

اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر ارتقای سلامت روان و تاب‌آوری زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر

سیده مریم برومند راد^۱

چکیده

خیانت زناشویی مسأله‌ای تکان‌دهنده برای زوجین و خانواده‌ها و پدیده‌ای رایج برای مشاورین و درمانگران است. هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر ارتقای سلامت روان و تاب‌آوری زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر شهر تهران بود. روش پژوهش برحسب هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده‌ها از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها بود. جامعه آماری کلیه زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر شهر تهران در سال ۱۳۹۸ در بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر از زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شود. گروه آزمایش تحت درمان هیجان‌مدار (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند. به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه سلامت روان (گلدبرگ، ۱۹۷۲) و تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS-۲۲ در دو بخش توصیفی و استنباطی انجام پذیرفت. نتایج نشان داد درمان هیجان‌مدار بر "اضطراب و بی‌خوابی"، "نارساکنش‌وری اجتماعی" و "افسردگی" زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر موثر است، در حالی که از نظر "نشانه‌های جسمی" تفاوتی بین گروه‌ها وجود نداشت. بر اساس نتایج این پژوهش، درمان هیجان‌مدار، مداخله مؤثری در افزایش سلامت روان و تاب‌آوری زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، تاب‌آوری، درمان هیجان‌مدار، خیانت

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

خیانت زناشویی مساله‌ای تکان دهنده برای زوجین و خانواده‌ها و پدیده‌ای رایج برای مشاورین و درمانگران است (کارگر خرم آبادی، خدابخش و کیانی، ۱۳۹۵). روابط فرازناشویی، آشفتگی‌های زیادی را برای زوجین به وجود می‌آورد. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد، اکثر افراد انتظار تک همسری و پرهیز از روابط فرازناشویی را از همسران خود دارند (کروچ و دیکز^۱، ۲۰۱۶). وقتی همسر فردی نسبت به او خیانت می‌کند فرد بر سر دو راهی است؛ از سوئی جدایی موجب تخریب خانواده از دست دادن همسری می‌شود که شاید هنوز دوستش دارد و رفع اختلافات به معنای این است که هنوز باید با زخم‌های خیانت زندگی کند و خطر رخ دادن خیانتی دیگر را بپذیرد (ویت ولیت، هافلیچ مهر، هینمن و نول^۲، ۲۰۱۵). در مطالعات اخیر با نمونه‌های انتخابی وسیع تقریباً ۲۲ تا ۲۵ درصد مردان و ۱۱ تا ۱۵ درصد زنان در ایالات متحده آمریکا گزارش دادند که حداقل یک بار خارج از چارچوب زناشویی شان رابطه جنسی داشته‌اند. بین ۱/۵ تا ۴ درصد از افراد متاهل سالانه به رابطه جنسی خارج از چارچوب زناشویی اقدام می‌کنند و در طی یک سال گذشته، مردان در مقایسه با زنان دو برابر به رابطه جنسی نامشروع می‌پردازند (کورنیش، هانکس و گوباش بلک^۳، ۲۰۲۰).

بعد از کشف خیانت همسر، افراد هیجانات شدیدی مثل انکار، خشم، عصبانیت و افسردگی نشان می‌دهند. زنانی که استرس خیانت همسر را تجربه می‌کنند ۶ بار بیشتر احتمال دارد که دچار افسردگی مازور شوند تا زمانی که این نوع استرس را تجربه نمی‌کنند (تامپسون، کاپوسیوس، کولبرت و دوئل^۴، ۲۰۲۰). همچنین نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان داده است که زنان آسیب دیده از خیانت همسر سلامت روان پایین‌تری نسبت به افراد عادی دارند (داراب، بهرامی و اتمادی^۵، ۲۰۲۰). سلامت روانی در محیط خانواده به عنوان نخستین پایگاه اجتماعی و بهترین آموزشگاه برای رشد، شکل‌گیری ارزش‌ها و تکوین هویت همواره باید حفظ شود، زیرا سلامتی و صحت محیط خانواده است که از هر لحاظ زمینه‌ساز رشد اندیشه و شخصیت را در آینده فراهم می‌آورد. با توجه به نقش مهمی که زن‌ها و شوهرها به ویژه به عنوان پدران و مادران در خانواده‌ها دارند، بی‌تردید سلامت روانی آن‌ها نه تنها فرصت برقراری روابط رضایت‌بخش برای آن‌ها را کاهش می‌دهد، بلکه تاثیر بسیار زیان‌باری نیز بر سلامت روانی و جسمی فرزندان دارد (بیگراس، گودبات، هبرت، رانتز و داسپ^۶، ۲۰۱۵). سلامت روان به عنوان یکی از ملاک‌های تعیین‌کننده سلامت عمومی افراد در نظر گرفته می‌شود و مفهوم آن عبارت از احساس خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و خودشکوفایی و توانایی بالقوه فکری و هیجانی است (قاسمی، ابراهیمی و سموعی، ۱۳۹۷). مفهوم سلامت روانی در واقع جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامت است. کارشناسان سازمان بهداشت جهانی سلامت فکر و روان را بدین گونه تعریف می‌کنند: "سلامت روان عبارت از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح

1. Crouch & Dickes
2. Witvliet, Hofelich Mohr, Hinman & Knoll
3. Cornish, Hanks & Gubash Black
4. Thompson, Capesius, Kulibert & Doyle
5. Darab, Bahrami & Etemadi
6. Bigras, Godbout, Hébert, Runtz & Daspe

محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب" (ویدورک و بورباج،^۱ ۲۰۱۸). سلامت روان یکی از مقوله‌های مهم در مباحث روان‌شناسی و روان‌پزشکی بوده و بیماری‌های روانی به شکل خطرناکی رو به افزایش است (لو، گوپتا و کیتینگ^۲، ۲۰۱۸).

تاب آوری نیز از جمله عوامل حمایت‌کننده‌ای است که از فرد در برابر آسیب‌ها و بیماری‌ها حمایت می‌کند. ساله‌است روان‌شناسان تحولی علاقه‌مند به مطالعه سازه تاب آوری هستند. روجاس، رودریگوز، پاچکو، زاپاتا، مونسالو^۳ و همکاران (۲۰۱۸) تاب آوری را فرآیند پویایی می‌دانند که منجر به سازگاری مثبت در مواجهه با تروماها و مشکلات ناگوار می‌شود. میلر، سیالز و هاملیتون^۴ (۲۰۱۷) باور دارند که تاب آوری به منزله سپری در برابر آسیب‌شناسی‌های روانی است. در نظریه‌های اولیه در زمینه تاب آوری تاکید بر شناسایی خصوصیات و ویژگی‌های شخصیتی بود که مهیاساز سازگاری مثبت در برخورد با ناملایمات بودند. در نظریه‌های جدید، تاب آوری به عنوان یک سازه چند بعدی مطرح می‌باشد که متغیرهایی مانند عوامل شخصیت و همچنین مهارت‌های خاص (مانند روش‌های حل مساله فعال که به فرد امکان مقابله با رویدادهای آسیب‌زای زندگی را می‌دهد) را در بر می‌گیرد (قویدل و زارعی، ۱۳۹۷). از این رو، تاب آوری در دهه‌های اخیر به عنوان یکی از سازه‌های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار مورد توجه قرار گرفته است. تاب آوری توانایی منطبق ساختن سطح کنترل بر حسب شرایط محیطی می‌باشد (بريستو و هیللی^۵، ۲۰۲۰). در زمینه رفتار انسانی، تاب آوری اغلب به عنوان یک ویژگی مرتبط با منش، شخصیت و توانایی مقابله در نظر گرفته می‌شود و بر توانمندی، انعطاف‌پذیری، توانایی تسلط یا برگشت به حالت عادی پس از مواجهه با استرس و چالش شدید، دلالت دارد (میرو و نول^۶، ۲۰۱۹). در نتیجه این انعطاف‌پذیری انطباقی، افراد دارای تاب آوری بالاتر اعتماد به نفس بالاتری دارند و با احتمال بیشتری در زندگی خود عواطف مثبت را تجربه می‌نمایند (فولک^۷، ۲۰۱۶). نتایج مطالعات پیسانتس، لازو-پوراس، دابره^۸ و همکاران (۲۰۱۵) نشان می‌دهد که سطوح بالای تاب آوری به بیماران کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان‌های مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه‌های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت و تقویت حرمت خود و مقابله موفق با تجربه‌های منفی استفاده کند.

یکی از عواملی که می‌تواند سلامت روان و تاب آوری زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر را بهبود ببخشد. از جمله این مداخلات، می‌توان به درمان هیجان‌مدار اشاره کرد. این درمان که ترکیبی از درمان تجربی و سیستمی است، ارتباط نزدیکی با کاهش مشکلات روانشناختی در افراد دارد. فرایند درمان هیجان‌محور که به روش فردی اجرا می‌شود با سه مرحله پیوستگی و آگاهی، فراخوانی و کشف و بازسازی هیجانی در هشت گام تعیین می‌شود. این سه مرحله باهم همپوشی دارند و در سرتاسر درمان

1. Vidourek & Burbage
2. Lo, Gupta & Keating
3. Rojas, Rodriguez, Pacheco, Zapata, Monsalve
4. Miller, Seals & Hamilton
5. Bristow & Healy
6. Meerow & Newell
7. Folke
8. Pesantes, Lazo-Porras, Dabrh

به مراجع به‌عنوان فرد متخصص در مورد تجربه خود و به درمانگر به‌عنوان راهنما و تسهیل‌گر برای اهداف مراجع نگریسته می‌شود (تیمولاک و کوق^۱، ۲۰۲۰). در درمان هیجان محور نظر بر این است که شیوه‌ای که افراد تجارب هیجانی را سازمان‌دهی و پردازش می‌کنند و الگوهای تعاملی که خود ایجاد کرده و تقویت می‌کنند، منجر به درماندگی زناشویی آن‌ها شده است (گرین من و جانسون^۲، ۲۰۱۳). درمان هیجان محور با ایجاد تعاملات سازنده بین بیماران و شناسایی الگوهای دل‌بستگی ایمن باعث رضایتمندی و کاهش تحریف‌های شناختی در آنان می‌شود. این رویکرد بر تغییر رفتارهای دل‌بستگی به‌عنوان ابزاری برای بهبود روابط آشفته تمرکز می‌کند (شاهار^۳، ۲۰۲۰). هدف درمان هیجان محور کمک به مراجعان در دستیابی به هیجان‌های نهفته و تسهیل تعاملات مثبتی است که در دسترس بودن و اعتماد بین درمان هیجان محور گزارش کردند که مراجعانی که آموزش زوج‌درمانی هیجان محور را دیده بودند، در مقایسه با گروه کنترل، بیشتر تمایل داشتند تا اطرافیانشان را ببخشند. که این عامل، باعث افزایش رضایت و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها شده بود. همچنین آدامسون^۴ (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای با عنوان زوج‌درمانی هیجان محور برای زوجینی که همسرشان سرطان سینه دارند، همراه با پایه تئوری و مطالعه موردی توصیفی، بیان می‌کند در زوج‌هایی که همسر بیمار دارد، زن و شوهر هر دو، آشفتگی هیجانی زیادی را تجربه می‌کنند. در نتیجه رابطه چنین زوجینی و همچنین سلامت بیمار به‌طور منفی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. نتیجه این پژوهش نشان داد زوج‌درمانی هیجان محور باعث کاهش آشفتگی هیجانی و افزایش رضایت و کیفیت زندگی زناشویی در این زوجین شده است. همچنین نتایج پژوهش سلطانی و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که زوج‌درمانی هیجان محور باعث کاهش آشفتگی زوجین می‌شود. در واقع بررسی هیجان و عواطف در عرصه روان‌شناسی امروز جایگاه وسیعی را به خود اختصاص داده است. ارتباط هیجان با ویژگی‌های شخصیتی، اختلال‌ها، نظام پردازش اطلاعات شناختی، ارتباط‌های بین فردی یافته‌های بی‌بدیلی را فرا روی جهان بشری قرار داده است. چگونگی تغییر احساس افراد در خلال زمان را می‌توان به منزله مسیرهایی در فضای هسته عاطفی ترسیم کرد. سرکوب کردن انواع عواطف خطرناک است و پس از مدتی به شکل انفجاری و غیرقابل کنترل تخلیه خواهند شد. ابراز عواطف به شکل صحیح می‌تواند مانع بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات گردد.

این پژوهش می‌تواند برای مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی دارای نتایج کاربردی است. چرا که در صورت موثر بودن آموزش درمان هیجان مدار بر سلامت روان و تاب‌آوری زنان آسیب دیده از خیانت همسر می‌توان از این آموزش برای بهبود سلامت روان و تاب‌آوری در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی استفاده کرد تا از این طریق به تحکیم بنیان خانواده و ثبات زناشویی زنان آسیب دیده از خیانت کمک کرد. همچنین این پژوهش به دلیل فراهم آوردن دانش و شناخت لازم در این خصوص و با امید به این که نتایج حاصل از تحقیق بتواند در جهت افزایش توانمندی‌ها و کیفیت روابط زناشویی زنان آسیب دیده از خیانت راهکار مناسبی ارائه دهد، حائز اهمیت است. لذا انجام این پژوهش دارای اهمیت و ضرورت است و نتایج کاربردی برای روان‌شناسان، مشاوران و خانواده‌درمانگران دارد. با توجه به آنچه

1. Timulak & Keogh
2. Greenman & Johnson
3. Shahar
4. Adamson

گفته شد و نبود مطالعه‌ای که اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر سلامت روان و تاب‌آوری زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر را نشان داده باشد، در جهت رفع این خلا پژوهشی این سوال مطرح می‌شود: درمان مبتنی بر هیجان بر سلامت روان و تاب‌آوری زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر چه تاثیری دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش عبارت از زنان سنین ۵۴-۱۸ ساله با مدت ازدواج ۲ تا ۳۰ سال و تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند که به دلیل خیانت همسر در سال ۱۳۹۸ به مراکز مشاوره شهر تهران مراجعه نموده و خواستار دریافت خدمات مشاوره درمانی بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، روش نمونه‌گیری غیرتصادفی از نوع در دسترس است. چون پژوهش از نوع مداخله‌ای بود، حداقل حجم نمونه در هر یک از گروه‌ها ۱۵ نفر در نظر گرفته شد (خدایاری فرد و همکاران، ۲۰۰۲). بدین ترتیب، ۳۰ نفر از این زنان آسیب‌دیده به صورت تصادفی (جایگزینی تصادفی بر اساس روش هم‌تاسازی گروه‌ها مبتنی بر داده‌های به دست آمده اولیه) در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. برنامه مشاوره گروهی درمان هیجان‌مدار در ۱۰ جلسه هفتگی، ۹۰ دقیقه‌ای پس از پیش‌آزمون بر گروه مداخله اعمال شد. در مورد اعضای گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. محتوای جلسات درمان هیجان‌مدار در جدول (۱) آورده شده است.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (۱۹۷۲): پرسشنامه سلامت روان یک پرسشنامه سرنندی مبتنی بر روش خودگزارش دهی است. هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری‌های روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن، ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است که برای تمام افراد جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس است: خرده‌مقیاس نشانه‌های جسمی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسانکنش‌وری اجتماعی، و افسردگی. مدت زمان اجرای آزمون به طور متوسط حدود ۱۰ تا ۱۲ دقیقه است. روش نمره‌گذاری پرسشنامه سلامت عمومی بدین ترتیب است که از گزینه الف تا ده نمره صفر، یک، دو و سه تعلق می‌گیرد. در نتیجه نمره فرد در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نمرات هر آزمودنی در هر مقیاس به طور جداگانه محاسبه شده و پس از آن نمرات ۴ زیرمقیاس را جمع کرده و نمره کلی را بدست می‌آوریم. در این پرسشنامه نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر می‌باشد. اعتبار و روایی: تا سال ۱۹۸۸ بیش از ۷۰ درصد مطالعه درباره روایی پرسشنامه GHQ در نقاط مختلف دنیا انجام رسیده بود. به منظور برآورد اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی این پژوهش‌ها فرا تحلیلی شده و نتایج نشان دادند متوسط حساسیت پرسشنامه GHQ-۲۸ برابر با ۰/۸۴ (بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۹) و متوسط ویژگی آن برابر ۰/۸۲ بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۵ است (ویلیامز و گلدبرگ، ۱۹۸۸، به نقل از تقوی، ۱۳۸۰). به منظور ارزشیابی اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی به اعتقاد گلدبرگ (۱۹۷۹)، بررسی همسانی درونی، که از طریق ضریب آلفای کرونباخ اندازه‌گیری می‌شود برای کل پرسشنامه را ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند. ثبات درونی را باروش آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد. مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳): این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع

پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، بررسی گردید. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این عقیده‌اند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از افراد غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده است و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد (محمدی، ۱۳۸۴؛ به نقل از صادقی و همکاران، ۱۳۸۸). این پرسشنامه ۲۵ سوال دارد که در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست)، نمره‌گذاری می‌شود. نمره میانگین این مقیاس از ۵۲ خواهد بود به طوری که هر چه نمره آزمودنی از ۵۲ بالاتر باشد، تاب‌آوری بالاتری دارد و هر چه نمره او به صفر نزدیکتر باشد، از تاب‌آوری کمتری برخوردار خواهد بود. داس با ضریب آلفای کرونباخی معادل ۰/۸۴ تا ۰/۹۲، ثبات درونی کافی را نشان داده است (وایزمن و بک، ۱۹۹۷؛ به نقل از لطفی کاشانی، ۱۳۸۷) و بک (۱۹۹۷) ضریب آلفای کرونباخی معادل ۰/۸۰ را برای خرده‌مقیاس‌های داس گزارش کرده است. دو نمونه از سوالات به این شرح است: مشکل بتوان احساس خوشحالی نمود، مگر این که آدم خوش قیافه، باهوش، پولدار و خلاق باشد و خوشحالی بیشتر بستگی به نگرش من درباره خودم دارد تا نگرش دیگران در مورد من. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخی برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ به دست آمد.

جدول ۱. جلسات درمان هیجان‌محور برگرفته از گرینبرگ و گلر (۲۰۱۲)

جلسه	عناوین
اول	اجرا پیش‌آزمون، آشنایی و برقراری رابطه درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات مراجعان از درمان
دوم	تشخیص چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که مراجعان چرخه تعاملی منفی خود را آشکار می‌کنند. ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی بیماران، آشنایی بیماران با اصول درمان هیجان‌مدار و نقش هیجانات در تعاملات بین فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری مراجعان
سوم	شکل‌دهی دوباره به مشکل برحسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تأکید بر توانایی مراجع در بیان هیجانات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به مراجع، آگاهی دادن به مراجعان در مورد تأثیر ترس و ساختارهای دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه دریافت و زمینه دلبستگی
چهارم	ترغیب به شناسایی نیازهای طردشده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده است. جلب توجه مراجعان به شیوه تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آن‌ها با احترام و همدلی، بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش
پنجم	آگاه کردن افراد از هیجانات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر مراجع در رابطه، تأکید بر پذیرش تجربیات و بیماران و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجانات شناخته‌شده، برجسته‌سازی و شرح دوباره نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آن‌ها
ششم	آسان‌سازی بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجربه هیجانی اولیه در زمینه دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دلبستگی‌های جدید با پیوندی ایمن بین مراجعان
هفتم	ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین بیماران و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوی تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی
هشتم	تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است. برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است. شکل‌گیری رابطه بر اساس پیوندی ایمن به گونه‌ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه‌حل‌های آسیبی به آن‌ها وارد نسازد، ارزیابی تغییرات و اجرای پس‌آزمون

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار spss۲۲ در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته ها

در این بخش نیز با استفاده از شاخص های مرکزی، پراکندگی و نمودار متغیرهای پژوهش مورد توصیف قرار می گیرد

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و تاب آوری در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه ها (n=۳۰)

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	سلامت روان
SD	M	SD	M		
۲/۴	۴/۲۷	۳/۲	۶/۹۳	آزمایش	نشانه های جسمی
۲/۷	۶/۰۷	۲/۱	۶/۸	کنترل	
۳/۴	۶/۲	۳	۸/۷۳	آزمایش	اضطراب و بی خوابی
۳/۱	۷/۶۷	۳/۴	۸/۳۳	کنترل	
۲/۷	۴/۸	۳/۴	۷/۴	آزمایش	ناکنش ورزشی اجتماعی
۲/۳	۷/۶۷	۱/۳	۷/۸۷	کنترل	
۲/۴	۲/۴۷	۳/۲	۴/۴۷	آزمایش	افسردگی
۳/۵	۴/۴۷	۲/۸	۴/۵۳	کنترل	
۶/۴	۱۷/۷۳	۶/۶	۲۷/۵۳	آزمایش	کل
۴/۹	۲۶/۴۷	۵/۴	۲۸/۴	کنترل	
۹/۱	۶۹/۹۳	۸/۷	۵۶/۳۳	آزمایش	تاب آوری
۸/۳	۶۱/۶	۸/۵	۶۱/۴	کنترل	

بر اساس اطلاعات جدول ۲ در همه مولفه های «سلامت روان»، نمرات آزمودنی های گروه آزمایش، در پس آزمون، نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است، در حالی این تغییرات در گروه کنترل محسوس نیست. این نتیجه را می توان از مقایسه نمره کل سلامت روانی گروه آزمایش (۱۷/۷۳) و گروه کنترل (۲۶/۴۷) نیز استنباط کرد. همچنین میانگین «تاب آوری» گروه آزمایش، پس از مداخله، افزایش یافته است، و این در حالی است که در گروه کنترل، تغییر قابل توجهی مشاهده نمی شود.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس یک راهه بین آزمودنی جهت بررسی تاثیر درمان هیجان مدار بر مولفه های سلامت روان

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه	نشانه های جسمی	۲۱/۵	۱	۲۱/۵	۵/۹	۰/۰۲۳	۰/۱۹۷
	اضطراب و بی خوابی	۳۰/۴	۱	۳۰/۴	۸/۰۴	۰/۰۱	۰/۲۵۱
	ناکنش ورزشی اجتماعی	۵۷/۱	۱	۵۷/۱	۱۵/۵	۰/۰۱	۰/۳۹۲
	افسردگی	۲۷/۳	۱	۲۷/۳	۷/۵	۰/۰۱۲	۰/۲۳۷
خطا	نشانه های جسمی	۸۷/۸	۲۴	۳/۶۶			
	اضطراب و بی خوابی	۹۰/۷	۲۴	۳/۷۸			
	ناکنش ورزشی اجتماعی	۸۸/۸	۲۴	۳/۷			
	افسردگی	۸۷/۹	۲۴	۳/۶۶			
کل	نشانه های جسمی	۱۰۱۱	۳۰				
	اضطراب و بی خوابی	۱۷۵۸	۳۰				
	ناکنش ورزشی اجتماعی	۱۴۰۷	۳۰				
	افسردگی	۶۴۸	۳۰				

بر اساس اطلاعات جدول ۳، با احتساب آلفای میزان شده بنفرونی (۰/۰۱۲۵) در مولفه های "اضطراب و بی خوابی"، "ناکنش ورزشی اجتماعی" و "افسردگی"، تفاوت معناداری بین گروه‌ها، وجود دارد؛ به طوری که اطلاعات جدول نیز نشان می دهد میانگین این سه مولفه در بیماران گروه آزمایش که تحت آموزش هیجان مدار قرار گرفته اند، به طور معنی داری کاهش داشته است، بنابراین می توان ادعا کرد که درمان هیجان مدار بر "اضطراب و بی خوابی"، "ناکنش ورزشی اجتماعی" و "افسردگی" زنان آسیب دیده از خیانت همسر موثر است، در حالی که از نظر "نشانه های جسمی" تفاوتی بین گروه ها وجود نداشت. اندازه اثر نیز حاکی از آن است که تقریباً ۳۹/۲ درصد از واریانس "ناکنش ورزشی اجتماعی" و ۲۳/۷ درصد از واریانس "افسردگی" آزمودنی از طریق انتساب به گروه‌ها قابل تبیین است. این رقم در خصوص مولفه "اضطراب و بی خوابی" به ۲۵/۱ درصد می رسد.

جدول ۴. خلاصه آزمون آنکوا برای عامل بین گروهی تاب آوری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
اندازه اثر	۱۷۶۸/۸	۲	۸۸۴/۴	۲۷	۰/۰۱	۰/۶۶۷
همپراش	۲۳۲/۳	۱	۲۳۲/۳	۷	۰/۰۱۳	۰/۲۰۸
گروه	۱۲۴۸	۱	۱۲۴۸	۳۸	۰/۰۱	۰/۵۸۵
خطا	۱۰۳۳/۷	۱	۱۰۳۳/۷	۳۱/۶	۰/۰۱	۰/۵۳۹
کل	۸۸۴/۶	۲۷	۳۲/۸			
	۱۳۲۴/۱	۳۰				

بر اساس ارقام بدست آمده از جدول ۴، با کنترل اثر پیش‌آزمون، اثر معنی‌داری عامل بین‌آزمودنی‌های گروه در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است ($F(1, 27) = 31/6, P = 0/01$). به طوری که اطلاعات جدول نیز نشان می‌دهد، نمرات «تاب‌آوری» آزمودنی‌های گروه آزمایش پس از مداخله، به طور معنی‌داری افزایش داشته است، بنابراین می‌توان فرض صفر را در سطح ۰/۰۱ رد کرده و با ۹۹ درصد اطمینان پذیرفت که درمان هیجان‌مدار بر «تاب‌آوری» در زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر موثر است. اندازه اثر نیز بیانگر آن است که حدود ۵۳/۹ درصد از تغییرات تاب‌آوری آزمودنی‌ها وابسته به «درمان هیجان‌مدار» می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر سلامت روان و تاب‌آوری زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر انجام شد. نتایج نشان داد درمان هیجان‌مدار بر «اضطراب و بی‌خوابی»، «نارساکنش‌وری اجتماعی» و «افسردگی» زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر موثر است، در حالی که از نظر «نشانه‌های جسمی» تفاوتی بین گروه‌ها وجود نداشت. نتایج پژوهش با یافته‌های شاهار و همکاران (۲۰۱۷) مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر اضطراب اجتماعی همسو می‌باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار باعث کاهش اضطراب اجتماعی و بهبود سلامت روان در افراد می‌شود. همچنین نتایج پژوهش با یافته‌های مرواریدی و همکاران (۲۰۱۹)، دو روچر و پیکرینگ (۲۰۱۹) همسو می‌باشد. در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان چنین بیان نمود، درمان هیجان‌مدار، با تأکید و نشانه‌گذاری بر رفتارها، افکار و هیجانات منفی به صورت مرحله به مرحله، هیجانات ناسازگار افراد را شناسایی می‌کند و در نهایت با روش‌ها و تکنیک‌هایی سعی در عوض کردن آنها دارد. از آنجایی که در این درمان توجه زیادی به هیجانات حل‌نشده و پذیرفته‌نشده دارد، توانست نقش بسزایی در کاهش هیجانات ناسازگار افراد خیانت‌دیده داشته باشد و باعث بهبود روابط بین فردی گردد. در این درمان افراد یاد می‌گیرند که چگونه بتوانند طیف هیجانات خود و سایرین را شناسایی کنند و بتوانند آن را تعدیل و مدیریت کنند. یکی از مواردی که در اکثریت افراد آسیب‌دیده از خیانت همسر مشاهده می‌شود، هیجانات منفی شدید است. همچنین این افراد، معمولاً به دلیل احساس شرم و خجالت و خشم ناشی از ظاهر نشدن در اجتماع دارند بخشی از هیجانات ناسازگار در این افراد می‌تواند از طریق شناسایی، بیان شدن و جایگزین شدن تغییر یابد. به افراد یاد داده می‌شود که هیجانات خود را شناسایی کنند و بتوانند آنها را برچسب بزنند که این بسیار برای شناسایی هیجانات ناسازگار کمک‌کننده است، برای مثال از آنها خواسته می‌شود رویداد آزاردهنده را بنویسند و هیجانات مرتبط با آن را نیز بنویسند و همچنین بیان کنند که چه هیجانات دیگری را نیز می‌توانند در آن شرایط بروز بدهند. این تکالیف به آنها کمک می‌کند تا یاد بگیرند که هیجانات ناسازگار خود را ک‌نار بگذارند و هیجان مناسب‌تری را جایگزین کنند. در طول جلسات، درمانگر با همدلی که با مراجع دارد به حس اعتماد او کمک می‌کند و باعث به روی کار آمدن هیجانات بیان‌نشده و فروخورده می‌شود، که می‌توان از طریق انعکاس به موقع نیز به درمانجو حس پذیرفته شدن و شنیده شدن را القا کرد. همچنین با استفاده از تکنیک‌های مانند معتبرسازی به درمانجو نشان داده می‌شود که پاسخ‌های هیجانی‌شان پذیرفتنی است، که به آنها

نشان می‌دهد که تجارب بلوکه شده را می‌توانند به دور از قضاوت و سرزنشگری بیان کنند. همچنین نتایج نشان داد که درمان هیجان مدار باعث افزایش تاب‌آوری زنان آسیب دیده از خیانت همسر شده است. نتایج پژوهش با یافته‌های وستمکوت و ادمونداستون (۲۰۲۰)، کونولی-زوبوت و همکاران (۲۰۲۰)، ریبریو و همکاران (۲۰۱۶) همسو می‌باشد. یکی از مسائل مهم در مورد وابستگی بین فردی، نداشتن انگیزه و اعتماد و استقلال برای ادامه زندگی است. غالباً افرادی که در زندگی خود کمبود اعتماد به نفس، عدم استقلال و اتکا عاطفی شدید به دیگران دارند، دچار فقدان انگیزه و امید به آینده و زندگی می‌شوند. همچنین برای مراجعان رو به رو شدن با تجربیات تلخ نیز غالباً دردناک است. در درمان هیجان مدار وظیفه درمانگر این است که بتواند یک رابطه مناسب و کارآمدی را ایجاد کند تا بتواند از طریق حس اعتماد درمانجو، آموزش‌هایی را برای تنظیم هیجان داشته باشد. یکی از مشکلات شایع در افرادی که از خیانت دیده‌اند وجود دارد، فقدان اعتماد به نفس است که باعث ایجاد افسردگی و کاهش امید به زندگی می‌شود که می‌تواند ناشی از هیجانات حل نشده و ابراز نشده به طرف مقابل باشد، افرادی که فقدان اعتماد به نفس و استقلال دارند، برای به دست آوردن اعتماد، باید ابتدا بتوانند، هیجان‌های ابراز نشده را به کمک تکنیک‌های درمان هیجان مدار ابراز کنند و با کنار آمدن با هیجانات، نگرش تازه‌ای به ادامه زندگی داشته باشند. برای مثال از درمانجویان خواسته می‌شود تا تجربه دردناک یا احساس بد خود را بیان کنند و چون در محیط گروهی بیان می‌شود، این احساس که تنها نیستند و افراد دیگری هم مشکل مشابهی را دارند تا حدودی می‌تواند بار هیجانی ناشی از خیانت را برای آنها کم کند. در نهایت، مراجع از طریق آگاهی از هیجانات، بیان هیجانات تازه، تنظیم هیجانات و ابراز هیجان مناسب، با استفاده از تکنیک‌هایی چون القای هیجان، برجسب زندگی هیجانی، شدت بخشی، به ادراک تازه‌ای از خویش دست می‌یابد و توانایی کنار آمدن با هیجانات را در خارج از جلسات درمان پیدا می‌کند. این افراد یاد می‌گیرند که می‌توانند ر مواقع نیاز هیجانات خود را ابراز کنند و گاهی بتوانند آنها را کنترل کنند، می‌توانند از احساسات منفی آنها نسبت به رویداد کم کنند و آن را قابل هضم نمایند. در واقع نحوه مدیریت هیجان‌ها چه قبل رویداد، چه در زمان رویداد و چه بعد آن بسیار حائز اهمیت است.

از آنجا که پژوهش حاضر در میان زنان آسیب دیده از خیانت همسر در شهر تهران صورت گرفته در خصوص تعمیم نتایج بایستی با احتیاط عمل شود و از تعمیم نتایج به زنان در دیگر شهرها خودداری شود. این پژوهش می‌توانست هم به صورت کمی و کیفی (ترکیبی) انجام شود، اما به دلیل نبود شرایط مصاحبه این امکان در پژوهش حاضر مهیا نبود و یکی از موانع و محدودیت‌های پژوهش این مورد بود. حجم نمونه پژوهش محدود به زنان آسیب دیده از خیانت همسر شهر تهران بوده است، برای رفع این محدودیت پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر نیز اجرا شود. در پژوهش‌های آینده از طرح‌های ترکیبی (کمی و کیفی)، حجم نمونه بالاتر و روش‌های پیچیده‌تر آماری که امکان تحلیل عمیق‌تر و نتیجه‌گیری بهتر را فراهم می‌کنند، استفاده شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، با در نظر گرفتن مرحله پیگیری، آموزش درمان هیجان مدار در طول زمان بررسی شو تا ماندگاری نتایج مشخص شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبتنی بر اثربخشی درمان هیجان مدار به مراکز مشاوره پیشنهاد می‌شود روانشناسان و مشاوران مراکز خدمات درمانی و مشاوره از این رویکرد در جهت ارتقای

کیفیت روابط زناشویی زنان آسیب دیده از خیانت همسر استفاده کنند و برای مراجعان به صورت دوره ای، کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی با محوریت درمان هیجان مدار برگزار گردد تا بدین طریق گامی در جهت ارتقای کیفیت روابط زناشویی در آنها برداشته شود.

منابع

- قاسمی، فرزانه؛ ابراهیمی، امراله و سموعی، راحله. (۱۳۹۷). مروری بر شاخص‌های سلامت روان در مطالعات داخلی. **مجله دانشکده پزشکی اصفهان**، ۳۶ (۴۷۰)، ۲۰۹-۲۱۵.
- قویدل، مریم و زارعی، حیدرعلی. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای امیدواری در رابطه بین هراس اجتماعی و تاب‌آوری با بهزیستی ذهنی در دانشجویان. **فصلنامه علمی پژوهشی سلامت اجتماعی**، ۵ (۴)، ۲-۱۴.
- کارگر خرم‌آبادی، حکمت، خدابخش، محمدرضا، و کیانی، فریبا. (۱۳۹۵). اثربخشی مشاوره گروهی بخشش محور مبتنی بر دیدگاه اسلامی بر ترمیم رابطه زناشویی بعد از خیانت همسر. **مجله اخلاق پزشکی**، ۱۰ (۳۸)، ۲۹-۳۶.
- Adamson, N. A. (2013). Emotionally focused therapy with couples facing breast cancer: a theoretical foundation and descriptive case study. **Journal of psychosocial oncology**, 31(6), 712-726.
- Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M., Runtz, M., & Daspe, M. È. (2015). Identity and relatedness as mediators between child emotional abuse and adult couple adjustment in women. **Child abuse & neglect**, 50, 85-93.
- Bristow, G., & Healy, A. (2020). Regional resilience: an agency perspective. In Handbook on Regional Economic Resilience. Edward Elgar Publishing.
- Connolly-Zubot, A., Timulak, L., Hession, N., & Coleman, N. (2020). Emotion-focused therapy for anxiety and depression in women with breast cancer. **Journal of Contemporary Psychotherapy**, 50(2), 113-122.
- Cornish, M. A., Hanks, M. A., & Gubash Black, S. M. (2020). Self-forgiving processes in therapy for romantic relationship infidelity: An evidence-based case study. *Psychotherapy*.
- Crouch, E., & Dickes, L. (2016). Economic repercussions of marital infidelity. **International Journal of Sociology and Social Policy**, 36(1/2), 53-65.
- Darab, M., Bahrami, F., & Etemadi, O. (2020). Sexual Infidelity as an Attachment Injury in Iranian Women: A Qualitative Study. **Journal of Divorce & Remarriage**, 61(6), 385-405.
- Du Rocher, A. R., & Pickering, A. D. (2019). The effects of social anxiety on emotional face discrimination and its modulation by mouth salience. **Cognition and Emotion**, 33(4), 832-839.
- Greenman, P. S., & Johnson, S. M. (2013). Process research on emotionally focused therapy (EFT) for couples: Linking theory to practice. **Family Process**, 52(1), 46-61.
- Lo, K., Gupta, T., & Keating, J. L. (2018). Interventions to Promote Mental Health Literacy in University Students and Their Clinical Educators. A Systematic Review of Randomised Control Trials. **Health Professions Education**, 4(3), 161-175.
- Meerow, S., & Newell, J. P. (2019). Urban resilience for whom, what, when, where, and why? **Urban Geography**, 40(3), 309-329.

- Miller, B. F., Seals, D. R., & Hamilton, K. L. (2017). A viewpoint on considering physiological principles to study stress resistance and resilience with aging. **Ageing research reviews**, 38, 1-5.
- Morvaridi, M., Mashhadi, A., Shamloo, Z. S., & Leahy, R. L. (2019). The effectiveness of group emotional schema therapy on emotional regulation and social anxiety symptoms. **International Journal of Cognitive Therapy**, 12(1), 16-24.
- Pesantes, M. A., Lazo-Porras, M., Ávila-Ramírez, J. R., Caycho, M., Villamonte, G. Y., Sánchez-Pérez, G. P., ... & Miranda, J. J. (2015). Resilience in vulnerable populations with type 2 diabetes mellitus and hypertension: a systematic review and meta-analysis. **Canadian Journal of Cardiology**, 31(9), 1180-1188.
- Ribeiro, E., Cunha, C., Teixeira, A. S., Stiles, W. B., Pires, N., Santos, B., ... & Salgado, J. (2016). Therapeutic collaboration and the assimilation of problematic experiences in emotion-focused therapy for depression: Comparison of two cases. **Psychotherapy Research**, 26(6), 665-680.
- Rojas, M., Rodriguez, Y., Pacheco, Y., Zapata, E., Monsalve, D. M., Mantilla, R. D., ... & Anaya, J. M. (2018). Resilience in women with autoimmune rheumatic diseases. **Joint Bone Spine**, 85(6), 715-720.
- Shahar, B. (2020). New Developments in Emotion-Focused Therapy for Social Anxiety Disorder. **Journal of Clinical Medicine**, 9(9), 2918.
- Shahar, B., Bar-Kalifa, E., & Alon, E. (2017). Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple-baseline study. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 85(3), 238.
- Soltani, M., Shairi, M. R., Roshan, R., & Rahimi, C. R. (2014). The impact of emotionally focused therapy on emotional distress in infertile couples. **International journal of fertility & sterility**, 7(4), 337.
- Thompson, A. E., Capesius, D., Kulibert, D., & Doyle, R. A. (2020). Understanding Infidelity Forgiveness: An Application of Implicit Theories of Relationships. **Journal of Relationships Research**, 11.
- Timulak, L., & Keogh, D. (2020). Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. **Journal of Contemporary Psychotherapy**, 50(1), 1-13.
- Vidourek, R. A., & Burbage, M. (2018). Positive mental health and mental health stigma: A qualitative study assessing student attitudes. **Mental Health & Prevention**, 13, 1-6.
- Westmacott, R., & Edmondstone, C. (2020). Working with transgender and gender diverse clients in emotion-focused therapy: targeting minority stress. **Person-Centered & Experiential Psychotherapies**, 1-19.
- Witvliet, C. V., Hofelich Mohr, A. J., Hinman, N. G., & Knoll, R. W. (2015). Transforming or Restraining rumination: The impact of compassionate reappraisal versus emotion suppression on empathy, forgiveness, and affective psychophysiology. **The Journal of Positive Psychology**, 10(3), 248-261.