<sup>۲</sup>، امین شانه ای<sup>۳</sup>، پریسا کلاهی<sup>۴</sup>، زهره قنبری<sup>۵</sup>

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه الزهراء، تهران، تهران، ایران، نویسنده مسول [saheljafari95@gmail.com](mailto:saheljafari95@gmail.com)

۲. دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی اسلامی (گرایش مثبت گرا)، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ایبهر، زنجان، ایران

۴. دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

۵. کارشناسی ارشد گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

### چکیده

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثر بخشی زوج درمانی هیجان مدار بر مدار بر تعهد زناشویی و فرسودگی زناشویی زوجین دارای تعارض زناشویی است. طرح پژوهشی این مطالعه شبه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون و گزوه کنترل می باشد. بدین منظور تعداد (۳۰) نفر از زوجین دارای تعارض زناشویی، شناخته شدند و با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. از این تعداد ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل بطور تصادفی قرار گرفتند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه تعهد زناشویی آدامر و جونز و پرسشنامه فرسودگی زناشویی پاینز استفاده شد. همچنین پکیج آموزشی زوج درمانی هیجان مدار، طی جلسات درمانی به مدت ۸ جلسه دو ساعته، برای گروه آزمایش اعمال شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین زوجین گروه آزمایش و گروه تفاوت معناداری وجود دارد. بر اساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که مداخلات زوج درمانی هیجان مدار باعث افزایش تعهد زناشویی و کاهش فرسودگی زناشویی زوجین شده است. در واقع ارتباط صحیح و مبتنی بر عشق و علاقه بین زوجین سبب افزایش تعهد زناشویی شده و زوجین واکنش متفاوتی نسبت به تعارضات زناشویی از خود نشان دادند.

### تاریخ دریافت

1402/3/5

### تاریخ پذیرش نهایی

1402/6/28

### واژگان کلیدی

درمان هیجان مدار، تعهد زناشویی، فرسودگی زناشویی، تعارض زناشویی

## مقدمه:

خانواده یکی از رکن‌های اصلی جامعه به شمار می‌رود؛ چرا که دستیابی به جامعه‌ی سالم در گرو سلامت اعضای خانواده است و از سوی دیگر تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری اعضای آن از داشتن رابطه‌های مطلوب با یکدیگر است (سایپین، وایدمر و ایگلسیاس، ۲۰۲۲). این اعتقاد وجود دارد که همه انسانها یک نیاز پایه و اساسی به برقراری روابط صمیمانه دارند. صمیمیت یک نیاز روانشناختی اولیه و اصلی در نظر گرفته می‌شود (ویبه، ۲۰۲۲). ارتباط زوجین با یکدیگر به عنوان صمیمی‌ترین نوع رابطه در پاسخ به کلیه نیازها، اعم از بدنی و روانشناختی محسوب می‌گردد. این ارتباط، هسته مرکزی نظام خانواده است و اختلال در آن به منزله تهدیدی جدی برای بقاء خانواده می‌باشد و کیفیت آن، نه تنها خود زوجین بلکه فرزندان و حتی سطح کارایی کل خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهد. زیرا ارتباط به زن و شوهر این امکان را می‌دهد که با یکدیگر به بحث و تبادل نظر بپردازند و از نیازهای هم آگاهی یابند (رافاگنینو و پودو، ۲۰۲۲). بنابراین اختلاف و تعارض میان زوجین منجر به تقاضای طلاق از جانب هریک از آنان مخصوصاً زنان می‌گردد و متأسفانه طلاق یکی از مسائل شایع بین زوجین است (افشانی، ۱۴۰۲). تعارض زناشویی پدیده‌ای است که آرامش روانی زنان و خانواده را متأثر ساخته و می‌تواند آسیب‌های روان‌شناختی سهمگینی را ایجاد نماید (مشرفی و همکاران، ۱۴۰۱). بالارفتن آمار طلاق بیانگر آن است که در طول سال‌های زندگی روابط میان همسران دستخوش دگرگونی‌هایی شده است که منجر به افزایش اختلاف میان همسران و در نهایت طلاق آنان شده است (سکرزک، ۲۰۲۱). تعارض زناشویی مهمترین دلیلی است که زوجین را برای طلاق به مراکز مشاوره خانواده سوق داده است. تعارض زناشویی وقوع بحران در رابطه زناشویی تلقی می‌گردد (خالدیان و همکاران، ۱۴۰۲). یکی از حالات هیجانی مهم که زوجین دارای تعارض زناشویی بیشتر به آن دچار می‌شوند فرسودگی زناشویی و کاهش تعهد زناشویی است (شرستا و همکاران، ۲۰۲۳).

ثبات خانواده مستلزم تعهد زوجین به یکدیگر است. همچنین تعهد به دلیل آنکه با ارتباط بهتر، شادتر بودن و رفتار سازنده تر در طی مشکلات در ارتباط است، یک مفهوم بسیار مهم در روابط زناشویی محسوب می‌شود (صادقی و همکاران، ۱۴۰۰). شواهد موجود در ادبیات پژوهشی مؤید آن است که تعارض زناشویی با مشکلات مدیریت و تعهد زناشویی همراه است (فولادوند، ۱۴۰۲؛ روکچ و چان، ۲۰۲۳). در نتیجه، آسیب در تعهد زناشویی در سبب‌شناسی آسیب از تعارض زناشویی برای زوجین مطرح شده است (رنا و همکاران، ۲۰۲۲). تعهد زناشویی احساساتی است که نزدیکی، تعلق و تماس را ایجاد می‌کند که روابط شخصی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (رضایی و همکاران، ۲۰۲۳). تعهد زناشویی روابط زوجین را بشدت تحت تاثیر قرار می‌دهد (رشیدی و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین رابطه معکوسی با رضایت از زناشویی زوجین دارد. (رضایی و همکاران، ۱۴۰۲).

فرسودگی زناشویی یکی از شایعترین مشکلات زندگی زناشویی است که ماهیتی ناتوان کننده دارد. وقوع فرسودگی زناشویی در زوجین دارای تعارض زناشویی می‌تواند تحت تاثیر شرایط و مشکلات آنها قرار بگیرد (نوتل و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین فرسودگی زناشویی به عنوان پدیده روان‌شناختی از عوامل ایجادکننده اختلال روانی است. که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و سایر ریتم‌های بیولوژیک همراه است (استاوروا و همکاران، ۲۰۲۲). فرسودگی زناشویی منجر به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی می‌شود. فرسودگی زناشویی یکی از رایج ترین مسائل زناشویی در سراسر جهان است که از یک سو با توجه به وقوع گسترده و شایع آن و بار اقتصادی، اجتماعی و هیجانی که این اختلال به همراه دارد، همچنان فرسودگی زناشویی را به عنوان یکی از محورهای اساسی در پژوهش‌ها باقی نگه داشته است (فرانشا و

قرار گرفته است. این رویکرد همچنین به جای نگرستن ساده بر هیجان به صورت بخشی از مشکل آشفتگی زناشویی بر آن به عنوان یک عامل نیرومند تغییر تأکید می‌ورزد (موسوی، ۱۴۰۲). خانواده‌درمانی متمرکز بر هیجان به عنوان یک مدل مداخله‌ای از مشاهده‌ی منظم زوجین در درمان و فرایندی که در آن زوجین موفق به ترمیم رابطه‌شان شده‌اند، نشأت گرفته است (رجایی منش و همکاران، ۲۰۲۴). تماس هیجانی مناسب‌ترین چارچوب برای صمیمیت بزرگسالان است. موضوع اصلی در تعارضات زناشویی پیوند ایمن می‌باشد که این قبیل تماس‌ها از طریق در دسترس بودن و پاسخگویی و امتزاج هیجانی ایجاد می‌شوند. این پیوندها پاسخگویی نیاز درونی ما به امنیت، حمایت و تماس هستند (نی و یو، ۲۰۲۴). هیجان عاملی اصلی در سازمان‌دهی رفتارهای دلبستگی و سازمان‌دهی شیوه‌ی تجربه شدن خود و دیگری در یک رابطه‌ی صمیمانه محسوب می‌شود. هیجان هم یک هدف و هم یک عامل مهم تغییرات در زوج‌درمانی است (عقبلی و کشیری، ۱۴۰۱). خلق تجارب هیجانی جدید مهم‌ترین عامل در تغییر درون‌روانی و بین فردی قلمداد می‌شود (صیدیوسفی، محمدیان و نادمی، ۱۴۰۲). با توجه به تکیه درمان هیجان مدار بر انعطاف-پذیری روان‌شناختی به نظر می‌رسد این رویکرد برای بهبود تعهد زناشویی، فرسودگی زناشویی اثربخش باشد.

تعارض زناشویی دارای عواقب بسیاری می‌باشد. کاهش شدید رضایت زناشویی و سازگاری زناشویی و در نتیجه بر هم خوردن ازدواج فقط یکی از عواقب تعارض زناشویی است. این امکان وجود دارد که تعارض زناشویی منجر به آسیب روانی شدیدی در هریک از زوجین دارای تعارض زناشویی دیده شود (چنگ و همکاران، ۲۰۲۲). فرسودگی زناشویی، اختلال استرس پس از سانحه، از دست دادن اعتماد به نفس، سرزنش خود و اقدام‌های خودآسیب رسان (مثل خودکشی) از جمله این عواقب هستند. (نجاری و همکاران، ۱۴۰۲). با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی وارده به زوجین دارای تعارض زناشویی همچون فرسودگی زناشویی، اضطراب، لطمه شدید به کیفیت روابط زناشویی، کاهش شدید صمیمت زناشویی، کاهش تعهد زناشویی به کارگیری درمان موثر برای این افراد دارای ضرورت

ساکسنا، ۲۰۲۳) افراد مبتلا به فرسودگی زناشویی هنگام مواجه شدن با رویدادهای ناخوشایند زندگی، به خود سرزنشی می‌پردازند و این رویدادها را فاجعه آمیز و حل‌نشدنی تلقی می‌کنند. بنابراین در این موقعیت‌ها به جای استفاده از راهبردهای مثبت مقابله بیشتر راهبردهای منفی را به کار می‌برند طبیعی است که این افراد در مواجهه با تعارض زناشویی بسیار روان رنجور شوند (نی و یو، ۲۰۲۴). با توجه به اهمیت تعهد زناشویی و فرسودگی زناشویی در زوجین دارای تعارض زناشویی، شناسایی رویکردهای درمانی اثربخش در این زمینه بسیار سودمند خواهد بود. یکی از رویکردهای روان‌درمانی نوظهور که در سال‌های اخیر در کمک به حل مشکلات روان‌شناختی زوجین دارای تعارض زناشویی مورد توجه درمانگران قرار گرفته است، درمان هیجان مدار است (رجایی منش و همکاران، ۲۰۲۴). امروزه نظریه‌ها و شیوه‌های مؤثر و جدیدی در زمینه خانواده و روابط زناشویی مطرح شده است که از آن میان می‌توان به درمان هیجان مدار گروهی اشاره کرد (بهوندی، خیاطان و گل پرور، ۱۴۰۱) درمان هیجان مدار گروهی رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک، انسان‌گرایی و نظریه دلبستگی است (موسوی، ۱۴۰۲). با توجه به نقش عمده هیجان‌ات در نظریه دلبستگی، این درمان به نقش مهم هیجان‌ات و ارتباطات هیجانی در ساماندهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجان‌ات را عامل اساسی تغییر در نظر می‌گیرد و هدفش شناخت احساسات و تبدیل آن‌ها به پیام‌های قابل فهم و رفتارهای سازنده می‌باشد (صیدیوسفی، محمدیان و نادمی، ۱۴۰۲). در طی سالیان اخیر، نقش بارز هیجان در آشفتگی زناشویی و زوج‌درمانی بیش از پیش مورد پذیرش واقع شده است (بهوندی، خیاطان و گل پرور، ۱۴۰۱). مطالعه‌ی هیجان همچنان تداوم خود را حفظ کرده (موسوی، ۱۴۰۲) و نقش اصلی تنظیم هیجانی و امتزاج هیجانی در آشفتگی و رضایت‌مندی زناشویی (جعفری، رحیمیان، جزاره و تقوایی نیا، ۱۴۰۱) و ماهیت هیجانی دلبستگی‌های انسانی بیشتر تبیین شده است (جعفری و همکاران، ۱۴۰۱). به طوری که در حال حاضر لزوم پرداختن به هیجان در فرایند ترمیم رابطه روشن شده و شیوه‌ها و مداخلات خاص برای نشان دادن اثربخشی آن در دسترس

محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت؛ به منظور رعایت حریم خصوصی، از افراد خواسته شد از ذکر نام و نام خانوادگی در پرسشنامه‌ها خودداری نمایند و در پایان پژوهش، گروه گواه جزء شرکت‌کنندگان طرح قرار گرفتند و مداخله درمانی نیز بر آنان اجرا شد. ملاک‌های ورود به پژوهش رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، حداقل تحصیلات دیپلم، تشخیص اختلال علائم جسمانی شکل توسط روانشناس بود و ملاک خروج نیز، عدم تمایل به شرکت در پژوهش، غیبت بیش از ۲ جلسه بود.

### ابزار پژوهش

#### پرسشنامه تعهد زناشویی آدامز و جونز:

پرسشنامه تعهد زناشویی (DCI) شامل ۴۴ سوال که توسط آدامز و جونز (۱۹۹۷) طراحی شده است و سه خرده آزمون تحت عنوان تعهد به همسر، تعهد به ازدواج و احساس تعهد (تعهد اجباری) دارد. نمره گذاری پرسشنامه تعهد زناشویی (DCI) آدامز و جونز بر اساس یک مقیاس ۵ درجه ای انجام می‌گیرد؛ که امتیاز هر یک به ترتیب ذیل است: کاملاً مخالف: ۱، مخالف: ۲، نه مخالف نه موافق: ۳، موافق: ۴، کاملاً موافق: ۵، دامنه نمرات از ۱ تا ۱۷۲ است. شاه سیاه و همکاران (۱۳۸۷) اعتبار این پرسشنامه را تایید کرده‌اند. آنها پایایی این پرسشنامه را بر اساس آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند و همچنین پایایی بدست آمده در پژوهش مقایسه تعهد زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی زنان شاغل و خانه دار توسط پرویز عسگری و همکاران از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۴ می‌باشد. روایی این آزمون در پژوهش حاضر ۰/۸۴ بود.

#### پرسشنامه فرسودگی زناشویی پاینز:

پرسشنامه فردگرایی اقتصادی توسط پاینز در سال (۱۹۶۶) به منظور سنجش فرسودگی زناشویی طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۲۱ سوال و شامل ۳ مولفه اصلی خستگی جسمی، خستگی عاطفی و خستگی روانی می‌باشد و بر اساس طیف هفت گزینه ای لیکرت با سوالاتی مانند (بی چیز بودن و چیزی برای بخشش نداشتن) به سنجش فرسودگی زناشویی می‌پردازد. نمره گذاری این مقیاس در یک طیف ۷ درجه ای لیکرت در دامنه ای بین ۱ (هرگز) تا

می‌باشد (نجاری و همکاران، ۱۴۰۲). با توجه به هزینه های سنگین مادی و معنوی تعارض زناشویی، انجام پژوهش هایی که اثربخشی انواع شیوه‌های روان درمانی نوین را مورد بررسی قرار دهد، ضروری است. علاوه بر این، اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی همراه با سایر درمان‌ها می‌تواند از عوارض ناشی از آسیب از تعارض زناشویی از جمله آسیب به کیفیت زندگی و سلامت روان‌شناختی و نیز سایر پیامدهای اجتماعی همچون ارتکاب جرم و جنایت و رفتارهای خشونت آمیز را در آن‌ها کاهش دهد.

با این حال، شواهد اندکی در مورد اثربخشی این رویکردها به منظور هزینه-اثربخش بودن رویکردهای مورد استفاده توسط درمان‌گران وجود دارد. از این رو، سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان هیجان مدار در بهبود تعهد زناشویی، فرسودگی زناشویی زوجین دارای تعارض زناشویی اثربخش است؟

### روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و به لحاظ روش انجام پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زوجین دارای تعارض زناشویی منطقه یک شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود که به کلینیک های پرتو آیین و اوج مراجعه کرده بودند. با توجه به طرح پژوهش، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. اعضای نمونه به صورت جایگزینی تصادفی ساده در گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. هر دو گروه به پرسشنامه‌های تعهد زناشویی و فرسودگی زناشویی به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند و گروه آزمایش ۸ جلسه درمان مبتنی بر درمان هیجان مدار طبق پروتکل درمانی جعفری و همکاران (۱۳۹۷) که در جدول ۱ آمده است، را به صورت هفته‌ای یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، دریافت نمودند؛ اما گروه گواه تا پایان پژوهش، مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر دو گروه به پرسشنامه‌های پژوهش به عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. همچنین این اطمینان به افراد داده شد که تمامی اطلاعات

1. Cost-effectiveness

روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش محمدی (۱۳۹۳) برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد. در این پژوهش الفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۶ بود.

۷) همیشه) می باشد که آزمودنی تعداد دفعات اتفاق افتاده موارد مطرح شده در رابطه ی زناشویی خود را مشخص می سازد. نمره گذاری ۴ ماده ی (۲۰، ۱۹، ۶، ۳)، به صورت معکوس انجام می شود. در این پرسشنامه نمرات بالاتر نشان دهنده ی فرسودگی بیشتر است و حد بالا نمره ی ۱۴۷ و حد پایین نمره ی ۲۱ است. در پژوهش محمدی (۱۳۹۳)

جدول ۱- محتوای جلسات آموزشی مبتنی بر درمان هیجان مدار (جعفری و همکاران، ۱۳۹۷)

جلسه	اهداف جلسه/ فرایند آموزش و تکالیف در طول جلسات	مدت
اول	معارفه/ اجرای پیش آزمون، معرفی و ایجاد رابطه حسنه، پذیرش زوجین و خوش آمدگویی، معارفه اعضای گروه با یکدیگر و مشاوره، بیان کلی راجع به اهداف درمان، بیان مقررات و اصول جلسات، اهمیت رعایت نظم و همچنین فعال بودن در بحثها و انجام دادن تکالیف، توصیف پیامدهای مکرر تعاملاتی که موجب آشفتگی زوجین می شود، تاکید بر موانع ایجاد دلبستگی، شنیدن داستان ارتباط زوجین، توجه به نقاط قوت زوجین و عناصر مرتبط در ارتباط، بیان مفهوم نفرد و وحدت و نیز ویژگی های افراد تمایز یافته و نیافتن. تکلیف: مرور سه حادثه یا تجربه در زندگی شان و بررسی فکر و احساس و رفتار خود در مورد آن حادثه و اینکه از کجا این فکر و احساس یا رفتار را کسب کرده اند.	۹۰ دقیقه
دوم	آشنایی زوجین با رویکرد هیجان مدار/ مطرح شدن رویکرد هیجان مدار و رویکرد دلبستگی به نحوی قابل درک و استفاده برای زوجین، ارزیابی چرخه های دشوار و منقّی، تحلیل حالت های هیجانی همراه با چرخه های دشوار، ورود به احساسات تایید نشده، موقعیت تعاملی اساسی و قالب گیری مشکلات برحسب چرخه منقّی و نیازهای دلبستگی و احساسات اساسی، آموزش و کمک به افراد برای شناخت افکار و احساسات و تمایز آن ها از هم. تکلیف: یادداشت کردن سه رویداد مهم در هفته جاری، نحوه برخورد با آن رویداد و اینکه آیا هیجان بر او غالب بوده یا فکر و اراده.	۹۰ دقیقه
سوم	آگاهی و کشف واکنش های هیجانی، تعریف و شناسایی آن ها/ شرکت کردن مراجعان در بحث، تسهیل تعامل با یکدیگر نه با درمانگر، تاکید بر هیجانات و احساسات آسیب دیده، شناسایی احساسات اولیه و ثانویه، بازسازی تعاملات زوجین از طریق انعکاس، تصدیق، برجسته سازی، ارتباط همدلانه، انعکاس الگوها و چرخه های تعاملی، آگاه کردن زوجین از مثلث سازی های خود در خانواده و آموزش نامثلت سازی به آن ها. تکلیف: کشف مثلث سازی های خود در خانواده و یادداشت کردن دو تا سه واقعه که در آن توانسته اند از فن نامثلت سازی استفاده نمایند.	۹۰ دقیقه
چهارم	تشدید تجربه هیجانی، ابراز هیجانی، افزایش پذیرش پاسخگویی/ تاکید بر روابط بین فردی، شناسایی نیازهای دلبستگی، بررسی خود اصیل و کاذب و تمایز میان آن ها، کنار گذاشتن خود کاذب و دستیابی به خود اصیل، آموزش به افراد برای تمیز خود از دیگران، رسیدن به هویت شخصی و موقعیت من، رسم شجره نگر خانوادگی، آشنا شدن زوجین با الگوهای تکراری منتقل شده به آنان از نسل های گذشته، آموزش بازگشت به خانه کودکی به زوجین. تکلیف: به زوجین تمرین داده می شود که تا جلسه بعد، از خانه دوره کودکی خودشان دیدن کنند، هدف از این تکلیف، آگاهی از الگوهای دوران کودکی و تاثیر آن بر زندگی کنونی زوجین است.	۹۰ دقیقه
پنجم	تشویق زوجین به گوش دادن فعال، انعکاس احساس از سوی همسر، ایجاد همدلی/ شنیدن و درک اهمیت رویداد آسیب رسان مطرح شده از سوی همسر، آغاز بازسازی تعاملات، بررسی فراکتی های خانوادگی در روابط زوجین، بررسی هیجانات افراد با والدینشان و آغاز مسیری برخلاف هیجانات والدین و در نتیجه کنار گذاشتن هیجانات منقّی، مثلث زدایی بین فرد و خانواده و اجتناب از ایجاد مثلث های معیوب، توضیح بریدگی عاملی به زوجین. تکلیف: از زوجین خواسته می شود سه رویداد یا تجربه در زندگی شان را همراه با ذکر احساس، فکر و رفتار در آن موقعیت بنویسند و مشخص کنند که کدامیک از این افکار و رفتار و احساسات متأثر از دیگران یا متعلق به خودشان است.	۹۰ دقیقه
ششم	ایجاد مسئولیت در هریک از زوجین، بیان انتظارات از سوی زوجین، چارچوب بندی مجدد مشکلات بر حسب نیازهای دلبستگی/ کمک به همسران برای نشان دادن واکنش هیجانی تر، پذیرش سهم خود و بیان آسایش و مراقبت مورد انتظار خود، فرایند تجربه هیجانی جدید، بازسازی تعاملات با دنبال نمودن و برجسته ساختن تعاملات و به ویژه خلق مجدد تعاملات جدید مبتنی بر تجربه هیجانی جدید، واضح سازی اهداف و ارزش های مرتبط به خود اصیل و کاذب و تمایز گذاری بین آن ها، پرکردن شکاف بین آنچه هستند و آنچه که می خواهند باشند، آموزش مفهوم انتقال چندنسلی در زوجین. تکلیف: از زوجین خواسته می شود که سه تجربه را در زندگی خود یادآوری کنند که این تجارب تحت تاثیر والدین و گذشتگان آنان بوده است. سپس سه تجربه را یادآوری کنند که این تجارب را با خود واقعیشان تجربه کرده اند.	۹۰ دقیقه
هفتم	تغییر الگوهای تعاملی هریک از زوجین و ایجاد مهارت های گفتگو با هم در هریک از زوجین/ تاکید بر اهمیت بیان درخواست ها و نیازها، شناسایی افکار غیرمنطقی هریک از زوجین (مثلاً همسر من باید زمان و چگونگی برآورده کردن انتظارات من را بداند بدون اینکه من بگویم)، و شرح دادن تاثیر مخرب این افکار بر روابطشان، بررسی موانع برای رفتار جدید و حل آن ها، انعکاس و تصدیق الگوها و پاسخ های جدید، قالب گیری مجدد و آموزش روابط شخص با شخص به زوجین، تمرین گوش دادن به یکدیگر، بحث و گفتگو در مسائل مربوط به تمایز فکر از احساس، وابستگی، استقلال، چگونگی پذیرش دیگران و در عین حال ارائه عقاید خود در تصمیم گیری ها.	۹۰ دقیقه
هشتم	تسهیل بروز راه حل های جدید برای مشکلات قدیمی، بازتعریف رابطه، پرورش جوی امن و خلق اعتماد، جمع بندی نهایی/ شناسایی و حمایت از الگوهای تعاملی سالم، افزایش در دسترس بودن و پاسخگو بودن، تثبیت و یکپارچه سازی موقعیت های تعاملی جدید و اجرای پس آزمون.	۹۰ دقیقه

## یافته‌ها:

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که در گروه آزمایش و گواه، بیشتر شرکت‌کنندگان ۲۶ تا ۳۰ سال سن داشتند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه در جدول ۲، ارائه شده است.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های آماری از شاخص‌ها و روش‌های آمار توصیفی شامل: فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی شامل: آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری در سطح ۰/۰۵ با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه

متغیر	گروه	پذیرش و تعهد		گواه	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
۲۵-۲۰ سال	۴	۲۶/۷	۳	۲۰/۰	
۳۰-۲۶ سال	۵	۳۳/۳	۸	۵۳/۳	
۳۵-۳۱ سال	۴	۲۶/۷	۱	۶/۷	
۴۰-۳۶ سال	۲	۱۳/۳	۳	۲۰/۰	

داشتند. به منظور سنجش هم‌تا بودن گروه‌های مورد بررسی از نظر میانگین سنی از آزمون تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه‌ها تفاوت معناداری از نظر میانگین سن وجود ندارد ( $F=۰/۰۸۶$ ؛  $P=۰/۹۱۸$ ).

میانگین (انحراف معیار) سن گروه آزمایش حضوری، گروه آزمایش آنلاین و گواه به ترتیب  $۳۰/۰۷ \pm ۹/۸۱$ ،  $۲۹/۷ \pm ۸۰/۷۱$  و  $۲۸/۴۰ \pm ۷/۳۸$  محاسبه شده است. همچنین، اکثر افراد سه گروه بین ۲۶ تا ۳۰ سال سن

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار متغیرها به تفکیک دو گروه

متغیر	ابعاد	گروه	پذیرش و تعهد		گواه	
			M	SD	M	SD
تعهد زناشویی	تعهد به همسر	پیش‌آزمون	۲۹/۸۷	۲/۴۱	۲۹/۷۳	۲/۲۵
		پس‌آزمون	۳۷/۹۳	۱/۷۱	۲۹/۴۷	۱/۹۹
	تعهد به ازدواج	پیش‌آزمون	۳۱/۲۷	۲/۳۱	۳۱/۰۷	۲/۱۲
		پس‌آزمون	۳۹/۲۰	۱/۶۵	۳۱/۲۰	۲/۱۴
احساس تعهد	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۵۰/۸۷	۴/۳۲	۵۰/۳۳	۴/۲۵
		پس‌آزمون	۶۰/۰۷	۳/۱۹	۵۰/۴۷	۴/۲۷
	خستگی جسمی	پیش‌آزمون	۱۸/۵۰	۲/۷۹	۱۸/۸۰	۲/۲۵
		پس‌آزمون	۲۵/۳۰	۲/۱۵	۱۸/۲۰	۲/۵۰
فرسودگی زناشویی	خستگی عاطفی	پیش‌آزمون	۱۹/۶۰	۲/۲۵	۱۹/۷۵	۲/۴۰
		پس‌آزمون	۲۶/۸۰	۲/۰۲	۱۹/۶۰	۲/۲۵
	خستگی روانی	پیش‌آزمون	۱۹/۳۰	۲/۲۵	۱۹/۷۵	۲/۴۰
		پس‌آزمون	۲۶/۱۵	۲/۰۲	۱۹/۱۰	۲/۲۵

آزمون فرضیه اول: درمان هیجان مدار در بهبود تعهد زناشویی زوجین دارای تعارض زناشویی اثربخش است. به منظور بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار در بهبود تعهد زناشویی زوجین دارای تعارض زناشویی، از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد. استفاده از این

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرها به تفکیک دو گروه ارائه شده است. نتایج مبین آن است در مرحله پس آزمون میانگین متغیر تعهد زناشویی در اعضای گروه درمان هیجان مدار بهبود یافته است؛ اما این تغییر برای گروه گواه محسوس نبوده است.

آزمون مستلزم برآورده شدن پیش فرض‌هایی است که پیش از تحلیل استنباطی مورد بررسی قرار گرفتند. جدول ۴: آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته در فرضیه اول

متغیرها	ابعاد	مرحله	پذیرش و تعهد		گواه
			شاخص Z	معناداری	
تعهد به همسر		پیش‌آزمون	۰/۵۶۰	۰/۹۱۲	۰/۸۰۴
		پس‌آزمون	۰/۶۳۹	۰/۷۴۱	۰/۵۶۴
تعهد به ازدواج		پیش‌آزمون	۰/۹۳۵	۰/۳۲۰	۰/۸۴۱
		پس‌آزمون	۰/۶۱۵	۰/۸۲۳	۰/۵۸۱
احساس تعهد		پیش‌آزمون	۰/۵۷۳	۰/۸۸۶	۰/۹۷۱
		پس‌آزمون	۰/۷۴۱	۰/۶۳۰	۰/۹۹۸
خستگی جسمی		پیش‌آزمون	۰/۶۳۲	۰/۷۴۶	۰/۸۴۵
		پس‌آزمون	۰/۴۵۱	۰/۸۵۴	۰/۸۶۲
خستگی عاطفی		پیش‌آزمون	۰/۶۵۲	۰/۷۲۲	۰/۳۹۶
		پس‌آزمون	۰/۷۸۴	۰/۵۶۳	۰/۶۹۳
خستگی روانی		پیش‌آزمون	۰/۶۷۵	۰/۷۴۱	۰/۴۰۱
		پس‌آزمون	۰/۷۹۵	۰/۵۸۶	۰/۶۳۹

قبل از هرگونه آزمونی که با فرض نرمال بودن داده‌ها صورت می‌گیرد، باید آزمون نرمال بودن صورت گیرد. بر این اساس، برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف

اسمیرنوف استفاده می‌شود. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد توزیع متغیر تعهد زناشویی در دو گروه نرمال است.

جدول ۵- آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس خطا متغیرهای وابسته

متغیرها	ابعاد	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	شاخص F	معناداری
تعهد به همسر		۱	۲۷	۱/۵۰۶	۰/۲۳۰
تعهد به ازدواج		۱	۲۷	۱/۱۳۱	۰/۲۹۷
احساس تعهد		۱	۲۷	۱/۱۸۸	۰/۱۹۹
خستگی جسمی		۱	۲۷	۲/۲۵۸	۰/۱۴۸
خستگی عاطفی		۱	۲۷	۱/۶۵۰	۰/۲۵۴
خستگی روانی		۱	۲۷	۰/۱۲۵	۰/۷۲۷

جدول ۵ نتایج آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانس خطای متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش را نشان می‌دهد. در این جدول، از آنجا که سطح معناداری آماره F بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، بنابراین، می‌توان گفت که واریانس خطای گروه‌ها با همدیگر برابر بوده و تفاوتی بین آن‌ها وجود ندارد.

جدول ۶-پیش فرض همگنی شیب رگرسیون

متغیرهای وابسته	ابعاد متغیرهای وابسته	شاخص F	معناداری
تعهد به همسر		۲/۵۲۱	۰/۱۲۵
تعهد به ازدواج		۲/۱۱۳	۰/۱۵۸
احساس تعهد		۰/۷۱۳	۰/۴۰۷
خستگی جسمی		۲/۳۵۰	۰/۳۵۰
خستگی عاطفی		۱/۴۲۰	۰/۲۴۵
خستگی روانی		۰/۲۲۶	۰/۶۳۹

یکی دیگر از پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس، همگنی شیب رگرسیون است که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است. در جدول فوق، سطح معناداری مقدار F تعامل

همپراش برای متغیرهای پژوهش بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است که معنادار نمی‌باشد و می‌توان نتیجه گرفت که فرض صفر رد نشده است و پیش فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده

است. در نتیجه با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های مربوط به توزیع آزمون پارامتری برآورده شده است، جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده کرد.

جدول ۷- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره

متغیر	منبع	df	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
تعهد به همسر	پیش‌آزمون	۱	۶۲/۰۳۸	۰/۰۰۱	
	گروه	۱	۲۲/۳۲۲	۰/۰۰۱**	۰/۵۰۴
	خطا	۲۷			
تعهد به ازدواج	پیش‌آزمون	۱	۹۰/۵۹۴	۰/۰۰۱	
	گروه	۱	۳۸/۱۴۴	۰/۰۰۱**	۰/۶۳۴
	خطا	۲۷			
احساس تعهد	پیش‌آزمون	۱	۷۹/۴۳۲	۰/۰۰۱	
	گروه	۱	۴۰/۷۲۶	۰/۰۰۱**	۰/۶۴۹
	خطا	۲۷			
خستگی جسمی	پیش‌آزمون	۱	۲۹/۸۱۹	۰/۰۰۱	
	گروه	۱	۳۹/۵۶۳	۰/۰۰۱**	۰/۶۴۳
	خطا	۲۷			
خستگی عاطفی	پیش‌آزمون	۱	۴۵۸/۴۶۵	۰/۰۰۱	
	گروه	۱	۲/۱۶۶	۰/۱۵۵	۰/۷۰۵
	خطا	۲۷			
خستگی روانی	پیش‌آزمون	۱	۲۸۲/۵۶۲	۰/۰۰۱	
	گروه	۱	۱۹۹/۳۳۵	۰/۰۰۱	۰/۸۸۹
	خطا	۲۷			

زناشویی تأثیر دارد. همچنین، میزان اندازه اثر (مجذور اتا) بیانگر آن است که تغییرات نمرات گروه‌ها در متغیرهای پژوهش به ترتیب به اندازه ۰/۵۰۴، ۰/۶۳۴، ۰/۶۴۹، ۰/۶۴۳، ۰/۷۰۵، ۰/۸۸۹ ناشی از اجرای متغیر مستقل (درمان هیجان مدار) بوده است.

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۷، مقدار F تأثیر متغیر مستقل (درمان هیجان مدار) بر متغیرهای پژوهش معنادار شده است ( $P < ۰/۰۱$ ). در نتیجه، زمانی که اثر پیش‌آزمون از روی نتایج پس‌آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شود، تفاوت بین گروه‌ها در سطح ۹۹ درصد اطمینان، معنادار است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت درمان هیجان مدار بر بهبود تعهد زناشویی، فرسودگی زناشویی زوجین دارای تعارض

جدول ۸- آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیره

متغیر	آزمون	Value	F	Sig.
گروه	اثر پیلای	۰/۴۸۶	۱۴/۳۹۰	۰/۰۰۱**
	لامبدای ویلکز	۰/۱۶۳	۲۸/۰۹۵	۰/۰۰۱**
	اثر هنتلینگ	۵/۰۹۱	۴۷/۰۹۴	۰/۰۰۱**
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۵/۰۸۱	۹۹/۰۷۸	۰/۰۰۱**

تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای تعهد زناشویی، فرسودگی زناشویی معنادار شده است. در نتیجه، زمانی که اثر پیش‌آزمون از روی نتایج پس‌آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شود، تفاوت بین گروه‌ها معنادار است.

سطح کلیه آزمون‌های معناداری، کم‌تر از سطح آلفای تعیین شده ( $\alpha = ۰/۰۱$ ) است و بیانگر آن است که بین دو گروه از نظر تعهد زناشویی و فرسودگی زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۷ مقدار F

## بحث و نتیجه گیری

در یافته اول مطرح گردید که درمان هیجان مدار در بهبود تعهد زناشویی زوجین دارای تعارض زناشویی اثربخش است. صمدی کاشان و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهش خود تحت عنوان اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعهد زناشویی زنان آسیب دیده از تعارض زناشویی به این نتیجه دست یافته است که درمان هیجان مدار در بهبود تعهد زناشویی زوجین دارای تعارض زناشویی اثربخش است که همسو با پژوهش حاضر می باشد. محمودپور و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود تحت عنوان تأثیر درمان هیجان مدار بر شکست عاطفی، رضایت زناشویی و تعهد زناشویی در زنان به این نتیجه دست یافته است که درمان هیجان مدار در بهبود تعهد زناشویی زنان اثربخش است که همسو با پژوهش حاضر می باشد.

تبیینی که برای این فرضیه می توان ارائه داد از این قرار است که زمانی که زوجین دارای تعارض زناشویی تحت درمان هیجان مدار قرار می گیرند با مقولاتی از قبیل کنترل به عنوان یک مشکل و کنترل رویدادهای شخصی، ارتقا و پرورش ذهن آگاهی، ایجاد یک جهت گیری برای توسعه مهارت های ذهن آگاهی به عنوان جایگزینی برای پرخاشگری و معرفی مفهوم، معرفی ذهن آگاهی از طریق تمرین نفس کشیدن به طور ذهن آگاه، اهمیت ارزش ها، چگونگی تمایز آن ها از اهداف و تعیین اهداف رفتاری ساده، به منظور رسیدن به ارزش های مشخص، ایجاد جهت گیری نسبت به ذهن آگاهی و ارائه شیوه های عملی برای پرورش گسلش، توجه به عملکرد هیجانها، عادت به اجتناب رفتاری و تمایز بین هیجانها واضح و مبهم، ارائه ایده تعهد به عنوان ابزاری برای حرکت به سوی اهداف مشخص و تقویت انتخابها جهت رسیدن به آن اهداف آشنا می گردند) محمدی و همکاران (۲۰۲۴). همچنین با شرکت در این درمان، زوجین دارای تعارض زناشویی با تکنیک حل مسئله (تعریف دقیق مساله و کوشش برای آشکار نمودن ابعاد مساله، تعیین اهداف حل مساله، مرحله بارش فکری، مرحله انتخاب بهترین راه حل از بین راه حلهای بالقوه، اجرای راه حل یا راه حلهای انتخاب شده و مرحله ارزیابی میزان کار

آبی راه حل یا راه حلهای انتخاب شده)، تکنیک های آرمیدگی (تکنیک آرمیدگی عضلانی، تکنیک آرمیدگی تنفسی، انجام منظم حرکات ورزشی)، تکنیک تقویت میزان احساس همدلی (احساس همدلی احساسی کاملاً متفاوت با احساس حالت خشم بوده و تلاش برای افزایش میزان احساس وسیله ای مناسب برای مقابله با حالت خشم)، تکنیک های بازسازی شناختی (شناسایی و مقابله با افکار و اعتقادات منفی در نتیجه کاهش حالتهای خشم شدید و مکرر)، تمرین مهارت های جدید (آموزش مهارت های جدیدی که می توان در شرایط دنیای واقعی استفاده کرد)، هدف گذاری (هدف گذاری مهم ترین قدم در بهبود مشکلات روانشناختی است و کمک به تغییراتی است که برای بهبود سلامت جسمی و روانی و همچنین افزایش کیفیت زندگی افراد نیاز خواهد بود)، نظارت بر خود (ظارت بر رفتارها، علائم یا تجربیات و به اشتراک گذاری آن ها با درمانگر) آشنا می گردد (صفا و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین شرایط نگران کننده و استرس زا در زندگی زوجین دارای تعارض زناشویی شناسایی شده و زوجین دارای تعارض زناشویی از اندیشه ها، احساسات و عقاید خود در مورد مشکلات آگاه می گردد، تفکرات منفی خود را شناسایی می نماید و آنها را تغییر شکل می دهد و الگوهای فکری سالم را تقویت می نماید و طبیعی است که توانایی بالاتری برای اعمال کنترل بر وضعیت عاطفی خود دارد. ( رفتارهایی مانند بازاندیشی در یک موقعیت چالش برانگیز برای کاهش خشم یا اضطراب، پنهان کردن نشانه های آشکار غم، اندوه و ترس، یا تمرکز بر دلایل احساس شادی یا آرامش ) بنابراین راحت تر بتوانند تعهد زناشویی خود را اعمال نمایند.

مبتنی بر یافته دوم مشخص گردید که درمان هیجان مدار بر فرسودگی زناشویی زوجین دارای تعارض زناشویی اثربخش است.

نیکوبخت و پورسید (۱۴۰۲) در پژوهش خود تحت عنوان اثربخشی درمان هیجان مدار بر فرسودگی زناشویی زنان پس از تعارض زناشویی همسر به این نتیجه دست یافته است که روش درمان هیجان مدار بر بهبود فرسودگی

شناختی رفتاری در زوجین دارای تعارض زناشویی در بهزیستی ذهنی آنها نقش مثبت داشته و همچنین به افراد آموزش داده می شود که افکار سازنده و مثبت تاثیر بسزایی در افزایش شادکامی و تعدیل هیجانات مثبت و منفی آنها دارد. در حالیکه افکار منفی و مخرب و غیر سازنده تاثیری معکوس دارد. در طول جلسات درمانی با ذکر مثال های مشخص، و کاربردی اعضای گروه یاد می گیرند که چگونه سوء تدبیر در برداشت رویدادهای بیرونی برای مثال تفکر همه یا هیچ که یکی از انواع تحریف های شناختی محسوب می شود، می تواند نگاه غیر واقع بینانه در آنها را افزایش دهد و در نتیجه از شادی آنها بکاهد و منجر به برهم خوردن تعهد زناشویی در آنها شود. در این روش افراد یاد می گیرند که دیدگاه های شناختی را به عنوان پاسخ مقابله ای در برابر رویدادهای اضطراب زا به کار ببرند که این منجر به کاهش فرسودگی زناشویی و در نتیجه افزایش بهزیستی روان شناختی در آنها می گردد. محدودیت پژوهش حاضر این بود که جامعه آماری پژوهش را افراد مراجعه به دو مرکز مشاوره روانشناختی در غرب تهران تشکیل دادند. بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش به جوامع دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. امکان پیگیری نتایج در طولانی مدت به دلیل کمبود وقت وجود ندارد. پیشنهاد می گردد برای به دست آوردن حمایت تجربی و پژوهشی بیشتر، پژوهش های مشابه در سایر نقاط کشور با در نظر گرفتن متغیرهای بالینی ذکر شده انجام شود. مسئولان و دست اندرکاران سلامت روانشناختی می توانند برنامه زوج درمانی هیجان مدار را در برنامه ریزی های بلند مدت خود به منظور کاهش افزایش سلامت روانشناختی مد نظر قرار دهند، در راستای پیشگیری از بروز پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی متعاقب این مشکل اقدام کرده و در بسیاری از هزینه های انسانی و مادی تحمیل شده به مراجع و نهادهای ذینفع صرفه جویی کنند.

### تعارض منافع

بدینوسیله نویسندگان تصریح می نمایند که هیچگونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

### تشکر و قدردانی

زناشویی آزمودنیهای مورد مطالعه تاثیرگذار است که همسو با پژوهش حاضر می باشد. حسین لو و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود تحت عنوان اثربخشی درمان هیجان مدار بر علائم فرسودگی زناشویی و نشخوار فکری زنان پس از تعارض زناشویی به این نتیجه دست یافته است که درمان هیجان مدار بر فرسودگی زناشویی زوجین دارای تعارض زناشویی اثربخش است که همسو با پژوهش حاضر می باشد. بی و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود تحت عنوان درمان هیجان مدار و کاهش فرسودگی زناشویی به این نتیجه دست یافته است که درمان هیجان مدار بر فرسودگی زناشویی زوجین دارای تعارض زناشویی اثربخش است که همسو با پژوهش حاضر می باشد.

تبیینی که برای این فرضیه می توان ارائه داد از این قرار است که درمان هیجان مدار، افراد شرکت کننده را از اتخاذ یک روش و سبک فکری ناکارآمد رها می نماید و مهارت انتخاب سبک های مختلف فکری را به فرد ارائه می نماید. همچنین به شیوه ای بهتر به افراد کمک می نماید تا با استفاده از تکنیک های مرتبط در خود چرخش ذهنی ایجاد نمایند، و خود را از فشاری که بر آنها تحمیل شده رهایی دهند همچنین می توان گفت درمان هیجان مدار بطور موثرتری باعث می شود افراد از چارچوب رفتارها و افکار فعلی خارج شوند و با استفاده از تکنیک سود و زیان، بازداری قشری اختیاری و استفاده از باورهای مخالف شرایط جدید، گزینه های بیشتری را تجربه نمایند (آویرام و نادان، ۲۰۲۴) و دور باطل همیشگی که از نتایج رفتارها و فکرای خود می گرفتند را بشکند تا به احتمالات دیگر غیر از پیش داوری های منفی نیز بیندیشند و تعمیم ناکامی ها به کل موقعیت ها را کاهش دهند. همچنین تاکید درمان هیجان مدار در طول جلسات درمانی بر اصلاح باورهای نادرست و غیر منطقی، آگاهی از تحریف های شناختی و تاثیرات مخرب آن در زندگی روزمره، آموزش مهارت های زندگی و رفتاری مناسب، آگاهی از رفتارهای آموخته شده نامناسب، آموزش راهبردهای حل مسئله می باشد. که همگی اینها نقش موثری در تعهد زناشویات مثبت و منفی فرد دارد (اوگان و همکاران، ۲۰۲۴). در واقع این گونه می توان ذکر کرد که درمان هیجان مدار از طریق افزایش توانمندی

مقاله حاضر هیچ حامی مالی نداشته است.

بدین وسیله از زوج هایی که در پژوهش حاضر شرکت کردند ؛ کمال تشکر و قدردانی به عمل می آید. شایان ذکر است

## References

1. Adams, J.M.; Jones, T. (1997). The conceptualization of marital commitment: An integrative analysis. *Journal of personality and social psychology*, 72, 1177-1196
2. Afshani, S. A., Abooei, A., & Asihaddad, F. (2024). The relationship between aggression and quality of life of couples seeking divorce. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*, 23(1).
3. Aghili M, Keshiri S (1401) The effectiveness of emotional therapy on uncertainty intolerance, disturbance tolerance and sexual performance in women with marital conflict. *Shafai Khatam Journal of Neuroscience*.; 10 (3): 57-67
4. Aviram, A., & Nadan, Y. (2024). "I miss not being able to offer my couples a box of tissues...": Couples' and Therapists' perspectives on the therapeutic Alliance with the transition to online couple therapy. *Family process*, 63(1), 163-175.
5. Bai Zh, Luo Sh, Zhang L (2021) Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis, *J Affect Disord*, 30-50
6. Behvandi, N., Khayatan, F., & Golparvar, M. (2022). Comparing of Compassion-Based Emotion Focused Therapy With Compassion-Focused Treatment on Quality of Life of Primary Headache Patients. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 28(2), 210-221.
7. Cheng B, Roberts N, Zhou Y, Wang X (2022) Social support mediates the influence of cerebellum functional connectivity strength on postpartum depression and postpartum depression with anxiety, *Translational Psychiatry*, 25(2)
8. Fooladvand, K. (2023). Comparing the difficulty in emotion regulation and distress tolerance in students with depressed and non-depressed symptoms. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 12(8), 57-64.
9. Franshaw G, Saxena T (2023) Infidelity and Resilience among Young Adults in Romantic Relationships, *Ijreset Journal For Research in Applied Science and Engineering Technology*, 6(4)
10. Jafari, L., Rahimian, A., Jarareh, J., Taqvai, A. (1402) Comparison of emotion-focused couple therapy and Gutman's couple therapy on marital reconciliation and the four horsemen that destroy couples, *Psychology*, 27th year, number three
11. Khaledian, M., Shahmoradi, S., & Madani, Y. (2023). Explaining the process of formation of marital infidelity in women with addicted spouses. *Scientific Quarterly Research on Addiction*, 17(67), 197-228.
12. Mohammadi, H (2013). The relationship between parenting stress and perfectionism with marital burnout. Master's thesis in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Khwarazmi University of Karaj
13. Mohammadi, S., Azemoudeh, M., Shalchi, B., & Mesrabadi, J. (2024). Comparing the Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Anger and Forgiveness of Women Affected by Marital Infidelity. *Community Health Journal*, 17(4), 15-26.
14. Mosharafi, M., Khakpour, R., & Niknam, M. (2022). Evaluation of the Structural Marital Infidelity Based on Marital Justice with the Mediating Role of Emotional Maturity. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 11(7), 57-66.
15. Mousavi, S.J (1402) The effectiveness of emotion-oriented couple therapy on the marital despondency of unfaithful couples, the 16th International Conference on Psychology, Counseling and Educational Sciences
16. Najari, F., Niknam, M., & Dokaneifard, F. (2023). Comparing the Effectiveness of

- Treatment based on Acceptance and Commitment and Schema Therapy on Mental Health in Women after Betrayal. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 12(1), 97-108.
17. Ni R, Yu Y (2024) Relationship between physical activity and risk of depression in a married group , *BMC Public Health*, 25(23)
  18. Niko Bakht, R., Pourseyed, S.R. (1402) The effectiveness of emotion-oriented therapy on women's marital burnout after marital conflict between husband and wife, the first international conference on psychology, social sciences, educational sciences and philosophy
  19. Noetel M, Gomez D, Taylor P, Pango (2024) Effect of exercise for depression: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials , *Translational Psychiatry* , 25(2)
  20. Ogan, M. A., Monk, J. K., Thibodeau-Nielsen, R. B., Vennum, A., & Soloski, K. (2024). The role of emotional dysregulation in the association between family-of-origin conflict and romantic relationship maintenance. *Journal of Marital and Family Therapy*, 50(1), 28-44.
  21. Pines, A. M. (1996). *Couple burnout: Causes and cures*. New York & London: Routledge
  22. Raffagnino P, Puddu A (2022) Marital Satisfaction, Sex, Age, Marriage Duration, Religion, Number of Children, Economic Status, Education, and Collectivistic Values: Data from 33 Countries, *Frontiers in Psychology*, 8(4)
  23. Rashidi, M. R., Nazarboland, N., & Falahzade, H. (2024). The Effect of Participation in Acceptance and Commitment Training Group Sessions on the Fear of Intimacy in Women with Emotional Divorce. *Family Counseling and Psychotherapy*, 13(2), 101-130.
  24. Renna, M. E., Quintero, J. M., Fresco, D. M., & Mennin, D. S. (2022) Emotion regulation therapy: a mechanism-targeted treatment for disorders of distress. *Frontiers in Psychology*, 8, 98
  25. Rezaee, H., Falahzade, H., & Panaghi, L. (2023). Predicting Being Abused in Marital Relationships Based on Communicational Patterns and Fear of Intimacy in Married Women. *Journal of Counseling Research*, 22(85), 240-265.
  26. Rezaei, F., Mirzai, F., & Sedighi, F. (2024). The effectiveness of emotion-based therapy on fear of intimacy, hostile documents and over-excitement in woman affected by marital breach. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 13(1), 233-242.
  27. Sadeghi, M., Moheb, N., & Vafa, M. A. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Couple Burnout, Alexithymia, and Quality of Life of Women Affected by Marital Infidelity. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*, 2(3), 73-91.
  28. Safa, S., Noorani, R. A., Jalali, B., Fekri, Z. J., & Gili, S. (2024). The Role of Psychological Flexibility, Acceptance, and Commitment in Marital Adjustment Among Couples. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*, 5(1), 147-154.
  29. Samadi Kashan, S., Hajhosseini, M., Behpajoo, A., & Ejei, J. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment group counseling on emotion regulation of women with the infidelity trauma. *Quarterly Journal of Social Work*, 9(1), 32-39.
  30. Sapin, M., Widmer, E. D., Iglesias, K. (2022). From support to overload: Patterns of positive and negative family relationships of adults with mental illness over time. *Social Networks* 47 (2016) 59–72
  31. Seidyousefi, M., Mohamadian, F., & Nademi, A. (2023). Comparison of the effectiveness of schema-based couple therapy and emotion-focused couple therapy on the spouse acceptance in couples with marital disputes. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 12(4), 55-64.
  32. Shahsiah, M. (2009). On the relationship between sexual satisfaction and marital commitment among couples in Shahreza city, central part of Iran. *Journal of fundamentals of mental health*, 11(43), 233-238.
  33. Shrestha P, Shaver S, Perlman T, Walsham W (2023) Emotional Dimensions of Infidelity: An Analysis of Psychological and Emotional Factors Affecting Relationship Infidelity , *Jurnal Sosial Sains Terapan dan Riset (Sosateris)* 11(2):51-66

34. Skrzek J (2021) Infidelity in Relation to Sex and Gender: The Perspective of Sociobiology Versus the Perspective of Sociology of Emotions , *Sexuality & Culture*, 69(2)
35. Stavrova O, Pronk T, Denisson J (2022) Estranged and Unhappy? Examining the Dynamics of Personal and Relationship Well-Being Surrounding Infidelity, *Psychological Science*, Volume 34, Issue 2
36. Vibeh G (2022) The effectiveness of Perma positive psychology on improving the quality of married life of couples , *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(3)

